LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

3e Série.

TOME PREMIER.

1849

PARIS

AUX BUREAUX DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

RUE NEUVE DE L'UNIVERSITÉ, 10.

1849

po.
belle f

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1849.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

(Cette Liste doit être placée à la fin du volume, après la Table des matières).

MARDI 2 ET JEUDI 4 JANVIER 1849. (22e ANNEE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° I.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS. .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER. . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 3 JANVIER 1849.

M. Bérard et les élèves.

Ce matin, au moment où M. le professeur Bérard est entré dans l'amphithéâtre de la Faculté pour faire sa leçon accoutumée de physiologie, il a été accueilli par la foule des élèves qui se pressaient sur les gradins au bruit d'acclamations et d'applaudissements.

D'une voix émue, le nouveau doyen a remercié avec effusion ses auditeurs de leur bienveillante et sympathique réception. « Votre empressement à venir assister à la séance d'aujourd'hui, a-t-il dit, témoigne évidemment des pensées qui vous préoccupent, et vous attendez que je vous dise quelques mots des circonstances qui m'ont amené au décanat. Je dois, je veux satisfaire votre juste impatience, et vous exposer les principales phases de ma vie scientifique. »

M. Bérard a rappelé alors qu'en 1831, à l'âge de trente-trois ans, il fut assez heureux pour être à la fois nommé professeur de physiologie à la Faculté et chirurgien des hôpitaux. La fortune frappait à sa porte; il pouvait la laisser entrer : il ne le voulut pas. Il se consacra exclusivement à ses fonctions de professeur, il ne rechercha point, il évita même la clientèle, trouvant que la plus belle fortune, pour un professeur, est la conscience d'avoir rempli ses devoirs, et l'espérance de n'être pas resté au-dessous de sa tâche.

Arrivant aux événements actuels, M. Bérard a dit qu'il ne voulait faire aucune récrimination contre l'administration à laquelle il succède; et qu'il ne fallait voir dans la destitution de M. Bouillaud qu'une affaire étrangère à la politique.

Des embarras étaient survenus qui pouvaient mettre en péril les intérêts de l'Ecole : il fallait y mettre un terme; c'est pour cela que les professeurs se rendirent, le 30 décembre, près du ministre, et le même jour, sur l'avis de M. Thénard, et d'après la présentation faite à l'unanimité par ses collègues, M. Bérard a été promu au décanat.

En terminant, M. Bérard a exprimé le désir que les élèves lui rendissent l'administration facile. Dans un langage rempli d'une noble confiance et empreint d'une dignité tempérée par la plus gracieuse affabilité, il a signalé ce fait universellement reconnu, de l'amélioration bien évidente depuis quelques années du caractère général de la jeune génération médicale. Où voyons-nous les preuves de ce fait? a-t-il dit; nous les trouvons dans les bibliothèques, où le jour et jusqu'à une heure avancée de la soirée, les élèves entourent les tables d'étude, plongés dans le silence et le recueillement; dans ces galeries du Musée renouvelé de fond en comble par le zèle et l'incessante activité de M. Orfila, qui a tant fait pour notre Ecole; dans nos examens de fin d'année, qui constatent tous les ans une force croissante dans les études.

Inutile de dire que cette allocution, prononcée d'une voix émue, a été saluée à plusieurs reprises des applaudissements unanimes de l'assemblée. A. F.

Sur la séance de l'Académie.

Si la manière dont on emploie le premier jour de l'année doit faire augurer du degré d'intérêt ou d'utilité de ceux qui le suivront, nous félicitons sincèrement l'Académie, et nous lui promettons pour 1849 une foule compacte d'auditeurs. La séance d'hier, en effet, a joint, suivant le précepte d'Horace, l'utile à l'agréable, deux qualités dont la réunion est difficile à rencontrer en tous lieux, mais particulièrement dans une académie.

L'agréable a été trouvé dans une allocution de M. Velpeau, ce qui pourra surprendre certaines gens, et dans une autre allocution de M. Bérard, ce qui assurément n'étonnera personne. Mais à quel titre, nous demandera-t-on peut-être, M. Bérard a-t-il fait une allocution à l'Académie? Tout simplement à titre d'académicien; car M. Bérard est académicien, quelles que puissent être votre stupéfaction et votre incrédulité. N'allez pas croire cependant que M. Bérard ait manqué à ses vœux d'humilité pironienne : non, M. Bérard est trop philosophe pour cela. Voici en deux mots l'histoire de sa bonne fortune. Personne n'ignore à cette heure que les dissensions intestines de la Faculté se sont terminées, ou du moins qu'un des épisodes de ces dissensions s'est terminé par la promotion de M. Bérard au décanat. Mais ce que bien des personnes peuvent ignorer, c'est l'article 16 de l'ordonnance constitutive de l'Académie de médecine, article ainsi conçu :

« L'Académie aura un conseil d'administration composé du président d'honneur perpétuel. . . . . et du doyen de la Faculté de médecine de Paris, lequel sera toujours, DE DROIT, membre de l'Académie. »

Comme on le voit, la fortune a tout fait. M. Bérard s'est endormi, vendredi, simple mortel, et s'est réveillé, samedi, académicien; et, franchement, tout aveugle que soit la fortune, nous sommes forcés de reconnaître, à ce coup de sa main, qu'elle y voit quelquefois mieux que l'Académie. Pour se faire pardonner son mode d'introduction, M. Bérard a promis, entre autres choses, d'être exact aux séances; c'est une promesse que nous aurions soin de lui rappeler s'il venait à l'oublier.

Après l'allocution de M. Bérard, MM. Bally et Chevallier ont successivement occupé la tribune, l'un pour rendre compte de son voyage à Dunkerque, l'autre pour lire un rapport sur un remède secret. Ces deux orateurs (car quiconque occupe une tribune est un orateur) ont servi de transition entre la partie agréable et la partie utile de la séance.

Enfin après ces préambules nombreux et variés, la discussion sur le chloroforme a suivi son cours, si longtemps interrompu. M. Baillarger s'est surtout attaché à traiter la question de l'asphyxie dans l'éthérisation, et a été conduit à supposer, avec assez peu de probabilité, que les cas dans lesquels on avait observé l'asphyxie étaient ceux où les animaux (car M. Baillarger n'a observé que sur les animaux) s'agitaient violemment, et étaient placés dans des conditions défavorables pour l'accomplissement de la respiration. Il a supposé ensuite que les malades morts subitement à la suite de la chloroformisation pouvaient bien avoir succombé par le fait d'une syncope RENDUE MORTELLE par le chloroforme. Pour nous cela revient à dire que ces malades ont succombé par le fait du chloroforme.

M. Blandin a soutenu franchement cette dernière opinion, et a invoqué la plupart des arguments que nous avons nous-même opposés au rapporteur dans nos précédents articles. M. Blandin a seulement ajouté quelques explications sur le mode d'action des agents anesthésiants, et il a terminé en émettant l'opinion que les accidents de la nature de ceux qui font l'objet du rapport de M. Malgaigne étaient beaucoup plus fréquents qu'on ne le pense.

La discussion ayant été continuée à la séance prochaine, nous ne croyons pas devoir revenir chaque fois sur des arguments que nous avons déjà épuisés; nous nous contenterons de faire un résumé général quand la discussion sera close.

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

Du traitement des fièvres intermittentes par les ventouses scarifiées.

(Suite du numéro du 26 décembre.)

On conçoit aisément qu'avant de présenter aucune réflexion sur une méthode thérapeutique, il faille rapporter des faits. Ce second article ne contiendra donc encore que des observations fort intéressantes et très bien rédigées, que nous ferons suivre de considérations pratiques et de quelques recherches historiques.

OBS. IV. — *Fièvre quotidienne intermittente. — Application de ventouses sur la région de la rate. Sulfate de quinine à petites doses. Guérison.*

Le 10 mai est entré un nommé Lefèvre (Jean), charretier, né à Villepoil (Mayenne), âgé de trente-deux ans.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Le décanat. — MM. Orfila, Bouillaud et Bérard. — La tragédie et la médecine. — Mademoiselle Rachel et les trois médecins du Théâtre-Français. — Trois consultations au lieu d'une. — Procès.

A ce qu'il paraît, si nous en croyons quelques rumeurs sourdes parvenues jusqu'à nous, les régions officielles de la Faculté de Paris seraient loin de présenter le calme magistral qui convient si bien à la science, et surtout à ses grands prêtres. MM. les professeurs, depuis la République, ont transformé une salle des délibérations en une espèce de club où sont discutés les mérites des doyens passés, présents et futurs; et, comme s'ils eussent craint d'être trop tôt à bout de discussions et d'embarras, ils se sont adressés au ministre de l'instruction publique, qui les a renvoyés au conseil de l'Université, qui lui-même s'est fait représenter dans le turbulent concile par MM. Thénard, Guigniaut et Geoffroy Saint-Hilaire. On dit que M. Thénard, toujours à la hauteur des graves circonstances, voulait un rapprochement entre MM. Orfila et Bouillaud; mais que, comme à l'époque où entre ses mains l'oxygène et l'hydrogène *avaient l'honneur* de se combiner devant un grand personnage, il n'est parvenu qu'à faire de l'eau claire. On ne peut pas dire que pour cette fois la chimie se soit lancée dans des prodiges.

Ce qui s'est passé dans la docte assemblée flanquée de ces trois commissaires, se rapporte à des questions si délicates, que nous éprouvons à les toucher un éloignement analogue à celui que nous inspirent des charbons ardents. Le désir ne nous manque pas de les aborder; mais nous craignons par trop de nous brûler les doigts, n'ayant point l'avantage de posséder le courage et la quiétude de saint Laurent.

Cependant, si nous ne pouvons initier nos lecteurs à la pièce tragi-comique qui s'est jouée dans les coulisses, si nous ne pouvons les faire assister à chaque scène de ce drame où M. Orfila tirait de sa poitrine les accents les plus pathétiques, et de ses registres la preuve de son innocence, et où M. Bouillaud proposait un pugilat à M. Thénard, que celui-ci refusait pour cause d'inégalité de chevelure, qu'il nous soit du moins permis de parler du changement opéré dans l'emploi du premier rôle; en d'autres termes, et pour nous exprimer sans métaphore, de l'avénement de M. Bérard au décanat en remplacement de M. Bouillaud.

La nomination du professeur de physiologie au poste de doyen a étrangement étonné les amis de M. Orfila, et grandement affligé les amateurs des soirées chantantes. Après le certificat de probité et de bonne administration que le conseil des professeurs et la commission universitaire avaient délivré à M. Orfila, les amis de ce dernier prétendaient que le décanat était la seule compensation qu'on pût lui donner pour les accusations dont il avait été l'objet. Les amateurs de la musique assuraient, de leur côté, que M. Orfila avait apporté une trop parfaite harmonie dans ses comptes, pour qu'on ne lui permît pas de consacrer à la Faculté de médecine un grand talent d'harmonie. Si l'on se permettait d'objecter à ces partisans quand même de M. Orfila que la République ne pouvait mettre à un poste éminent un homme de l'ancien régime, un protégé du roi déchu, on recevait cette réponse à brûle-pourpoint : la République est meilleure fille qu'on ne le dit; n'a-t-elle pas pris pour premier ministre un grand fonctionnaire de l'ancien régime, un ex-ministre du roi déchu? Puisque rien n'est changé en France, que Louis-Philippe, pourquoi changerait-on M. Orfila?

Ce raisonnement, qui au premier abord paraissait assez juste, était d'autant plus appuyé par ceux qui le faisaient que M. Orfila s'était déclaré ruiné par la République. Le décanat, en lui donnant 3,000 francs de plus, lui rendait son logement de la Faculté dont les salons sont chers à plus d'un artiste. Mais, hélas! tout n'est qu'heur et malheur dans ce monde, et nous connaissons une chanteuse de l'Opéra à qui la nomination de M. Bérard a déjà coûté trois nuits pleines de larmes.

Pour nous dont la sensibilité est moins exquise, tout en rendant justice à la bonne direction que M. Orfila avait su imprimer aux affaires de la Faculté, nous pensons que M Bérard est homme à entrer dans la bonne voie et à se dévouer au poste éminent qu'il a accepté. Nous craignons seulement que la bonté naturelle de son cœur ne lui permette pas toute l'énergie nécessaire; car dans les temps de révolution il faut à la tête des écoles des caractères fermes et bien trempés. Espérons cependant que les circonstances rendront à M. Bérard sa tâche facile, et ne lui feront pas trop regretter la paisible retraite dont il y a deux ans il nous parlait avec tant d'amour.

Après ces revirements subits de position et de fortune, aimez donc quelque chose en ce monde! M. Bérard, qui se disait :

> Quittez le long espoir et les vastes pensées,

pour ne songer qu'à la solitude la plus profonde, abandonne cette solitude et rentre dans le tourbillon des affaires et de la politique. M. Bouillaud, enfin, qui avait évoqué le souvenir de Napoléon, qui s'était compromis devant ses collègues et devant les élèves en soupirant après les hauts faits d'Arcole, Marengo et Rivoli, M. Bouillaud qui.... Mais tirons un voile sur le passé, et répétons avec plus de conviction : A quoi pouvons-nous encore nous fier sur la terre?

Ah! nous vous voyons venir, messieurs les Esculapes, avec votre réponse toute prête : Non, non, l'art que vous pratiquez avec infinité d'avantage, nous en convenons, ne nous offre pas de bien grandes garanties, et vous savez qu'il est sur ce point plus d'un disciple de l'école de saint Thomas. Qu'on ne nous accuse pas de renier la

Il est atteint d'une fièvre intermittente dont les premiers accès datent d'environ trois semaines, c'est-à-dire du 18 au 20 avril. Obligé, par son état, de se fatiguer beaucoup, marchant la nuit et recevant quelquefois la pluie pendant qu'il est en sueur, il croit voir dans ces circonstances la cause de sa maladie. Quelques jours avant sa première attaque, il se sentit pris d'un malaise général : bouche amère, envies de vomir, lassitude extrême, et enfin la fièvre se déclara, arrivant vers onze heures ou midi et durant quatre ou cinq heures, en présentant, bien marqués, les trois stades de la fièvre intermittente normale : frissons, chaleur et sueur. Du reste, il ne souffrit jamais dans la région de la rate avant de tomber malade ; c'est seulement pendant les accès qu'il y souffre, et encore la douleur ne vint-elle point pendant les premiers jours.

La fièvre commença par être tierce; le malade ne fit rien pour la guérir, marchant encore et travaillant les jours où elle manquait; se couchant, au contraire, et gardant le repos pendant qu'il en était tourmenté. Cela dura ainsi pendant huit ou dix jours, c'est-à-dire jusque vers le 27 ou 28 avril. A ce moment, la fièvre le quitta pendant cinq ou six jours. Il n'était pas bien portant, se trouvait mal à l'aise et fatigué; il continuait pourtant son travail; c'est à cela probablement qu'il dut de retomber bientôt, vers le 4 ou 5 mai; la fièvre alors reparut, mais quotidienne. Il ne fit encore rien pour la guérir; il continuait toujours à travailler. C'est à cette époque seulement qu'il commença à souffrir dans la région splénique. Enfin, fatigué de son état, il arriva à l'hôpital le 10 mai. La visite était finie; son accès vint comme d'habitude.

Le lendemain 11, comme il se plaint de souffrir dans la région de la rate, on lui fait mettre 6 ventouses, en même temps qu'on lui prescrit 0,30 de sulfate de quinine à prendre après son accès, qui manqua ce jour-là, sans que pourtant il eût rien pris encore pour l'empêcher, puisque ce n'est que le lendemain 12, à quatre heures du matin, qu'il prit ses pilules. La fièvre a-t-elle changé son type, ou n'est-ce qu'un simple accident que le repos aurait amené ?

Le 12, la fièvre revint à onze heures, et dura trois heures de frisson, et presque toute la journée il fut en sueur. Il prit encore 0,30 de sulfate de quinine, le soir après la fièvre. Les ventouses l'ont, du reste, soulagé; il se sent beaucoup mieux depuis qu'on les lui a appliquées.

Le 13, camomille; sulfate de quinine, 0,30; 1 portion. — Quelques légers frissons dans la journée, mais pas de fièvre.

Le 14, il se plaint d'une douleur assez vive dans la région splénique, et qui l'aurait pris subitement le matin. La fièvre revint à midi ce jour-là, et dura jusque vers quatre heures; il prit, après son accès, 0,40 de sulfate quinine, et il remarqua que sa douleur au côté gauche, qui n'existait pas avant la fièvre, le prit quand il commença à frissonner.

Le 15, pas de fièvre, mais des maux de tête, des étourdissements, de la faiblesse; il mange volontiers les jours qu'il n'a point de fièvre; mais les jours où elle vient, il ne mange pas du tout. — 0,40 de sulfate de quinine.

Le 16, sulfate de quinine, 0,30. La rate n'a pas un gros volume. Pas de fièvre. Il a souffert dans la nuit d'un grand mal de tête. Il se plaint de ne pas avoir de forces et de n'être pas solide sur ses jambes.

Le 17, sulfate de quinine, 0,20. Plus de douleur au côté gauche. Il souffre un peu dans le bas-ventre, peut-être parce qu'il a trop bu de tisane. Plus de fièvre.

Le 18 mai, plus de fièvre; seulement un peu de mal de tête quand le malade se lève. Bon appétit. — 2 portions; sulfate de quinine, 0,10.

Le 19, même état. (Camomille; plus de sulfate de quinine; 2 portions.) Le malade se plaint de souffrir de grands maux de tête quand il descend au grand air. Du reste, il va bien, mange volontiers; digestions faciles; ventre libre, etc.

Le 20, même état; mêmes maux de tête. — 2 portions.

Il sort guéri de sa fièvre intermittente.

Obs. V. — *Accès de fièvre intermittente tierce qui deviennent quotidiens et pernicieux. — Deux applications de ventouses. — Sulfate de quinine à dose ordinaire. — Guérison.*

Le 1er juin, est entré le nommé Gortez (Alexandre), âgé de vingt et un ans, jardinier à Meudon.

Il est atteint d'une fièvre intermittente dont il se ressentit pour la première fois au mois de septembre précédent. A ce moment, sa profession de jardinier l'obligeant à se mouiller d'eau froide pendant qu'il était en sueur, il croit que c'est à cela qu'il dut l'invasion de sa fièvre. Il faut pourtant tenir compte d'une autre circonstance : c'est que les fièvres intermittentes, qui n'existaient pour ainsi dire pas à Meudon, y sont très fréquentes maintenant depuis qu'on y a desséché l'étang du Haras; quoi qu'il en soit de la cause, il contracta la fièvre. Elle débuta par quelques malaises, diminution de l'appétit, et enfin se montra franche, avec ses trois stades de frisson, de chaleur et de sueur très bien marqués. Elle dura huit jours, revenant chaque jour, mais avec une force et une intensité différentes. Il n'en eut, dit-il, que quatre forts accès. Du reste, il affirme avoir souffert au côté gauche avant de voir la fièvre se déclarer; mais en l'interrogeant avec soin, on apprend que, atteint deux ans auparavant d'une pneumonie gauche, il a depuis ce temps conservé une douleur à ce côté de la poitrine; pourtant il assure que cette douleur, qu'il conservait depuis deux ans, a augmenté durant les quelques jours de malaise qui ont précédé l'invasion. Doit-on fonder là-dessus l'opinion d'un engorgement de la rate antérieur à l'accès ? Ce serait peut-être hasardé.

Le sulfate de quinine à doses dont il n'a pas gardé le souvenir le guérit parfaitement, et il ne ressentit plus rien jusqu'à quelques jours après Pâques.

A ce moment il se refroidit à la suite d'un bal; c'était le jour de Pâques. Dès le lendemain il se sentit mal à l'aise, fatigué, perdit l'appétit, et après trois ou quatre jours de prodromes la fièvre se déclara. Une autre circonstance qui peut avoir provoqué sa fièvre, c'est que, pendant ces jours de malaise, il passa une journée à remuer avec ses bras de la terre humide qu'il entassait dans des pots. C'était donc le 7 ou 8 avril que la fièvre se déclara bien complète. Elle venait tous les deux jours vers une heure de l'après-midi, et durait six ou sept heures pour cesser ensuite et reparaître le surlendemain. Du reste, il assure n'avoir pas ressenti de douleur splénique ni avant l'invasion, ni même pendant les accès. Le sulfate de quinine le guérit après trois accès. Il fut alors quinze jours sans revoir la fièvre. Il cessa brusquement l'usage du quinquina, et, soit cela, soit cette circonstance qu'un jour en travaillant il se reposa un peu et se sentit le dos refroidi et frissonnant, la fièvre revint vers les derniers jours d'avril; il en eut encore trois accès qui, comme l'autre fois, revenaient tous les deux jours, sans que le malade souffrît encore dans le côté gauche, ni avant, ni pendant les accès. Il s'adressa à un pharmacien, qui lui coupa sa fièvre. A la suite de cette deuxième attaque, il resta encore une dizaine de jours sans être malade.

Vers le 10 mai, la fièvre reparut une troisième fois; nouvelle consultation du pharmacien, qui fait prendre au malade une bouteille d'une drogue qu'il ne connaît pas, mais à la suite de laquelle il dit avoir ressenti de forts battements de cœur qui durèrent pendant plusieurs jours. Le malade commença alors à souffrir un peu au côté gauche, et le pharmacien conseilla un cataplasme sur la région splénique. Il n'eut alors que deux accès qui revinrent à la suite l'un de l'autre, sans intervalles.

Après cette troisième attaque, il fut bien portant jusqu'aux derniers jours de mai. A cette époque, il vint à Paris, eut chaud pendant la route, se refroidit un peu en arrivant, et fut pris encore de la fièvre, qui débuta par être tierce. Légère dans le commencement, elle ne l'empêchait pas de travailler; les battements de cœur seuls l'empêchaient de se fatiguer autant qu'il aurait voulu. Un médecin, consulté pour la fièvre et les palpitations, crut que celles-ci tenaient au sulfate de quinine, et n'en voulut plus prescrire. Il conseilla des douches d'eau *froide*, employées de telle façon que l'eau tombait en pluie sur le dos et la poitrine. Cette eau glacée devait changer la marche et l'intensité de la fièvre, et cela arriva comme on l'aurait pu prévoir; la fièvre était légère, elle apparut beaucoup plus forte; elle venait tous les deux jours, elle devint quotidienne; pas de douleur à la région splénique, ou du moins il dit qu'il souffre très peu, et qu'il n'y aurait pas pris garde si on n'eût dirigé son attention de ce côté.

Le 1er juin il entra à l'hôpital Necker. Il eut, le jour de son entrée, la fièvre comme il l'avait depuis plusieurs jours. Le lendemain 2 juin, à la visite, on constate une augmentation considérable dans le volume de la rate. M. Bricheteau, voulant voir si la fièvre n'est vraiment que la conséquence du gonflement de cet organe, n'ordonne point le sulfate de quinine, et prescrit seulement huit ventouses sur le côté gauche. Ce même jour, 2 juin, la fièvre manqua; son type quotidien est donc rompu.

Le lendemain, 3 juin, tisane de camomille; pas de sulfate de quinine. Le malade n'a ressenti ni bien ni mal de ses ventouses. Mais à peine la visite était-elle finie vers neuf heures, que le malade ressentit les premiers frissons, indices de l'invasion de la fièvre. La fièvre revint, mais en présentant ce caractère singulier d'une grande exaltation cérébrale, d'un délire très sensible sans être violent, et qui dura jusque vers trois heures de l'après-midi.

Le 4 juin, pas de fièvre; sulfate de quinine, 0,60. Il n'a pas été employé plus tôt, parce qu'on avait voulu d'abord attaquer la rate seule.

Le 5, sulfate de quinine 0,50; six ventouses sur la rate. Elle a un peu diminué de volume. Il a ce jour là un peu de fièvre; mais elle dure très peu, une heure ou deux seulement.

Le 6, pas de fièvre; sulfate de quinine 0,50. Ce médicament ne semble avoir sur lui aucun mauvais effet; pas de maux de tête, de bourdonnements d'orelles, de dévoiement; seulement quelques éblouissements, et un peu de pesanteur au creux de l'estomac.

Le 7, même état; sulfate de quinine 0,20. Plus de fièvre; quelques étourdissements; quelques éblouissements. Un peu de malaise au creux de l'estomac, tout cela sur le compte du sulfate de quinine. L'appétit est bon, les digestions faciles.

Le 8, même état; sulfate de quinine 0,20.

Le 9, le malade est très bien. Il n'a plus la fièvre, il ne souffre plus nulle part; il a bon appétit. On supprime le sulfate de quinine.

Les 10 et 11, il continue à bien aller. L'appétit est très bon; il se plaint pourtant de quelques coliques.

Le 12, même état.

Le 13, il sort parfaitement guéri.

Obs. VI. — *Fièvre intermittente quotidienne. — Deux applications de ventouses. — Sulfate de quinine à petites doses. — Guérison.*

Le 26 avril est entré dans le service de M. Bricheteau, salle Saint-Ferdinand, n° 31, un nommé Motté (Etienne), âgé de vingt-cinq ans, né à Ferrière-la-Grande (Nord), mécanicien.

Il est atteint d'une fièvre intermittente tierce. Les premiers frissons commencent le soir vers six heures, puis vient la chaleur, puis la sueur, le tout durant à peu près deux heures. La fièvre ne paraît point le lendemain, mais revient le surlendemain à la même heure, et pendant le même temps que l'avant-veille. Le type tierce est donc nettement tranché. C'est la première fois que le malade est atteint de ce genre de fièvre; il a presque toujours habité Paris, et jamais avant cette attaque qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital, il n'a rien éprouvé qui y ressemble.

Sa maladie date du commencement d'avril. Vers le 12 ou le 13 de ce mois, en se rendant à son atelier, il courut ou marcha fort vite, parce qu'il se trouvait en retard. Il eut chaud, arriva en moiteur, et bien qu'il se fût mis aussitôt à l'ouvrage, il se sentit mal à l'aise, refroidi, et fut pris d'un accès de frisson qui persista pendant une heure et demie environ. Plusieurs fois il interrompit son ouvrage pour aller s'exposer au feu de la forge sans pouvoir se réchauffer. Le frisson cessa; mais il fut remplacé le reste du jour par un grand mal de tête. Les jours suivants il se sentit un peu détraqué. Il n'avait point d'appétit; il était très altéré, et souffrait assez fortement dans la région de la rate. Pourtant il n'avait point interrompu son travail, malgré un frisson léger qui ne le quittait pas; si son malaise augmentait, il sortait de l'atelier pour aller se promener au grand air. Un jour qu'il était un peu mieux il alla visiter les fortifications avec un de ses camarades, et prit, chemin faisant, deux ou *trois canons* de vin blanc. Le soir même son frisson augmenta et de force et de durée. On était alors au 18 ou 19 avril. Il se sentit beaucoup plus mal à l'aise, et la fièvre s'alluma d'une manière très franche. N'y pouvant plus tenir il cessa complétement son travail, rentra chez lui et y resta, se couchant pendant qu'il était malade, se levant et allant se promener quand il

---

foi jurée devant le buste d'Hippocrate; nous n'avons point apostasié notre Dieu ni abandonné son culte; mais la religion d'Hippocrate n'est pas incompatible avec la religion de la vérité, et nous n'avons point juré de sacrifier celle-ci à la première. Non, non, on ne doit pas plus accorder de confiance à la médecine qu'aux choses de ce monde, et mademoiselle Rachel, dont nous allons compter l'aventure, nous en fournira un exemple.

La célèbre tragédienne est, à ce qu'il paraît, en désaccord complet avec le Théâtre-Français, dont elle est sans contredit le plus beau joyau. Le sujet de la querelle nous importe fort peu; mais la querelle, chose beaucoup plus grave, a amené une séparation totale de corps et de biens. Quand nous disons une séparation de biens, nous allons peut-être un peu trop loin, car mademoiselle Rachel prétend toucher ses appointements dans leur intégralité absolue. Le théâtre de la République, qui n'a jamais cessé d'être courtois envers les belles, veut bien donner à Hermione ses 60 ou 70,000 francs; mais il ne serait pas fâché aussi de voir Hermione contribuer pour sa part à gagner cette somme. Hermione a un caprice bizarre; elle veut bien palper les 60,000 francs, mais elle ne veut se donner aucune peine; et quand on la presse par trop de questions, elle répond avec une moue charmante : *Je suis malade*. — Malade ! ! ! s'écrie le théâtre épouvanté; vite des médecins, et il expédie incontinent à la tragédienne trois des plus fameux Esculapes de la capitale.

A la vue de nos trois confrères, mademoiselle Rachel, qui sait par cœur ses classiques, frissonna de terreur en se rappelant le vers de Corneille :

Que vouliez-vous qu'il fît contre trois ?

Mais, loin de se conformer au premier conseil du vieil Horace, elle se sentit au contraire *secourue par un beau désespoir*, et prétexta, pour ne pas se soumettre immédiatement à la consultation, une de ces mille raisons que les femmes ont toujours toutes prêtes. — L'examen de la malade fut donc renvoyé au lendemain à la même heure.

Ce sursis n'avait pas pour but de reculer, comme on dit, le quart d'heure de Rabelais, mais bien de déjouer le petit complot qu'avait ourdi contre elle le Théâtre-Français; la médecine en cette occurrence paya les pots cassés.

Chacun de nos trois confrères reçut à son lever un billet tout parfumé dans lequel la rusée tragédienne, prétextant une affaire importante, changeait l'heure de la consultation, mais indiquait à chacun d'eux une heure différente. A l'un, elle fixait le rendez-vous à dix heures du matin; à l'autre, elle annonçait midi, et, au troisième, elle donnait assignation à deux heures. Tous les trois furent d'une exactitude rigoureuse à leur heure respective.

Le premier qui se présenta, après une demi-heure d'attente et de conversation avec l'actrice, allait se retirer quand la maîtresse du logis le retint :

— Je ne puis m'expliquer l'absence de vos confrères, dit-elle, l'heure du rendez-vous était aussi bien spécifiée dans leurs lettres que dans la vôtre; mais il n'importe, l'administration a assez de confiance en vos lumières pour que vous puissiez vous seul constater ma maladie, et je ne veux pas d'ailleurs enlever une troisième fois aux malheureux des moments qui leur sont si précieux.

Le médecin, en confrère bien appris, tentait de refuser; mais, pressé par l'actrice, il finissait par céder et faisait à lui seul la consultation.

Cette scène se répéta pour les trois médecins et aux heures différentes que nous avons indiquées plus haut. Mais, tandis qu'à l'un elle accusait seulement une douleur dans l'abdomen, elle plaçait pour l'autre cette même douleur dans la poitrine, et la transportait pour le troisième dans les hémisphères du cerveau, de telle sorte que les diagnostics les plus disparates furent simultanément portés sur l'état maladif de mademoiselle Rachel.

Pour le premier, l'actrice fut atteinte d'une entérite chronique;

Pour le second, l'actrice présenta les premiers symptômes de phthisie pulmonaire;

Pour le troisième, enfin, l'actrice fut soupçonnée d'un commencement de rhumatisme cérébral.

Quelques jours après, l'Académie de médecine réunit nos trois Esculapes, qui s'adressèrent mutuellement des reproches sur leur peu d'exactitude. On devine l'étonnement d'abord, la colère ensuite de nos trois confrères, qui, d'explications en explications, parvinrent à comprendre la mystification dont ils avaient été les victimes. Ils sont furieux tout à la fois contre l'administration du Théâtre-Français et contre mademoiselle Rachel. L'administration leur réclame tous les jours leur rapport sur la santé de la tragédienne, et celle-ci les a fait assigner comme experts dans le procès qu'elle soutient contre le Théâtre-Français. Nos trois confrères ne veulent ni faire de rapport ni paraître au procès. Usera-t-on contre eux de toute la rigueur des lois ? C'est ce que nous saurons bientôt quand le tribunal civil évoquera la querelle du Théâtre-Français et de mademoiselle Rachel.

XX.

Monsieur le Rédacteur,

Je vous serai infiniment obligé de faire dans votre estimable journal la rectification suivante. En tête du discours que vous avez bien voulu publier, vous me gratifiez de la qualification de professeur à la Faculté, où j'occupe seulement le poste de chef des travaux anatomiques; et c'est en cette qualité que j'ai prononcé la lecture publiée dans votre précieuse *Gazette*. M. Dubreuil est le seul professeur d'anatomie dans notre Faculté, où ses leçons sont aussi suivies que fructueuses.

Agréez, etc.

Alquié,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

se trouvait en meilleur état. Sa fièvre avait alors le même caractère qu'elle présente aujourd'hui; elle commençait vers six heures ou six heures et demie. Les trois stades, frisson, chaleur, sueur, ne durent qu'environ deux heures. Un jour seulement qu'il avait eu se promenant marché plus que d'habitude, et qu'il rentrait chez lui assez échauffé de sa course, il but imprudemment une bonne quantité d'eau froide, et ce jour-là sa fièvre, au lieu de cesser vers huit heures ou huit heures et demie du soir, le tourmenta jusqu'à onze heures. C'était deux jours avant de venir. Du reste, pendant tout le temps qu'il resta chez lui, il ne prit les conseils d'aucun médecin, et se contenta pour tout traitement de boire de fréquentes infusions de thé. A la fin lassé de tout cela et ne voyant aucun changement à sa position, il se décida à venir à l'hôpital, où il arriva le 26 avril 1847. La visite était faite. Il ne lui fut rien prescrit pour ce jour-là. Ce n'était pas son jour de fièvre.

Le 27 avril. Le lendemain 27, on lui ordonne 0,10 de tartre stibié et la diète que ce médicament nécessite. Les évacuations par haut et par bas furent abondantes. Comme agent perturbateur, l'émétique ne manqua point son effet; la fièvre il est vrai ne fut point empêchée; mais au lieu d'arriver à six heures du soir et de durer deux heures, elle vint à une heure après midi.

Le 28, ce n'est point son jour de fièvre; toute médication est suspendue; il ne prend que deux pots de limonade. — Deux portions.

Le 29, la fièvre a décidément changé son moment d'invasion; elle revient comme l'avant-veille à une heure après midi, et, au lieu de durer deux heures, elle ne dure qu'une demi-heure. — Limonade; deux portions.

Le 30, il est prescrit au malade 0,30 de sulfate de quinine et six ventouses sur la région de la rate; le malade n'y souffre plus comme dans les premiers jours de sa maladie; les inspirations un peu forcées et la pression ou percussion rendent seules cette partie encore un peu douloureuse. — La rate n'a pas un volume beaucoup plus grand qu'à l'état normal.

Le 1er mai, malgré le sulfate de quinine pris la veille, la fièvre revient ce jour-là, 1er mai, vers une heure et dure six quarts d'heure. — Limonade, deux portions.

Le 2 mai, jour de l'observation, il n'attend point sa fièvre; on lui prescrit : sulfate de quinine, 0,30; de l'eau de gomme, deux portions.

Le 3, c'est le jour de la fièvre; elle ne vient point; il ne prend point aujourd'hui de sulfate de quinine.

Le 4, ce n'est point son jour de fièvre. On lui prescrit encore du sulfate de quinine 0,20.

Le 5, jour de fièvre, elle ne revient point. Il se plaint toujours de souffrir au côté, dans la région de la rate, surtout dans les inspirations un peu fortes. A l'heure où sa fièvre doit revenir, il se sent un peu de fatigue et de malaise, mais pas de frissons. On lui prescrit encore aujourd'hui 0,20 de sulfate de quinine.

Le 6, ce n'est pas son jour de fièvre, mais il remarque qu'il se sent plus mal à l'aise les jours où sa fièvre aurait dû revenir si elle avait continué; il a de légers frissons, des bourdonnements d'oreilles, de la chaleur à la face, etc. Il souffre encore dans la région de la rate. On lui applique huit ventouses. Il prend 0,20 de sulfate de quinine, deux portions.

Le 7, les ventouses ont emporté le mal au côté gauche. Pas de fièvre. — Sulfate de quinine, 0,10.

Le 8, la douleur à la région splénique a reparu dans la nuit. Elle n'est pas permanente. Elle va et vient; mais il en souffre toujours. — Six nouvelles ventouses; sulfate de quinine, 0,10.

Le 9, les ventouses ont encore diminué la douleur splénique; mais elle reparait toujours, surtout dans les inspirations forcées. — Sulfate de quinine, 0,10; deux portions.

La santé générale du malade est bonne; il dort bien la nuit, mange avec appétit, pas de pesanteur à l'estomac; la bouche n'est point amère, mauvaise.

Le 10, camomille; trois portions; pas de quinine.

Le 11, le malade a été pris d'un frisson assez fort vers une heure et demie; il dura environ une demi-heure et fut suivi d'un grand mal de tête. Il n'eut pourtant pas de fièvre. L'air froid arrivant par les fenêtres ouvertes, la suppression pendant deux jours de son sulfate de quinine doivent être cause de cet accident.

Le 12, pas de frissons, pas de malaise. Le malade se trouve très bien; ce n'est pas d'ailleurs le jour où sa fièvre devrait revenir. Pas de sulfate de quinine.

Le 13, frissons dès huit heures du matin jusqu'à deux heures; souffrant un peu dans le côté gauche. Il se met les doigts dans la bouche pour se faire vomir, rend de la bile et se sent soulagé. De deux heures jusqu'au soir, il se trouve en sueur. Il prend ce jour-là 0,20 de sulfate de quinine, deux portions.

Le 14, sulfate de quinine 0,30; deux portions. Pas de fièvre, seulement quelques frissons pendant une demi-heure vers dix heures du matin.

Le 15 pas de fièvre; quelques frissons le matin vers sept heures, qui le reprirent vers une heure pour durer au moins une heure et demie. Il souffrit avec cela d'un grand mal de tête toute la journée jusqu'à onze heures du soir, où un épistaxis assez abondant le soulagea. — Sulfate de quinine, 0,30.

Le 16, pas de sulfate de quinine. Il a bien dormi la nuit; nouvel épistaxis vers six heures du matin, qui soulage encore sa tête malade; souffre encore de temps en temps dans le côté gauche, et cela surtout quand il se sent fatigué, mal à l'aise, quand il souffre de la tête; un peu de frissons pendant une demi-heure vers midi, puis dans le reste de la journée un peu de mal de tête. Il a senti encore dans la nuit quelques douleurs dans la région splénique, sensibles surtout quand il se remue dans son lit.

Le 17, plus de sulfate de quinine. La rate est encore un peu grosse : elle déborde en bas les dernières côtes. Plus de fièvre.

Le 18, plus de mal de tête, plus de malaise, plus de douleur dans la région splénique, bon sommeil, bon appétit. Plus de sulfate de quinine.

Le 19, il sort complétement guéri.

Sur les excroissances polypeuses de la fosse ombilicale chez les enfants nouveau-nés;

Par M. le docteur Farrège.

La région ombilicale des enfants nouveau-nés mérite, à plus d'un titre, de fixer l'attention des praticiens. Je ne parlerai pas de ces hémorrhagies qui peuvent survenir après la ligature du cordon, soit parce que le fil n'a pas été suffisamment serré, soit parce qu'il s'est relâché par suite de la section des parties; ni de celles qu'on a vu assez fréquemment se produire à la chute de la portion d'un organe devenu inutile. — Je ne dirai rien non plus de la phlébite de la veine ombilicale marchant de dehors en dedans, et qui n'a que trop souvent occasionné des accidents mortels. — Mon intention est de ne m'occuper ici que d'une petite maladie externe que j'ai eu deux fois l'occasion d'observer, et qui consiste dans une excroissance polypeuse de la fosse ombilicale.

Obs. I. — La mère d'un petit garçon âgé d'un mois, aussi bel enfant que possible, avait remarqué qu'un suintement extraordinaire avait lieu par la fosse ombilicale depuis la chute du cordon. Consulté à ce sujet, j'écartai les parties pour voir à quoi j'avais affaire. Je découvris alors, cachée sous le rebord de la fosse, une tumeur rougeâtre du volume d'un pois et pédiculée.

Je la coupai avec des ciseaux recourbés sur leur plat, ce qui n'occasionna qu'un écoulement de sang médiocre; je cautérisai légèrement, et prescrivis des lotions et des fomentations avec du vin chaud sucré.

Au bout de sept à huit jours, soit que la section n'eût pas été faite assez près du point d'origine, soit que ce dernier n'eût pas été suffisamment modifié par le caustique (je m'étais servi du crayon de nitrate d'argent), et peut-être à raison des deux circonstances, la tumeur avait reparu. Je recommençai l'opération en agissant avec un peu plus d'énergie, et cette fois j'obtins un succès complet.

A quelque temps de là, on m'apporta le même enfant en me disant que la maladie était encore revenue. Mais on se trompait; car, au lieu d'une excroissance, je trouvai un abcès prêt à s'ouvrir. Je le piquai avec la pointe d'une lancette, et, avec le pus, je fis sortir un fétu de paille d'avoine qui avait dû s'égarer dans les langes, et qui, en se fichant dans la fosse ombilicale, avait à coup sûr été la cause de l'abcès.

Depuis cette époque, l'enfant a toujours joui d'une bonne santé et n'a plus rien présenté d'extraordinaire du côté de l'ombilic.

Obs. II. — Le 28 août dernier, on soumettait à mon examen une petite fille, âgée de trois semaines, au nombril de laquelle la mère avait remarqué un corps rouge qui lui avait fait penser que la sage-femme qui l'avait accouchée n'avait pas bien arrangé le cordon. La sage-femme avait examiné, et, comme elle n'avait rien vu, par la raison que le corps, étant caché sous le rebord de l'ombilic, n'était saillant que lorsque l'enfant pleurait fort, et par cette autre raison qu'elle n'avait pas examiné convenablement, elle avait déclaré à la mère que le prétendu corps rouge était le produit de son imagination. C'est alors que j'ai été consulté.

En renversant en dehors la fosse ombilicale, j'ai constaté l'existence d'une excroissance ayant le volume d'un gros pois, d'un tissu rouge, grenu et saignant facilement au toucher. J'ai jeté un fil de soie autour de la base, qui était pédiculée, et j'ai recommandé qu'on serrât tous les jours un peu plus. L'excroissance tombait le troisième jour avec la ligature. J'ai touché la place avec le crayon de nitrate d'argent, et rien n'a reparu depuis.

Il faut conclure de ces deux observations : 1° que, pour bien voir la maladie en question, à sa naissance, on doit y regarder de près, en ayant soin d'écarter les espèces de lèvres formées par le rebord ombilical, et qui, chez les très jeunes enfants, sont d'ordinaire fort rapprochées l'une de l'autre; 2° que l'excision et la ligature, suivies de la cautérisation, sont les moyens thérapeutiques dont on aura à faire choix.

(*Revue médico-chirurgicale.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 janvier 1849. — Présidence de M. Velpeau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— La correspondance n'offre que quelques pièces sans importance relatives à des remèdes secrets.

— M. le président demande à l'Académie de voter pour M. Royer-Collard, président sortant, et pour M. Mélier, secrétaire annuel pour 1848, des remerciments qui sont accordés à l'unanimité.

— M. Gibert, secrétaire annuel pour 1849, adresse quelques mots de remerciments à l'Académie.

— M. le président. Messieurs, la destitution du doyen de la Faculté de médecine a donné lieu à un incident qui fournit la première occasion de mettre à exécution un article de l'ordonnance constitutive de l'Académie du 20 décembre 1820, article que plusieurs d'entre vous ignorent très probablement.

L'article 16 dit, en effet : L'Académie aura un conseil d'administration composé du président et du trésorier de l'Académie, des présidents et des secrétaires des trois sections (ces derniers remplacés, en vertu de l'ordonnance du 18 octobre 1829, par le secrétaire annuel et trois membres élus par l'Académie), et du doyen de la Faculté de médecine de Paris, lequel sera toujours *de droit* membre de l'Académie.

Cet article n'a point été abrogé par les ordonnances subséquentes. Or, M. le professeur Bérard, le nouveau doyen, ne fait point partie de l'Académie. En vertu de l'article dont je viens de vous donner lecture, M. Bérard est donc nommé de droit membre de l'Académie, à la séance du conseil d'administration de laquelle il vient déjà d'assister sur notre invitation. M. Bérard a demandé la parole.

M. Bérard. Messieurs, c'est la première fois qu'un médecin vient s'asseoir au milieu de vous sans y avoir été appelé par votre suffrage. Les doyens qui m'ont précédé avaient depuis longtemps pris leur place dans cette enceinte avant d'arriver au décanat. Ma position tout exceptionnelle et, à certains égards, peut-être défavorable (Voix nombreuses : Non! non!), exige que j'explique la cause qui m'a fait m'abstenir de toute candidature.

Je ne puis supposer qu'aucun de vous ait pensé que j'aie pu méconnaître tout l'intérêt et toute l'importance des travaux de l'Académie; je ne puis supposer non plus que personne ait pensé que j'aurais méconnu l'honneur qui rejaillirait sur moi de voir mon nom figurer à côté de tant de noms illustres. Si je me suis abstenu, c'est que j'ai craint que mes titres ne parussent trop légers; c'est que des études générales plutôt que des recherches consacrées à la solution de problèmes spéciaux relatifs à tel ou tel point de la science, m'ont semblé ne pas constituer des motifs suffisants pour me concilier vos suffrages.

Une autre raison, un autre prétexte, devrais-je dire, c'est que la presse médicale, qui reproduit avec tant d'intelligence et de fidélité les comptes-rendus de vos discussions et de vos séances, m'apportait ces nouvelles à ma maison des champs; la presse médicale est en quelque sorte complice de ma négligence coupable. Aujourd'hui un devoir nouveau me fixe à Paris. Je viendrai recevoir à leur source des enseignements que je ne recueillais que par intermédiaire; si je venais à perdre plus tard, en perdant le titre de doyen, le droit d'assister à vos séances, je sens que je perdrais doublement, et ce serait une privation dont je me consolerais difficilement. (Vifs applaudissements.)

— M. Bally lit une note sur le choléra, qui, dit-il, existe véritablement et sans aucun doute dans le département du Nord.

M. Rochoux nie la contagion du choléra qu'admet M. Bally.

— M. Chevallier lit un rapport officiel sur un remède secret nommé *sulfate indigène*, et destiné à remplacer le sulfate de quinine.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le chloroforme.

M. Baillarger commence par indiquer que c'est surtout la question d'asphyxie qu'il se propose d'examiner. M. Malgaigne s'est abstenu de traiter cette question avec détail, faisant sous ce rapport appel à ceux des membres de l'Académie qui avaient plus particulièrement étudié l'éthérisation chez les animaux.

Dans les premières expériences faites à Alfort, MM. Renault et Bouley fils, qui se servaient des appareils ordinaires, avaient déjà observé les phénomènes d'asphyxie signalés plus tard par M. Amussat. Ce n'est qu'à partir du moment où l'appareil-boîte imaginé par M. Baillarger a été employé par M. Bouley fils que la coloration noire du sang artériel a complétement cessé.

M. Amussat ayant remarqué la rapidité avec laquelle l'asphyxie se dissipe chez les animaux dès qu'on cesse l'éthérisation, a émis l'opinion qu'on ne manquerait pas d'observer le changement de couleur du sang artériel si on opérait les animaux dans l'appareil même, au lieu de le retirer comme on l'avait fait jusque-là. M. Baillarger, pour lever cette objection, a cru devoir recourir à de nouvelles expériences. Ces expériences ont aussi été faites à l'école d'Alfort par M. Bouley fils, en présence de M. Gibert, l'un des membres de la commission, et de plusieurs médecins. Un animal a été amputé dans l'appareil, et cependant le sang artériel n'en avait pas moins conservé sa couleur rouge; chez un autre chien éthérisé avec l'appareil ordinaire; les signes d'asphyxie signalés par M. Amussat ont en effet été reconnus après quelques minutes seulement. M. Baillarger pense donc que l'éther et le chloroforme ne produisent pas par eux-mêmes l'asphyxie, mais qu'il faut l'attribuer aux appareils employés.

Ces faits peuvent d'ailleurs s'expliquer de la manière suivante;

M. Amussat, en employant chez les animaux les mêmes appareils que chez l'homme, a eu pour but de rendre les résultats plus exactement comparables; mais ce but n'a peut-être pas été atteint, car si les appareils sont les mêmes, la manière de les appliquer diffère en réalité beaucoup. Pour éthériser les chiens, il faut commencer par les museler et ensuite les maintenir couchés; or, dans cet état, la respiration est loin de se faire aussi complétement que quand les animaux sont libres. M. Velpeau n'a remarqué de signes d'asphyxie que chez les opérés qui se débattaient, et chez lesquels il fallait en quelque sorte employer la force pour pratiquer l'inhalation. La coloration foncée du sang artériel ne s'observe, au contraire, jamais chez les malades qui se soumettent tranquillement et sans effort à l'action du chloroforme. C'est de la même manière qu'on peut se rendre compte de la différence des résultats observés chez les animaux éthérisés dans une boîte où ils sont abandonnés à eux-mêmes et tout à fait libres, et de ceux qu'on obtient quand ces mêmes animaux sont fortement muselés et contenus.

Il est d'ailleurs très important de faire remarquer la rapidité avec laquelle les signes d'asphyxie se dissipent chez les animaux éthérisés; les expériences de M. Amussat surtout prouvent que ce commencement d'asphyxie, malgré l'action de l'éther ou du chloroforme, n'a presque aucune gravité. La coloration brune du sang artériel observée chez quelques opérés s'est toujours aussi dissipée avec facilité. M. Baillarger s'appuie sur ces faits pour contester que l'asphyxie ait été en réalité la cause de la mort dans plusieurs des cas rapportés par M. Malgaigne, et, entre autres, dans celui d'Anna Greener, qui ne fut soumise à l'inhalation du chloroforme que pendant trente secondes. Ces cas de mort pourraient peut-être s'expliquer plus sûrement par une syncope que le chloroforme aurait rendue mortelle. M. Malgaigne, en effet, n'a tenu aucun compte des opinions de MM. Gorré, Simpson et Robert, qui attribuent à cette cause la mort de leurs malades. Pour Anna Greener surtout bien des raisons pourraient faire admettre qu'il y a d'abord eu un accident de ce genre. Cette jeune fille redoutait extrêmement l'opération; la veille, elle était déjà très agitée, répétant qu'elle aimait mieux mourir que de se faire opérer. A peine l'incision fut-elle commencée que la malade fit un mouvement brusque pour se soustraire à la douleur; puis, tout à coup, pâlit et s'affaissa sur elle-même. Sans admettre l'opinion de M. Robert, qui croit que les syncopes sont plus fréquentes chez les malades opérés après avoir été éthérisés, doit-on penser que cet accident ne se rencontrera pas au moins dans quelques cas? Et alors qu'arrivera-t-il? quel degré de gravité le chloroforme ajoutera-t-il à la syncope? Tant que ces questions ne seront pas résolues ne serait-il pas au moins prudent de s'abstenir de chloroforme chez les malades qui éprouvent des syncopes avec une extrême facilité et pour des causes légères?

A propos de la syncope, M. Baillarger rapporte qu'il a trouvé récemment, en parcourant la collection d'un journal, une note publiée en 1823 par Wardrop et qui indiquait déjà un moyen de soustraire les opérés à la douleur. Cette note a pour titre : « Considérations sur

un moyen de pratiquer les opérations chirurgicales chez les personnes irritables, avec une observation dans laquelle cette méthode a été employée avec succès. » Ce moyen n'est autre que la syncope. La malade fut saignée debout, et on lui tira cinquante onces de sang ; la syncope qui survint fut assez prolongée pour que l'opération (enlèvement d'une tumeur au front) pût être entièrement terminée sans que la malade en ait eu conscience. Elle ne voulut même croire que sa tumeur avait été enlevée qu'après s'en être convaincue elle-même en se regardant dans une glace. Le travail de Wardrop a été publié en 1825 dans les *Transactions médico-chirurgicales de Londres.*

M. Baillarger rappelle que les expériences de M. Moreau (de Tours) sur les épileptiques, répétées plus tard par M. Frix, établissent une contre-indication formelle de l'emploi de l'éther et du chloroforme dans le cas où on aurait à pratiquer une opération chez ces malades. C'est dans le rapport une légère omission qu'il sera facile à M. Malgaigne de réparer.

Quant à l'ensemble du rapport, M. Baillarger ajoute qu'il lui paraît présenter quelques autres lacunes plus importantes.

Si les cas de morts subites sont heureusement rares, les accidents assez graves et qui ont donné de vives inquiétudes pour la vie des malades sont beaucoup plus fréquents. Tous les chirurgiens en ont observé. La description de ces accidents n'aurait-elle pas dû précéder les observations de morts subites, qu'elles auraient servi à expliquer, n'en était-elle pas en quelque sorte la préface obligée ? La même omission a eu lieu pour les morts consécutives attribuées au chloroforme. M. Sédillot lui seul en a signalé quatre cas. Le rapport de M. Malgaigne a pour titre : *Des dangers et des accidents produits par le chloroforme.* Or, pour répondre complétement à ce titre, les morts consécutives ne devaient-elles pas aussi être l'objet d'un examen spécial ?

M. Baillarger termine en émettant cette opinion que le rapport de M. Malgaigne ne saurait être considéré que comme un temps d'arrêt dans l'étude de la question. Déjà depuis le commencement de la discussion un nouveau cas de mort a été signalé, et il est à craindre que dans un an, par exemple, il y ait encore lieu à un second examen. Il pense que les conclusions du rapport ne devaient pas présenter la question comme définitivement jugée.

M. Renault. M. Baillarger semble avoir pensé que les objections de M. Amussat étaient fondées sur ce que mes animaux sont extraits de la boîte à éthérisation avant d'être opérés ; mais alors j'ai la précaution de leur entourer le museau d'une éponge imbibée d'éther. Quant à la position forcée, à laquelle M. Baillarger semble attacher beaucoup d'importance, c'est celle que nous donnons à tous nos animaux quand nous les opérons, et tous les jours nous en opérons 14 ou 15 sans que le sang change de couleur.

M. Blandin fait remarquer que le chloroforme éteint souvent la sensibilité pour la douleur, sans détruire la sensibilité tactile. Des faits certains le prouvent. Les différents modes d'agir doivent amener des résultats différents. Dans son opinion, plus l'agent anesthésique produit vite ses effets, moins il y a de chances d'asphyxie. Il voudrait donc que l'Académie répondît au ministre que la malade de M. Gorré a été victime du chloroforme, mais qu'il n'y a rien de la faute de l'opérateur, qui a employé cet agent suivant les règles les plus sévères de l'art, et comme le font tous les chirurgiens.

— Séance levée à quatre heures et demie.

Conseil général du département de la Seine.

Séance du 30 décembre 1848.

M. Moissot lit son rapport sur le service des aliénés en 1849. C'est une des questions les plus plus graves qui se soient présentées dans la session.

M. le rapporteur signale l'encombrement qui règne dans toutes les maisons d'aliénés du département : Bicêtre et la Salpêtrière en renferment 2,102, et 815 ont été placés en province.

Si la population aliénée du département s'élève à la proportion d'un quart de cette même population pour toute la France, il faut remarquer, avec M. le docteur Ferrus, inspecteur général des maisons d'aliénés, que cela est dû surtout à la facilité des admissions dans ces maisons à Paris, et aux fraudes employées par les parents, quelquefois avec la complicité des autorités locales des départements, pour abandonner à Paris des idiots ou des insensés, en faisant disparaître toute trace de leur origine. La première nécessité est donc, comme dans toutes les branches de l'assistance publique, d'établir de nouveaux moyens de certitude sur le domicile réel de l'assisté. La deuxième serait de construire un nouvel hospice qui coûterait 15 millions ; on n'y peut songer en ce moment. Il faut donc agrandir seulement les établissements qui existent, en y joignant des fermes dans le genre de celle de Sainte-Anne, si utile par l'influence des travaux agricoles sur l'état des aliénés paisibles.

Pour atteindre ce but, la commission propose de faire étudier l'aggrandissement de Bicêtre et de la Salpêtrière, et d'inviter les hospices à consacrer à ces travaux une somme de 350,000 fr., dont on leur payera l'intérêt en augmentant de 2 centimes la journée qu'on leur paye pour chaque aliéné. Comme ce sera encore augmenter la dette du département envers la ville et les hospices, qui monte à 4,346,000 fr., on arrêterait ce compte, on payerait annuellement 217,000 fr. d'intérêts et on accorderait 50,000 fr. pour les frais de l'emprunt, que l'on cautionnerait. Ainsi le passé serait réglé et le travail urgent assuré.

Quant aux fraudes sur le domicile, on les éviterait par une surveillance plus active, et on emploierait la voie diplomatique pour se débarrasser des étrangers.

Une deuxième délibération proposée aurait pour but d'insister sur la demande de coopération de l'État à ces dépeuses. Mais l'état général des finances ne permet d'espérer aucun soulagement pour le moment.

Après ce rapport, une discussion très étendue et quelquefois animée s'engage dans le conseil. Tous les membres qui y prennent part reconnaissent que, dans l'impossibilité de retenir les aliénés dans leur lieu de naissance ou d'habitation, dans l'intérêt même de leur traitement médical et du progrès de la science, ces infortunés devraient être à la charge de l'État aussi bien que les orphelins et les prisons. Mais tous ne sont pas d'accord sur la nécessité des réclamations adressées à l'État sur le premier de ces points, aussi bien que sur les deux derniers, réclamations étendues, qui, aux yeux de quelques-uns, paraissent pouvoir se nuire mutuellement.

On entend, d'une part, MM. Delestre, Labélonie, Flon, Galis, etc. ; de l'autre, M. Lanquetin et Boulatignier.

Après un débat plein de chaleur, et où les diverses opinions paraissent également inspirées par un sincère désir du bien, on ajoute à la délibération primitive le vœu proposé d'abord par M. Flon, que les trois dépenses des aliénés, des orphelins et des prisons pour toute la France, soient centralisées et remises entre les mains de l'État.

Nouvelles du choléra.

Choléra a Saint-Pétersbourg. — Journée du 7 décembre : 5 nouveaux malades, 3 guérisons et 1 décès. — Journée du 8 : 4 nouveaux malades, 2 guérisons et 2 décès à domicile. — Nous recevons par la *Gazette officielle du royaume de Pologne* les chiffres de l'activité du choléra, dont voici les relevés depuis son apparition dans le royaume jusqu'au 29 novembre (11 décembre).

	Nombre total des		
	Malades.	*Guérisons.*	*Décès.*
A Varsovie,	4,051	2,437	1,609
Daus le gouvernement de Varsovie (non compris la capitale),	11,570	5,358	6,079
Dans le gouvernem. de Lublin,	15,079	8,333	6,553
— Radom,	4,275	1,706	2,280
— Plock,	7,217	3,174	3,982
— Augustow,	7,978	5,100	2,736
Totaux :	50,170	26,104	23,230

NOUVELLES.

Le comité de l'intérieur de l'Assemblée nationale a présenté un nouveau projet de loi qui modifie essentiellement celui du gouvernement.

Les hospices et les hôpitaux de Paris disposent d'un revenu de seize à dix-huit millions ; il était indispensable d'adjoindre un directeur au conseil d'administration, et de soumettre tous ses actes au conseil municipal.

En ce qui concerne les secours à domicile, cette branche si difficile de l'assistance publique, la question de savoir si ce service doit être confié aux administrateurs des hospices et des hôpitaux a été résolue affirmativement ; le gouvernement et le comité de l'intérieur se sont prononcés pour que ce service ne soit point divisé.

Le comité a également décidé la question de la nomination des médecins de l'assistance publique par la voie du concours.

L'organisation de l'assistance publique à Paris est la première application de l'article 13 de la Constitution, qui promet d'améliorer le sort des travailleurs.

— Par arrêté en date du 30 décembre courant, M. le ministre de l'instruction publique et des cultes a nommé doyen de la Faculté de médecine de Paris M. Bérard, professeur de physiologie de cette Faculté.

— Le tableau officiel des morts et des naissances à Londres donne pour la semaine dernière un total de 1,118 morts, ce qui offre une dominution de 36 décès sur la semaine correspondante de l'année diernière. Pendant les trois mois compris du 23 septembre au 23 décembre, le nombre des morts causées par le choléra a été de 449, dont 265 dans les quartiers situés au sud de la Tamise. C'est la plus petite partie de Londres, et en même temps la moins saine. Le choléra y a fait relativement beaucoup plus de ravages.

— M. Samuel Cooper, célèbre chirurgien de Londres, bien connu pour son *Dictionnaire de chirurgie*, livre classique qui a obtenu les honneurs d'une traduction française, vient de mourir dans sa résidence de Shepperton.

— L'Académie royale de médecine de Belgique avait remis au concours pour 1848 la question suivante :

« Décrire l'état puerpéral et éclairer par des faits la nature et le traitement des maladies auxquelles cet état prédispose. »

Le prix a été décerné à M. A. *Laurent*, docteur-médecin à Frasnes, près de Marienbourg.

— M. Pajot commencera un cours complet d'accouchements le lundi 15 janvier 1849, à midi, rue de Vaugirard, 35.

— M. Renault, directeur de l'Ecole d'Alfort, adresse aux vétérinaires, dans le dernier numéro du *Recueil de médecine vétérinaire pratique*, une note que nous croyons utile de reproduire :

Occupé à rechercher et recueillir tous les documents de nature à éclairer la grave question de la transmissibilité de la rage, et des différentes voies de transmission de cette affreuse maladie, M. Renault recevrait avec plaisir et reconnaissance communication de tous les faits desquels il résulterait :

1° Que des personnes ou des animaux ayant bu du lait d'animaux mordus par des chiens enragés (lesquels animaux mordus seraient devenus enragés eux-mêmes plus ou moins longtemps après la morsure) ont ou n'ont pas éprouvé d'accidents en suite de cette alimentation.

2° Que des personnes ou des animaux ayant mangé de la viande d'herbivores morts ou sacrifiés par suite de rage bien caractérisée, ont ou n'ont pas éprouvé d'accidents en suite de cette alimentation.

3° Que de personnes s'étant blessées en ouvrant ou manipulant des cadavres d'animaux morts enragés, ou déjà blessées au moment où elles les ont ouverts ou manipulés, ont ou n'ont pas éprouvé d'accidents en suite de ces ouvertures ou manipulations.

4° Que l'inoculation, par morsure ou par l'art, de la salive d'herbivores enragés, a ou n'a pas fait développer la rage sur les animaux inoculés ou mordus.

M. Renault n'a pas besoin de dire que la vérité de ces observations serait, par lui, nominativement rapportée à leurs auteurs.

— M. Donarieix, vétérinaire, vient d'adresser à la Société nationale et centrale vétérinaire un Mémoire qui tend à prouver que la gourme du cheval est contagieuse. L'auteur appuie son opinion sur un grand nombre de faits observés dans les environs de Saint-Fargeau, où cette maladie est très commune. « Lorsque la gourme se déclare dans une ferme, dit l'auteur, elle attaque toutes les bêtes logées dans la même écurie, à l'exception de celles qui sont déjà vieilles ; tandis qu'elle épargne les bêtes tenues isolées, quoique dans la même ferme, et placées dans les mêmes conditions hygiéniques que les malades ; des bêtes saines mises avec des bêtes gourmeuses ont contracté la maladie. » Ce travail démontre la nécessité de séparer, ainsi que nous l'avons déjà recommandé plusieurs fois, les animaux malades de ceux qui sont en santé, quelle que soit la maladie qui règne.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 6 JANVIER 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 2.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

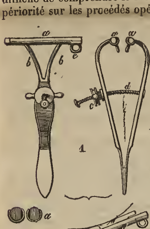
PARIS, 5 JANVIER 1849.

Revue clinique hebdomadaire.

HÉMORRHOÏDES INTERNES. CAUTÉRISATION PAR LE CAUSTIQUE DE VIENNE. INSTRUMENT NOUVEAU. — Tous les procédés pour l'excision, la cautérisation des hémorrhoïdes, etc., s'ils ont quelques avantages, offrent des inconvénients qui les compensent largement. A nos yeux, ces inconvénients sont tellement graves, que, s'il y a quelques mois, nous avions été consulté par un malade portant des hémorrhoïdes, même très volumineuses, nous nous fussions cru coupable de l'engager à s'exposer à une opération.

Nous disons il y a quelques mois, parce qu'aujourd'hui ces dangers ont disparu dans un procédé nouveau dont nous avons vu M. Amussat faire usage, et dont nous allons donner la description. Il consiste à étreindre entre les mors d'une pince chargée de caustique de Vienne le pédicule ou la base de l'hémorrhoïde, qui tombe au bout de quelques jours flétrie et gangrenée.

Et d'abord, donnons avec la figure de l'instrument sa description aussi complète que possible, sans laquelle il serait difficile de comprendre le mécanisme de l'opération et sa supériorité sur les procédés opératoires précédents.



L'instrument, vu de face et de profil (fig. 1), consiste en deux branches semblables inférieurement à celles d'une pince à disséquer, mais bifurquées dans leur tiers supérieur. Cette bifurcation, BB, supporte deux cylindres droits, creux, de 6 centimètres de long, et de 5 millimètres de diamètre.

Au moyen d'une lame demi-circulaire, qui recouvre à volonté la rainure qu'ils présentent, lame qui se manœuvre au moyen de deux petites oreilles ou anneaux *ee*, le caustique peut être mis à l'abri du contact avec l'air extérieur ou les parties sur lesquelles est appliqué le cylindre, ou en contact avec ces parties.

Un écrou C, courant sur une vis courbe D, permet de rapprocher les deux branches, et par conséquent les deux cylindres l'un de l'autre, et d'exercer sur les parties qu'ils comprennent une compression aussi forte que l'opérateur le désire.

La figure 2 représente : en *a*, la coupe des deux cylindres recouverts de leurs lames protectrices; en *b*, les deux mêmes cylindres ouverts.

Enfin, la figure 3 représente l'instrument en action, l'hémorrhoïde saisie entre les deux cylindres rapprochés.

Il n'est presque pas besoin de décrire l'opération. Une fois l'hémorrhoïde saisie, on serre l'écrou, on découvre le caustique coulé dans les rainures ou gouttières des cylindres (caustique de Vienne, chaux et potasse); et pendant que l'instrument agit à la fois par compression et par cautérisation, un jet d'eau froide dirigé avec une seringue sur l'hémorrhoïde, enlève le superflu du caustique et amortit la sensation de brûlure. Si simple qu'il paraisse au premier abord, cet instrument a coûté bien du travail et des modifications nombreuses à M. Amussat, qui nous a fait voir la série de gradations par laquelle il a dû passer, et à M. Charrière, l'habile fabricant d'instruments de chirurgie, des ateliers duquel sort ce petit appareil, actuellement, ce nous semble, aussi parfait que possible.

Nous avons assisté à trois opérations faites par ce procédé. Dans toutes trois, le succès le plus complet et le plus rapide est venu confirmer les espérances du chirurgien. Nous rapporterons le plus récent de ces faits, dont les détails circonstanciés nous ont été communiqués par M. Amussat, en l'accompagnant de quelques réflexions pratiques.

M. X..., âgé de trente-trois ans, officier d'état-major; constitution assez forte, tempérament bilieux, commença à éprouver, au mois d'avril 1841, les premiers symptômes de son affection hémorrhoïdale; il était alors en expédition, obligé de coucher au bivouac par des nuits pluvieuses, et de monter à cheval toute la journée. Du sang s'écoulait pendant les garde-robes; la souffrance n'était pas très grande. L'hérédité ne paraît avoir aucune part dans le développement de cette maladie.

En 1842, la constipation, habituelle chez M. X.., augmenta beaucoup, et aux pertes de sang se joignirent des douleurs et des pesanteurs vers l'anus.

En 1843, à la suite de nouvelles expéditions militaires, tous ces accidents prirent une intensité plus grande et perdirent le caractère d'intermittence qu'ils avaient eu jusqu'alors.

Rentré en France au mois de janvier 1844, M. X... espérait que le repos et un climat plus tempéré apporteraient un changement favorable à son état. Il n'en fut rien; tout au contraire, la maladie, à laquelle la vie active ne faisait plus diversion, continua à se développer. Pendant deux ans, les tumeurs hémorrhoïdales augmentèrent sensiblement; elles formèrent d'abord un bourrelet intérieur qui semblait obturer complétement l'anus; plus tard, apparut un bourrelet extérieur. L'exercice du cheval devint presque impossible; la marche même était difficile, et la station et l'immobilité debout n'étaient plus supportables.

Dans ces diverses positions, M. X... était obligé, toutes les dix minutes, d'exercer, avec le doigt, une pression pour faire rentrer les hémorrhoïdes. Il prenait alors des lavements très fréquemment, pour favoriser les garde-robes, et celles-ci s'accompagnaient toujours d'une procidence du rectum et de pertes de sang assez considérables. A cette époque, M. X... était déjà très faible, les pesanteurs à l'anus étaient devenues plus fortes et plus insupportables; des douleurs aiguës provenant de l'excoriation de la muqueuse qui recouvrait les bourrelets hémorrhoïdaux ne laissaient plus un instant de repos. La tristesse, le marasme et le découragement s'étaient emparés du malade, qui n'avait pu obtenir aucun soulagement des moyens les plus divers auxquels il avait eu recours.

C'est dans cet état qu'il fut adressé à M. Amussat, par MM. les docteurs Piron et Vergesse, au mois d'août 1848. Il existait alors un bourrelet circulaire d'hémorrhoïdes internes composé de cinq tumeurs assez distinctes, deux fessières droites, deux fessières gauches et une périnéale. L'opération ne put avoir lieu que quelque temps après, et il y fut préparé par une purgation, des bains et des tisanes rafraîchissantes.

Le 5 octobre, après avoir pris et rendu un lavement, M. X... étant placé sur le bord de son lit et faisant des efforts aussi prolongés que possible, comme s'il voulait aller à la garde-robe, M. Amussat saisit avec l'instrument les deux hémorrhoïdes fessières du côté droit, et il les cautérise en mettant à découvert le caustique de potasse et de chaux placé dans les curettes, en même temps qu'il ferme la pince avec l'écrou; pendant ce temps, un aide pratique continuellement des injections d'eau froide sur les tumeurs et sur les curettes des pinces. La douleur est très supportable. Après trois ou quatre minutes, jugeant que la cautérisation a été suffisante pour désorganiser entièrement le pédicule des tumeurs, on enlève les pinces et on fait une injection d'eau vinaigrée; puis le malade se place dans un bain, et, au bout d'une demi-heure, il fait rentrer tout le paquet hémorrhoïdal au moyen d'un tampon de linge enduit de cérat opiacé. Après trois heures passées dans le bain, les douleurs, très apaisées jusqu'ici, se réveillent pendant le séjour au lit, et la nuit est agitée; l'émission des urines a lieu sans douleur, mais elle se fait un peu attendre. Les jours suivants, il ne survient aucun accident, et au bout de quelques jours M. X... se trouve tellement bien et marche si facilement dans sa chambre qu'il peut sortir de chez lui.

Le 6 novembre, M. Amussat procède de la même manière à la cautérisation des deux hémorrhoïdes fessières gauches; elle n'offre rien de particulier qui mérite d'être noté. Les soins consécutifs sont les mêmes. Absence de toute espèce d'accident.

Le 25 novembre, M. X... est guéri de son affection hémorrhoïdale; il reste encore une petite tumeur du côté du périnée; mais M. Amussat la laisse *à dessein*. D'ailleurs, elle est un peu indurée et elle ne cause aucune gêne.

Il serait difficile de trouver une opération plus simple pour l'exécution et plus heureuse pour les suites que celle que nous venons de relater. Cependant, il s'agissait d'une affection grave datant de plusieurs années et qui avait miné, pour ainsi dire, une très forte organisation.

Ce fait confirme pleinement les avantages de la cautérisation circulaire appliquée méthodiquement au traitement des hémorrhoïdes internes.

Le succès est ici d'autant plus remarquable que le cas était plus grave. Il s'agissait de quatre tumeurs hémorrhoïdales volumineuses et anciennes; or, ces tumeurs ont été détruites en deux fois sans qu'aucun accident soit survenu. On peut dire que le perfectionnement des instruments a beaucoup contribué à ce résultat.

Il faut, en effet, remarquer que les curettes porte-caustique de la pince imaginée par M. Amussat pouvant être recouvertes à volonté, il devient possible d'éviter l'emploi des pinces préservatrices qui étaient indispensables avant ce perfectionnement. On n'a donc plus besoin que d'un seul instrument, et il n'est plus nécessaire de garantir de l'action du caustique les parties voisines, soit avec les doigts, soit avec des spatules, comme on était obligé de le faire autrefois. Cette simplification du procédé mérite toute l'attention des praticiens.

Ajoutons aussi qu'en pareil cas les irrigations d'eau fraîche faites pendant et après les opérations sont un des meilleurs moyens d'éviter ou de modérer les douleurs, et la pression très forte des pinces au moyen du volant empêche l'eau de détruire l'effet du caustique.

Quant aux moyens anesthésiques, M. Amussat pense qu'ils sont beaucoup moins indiqués pour la cautérisation des hémorrhoïdes que pour toute autre opération, puisque déjà la compression exercée par les pinces sur le pédicule des tumeurs et les irrigations d'eau fraîche faites en même temps que la cautérisation enlèvent la plus grande partie de la douleur. Cependant M. Amussat emploie souvent, dans ce cas, le chloroforme pour des malades qui redoutent la moindre douleur.

En résumé, la cautérisation circulaire du pédicule des tumeurs hémorrhoïdales internes au moyen de la pince *porte-caustique* de M. Amussat est aujourd'hui d'une application facile; elle est peu douloureuse et exempte de dangers.

Une observation importante que nous devons faire encore, c'est relativement à la suppression des hémorrhoïdes qu'on redoute assez généralement, parce qu'on les considère comme une affection salutaire et à laquelle on doit se garder de toucher; il est bien entendu que nous ne parlons que des hémorrhoïdes qui sont devenues une cause de gêne insupportable et d'épuisement. D'après un grand nombre d'observations datant déjà de plus de vingt ans, M. Amussat n'a jamais remarqué d'accidents consécutifs qu'on pût raisonnablement attribuer à la suppression de cette affection. La coutume de M. Amussat est de laisser presque toujours une des hémorrhoïdes, la plus petite et la moins douloureuse, plutôt pour satisfaire au préjugé que par conviction réelle de son utilité. Telle a été sa conduite en cette circonstance, conduite que nous ne pouvons approuver pour notre part; il nous paraît qu'il serait bien préférable de tout enlever. Si, ce que nous nions, il était nécessaire d'entretenir une congestion sanguine dans le point malade, il resterait évidemment encore assez de vaisseaux variqueux à la fin du rectum pour produire cette congestion, et empêcher qu'il ne s'en développât dans d'autres organes, ce qui est si rare, qu'on peut le révoquer en doute. Nous croyons donc complétement inutile de prendre, comme on l'a conseillé par prudence, toutes les précautions convenables pour empêcher les effets de la suppression du flux sanguin auquel l'économie était habituée. Ce sont, ici, des craintes chimériques que nous conseillons à M. Amussat de bannir, et qui ne doivent pas l'empêcher de détruire complétement les tumeurs hémorrhoïdales.

Une circonstance encore sur laquelle nous voulons revenir est celle-ci : M. Amussat n'a point osé enlever, le même jour, les deux paquets hémorrhoïdaux. Malgré nos exhortations, il a, prudemment peut-être, préféré pratiquer l'opération en deux fois. Il nous semble qu'il y aurait eu tout bénéfice, pour le malade, à subir les deux cautérisations le même jour, soit successivement, soit, mieux encore, à la fois, à l'aide de deux instruments simultanément appliqués. La douleur n'eût pas été plus vive, et le patient eût été délivré un mois plus tôt. Nous osons espérer que ce conseil que nous nous permettons de donner à l'un de nos maîtres sera suivi par lui dans ses prochaines opérations, si toutefois les circonstances se rencontrent aussi favorables que dans le cas actuel.

Nous ne terminerons pas sans présenter encore une remarque critique sur une pratique que nous avons vu suivre à M. Amussat, et à laquelle nous savons, du reste, qu'il n'attache qu'une très médiocre importance. Lorsque les pinces sont retirées, M. Amussat fait faire une injection d'eau vinaigrée sur la tumeur pour neutraliser ce qui pourrait rester du caustique. Il nous semble qu'une simple injection d'eau froide suffirait pour enlever le peu de caustique qui resterait, s'il en restait réellement. Et, d'ailleurs, l'immersion dans le bain ne remplirait-elle pas le même but ?

De deux choses l'une : ou l'eau est assez fortement vinaigrée pour neutraliser le caustique, et elle augmentera la douleur; ou elle le sera assez peu pour ne pas occasionner une sensation de piqûre, et alors elle serait trop faible pour neutraliser le caustique. Dans les deux cas, donc, cette pratique nous paraît inutile.

TUMEUR INGUINALE. TESTICULE CANCÉREUX. — Nous avons vu dans le service du professeur Velpeau, à la Charité, une tumeur bien singulière et bien remarquable, située dans la région inguinale, et dont ce chirurgien a fait l'objet d'une discussion approfondie pour arriver au diagnostic par voie d'élimination. Voici le fait.

Un homme de vingt et un ans, bien constitué, fort, porte dans la région inguinale gauche une tumeur du volume d'un petit melon ou d'une tête de nouveau-né, légèrement oblongue, dure sur tous ses points à peu près de même, élastique, offrant quelques bosselures au doigt qui l'explore, mais lisse et unie à l'œil. Pas de changement de couleur à la peau, la-

quelle ne semble pas adhérer à la tumeur. Elle est située de telle sorte, que son extrémité supérieure répond à l'ouverture externe du canal inguinal et son extrémité inférieure à l'ouverture interne. Cette tumeur a une certaine mobilité; elle n'a pas son siége dans l'abdomen; elle est concrète, présente dans certains points moins de résistance que dans d'autres; mais là, même, il n'y a pas de fluctuation; enfin elle n'est pas douloureuse, et ne l'a jamais été.

Elle n'est et ne paraît pas avoir été le siége d'un travail inflammatoire; elle s'est développée lentement sans que le sujet s'en soit pour ainsi dire aperçu; il n'y a fait attention qu'après avoir un jour, par hasard, éprouvé une certaine gène à faire un mouvement. Elle était alors grosse comme un œuf de poule. Le malade s'est à peine occupé de cette affection lorsqu'il s'en est aperçu, et pendant deux ans il l'a presque constamment oubliée. D'après les caractères qu'il lui a trouvés, M. Velpeau ne pensa pas un seul instant que l'on pût guérir cette tumeur par une médication interne, et il s'est sur-le-champ demandé quelle en était la nature?

Evidemment ce n'était pas une collection de matières liquides. Il fallait donc examiner quelles peuvent être les tumeurs concrètes de cette région.

Mais une circonstance importante à noter d'abord a été celle-ci, que les bourses ne contenaient qu'un testicule, le droit. Où pouvait être l'autre? Dans le canal inguinal. Le malade a affirmé n'en avoir jamais vu qu'un dans le scrotum. Il y avait donc lieu de croire que la tumeur était produite par le testicule gauche. Cependant, on pourrait croire aussi que l'on avait affaire à une masse herniaire de l'épiploon qui serait devenu le siége d'une dégénérescence. Mais le professeur a fait sur-le-champ observer que la tumeur, dans ce cas, ne présenterait pas la même physionomie, et qu'ici tout faisait supposer que c'était une tumeur testiculaire.

Ce point une fois admis, quelle était la nature de la tumeur elle-même? Etait-ce une hypertrophie, du tubercule, de l'encéphaloïde, du squirrhe, une infiltration du sang, enfin y avait-il du pus?

M. Velpeau a commencé par éliminer toutes les lésions étrangères au cancer. Ce n'est, a-t-il dit, ni du tubercule, ni une hypertrophie pure et simple; jamais ces affections ne s'accompagnent d'une augmentation de volume aussi considérable. Evidemment encore, la nature de l'affection est cancéreuse.

La consistance est plus grande que celle de l'encéphaloïde; les bosselures sont plus dures, plus résistantes que dans cette dégénérescence. Parvenue à la période de ramollissement, d'ailleurs, la tumeur n'aurait pas la physionomie de la *santé*, qu'on nous passe le mot, que l'on rencontre ici, et qui ramènerait plutôt à l'idée de ces tumeurs fibro-plastiques semi-colloïdes, si voisines du cancer, qu'on serait tenté de les y englober.

Si l'on voulait, a dit M. Velpeau, s'arrêter à un diagnostic précis, il faudrait dire : c'est une tumeur d'un tissu homogène, formée de masses un peu plus saillantes dans certains points que dans d'autres, et dont la coupe ressemblera peu à peu à celle des ganglions lymphatiques hypertrophiés. Cette affection constitue quelque chose de rare, non pas seulement parce que c'est une tumeur d'un volume aussi considérable, mais aussi par son siége. Les testicules placés dans les bourses deviennent souvent le siége de tumeurs pareilles, sans que l'on soit le moins du monde surpris; mais il semble que l'organe qui est resté en chemin devrait être à l'abri d'affections de cette nature.

Jusqu'à présent, M. Velpeau n'avait pas encore vu de testicule cancéreux qui ne fût pas descendu dans les bourses.

L'autopsie de la tumeur, qui fut enlevée avec habileté par M. Velpeau, donna pleine raison à la justesse de son diagnostic. C'était bien le testicule et il était cancéreux.

Les faits de ce genre sont rares, disait le professeur. En effet, les recherches auxquelles nous nous sommes livré pour en découvrir d'analogues n'ont pu nous faire découvrir que les faits suivants :

Lassus, cité par M. Roux, rapporte avoir inutilement extirpé un sarcocèle développé par suite de la compression qu'exerça pendant longtemps un bandage herniaire appliqué sur un testicule arrêté au niveau de l'anneau inguinal et formant une tumeur, qui fut prise pour une hernie. M. Roux dit lui-même avoir vu des cas semblables.

Auguste Bérard, ce jeune et habile chirurgien dont la science déplore la perte récente, dit avoir assisté Béclard dans un cas analogue, et rappelle deux observations de Moreau et de Chopart à peu près exactement pareilles.

Enfin Pott, dans ses *OEuvres chirurgicales*, en rapporte trois exemples que nous demandons la permission de citer en quelques mots.

Un homme d'une cinquantaine d'années portait à l'aine droite une tumeur cancéreuse ulcérée; ce malade racontait que, lorsque cette tumeur commença à devenir douloureuse, il consulta deux chirurgiens herniaires, dont l'un, diagnostiquant un épiplocèle, proposa l'amputation, et dont l'autre lui vendit deux bandages qu'il ne put porter. Enfin, un guérisseur de cancers avait appliqué sur cette tumeur un caustique qui avait fait un ravage effrayant. Aucun n'avait remarqué qu'il n'y avait qu'un testicule dans le scrotum.

L'état avancé de la maladie engagea Pott et Holling à se borner aux palliatifs; l'autopsie montra un cancer du testicule non descendu dans les bourses. (Pott, *OEuvres chirurg.*, t. II, p. 30).

Enfin, la dernière observation est celle d'un homme de moyen âge, qui portait une tumeur ovale indolente, mobile, que plusieurs chirurgiens avaient prise pour un hubon ou un bubonocèle. La pression exercée pour la réduire devenait le siége de douleurs qui s'étendaient jusque dans le dos. *Il n'y avait pas de testicule de ce côté.* Depuis deux ans, cette tumeur était devenue dure, squirrheuse. Pott reconnut un sarcocèle et voulut l'enlever. Sur ces entrefaites, M. Griffins, ayant examiné la tumeur, soutint que c'était une tumeur d'une autre espèce et susceptible de résolution. Sorti de l'hôpital, le malade entra ensuite à l'hôpital Saint-Georges, où il fut opéré. La tumeur était un squirrhe. (Id., *ibid.*, pag. 29.)

On voit que les faits de ce genre sont assez rares pour que nous ayons cru devoir en signaler tous ceux que possède la science à notre connaissance. Z...

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Michon.

Accidents secondaires de la vérole. — Ulcère et testicule syphilitique.

Un jeune homme fort, vigoureux, d'une bonne constitution, s'est présenté il y a quelques jours à la consultation de l'hôpital de la Pitié. Il fait voir à M. Michon, qui l'examine, un ulcère de la largeur d'une pièce de deux francs, situé à la partie supérieure et externe de la cuisse gauche.

Le premier aspect de cet ulcère fait déclarer au chirurgien de la Pitié qu'il s'agit d'un ulcère syphilitique. Les bords de cette ulcération sont, en effet, dnrs et taillés à pic; le fond présente une teinte grisâtre et de petits mamelons séparés par des fissures qui ne ressemblent en rien aux bourgeons charnus de bonne nature qui sont l'indice d'une cicatrisation prochaine. Enfin, la coloration violacée des tissus circonvoisins avec induration du tissu cellulaire et la stagnation du sang veineux, indiquaient clairement qu'il ne s'agissait pas là d'une inflammation simple, mais bien d'une complication syphilitique.

L'interrogation du malade est cependant de nature à faire concevoir des doutes sur ce sujet. A en croire son récit, ce serait un furoncle ou un anthrax qui aurait été le point de départ de son ulcération. Les détails dans lesquels il entre sur ce point étaient tels, qu'ils avaient fait concevoir des doutes à M. Michon sur le premier diagnostic qu'il avait porté.

Mais quelle est la cause qui empêche cet homme de guérir, et qui s'oppose à la cicatrisation de son ulcère, quand son apparence extérieure indique, chez lui, une bonne santé, une forte constitution?

Cet ulcère n'est pas un de ceux qui sont entretenus, comme cela arrive souvent, par une cause locale; il ne se trouve pas dans le voisinage d'os sur lesquels il serait en contact presque immédiat, comme ceux qui ont leur siége sur la face antérieure du tibia. Ce n'est pas une difficulté dans la circulation veineuse qui s'oppose à sa cicatrisation, ainsi que cela arrive souvent pour les ulcères des membres inférieurs. Ce n'est pas non plus une adhérence de la peau aux tissus sous-jacents, puisque, dans cette région, elle est très mobile et glisse facilement sur le tissu cellulaire. Cet ulcère n'est pas consécutif à une solution de continuité; il est venu spontanément, a commencé par un bubon, puis s'est développé petit à petit chez un jeune homme en apparence très bien portant.

Une interrogation plus minutieuse et plus circonstanciée de ce malade, originaire d'Allemagne, et qui s'exprime très mal en français, est venue justifier l'exactitude du premier diagnostic qui avait été porté par l'habile chirurgien de la Pitié.

On a appris, en effet, de ce malade, qu'à plusieurs reprises il avait eu des chancres à la verge et une blennorrhagie; qu'il avait subi plusieurs traitements antisyphilitiques. Il porte en outre, dans le pli inguinal droit, la cicatrice d'un bubon qui y a existé.

Ce malade est aujourd'hui encore loin d'être guéri de son affection syphilitique; elle n'est pas primitive, elle n'est pas aiguë, elle est secondaire. Cet ulcère est la suite d'un engorgement lent qui s'est fait dans le tissu fibreux du derme, et qui s'est terminé par ulcération. Le siége de la maladie, sa durée, les antécédents, tout converge pour nous donner la certitude qu'il s'agit, chez cet homme, d'accidents syphilitiques secondaires.

Nous avons constaté également chez ce malade la présence dans le scrotum d'un testicule beaucoup plus volumineux que l'autre, et qui, comme nous allons le dire, est un testicule syphilitique.

Nous n'avons éprouvé aucune résistance, et il nous a été très facile d'apprendre de notre malade qu'il avait eu plusieurs chancres, et qu'il avait subi des traitements antivénériens. De là aussi est résulté un diagnostic sûr et facile de la nature de son ulcération et de sa tumeur scrotale. Mais nous sommes loin d'être aussi heureux dans la pratique civile. Combien de fois ne nous arrive-t-il pas d'être appelé en consultation par des personnes qui savent réellement qu'elles ont eu des affections syphilitiques, et qui nient avec ténacité avoir jamais rien éprouvé de semblable! Ce qu'il y a de plus malheureux, c'est qu'en tenant un langage absolument négatif, ces malades croient se rendre eux-mêmes le plus grand service. Le chirurgien, alors trop confiant dans les rapports qui lui sont faits, prend un testicule syphilitique pour un testicule cancéreux; il essaie d'abord les antiphlogistiques; mais comme il constate bientôt qu'ils ne produisent aucun succès, il croit n'avoir rien de mieux à faire que de recourir à la castration, et il ampute un testicule qu'il aurait guéri avec des préparations mercurielles.

Mais là ne se bornent pas souvent les déboires qui doivent être, pour le malade, la conséquence de sa négation.

Des accidents de repullulation surviennent; le second testicule devient malade comme le premier, et comme l'opérateur reste toujours imbu de cette idée, qu'il s'agit d'une affection carcinomateuse, comme il connaît la grande tendance, la malheureuse prédisposition du cancer pour la récidive; comme enfin il voit que son malade a échappé aux suites d'une première opération qui aurait pu être mortelle, il n'hésite pas à pratiquer une réopération de castration et à enlever le second testicule.

Voilà comment doit être expliquée la mutilation de beaucoup de malades. Dupuytren connaissait si bien la fréquence des erreurs de diagnostic que nous venons de signaler, qu'il avait pour habitude, avant de condamner un testicule à l'amputation, de soumettre préalablement ses malades à un traitement antisyphilitique. C'est de cette manière qu'il a sauvé un grand nombre de testicules que d'autres chirurgiens auraient certainement amputés.

La tumeur qui existe chez notre malade peut-être regardée comme un testicule syphilitique modèle. Ce testicule, en effet, présente une forme ovoïde, allongée; il est inégalement dur dans les différents points de son étendue. A la partie supérieure, il a presque un aspect bosselé; au-dessous, il y a quelque chose de plus mou, mais non pas du liquide : c'est la substance testiculaire elle-même. En arrière, en avant, sur les côtés, on cherche vainement l'épididyme; le testicule et l'épididyme ne semblent faire qu'une seule tumeur.

Le cordon est parfaitement sain; il n'y a pas d'épididymite. La consistance du testicule s'est accrue; il présente des duretés, des inégalités; on dirait qu'on comprime un corps fibreux, et qu'il y a eu disparition de la substance molle du testicule.

Dupuytren, le premier, a le plus insisté sur le diagnostic du testicule vénérien; mais il s'en est plus occupé comme praticien que comme anatomo-pathologiste, et il n'a pas défini en quoi consistait le testicule syphilitique.

Au n° 11 de la salle Saint-Louis est couché un malade qui est affecté d'épididymite blennorrhagique, et qui peut nous faire juger par comparaison de la différence qui existe entre ces deux espèces de tumeur. Chez ce dernier malade il y a un peu d'engorgement du testicule, mais surtout de l'épididyme, et on peut remonter et suivre le cordon avec les doigts jusque dans l'intérieur de l'abdomen. La palpation de cette tumeur ne ressemble en rien à celle du malade de la salle Saint-Antoine. Chez lui il y a propagation de l'inflammation de l'uretère au canal éjaculateur, de celui-ci à la vésicule séminale, puis au canal déférent, à l'épididyme, et dans certains cas au testicule, ainsi que le démontre l'anatomie pathologique qui a été faite dans des cas semblables.

Quelle peut être la nature de cet engorgement syphilitique? Il est un fait établi, c'est que les symptômes secondaires de la syphilis ont la plus grande tendance à se porter sur les tissus fibreux. Ainsi, le périoste; ne le voyons-nous pas tous les jours, devenir malade sous l'influence de cette cause? Le tissu fibreux de l'œil lui-même, dans lequel on aperçoit souvent des symptômes d'iritis; car la sclérotique dans la vérole est assez souvent envahie.

Indépendamment de la tunique albuginée qui lui sert d'enveloppe, le testicule a des cloisons fibreuses qui pénètrent dans son intérieur et qui le divisent dans plusieurs directions. Le tissu fibreux s'enflamme d'abord, puis le testicule devient volumineux sans causer beaucoup de douleur; mais ce tissu fibreux ne s'enflamme pas également partout, la membrane albuginée de son côté ne s'enflamme que d'une manière partielle: de là résultent des bosselures également partielles, des inégalités et des duretés. Et comme le tissu fibreux pénètre dans l'intérieur de la substance testiculaires, il y produit des duretés par zones.

La douleur n'est que modérée, parce que l'épanchement ne se fait que lentement; puis il arrive une hypertrophie des tissus fibreux et une atrophie du testicule, qui se réduit dans sa substance par suite de la compression de ses vaisseaux.

L'ulcère syphilitique dons nons avons parlé ne peut pas laisser de doute sur la nature vénérienne de ce testicule; on ne peut pas le confondre avec un testicule squirrheux qui n'a jamais de parties saines et qui n'a pas une forme aussi ovoïde. Dans l'encéphaloïde le tissu fibreux est distendu, aminci; ici, il est au contraire hypertrophié. Les ramollissements qui existent sur certains points de sa surface simulent la fluctuation; ce qui ne se rencontre pas chez notre malade.

L'âge du malade et ses antécédents sont aussi deux grands moyens de diagnostic qu'il faut se garder d'omettre.

Le pronostic de cette affection est loin d'être défavorable, il est probable, d'après toutes les théories, que ce malade guérira parfaitement. Il prend de l'iodure de potassium à l'intérieur, qui amènera des résultats d'autant plus prononcés, qu'il a été soumis antérieurement à plusieurs traitements antisyphiliques mercuriaux.

L'ulcère de la cuisse se cicatrisera. Le testicule perdra petit à petit sa dureté, en même temps qu'il diminuera de volume, et pourra même revenir à son état primitif, à moins que des vaisseaux n'aient été oblitérés; mais il pourra toujours fonctionner, sinon complétement, du moins en grande partie.

Brûlure au troisième degré produite par de l'eau bouillante.

Au n° 34 de la salle Saint-Louis est couché un homme adulte, fort, vigoureux, et qui exerce la profession de fumiste. Un vase rempli d'eau chaude est tombé sur son côté gauche, et le liquide s'est répandu sur toute la partie antérieure et externe du membre supérieur depuis le moignon de l'épaule jusqu'à la main. Une portion du même liquide a atteint aussi la hanche du même côté, et y a produit une brûlure dans l'étendue d'une surface comparable à la largeur de la main.

A son entrée à l'hôpital, le malade ne présentait qu'une vaste phlyctène qui répondait à toute l'étendue de la brûlure. Le lendemain, il est facile de voir que la brûlure existe à des degrés différents; mais ce qui frappe davantage, c'est que dans plusieurs endroits il semble déjà y avoir de la suppuration. Les trois premiers degrés de la brûlure, tels qu'ils ont été indiqués par Dupuytren, sont facilement reconnaissables.

Cette classification a pour but, comme on le sait, la considération des différents tissus qui ont été soumis à l'action du calorique et est fondée sur la pratique. Nous retrouvons chez notre malade l'utilité de cette division. Dans une petite étendue de la brûlure, nous pouvons observer le premier degré, c'est-à-dire une rougeur irrégulièrement circonscrite s'effaçant momentanément sous le doigt, comme dans l'érysipèle.

Dans un autre point, il y a des phlyctènes qui renferment de la sérosité claire et transparente; c'est là le deuxième degré.

Enfin, dans la plus grande partie de la surface brûlée, nous trouvons les caractères de la brûlure au troisième degré; au-

dessous des phlyctènes qui existaient hier, on voit aujourd'hui le corps papillaire transformé en plaques jaunes, grisâtres, mollasses, semblables à du putrilage. La portion superficielle du derme seule a été atteinte, ce qui est une chose importante à savoir pour le pronostic.

A son entrée à la Pitié, ce malade semblait cependant n'avoir que la conséquence d'un vaste vésicatoire, qui aurait été appliqué sur tout le bras et l'avant-bras; c'est à ce point qu'un interne avait regardé cette brûlure comme d'une guérison facile et rapide. C'est qu'en effet il est souvent très difficile de pouvoir se prononcer au premier aspect d'une brûlure récente sur le degré de cette brûlure et sur les conséquences qui pourront en résulter.

Il faut toujours dans ce cas être très réservé sur le pronostic si l'on ne veut pas s'exposer à voir arriver le contraire de ce que l'on aurait annoncé.

A la place de la phlyctène nous voyons aujourd'hui une eschare humide et grisâtre, qui est une véritable gangrène; une scarification humide qui donne à la surface l'apparence de pus qui se serait déjà formé. La peau, sur plusieurs points, tend à avoir une marche diphthéritique et pultacée.

La situation de cet homme n'est pas sans présenter quelques dangers. Le degré de sa brûlure et son étendue doivent faire craindre une vive réaction inflammatoire.

La suppuration abondante qui surviendra après la chute des eschares peut d'un autre côté causer des accidents sérieux.

Enfin, il est une attention et une précaution qu'il ne faudra pas négliger au moment où la cicatrisation commencera à se faire : c'est de placer le bras dans une situation telle que le membre ne soit pas déformé.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Blessés de juin.

De la conservation des membres dans les blessures par armes à feu.

Au n° 45 de notre salle est un blessé de juin, chez lequel nous avons jugé à propos de tenter la conservation du membre. Il avait reçu un coup de feu dans le genou; la balle avait traversé le genou droit, de manière à fracasser les os et à ouvrir largement l'articulation. Ces cas constituent une cause d'amputation immédiate, que les observateurs ont tous constatée. C'est une règle posée d'une manière absolue par les chirurgiens militaires, et qui cependant comporte des exceptions. Nous en avons eu la preuve chez le n° 14 de notre salle, qui est aujourd'hui parfaitement guéri et qui a conservé son membre. Cependant chez l'homme du n° 14 il faut avouer que la lésion n'a pas été aussi grave que chez le n° 45. Il y a eu de plus, chez celui-ci, une fracture comminutive et des dégâts considérables. Si je n'avais pas vu d'autres cas où le membre peut être conservé lorsqu'il existe des lésions aussi graves, j'aurais insisté davantage pour pratiquer l'amputation immédiate; mais j'ai observé dans ces circonstances un assez bon nombre de cas de guérison, et je ne considère pas cette règle d'amputer immédiatement comme tout à fait absolue. Il est une autre raison pour les chirurgiens des hôpitaux de tenter la conservation du membre, et cette raison se trouve dans la volonté du malade. Dans les armées le chirurgien fait ce qu'il croit convenable; il hésite moins. Dans les hôpitaux, nous ne faisons pas ce que les malades ne veulent pas. Quand je crois une amputation nécessaire, j'en avertis le sujet; j'insiste plus ou moins; mais s'il persiste dans son refus, je ne puis passer outre. Il s'ensuit que dans les hôpitaux civils on est assez souvent arrêté par la volonté des malades. Or il y a une infinité de blessés qui ont peine à croire qu'il soit indispensable de couper un membre pour une plaie qui ne leur semble pas grave, à moins qu'ils n'aient une confiance absolue dans leur médecin. Il est donc naturel qu'ils refusent de se laisser amputer; de sorte que l'on se trouve dans cette position : d'une part on conçoit la gravité de la blessure, de l'autre le malade se refuse à l'opération, et veut qu'on essaie de conserver son membre, et on finit par temporiser. Outre cette raison, il faut bien tenir compte de ceci, c'est que les amputations pour les blessures par armes à feu comprennent deux classes :

1° Les amputations primitives ou immédiates;

2° Les amputations consécutives ou secondaires.

Si on n'ampute pas immédiatement, on ne peut pas amputer dans les jours suivants; les blessures ont une période d'incubation qui dure quelques jours, pendant lesquels il n'y a pas de réaction; mais ensuite arrive cette réaction qui dure plus ou moins longtemps. Ici elle a duré plusieurs mois. La période de réaction est accompagnée d'une inflammation du membre blessé, qui porte sur les parties molles et sur les parties dures; de la suppuration de toutes parts, de l'élimination des fragments, d'abcès, de plaies dans le voisinage. Tout cela arrive par degrés, offre des moments d'exaspération ou de calme, revient, diminue; le temps s'écoule; de sorte que quand on a reculé devant l'amputation immédiate, on ne sait plus quand on pourra amputer. Si cependant on faisait l'amputation pendant cette période, le malade se trouverait dans de très mauvaises conditions, et succomberait presque infailliblement. Voilà un premier embarras. Il ne faut pas oublier que si on laisse échapper le moment opportun, on ne sait plus quand on le retrouvera; mais d'un autre côté il faut faire attention à ceci, c'est que si on essaie de conserver le membre avec quelque chance de réussite, le malade va courir des phases variées, pendant lesquelles il peut succomber; et voici comment. Cette réaction va retentir dans l'économie tout entière; il est à craindre d'une part que l'ébranlement soit assez vif pour compromettre la vie du sujet, et d'autre part que les phénomènes d'inflammation ou de suppuration amènent l'infection purulente, des fusées qui donnent lieu à des foyers mal situés et qui réagissent sur les tissus voisins; des érysipèles plus ou moins étendus et souvent flegmoneux. Ce sont autant de phénomènes auxquels succombent un grand nombre de blessés, et il ne faut jamais perdre de vue tous ces dangers que le malade va courir. Une autre considération doit être toujours présente à l'esprit; c'est qu'en admettant que le malade conserve le membre, il faut se demander ce qu'il y aura à gagner, et si ce membre conservé lui sera de quelque utilité. En effet, des malades qui ont conservé leur membre regrettent quelquefois de ne pas avoir été amputés, parce que le membre devient inutile, gênant, surtout lorsqu'il s'agit du membre inférieur. Les deux malades dont je vous ai parlé sont propres à vous montrer la justesse de ce que j'avance.

Le n° 14 a conservé son membre, qui vaut beaucoup mieux qu'un membre artificiel; mais je suppose que le n° 45 guérisse, son membre lui sera plus à charge qu'utile. Pourquoi? Le n° 14 a été guéri avec un membre dans de bonnes conditions, sous le rapport de la direction et de l'ankylose qui est survenue. Il pourra s'en servir comme d'une jambe de bois. Chez le n° 45, il n'a pas été possible de maintenir le membre dans sa position normale; il y a eu un mouvement de flexion; la jambe est raccourcie. La guérison ne pouvait avoir lieu sans extraction de fragments. Dans ces conditions le membre aurait été moins utile qu'une jambe de bois, et l'aurait beaucoup plus gêné. Il y avait peu de probabilité de conserver le membre; il nous a fallu prendre un parti.

Voici ce qui s'était passé.

Dans les premiers temps, il n'y avait pas eu de réaction vive; mais plus tard était survenue l'inflammation du foyer de la fracture; puis, il avait été évident qu'il existait de nombreux fragments; mais alors il fallait attendre : on n'avait pas fait l'amputation primitive, on ne pouvait amputer dans la période de réaction sans exposer le malade à trop de dangers. Plus tard des accidents graves sont survenus. Le malade a été pris d'un torticolis qui m'a fait redouter un moment le tétanos.

Il y a eu issue des fragments osseux : j'ai fait établir l'extension permanente. La suppuration a gagné la cuisse en offrant des phases diverses d'augmentation et de diminution. Des fragments mortifiés sont sortis, et une portion très étendue de la jointure présentait une excavation résultant de l'issue de ces fragments.

Il y a quinze jours, j'avais encore proposé au malade de l'amputer; mais une acuité nouvelle de tous les symptômes s'est manifestée : il y avait menace de flegmons profonds, et il nous a fallu combattre ces phénomènes. Nous sommes maintenant dans un moment de calme. La cuisse est dégorgée : c'est un temps d'arrêt qu'il ne faut pas laisser échapper.

Du reste, l'amputation chez ce malade va offrir quelque embarras. Ce n'est pas une amputation pour une maladie de genou, et il n'est pas possible d'amputer à la partie inférieure de la cuisse. Toute la cuisse, en effet, est une masse informe; l'empâtement est énorme : toutes les parties molles sont dégénérées et ressemblent à des tissus lardacés. L'os aussi est malade. Il faut que la section en soit faite au-dessus du milieu de la cuisse; mais il faut aussi que l'on trouve assez de parties molles pour recouvrir l'os. C'est ce qui m'oblige à opérer d'une manière différente de celle dont je me sers habituellement. J'ai l'intention d'opérer en taillant un lambeau à la partie antérieure et externe. Il me sera ainsi plus facile d'arriver sur un point de l'os qui ne soit pas malade. L'opération exigera plus de temps à cause de la dissection, que nous ne faisons pas ordinairement dans les amputations de la cuisse; mais ici il se présente une circonstance toute particulière dont je vous ai parlé. Les divers tissus ne pourront pas glisser comme ils glissent ordinairement, parce qu'il s'est opéré un travail pathologique qui non-seulement a envahi l'articulation, mais l'os et les parties molles de la cuisse, et qui est arrivé jusqu'au-dessus du milieu de ce membre. Il nous faudra donc disséquer couche par couche, à peu près comme lorsqu'on dissèque une tumeur, et cela amènera beaucoup plus de lenteur dans l'opération.

A. BERNARD.

Association générale des Médecins de Paris.

Séance du 18 décembre. 1848. — Présidence de M. BOUILLAUD.

Après lecture et adoption du procès-verbal, M. Amédée LATOUR a la parole pour une communication.

« Il a été formé peu de temps après la révolution de février, au ministère de l'agriculture et du commerce, un comité d'hygiène publique avec mission de présenter un projet d'arrêté sur l'hygiène publique. Ce comité s'est mis à l'œuvre, et a présenté à M. le ministre un travail longuement élaboré, dont chaque article décelait le zèle consciencieux et le talent pratique de ses auteurs. Ce projet, soumis au conseil des ministres, a été approuvé, sauf l'avis du conseil d'Etat. A la grande surprise du ministre et du conseil, le projet est revenu tellement amoindri et mutilé qu'il n'est plus reconnaissable, que l'esprit libéral qui y régnait a complétement disparu, et que les propositions essentielles ont été remplacées par des propositions différentes, opposées dans la forme et dans le fond. »

L'orateur expose sommairement ces principales modifications. Il montre que partout le conseil d'Etat a supprimé les droits du corps médical et étendu les attributions de l'administration, qu'il a enlevé aux comités de salubrité toute initiative pour la réserver exclusivement aux préfets, qu'il a remplacé le principe de l'élection établi dans le projet d'arrêté par les nominations faites arbitrairement par l'autorité, qu'en un mot il a rendu tout à fait illusoire l'action des conseils d'hygiène.

M. Amédée Latour, chargé d'entretenir l'Association de cette importante question, peut donner l'assurance que le ministre actuel est animé des mêmes intentions que le conseil d'hygiène publique, et accorderait volontiers sur une démarche du corps médical toutes les modifications désirables. Il propose à l'assemblée un projet de lettre à M. le ministre, qui est adopté par l'assemblée; en voici les termes:

A monsieur le ministre de l'agriculture et du commerce.

Monsieur le ministre,

L'Association des médecins de Paris a reçu communication de deux projets d'arrêtés relatifs à l'organisation de l'hygiène publique en France.

L'un de ces projets aurait été élaboré par le comité d'hygiène institué près de votre ministère. Soumis à votre approbation et à celle du conseil des ministres, il aurait été adopté, sauf communication au conseil d'Etat, chargé d'examiner si les dispositions qu'il renferme ne sont pas en opposition avec la législation existante.

Ce projet nous serait revenu du conseil d'Etat tellement mutilé, tellement amoindri, qu'il constituerait un projet tout nouveau et renfermerait des dispositions entièrement opposées à celles du projet primitif.

C'est sur ce projet, tel qu'il serait sorti de l'examen du conseil d'Etat, que l'Association des médecins de Paris désirerait appeler votre attention. Tout en vous demandant une audience à cet égard, l'Association croit devoir immédiatement réclamer votre bienveillance en faveur des intérêts de la profession médicale qui lui paraissent avoir été complétement méconnus, oubliés ou ignorés par le conseil d'Etat.

Toutes les dispositions libérales renfermées dans le premier projet ont été écartées par le conseil d'Etat. Ainsi, monsieur le ministre :

L'élection des médecins, des pharmaciens et des vétérinaires qui doivent faire partie des conseils d'hygiène aurait été écartée, et on lui aurait substitué la nomination directe par les préfets;

Le chiffre proportionnel des membres des conseils était fixé, il serait devenu arbitraire;

Les conseils cantonaux élisaient les membres non-médecins, le conseil d'Etat aurait écarté cette disposition;

Il pouvait y avoir des membres correspondants dans les localités isolées, le conseil d'Etat les aurait supprimés;

Enfin, les conseils d'hygiène pouvaient prendre l'initiative dans toutes les questions d'hygiène publique, et à l'occasion de faits urgents, le conseil d'État les aurait privés de toute spontanéité, de toute liberté; ils seraient obligés d'attendre les ordres, les impulsions et le bon vouloir de l'autorité administrative.

Il n'est que trop facile de voir, monsieur le ministre, que le conseil d'État a procédé, dans ce travail de révision, avec une connaissance insuffisante des hommes et des choses de la médecine. L'élection est le seul mode de nomination qui puisse assurer à l'administration des choix honorables et utiles. La nomination directe ne pourra être qu'une source d'intrigues et une nouvelle cause de division dans le corps médical. L'élection, accordée à tant d'autres intérêts, aux chambres de commerce, aux chambres d'agriculture, aux conseils des manufactures, à tous les arts utiles, pour leurs prud'hommes, etc., etc., doit-elle être seulement refusée aux professions médicales? Et lorsqu'il s'agit des plus grands intérêts sociaux, de la santé publique, peut-on admettre que les préfets et les sous-préfets, quelles que soient leurs lumières et leurs bonnes intentions, seront plus compétents pour faire de bons choix que le corps médical lui-même?

En privant ces conseils de tout droit d'initiative, on rend par cela même leur institution illusoire et stérile. Il faut vivre en dehors de tout ce qui se passe à cet égard, pour ignorer que la plupart des améliorations, en hygiène publique, ont été cent fois demandées, cent fois signalées par la science médicale, et étaient devenues des faits scientifiques avant de devenir une application administrative.

Nous terminons cette note en appelant votre attention, monsieur le ministre, sur les dispositions de cet arrêté relatives aux conseils d'hygiène dans la ville de Paris. L'Association ne voit aucun motif sérieux de ne pas faire rentrer la ville de Paris dans le droit commun à cet égard.

Recevez, monsieur le ministre, etc.

Une commission, composée de MM. Amédée Latour, Godard et Chassaignac, se joindra au bureau pour se rendre auprès de M. le ministre.

— M. CHEREST annonce que le comité de l'intérieur est convoqué pour entendre le rapport sur l'assistance publique. Le projet du ministre a été radicalement modifié. Le projet ministériel demandait la création d'un conseil supérieur de surveillance, votre commission proposait d'autres attributions pour ce conseil. Le comité de l'intérieur a adopté vos propositions. Le concours n'a pas été adopté par vous pour la nomination des médecins des bureaux de bienfaisance, mais à cet égard on peut concevoir des inquiétudes sur les intentions du comité et de la chambre. Au nom de la commission dont il est rapporteur, M. Cherest propose de faire auprès de la commission de l'assemblée nationale une démarche officielle dans le seul et unique but d'obtenir une modification profonde aux articles réglant la composition du conseil supérieur et celle des comités cantonaux et locaux. Cette modification aurait pour objet de rendre au corps médical de France la place légitimement en rapport avec les services qu'il peut rendre dans l'administration de l'assistance publique.

M. Cherest, dont la proposition est adoptée, est chargé de faire les démarches nécessaires auprès de la commission de l'assemblée nationale.

— M. CHAYET, à propos des nombreuses associations qui se forment aujourd'hui, demande à l'assemblée de vouloir bien déterminer :

1° A quelles conditions chaque médecin devra accepter le titre de médecin de telle ou telle association;

2° S'il est équitable que le même médecin, par suite de ses relations ou de ses démarches, soit attaché à plusieurs associations quand quelques-uns de ses confrères, moins entreprenants, mais tout aussi honorables et aussi instruits, pourraient à peine vivre de leur profession;

3° S'il ne serait pas nécessaire que le corps médical, qui n'est guère composé aujourd'hui que d'individualités, forme une corporation où ceux qui souffrent fussent davantage l'objet de la sollicitude de ceux auxquels la fortune sourit.

M. le président propose de renvoyer l'examen de la question soulevée par M. Chayet à une commission composée de MM. Aubert-Roche, A. Latour, Martin-Magron, Cherest, Lemaire, Foissac et Yvan.

Cette proposition est adoptée.

— Sur la proposition de M. CHASSAIGNAC, l'assemblée décide qu'elle met à l'ordre du jour de la séance prochaine la question de la répression du charlatanisme.

— La séance est levée à dix heures.

Le secrétaire général, DEPAUL.

Revue thérapeutique.

Traitement du panaris par la compression momentanée de l'artère qui porte le sang aux parties enflammées; par M. F. HENROZ, de Marche.

Par ce moyen, l'auteur croit être parvenu :

1° A arrêter à l'instant même, par un moyen simple, à la portée de tout le monde, les douleurs sourdes qui se produisent dans l'inflammation des doigts ou de la main, et cela sans incision ni effusion de sang;

2° A empêcher, par ce moyen, lorsqu'il est appliqué assez tôt, toute tendance à la suppuration, qui, comme on le sait, est la terminaison presque nécessaire de cette maladie;

3° A amener la guérison par une résolution sûre, prompte, et qui, tout en combattant de suite les accidents généraux qui se développent si souvent dans les panaris, permet à l'individu qui en est atteint, de se servir de sa main après peu de jours de traitement.

L'instrument avec lequel l'auteur exerce la compression se compose de deux planchettes en bois, larges de 5 à 7 centimètres, longues de 20 à 30, suivant l'épaisseur du membre. Les angles de ces planchettes sont chacun percés d'un trou. Il y en a donc quatre à chaque pièce.

On engage dans chaque ouverture de l'une des planchettes l'extrémité d'un morceau de ficelle, long d'un centimètre environ, de manière que, la corde étant tendue, les côtés aient la même longueur. On repasse les deux bouts dans les trous qui sont en regard de la même extrémité de la planchette demeurée libre.

La partie du membre correspondant à l'artère à comprimer est engagée entre les deux petites pièces de bois. On noue alors par un nœud en rosette, de telle sorte que la corde, étant tendue, forme un peu moins que le diamètre du membre à comprimer.

Il résulte de cette disposition un écartement plus ou moins prononcé des extrémités des planchettes opposées à la corde que l'on a placée.

Dans les ouvertures demeurées libres jusqu'alors, on engage une nouvelle corde de même longueur que la précédente, et de la même manière qu'il a été expliqué précédemment.

On exerce, par le rapprochement de ces extrémités et au moyen d'une tension convenable, le degré de pression nécessaire pour aplatir le tube artériel.

Cette pression s'apprécie beaucoup mieux qu'au moyen d'une vis, et doit être sensiblement moins forte pour suspendre le cours du sang qu'on ne croit communément.

Au lieu de trous à leurs extrémités, les planchettes peuvent n'avoir que de petites échancrures latérales servant à maintenir la ficelle et à l'empêcher de glisser; c'est aussi bon et plus tôt fait encore.

Je garnis la partie moyenne des planchettes de quelques tours de bande pour que la pression soit supportée plus commodément.

L'appareil, ainsi placé, représente assez bien l'action que produiraient deux mains agissant à plat en sens opposé sur le diamètre d'un membre.

Il ne faut qu'un instant pour cette opération.

On peut, comme je l'ai fait quelquefois, augmenter l'action de l'instrument en interposant, dans l'intervalle que les cordes laissent entre elles, un petit morceau de bois, précisément de la même manière que les menuisiers tendent leurs scies. Une petite traverse posée sur les planchettes l'empêche de se détordre.

« J'ai pu, dit l'auteur, constater un grand nombre de fois qu'il n'est pas toujours nécessaire de comprimer l'artère hrachiale pour arrêter à l'instant les douleurs d'un panaris.

» La pression modérée de la radiale au-devant du poignet, au moyen du doigt, suffit pour obtenir le résultat que je signale, si les phénomènes inflammatoires se concentrent sur le pouce, l'indicateur ou le médius.

» Si c'est l'annulaire ou le petit doigt qui sont le siége de l'inflammation, il suffit, pour combattre la douleur, d'exercer la pression de la même manière sur la cubitale. »

(*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique.*)

Potion au nitrate d'argent contre la dysenterie, par M. Guyton.

Nitrate d'argent,	2 à 5 centigrammes.
Eau simple,	50 grammes.
Sirop diacode,	10 —
Sirop de gomme,	40 —

Par cuillerées d'heure en heure.

Le premier effet de cette potion, selon l'auteur, est de calmer la douleur et de rendre les évacuations moins fréquentes. C'est surtout dans la forme dite *gastrique* ou *bilieuse*, que ce moyen lui paraît utile.

Décoction du thlaspi bursa pastoris dans les hémorrhagies utérines passives, par M. le docteur René Vanaye.

On fait bouillir une demi-poignée de thlaspi à l'état frais, dans trois tasses d'eau jusqu'à réduction de deux, à prendre par moitié dans la journée.

Après quelques jours, on augmente la dose jusqu'à trois, et puis jusqu'à quatre tasses. L'auteur cite trois faits où ce moyen lui a réussi.

Programme des questions proposées par l'Académie royale de médecine de Belgique, dans ses séances des 3 octobre 1847 et 30 septembre 1848.

I. — Concours de 1847-1849. — *Première question.* — « Faire connaître l'influence que les marais et les polders exercent spécialement en Belgique et dans les pays limitrophes sur la santé et sur la durée de la vie; indiquer les moyens de neutraliser cette influence en tout ou en partie, par des mesures d'hygiène tant publiques que privées. »

Prix : Une médaille d'or de 1,200 francs.

Deuxième question. — « Déterminer par des expériences les modifications que la fibrine éprouve pendant l'acte de la digestion. Quelles sont les voies d'absorption par lesquelles elle passe dans l'économie? Quels sont ses usages? »

Prix : Une médaille d'or de 1,000 francs.

Troisième question. — « Faire un examen approfondi de la constitution chimique des corps gras employés en médecine; exposer leurs caractères distinctifs, leurs altérations spontanées et les moyens de reconnaître leurs falsifications. »

Prix : Une médaille d'or de 600 francs.

Quatrième question. — « Exposer les diverses méthodes de traitement en usage dans les fractures des membres; discuter leurs avantages et leurs inconvénients, en faire l'appréciation raisonnée, et établir, par la théorie et l'expérience, quelle est celle qui doit obtenir la préférence. »

Prix : Une médaille d'or de 1,000 francs.

Cinquième question. — « Déterminer, par l'observation et l'expérimentation, la part respective des centres nerveux sur les mouvements du cœur. »

Prix: Une médaille d'or de 800 francs.

Sixième question. — « Faire l'histoire des tumeurs blanches des articulations, en insistant particulièrement sur le traitement que réclame chacune de leurs variétés. »

Prix : Une médaille d'or de 1,000 francs.

Septième question. — « Indiquer l'influence que les changements opérés depuis trois ans dans le régime alimentaire par suite de la crise des subsistances, ont exercée quant au caractère, à la fréquence, à la marche, à la terminaison et au traitement des maladies, tant sur les populations libres, que sur celles des prisons et des établissements de bienfaisance. »

Prix : Une médaille d'or de 800 francs.

II. — Concours de 1848-1850. — *Première question.* — « Faire l'histoire de l'albuminurie (maladie de Bright), en insistant d'une manière spéciale sur la nature de la maladie. »

Prix . Une médaille d'or de 600 francs.

Deuxième question. — « Donner un résumé de l'influence que les sciences chimiques et physiques ont exercées sur la connaissance de la nature intime et sur le traitement des maladies. »

Prix : Une médaille d'or de 600 francs.

Troisième question. — « Ecrire un exposé raisonné de toutes les recherches et découvertes faites depuis le commencement du dix-neuvième siècle, pour éclairer les questions relatives aux empoisonnements, considérés tant au point de vue du traitement médical à leur opposer, que sous le rapport médico-légal. »

Prix : Une médaille d'or de 600 francs.

Quatrième question. — « Déterminer la valeur de l'auscultation et de la percussion appliquées aux maladies de poitrine du cheval; établir, par des faits, les lésions des organes thoraciques que ces méthodes permettent de diagnostiquer. »

Prix : Une médaille d'or de 500 francs.

Cinquième question. — « Faire l'histoire de la maladie connue sous le nom de *pleuro-pneumonie épizootique*, en insistant plus particulièrement sur la recherche de ses causes et les meilleurs moyens d'en préserver les bêtes à cornes.

» Déterminer, au point de vue de l'industrie, de l'hygiène publique et de l'économie, le parti que l'on peut tirer, aux différentes périodes de la maladie, des animaux qui en sont affectés. »

Prix · Une médaille d'or de 800 francs.

III. — Concours de 1847-1851. — « Exposer l'état de nos connaissances sur le lait. Déterminer par des expériences nouvelles l'influence qu'exercent sur la composition et sur la sécrétion de ce liquide animal, les différents genres d'alimentation et l'ingestion des matières médicamenteuses. »

Prix : Une médaille d'or de 1,500 francs.

Les mémoires en réponse à ces questions doivent être écrits en latin ou en français.

Leur remise devra avoir lieu, savoir :

Pour les questions du premier programme, avant le 1er avril 1849; pour celles du deuxième, avant le 1er avril 1850; et pour celle du troisième, avant le 1er avril 1851.

Les mémoires manuscrits seront seuls admis au concours; ils devront être adressés, francs de port, et dans les formes académiques ordinaires, à M. le docteur D. Sauveur, secrétaire de l'Académie, au Musée, à Bruxelles. Les planches qui seraient jointes aux mémoires doivent être également manuscrites.

L'Académie informe messieurs les concurrents :

1° Que ses membres, les correspondants exceptés, ne peuvent point prendre part aux concours;

2° Que les jugements portés sur les mémoires seront respectivement publiés dans les séances solennelles de 1849, 1850 et 1851;

3° Que les ouvrages couronnés seront imprimés dans le recueil de ses mémoires;

4° Que les auteurs de ces ouvrages auront droit à en obtenir gratuitement cinquante exemplaires, indépendamment de la faculté qui leur sera laissée d'en faire tirer en sus de ce nombre, en payant à l'imprimeur, pour chaque feuille, une somme dont le montant est fixé par le Bureau d'administration.

Nouvelles du choléra.

On nous écrit de Lille que plusieurs cas de choléra ont été signalés dans cette ville. Depuis le 17 novembre jusqu'au 30 décembre, quarante malades environ ont succombé à l'épidémie. C'est la partie la plus pauvre de la population qui a été exclusivement frappée. Les personnes au contraire qui vivent dans de bonnes conditions hygiéniques ont été épargnées. Le docteur Bally, envoyé de Paris par l'Académie nationale de médecine, a contribué par le zèle et l'activité qu'il a déployés, à ramener partout la confiance. Le délégué de l'Académie de médecine, secondé avec empressement par tous ses confrères de Lille, a consacré ses efforts à appeler la sollicitude des administrateurs de la ville, afin de soulager les misères les plus grandes, et de soustraire les malheureux par des soins, pour ainsi dire préventifs, aux atteintes de cette cruelle maladie.

— Un bruit alarmant, et dont nous n'avons pas voulu nous faire l'écho, circule depuis quelques jours dans notre ville. On a dit que le choléra était à Yport, près de Fécamp, et qu'il avait déjà fait plusieurs victimes.

S'il est vrai, comme on l'affirme aussi, que M. le sous-préfet se soit rendu sur les lieux pour s'assurer de la vérité, nous pensons qu'il s'empressera de rassurer l'opinion publique, en démentant cette fâcheuse nouvelle, si elle est controuvée, ou de provoquer des mesures de précaution dans le cas où le fléau aurait réellement fait son apparition dans nos contrées. (*Journal du Havre.*)

— On écrit de Posen, le 25 :

« Le choléra a fait de grands ravages dans l'armée russe en Pologne. Mais il a été moins nuisible qu'une épidémie du genre de la peste, laquelle règne encore en ce moment et se manifeste par des marques blanches, ce qui l'a fait nommer la *peste blanche*. La mort arrive très vite, et les cadavres sont immédiatement en putréfaction. Pendant la maladie, les corps répandent déjà une odeur pestilentielle. Cette épidémie est une des causes du continuel changement des troupes. »

— *Choléra à Saint-Pétersbourg.* — Journée du 21 décembre. — Huit nouveaux malades, 3 guérisons et 2 décès.

(*Journal de Saint-Pétersbourg.*)

NOUVELLES.

L'Académie des sciences a renouvelé son bureau pour l'année 1849. M. Boussingault, vice-président, a succédé de droit au président de 1848, M. Pouillet, et M. Duperré a été nommé vice-président à la presque unanimité. En outre, l'Académie a procédé à l'élection d'un associé étranger. Le choix de la majorité s'est fixé sur M. Brewster, célèbre physicien d'Ecosse.

— M. le docteur Cochet, de Saint-James (Manche), nous écrit en date du 3 janvier.

« Vous pouvez annoncer à vos lecteurs que dans le canton de Saint-James sévit depuis deux mois une effroyable épidémie de variole qui a fait un certain nombre de victimes. Il résulte des observations de mes confrères et de la mienne, que les sujets ayant été vaccinés, sans distinction de date, pourvu que l'inoculation ait eu lieu, ont été respectés par le fléau. Nous ne croyons pas, ici, que les revaccinations décennales soient chose nécessaire. »

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 9 JANVIER 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 3.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lamballe).

Des fractures.

Fractures des membres inférieurs. Fractures de la jambe.

Dans l'ordre de fréquence des fractures en général, celles des membres inférieurs figurent en première ligne. D'un autre côté, celles de la jambe, section des membres inférieurs, sont, parmi ces dernières, celles qui s'observent le plus souvent. La position, les usages, et quelques particularités anatomiques bien connues de cette première section du membre inférieur sont généralement signalés par les auteurs de chirurgie pour expliquer cette fréquence. Quelle que soit la valeur de ces raisons, et nous n'avons pas à l'examiner ici, le fait existe. Dans l'année qui vient de s'écouler, nous avons pu voir au moins cent malades atteints de fractures de la jambe. Par le fait des circonstances exceptionnelles que nous avons déjà indiquées dans un article précédent, les deux tiers au moins de ces fractures ont été compliquées, ayant été observées sur des hommes qui avaient pris part à l'insurrection de juin, et qui avaient reçu des coups de feu.

Cependant, et nos souvenirs à cet égard sont assez exacts, nous recevons tous les ans une vingtaine de malades ayant des fractures de la jambe.

C'est un point de chirurgie sur lequel la thérapeutique a donné lieu à de vives discussions, et mis au jour les dissidences d'opinions les plus extraordinaires entre des hommes recommandables à tous égards par une longue pratique et par un talent éminent. Il mérite qu'on s'y arrête et qu'on l'examine avec soin.

Parmi toutes ces fractures de la jambe, les auteurs de chirurgie ont établi des divisions, des catégories, qui sont devenues classiques. Nous croyons essentiel de les conserver.

Une division fondamentale, car sur elle reposent des indications opposées de traitement, est celle des fractures, — simples et compliquées; — mais cette division ne peut être l'objet que des considérations générales de thérapeutique. Nous y reviendrons plus tard.

En étudiant plus en détail ces fractures, on trouve tout d'abord que les unes ne portent que sur le tibia, les autres sur le péroné, les autres sur le pied (articulation tibio-tarsienne), et d'autres enfin sur les deux os de la jambe en même temps. L'importance de cette division repose sur ce point, que le pronostic et le traitement ne sont pas les mêmes pour chacune d'elles.

Examinons-les successivement.

1° *Fracture du tibia.* — La fracture, quand elle n'atteint que le tibia, guérit très facilement; cela tient aux conditions mêmes de la fracture. Ainsi le plus souvent elle a lieu en travers. Par conséquent les deux surfaces des fragments qui sont en regard ont une grande étendue, et perdent difficilement leurs rapports. Dans ce cas il suffit de prescrire au malade de rester dans une immobilité complète. On n'a même pas besoin d'appliquer un appareil. Le péroné sert pour ainsi dire d'attelle. Dans ce cas le pronostic n'offre rien d'effrayant.

Fracture du péroné. — Cette variété est plus fréquente que la précédente. Pourtant l'inverse a eu lieu dans les salles de l'hôpital Saint-Louis. Nous n'avons vu que trois malades qui en fussent atteints. Néanmoins nous l'étudierons avec soin. Vous savez sans doute pourquoi. C'est une fracture qui a acquis une célébrité extraordinaire depuis trente ans environ. Elle est surtout devenue célèbre par les erreurs sans nombre qu'elle a inspirées à un grand chirurgien. C'est ainsi que, dans son mémoire de 1819, Dupuytren a formulé d'une manière absolue que cette fracture s'accompagne toujours de la déviation du pied en dehors, que son pronostic est très grave, en ce que la saillie constante de la malléole interne, agissant sur la peau qui la recouvre, en déterminait l'ulcération et donnait lieu à une plaie inguérissable.

Cette doctrine s'est propagée avec la réputation de Dupuytren, c'est-à-dire partout. Malheureusement elle est fausse. Il est arrivé à Dupuytren ce qui arrive assez souvent aux faiseurs de théories. Il a fait plier la pratique devant la théorie; les faits n'ont plus eu d'autre valeur que celle qui leur avait été assignée à l'avance par l'imagination. Il avait inventé un appareil, il fallait l'appliquer; c'est ce qui a valu à un assez grand nombre de malades de ne pas guérir du tout ou de ne guérir qu'avec des difformités celles que l'on prétendait prévenir, ou d'autres plus fâcheuses. Dupuytren a chèrement payé son erreur; car ses ennemis l'ont bien tracassé, et, malgré son talent, il n'a pu les empêcher de triompher. Aujourd'hui son bandage est condamné à l'oubli. Quelques autres chirurgiens, et M. Velpeau parmi eux, se contente d'appliquer un bandage simple roulé, rendu inamovible par l'amidon ou la dextrine. Voyons si même ce bandage est nécessaire.

Les fractures du péroné peuvent avoir lieu par des points différents de l'étendue de cet os. C'est ce qu'il ne faut point oublier avant tout.

Car :

1° Toutes les fractures qui ont leur siége dans la longueur de la malléole externe peuvent guérir seules. Cela s'explique très bien anatomiquement. Le péroné repose exactement sur la rigole du tibia, et il n'y a pas de déplacement possible. Dans ce cas, on n'a pas besoin d'appliquer un bandage pour prévenir un déplacement qui ne peut s'effectuer; c'est à peine si une saine pratique permet, comme excès de précaution, l'usage d'un bandage simple.

2° *Fracture ayant son siége sur le corps du péroné.* — Cette fracture est susceptible de s'accompagner de deux genres de déplacement: un déplacement latéral, et le déplacement ordinaire suivant la longueur, c'est-à-dire le chevauchement des fragments l'un sur l'autre. Le premier de ces déplacements ne peut jamais être très considérable, à cause de la disposition des muscles qui entourent le péroné de toutes parts et font l'office d'attelles. Quant au second, on ne comprend guère qu'il puisse être bien considérable quand le tibia est intact. Mais, excepté dans les cas où une pression mécanique détermine un déplacement latéral assez étendu, dans la fracture du corps du péroné, les fragments restent dans des rapports assez exacts pour que la guérison s'opère sans l'usage de bandage, ou simplement avec l'usage d'un bandage contentif quelconque.

3° *Fracture ayant son siége au-dessus de la malléole et au-dessous du mollet.* — Cette variété est la seule qui puisse se compliquer des accidents signalés par Dupuytren; mais on est loin de les rencontrer avec cette constance absolue que le chirurgien de l'Hôtel-Dieu l'avait dit. Ils sont dus au renversement du pied. Ici encore ce n'est point suivant un seul mécanisme comme le veut Dupuytren, mais bien suivant des mécanismes différents : tantôt par le renversement du pied en dedans, tantôt par le renversement du pied en dehors, d'autres fois par un mouvement de torsion. Dans tous ces cas, il est difficile que le mouvement de bascule entre les deux fragments n'amène la déchirure de quelques parties ligamenteuses et le déplacement dans l'espace interosseux. C'est alors qu'on rencontre cet enfoncement désigné par Dupuytren sous le nom de coup de hache, ou saillie de la malléole interne, etc. Cette variété exige des soins constants, car les désordres sont étendus. Mais est-ce bien, dans ce cas, le bandage de Dupuytren qu'il faut appliquer? Je ne crains pas de dire ici que très souvent on peut s'en dispenser avec efficacité. Pour quiconque connaît le mode d'application de cet appareil, un vice saillant est son dérangement fréquent et le peu de stabilité de la réduction qu'on lui a confiée; un autre vice non moins grave est celui d'entraîner, quand il est ainsi dérangé, des déplacements en sens inverse. Sans aucun doute, ces inconvénients seuls ont porté d'autres chirurgiens à ne pas l'employer. Ainsi M. Velpeau, à la Charité, traite ses malades avec l'appareil inamovible, et ils guérissent bien. M. Jobert, à Saint-Louis, n'use que de son appareil simple dont nous parlerons plus tard en détail, et ses malades guérissent bien aussi.

(*La suite à un prochain numéro*).

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BARTH.

Péritonite. — Pneumonie chez les vieilles femmes. Saignée et tartre stibié. — Altérations pathologiques remarquables.

La nommée Dalancou, sexagénaire, entre à l'infirmerie, salle Saint-Mathieu, 8.

Elle se plaignait de vomissements bilieux, qui duraient depuis deux jours, avec frissons. Le ventre était très douloureux à la pression dans toute son étendue, surtout vers l'hypogastre; malgré une couche épaisse et mobile de graisse qui recouvrait la paroi abdominale et qui pourrait faire croire à sa souplesse, on put constater qu'elle était dure et tendue. Le pouls était fréquent, peu développé; la peau de la face injectée, la langue sèche, croûteuse. Les vomissements continuent. — Tilleul, Seltz, une saignée.

Les jours suivants, l'état de la malade change peu, sauf la sensibilité du ventre qui diminue. On continue les mêmes boissons.

Le 26, la langue est encore sèche; on trouve les extrémités et le nez refroidis; il y a eu des selles involontaires liquides; pouls faible et lent.

Le 28, mieux apparent; pouls un peu relevé, chaleur normale, langue humide; le dévoiement continue. — Décoction blanche laudanisée.

Le 29, rechute subite; respiration stertoreuse; refroidissement général: sueurs glacées sur la face; tête immobile et

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Devoir de la presse. — Lettres de M. Bouillaud. — Section des académiciens *in partibus*.

Les journaux de médecine, et la *Gazette des Hôpitaux* entre autres, ont dû s'occuper, comme c'était leur devoir, des dissensions survenues dans la Faculté de médecine de Paris; mais par la nature même du conflit, par le voile dont les discussions étaient protégées, nous avons été forcé de nous tenir dans la plus grande réserve, de peser les rumeurs qui venaient jusqu'à nous, et d'accueillir avec circonspection les bruits et les *on dit* qui circulaient partout. *Verba volant, scripta manent*, dit avec beaucoup de sens un vieil adage, et si le sage doit, avant de parler, tourner sept fois la langue dans la bouche, de quelles précautions infinies ne devons-nous pas nous entourer avant de faire courir la plume sur le papier! car, on le sait, l'*irritabile genus* est encore plus applicable aux médecins qu'aux poètes. Par suite des réticences auxquelles la presse entière a été condamnée, le public, qui n'a point ses entrées libres dans les coulisses, n'a guère pu juger les débats que par l'issue qu'ils ont eue, et se former une opinion que sur l'acte ministériel qui a enlevé à M. Bouillaud le décanat de la Faculté de médecine de Paris. Cette destitution a été si brusque et s'est faite dans des formes si anormales, que les suppositions les plus étranges ont pu naturellement venir à l'esprit. Il est de notre devoir, comme médecin, et de notre impartialité, comme journaliste, d'accueillir tout ce qui pourra concourir à la défense de M. Bouillaud. Tous les membres du corps médical sont liés par une solidarité sacrée, et nous savons tous comment le monde rejette sur la corporation tout entière les fautes qui ne sont imputables qu'à quelques-uns; les efforts de la presse médicale doivent donc tendre à repousser tout reproche autant de la corporation tout entière que de chacun de ses membres; et puis il nous a paru généreux de tendre une main amie à l'homme frappé, et bien que le document que nous allons reproduire ne nous ait pas été directement communiqué, nous avons pensé qu'il était juste et honorable de le mettre sous les yeux du corps médical. Ce document est une lettre adressée par M. Bouillaud au ministre de l'instruction publique et des cultes; à défaut d'autres mérites, elle prouvera du moins à quel degré d'estime et de considération le ministre tient la profession médicale.

La voici dans toute son étendue :

A M. le ministre de l'instruction publique et des cultes.

Paris, 3 janvier 1849.

Monsieur le ministre,

Comme doyen de la Faculté de médecine de Paris, j'ai eu l'honneur de vous adresser deux importantes lettres, l'une en date du 22 décembre dernier, l'autre en date du 28 du même mois. Dans la lettre du 22 décembre, il était question de l'arrêté ministériel du 16 du même mois, d'après lequel, pour solder le déficit de 50,060 fr. 06 c. laissé par M. Orfila, une somme de 16,707 fr. 05 c. aurait été prélevée sur le budget de 1848 (service du matériel), lequel est de 45,740 fr.

J'avais l'honneur de vous informer que cet arrangement entraînerait un déficit dans le budget qui m'était alloué, et je vous priais de trouver un moyen de solder le déficit de 50,060 fr. 06 c. sans porter atteinte au budget de 1848 une atteinte qui ne lui permettrait pas de couvrir des *dépenses déjà effectuées*.

Qu'il me soit permis de vous dire, monsieur le ministre, qu'en mon âme et conscience je ne puis comprendre pourquoi vous ne m'avez honoré d'aucune réponse. Je crois en quelque sorte rêver en réfléchissant à tout ce qui s'est passé dans cette Ecole depuis jeudi dernier. Ce jour-là, ainsi que je m'empressai de vous l'écrire, un incident grave m'imposa la pénible obligation de lever la séance, toutes les affaires à l'ordre du jour ayant d'ailleurs été auparavant soumises à la délibération de l'assemblée.

Au lieu de se séparer, MM. les professeurs se seraient, a-t-on dit, constitués en permanence, et se seraient, le lendemain vendredi, rendus chez monsieur le ministre. Tout cela s'est passé sans que j'en aie été régulièrement informé, et n'a point de précédents, que je sache, dans les fastes de l'Ecole de médecine de Paris.

Le samedi, à deux heures, un de mes collègues se présenta dans mon cabinet pour m'inviter à donner ma démission (un autre, que je ne veux pas nommer, était venu quelques jours auparavant, le 25 décembre, *me sommer* de donner ce jour-là même ma démission). Je n'aurais pu le faire sans commettre un acte de faiblesse, pour ne pas dire d'indignité.

Aussi n'obtint-on de moi que le refus le plus formel. Alors on m'annonça que je ne tarderais pas à recevoir ma révocation. Je répondis que je l'attendrais fort tranquillement.

Cependant, monsieur le ministre, vous ne m'avez point encore notifié cette révocation, bien que plusieurs journaux aient annoncé que vous aviez nommé un nouveau doyen, nomination qui n'a pas, à ma connaissance, été insérée au *Moniteur*. Il est vrai que le 30 décembre, en rentrant chez moi sur les onze heures du soir, on me remit une lettre signée de M. Thénard, chancelier de l'Université, datée du même jour et ainsi conçue :

« Monsieur,

» M. le ministre de l'instruction publique, pour mettre fin aux dissentiments qui se sont élevés entre vous et messieurs les professeurs de la Faculté de médecine, a cru devoir nommer un nouveau doyen, et m'a chargé de présider à l'installation de M. Bérard en cette qualité.

renversée en arrière ; pouls insensible. Mort à onze heures du matin.

A l'autopsie, on trouve une péritonite parfaitement caractérisée par une injection très prononcée de l'intestin, qui offre en outre une coloration très noire due à la stase veineuse. En ouvrant l'intestin, on y trouve une grande quantité de sang noir; les veines mésaraïques sont obturées par des caillots mous.

On trouve une adhérence ancienne et complète entre la face inférieure du foie et la vésicule d'une part, et la face antérieure de l'estomac de l'autre; en détruisant cette adhérence, on découvre au-dessous, entre les deux organes, une vaste cavité purulente tapissée par de fausses membranes. La portion de vésicule qui répond à la cavité est excessivement amincie, principalement sur deux points, qui sont comme gangrénés. A l'intérieur, la vésicule est très altérée; elle offre un aspect déchiqueté et renferme une trentaine de petits calculs.

— Une femme âgée de soixante-dix ans environ était entrée dans le même service avec une pneumonie. Cette affection, traitée par les émissions sanguines et le tartre stibié, fut suivie d'une convalescence lente et pénible; l'appétit ne se releva point; la prostration, puis le marasme survinrent; la malade succomba.

A l'autopsie, on trouva les poumons presque sains; la pneumonie avait à peine laissé des traces, mais les organes biliaires présentèrent des lésions très remarquables.

Le foie, par son bord antérieur, adhère à la petite courbure de l'estomac et au colon transverse; les adhérences sont anciennes et parfaitement organisées.

La vésicule qui est comprise dans les adhérences du foie et du colon est distendue par un calcul du volume d'un œuf de pigeon, d'une coloration jaune d'ocre, d'une dureté médiocre; de plus, elle communique avec la cavité du colon par une perforation du diamètre d'un pois, arrondie, à bords noirâtres et taillés à emporte-pièce. Le canal cholédoque renferme un second calcul moins volumineux, mais qui obture complétement les voies biliaires. Les canaux hépatique et cystique sont extrêmement dilatés.

On pourrait se rendre compte ainsi de cette singulière disposition. Le calcul du canal cholédoque opposant un obstacle insurmontable à l'arrivée de la bile dans le duodénum, ce liquide a distendu la vésicule, provoqué une inflammation adhésive et une perforation qui lui a permis de s'écouler directement dans le gros intestin.

Il est à regretter qu'on n'ait pas eu de renseignements sur les antécédents de ces deux malades, chose d'ailleurs très difficile chez les vieillards. Pendant leur séjour à l'hôpital, elles n'ont présenté aucun phénomène qui pût mettre sur la voie de ces singulières altérations.

De l'opportunité de l'extirpation des tumeurs du cou non susceptibles de résolution.

RÉFLEXIONS SUR L'INTRODUCTION DE L'AIR DANS LE COEUR PAR DES VEINES OUVERTES ACCIDENTELLEMENT ;

Par DE LAVACHERIE, membre titulaire de l'Académie royale de Belgique.

Le travail que j'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation de l'Académie est divisé en trois parties : la première comprend les cas de tumeurs dont le développement et la dégénérescence ont parcouru toutes leurs phases, et auxquelles on ne peut plus opposer aucun agent thérapeutique; la seconde renferme des exemples d'opérations pratiquées en temps opportun, et qui ont été suivies de succès; la troisième mentionne les extirpations exécutées dans des conditions défavorables, et à la suite desquelles sont survenus des accidents et des récidives. Chaque catégorie d'observations est suivie de réflexions. Pour ne pas donner à ce travail trop d'extension, je me suis contenté de rapporter les cas les plus remarquables que j'ai recueillis depuis 1836.

La première partie comprend trois observations dont voici le sommaire :

Première observation. — Homme de cinquante-cinq ans. Tumeur occupant les régions parotidienne, sus-hyoïdienne et carotidienne droites. Dégénérescence et ulcération de cette tumeur. Erosion de la carotide primitive, hémorrhagie; ligature de ce vaisseau. Mort.

Deuxième observation. — Garçon de sept ans. Énorme tumeur embrassant tout le côté droit du cou. Dégénérescence encéphaloïde. Mort par asphyxie.

Troisième observation. — Garçon de six ans. Enorme tumeur entourant le cou. Dégénérescence encéphaloïde. Mort par inanition.

Les réflexions qu'ont fait naître ces cas se terminent ainsi : « Il reste donc à trancher cette difficulté : Quand doit-on temporiser et quand doit-on agir ? La solution d'une pareille question, sans être impossible, est au moins très délicate; aussi je n'ai pas la prétention de la donner. Néanmoins, des exemples pouvant venir en aide pour éclaircir ce point, je crois devoir faire un appel aux praticiens pour les engager à publier les observations qu'ils possèdent à ce sujet. En attendant, j'en rapporterai quelques-unes qui me paraissent assez concluantes. »

La deuxième partie est divisée en deux séries :

La première série renferme quatre observations d'ablation par l'instrument tranchant; la deuxième contient une observation de destruction par un caustique potentiel.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Quatrième observation.* — Dame de trente-trois ans. Tumeur fibreuse à l'angle de la mâchoire du côté gauche. Extirpation en 1845. Guérison. Pas de récidive.

Cinquième observation. — Demoiselle de vingt-six ans. Tumeur fibreuse occupant tout le côté gauche du cou, recouvrant la mâchoire inférieure et reposant sur la clavicule. Extirpation en 1845. Guérison. Pas de récidive.

Sixième observation. — Demoiselle de vingt ans. Tumeur fibreuse siégeant dans les régions parotidienne et carotidienne du côté gauche. Extirpation en 1846. Guérison. Pas de récidive.

Septième observation. — Homme de soixante et un ans. Tumeur cancéreuse occupant la région auriculaire gauche. Extirpation en 1846. Guérison. Pas de récidive.

DEUXIÈME SÉRIE. — *Huitième observation.* — Homme de cinquante-six ans. Tumeur présumée squirrheuse, combattue d'abord par la compression, puis détruite en 1844 par le caustique de Canquoin. Guérison. Pas de récidive.

Les réflexions qui suivent ces observations tendent à démontrer l'utilité et même la nécessité de l'extirpation de toute tumeur indolente qui, après être restée quelque temps stationnaire, vient tout à coup à s'accroître.

Dans la troisième partie sont consignées trois observations, savoir :

Neuvième observation. — Femme de cinquante-six ans. Deux tumeurs squirrheuses superposées, l'une superficielle, située dans la région parotidienne; l'autre profonde, logée dans la région carotidienne du côté droit. Extirpation. Ouverture de la veine jugulaire interne. Compression. Hémorrhagie consécutive le douzième jour, due à l'érosion de l'artère carotide primitive. Mort.

Dixième observation. — Femme de trente-huit ans. Tumeurs squirrheuses siégeant dans les régions sus-hyoïdienne et carotidienne du côté droit. Extirpation. Récidive. Ouverture de la veine jugulaire externe. Ligature. Mort.

Onzième observation. — Homme de quarante-trois ans. Tumeur cancéreuse occupant les régions sus-hyoïdienne et carotidienne du côté gauche. Extirpation. Récidive d'une énorme tumeur. Deuxième opération deux ans après la première. Mort.

Dans les réflexions qui m'ont été suggérées par ces trois derniers faits, j'ai abordé la question de l'opportunité de la réunion immédiate des plaies résultant d'extirpations de tumeurs. J'y traite encore une autre question toute palpitante d'intérêt pour les praticiens, celle qui est relative à l'introduction de l'air dans le cœur par des veines ouvertes dans le cours d'opérations chirurgicales.

Ni les discussions au sein des Académies, ni le travaux qui ont été publiés jusqu'à ce jour n'ont éclairci ce point de science, qui est toujours resté un véritable mystère. Et cependant, il serait bien important qu'à défaut d'explications satisfaisantes, on pût au moins préciser dans quelles conditions ce terrible accident se produit, afin de le prévenir, car jusqu'ici il n'a pas été possible d'empêcher ses conséquences funestes.

Sans prétendre expliquer ce phénomène, je me permettrai de rapporter ce que j'ai observé.

Dupuytren, qui a eu occasion de remarquer cet accident, est le premier qui ait étudié cette grave question.

« C'est toujours, dit-il, dans le cours de l'extirpation de tumeurs situées au col, au sommet du dos, que cette absorption a lieu. C'est toujours où ces tumeurs sont alternativement soulevées et abaissées dans le travail de l'extirpation que l'air pénètre dans l'orifice des veines divisées, absolument comme il pénètre dans le corps d'un soufflet lorsque ses ailes sont écartées, ou encore peut-être, comme les expériences du docteur Barry tendent à le prouver, par une sorte d'aspiration venant du cœur et opérée dans l'oreillette droite, lors de sa dilatation. Le soulèvement des tumeurs qu'on cherche à extirper écarte les parois des veines divisées, et leur abaissement fait, dans cette circonstance, l'office d'un soufflet dont on rapproche les ailes, ce qui force l'air à cheminer vers le cœur par le canal qui l'a reçu. »

On s'explique difficilement, après ce qui vient d'être dit, que l'air n'ait point été aspiré par la jugulaire interne qui non-seulement a été largement ouverte chez la femme de la neuvième observation, mais dont les parois ont été écartées par les tractions exercées sur la tumeur profonde qui y adhérait assez pour ne s'en détacher qu'après les avoir déchirées en deux endroits et y avoir produit de grandes pertes de substance. L'absence de ce phénomène dans d'autres cas analogues, tels que l'ouverture de la sous-clavière, de l'axillaire et de la jugulaire interne, à sa partie inférieure pendant des opérations pratiquées par M. Roux, prouve à l'évidence qu'il ne suffit pas que la veine soit voisine du cœur, qu'elle soit canalisée, qu'elle offre une grande ouverture, ni enfin que le malade, dans ces conditions, fasse une forte inspiration. Il est constant qu'il doit se passer autre chose lors de la manifestation de cet accident. M. Velpeau dit à ce sujet : « Ne peut-on pas se demander si, au moment de l'opération chez l'homme, les veines canalisées par la nature même de la tumeur, ou par des tractions exercées sur elle, ne les auraient point mises momentanément dans l'état où se trouvent naturellement celles du sommet de la poitrine chez les animaux vivants ? »

En admettant cette explication, comment alors se rendre compte de l'aspiration de l'air dans les veines ouvertes ailleurs qu'au cou, à l'aisselle, etc., etc., dans des lieux où la canalisation n'est plus probable? De deux choses l'une ; ou les faits qui ont été rapportés sont inexacts, ou bien le passage suivant du même auteur n'est pas d'une rigoureuse vérité : « M. Poiseulle a observé, toutefois, que ce phénomène n'était possible que pour les veines sujettes au pouls veineux, ou dans lesquelles on remarque un véritable reflux du sang pendant la vie, c'est-à-dire « pour les grosses veines qui dé- » passent, de quelques pouces, le sommet de la poitrine. » Hors de là, en effet, l'aspiration, soit du cœur, soit du thorax, ne paraît plus avoir aucune prise sur la colonne sanguine. La pression atmosphérique aplatissant aussitôt le calibre du vaisseau, entre l'ouverture de la veine et le sommet de la poitrine, semble mettre un obstacle invincible à la pénétration de l'air dans le cœur. »

L'examen anatomique auquel se sont livrés MM. Bérard aîné et Velpeau, ainsi que les expériences faites en 1837, à la demande de l'Académie de médecine de Paris, par MM. Amussat et Barthélemy, ne tendraient pas non plus à prouver que, pour que l'air pénètre dans une veine, il faut que ce soit ou la jugulaire ou la sous-clavière ou l'axillaire qui ait été ouverte et que l'ouverture existe au sommet de la poitrine, à deux ou trois pouces au-dessus du sternum, enfin jusqu'auprès du larynx; car « les faits recueillis sur l'homme portent la plupart sur les veines du sein et de l'épaule, sur la jugulaire externe, ou sur les veines de la face. Dans les autres, l'ouverture de la veine a été petite; il n'a pu y entrer qu'une faible quantité d'air. »

A ces faits j'en ajouterai un autre. Il ne m'est arrivé qu'une fois de perdre un malade pendant une opération; il s'agissait d'une tumeur cancéreuse du sein droit que j'enlevai assisté de MM. Simon, Becasseau, Louis Dejardin et de notre collègue M. Fossion. Nous avons distinctement entendu le sifflement

---

» J'espère, monsieur, que la mission que je vais remplir n'altérera en rien les excellents rapports qui existent entre nous, et ne me privera pas de l'estime d'un homme qui a rendu tant de services aux sciences médicales. »

Je vous avouerai, monsieur le ministre, que cette lettre me causa quelque surprise. J'en éprouvai une seconde, quand j'appris d'une manière peu officielle que le même jour, 30 décembre, à huit heures et demie du soir, un nouveau doyen avait été installé, sans que j'eusse reçu aucune espèce de révocation pour assister, au moins comme professeur, à cette installation, et sans que monsieur le ministre eût répondu aux deux lettres pressantes que j'avais eu l'honneur de lui écrire, sans qu'il m'eût accordé aucune audience.

En vérité, monsieur le ministre, il est temps que je sache officiellement ce qui a eu lieu depuis bientôt huit jours, et que l'on mette un terme à un état de choses qui, si je ne me trompe, semble toucher de très près à l'arbitraire, et presque à l'anarchie. Pour moi, monsieur le ministre, il m'est doux de penser que j'ai fait tous mes efforts pour prévenir le scandale, scandale qui porte toujours malheur à ceux qui le provoquent.

Je suis avec respect, etc.

BOUILLAUD,
Professeur à la Faculté de médecine, ancien député et ancien membre du conseil de l'Université.

Après cette lettre, il était à croire que le ministre se hâterait de réparer ce que nous appellerons un oubli, et qu'il donnerait officiellement avis à M. Bouillaud de sa destitution; mais, à ce qu'il paraît, M. de Falloux s'imagine que pour destituer un haut fonctionnaire il suffit de charger de la commission n'importe qui, un commissionnaire même au besoin. M. Bouillaud, plus au courant des formes administratives et des formules de politesse, refuse d'accéder à la missive de M. Thénard, et notifie sa détermination au ministre dans la lettre suivante :

« Monsieur le ministre,

» Puisque vous persistez à ne pas répondre aux lettres que j'ai l'honneur de vous adresser, il ne me reste plus qu'une seule chose à vous demander : c'est de vouloir bien me notifier la révocation dont il est question dans les journaux et dans la lettre de M. Thénard, chancelier de l'Université. Jusque-là, monsieur le ministre, je ne me crois pas suffisamment et assez officiellement informé, pour abandonner l'établissement dont un ministre m'avait nommé le chef.

Je suis avec respect, etc.;

J. BOUILLAUD.

Paris, 6 janvier 1849.

Si cette affaire continue quelque temps encore, elle finira par prendre une tournure complétement comique; l'incident que nous révèle cette dernière lettre nous fait bien augurer de l'avenir, et nous avons retenu les premières places pour assister commodément au siége de la Faculté par M. Bérard. C'est un tournoi de nouvelle espèce auquel l'histoire n'avait pas encore pensé. Heureusement que les combattants pourront sans frais panser leurs horions et les blessures. Dans tous les cas, ce qui nous console, c'est que, quoi qu'il arrive, nous pourrons toujours crier, comme dans le bon vieux temps : *le doyen n'est plus, vive le doyen!* Car, voyez-vous, la race des doyens est comme la famille des graminées, elle ne se perd jamais. Depuis Jean de Passavant, qui occupait, en 1295, le décanat de Paris, jusqu'à M. Bouillaud, qui l'a abandonné le 30 décembre 1848, la race ne s'est jamais éteinte; elle s'est un instant effacée après l'abolition de tous les corps enseignants, en 1793, mais pour reparaître bientôt, d'abord sous le nom de directeur, pour ne pas trop blesser les oreilles révolutionnaires, et quelques années après, sous son premier nom de doyen. L'histoire de tous ces fonctionnaires serait à la fois curieuse et instructive. Sabatier (d'Orléans) l'a déjà esquissée, et dans les quelques détails qu'il donne sur les 235 doyens qui se sont succédé à la Faculté de Paris depuis 1295 jusqu'en 1849, nous n'avons rencontré aucun fait semblable à celui qui vient de se passer à l'occasion de M. Bérard. Nous voulons parler de la présence obligée du doyen à l'Académie de médecine.

Il est vrai de dire que depuis sa fondation, en 1820, l'Académie n'a guère vu-se succéder à la Faculté que quatre doyens : Leroux, Landré-Beauvais, A. Dubois, MM. Orfila et Bouillaud. M. Bérard commence la série des doyens académiciens *in partibus*. Cette section nouvelle de l'Académie sera-t-elle longtemps remplie, et les vents révolutionnaires qui soufflent à travers le ministère de l'instruction publique permettront-ils d'ouvrir ce nouveau cadre dans le prochain annuaire de la rue de Poitiers? Nous le souhaitons bien ardemment; car les affaires de la Faculté ne gagnent rien à tous ces changements, à tous ces chassez-croisez de doyens.

XX.

Traitement des névralgies du col utérin par l'incision de cet organe, par M. MALGAIGNE.

L'auteur pratique cette incision en glissant une paire de ciseaux sur l'index de la main gauche ; arrivé au col, il porte l'une des branches en dedans, l'autre en dehors sur le point douloureux, et d'un seul coup il divise la lèvre antérieure au point indiqué.

M. Malgaigne dit avoir répété cette opération un assez bon nombre de fois, et deux fois elle a été suivie d'hémorrhagie. Dans ces deux cas, il avait essayé l'incision horizontale à l'aide de ciseaux courbes. Il a donc renoncé à ce procédé pour s'en tenir à l'incision verticale, qui n'a jamais laissé écouler que quelques gouttes de sang.

particulier signalé par les auteurs, lorsque l'air pénètre dans le cœur. La mort fut instantanée.

Il y a quelques mois, en achevant l'extirpation d'une tumeur enkystée du sein droit, un sifflement très prononcé s'étant fait entendre, il cessa aussitôt par l'application du doigt dans le fond de la plaie; il s'ensuivit une syncope qui fut de courte durée. L'opéré, qui est un confrère, est convaincu, comme nous, que quelque peu d'air a pénétré dans le cœur.

N'est-on pas forcé de convenir avec M. Velpeau « que, si le fait est exact chez l'homme, il faut chercher une autre explication physique que celle qui a été donnée par MM. Bérard aîné et Poiseulle? »

A moins d'admettre que les veines peuvent rester béantes au delà du lieu où l'anatomie explique leur canalisation, il est difficile, en passant en revue tout ce qui a été dit et écrit là-dessus, de rien comprendre au mécanisme en vertu duquel a lieu l'aspiration de l'air dans le cœur. Il est vrai que des veines hypertrophiées restent béantes, à l'instar des artères, après leur section transversale. Mais pareil état n'a été constaté par personne pour les cas d'aspiration de l'air par des veines éloignées du cœur, après des extirpations de tumeurs à l'épaule, au sein, par exemple. Mais doit-on s'étonner que le mécanisme de ce phénomène physique soit resté inconnu, lorsqu'on lit ce passage (1) : « Dire qu'au moment d'accidents semblables à ceux dont il s'agit, le chirurgien n'a pas l'esprit assez libre et est trop inquiet, trop troublé, trop attristé enfin pour songer à autre chose qu'au malheur qui menace le malade, « pour tout noter avec soin, pour rendre un compte exact » et circonstancié de ce qui s'est passé; qu'au milieu de cir- » constances pareilles il serait injuste de reprocher aux opé- » rateurs d'avoir fait connaître des observations dépourvues » de détails suffisants ou mal rédigées, peut bien justifier les » hommes qui se sont trouvés dans ces tristes circonstances; » mais, je le demande, aux yeux de la science qui fait abstraction des hommes, cela rend-il les faits meilleurs, plus concluants? N'est-ce pas avouer tout d'abord, au contraire, que ces faits sont nécessairement incomplets, et que, dans une question aussi ardue, il est impossible de leur accorder une confiance entière? »

A ce langage du savant professeur de la Charité, il ne semble pas que l'on ait bien constaté dans quelles conditions se trouvaient les malades qui ont été victimes de cet accident. On n'a pas examiné attentivement ce qui se passe dans les veines de l'homme lorsqu'elles aspirent l'air. On ne s'est pas assuré si, pendant l'acte de l'aspiration, le calibre du vaisseau était ou non aplati par la pression atmosphérique, entre l'ouverture et la poitrine. On ne sait pas non plus si, à partir de l'ouverture, le vaisseau était ou non vide de sang au moment où l'air a pénétré. Cette dernière circonstance me paraît d'une haute importance. Je comprends la possibilité de l'introduction de l'air dans l'état de vacuité, mais non pas dans l'état de plénitude d'une veine, quel que soit d'ailleurs son siége. J'ai ouvert la jugulaire externe chez la malade de la dixième observation, et j'ai déchiré en deux endroits la jugulaire interne chez la malade de la neuvième observation, et ni chez l'une, ni chez l'autre, le phénomène ne s'est produit. M. le docteur Godemer, médecin de l'hôpital civil d'Ambrières (département de la Mayenne), a eu à déplorer, à peu près à la même époque, la perte de trois malades (2) qui avaient subi des opérations toutes semblables à celles que j'ai rapportées.

A quoi attribuer des résultats si différents? Il serait difficile de répondre à cette question; il est permis, néanmoins, de hasarder une explication qui, si elle n'est pas concluante, mettra peut-être sur la voie de sa solution. Je me souviens très bien que, dès que je me suis aperçu, et au large jet et à la couleur du sang, que j'avais ouvert une veine, tout aussitôt j'appliquai le doigt sur l'endroit d'où venait l'hémorrhagie. J'agissais machinalement et, je crois, rationnellement; car le reflux du sang par le bout inférieur étant empêché par cette compression instantanée, le vide ne se faisait point dans cette partie de la veine, et par conséquent l'introduction de l'air ne pouvait avoir lieu. Dans les deux cas, je m'en souviens parfaitement, le sang noir qui inondait les plaies s'échappait des deux bouts des vaisseaux. Et l'on ne dira pas que les veines avaient une capacité moindre qu'à l'état normal, ni que l'ouverture se trouvait à une grande hauteur; car, chez la première des deux opérées, le doigt indicateur pénétrait aisément dans la jugulaire interne par une large ouverture qui existait à moins de deux pouces du sternum. L'ouverture auriculaire était très distendue, et permettait le reflux du sang de la cavité droite du cœur. En effet, le sang arrivait du cœur par flots non interrompus chaque fois qu'on lâchait la compression exercée dans le fond de la plaie. Comment l'air eût-il pu lutter contre le torrent du liquide et se frayer un passage jusqu'à l'oreillette droite? Chez ces deux malades, j'ai très bien observé ce qui s'est passé lorsque les veines jugulaires ont été ouvertes, et j'avoue que je ne saurais m'expliquer autrement que je viens de le faire comment j'ai évité l'accident le plus fâcheux qui puisse survenir dans le cours d'une opération. Un fait qui tend à fortifier mon opinion se trouve relaté dans l'*Encyclographie des sciences médicales* (3); il est extrait de *The american journal of the medical science*. Non-seulement la jugulaire a été coupée dans les trois cinquièmes de sa circonférence, très près de la clavicule, mais la jugulaire externe était également ouverte.

Les longues discussions qui se sont naguère élevées au sein de l'Académie de médecine de Paris sur le même sujet m'ont de nouveau fait réfléchir aux phénomènes que j'ai observés chez mes deux opérés. Dès l'apparition du sang veineux qui en un instant avait inondé les vastes cavités où étaient logées les tumeurs, j'ai appliqué les doigts dans la direction où il affluait; par cette manœuvre, j'ai mis obstacle à l'écoulement du sang qui refluait des cavités droites du cœur par le bout inférieur, lequel, étant rempli par un liquide, ne pouvait donner accès à un fluide quelconque.

(1) Lettre sur l'introduction de l'air dans les veines de l'homme; par M. Velpeau. *Gazette médicale de Paris*, n° 8, 24 février 1838.

(2) *Gazette des Hôpitaux de Paris*, tome IV, série 2e, supplément au n° 20, 15 février 1842.

(3) Tome Ier, page 117.

M. Raspail, dans une note au § 3493 de son *Nouveau système de chimie organique*, dit: « En effet, les parois des veines aspirant le liquide sanguin doivent aspirer tout ce qui s'introduit à la suite des liquides. Si elles sont flottantes et non bridées par un tissu rigide, dès que le sang laissera à sa suite une lacune, les parois s'aspireront elles-mêmes pour ainsi dire, et s'agglutineront en quelque sorte; dans ce cas, l'air ne saurait pénétrer dans leur capacité. Si, au contraire, la veine est tenue béante par l'adhérence de son tissu à des surfaces osseuses ou consistantes, les parois vasculaires ne sauraient se rapprocher entre elles par suite de leur réciproque aspiration; dans ce cas, tout liquide ambiant, tout fluide atmosphérique s'introduira à la suite du sang, non-seulement à cause de l'aspiration des parois vasculaires, mais surtout encore par suite de la pression atmosphérique, et il serait impossible, de toute impossibilité, dans ce cas, que l'introduction de l'air n'eût pas lieu. »

Ce passage du savant chimiste français confirme pleinement l'idée que je me suis faite du mode de manifestation du phénomène, si ce n'est pas pour les deux cas que j'ai rapportés, au moins pour celui dans lequel la jugulaire interne a été ouverte. Je suis même porté à croire que cette explication est applicable chez le suicidé dont l'observation est rapportée dans mon mémoire.

Il constate de ce qui a été observé sur l'homme et sur les animaux :

1° Que des veines très voisines du cœur ont été ouvertes chez l'homme sans que le phénomène se soit manifesté; tandis que le contraire est arrivé dans des cas d'ouverture de veines éloignées du cœur;

2° Que les seules veines ouvertes chez les animaux, par lesquelles l'aspiration de l'air a eu lieu, étaient celles dites canalisées.

Il résulte, d'un autre côté, des expériences faites sur des animaux vivants :

1° Que, suivant MM. Amussat et Barthélemy, l'aspiration de l'air n'est possible qu'à la condition que l'ouverture de la veine existe près du sommet de la poitrine;

2° Que, suivant MM. Bérard aîné et Barry, l'aspiration de l'air peut s'étendre (1) jusqu'aux capillaires.

Le passage suivant me semble trouver ici sa place :

« Faut-il conclure de ce qui précède que l'action aspirante de la poitrine ne peut s'étendre à la colonne de sang qui parcourt des veines éloignées du tronc et dépourvues du moyen de résistance que j'ai indiqué précédemment? Je ne le pense pas; la continuité de cette colonne sanguine depuis l'oreillette jusqu'aux capillaires, l'abord non interrompu d'une nouvelle quantité de sang provenant des artères, la présence des valvules, sont autant de conditions physiques sur lesquelles M. Barry a établi des raisonnements fort ingénieux que l'auteur appliquait nécessairement à tout le système veineux, puisque l'état des veines qui sortent de la poitrine n'avait pas fixé son attention. Je ne dois point reproduire ici les considérations de M. Barry; je me bornerai à faire observer que la puissance d'inspiration va nécessairement en s'affaiblissant à mesure qu'on s'éloigne du cœur, et que c'était près du lieu où s'opère le vide que les vaisseaux veineux devaient recevoir les moyens de résister à la pression de l'atmosphère. »

Que penser de résultats si opposés obtenus par des hommes justement recommandables qui se sont efforcés de surprendre la nature sur le fait?

N'est-il pas sage de dire avec M. Velpeau : « Ainsi, sans nier la possibilité de ce phénomène, lorsque les veines forment des canaux béants jusque dans la poitrine, je crois que de nouvelles expériences sont nécessaires pour résoudre définitivement la question. »

Ces paroles m'ont fait naître l'idée d'expérimenter à mon tour. J'ai répété les expériences de Nysten et de MM. Amussat et Barthélemy, c'est-à-dire l'introduction forcée et l'introduction libre de l'air. Les résultats que j'ai obtenus sont identiquement les mêmes que ceux publiés par ces savants distingués. J'ai cherché ensuite à établir le vide au moyen de l'aspiration avec une seringue. Sur un cheval de train, morveux, la veine jugulaire mise à nu a été ouverte avec perte de substance; par l'ouverture, on a introduit dans le bout inférieur la canule d'une seringue de la capacité d'environ un demi-litre, puis le piston a été retiré. Cette opération, réitérée, n'a amené dans la seringue que quelques gouttes de sang. Je voulais m'assurer si, en soustrayant rapidement une grande quantité de sang, l'air ne se précipiterait pas dans la veine; mais je n'ai pu réussir ni sur cet animal ni sur des lapins et des chiens; on ne trouva que quelques gouttes de sang à l'aide de la seringue.

J'ai fait pénétrer ensuite une sonde de gomme élastique jusque dans l'oreillette droite du cœur pour simuler une veine canalisée, et le phénomène ne s'est pas produit. Il en a été de même en adaptant à cette sonde la canule de la seringue, avec laquelle j'ai cherché à faire le vide. Cette expérience, que je n'ai pas répétée, ne prouve rien, je le sais, mais elle ne tend pas à rendre la solution de la question plus facile. Ainsi, si la canalisation de la veine est la condition qui favorise l'introduction de l'air dans la veine, pourquoi, lorsque le tube a plongé jusque dans le cœur, ce fluide ne s'est-il point précipité dans cette cavité? J'avoue que, moins qu'auparavant, je puis me rendre raison du mécanisme en vertu duquel ce phénomène a lieu; aussi doit-on chercher plutôt à éviter les lésions des veines qu'à expliquer quand et pourquoi l'air y pénètre lorsqu'on les ouvre dans le cours d'une opération. Tous les praticiens sont d'accord sur ce fait que les tiraillements exercés sur la tumeur, lorsqu'elle n'adhère plus que dans la profondeur par un tissu cellulo-fibreux cédant aux tractions, produisent la déchirure de la veine et favorisent l'introduction de l'air. Ce qu'il importe donc d'éviter avant tout, ce sont les tiraillements exercés sur la tumeur, lorsque celle-ci ne tient plus que par quelques filaments. On a pu remarquer que, dans toutes les opérations postérieures à celle de la neuvième observation, j'ai eu le soin, avant de détruire les adhérences profondes, de jeter une ligature sur la dernière bride qui retenait la tumeur; il est probable que c'est à cette pratique que je dois de ne plus avoir déchiré la jugulaire interne.

(1) Mémoire sur un point d'anatomie et de physiologie du système nerveux. Mécanisme de l'entrée de l'air (accidentelle) dans les veines. Effets de l'élasticité; par Bérard aîné. (*Archives générales de médecine*, juin 1830, p. 169.)

M. Godemer indique d'autres moyens capables d'éviter la lésion veineuse et l'accident qui en est la conséquence (1). « Depuis deux ans, dit ce praticien, toutes les fois que j'ai une tumeur importante à extirper autour de la région du cœur, j'incise la tumeur; je l'enlève partiellement et sans donner de secousse. Je commence toujours par les parties opposées au cœur, afin que le reste des tumeurs, placé entre le cœur et les parties en dissection, comprime les veines entre le point où elles sont exposées à être divisées et le cœur, et de cette manière j'empêche l'air de pénétrer dans les vaisseaux. Depuis que j'emploie ce mode d'opérer, je n'ai point de victime à déplorer; en 1839 et en 1840, j'ai mis en usage sur six personnes portant des tumeurs du cou le procédé que je viens d'indiquer, c'est-à-dire l'ablation partielle. En suivant ce mode d'opérer, le malade est, il est vrai, en proie aux douleurs de l'opération un peu plus longtemps, mais en échange l'introduction de l'air dans les vaisseaux et par suite dans les cavités du cœur n'est point à craindre. »

M. Jobert, de Lamballe (2), a récemment introduit dans la pratique un mode d'extirpation des tumeurs superficielles qu'il désigne sous le nom de méthode par *embrochement*. Ce genre d'extirpation, dont les avantages ne sauraient être contestés, pourrait, si l'on y apportait une modification, convenir mieux que le procédé de M. Godemer. Si, au lieu d'attaquer la tumeur par sa base, on la divisait par son sommet jusqu'à l'endroit de ses adhérences profondes, son énucléation n'exigeait pas des dissections longues et douloureuses et offrirait plus de sécurité. Je suis assez disposé à l'avenir à tenter ce procédé lorsque j'aurai des tumeurs à extirper dans la région du cou.

Avant de terminer, je crois devoir recommander une pratique qui m'a réussi lorsque des veines sont ouvertes dans le voisinage du cœur; elle consiste à arrêter de suite l'écoulement du sang par le bout du vaisseau qui se rend à cet organe.

De ce qui précède, je conclus :

1° Que, lorsqu'une tumeur indolente du cou, après être restée stationnaire, vient tout à coup à se développer, il est à craindre qu'elle ne s'arrête pas dans son accroissement et qu'elle tende à la dégénérescence;

2° Que l'on ne saurait trop se hâter d'extirper les tumeurs isolées de l'espèce ci-dessus, qu'elles soient de nature fibro-celluleuse ou même fibreuse;

3° Que ces tumeurs, alors même qu'elles sont dégénérées, doivent être enlevées tant qu'elles sont accessibles à l'instrument tranchant;

4° Que, dans toute extirpation, il faut éviter de tirailler la tumeur; que les brides profondes doivent être divisées au-devant d'une ligature et qu'il faut se garder de les déchirer;

5° Que le procédé de M. Godemer et celui de M. Jobert, de Lamballe, modifiés comme je l'ai indiqué, conviennent et pour abréger les dissections (temps le plus douloureux de l'opération) et pour éviter celui des accidents, qui est le plus à redouter;

6° Que le moyen le plus certain d'éviter l'introduction de l'air dans les cavités du cœur par une veine divisée, c'est d'appliquer le doigt sur l'ouverture de la portion du tube qui conduit vers cet organe; qu'il faut par conséquent être toujours en mesure de remplir promptement cette indication toutes les fois que l'on arrive au temps final de l'extirpation d'une tumeur du cou (3).

Correspondance.

SUR LES FAITS DE TROISIÈME DENTITION.

Lyon, le 25 décembre 1848.

Monsieur le rédacteur,

Les faits de troisième dentition ne sont pas rares. Vous venez d'en publier deux nouveaux qui ne font que confirmer ceux que l'on connaissait déjà. L'un est du docteur Plettinck, qui, dans le numéro du 8 courant, fait connaître une éruption de plusieurs dents chez un vieillard. L'autre est de M. Pichot, qui, dans le numéro 12 suivant, dit avoir vu une dent nouvelle pousser à la place d'une dent qu'il avait arrachée l'année précédente. Je n'élève point de doute sur la véracité des observateurs qui les ont recueillis, mais j'en élève sur la réalité d'une troisième dentition. Pour cela, je me fonde sur des faits qui me paraissent de nature à en ébranler la croyance.

En 1827, je me fis arracher par M. Boulard la dernière molaire de la mâchoire inférieure du côté droit. Avec ma dent je fus débarrassé de la souffrance réitérée que j'éprouvais. La gencive se cicatrisa. Un an après cette même gencive s'ouvrit, et je sentis pousser un corps dur qui forma une troisième dentition. M. Bouchard en fut persuadé.

Cinq ans plus tard la même dent du côté gauche me fit souffrir si cruellement, qu'une nuit, ne pouvant plus y tenir, je pris ma clef de Garangeot et j'enlevai ma dent. Le corps et la couronne vinrent entiers; mais il n'arriva qu'une racine. On voyait qu'une autre racine avait été cassée et qu'elle était restée dans son alvéole.

Quelques jours après une dame se présenta à moi. Elle voulut absolument que je fisse moi-même l'extraction de la dent qui la faisait souffrir; c'était la quatrième molaire du côté droit. Comme la mienne, elle vint avec une forte racine et les marques de la fracture d'une autre forte racine qui était restée. Un an après, cette dame me fit part d'une souffrance qu'elle éprouvait dans le lieu de la

(1) *Gazette des Hôpitaux*, article cité.

(2) *Gazette des Hôpitaux*, 1848.

(3) *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*.

dent. Elle y sentait une pointe aiguë, qu'il me fut facile de sentir aussi. C'était la racine qui poussait, et qui sortait peu à peu. Je ne m'y trompai pas; le souvenir de la dent arrachée ne me le permit pas. Je ne pus donc pas avoir de doute sur l'origine de cette troisième dentition.

Quelques mois après, la racine que j'avais laissée dans son alvéole sortit aussi de la gencive et forma une nouvelle dent.

Il y a deux ans, un client me présenta une gencive tuméfiée depuis quinze jours et qui le faisait beaucoup souffrir. Deux ans auparavant une dent avait été arrachée dans cette place. Rien ne put calmer la douleur. Quelques semaines après une dent nouvelle poussa à la place de l'ancienne. Ce n'était point une dent complète; c'était une racine qui avait été détachée de la dent arrachée.

Dès lors, il n'a plus été douteux pour moi que les quatre dents de troisième dentition dont j'ai recueilli l'observation n'étaient que des fragments de la dent qui en avait occupé la place auparavant. Je me suis demandé et je me demande encore si les cas de troisième dentition observés chez les vieillards n'ont pas présenté de la ressemblance avec ceux que je viens de citer, et s'il est bien vrai qu'on ait jamais observé de véritable troisième dentition; si par conséquent ces dents tardives ne sont pas des racines laissées par l'ablation des premières dents. Je soumets ce doute, je dirais presque cette conviction, aux dentistes et surtout aux physiologistes. La croyance à une troisième dentition est-elle une erreur? Ils jugeront.

Veuillez agréer, etc. BRACHET.

Luxation de la mâchoire réduite à l'aide du chloroforme.

La nommée .:... se présenta, le 8 du mois courant, à l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles. Il y avait trois jours qu'ouvrant une large bouche pour manger une *tartine* d'un gros volume, elle s'était démis la mâchoire; le même accident s'était déjà présenté, à deux reprises, dans le courant de l'année; mais chaque fois elle avait réduit elle-même la luxation; en cette dernière occurrence, ses efforts avaient complétement échoué.

Grandement ouverte, la bouche ne pouvait plus se fermer; la mâchoire inférieure débordait la supérieure; la prononciation des mots labiaux était impossible; la salive s'écoulait en grande abondance, etc. Plusieurs tentatives de réduction furent infructueuses. Pour les effectuer plus énergiquement, la patiente fut assise sur le parquet, afin que l'opérateur augmentât la somme de ses forces en appuyant de tout son poids sur l'os déplacé. Les pouces étaient placés à l'extrémité des arcades dentaires, dégarnies de dents, tandis que les autres doigts embrassaient la mâchoire jusqu'au menton; mais le tout en vain. On eut alors recours aux inspirations de chloroforme, qui ne tardèrent point à plonger la malade dans un état de profonde insensibilité. La même manœuvre de réduction fut ensuite réitérée et couronnée d'un prompt succès.

(*Archives de la méd. belge.*)

Nouvelles du choléra.

En l'absence de renseignements officiels, nous empruntons au *Progressif Cauchois* les détails suivants sur l'apparition du choléra dans notre arrondissement. Ce journal confirme malheureusement les bruits qui avaient circulé à cet égard; mais il ramène le mal à ses véritables proportions, que l'inquiétude publique avait singulièrement exagérées.

« Nous aurions voulu taire plus longtemps l'invasion à Yport, et même chez nous, d'une épidémie qui exerce de cruels ravages et dans laquelle le plus grand nombre des médecins ont reconnu le choléra. D'imprudentes indiscrétions nous forcent aujourd'hui la main, et si nous nous décidons à constater le mal, c'est pour donner les conseils que la situation exige et rassurer sur les exagérations qu'on ne manque pas de colporter. Ce n'est pas en politique seulement que la peur est mauvaise conseillère; elle exerce partout, et à propos de tout, sa triste influence.

» La maladie à laquelle un certain nombre de personnes a succombé n'a sévi que dans les maisons où le manque d'air, de propreté, d'aisance a été remarqué; les plus simples mesures hygiéniques, des secours portés à temps, ont toujours vaincu le mal. Il faut donc se prêter assistance les uns aux autres, ne point se fuir, s'abandonner; il ne faut pas croire surtout qu'on est irrévocablement frappé du doigt de Dieu. M. le sous-préfet du Havre a visité hier la commune d'Yport, et a vu avec peine la plupart des maisons mal tenues et entourées de matières infectes; beaucoup d'entre elles étaient dénuées du nécessaire. Il a dû donner des ordres en conséquence.

» Les cas constatés à Fécamp sont beaucoup moins nombreux, et, comme à Yport, ils tendent à devenir plus rares.

» La commission sanitaire fonctionne, d'ailleurs, avec un zèle qui nous fait espérer que nous aurons à annoncer la disparition du fléau presque en même temps que sa présence parmi nous. »

— On lit dans le *Journal de Fécamp* du 3 courant:

M. le sous-préfet du Hâvre est arrivé hier dans notre ville, et s'est rendu de là à Yport, accompagné du maréchal-des-logis de la gendarmerie et de M. Liépart, médecin, pour connaître par lui-même la nature de l'épidémie qui décime cette populeuse commune. M. le sous-préfet a visité lui-même les malades et ordonné des mesures d'assainissement. Les habitants ont été mis en demeure d'enlever des abords de leurs maisons les nombreux amas d'immondices et de déchets de poissons qui, de tout temps, y séjournent, et d'où s'exhalent des miasmes pestilentiels qui entretiennent le mal.

Il n'est que trop vrai aujourd'hui que l'épidémie dont cette malheureuse commune est atteinte a tous les symptômes du fléau qui fit tant de victimes en France en 1832. On a constaté, depuis son apparition, 34 décès. Il reste encore aujourd'hui huit malades en traitement.

M. le sous-préfet s'est entretenu avec M. le maire de Fécamp, sur l'état sanitaire de la ville; les renseignements qui ont été fournis à ce magistrat le présentent comme étant on ne peut plus satisfaisant. Néanmoins, des mesures vont être prescrites pour mettre la ville à l'abri de l'invasion du fléau.

Les nouvelles qui nous parviennent ce matin d'Yport sont rassurantes. Nous sommes heureux d'apprendre qu'aucun nouveau cas ne s'est déclaré depuis deux jours.

— CHOLÉRA A SAINT-PÉTERSBOURG. — Journée du 10 décembre (22), 2 nouveaux malades, 1 guérison et 2 décès. — Journée du 11 (*idem*), 2 nouveaux malades, 5 guérisons et 2 décès. — Le *Journal d'Odessa* (russe) publie une lettre intéressante de M. Guersévanoff, à laquelle nous empruntons les passages suivants: Cette année, j'ai passé quelques jours à Pérékop, petite ville sans importance, où j'ai appris qu'en 1831, lors de la première apparition du choléra asiatique, cette maladie avait épargné la population tatare des environs. Un fait si curieux attira mon attention et me décida à m'adresser, pour m'en assurer, à des personnes parfaitement instruites du genre de vie de cette population, et à leur demander quels moyens avaient employés les habitants pour se préserver des atteintes de cette terrible épidémie. On sait que les Tatares sont généralement malpropres, qu'ils habitent des maisons peu spacieuses et incommodes; que par leur foi inébranlable en la fatalité ils ne veulent jamais recourir à la médecine, et que par leur ignorance et leur superstition, ils sont beaucoup plus disposés que les petits Russiens, leurs voisins, à subir les atteintes de cette maladie. Les renseignements que j'ai recueillis depuis m'ont amené à croire que la raison pour laquelle les habitants des environs de la steppe Nogaï sont exposés si rarement à la gagner ne provient pas de leur genre de vie ou des précautions qu'ils prennent pour s'en garantir, mais de la nature du sol sur lequel sont bâties les villes de Pérékop, d'Eupatorie et probablement aussi celle de Berdiansk. N'ayant aucune connaissance en médecine, il m'a été impossible de m'assurer de l'exactitude des renseignements qui m'ont été donnés à ce sujet; je me contenterai donc de présenter quelques chiffres, plus éloquents que des dissertations ordinairement stériles quand il s'agit de faits positifs. En 1831, pas un Tatare Nogaï des districts de Berdiansk et de Mélitopol n'a succombé au choléra. L'année dernière, dans le gouvernement du Tauride, à l'exception de la ville de Sevastopol, cette épidémie a emporté;

	Population.	Malades.	Décès.
Ville de Simpheropol,	15,465	205	67
District du même nom,	45,267	2	2
Ville de Baktchissaraï,	15,603	7	2
Ville de Korassou-Bazar,	11,184	42	17
» Théodosie,	8,232	12	4
District du même nom,	48,923	177	50
» de Mélitopol,	90,780	9	6
Ville de Pérékop,	5,088	1	1
District du même nom,	48,507	3	3
District de Jalta,	25,215	25	10
Ville de Berdiansk,	6,516	42	11
District du même nom,	21,623	109	58
District de Miepre,	66,299	30	11
Totaux:	404,100	662	228

On voit donc que les ravages causés par cette épidémie n'ont pas été bien terribles, et que la proportion des décès au chiffre total de la population n'a été que de 1 à 1,772. A Pérékop, ils ont été encore moins sensibles, car dans la ville et son district il n'y a eu que 4 cas, ce qui fait 1 sur 13,398 habitants. Nous ne connaissons pas encore exactement le nombre des victimes de cette maladie pendant l'année 1848; mais, d'après les comptes-rendus publiés par l'autorité, on voit que ses effets ont été presque nuls, à l'exception de la ville de Sébastopol, où elle a sévi avec une grande intensité. La salubrité de Pérékop provient de la nature du sol composé principalement de sel. Les lacs salins qu'on rencontre à chaque pas en sont la meilleure preuve. Pendant les fortes chaleurs de l'été, l'atmosphère est remplie d'exhalaisons quelquefois fort désagréables à l'odorat, mais très salubres et très propres à préserver de toute contagion; car, dépourvues de molécules organiques, elles contiennent beaucoup de chlore, lequel est un excellent désinfectant qui absorbe ou neutralise les miasmes dispersés dans l'atmosphère. Ce qui contribue encore à rendre ce pays si salubre, c'est le manque d'eau courante qui, à ce qu'il paraît, est un des meilleurs conducteurs des miasmes cholériques. La ville de Patorie se trouve à peu près dans les mêmes conditions physiques que Pérékop.

(*Journal de Saint-Pétersbourg.*)

NOUVELLES.

Par arrêté du président de la République en date du 28 décembre dernier, ont été nommés dans le corps des officiers de santé de la marine, à la suite du concours, et pour prendre rang à dater du 1er janvier 1849, savoir:

Au grade de médecin professeur: M. Raoul.

Au grade de chirurgien de 1re classe: MM. Mairet, Laure, Beau, Le Tersec, Bellebon, Charruel, Plessis, Roubin, Macret, Mannet, Ballot.

Au grade de chirurgien de 2e classe: MM. Mège, Lissencou, Danillon, Sabatier, Riou-Kéraogal, Saurel. Geslin, Le Treis, Le Néc, Golfier, Vialet, Lozach, Marc, Ricard, Colson, Acampo, Leydet, Chevrier, Jonon, Lebin.

Au grade de chirurgien de 3e classe: MM. Juvénal, Carles, Olivier, Campdoras, de Guérin, Thoraval, Guichet, Chausset, Dugé de Bernonville, Kergommard, Cornillac, Guy, Cochois, Leconiat, Toulorge, Comte, Aurran, Sautelli, Dordet, Bonnet, Pipy.

Au grade de pharmacien de 2e classe: M. Laffitte.

Au grade de pharmacien de 3e classe: M. Donozeille.

— Par ordonnance de M. le préfet de police et sur la présentation du conseil de salubrité, M. Boutron a été nommé vice-président, et M. Trébuchet secrétaire de ce conseil pour l'année 1849.

— On écrit de Venise, le 23 décembre:

« Le nombre de nos soldats malades diminue de jour en jour. Nous avons consommé jusqu'à 100 livres de quinine (pour environ 24,000 fr.). L'année 1848 fera époque dans les fastes médicaux, et pour notre compte nous devons dès à présent les plus grands éloges à notre brave médecin en chef Albinich, qui était professeur à l'Université de Padoue.

— *L'Almanach général de médecine pour* 1849, que vient de publier M. Domange-Hubert, renferme quelques détails curieux sur le nombre des docteurs, officiers de santé, etc., établis à Paris, et sur celui des élèves répartis dans les différentes écoles des départements. 2,019 élèves en médecine sont actuellement inscrits dans les Facultés ou Ecoles préparatoires; Paris en compte à lui seul 950, tandis que Montpellier n'en a que 174 et Strasbourg 109. Le reste est réparti entre les 21 Ecoles préparoires. Toulouse et Lyon attirent beaucoup d'élèves; le chiffre en est de 76 et 80: c'est Nancy et Reims qui en ont le moins; l'une 22 et l'autre 15 seulement. Dans la Faculté de Paris, 272 étudiants ont pris en 1848 leur première inscription et 230 ont soutenu leur thèse pour le doctorat. Le nombre des réceptions de docteurs qui avait suivi une gradation toujours croissante depuis 1826, où il n'était que de 215, jusqu'à 1837, où il s'est élevé jusqu'à 481, a subi depuis cette époque une diminution graduelle, et il est tombé à 211 en 1846. Il est à remarquer qu'une décroissance analogue a eu lieu pour le second ordre des médecins, pour les officiers de santé. Le jury médical de la Seine, qui en recevait 70 à 80 et jusqu'à 91 par an de 1827 à 1837, n'a plus compté que 40 à 50 réceptions depuis 1840 jusqu'à ce jour. La diminution a encore été plus forte pour les pharmaciens reçus par l'Ecole de pharmacie de Paris; le chiffre en était de 192 pour l'année 1843, et depuis il a baissé graduellement jusqu'à 55 pour 1848. Si la proportion des individus qui se destinent aux différentes branches de la médecine a baissé dans ces 8 ou 10 dernières années, c'est qu'il y avait un véritable encombrement dans la carrière. En effet, malgré le chiffre décroissant signalé plus haut, le personnel médical de Paris est encore aujourd'hui considérable; il n'embrasse pas moins de 1,389 docteurs, 166 officiers de santé et 385 sages-femmes (sans parler de tous les médicastres non brevetés qui pullulent toujours dans les grandes cités).

Au mois de janvier 1847, le nombre des docteurs à Paris était de 1,442; il y a donc pour 1849 une diminution de 53. Depuis 1833, époque à laquelle le chiffre en était de 1,090, la progression avait été constamment ascendante, et c'est la première fois, cette année, que la statistique indique une diminution.

Dans ces deux dernières années, 56 docteurs, dont 27 décorés, sont décédés à Paris: 112 ont quitté la ville, 114 nouveaux s'y sont établis. Le corps médical parisien compte en ce moment 398 membres de la Légion-d'Honneur, savoir: 7 commandeurs, 58 officiers et 341 chevaliers. Depuis la révolution de février, il a donné 9 de ses membres à la représentation nationale: ce sont MM. Bixio, Buchez, Dezeimeris, Gerdy, Lélut, Maissiat, Recurt, Trélat et Trousseau. Parmi ces représentants, il y a eu un président de l'assemblée (M. Buchez), 2 vice-présidents (MM. Bixio et Trélat), 3 ministres (MM. Recurt, Trélat et Bixio), un préfet de la Seine (M. Recurt), et deux préfets de police (MM. Ducoux et Gervais, de Caen).

Monsieur et très honoré confrère,

Dans votre numéro du 23 décembre dernier, après avoir énuméré succinctement les divers procédés mis en usage pour l'opération du phimosis, vous faites la description des modifications nombreuses qui ont été appliquées au mode opératoire; vous signalez comme une modification heureuse celle de M. Vidal (de Cassis), qui consiste à laisser les aiguilles en place dans les mors de la pince jusqu'après la section du prépuce. La présence des aiguilles, en effet, peut s'opposer à ce que l'on coupe les fils, accident qui arrivait fort souvent avec les pinces de M. Ricord. C'est précisément pour éviter cet accident que j'ai fait subir aux pinces dont je viens de parler, une modification dont vous avez eu la bonté de dire quelques mots dans un de vos numéros de décembre 1847. A l'aide de mes pinces, j'ai pratiqué, depuis cette époque, de nombreuses opérations de phimosis sans atteindre les fils avec l'instrument tranchant. L'idée de M. Vidal est fort ingénieuse, mais les pinces modifiées permettent de ne point y recourir.

Agréez, etc., JACQUOT, D.-M.-P.,
Médecin en chef de l'hôp. de Bitche.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 11 JANVIER 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 4.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal parait trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris. . . .	24 fr.	— 13 fr.	— 7 fr.
Départements.	26 fr.	— 14 fr.	— 8 fr.
Étranger. . .	30 fr.	— 16 fr.	— 9 fr.

A NOS ABONNÉS.

Aux améliorations que nous avons déjà introduites dans quelques parties de la GAZETTE DES HOPITAUX, nous allons en ajouter une qui, nous l'espérons, sera vivement appréciée par tous les praticiens. Dans la plupart des numéros, nous publierons des gravures à l'appui des descriptions. De cette façon, aucune opération importante ne sera faite dans les hôpitaux français ou étrangers, aucun instrument ne sera inventé ou modifié, aucune pièce d'anatomie pathologique observée, sans qu'à l'instant même la GAZETTE n'en donne la représentation fidèle à ses lecteurs.

A cette occasion, nous prions nos confrères qui veulent bien nous envoyer des communications, d'y joindre un dessin toutes les fois que le sujet le comportera.

PARIS, 10 JANVIER 1849.

Sur la séance de l'Académie.

Après les deux préambules obligés, le dépouillement de la correspondance, et, ce qui est beaucoup moins intéressant, la lecture bien complète du procès-verbal, l'Académie a abordé sans obstacle l'interminable discussion sur le chloroforme. Quand nous disons sans obstacle, c'est aller un peu trop loin; car M. Roux a bien fait quelques efforts mimiques pour la faire renvoyer à la prochaine séance. La raison de M. Roux était que lui, premier orateur inscrit, se trouvant sans voix, on devait suspendre la discussion jusqu'à ce qu'il pût se faire entendre. Mais, pour bien faire sentir à l'Académie la justesse de cette raison, il aurait fallu à M. Roux précisément ce qui lui manquait (et ce qui heureusement lui manque rarement), c'est-à-dire la voix, et, malgré l'énergie de sa pantomime, l'Académie a passé outre. M. Roux a paru se consoler de son échec en n'écoutant que médiocrement ses collègues, et en lisant un chapitre de *la Démocratie en France*.

Vu l'indisposition de M. Roux, la parole est échue à M. Guérin, qui en a longuement usé. Il a combattu point par point chacun des arguments que M. Malgaigne lui avait opposés dans une des précédentes séances, et il a cherché ensuite à poser les principes propres à faire éviter tous les dangers auxquels l'emploi du chloroforme peut exposer.

Quant à la première partie de son discours, il était difficile d'y mettre beaucoup de nouveau, car tout ou à peu près a été dit sur le rapport de M. Malgaigne; l'Académie et ceux qui ont suivi la discussion savent parfaitement par où ce rapport pèche, et l'on peut être assuré dès maintenant que les conclusions n'en seront pas adoptées sans être profondément modifiées. La seconde partie du discours de M. Guérin a offert beaucoup plus d'intérêt. Il a rapporté dans cette partie des expériences fort curieuses, desquelles il résulte que, lorsqu'on fait respirer à des chiens deux à trois grammes de chloroforme dans un appareil disposé de telle façon que tout le liquide employé soit nécessairement inspiré, les chiens sont seulement plongés dans l'ivresse l'espace de quelques minutes; que, lorsqu'on emploie une dose de cinq à six grammes, les effets sont un peu plus prompts et plus prononcés, et qu'enfin, lorsqu'on fait respirer 10 à 12 grammes de liquide, on tue presque instantanément les animaux.

Les conclusions pratiques que M. Guérin a tirées de ces expériences sont: que, pour éviter tous les dangers, il ne faut pas seulement surveiller l'action de l'agent anesthésiant, ce qui est toujours fort difficile, mais, ce qui est bien plus important, *doser* la quantité de chloroforme qu'on veut administrer. Pour cela il suffit d'avoir un appareil qui permette de ne perdre aucune partie du liquide qu'on y verse, et c'est cet appareil que M. Guérin a imaginé et qu'il a fait connaître à l'Académie. Nous le ferons connaître en détail à notre tour; pour le moment, nous ne nous occuperons que de son utilité pratique. Disons d'abord que nous ne mettons point en doute cette utilité; il est évident que la première condition pour administrer rationnellement un médicament (et le chloroforme n'est en définitive qu'un médicament) est de pouvoir le doser rigoureusement; mais est-ce à dire que, cette condition une fois obtenue, on doive le trouver à jamais à l'abri de tout accident? Nous sommes loin de le penser. Quand on donne l'opium à la dose de 5 centigrammes, on peut bien être certain de n'avoir à redouter aucun événement funeste. Mais pourquoi cela? Parce que l'opium à la dose de 5 centigrammes ne cause ordinairement que des phénomènes très peu sensibles, et que ces effets peuvent varier d'intensité dans des limites assez grandes, sans pour cela troubler d'une manière grave l'ensemble des fonctions. Or il n'en est plus de même quand il s'agit du chloroformee. Lorsqu'on administre cet agent dans les opérations chirurgicales, on en porte son action à un point où toutes les fonctions sont déjà violemment ébranlées. Supposez qu'à ce degré d'ébranlement les idiosynchrasis produisent des oscillations aussi grandes que celles qu'on observe pour l'opium à la dose de 5 centigrammes, et alors vous comprendrez comment la mort sera nécessairement produite, comment le dosage le plus rigoureux sera impuissant à la conjurer.

Ainsi donc, sans nier, nous le répétons, l'utilité du dosage, surtout si l'on y joint la précaution indiquée par M. Blandin, de suspendre les inhalations dès que les patients sont arrivés à la période d'insensibilité, nous croyons qu'on ne parviendra jamais à conjurer tous les dangers, et qu'on rencontrera malheureusement des cas dans lesquels la soudaineté des effets déjouera toutes les précautions.

C'est là tout ce que nous dirons à propos du discours de M. Guérin, en ajoutant toutefois que ce discours, riche de faits et de considérations théoriques et pratiques, aurait beaucoup gagné à être de la moitié moins long.

Dans un très court intermède, M. Bérard a voulu prouver qu'il prenait au sérieux son nouveau titre d'académicien; il a cherché à préciser ce que l'on devait entendre par *asphyxie*, phénomène que l'on avait paru confondre, dans tout le cours de la discussion, avec ceux de l'*empoisonnement*. Cette asphyxie chloroformique, sur laquelle nous nous sommes expliqué nettement dans un de nos précédents articles, a continué de faire l'objet principal des discours qui se sont succédé dans les deux dernières séances, sans que les orateurs se soient encore placés au véritable point de vue pour arriver à la vérité. Nous y reviendrons donc d'une manière spéciale avant que la discussion ne reprenne son cours.

Au début académique et favorablement accueilli de M. Bérard a succédé celui, non moins heureux, de M. Parchappe, membre correspondant de l'Académie. Dans un discours religieusement écouté, malgré l'heure avancée de la séance, M. Parchappe a présenté une doctrine générale touchant l'action des agents anesthésiants; grâce à sa diction pleine de pureté et de concision, M. Parchappe s'est fait écouter avec une grande faveur; mais son discours ne s'est pas attaqué d'une manière assez directe au point capital du débat pour qu'il soit nécessaire d'en faire la critique. Nous aurons cependant à en parler lors de notre prochain article sur l'asphyxie chloroformique. Nous terminerons donc aujourd'hui en constatant que M. Parchappe est un des rares *orateurs* de l'Académie.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. Guersant.

Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants.

De la lithotomie, de la lithotritie et de l'extraction des calculs de l'urètre.

Nous avons étudié les avantages et les inconvénients de la lithotomie, les avantages et les inconvénients de la lithotritie; nous allons aujourd'hui rapprocher successivement les avantages de la taille des avantages de la lithotritie, puis les inconvénients de cette dernière opération des inconvénients de la première, et nous aurons ainsi une idée complète et approfondie du sujet que nous allons traiter.

Avantages.

Taille.	*Lithotritie.*
1° Promptitude de l'opérat.	1° Pas de plaie.
2° Toujours une seule séance.	2° Pas d'hémorrhagie à redouter.
3° Extraction complète des calculs.	3° Pas de nécessité de faire rester le malade au lit.
4° Aucune crainte d'en laisser.	4° Pas de crainte pour les inflammations consécutives à l'opération.
5° Application de l'opération à tous les âges et à tous les calculs.	

D'après ce tableau, on voit qu'il y a balance pour les avantages; mais il n'en est pas ainsi pour les inconvénients.

Inconvénients.

Taille.	*Lithotritie.*
1° Douleur.	1° Plusieurs séances, et des séances plus longues que pour la taille.
2° Danger pour l'hémorrhagie.	2° Douleur comme dans la taille.
3° Lésion du rectum à redouter.	3° Des séances sans résultat, ce qui n'arrive pas dans la taille.
4° Lésion des canaux éjaculateurs.	4° Pincement de la vessie.
5° Crainte des inflammations consécutives.	5° Inflammations consécutives.
6° Difficulté de l'extraction dans quelques cas.	6° Engagement de petits calculs dans la portion membraneuse de l'urètre.
7° Fistules vésico-périnéales.	7° Quelquefois opération consécutive.
	8° Crainte de laisser des fragments dans les lacunes qui peuvent exister dans la vessie.
	9° Fistules.
	10° Mauvaises conditions dans lesquelles on laisse les individus opérés, et qu'on est obligé de tailler plus tard.
	11° Impossibilité d'employer la lithotritie lorsque le calcul est trop gros ou enchatonné.
	12° Rupture de l'instrument.

En rapprochant toutes ces circonstances, nous sommes porté à croire, d'après notre pratique, qu'il faut admettre les conclusions suivantes:

1° La taille, pour les enfants, doit être la méthode générale.

2° La lithotritie ne doit être employée que dans les cas où le calcul pourra être broyé en une seule séance.

A l'appui de ces deux propositions, on peut consulter les chiffres suivants;

42 individus taillés. 34 guérisons. 8 morts; 4 des suites de l'opération, et 4 de maladies intercurrentes.

21 individus chez qui la lithotritie a été employée. 18 garçons, 3 filles. 12 guérisons. 6 morts; 2 de l'opération, 4 de maladies intercurrentes. 3 taillés consécutivement.

Il résulte qu'il y a eu en réalité, sur les 42 sujets opérés par la taille, 4 morts de l'opération; et sur les 21 opérés par la lithotritie, 2 morts des suites de l'opération. C'est là, nous le voyons, un très beau succès, et qui confirme les propositions que nous avons énoncées et les règles que nous avons posées.

De l'extraction des calculs de l'urètre. — Chez les enfants, les calculs ne s'engagent pas seulement après la lithotritie dans le canal de l'urètre; ils peuvent se former soit dans les reins et descendre peu à peu, soit même dans la vessie, et s'engager ensuite pour sortir du réservoir urinaire.

J'ai été à même d'observer cela chez huit sujets. Les enfants les portent plus ou moins longtemps. On ne peut jamais remonter à l'époque du début de l'affection, et ils se montrent quelquefois du jour au lendemain. J'ai vu deux cas dans lesquels, à la suite de coliques néphrétiques, un calcul fut constaté dans la vessie, et les coliques cessèrent aussitôt. Ils peuvent rester plus ou moins longtemps en forme de noyau dans la vessie, ou s'engager quelques jours après qu'ils y sont arrivés. Ils sont ordinairement peu volumineux, arrondis et lisses; cependant, j'en ai vu un qui était granuleux.

Voilà ce qui se passe; mais que doit faire le chirurgien? Il est appelé quand le calcul est engagé ou quand il ne l'est pas encore. Dans le premier cas, il faut patienter. Quelquefois, dans une demi-journée, le calcul chemine, arrive jusqu'au méat, et alors, avec une curette et en pratiquant un petit débridement, il n'y a pas grande difficulté à l'extraire.

C'est ainsi que je me suis conduit dans la plupart des cas que j'ai observés. D'autres fois, le calcul s'arrête à la partie membraneuse et ne va pas plus loin. Dans ce cas, ce serait trop difficile de l'écraser; on se sert de la curette articulée; et si le calcul est trop gros, on est obligé d'avoir recours à la boutonnière.

Quand le calcul n'est pas engagé, quelle est la conduite du chirurgien? Si le sujet a les symptômes de la pierre, on le sonde pour en constater l'existence; mais souvent on est obligé de sonder bien des fois sans les reconnaître. J'ai vu deux cas très curieux: dans l'un, nous avons été si longtemps à trouver le calcul, que j'étais disposé à croire à une affection nerveuse; dans l'autre, ce n'est qu'après neuf mois du séjour du sujet dans nos salles qu'un petit calcul s'est engagé. Ces deux faits prouvent qu'il ne faut pas se hâter d'opérer, soit par la taille, soit par la lithotritie, dans l'espoir de voir le calcul s'engager dans le canal; car on est toujours à même de pratiquer ces opérations.

Que doit faire le chirurgien dans toutes ces circonstances?

1° On peut attendre, si le calcul est petit et qu'il soit survenu après des coliques néphrétiques.

2° Si le calcul s'engage, on a l'expérience qu'il peut cheminer, et il ne faut pas se presser de l'extraire si le malade urine encore; mais s'il n'urine plus, il n'est pas prudent d'attendre.

3° Lorsque le malade n'urine plus, que le calcul est engagé, il faut tenter l'extraction.

Disons ce que nous employons et ce qui nous a réussi. Avec la sonde articulée de M. Le Roy-d'Etiolles, on amène le calcul jusqu'au méat urinaire; car il peut se placer dans la fosse naviculaire, et alors il ne faut pas hésiter à faire un petit débridement; ou bien il est petit et n'est pas dans cette fosse, et alors on l'extrait avec une petite curette en ivoire ou en fer. Enfin, dans les cas où l'extraction ne peut réussir avec la curette articulée, on est forcé d'avoir recours à la boutonnière. M.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Maladie de l'épaule; abcès dans la fosse sous-épineuse. Difficulté du diagnostic. — Fracture du radius. Signes. Traitement.

Au n° 9 de notre salle est un garçon atteint d'une maladie grave de l'épaule droite, dont le diagnostic offre quelque difficulté et dont l'histoire a besoin d'être racontée en détail. Chez cet homme l'épaule droite présente un gonflement considérable qui paraît dater de trois semaines; mais cependant nous ne pouvons pas en connaître exactement le commencement, parce qu'il est venu sans cause appréciable et sans aucune violence extérieure.

Un matin, à son réveil, le sujet a été pris d'une vive douleur au sommet de l'épaule, et de l'impossibilité de mouvoir le bras. Du gonflement s'est manifesté quelques jours après, a envahi peu à peu la partie postérieure de l'épaule, de manière à donner à celle-ci le volume qu'elle a aujourd'hui et qui est considérable. Il est singulier que le gonflement se soit ainsi manifesté sans la coïncidence d'une cause externe. Le malade avait bien porté quelques jours avant sur cette épaule un panier très lourd; mais il n'a pas l'air d'établir des relations entre ces deux faits.

Voici pourquoi il est important de trouver une cause à ce gonflement: c'est un jeune homme qui semble se bien porter; il est grand; il n'a pas d'engorgement glanduleux; il n'a pas de douleurs dans les membres; il ne tousse pas, et il ne souffre pas de la poitrine; en un mot, il n'a aucun signe de lésion organique. Cependant le gonflement dont il est affecté est énorme. Tout le deltoïde est soulevé, la région postérieure du scapulum est saillante et bombée; on ne distingue plus ni l'épine de l'omoplate, ni le bord du trapèze dans son inégalité, et tout cela semble se confondre.

Il y a dans ce cas bien des choses à examiner; car ces phénomènes peuvent appartenir à une foule de lésions. Ils peuvent être, en effet, le résultat d'une maladie de l'articulation scapulo-humérale, ou de l'acromion, ou de l'épine de l'omoplate, ou d'un point quelconque du scapulum. Ce gonflement peut aussi être le résultat d'une hydartrose ou d'une collection de pus ou de sang dans l'articulation, soit en dehors, soit en dedans de la jointure. Il peut se faire que la bourse muqueuse qui sépare la capsule articulaire de l'acromion soit malade, ou bien que le mal siége entre le deltoïde et la capsule, ou entre les muscles sous ou sus-épineux. D'un autre côté l'articulation acromio-claviculaire, le corps de la clavicule, le creux de l'aisselle, le tissu cellulaire situé entre les téguments et les muscles, peuvent donner lieu aux phénomènes qui existent. Voilà la difficulté de reconnaître le siége du mal; mais elle n'est pas moins grande quand on veut en reconnaître la nature. Est-ce une carie, une nécrose, ou une affection tuberculeuse? Y a-t-il du pus, du sang ou du sérum? Que faut-il choisir? Tels sont les signes que nous aurons beaucoup de peine à arriver à un diagnostic certain, parce que les éléments organiques dont nous avons parlé sont fort rapprochés les uns des autres. Ainsi il n'est pas aisé de reconnaître s'il existe ou non une collection, ou si le gonflement est le résultat d'une tumeur. En tenant compte cependant de la date de la maladie, des symptômes actuels qu'elle présente et de sa marche, on arrive vite à reconnaître qu'il s'agira d'une collection. Une douleur vive, la tension et ce gonflement des parties qui date de quinze jours, le soulèvement de la région postérieure de l'épaule, font d'abord penser à une collection; et puis, si l'on examine avec plus de soin, on ne tarde pas à constater leur fluctuation. C'est un grand pas de fait, c'est une collection. Il n'y a guère que le sang, le sérum et le pus qui peuvent la former, et alors il n'est plus si difficile de la reconnaître.

Il n'est pas probable que cette fluctuation soit déterminée par du sang épanché. Il n'y a pas eu de violence extérieure. Est-ce du sérum? Il pourrait y avoir une dartrose de l'articulation scapulo-humérale; mais les hydartroses ne se placent pas à la région postérieure, et ne déterminent pas de douleurs bien vives; elles n'offrent que les signes de l'inflammation aiguë. Cela nous ramène à penser que c'est une collection de pus. Je crois en effet qu'il s'agit d'un abcès; mais où est son siége?

On est souvent obligé, en clinique, de distinguer deux choses:

Le siége absolu d'une collection, et son point de départ.

Dans un abcès par congestion situé à l'aine, le point de départ, par exemple, peut être dans le ventre. Il en est de même pour l'épaule. Il se pourrait qu'un abcès appréciable à sa partie postérieure vînt d'une des saillies osseuses, si nombreuses en ce point, et en fît même encore partie. C'est ce que nous avons à rechercher, et ce qui offre le plus de difficultés. Aujourd'hui on trouve la fluctuation dans toute l'étendue de la fosse sous-épineuse. Il y a donc là une collection; mais cela veut-il dire que le mal siége dans cette partie? Nullement.

Le malade a commencé à souffrir au sommet de l'épaule, vers l'acromion; et peut-on admettre que cette douleur provînt d'une inflammation qui aurait son siége dans la fosse sous-épineuse? Non.

Quelle voie le pus a-t-il pu suivre pour arriver dans la fosse sous-épineuse? Il a pu venir de trois côtés. Supposons qu'un foyer existât dans la bourse muqueuse sous-acromiale? Il a pu y avoir éraillement du côté externe de cette capsule, et le pus fusait là où nous le trouvons. Le foyer a-t-il existé entre le deltoïde et la capsule, endroit où existent beaucoup de tissus cellulaires? Le pus a pu suivre cette couche et arriver dans la fosse sous-épineuse. S'est-il formé dans l'articulation? La capsule a pu s'érailler en dehors et le pus fuser de ce côté.

Que le pus soit arrivé de la face inférieure ou de la bourse muqueuse de l'acromion, qu'il soit venu de la couche cellulaire si abondante sous le deltoïde, ou de l'articulation elle-même, il faut éclaircir ce fait, et c'est là que se trouve toute la difficulté.

Si la maladie a débuté par l'acromion, pourquoi, dès l'abord des mouvements du bras, ont-ils été empêchés ou tout au moins très douloureux? La difficulté des mouvements du bras, qui n'existe pas lorsque l'acromion est malade, empêche de s'arrêter à cette idée. Il en est de même pour la supposition d'une maladie existant dans le tissu cellulaire sous-deltoïdien.

Vous direz alors pourquoi ne pas avouer de suite que le mal a son point de départ dans l'articulation? Le voici. Si la jointure est le siége primitif du mal, on ne sait pourquoi le gonflement ne se serait pas maintenu là dans le moignon. Or, ici il n'y a aucun gonflement en avant. D'un autre côté, comment admettre que la capsule a remis du pus à la fosse sous-épineuse, quand elle n'est pas même distendue? C'est très difficile pour se prononcer; car, en admettant une arthrite, il faut voir la distension de la capsule; en admettant une collection extra-articulaire, on ne voit pas pourquoi les mouvements du bras sont empêchés. Je m'arrête cependant à cette dernière hypothèse, parce que jusqu'à un certain point elle permet d'expliquer la difficulté des mouvements du bras; avec une inflammation de l'acromion, on comprend que ce sujet n'ait pas osé faire de mouvements. Cela fait tourner les probabilités de ce côté; mais je ne serais pas surpris qu'il y eût un point malade dans l'articulation. Nous ferons l'ouverture de cet abcès; nous constaterons ce qu'il pourrait y avoir de particulier, et dans une prochaine séance nous établirons ce qu'il pourrait y avoir aujourd'hui.

Fracture du radius. — La femme placée au n° 21 nous présente d'une manière tout à fait complète la déformation du poignet dont je vous ai si souvent parlé. C'est un Z formé par le radius en avant et le carpe en arrière, en même temps qu'existe une échancrure en avant et en arrière, échancrure limitée par une saillie en sens inverse, et les doigts sont fléchis. Tels sont les caractères de la fracture de l'extrémité inférieure du radius; il ne manque que le soulèvement des tendons des muscles radiaux que l'on a quelque peine à constater ici, quoiqu'il dût être ici considérable. C'est un cas, d'ailleurs, propre à vous montrer l'importance de ces caractères comme symptômes, car les signes physiques manquent, il n'y a que la mobilité; la crépitation n'existe pas, et si on avait absolument besoin de ce signe, on se tromperait très souvent.

J'ai voulu vous faire voir cette femme pour que vous conserviez la physionomie de son poignet; mais voici le squelette d'un avant-bras qui a souffert la même lésion sans que la réduction en ait été opérée, et qui justifie bien cette comparaison que l'on a faite en disant que le poignet, la main et l'avant-bras ressemblaient à une fourchette chez les individus affectés d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'avant-bras. Il serait très curieux de connaître toute l'histoire de l'avant-bras que je vous présente; il paraît évident que ses fonctions s'étaient rétablies pendant la vie après sa fracture, et cependant il était difficile qu'il existât plus de difformité après une fracture pareille.

Il en résulte que les fractures de l'extrémité inférieure du radius peuvent guérir sans qu'on les traite, et que les fonctions du membre peuvent se rétablir sans qu'il soit nécessaire de remédier au déplacement. Je tiens à bien faire comprendre cela, parce que cette doctrine aura beaucoup de peine à être admise, à savoir: qu'un poignet de travers n'apporte aucun dérangement aux fonctions, et c'est pour cette raison que j'ai besoin de le démontrer souvent.

Déjà en plusieurs occasions je vous ai fait connaître les raisons qui *à priori* peuvent le faire admettre, je profite aujourd'hui de cette pièce anatomique pour le faire constater par un fait: ici, rien qui empêche les mouvements du poignet; il est difforme, c'est vrai, mais les ligaments sont souples, et l'articulation ne présente aucune rugosité. Supposez qu'une fracture du fémur se consolide de manière à ce que l'os soit coudé, sans qu'il y ait raccourcissement notable, le malade ne s'apercevra de rien, l'œil ne découvrira rien si la rectitude normale du membre est conservée; et cependant là il y aura plus de désagrément à cause des muscles qui s'attachent sur le fémur, et il y aura gêne dans les fonctions; mais ici il n'y a rien de cela, il y a des tendons et non des muscles; que l'os soit droit ou tordu, les tendons vont toujours à leurs doigts, et même ils auront plus de force parce qu'ils seront réfléchis. Or si les tendons, non-seulement ne perdent pas de leur puissance, mais en acquièrent davantage, si les fonctions du poignet et des doigts ne sont point empêchées, qu'importe la difformité du poignet, attendu que, pour amener sa rectitude, il faut souvent user de moyens qui causent des accidents.

Les accidents qu'occasionnent les bandages et les divers moyens employés sont-ils de nature à compenser les accidents de la difformité?

Je n'hésite pas à répondre qu'il y a plus d'inconvénients à traiter qu'à ne pas traiter la difformité; notez bien que souvent elle n'est pas très marquée. Il en résulte, comme conclusion générale, qu'il faut s'en tenir à un simple traitement résolutif, si on n'a pas d'autre moyen de traitement que les bandages et les moyens compressifs ordinaires. En effet, ici il n'y a pas à craindre de déplacement secondaire, et ce que je vous montre là sur le cadavre, je l'ai vu tant de fois sur des vivants venus dans nos salles pour toute autre affection, que je n'hésite pas à avancer, je le répète, que la fracture de l'extrémité inférieure du radius, si facile à reconnaître à l'aide des signes que je vous ai fait constater, se consolide quand elle est abandonnée à elle-même, sans que les fonctions du membre soient plus tard altérées, et que ces fonctions du membre se rétablissent mieux que par un traitement soigneux. Il est bon d'essayer de remédier à la difformité si la compression n'est pas nécessaire; mais, si l'on est obligé de comprimer, c'est nuisible, car on amène une roideur et un empâtement de la jointure qui peuvent durer très longtemps.

A. Bernard.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 janvier 1849. — Présidence de M. Velpeau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— Le ministre des affaires étrangères envoie à l'Académie une caisse contenant une fève particulière venant de Panama et à l'aide de laquelle on guérit infailliblement la piqûre des animaux venimeux. Cette fève paraît avoir été employée avec succès contre les fièvres intermittentes. (MM. Chevallier, Mérat, Honoré, Duméril.)

M. Duméril mettra à la disposition de la commission des serpents venimeux pour faire des expériences.

— M. Couvreur, étudiant en médecine, adresse plusieurs appareils: un pour la fracture de la rotule, un spéculum de l'oreille, une fronde pour la fracture du maxillaire inférieur.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le chloroforme.

M. Roux, inscrit le premier pour cette séance, déclare ne pouvoir parler aujourd'hui.

M. J. Guérin prononce un discours qui ne dure pas moins d'une heure et que nous publierons dans un de nos prochains numéros d'après la communication de l'auteur.

M. Bérard. J'ai entendu avec beaucoup d'intérêt la communication fort importante de M. J. Guérin; je partage complétement la plupart de ses opinions; mais je prends la parole pour lui demander la permission de faire une légère observation. Je désirerais qu'il substituât au mot *asphyxie* le mot *empoisonnement*. Un animal respire librement dans une atmosphère composée de 21 d'oxygène et de 79 d'azote. Vous y ajoutez quelques bulles d'acide sulfhydrique, l'animal succombe; il n'est pas asphyxié, mais bien empoisonné. La même chose se passe pour le chloroforme; la seule différence qu'il y ait, c'est que le chloroforme est une substance d'une nature à part; il n'y aurait asphyxie véritable que dans le cas où l'atmosphère serait exclusivement composée de chloroforme. Dans tous les autres cas, il y aura empoisonnement; le chloroforme tue par quelque point qu'il pénètre dans l'économie dès qu'il est à dose suffisante.

M. J. Guérin. J'admets tout à fait la doctrine de M. Bérard. Mais je désire cependant conserver mon expression d'asphyxie, et voici pourquoi: c'est que l'on a dit que dans celle causée par le chloroforme, il y avait changement de la couleur du sang. Des faits que j'ai rapportés il résulte que c'est bien un empoisonnement. Mais j'ai établi une distinction. Il n'est pas indifférent d'employer l'un ou l'autre mot. Je conserve le mot empoisonnement pour les cas où la mort survient très rapidement, au bout d'une ou deux minutes par exemple, et lorsqu'il ne peut y avoir encore de changement dans la couleur du sang. J'applique le mot asphyxie aux cas où il y a mort après un temps plus long d'inhalation et lorsqu'il y a changement de couleur du sang. C'est ce que j'ai voulu spécifier en distinguant les asphyxies en *toxique* et *mécanique*.

M. Parchappe, correspondant de l'Académie, fait observer que l'on peut arriver à étudier et à déterminer une action générale indépendante du mode d'administration du chloroforme en l'employant de différentes manières, en inhalation, en ingestion par l'estomac, en injection dans le rectum, etc. Dans chaque expérience, il y a des effets particuliers; mais dans toutes il y a des effets toujours les mêmes, et que l'on peut ainsi parvenir à isoler des circonstances particulières de chaque cas. Quel que soit le mode d'administration, il est des phénomènes qui sont caractéristiques de l'action toxique de l'éther.

Pour M. Parchappe, il y a toujours trois périodes:

1° Les premiers accidents qui représentent l'état d'ivresse avec diminution de la sensibilité;

2° La période d'assoupissement avec perte complète de la sensibilité;

3° La période de stupeur avec imminence d'état asphyxique, et mort plus ou moins rapide.

Dans la première période, le sang ne change pas de couleur. Toutes les observations des chirurgiens ont prouvé qu'il en est ainsi.

Dans la deuxième, assoupissement avec perte de la sensibilité; le sang demeure encore vermeil.

Mais chez les animaux ou chez l'homme, à la troisième période, il se produit des phénomènes d'asphyxie, toxique si l'on veut, avec changement de couleur du sang.

Il a semblé à M. Parchappe, d'après ses propres expériences et les faits recueillis par tous les chirurgiens, que ces trois périodes existent sans aucun doute. Si ces faits sont bien acquis, il ne reste plus qu'à se rendre compte des circonstances qui peuvent déterminer le changement de couleur du sang.

Quelles sont les conditions qui peuvent amener ce résultat? Les expériences prouvent que, lorsque l'on a entretenu la respiration libre pendant les deux premières périodes, le sang est toujours resté vermeil. Quand il y a un changement dans sa coloration, il faut donc qu'il y ait eu des conditions particulières. C'est dans ces conditions qu'il faut chercher les phénomènes d'asphyxie qui se manifestent dans la troisième période, et la physiologie en rend parfaitement compte. M. Amussat a dit avec raison que, si l'on laisse rentrer l'air dans les poumons, la teinte sombre du sang disparaît aussitôt.

L'action toxique a une certaine durée; elle disparaît dès que les conditions qui la produisent ont cessé. Pour que le chloroforme et l'éther tuent, il suffit de les employer par une voie quelconque, à une dose suffisante, comme beaucoup de substances qui exercent une action spéciale sur le système nerveux.

Enfin il y a une action de contact qui peut être considérée comme une action irritante. Il est évident qu'il faut toujours tenir compte de la dose. Au delà d'une certaine dose on risque de dépasser le but que l'on cherche à atteindre, et qui est nécessaire dans les opérations.

Les expériences de M. J. Guérin, si elles sont confirmées, seront de nature à prouver que l'éther et le chloroforme peuvent exercer sur le système nerveux une influence analogue à celle de certaines substances toxiques. Suivant la dose de l'agent employé, le sang conserve sa couleur vermeille ou prend une teinte plus sombre.

La séance est levée à cinq heures un quart.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 27 décembre 1848. — Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. Deguise fils demande la parole à propos du procès-verbal.

Messieurs, j'ai le regret d'apprendre à la Société que l'homme auquel j'ai pratiqué la désarticulation de l'épaule a succombé. La gangrène s'est emparée du lambeau externe du moignon, des accidents d'infection purulente sont survenus qui ont emporté le malade le troisième jour. Je mets sous les yeux de la Société :

1° De nombreuses masses encéphaloïdes renfermées dans le poumon gauche.

Ces tumeurs n'étaient point enkystées, comme le démontre l'une d'entre elles que j'ai conservée avec la portion de poumon qui la recouvre; le tissu pulmonaire environnant n'est le siége d'aucune inflammation. Le poumon droit ne contenait qu'une seule tumeur située dans le lobe inférieur.

2° Une tumeur encéphaloïde du volume d'une noisette incrustée dans l'oreillette gauche, près de l'orifice auriculo-ventriculaire. Elle offre ceci de remarquable que par une de ses faces elle devait baigner dans le sang, puisque la membrane interne du cœur s'arrête à son pourtour.

3° Une veine du volume d'une grosse plume d'oie qui rampait sous la peau au-dessus du grand pectoral, et allait se jeter dans la jugulaire externe.

Cette veine, quand je fis l'autopsie, m'a paru renfermer, dans son intérieur, de la matière encéphaloïde; aujourd'hui que la pièce a macéré dans l'alcool, il est difficile de reconnaître le produit cancéreux.

— M. Vidal. Messieurs, je vous ai priés d'examiner un malade qui offre une destruction de toute la partie scrotale et antiscrotale de l'urètre, d'une partie des corps caverneux et du prépuce. Vous avez pu vous assurer que ce qui reste de la verge est très court, déformé et dévié à droite.

En 1840, cet homme eut un chancre non induré; il survint un bubon consécutif, mais qui ne suppura pas. Les désordres apparents datent de dix-huit mois; les premiers symptômes se sont développés à droite; la portion scrotale de l'urètre a d'abord été attaqué, puis la portion antiscrotale. Je ne pense pas, Messieurs, qu'il y ait là un cancer, ou bien un effet d'une syphilis constitutionnelle, un accident tertiaire, par exemple; j'estimerais plutôt cette affection constituée par une ulcération serpigineuse analogue à celle du lupus. J'ai essayé l'iodure de potassium comme pierre de touche; il ne m'a point éclairé. Ce sujet est évidemment scrophuleux. Faut-il tenter une opération pour faciliter l'émission des urines? En quoi consistera cette opération ?

— M. Chassaignac. Je soumets à la Société un fait qui me paraît devoir mériter quelque intérêt. Il s'agit d'un homme affecté d'une hernie intra et extra-pariétale à la région inguinale gauche. La partie la plus renflée de la tumeur, au lieu de correspondre en bas, était au contraire en haut; c'était une espèce de gros clou dont la pointe répondait au testicule. En palpant la tumeur, je la sentais craquer comme si elle eût été formée par de l'intestin; je crus pouvoir la réduire, mais je fus trompé dans mon attente, et je pratiquai l'opération deux heures après.

Le sac herniaire était très épais; à l'incision il s'en écoula une grande quantité de liquide, et je fus fort surpris de voir les lèvres du sac rester béantes. La tumeur était formée par un entéro-épiplocèle. Une bride épiploïque s'attachait à l'un des points du sac, elle fut excisée; puis je débridai le collet du sac. Mais ce fut en vain que je voulus attirer l'intestin, et quand je portai le doigt au-dessus du point où j'avais débridé, je sentis comme un second étranglement qu'il me fallut débrider encore. Cette fois il me fut facile d'attirer l'intestin, que je trouvai très congestionné, et j'opérai la réduction.

M. Lenoir. Il y a quinze jours, j'ai pratiqué la même opération sur un homme âgé de trente-quatre ans et tellement indocile que je me trouvai dans la nécessité de l'éthériser malgré lui.

La tumeur était congéniale, irréductible depuis longtemps; elle s'était étranglée il y avait quatre jours; elle descendait jusqu'au fond des bourses. Je fis une incision depuis l'anneau jusqu'au bas du scrotum, et, après avoir ouvert le sac, j'aperçus une grande quantité d'épiploon adhérant à la fois avec le sac et une portion d'intestin située au-dessus et en arrière. L'adhérence de l'épiploon était tellement complète autour de l'anneau qu'il me fallut, après avoir attiré la masse herniée, inciser couche par couche au-devant du collet, ce collet lui-même et une partie de l'épiploon. Ce ne fut qu'après que la réduction de l'intestin fut possible. L'épiploon fut excisé dans une étendue pareille à celle des deux mains réunies. Le malade a guéri, malgré les adhérences qui ont été forcément conservées autour de l'anneau.

M. Michon. Je demanderai à M. Chassaignac s'il a trouvé la trace circulaire et blanchâtre de l'intestin au niveau du point où il a supposé son second étranglement? Quant à moi, j'ai toujours vu dans la hernie congéniale l'étranglement occuper l'orifice supérieur du canal, et je suis porté à penser que la cavité signalée par M. Chassaignac au-dessus du collet du sac peut très bien n'être pas due à un double étranglement.

M. Chassaignac répond que le degré de constriction de l'intestin était très fort dans les deux points où il a débridé, et, quoiqu'il ne puisse affirmer que l'intestin ait présenté ce sillon blanchâtre et circulaire dont parle M. Michon, il ne doute pas qu'il y ait eu là deux étranglements.

M. Morel-Lavallée. Il s'est présenté dans le service dont je suis chargé à l'hôpital de la Charité un homme offrant tous les signes d'une hernie inguinale étranglée. L'interne de garde, après quelques essais de taxis, réduisit la hernie.

Le lendemain, le malade accusait des douleurs très vives au niveau de l'aine. Il était évident que l'étranglement persistait. Je voulus m'éclairer de la grande expérience de M. le professeur Velpeau; il fut d'avis d'opérer. L'incision fut pratiquée comme de coutume; la hernie était formée d'épiploon et d'intestin; la constriction était peu sensible; après le débridement, la réduction fut facile.

Le lendemain encore, les symptômes d'étranglement continuent. Le malade meurt.

A l'autopsie, je trouvai une portion de l'intestin, voisine de celui qui avait été réduit, malade, étranglée et refoulée sous le péritoine décollé jusqu'au-devant du psoas iliaque.

M. Vidal (de Cassis). Je ferai remarquer que les hernies observées par MM. Chassaignac et Morel-Lavallée n'ont rien d'extraordinaire et que chacun des membres de la Société pourrait en citer de semblables.

M. Morel-Lavallée. Le fait que j'ai signalé a néanmoins paru fort curieux à M. Velpeau, et je ne vois pas, en admettant même qu'il n'ait rien d'insolite, ce qui pourrait l'empêcher d'intéresser la Société. Tous les jours nous rapportons ou nous écoutons avec intérêt des faits qui n'ont rien de nouveau.

M. Vidal (de Cassis). Je ne refuse pas à M. Morel-Lavallée l'intérêt qu'il donne à sa communication; mais je crois qu'il est bon, lorsqu'on expose des faits semblables, de rappeler que ces faits sont classiques et connus depuis longtemps.

M. Maisonneuve. Je n'admets point le rétrécissement de l'orifice supérieur du canal inguinal, mais seulement le rétrécissement du sac; par conséquent, en tirant sur le sac, on peut amener le point rétréci et l'inciser sans toucher à la paroi antérieure du canal inguinal.

M. Michon. Lorsque tout à l'heure je posais en principe que dans la hernie congénitale l'étranglement avait lieu à l'orifice supérieur du canal inguinal, je n'ai pas décidé si c'était le canal ou le sac qui était rétréci. Je ne pense pas qu'il soit aussi facile, comme le prétend M. Maisonneuve, de tirer sur le collet du sac et de l'amener à l'extérieur; je regarde comme beaucoup plus certain d'inciser la paroi antérieure du canal.

— M. Huguier. Messieurs, j'ai à vous entretenir de deux faits curieux : dans le premier, il s'agit d'un homme qui reçut un coup de couteau dans la partie gauche de l'hypogastre. La plaie, pénétrante, avait un centimètre et demi d'étendue; elle donnait passage à une portion d'épiploon du volume d'une noix. Un médecin avait été appelé, et, malgré tous ses efforts, l'épiploon n'avait pu être réduit. Je me servis d'une sonde de femme pour tenter la réduction, que j'opérai avec une extrême lenteur. Néanmoins, m'étant aperçu que l'intestin, au lieu de rentrer dans la cavité abdominale, se trouvait simplement refoulé sous la peau dans le tissu adipeux, je me décidai à agrandir la plaie faite à la peau dans une étendue de deux pouces et demi, et j'opérai le débridement et la rentrée de l'intestin. Le malade a parfaitement guéri.

Le second fait a trait à une hernie sortie depuis huit jours et étranglée depuis la veille. Le taxis ayant été inutile, l'opération fut pratiquée avec l'aide du chloroforme. L'opération fut très simple. Le sac, parfaitement transparent, renfermait une sérosité légèrement colorée en rouge. Cette coloration n'a donc nullement gêné la transparence du sac, comme on l'a prétendu. Ce fait vient donc encore à l'appui de ceux dont j'ai déjà entretenu la Société.

M. Robert. Le premier fait de M. Huguier n'est pas sans analogue dans la science : je me rappelle, étant interne à l'Hôtel-Dieu, avoir vu un cas exactement semblable avec MM. Fouilloux et Dubled. Dupuytren, dans le service duquel se trouvait le malade, ne put opérer la réduction de l'intestin qu'en pratiquant un large débridement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Nomination des médecins des nosocomes, des bureaux de charité et des hôpitaux.

Monsieur le rédacteur,

En attendant que je fasse connaître l'organisation des *nosocome*, que vous me demandez dans votre feuilleton du 2 décembre dernier, j'ai l'honneur de vous adresser celle des bureaux de charité et des hôpitaux, qui m'a été demandée, telle que je la comprends, et avec laquelle celle des nosocomes aura beaucoup d'analogie.

J'aurais désiré, dans l'analyse que vous avez faite de mon petit travail à ce sujet, et qui a évidemment pour but de consulter l'opinion des médecins, que vous fissiez ressortir le nombre des médecins qui y trouveraient un emploi et l'honorabilité qui en résulterait pour notre profession.

Je rappellerai aussi que je soumets la nomination des médecins des *nosocomes* à l'élection, pour nous débarrasser du concours, qui, hélas! a trompé tant d'espérances, et éviter la nomination directe, si favorable à l'intrigue et à la souplesse.

Enfin, je ferai remarquer que je ne prétends point remplacer les bureaux de charité actuels par les *nosocomes*, mais seulement qu'ils soient réservés pour les secours à domicile et en nature, laissant le service médical aux soins de l'institution que je propose, et qui, je dois le dire en terminant, est unanimement accueillie et reconnue utile pour une portion de la société pour laquelle il n'existe rien lorsqu'elle est malade. Vous n'oublierez pas, monsieur le rédacteur, que c'est pour la population ni riche, ni pauvre, que les *nosocomes* sont proposés, et que les malades y payeront une légère rétribution, pour en éloigner l'idée dégradante de l'aumône, ce qui les fera évidemment rechercher par les nombreuses sociétés mutuelles qu'il y a dans Paris.

Voici la nomination des médecins des bureaux de charité et des hôpitaux ainsi que je l'ai proposée :

A partir du I[er] janvier 1849, les médecins des bureaux de charité de Paris seront nommés à l'élection. A cet effet, il sera formé une liste de tous les médecins de Paris par arrondissements.

Tous les médecins seront *électeurs* dans leur circonscription.

Pour être éligible, il faudra avoir 36 ans d'âge, 6 ans de pratique médicale, 4 ans d'habitation dans l'arrondissement, et autant que possible dans la circonscription de la subdivision de charité.

Le candidat sera nommé à la moitié des suffrages plus *un*.

Il en sera nommé un tiers en sus du nombre nécessaire au service.

Le préfet réduira la liste au chiffre voulu, et la nomination sera approuvée par le ministre.

L'élection des médecins de charité est pour 5 ans; ils pourront être réélus dans les mêmes conditions, de la même manière. A 65 ans, le médecin cessera d'être *éligible*, mais il sera toujours *électeur*.

Nul médecin de charité ne pourra être révoqué sans avis des électeurs, sans l'approbation du préfet, la décision du ministre, et l'accusé sera toujours entendu.

Les médecins de charité ne seront pas payés, attendu que par leurs services ils se créent un droit pour être médecins des hôpitaux.

La nomination des médecins, chirurgiens, pharmaciens des hôpitaux pourrait avoir lieu à peu près de la même manière, avec cette différence que chacun des douze arrondissements de Paris fournirait *un* candidat pour chaque place de médecin vacante dans les hôpitaux.

Le concours ne serait conservé qu'au point de vue pratique; il n'existerait que pour les *douze* candidats. Il se bornerait à l'examen d'un malade tiré au sort; le candidat ferait une leçon sur l'affection de ce malade, et serait argumenté par ses compétiteurs.

Les juges du concours, au nombre de cinq, seront pris parmi les médecins des hôpitaux; le jury présentera une liste de cinq au préfet, qui la réduira à trois, et le ministre désignera l'élu.

Dans les différents degrés de cette nomination, il sera tenu compte des ouvrages publiés par les candidats, des services qu'ils auront faits dans les bureaux de bienfaisance, et ces deux circonstances seront un titre de préférence sur les autres, c'est-à-dire que ceux qui pourront les fournir seront placés les premiers sur la liste, à mérite égal, bien entendu.

Pour être élu dans les hôpitaux, il faut avoir quarante ans d'âge et huit ans de pratique médicale; habiter Paris, n'importe dans quelle circonscription, depuis au moins quatre ans.

La nomination des médecins dans les hôpitaux est pour dix ans; ils pourront être réélus indéfiniment, de la même manière que la première fois.

Nul médecin des hôpitaux ne pourra être révoqué sans que les autres médecins des hôpitaux soient consultés à la majorité des suffrages, sans l'approbation du préfet, l'adhésion du ministre, et l'accusé sera toujours entendu.

Les médecins des hôpitaux seront tous également rétribués; à la fin de leur exercice, ils pourront avoir une retraite, et s'ils sont élus deux fois, ils y auront droit.

Même chose pour les chirurgiens; seulement, ceux-ci subiront une épreuve de plus que les médecins. Ils pratiqueront une opération sur le cadavre, et feront une leçon sur une des maladies qui rendent ordinairement nécessaires les opérations.

Le candidat sera, dans les deux cas, argumenté par ses compétiteurs.

Même rétribution et même droit à la retraite que les médecins.

De cette manière, le Bureau central des hôpitaux restera ce qu'il est aujourd'hui, une arène pour les jeunes gens instruits, un moyen d'essayer leur force, de faire préjuger de leur avenir ; mais ils seront destinés à juger des malades qui doivent être reçus dans les hôpitaux, et à faire le service par *interim* toutes les fois que le titulaire sera absent ou malade. A la fin de leur temps au Bureau central, ils interviendront pour un tiers dans la nomination des médecins des hôpitaux, et sans nouvelles épreuves ni concours.

Même chose pour les pharmaciens : même âge, même durée de fonctions, même mode de nomination, mêmes conditions de révocation que pour les médecins ; seulement, au lieu de douze candidats, il n'en sera admis que six pris parmi les pharmaciens qui voudront abandonner leur officine de la ville pour habiter l'hôpital où la place est vacante. Ils seront présentés par tous les pharmaciens de Paris, après un concours devant cinq pharmaciens des hôpitaux nommés par leurs collègues ; après deux épreuves, une sur les préparations et les manipulations pharmaceutiques, une sur la chimie, et une leçon sur chaque sujet, suivies chacune de l'argumentation de cinq autres compétiteurs.

Même traitement que celui d'aujourd'hui, mêmes droits à la retraite que les médecins et les chirurgiens.

TANCHOU.

Revue thérapeutique.

Emploi du sucre comme anti-aphrodisiaque ; par M. César PROVENÇAL, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Montpellier.

Le sucre à haute dose, sous le point de vue hygiénique, est, d'après mon expérience, le remède le plus héroïque que l'on puisse conseiller comme anti-aphrodisiaque. Le camphre, par ses effets prompts, instantanés, a, jusqu'à ce jour, occupé le premier rang, et c'est avec juste raison qu'il a été considéré comme l'antidote de la cantharide, qui est le remède aphrodisiaque par excellence.

L'expérience m'a prouvé que le sucre à haute dose est un aliment et un médicament vraiment héroïques et bien supérieurs au camphre, puisqu'il réunit la double propriété de paralyser, comme médicament, l'ardeur vénérienne, et de réparer, comme aliment, ces fâcheux effets.

La dose de sucre est de 1 livre, ou 500 grammes, par jour pour un litre d'eau, de lait ou de vin pris aux heures des repas ; dans le cas de masturbation, de perte séminale ; je le fais prendre dans du vin, ainsi que dans tous les cas de faiblesse, attendu qu'il faut réparer les forces, et que l'eau et le lait seraient insuffisants? Dans le cas d'irritabilité générale, comme cela s'observe chez les divers membres des corporations religieuses, et dans le cas de priapisme, je donne l'eau sucrée froide ; dans le cas enfin d'excitation ou d'irritation des organes sexuels compliqués d'irritation de poitrine, c'est le lait sucré ou la tisane d'orge tiède, si on ne peut digérer le lait par suite des aigreurs qu'il fait naître.

FORMULES DE M. THELU, DE DUNKERQUE.

Extrait hydro-alcoolique de spigélie de Maryland.

Spigelie de Maryland, 500 grammes.

Traitez à plusieurs reprises, dans l'appareil à déplacement, par l'alcool à 22 degrés ; filtrez les liqueurs, distillez pour obtenir une partie de l'alcool employé, et évaporez au bain-marie en consistance d'extrait mou. Cette quantité de spigélie m'a donné 80 grammes d'extrait parfaitement soluble dans l'eau. Dose de 0,50 à 2 grammes.

Sirop de spigélie.

Extrait hydro-alcoolique de spigélie,	16 grammes.
Sirop simple,	500 —

Faites dissoudre l'extrait dans quantité suffisante d'eau et ajoutez au sirop bouillant. Dose de 15 à 60 grammes.

Chocolat à la spigélie.

Extrait hydro-alcoolique de spigélie,	16 grammes.
Chocolat à la vanille,	500 —

Mêlez sur la pierre à chocolat et divisez en tablettes de 60 grammes. Dose de 15 à 60 grammes.

Dans cette préparation, il est utile de faire évaporer l'extrait à une consistance plus forte.

Electuaire vermifuge du docteur Dutoit.

Extrait hydro-alcoolique de spigélie,	1 gramme.
Calomel,	20 centigr.
Semen-contra pulv.,	4 grammes.
Sirop d'absinthe,	9 —

pour faire un électuaire à faire prendre en une fois à un enfant de dix ans.

Nouvelles du choléra.

Nous trouvons dans les divers journaux de l'arrondissement du Havre des détails fort rassurants sur les craintes qu'on avait conçues de l'invasion du choléra.

Voici ce que dit le *Journal de Fécamp :*

L'épidémie qui règne à Yport, et qui a tous les symptômes du choléra, a fait irruption dans notre localité, où elle sévit en ce moment.

Depuis notre dernier bulletin, il s'est déclaré à Yport cinq nouveaux cas ; on a constaté trois décès. Le nombre des malades en traitement est aujourd'hui de douze.

A Fécamp, le nombre des personnes atteintes depuis le 31 décembre est de quatorze ; on compte sept décès, dont trois hier.

Le mal ne frappe que les malheureux affaiblis par les privations et ceux qui font un usage immodéré des liqueurs fortes.

Les communes environnantes ont été jusqu'alors préservées de toute atteinte.

— Journée du 14 (26) décembre : 7 nouveaux malades, 4 guérisons et 1 décès à domicile. — Journée du 15 (27) : 10 nouveaux malades, 6 guérisons et 6 décès (dont 3 à domicile).

(*Gazette de Saint-Pétersbourg*).

— Relevé de la marche du choléra dans le royaume de Pologne depuis son apparition jusqu'au 6 (18) décembre :

	Malades.	Guérisons.	Décès.
A Varsovie,	4,086	2,443	1,623
Dans le gouvernement de Varsovie (non compris la capitale),	11,804	5,547	6,145
— de Lublin,	15,555	8,623	6,627
— de Radom,	4,607	1,920	2,380
— de Plock,	7,316	3,233	4,010
— » Augustow,	8,046	5,217	2,775
	51,214	26,985	23,560

(*Gaz. officielle du royaume de Pologne.*)

— Il y a encore eu à Moscou un cas de choléra dans chacune des journées des 29 novembre, 3, 4 et 5 décembre, et un décès dans celles des 1[er] et 5 décembre. Les 30 novembre et 2 décembre, ni malades, ni décès ; et en tout, du 29 novembre au 5 (17) décembre, 4 malade et 2 décès. — Dans le gouvernement de Tamboff, l'épidémie a cessé depuis le 18 (30) novembre. — Du 23 au 30 novembre, le gouvernement d'Orenbourg a eu 213 malades et 84 décès. — Du 18 au 25 novembre, il n'y a pas eu de nouveaux malades dans le territoire des cosaques d'Orenbourg, et l'épidémie a disparu de l'arrondissement du 5[e] régiment, ainsi que des districts de Bourgourouslan et de Bélébéi.

Il y a eu, du 6 au 20 novembre, dans le gouvernement de Perm, 20 malades et 5 décès ;

Du 2 au 21 novembre, dans le district de Sarapoul, du gouvernement de Viatka, 2 malades et 1 décès ;

Du 16 au 23, dans le gouvernement de Casan, 25 malades et 19 décès ;

Du 24 au 21, dans le gouvernement d'Arkhangel, 95 malades et 44 décès.

L'épidémie ne se maintient plus que dans les districts de Kémi et de Kola, principalement dans ce dernier.

Du 4 au 11 décembre, Saint-Pétersbourg a eu 37 malades et 14 décès.

Du 15 novembre au 1[er] décembre, les districts du gouvernement de Saint-Pétersbourg, 29 malades, 12 décès.

Du 25 novembre au 3 décembre, on n'a signalé ni malades, ni décès nouveaux à Cronstadt.

Il y a eu, du 15 au 22 novembre, dans le gouvernement de Kourk, 24 malades et 10 décès ;

Du 13 au 27 novembre, dans le gouvernement de Tchernigoff, 273 malades et 119 décès ;

Du 22 novembre au 2 décembre, dans le gouvernement de Mohileff, 1 malade et 11 décès ;

Du 20 au 28 novembre, dans le gouvernement de Livonie, 45 malades et 14 décès ;

Du 19 novembre au 3 décembre, dans le gouvernement de Courlande, 102 malades et 45 décès.

La ville de Mitau, chef-lieu de ce gouvernement, est délivrée de l'épidémie depuis le 12 novembre.

Le gouvernement de Tauride a eu 18 malades et 5 décès, du 8 au 15 novembre.

L'épidémie s'est remontrée dans la quarantaine d'Odessa ; d'abord, le 30 octobre, un matelot est tombé malade et décédé à bord d'un navire anglais arrivant de Constantinople ; puis la maladie a paru, le 11 novembre, dans la quarantaine même, où il y a eu 8 malades et 6 décès jusqu'au 19.

Le district de Khotin, de la province de Bessarabie, a compté 6 malades et autant de décès du 21 octobre au 4 novembre.

Il y a eu du 20 au 27 novembre, dans le gouvernement de Podolie, 7 malades et 9 décès.

Du 16 au 20 novembre, à Jitomir, 2 malades et 9 décès.

Dans les districts du gouvernement de Wolhynie, 175 malades, 22 décès.

Du 15 au 22 novembre, dans le gouvernement de Minsk, 129 malades, 61 décès.

Du 15 au 24 novembre, dans le gouvernement de Kovno, 159 malades, 39 décès.

On n'a pas reçu de nouvelles plus récentes des gouvernements d'Astrakhan, de Tobolsk, de Toula, d'Estonie, de Smolensk, de Kharkoff, de Witebsk, de Kieff, de Wilna, de Grodno ; mais, d'après les derniers rapports des trois premiers de ces gouvernements, qui dataient du mois d'octobre, il ne s'y trouvait plus de malades ; de sorte que l'on peut les considérer comme définitivement délivrés de l'épidémie. (12—24 décembre).

(*Journal de Saint-Pétersbourg.*)

— On écrit de Lemberg (Gallicie), le 31 décembre :

« Le choléra vient de disparaître entièrement de la Gallicie. Cette maladie y a frappé en tout 43,656 individus, dont 17,752 sont morts. »

— Des lettres de New-York nous apprennent que le choléra avait éclaté dans cette ville, et que l'on craignait que le fléau ne fît des progrès. Un navire de Brême l'avait apporté à la Nouvelle-Orléans. Vingt passagers avaient péri dans le trajet. On disait que le choléra avait aussi paru à Washington.

— M. le docteur Bodinier, de New-York, écrit au *Courrier des Etats-Unis* :

« ... En somme, il y a eu jusqu'à présent une cinquante de cas de choléra à l'hôpital de la Quarantaine. C'est bien le choléra asiatique qui y règne ; j'en ai vu plusieurs types parmi les personnes qui sont encore malades. Mais ce qui doit tendre à rassurer le public, c'est que le traitement employé sur les individus qui ont pu être pris à temps a réussi à les sauver presque tous, malgré l'état d'affaiblissement dans lequel se trouvent ces pauvres émigrants, après un long voyage en mer, où ils ont été entassés dans un entrepont et soumis à toutes les influences possibles qui sont propres à favoriser le développement et la malignité du choléra. »

NOUVELLES.

— Le projet de loi tendant à réorganiser l'administration de l'assistance publique dans la ville de Paris est à l'ordre du jour de l'assemblée nationale. Nous croyons devoir extraire du rapport de M. Frichon les renseignements suivants sur les hôpitaux et la statistique des indigents de Paris.

En moyenne, il y a à Paris un indigent sur douze habitants trente deux centièmes. (Compte-rendu de l'administration du département de la Seine et de la ville de Paris, 1836.)

Sur 24,000 décès, 9,000 ont lieu à l'hospice. (Compte-rendu de M. Rambuteau, 1836.)

Il est à noter que, d'après les relevés des statistiques officielles, en moyenne plus de la moitié des chefs de ménage indigents sont nés hors du département de la Seine ou à l'étranger.

L'administration des établissements hospitaliers et des secours à domicile de Paris est régie par des règlements spéciaux ; ce service, en recettes et en dépenses, ne comporte pas moins de 15 à 16 millions, et embrasse un personnel de plus de 2,500 employés salariés.

Il y a à Paris quinze hôpitaux comprenant ensemble 7,174 lits, et recevant par an 90,000 malades ; quatre grands hospices et sept maisons de retraite pour 8,000 vieillards et infirmes des deux sexes ; plus de 100,000 personnes à secourir à domicile ; 25,000 enfants abandonnés.

Les hôpitaux se subdivisent en hôpitaux généraux et en hôpitaux spéciaux.

Dans les premiers, on traite en général les maladies aiguës, les blessures, etc.

Dans les seconds, on s'occupe des maladies qui ont un caractère particulier et qui réclament un traitement spécial.

Les hôpitaux généraux sont au nombre de neuf, les hôpitaux spéciaux sont au nombre de six.

Hôpitaux généraux.	Nombre des lits.
Hôtel-Dieu, parvis Notre-Dame,	810
Sainte-Marguerite, rue de Charenton, 91.	300
La Pitié, rue Copeau, 1.	621
La Charité, rue Jacob, 17.	494
Saint-Antoine, rue du Faubourg-Saint-Antoine, 206.	320
Necker, rue de Sèvres, 155.	329
Cochin, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 45.	125
Beaujon, rue du Faubourg-du-Roule, 54.	438
Bon-Secours, rue de Charonne, 97.	325
De la République, clos Saint-Lazare.	600
Hôpitaux spéciaux.	
Saint-Louis, rue des Récollets, 2.	825
Du Midi, Champs-des-Capucins, faubourg Saint-Jacques.	300
De l'Oursine, rue de l'Oursine, 95.	300
Des Enfants-Trouvés, rue de Sèvres, 149.	600
Maison d'accouchement, rue du Port-Royal, 3.	514
Maison des Cliniques, place de l'Ecole-de-Médecine.	120
Maison de Santé, rue du Faubourg-Saint-Denis.	150
Total :	7,174

— On lit dans le *Times* que, dans le courant de l'année, il a été enterré treize mille personnes dans l'enceinte même de Londres ; ce journal s'élève avec force contre cet usage dangereux pour la santé des habitants de la capitale. Sir Benjamin Brodier, dans son enquête devant la commission parlementaire, a déclaré que le gaz émané des corps en putréfaction est surtout du gaz hydrogène sulfuré, gaz si nuisible que le mélange d'une partie de ce gaz avec 500 parties d'air atmosphérique est à l'instant fatal. De plus, d'après les calculs de M. George Walker, il faudrait pour les morts 444 acres de terrain, tandis qu'il n'y en a que 209 disponibles.

Anatomie clastique. — M. le docteur Auzoux commencera le dimanche 14 janvier, à 1 heure, rue de l'Observance, 2, son cours d'anatomie humaine et comparée ; ce cours sera continué les dimanches suivants à la même heure.

Les jeudis à la même heure :

1° Conférences sur la leçon du dimanche ;

2° Expériences chimiques et physiologiques ;

3° Applications hygiéniques.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 13 JANVIER 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 5.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine! LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne À PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 12 JANVIER 1849.

Adoption du projet de loi sur l'assistance publique dans la ville de Paris.

Le projet de loi sur l'assistance publique dans la ville de Paris vient d'être voté par l'Assemblée nationale, tel qu'il avait été préparé par la commission de l'Hôtel-de-Ville, à quelques modifications insignifiantes près, c'est-à-dire, tel que l'avait conçu notre confrère M. Voillemier.

Ce projet consacre déjà, au point de vue administratif, de notables améliorations ; mais serait encore bien imparfait, au point de vue de la distribution des secours, sans les dispositions réglementaires qui doivent le suivre. Nous nous bornerons donc pour aujourd'hui à reproduire le texte de la loi, en nous réservant de présenter, dans notre prochain numéro, nos réflexions et sur la loi elle-même et sur le règlement administratif qui doit la compléter.

ART. 1er L'administration générale de l'assistance publique, à Paris, comprend le service des secours à domicile et le service des hôpitaux et hospices civils.

Cette administration est placée sous l'autorité du préfet de la Seine et du ministre de l'intérieur ; elle est confiée à un directeur responsable, sous la surveillance d'un conseil dont les attributions sont ci-après déterminées.

ART. 2. Le directeur est nommé par le ministre de l'intérieur sur la proposition du préfet de la Seine.

ART. 3. Le directeur exerce son autorité sur les services intérieurs et extérieurs.

Il prépare les budgets, ordonnance toutes les dépenses et présente le compte de son administration.

Il représente les établissements hospitaliers et de secours à domicile, en justice, soit en demandant, soit en défendant.

Il a la tutelle des enfants trouvés, abandonnés et orphelins; il a aussi celle des aliénés.

ART. 4. Les comptes de budgets sont examinés, réglés et approuvés conformément aux dispositions de la loi du 18 mai 1837 sur les attributions municipales.

ART. 5. Le conseil de surveillance est appelé à donner son avis sur les objets ci-après énoncés :

1° Les budgets, les comptes et en général toutes les recettes et dépenses des établissements hospitaliers et de secours à domicile;

2° Les acquisitions, échanges, ventes de propriétés et tout ce qui intéresse leur conservation et leur amélioration;

3° Les conditions des baux à fermes ou à loyer des biens affermés ou loués par ces établissements ou pour leur compte;

4° Les projets de travaux neufs, de grosses réparations ou de démolitions;

5° Les cahiers des charges des adjudications et l'exécution des conditions qui y sont insérées;

6° L'acceptation ou la répudiation des dons et legs faits aux établissements hospitaliers et de secours à domicile;

7° Les placements de fonds et les emprunts;

8° Les actions judiciaires et les transactions;

9° La comptabilité tant en deniers qu'en matières;

10° Les règlements de service intérieur des établissements et du service de santé, et l'observation desdits règlements;

11° Toutes les questions de discipline concernant les médecins, chirurgiens et pharmaciens;

12° Toutes les communications qui lui seraient faites par l'autorité supérieure et par le directeur.

Les membres du conseil de surveillance visiteront les établissements hospitaliers et de secours à domicile aussi souvent que le conseil le jugera nécessaire.

ART. 6. Les médecins, chirurgiens et pharmaciens des hôpitaux et hospices sont nommés au concours. Leur nomination est soumise à l'approbation du ministre de l'intérieur. Ils ne peuvent être révoqués que par le même ministre sur l'avis du conseil de surveillance et sur la proposition du préfet de la Seine.

ART. 7. Les médecins et chirurgiens attachés au service des secours à domicile sont également nommés au concours ou par l'élection de leurs confrères. Ils sont institués par le ministre de l'intérieur. Ils peuvent être révoqués par le même fonctionnaire sur l'avis du conseil de surveillance.

ART. 8. Un règlement d'administration publique déterminera la composition du conseil de surveillance de l'administration générale et l'organisation de l'assistance à domicile.

ART. 9. Les dispositions de lois antérieures sont abrogées en ce qu'elles auraient de contraire à la présente loi.

Interpellations relatives à la destitution de M. Bouillaud.

En allant écouter ces interpellations, annoncées depuis plusieurs jours, nous avions pensé qu'elles porteraient sur le procédé un peu étrange qu'on paraît avoir mis en usage pour destituer M. Bouillaud, et nous nous réservions d'apprécier ce procédé avec notre indépendance ordinaire, qui dans tous les temps, en république comme en monarchie, nous a placé au-dessus des hommes et au niveau des principes. Il en a été tout autrement : notre honorable confrère M. Laussedat n'a eu d'autre but, dans tout son discours, que de mettre en suspicion la probité d'un homme en déclarant que l'ancien doyen avait laissé *à la charge de l'Etat* une somme de 50,000 fr., ce qui signifie en bon français que ces 50,000 fr. auraient été employés à tout autre chose qu'au profit de l'Etat. Nos lecteurs savent déjà que, pour l'honneur de la Faculté et de notre profession, rien de semblable n'existe. Trois enquêtes successives, faites par des hommes au-dessus de tout soupçon malveillant, ont démontré que si M. Orfila avait eu le tort (tort très grave assurément au point de vue bureaucratique et financier) de dépenser d'une manière irrégulière les fonds qui lui étaient alloués, tous ces fonds avaient néanmoins été employés intégralement au profit de l'État, et employés même avec une telle intelligence que l'Etat a été mis en possession, pour 60,000 fr., d'un musée qui vaut beaucoup plus du double.

Que devait faire le ministre en présence de pareils faits? Exactement ce qu'il a fait : blâmer M. Orfila de sa gestion, au nom de l'administration financière, et le remercier, au nom de la science, de son zèle, de son intelligence, de son dévouement aux véritables intérêts de l'École qu'il dirigeait; il devait le décharger en conséquence, l'exonérer de la somme que la rigoureuse exécution, l'exécution judaïque de la loi, aurait dû laisser à sa charge; car, suivant les dignes paroles de M. Freslon, le monde savant de la France et de l'Europe n'eût pas vu sans mépris qu'une administration eût acquis avec les deniers d'un citoyen un établissement magnifique qui reste la propriété de l'Etat. Si tout le monde avait été mû par le noble sentiment de conciliation qui a successivement inspiré trois ministres de couleur assez différente, nos yeux n'auraient pas été attristés par le spectacle d'avant-hier, et M. Bouillaud serait encore doyen en fait, comme il prétend l'être en droit.

Nous n'en avons pas encore fini avec cette triste affaire de la Faculté. Suivant M. Bouillaud, les trois commissions successivement instituées pour contrôler la gestion de M. Orfila n'auraient que très incomplètement instruit les ministres de l'état réel des choses. C'est du moins ce que M. Bouillaud annonce dans la lettre suivante, que notre impartialité nous oblige à reproduire, et ce qu'il se propose de démontrer dans un mémoire que nous aurons à juger ultérieurement.

« Paris, 11 janvier 1849.

» Monsieur le Rédacteur,

» Je viens de lire dans le *Moniteur* les discours prononcés par M. Falloux, ministre actuel de l'instruction publique, et par M. Freslon, son prédécesseur, au sujet de la gestion de M. Orfila et de ma révocation. J'ai vu avec regret que ces deux ministres ne connaissaient pas d'une manière assez exacte les faits sur lesquels a roulé la discussion. Je considère comme un devoir de rétablir les faits dans toute leur vérité. C'est ce que je me propose de faire dans un mémoire suffisamment détaillé, qui ne tardera pas à paraître.

» Je vous serai infiniment obligé, Monsieur le Rédacteur, de vouloir bien publier cette lettre dans le prochain numéro de votre journal.

» Votre dévoué concitoyen, J. BOUILLAUD,

» Ancien député, etc. »

Suppression d'une partie de la portion de vin aux pauvres des hospices de Paris.

Dans la discussion d'hier sur l'organisation de l'assistance publique dans la ville de Paris, nous avons avec bonheur entendu ces paroles sortir de la bouche du préfet de la Seine : « On donne très peu aux pauvres ; nous voulons leur donner davantage. » Mais lorsque M. Berger parlait ainsi, savait-il qu'on venait de diminuer d'un quart la faible portion de vin qu'on accordait avant le 1er janvier de cette année? Et s'il n'ignorait point cette singulière économie, comment l'expliquera-t-il ? C'est ce que tous les hommes qui s'occupent d'assistance publique seraient bien aises d'apprendre.

Revue clinique hebdomadaire.

EMPLOI A L'EXTÉRIEUR DU CHLOROFORME CONTRE LE LUMBAGO. — Dans notre *Revue clinique* du 21 octobre 1848, nous annoncions une découverte thérapeutique faite tout récemment par M. Moreau (de Tours); à savoir, l'efficacité du chloroforme, appliqué sur la peau, contre le lumbago. Nous en rapportions plusieurs exemples, et nous disions :

« Au premier abord, ces faits pourront paraître extraordinaires et presque inadmissibles; mais rien n'est brutal comme un fait, comme plusieurs faits surtout. Nos confrères répéteront les essais de M. Moreau, auquel restera l'honneur d'avoir, le premier, fait l'épreuve de la nouvelle médication. »

Ces expériences, M. Moreau les a répétées encore, toujours avec un égal succès ; et les faits nouveaux qu'il a recueillis ne sont pas moins concluants que ceux que nous avions publiés. L'emploi du chloroforme dans les cas de ce genre est, à nos yeux, un fait acquis à la thérapeutique, mais qui ne peut que gagner cependant à être remis sous les yeux de nos lecteurs, d'autant plus que ce n'est pas au lumbago seulement, mais à toutes les névralgies, que la méthode en question est applicable. M. Moreau a été d'autant plus à même de répéter ses essais, que les faits de névralgies sont loin d'être rares à Bicêtre, et qu'il ne se passe guère de semaine où il n'ait occasion de faire deux ou trois applications du chloroforme. Voici ces observations, que nous accompagnons de quelques réflexions pratiques.

Laperrière, épileptique, âgé de dix-neuf ans, d'un tempérament lymphatique, est pris, il y a trois semaines environ, et pour la première fois, de vives douleurs dans les reins. Ces douleurs deviennent bientôt intolérables, et se font même sentir dans une partie de la cuisse gauche.

Le 20 décembre, un large gâteau de ouate imbibée de chloroforme est appliqué *loco dolenti.* Sentiment de brûlure, très supportable, du reste, disparition complète de la douleur au bout de vingt à vingt-cinq minutes. Depuis lors, le malade n'a rien ressenti.

— Un infirmier âgé de cinquante-neuf ans, ancien militaire, affecté déjà à plusieurs reprises de rhumatismes articulaires, est atteint subitement, le 21 décembre au soir, d'un lumbago des plus violents. La douleur se fait sentir principalement dans le côté gauche des reins et dans la hanche du même côté. Le moindre mouvement détermine d'atroces douleurs; la difficulté de respirer est extrême; frissons, sueur générale; mouvement fébrile très prononcé ; langue chargée.

Le 22 au matin, chloroformisation à la manière ordinaire. Guérison après vingt ou trente minutes. Il a gardé plusieurs jours la douleur produite par le chloroforme. Il n'est plus question de névralgie.

Ces deux faits sont, à très peu de chose près, semblables à ceux que nous avions déjà rapportés à une autre époque. En voici un troisième non moins concluant, et qui a une valeur d'autant plus grande que le malade, comme nous allons le dire, est sujet à ces douleurs, et dit qu'elles ne le quittent jamais avant de l'avoir fait souffrir une quinzaine de jours au moins. Cette fois, en trois jours, il a été débarrassé complètement. Ce fait a été recueilli par M. Thouvenet, interne du service de M. Voisin.

— M. Taubin, employé à Bicêtre, robuste, mais sujet depuis longues années à des douleurs rhumatismales dont le siége est surtout dans la région des reins, a été pris d'une de ces douleurs, laquelle est très vive et occupe la région lombaire du côté droit, d'où elle s'étend dans la fesse et dans la hanche du même côté. Le moindre mouvement la réveille très forte; le malade marche avec grand'peine et en traînant la jambe. La pression ne détermine de douleurs en aucun point.

Vingt-quatre heures après l'apparition du mal, M. Thouvenet fait sur la partie douloureuse une application de chloroforme. Les effets habituels sont produits. Le malade éprouve une vive cuisson et la peau rougit. Le soir, il s'est produit une amélioration très sensible. Le lendemain, la douleur a disparu; il ne reste plus que de l'engourdissement et de la pesanteur dans les régions qui, la veille, étaient douloureuses.

La marche est assurée et facile. Le surlendemain, le rétablissement est complet. La peau s'exfolie dans les points touchés par le chloroforme.

Ici nous devons faire une remarque qui a son importance au point de vue thérapeutique. Il faut agir promptement et avec vigueur; le succès est à ce prix. Plus le lumbago est récent, plus encore on est sûr d'obtenir la guérison. Il importe également de ne pas ménager le chloroforme. M. Moreau n'en emploie guère moins de 30 à 40 grammes, et il fait en sorte que le gâteau de ouate imbibée couvre autant que possible toute la partie douloureuse. Après l'application du chloroforme, il fait coucher le malade sur le dos et l'enveloppe dans une couverture de manière à le soustraire à peu près complétement à l'action de la vapeur anesthésique. Comme preuve de ce fait, nous allons rapporter un fait dans lequel le résultat n'a pas été aussi satisfaisant, ce que nous devons rapporter, pensons-nous, à la quantité de chloroforme employée, et qui était trop faible.

—Ardan, infirmier à Bicêtre, âgé de trente ans, n'a jamais eu de douleurs d'aucune espèce. Le 25 octobre, il est pris tout à coup de vives douleurs dans les reins. Il se tient courbé en deux, sans pouvoir ni se relever, ni se baisser davantage. La douleur se fait sentir particulièrement entre les deux épaules.

Le 28 au matin, application le long de la colonne vertébrale de ouate sur laquelle on a versé 50 gouttes au plus de chloroforme, et qu'on ne laisse appliquée que dix minutes. M. Moreau avait dessein d'éviter la vésication qui avait eu lieu chez un sujet dont nous donnerons l'observation plus bas. La douleur se calma presque instantanément; mais elle reparut dans la soirée, moins vive cependant qu'elle n'était dans la matinée. Le malade ressentait en outre une grande chaleur dans la partie avec laquelle le chloroforme avait été mis en contact. Le lendemain, les douleurs étaient presque nulles, mais elles ne disparurent complétement que deux jours plus tard.

La douleur a toujours paru se calmer d'autant plus vite que la peau a été plus profondément endommagée, et qu'une vésication légère et partielle, par points disséminés, a eu lieu. C'est le contraire lorsque le chloroforme ne détermine qu'une rubéfaction plus ou moins vive. Dans le fait suivant, il y a eu vésication complète et guérison très rapide.

— Favier, âgé de cinquante-cinq ans, portier à la 5e division, est pris vers l'automne, depuis plusieurs années, de rhumatismes, tantôt articulaires, tantôt musculaires, dont la durée moyenne est de six semaines ou même deux mois. Le malade se rappelle avoir eu un premier lumbago à l'âge de dix-huit ans. Les douleurs vagues, parfois très vives, qu'il ressent dans différentes parties du corps alternent d'ordinaire avec de violents maux de tête.

Le 30 novembre, premières atteintes de lumbago, dont l'intensité croît rapidement et s'oppose à tout mouvement.

Le 11 du même mois, chloroformisation par les moyens usités. Favier dit ressentir tout d'abord un froid glacial dans la partie sur laquelle le chloroforme a été déposé; puis, aussitôt après, une chaleur âcre et mordante qu'il compare à celle d'un fer rouge. L'appareil est levé après vingt minutes; la peau est d'un rouge cramoisi. Les douleurs ont disparu comme par enchantement. Le lendemain, le malade se lève, marche, monte des escaliers sans provoquer aucune douleur. Le chloroforme, cette fois, a déterminé une véritable vésication; l'épiderme est soulevé et rempli de sérosité. Quatre jours après, le malade ressentait encore dans ces parties de la chaleur et une sorte d'engourdissement.

L'action curative du chloroforme n'est pas toujours également prompte et instantanée. C'est là toutefois un fait exceptionnel, car deux fois seulement sur sept il a fallu renouveler à plusieurs heures d'intervalle l'application du remède.

B..., ouvrier corroyeur, est sujet depuis trois ans à des douleurs rhumatismales, qui, deux ou trois fois par année, se manifestent dans l'épaule gauche. Ces douleurs ont reparu vers les premiers jours de décembre; il est impossible à B... de remuer le bras sans pousser les hauts cris; la douleur se propage jusqu'au bout des doigts. Des vésicatoires, des ventouses ont été appliqués sans aucun résultat.

L'épaule malade a été comme enveloppée d'un gâteau de ouate imbibée; la douleur céda, mais lentement. Toutefois B..., le même jour, a pu travailler. Le lendemain, quelques nouvelles douleurs reparurent; une nouvelle application de chloroforme la fit cesser en moins d'une demi-heure.

M. Malson, directeur de l'hospice, est sujet au lumbago depuis un grand nombre d'années.

Le 13 décembre, explosion brusque d'une vive douleur dans le bas des reins; elle est continue, avec élancements fréquents. Les moindres mouvements sont impossibles, le malade est forcé de garder le lit. Des frictions avec un liniment camphré, des sinapismes, des lavements de térébenthine n'apportent aucun soulagement.

Le 16, emploi du chloroforme (30 grammes environ). A une sensation de brûlure d'ailleurs très supportable, succède une chaleur douce, agréable. Au bout de huit à dix minutes, le malade peut se remuer dans son lit sans ressentir aucune douleur. Le chloroforme ne paraissant pas agir avec son énergie habituelle, le gâteau de ouate n'est enlevé qu'après une demi-heure.

Dans la soirée, le malade se lève, s'habille, se promène dans sa chambre, descend à son bureau sans rien éprouver qu'un peu de picotement dans les reins, ainsi que cela lui arrive lorsqu'il a appliqué des sinapismes. Cependant, vers six heures, de nouvelles douleurs surviennent, moins intenses de beaucoup que les premières, sourdes, sans élancements. La nuit se passe dans cet état, et le lendemain au matin les douleurs ont repris une certaine vivacité.

Nouvelle application du chloroforme. La peau offre à peine la rougeur que produit d'ordinaire un léger sinapisme. A l'instant même, ainsi que cela était arrivé la première fois, toute douleur cesse, et le malade peut exécuter des mouvements en tous sens.

Le lendemain, le malade éprouve une certaine roideur dans les reins, de l'engourdissement, etc. Le même jour, il part pour Paris en voiture, reste absent plusieurs heures; aucune souffrance ne s'est fait sentir depuis.

Nous terminerons ces considérations par une dernière remarque appuyée d'un fait et relative à une affection névralgique autre que le lumbago. Une seule fois, M. Moreau a eu occasion d'essayer l'emploi du chloroforme contre la sciatique. Il a échoué. Il a cru cependant devoir nous communiquer l'observation, qui contient quelques particularités de nature à faire croire que le chloroforme n'a pas été complétement étranger à la guérison, qui a été obtenue en moins de douze jours. Ce fait a été recueilli par M. Thouvenet.

Madame F..., femme d'un employé de l'hospice, souffrait depuis quelques jours d'une douleur sciatique très aiguë. La maladie avait débuté par un lumbago survenu à la suite d'un effort. Une première application de chloroforme ne fait qu'apaiser légèrement les douleurs; une seconde fut absolument sans résultat. Cependant, le liquide avait déterminé sur la peau une large plaque érythémateuse. Le lendemain, la fesse et la partie supérieure de la cuisse furent recouvertes d'un large vésicatoire, dont la surface, après l'enlèvement de l'épiderme, fut touchée en différents points avec de la ouate imbibée de chloroforme: peu après, les douleurs avaient disparu. La nuit, quelques élancements se firent sentir de nouveau. Le lendemain, la malade put se lever et marcher. Ce ne fut cependant que sept à huit jours plus tard qu'elle fut complétement débarrassée et put reprendre ses occupations.

Nous ne dirons rien ici de l'explication probable de l'action du chloroforme dans ces cas. C'est un point sur lequel nous nous sommes assez longuement étendu dans notre Revue du 21 octobre, à laquelle nous renvoyons. Nous rappellerons seulement que nous sommes tenté de croire qu'il y a eu d'abord rubéfaction et révulsion produite par cette rubéfaction sur la peau. Ensuite, absorption et action directe du principe anesthésique du chloroforme sur les extrémités nerveuses tégumentaires et musculaires.

Cancer et extirpation de la glande sous-maxillaire. — Nous avons assisté, il y a peu de jours, M. Jobert dans une opération qu'il a pratiquée sur une femme d'une soixantaine d'années, chez laquelle il a extirpé la glande sous-maxillaire devenue cancéreuse. Cette glande, du volume d'un petit œuf de poule, faisait saillie au-dessous du maxillaire inférieur d'une part, d'autre part dans la bouche, sous la langue, qu'elle soulevait. Après l'avoir détachée avec quelques coups de bistouri et de ciseaux, M. Jobert a pu, par des tractions répétées, mais modérées, énucléer en quelque sorte l'organe malade sans presque avoir recours de nouveau à l'instrument tranchant. L'ablation de la glande fut faite par la bouche et sans aucune plaie extérieure. Il n'y eut qu'une très légère hémorrhagie, qui fut facilement arrêtée. L'examen de la glande démontra bien manifestement sa dégénérescence encéphaloïde plus avancée vers le milieu de l'organe que dans le reste de son étendue. Après l'extirpation de la glande, le doigt indicateur, plongé dans le vide laissé par la tumeur, avait peine à en atteindre le fond. C'était bien la glande sous-maxillaire qui avait été enlevée.

C'était la première fois, nous dit M. Jobert, qu'il rencontrait le cancer de la glande sous-maxillaire, lequel est en effet très rare, si rare que les auteurs qui se sont occupés de pathologie chirurgicale n'en ont point parlé, et que c'est à peine si nous avons pu en découvrir deux ou trois exemples.

Le seul chirurgien qui en dise un mot est Boyer, et c'est presque pour le nier. «Les auteurs, dit-il (nous regrettons qu'il n'ait pas indiqué lesquels), parlent de l'engorgement squirrheux de la glande maxillaire et quelques-uns même disent en avoir fait l'extirpation avec succès. Mais il est douteux que cette maladie ait jamais existé. On aura pris vraisemblablement pour un squirrhe de la glande maxillaire une tumeur squirrheuse qui avait son siége dans un des ganglions lymphatiques qui l'avoisinent. J'ai extirpé plusieurs tumeurs de cette espèce, et je me suis convaincu que la glande maxillaire était placée au-dessous d'elles, leur adhérait fortement, et qu'il fallait apporter une grande attention pour ne pas l'entamer. Au reste, si cette glande était squirrheuse et qu'elle tendît à faire des progrès ou à prendre un caractère fâcheux, on pourrait en faire l'extirpation. A la vérité, l'artère labiale serait inévitablement coupée dans cette opération. Mais il serait facile d'en faire la ligature. »

Que Boyer n'ait pas vu de cancer de la glande sous-maxillaire, cela peut prouver tout simplement que ce cancer n'est pas commun; mais pourquoi la glande sous-maxillaire serait-elle plus privilégiée sous ce rapport que les autres appareils glandulaires, que le pancréas, la parotide, la thyroïde, etc.? Ces cancers sont néanmoins rares, très rares, et nous avons dit plus haut que nous en connaissions à peine quelques exemples.

Dans la séance de l'Académie des sciences du 17 mai 1841, Larrey lut en son nom et en celui de Breschet un rapport sur une extirpation de la glande sous-maxillaire pratiquée par le docteur Colson, de Noyon, pour une affection cancéreuse de cette glande coïncidant avec un cancer de la lèvre. Le sujet de l'observation de M. Colson était un homme de soixante ans environ, cultivateur, qui portait depuis plusieurs années un ulcère cancéreux à la lèvre inférieure, et une tumeur dure, volumineuse, sous la mâchoire du côté droit, faisant saillie dans la bouche et soulevant la langue du côté opposé.

Après avoir pratiqué l'excision de la portion cancéreuse de la lèvre, l'opérateur crut devoir enlever également la tumeur sous-maxillaire qu'il croyait formée de ganglions lymphatiques dégénérés. Une incision en T fut faite sous le bord de la mâchoire depuis l'angle droit du menton jusqu'à son angle externe, près du bord antérieur du sterno-mastoïdien. La tumeur, mise à nu, fut disséquée avec soin, et, en la déprimant de l'intérieur de la bouche vers la base de la mâchoire, le chirurgien parvint à l'extirper en totalité. Plusieurs vaisseaux et nerfs importants furent divisés. La cavité considérable laissée sous la mâchoire ne contenait plus aucun corps glanduleux. M. Colson dut rester convaincu, à sa grande surprise, qu'il avait en effet enlevé la glande salivaire, dont il put avec un de ses confrères présent à l'opération apprécier la structure. La glande était de forme ovoïde, glanduleuse, lobulée à l'extérieur, lardacée, jaunâtre et recouverte d'une coque cellulo-fibreuse.

Ce fait, disait le rapporteur, prouve une fois de plus la possibilité d'enlever la glande sous-maxillaire sans porter une atteinte trop fâcheuse aux fonctions de l'opéré, et à cette occasion il rappelait un fait à peu près du même genre ou du moins présentant des rapports d'analogie très intimes et qui lui était propre. Ce fait est consigné au deuxième volume de sa *Clinique chirurgicale*; en voici en peu de mots le résumé:

Un agriculteur, âgé de quarante ans, habitant une commune voisine de Louviers, d'une constitution robuste, mais d'un tempérament lymphatique et peut-être un peu scrophuleux, présentait au côté gauche du cou une tumeur lobulée, peu mobile, indolente, sans changement de couleur à la peau, laquelle s'étendait de la région mastoïdienne, le long de la mâchoire, en remplissant toute la gouttière profonde du cou, jusqu'au larynx, et formant au-devant de l'os maxillaire une tumeur du volume de deux poings. Cette tumeur datait de dix ans. Cet homme vint à Paris en 1818, consulta plusieurs chirurgiens, dont les uns conseillèrent, les autres défendirent l'extirpation de la tumeur, et vint enfin voir Larrey, qui reconnut une dégénérescence cancéreuse de la glande sous-maxillaire et résolut d'en pratiquer l'ablation.

Outre la tumeur volumineuse dont nous avons parlé, l'audacieux chirurgien dut aller profondément rechercher les prolongements du cancer entre les apophyses transverses des deuxième et troisième vertèbres cervicales, dans la gaîne cellulaire de la carotide primitive, dans les parois de la bouche; au trente-unième jour de l'opération, le malade, complétement guéri, retournait dans son pays. L'ouverture des tumeurs enlevées démontra clairement et leur nature glanduleuse et leur dégénérescence carcinomateuse.

Larrey ne se faisait pas illusion sur la gravité de l'opération; mais il avait dans trois cas déjà vu périr des sujets atteints de la même maladie dont l'accroissement avait été si rapide que les chirurgiens consultés, n'osant tenter aucune opération, restèrent simples spectateurs des angoisses et des effets de la strangulation qui terminèrent les jours des malades.

Nous avons dit, en commençant cet article, que Boyer était le seul qui eût parlé du cancer de cette glande. Nous nous trompions. Avant lui, J.-V. Petit en avait dit quelques mots; mais si brefs et si généraux, qu'il est à peu près impossible d'en rien déduire. « J'ai vu, dit-il en effet, les glandes sous-clavières et les cervicales ou jugulaires affectées de pareils gonflements (cancer ou squirrhe). Je pense bien que l'affection scrophuleuse pouvait y avoir quelque part. J'ai plus souvent évité de faire ces extirpations que je ne les ai entreprises. Les glandes jugulaires plus que les autres m'ont rendu timide. On en sent bien la raison; ce n'est pourtant pas par rapport à l'opération; mais j'en ai vu guérir fort peu, et ceux qui en sont réchappés avaient peu d'embonpoint, etc. »

Nous terminons cet article par la citation de deux faits de Morgagni, qui nous paraissent avoir quelque rapport avec le cancer de la glande sous-maxillaire. Le premier est relatif à un homme âgé de cinquante ans, qui avait depuis quelque temps la déglutition embarrassée. Cet embarras augmente peu à peu. La voix se perd. Une douleur assez forte se fait sentir pendant la déglutition. Une portion de la nourriture s'arrêtait à la gorge et revenait ensuite insensiblement à la bouche, quelquefois avec une apparence d'altération. Le corps maigrit; on ne voit rien contre nature à l'extérieur. *On sent seulement un endurcissement de la glande maxillaire interne gauche.* Il meurt subitement comme suffoqué.

La glande que je viens de nommer, *et qui était dure*, avait à son côté interne une matière semblable à de l'albumine; mais on voyait dans le pharynx et au sommet du larynx plusieurs tumeurs *qui avaient le caractère du carcinome.*

Est-il possible de douter que la glande maxillaire ne fût point cancéreuse aussi dans ce cas?

Un jeune homme mort également presque de la même manière, après des symptômes semblables, présenta des tumeurs de la même nature, surtout à la partie supérieure du larynx et aux côtés voisins du pharynx. Mais les tumeurs étaient déjà ulcérées en quelques endroits, et un ulcère avait perforé l'épiglotte elle-même. (Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, épist. XXVIII, c. 9 et 10.)

Les faits de cancer de la glande sous-maxillaire n'en restent pas moins si rares, malgré ces exemples, que nous serions reconnaissant à ceux de nos lecteurs qui en auraient rencontré de nous en donner communication.

Affections vénériennes chez les femmes. — Après les sanglantes et déplorables journées de juin 1848, la maison de Saint-Lazare fut convertie momentanément en hôpital pour les blessés. Les filles publiques qui y sont détenues furent transportées à l'hôpital de Lourcine, et l'examen comparatif des affections qu'elles présentaient et de celles qu'offraient un même nombre de femmes de la ville a donné les résultats suivants à M. Cullerier.

Ces résultats, nous allons les formuler en chiffres, en les accompagnant de quelques réflexions explicatives. Nous commencerons par un tableau double, les accidents vénériens dans l'une et l'autre catégorie de malades.

Les femmes dites de la police, expédiées à Lourcine, provenaient de plusieurs sources. On y trouvait des filles en maison, des filles en carte, et des filles isolées non inscrites à la police, mais que l'autorité fait saisir toutes les fois qu'elles sont malades et qu'elles sont dénoncées. Du 11 avril au 6 octobre, la salle Saint-Louis a reçu quatre-vingts de ces malades, sur lesquelles portera la statistique.

Les femmes qui sont admises à Lourcine, en temps ordinaire, sont des femmes de la ville affectées de maladies vénériennes ou d'autres maladies des organes génitaux, du vagin, de l'utérus. Aucune d'elles, sauf peut-être quelques cas rares

où elles mettent l'administration en défaut, n'appartient à la classe des filles publiques.

Premier tableau comparatif des accidents vénériens dans les deux catégories de malades.

	Malades de Loursine.	Filles de la police.
Vaginite,	16	10
Blennorrhagie rectale,	1	—
Granulations du col,	13	22
Végétations,	10	21
Accidents primitifs syphilitiques.		
Chancres,	25	31
Bubons,	9	6
Accidents secondaires,	27	12
Accidents tertiaires,	3	—

On est frappé, au premier abord, d'une particularité : c'est que les accidents primitifs sont beaucoup plus rares chez les malades ordinaires de Loursine que chez les filles publiques. La raison en est que, visitées à intervalles assez rapprochés par les médecins de l'administration, les filles publiques sont saisies et envoyées à l'hôpital dès qu'elles ont le moindre accident primitif, tandis que les autres les négligent souvent ou les font traiter en ville.

D'autres accidents sont plus fréquents aussi chez les filles publiques que chez les autres malades. Telles sont les granulations du col utérin déterminées mécaniquement par l'abus du coït, et qui ne s'accompagnent pas ordinairement chez elles de ces énormes catarrhes utérins liés aux métrites chroniques. Telles sont encore les végétations provenant de la même cause, et qui sont, chez les filles, toujours plus petites et moins nombreuses que chez les femmes de la ville, ce qui tient encore à la manière dont elles sont surveillées et traitées aussitôt que reconnues malades. Ces végétations n'ont pas le temps de devenir volumineuses.

D'autre part, nous voyons que les accidents secondaires sont bien plus fréquents chez les malades de Loursine que chez les filles, lesquelles sont toujours traitées, bon gré mal gré, de leurs accidents primitifs, tandis que les premières les négligent et laissent la constitution se prendre. La différence est encore plus évidente pour les accidents tertiaires, dont pas une fille n'a présenté d'exemple.

Il est d'autres particularités qui vont ressortir de l'examen des deux tableaux suivants :

Deuxième tableau. — *Maladies observées au moment de l'entrée chez les filles publiques.*

Vaginites,	10
Granulations du col avec catarrhe et engorgement,	22
Végétations de la vulve et de l'anus,	18
— à l'entrée du canal de l'urètre,	3
Accidents primitifs.	
Chancres,	31
Bubons,	6
Accidents secondaires.	
Plaques muqueuses,	8
Ulcération secondaire au nez,	1
Lichen au bras,	1
Syphilide squameuse,	2
Ces accidents ont été souvent compliqués de roséole.	
Affections non vénériennes.	
Abcès de la glande vulvo-vaginale,	3
Phlegmon du clitoris (traumatique),	1
Herpès de la vulve,	2
Grossesse,	2

Troisième tableau. — *Maladies observées au moment de l'entrée chez les femmes de la ville.*

Vaginites,	16
Blennorrhagie rectale,	1
Granulation du col avec catarrhe, engorgement,	13
Végétations de l'anus, de la vulve et du vagin,	10
Accidents primitifs.	
Chancres de la vulve, de l'anus,	24
— de la bouche,	1
Bubons,	9
Accidents secondaires.	
Plaques muqueuses de la vulve et de l'anus,	21
— entre les orteils,	1
Syphilide pustuleuse,	1
Lichen syphilitique,	1
Pemphygus syphilitique,	1
Syphilide tuberculeuse,	1
Roséole très fréquente comme complication.	
Accidents tertiaires.	
Lupus du nez et de la lèvre,	1
Ulcère de la langue et du voile du palais,	1
Exostose,	1
Accidents non vénériens.	
Abcès des grandes lèvres,	1
Cancer utérin,	1
Psoriasis des lèvres,	1
Plusieurs cas de gale et de grossesse.	

Sans insister plus longuement sur ces faits qui portent leur interprétation en eux-mêmes, nous nous contenterons de faire remarquer que chez les filles publiques les plaques muqueuses sont énormément plus rares que chez les femmes de la ville, ce qui tient sans nul doute à la propreté et aux ablutions fréquentes auxquelles elles s'astreignent; tandis que les femmes de la ville sont ordinairement, au moment de leur admission à l'hôpital, d'une révoltante malpropreté. Or, on sait que la malpropreté est la cause déterminante la plus certaine de l'apparition de ces plaques muqueuses chez les femmes syphilitiques.

Z...

Mémoire sur les plaies d'armes à feu;

Par M. Baudens, chirurgien en chef du Val-de-Grâce.

Nous nous proposons de continuer la publication des leçons de M. Baudens sur les plaies d'armes à feu ; nous commencerons par faire connaître complétement à nos lecteurs la communication faite par cet habile praticien à l'Académie de médecine le 8 août dernier. Les opinions du chirurgien en chef du Val-de-Grâce sur des blessures qu'il a traitées pendant dix ans sur les champs de bataille de l'Algérie sont d'un grand poids ; il importe d'autant plus de leur donner de la publicité qu'elles ne sont pas partagées par tous les praticiens. On se rappelle que M. Baudens, dans sa lettre du 24 juillet, avait proposé à l'Académie de nommer une commission pour visiter tous les blessés provenant des événements de juin, afin de juger en dernier ressort et au lit des blessés les questions controversées. On reconnaîtra qu'il était impossible de montrer plus de loyauté scientifique ; malheureusement l'Académie n'a pas obtempéré au désir de M. Baudens.

Des communications isolées, sans corrélation, ont été faites à l'Académie ; nous avons assisté à des tournois, à des luttes scientifiques ; mais, ainsi que M. Baudens l'avait pressenti, la question des plaies d'armes à feu n'y a pas beaucoup gagné, l'incertitude sur une foule de points reste la même.

Première question. — *Débridement des plaies d'armes à feu.*

La doctrine du débridement des plaies d'armes à feu, érigée en dogme par nos prédécesseurs, a, depuis dix-huit ans, été combattue par nous, par des milliers de faits concluants. Cette question est si fortement ébranlée, qu'en la posant, nous ne dirons pas : Faut-il ou non débrider les plaies d'armes à feu ? mais bien : Le débridement des plaies d'armes à feu doit-il être rejeté d'une manière absolue ? Nous ne discuterons même pas l'opinion du débridement toujours, une telle opinion n'est plus soutenable ; quant au débridement quelquefois, nous le repoussons également d'une manière absolue. Nous avouons même ne pas comprendre qu'on puisse vouloir du débridement quelquefois et pas toujours. Nous avons peu de goût pour les demi-moyens, pour les demi-mesures. Un principe est un principe, une vérité une vérité ; c'est tout un ou tout autre, il n'y a pas là de transaction possible.

Voyons cependant, et d'abord posons bien la question. Que doit-on entendre par débridement ? Le débridement est une opération chirurgicale qui a pour objet la division des tissus aponévrotiques, spécialement des aponévroses d'enveloppes et superficielles, afin de favoriser l'épanouissement des parties lésées, de prévenir l'étranglement, d'alléger les souffrances et d'éviter la gangrène.

Or, n'est-il pas vrai que l'étranglement, dont on fait un épouvantail, est de fait très rare après les plaies d'armes à feu, quand le plomb a traversé les parties molles sans fracturer les os ? Vous le voyez, j'établis de suite une distinction importante entre les plaies simples et les plaies compliquées. Pour les premières, je repousse de toute ma puissance le débridement. Quant aux secondes, s'il y a fracture, s'il existe des esquilles qu'il faille extraire, s'il faut pratiquer une contre-ouverture pour retirer une balle arrêtée dans les tissus, s'il faut agrandir la plaie pour lier un tube artériel et tarir une hémorrhagie, s'il faut faire une résection, etc., dans tous ces cas, que j'appelle compliqués, je ne crains pas de me servir de mon bistouri ; mais, je le demande, est-ce là faire un débridement ? Est-ce là recourir à cette opération en vue des indications posées plus haut ? Non, sans doute ; une erreur grossière peut seule faire confondre des opérations faites à des points de vue si diamétralement opposés. Si on considère comme des débridements les opérations exigées pour aller à la recherche d'une artère lésée, pour réséquer une tête d'humérus qu'un projectile aura brisée, en vérité, je ne vois pas pourquoi les amputations faites après les grands désordres osseux feraient exception.

Hunter a prouvé que l'on avait exagéré les avantages de la méthode de débrider les plaies ; Botal, depuis longtemps, en a indiqué les inconvénients. « Ce qui a pu induire en erreur, dit avec raison un célèbre chirurgien (1), c'est précisément l'usage où l'on était de débrider toutes les plaies d'armes à feu ; et comme un grand nombre de ces blessures guérissent, quelque traitement qu'on emploie, on a attribué au débridement toutes les guérisons qu'on observait. » Un autre praticien, non moins habile (2), essaie de mettre d'accord les partisans et les détracteurs du débridement. Il fait bon marché du débridement pour les plaies de la tête, de la poitrine, de l'abdomen ; il le réserve pour les membres, et spécialement pour la paume de la main et la plante du pied.

Nous ne saurions accepter cette manière de transiger avec des doctrines. Pendant dix ans en Afrique (3), comme depuis et après les événements de février et de juin, nous avons constamment pu nous convaincre que l'opinion de ce savant professeur n'est nullement fondée. Tout récemment, des plaies d'armes à feu siégeant à la paume de la main et à la plante du pied, dont une, entre autres, provenait d'une balle qui, entrée au-dessous de la pointe du calcanéum, était ressortie à la racine des orteils, se sont comportées, malgré la présence des tissus fibreux, multiples et serrés, comme de simples plaies, sans accident aucun.

Il nous reste à peser la valeur de motifs d'un autre ordre, invoqués par les partisans du débridement.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 16 mars 1848.
(2) *Ib.*, 24 août 1839.
(3) Voyez notre *Clinique des plaies d'armes à feu*. Paris, 1836, in-8°.

Le débridement aurait encore pour résultat de changer la forme ronde de la plaie afin d'en pouvoir affronter les lèvres, de convertir la plaie actuelle en une plaie simple par instrument tranchant, de rendre ouverte la forme fistuleuse de la blessure, d'extraire les corps étrangers, de lier les vaisseaux lésés, de produire une saignée locale, de donner issue aux fluides extravasés dans la circonférence de la solution de continuité, de diviser les tissus aponévrotiques et ligamenteux pour prévenir l'étranglement.

1° *Changer la forme ronde d'une plaie, afin d'en pouvoir affronter les lèvres.* — Cette indication n'a aucune valeur. L'ouverture faite par une balle guérit généralement plus vite abandonnée à elle-même qu'après avoir été agrandie par le bistouri; il existe d'ailleurs, au pourtour des plaies d'entrée et de sortie du plomb, un cercle de téguments sphacélés qu'un travail éliminatoire doit détacher et qui s'oppose à la réunion par première intention.

2° *Convertir la plaie actuelle en une plaie simple, par instrument tranchant.* — Mais à quoi bon ? Sera-ce pour faire cicatriser la plaie par première intention ? Ne voit-on pas dans ce cas que tous les tissus qui auront été divisés par le bistouri pourront effectivement se réunir, mais qu'il ne saurait en être de même des fibres frappées de mort, par la balle qui les a déchirées, et qu'il faudra un travail éliminatoire pour détacher et chasser au dehors les eschares qui en tapissent le trajet. Toutefois il ne faut pas donner à ce travail une trop grande importance ; car la plupart des coups de feu qui n'ont lésé que les parties molles guérissent souvent sans suppuration profonde appréciable. Les ouvertures d'entrée et de sortie se ferment par le développement de bourgeons charnus, et se cicatrisent ensuite comme si la plaie provenait de l'application d'un cautère ou d'un moxa; les eschares qui tapissent le trajet disparaissent, dans ces cas, par voie de résorption.

3° *Rendre ouverte la forme fistuleuse de la plaie.* — Mais en débridant l'orifice d'une plaie qui aura huit à dix pouces de longueur, on ne saurait remédier à l'étranglement que les aponévroses profondes devraient faire naître. Le litbotome à deux branches faciliterait singulièrement le débridement de la totalité du trajet du projectile, et je m'étonne que les partisans du débridement n'en aient pas encore indiqué l'emploi, ou plutôt cela s'explique, parce qu'on ne porte jamais le débridement si loin, attendu que cette opération est pour le moins inutile, comme nous l'avons dit. Si l'étranglement était réellement redoutable, l'indication de diviser les aponévroses profondes se serait présentée, et, malgré le danger de porter le bistouri dans des régions où siégent de gros troncs artériels, quelques préceptes eussent été posés sur ce point de thérapeutique; or le silence absolue des auteurs vient à l'appui de notre opinion concernant la valeur thérapeutique du débridement. J'ai quelquefois recours au lithotome, mais dans un but différent et uniquement pour faciliter l'extraction des corps étrangers.

4° *Extraire les corps étrangers; lier les vaisseaux.* — C'est également notre avis; mais alors ce n'est plus un débridement proprement dit.

5° *Produire une saignée locale.* — Sans douter des bons effets de cette dernière, il est évident qu'elle aurait plus d'inconvénients que d'avantages réels, et à ce point de vue le débridement doit encore être rejeté.

6° *Donner issue au sang extravasé dans la circonférence de la blessure.* — La force d'absorption sera assez active sans qu'il faille aider à la nature, toujours si puissante en pareil cas.

7° *Diviser les tissus aponévrotiques et ligamenteux, pour prévenir l'étranglement.* — Cette assertion qui, en théorie, semble péremptoire, doit perdre toute sa force par les faits nombreux que nous avons à lui opposer. Essayons néanmoins encore de la combattre par le raisonnement. Qu'une balle ait parcouru un trajet de dix pouces, par exemple; pour qu'il fût rationnel de débrider, ne faudrait-il pas porter le bistouri dans toute l'étendue du trajet, afin de couper les brides formées par les aponévroses profondes ? Puis, pour être conséquent, cette nouvelle blessure faite par le bistouri ne différant point essentiellement de la première, et devant comme elle être suivie des phénomènes de l'inflammation, n'entraînera-t-elle pas un nouveau débridement? Dès lors, où faudra-t-il s'arrêter? Je me rappelle qu'à Sidi-Ferruk, en 1830, nous fîmes des débridements sur la cuisse d'un militaire atteint d'une fracture en éclat du fémur. Quelques heures après survint une tuméfaction plus considérable encore, et j'eus de nouveau recours au bistouri; dès le lendemain je fus effrayé d'un surcroît de tuméfaction, dont la marche n'avait pu être arrêtée; les muscles faisaient hernie, la tension était extrême; il aurait fallu débrider les aponévroses crurales, superficielles et profondes, dans toute l'étendue du membre; je compris que le débridement était impuissant pour arrêter la marche d'une lésion si grave, et je fis l'amputation. Dans les cas les plus heureux, ces dilatations aux ouvertures des plaies d'armes à feu destinées à faciliter l'écoulement du pus, à prévenir les fusées purulentes et à modérer l'inflammation, se cicatrisent promptement par première intention, avant même la chute des eschares, et ne conservent aucun but d'utilité. Dans d'autres circonstances, qui ne sont pas rares, les débridements aponévrotiques font naître des hernies musculaires, et, selon la disposition des tissus sur lesquels ils agissent, peuvent laisser des infirmités qui souvent ne disparaissent qu'avec le temps et avec peine. Tel était le cas d'un militaire du 2e régiment léger observé par nous en Algérie, dont le muscle deltoïde avait été incisé profondément et parallèlement à ses fibres dans l'étendue de quelques pouces. La plaie suppura pendant plusieurs mois avant de se fermer, et, malgré l'usage des eaux thermales, les fonctions de ce muscle n'ont pu recouvrer toute leur intégrité. Nous avons vu un grand nombre d'autres blessés dont les chairs du moignon de l'épaule, traversées en tous sens par le plomb, se sont promptement cicatrisées sans gêne des mouvements, dont la guérison se fit rapidement et sans accidents. Que si, à l'époque de la suppuration, une bride ligamenteuse s'opposait à la libre

issue du liquide purulent, il serait temps encore de la diviser. Quelques auteurs ont donné à cette opération le nom de débridement consécutif; nous n'en voyons pas la raison. Chaque jour nous ménageons par des incisions convenables une facile issue au pus renfermé dans des foyers où il séjourne; il serait tout aussi rationnel d'appeler ces incisions débridements consécutifs. Pour nous, il n'y a pas plus de débridement consécutif que de débridement préventif, parce qu'en effet, pour ce qui concerne ce dernier, nous ne voyons pas la nécessité de créer en faveur des plaies d'armes à feu un mot pour satisfaire à une indication chirurgicale vulgaire.

(*La suite à un prochain numéro*).

Cystite catarrhale légère. Hématurie intense. Perforation de la vessie et du rectum. Guérison.

Observation communiquée par M. le Dr A. Berton.

Je rapporte ce fait, que je viens d'observer dans ma pratique médicale, non pour donner des règles ou indiquer des moyens thérapeutiques nouveaux et applicables en semblable occurrence, mais afin de témoigner, par un nouvel exemple, que, dans les cas les plus désespérés en apparence, la nature (du reste convenablement secondée dans ses efforts) peut pourvoir au salut des malades.

M. S..., négociant, homme d'une force herculéenne, âgé d'environ quarante-huit ans, père de famille, menant une vie active, sobre et régulière, présenta, il y a deux mois environ, quelques symptômes de catarrhe vésical : tels que envies un peu plus fréquentes d'uriner, émission d'urine se troublant par le repos et le refroidissement. Le dépôt, d'abord nuageux, était un peu plus tard glaireux et semblable au blanc d'œuf. Tout cela sans fièvre, sans autre dérangement apppréciable dans l'état de santé. Après une quinzaine de jours, et à la suite immédiate d'un rapprochement avec sa femme, les urines parurent sanglantes, et restèrent telles pendant une vingtaine de jours. La personne en question, et, je le répète, sans éprouver d'ailleurs d'autre dérangement sensible dans sa santé, urinait environ deux litres de liquide dans les vingt-quatre heures, liquide composé d'un mélange évalué à parties égales de sang et d'urine. La soif n'était pas vive, et la quantité des boissons prises à peu près en rapport avec les résultats de la miction.

Les hémostatiques de toutes sortes, internes et externes, la phlébotomie, les révulsifs, les dérivatifs, etc., restèrent sans le moindre succès pendant toute cette période de temps. Après ce terme, les urines, sans cesser d'être sanglantes, de contenir également des caillots, devinrent plus foncées, plus troubles, mais, en outre, commencèrent à répandre une odeur sulfuro-ammoniacale marquée. En explorant la vessie au moyen d'une sonde d'argent, et en introduisant journellement des sondes de caoutchouc pour faire dans la vessie des injections, d'abord astringentes, plus tard détersives et antiseptiques, des gaz sortirent fréquemment avec bruit, et, dès lors, l'odeur d'hydrogène sulfuré et le mélange de quelques parties de matière fécale à l'urine ne laissèrent aucun doute sur l'existence d'une communication entre l'intestin et la vessie. Le malade fut presque toujours plutôt constipé, et eut fréquemment besoin de prendre des lavements et de légers laxatifs. Sans parler d'autres détails de traitement et de l'accomplissement de quelques indications secondaires, comme remèdes principaux, une sonde armée de nitrate d'argent fut promenée une fois sur le bas-fond et la partie postérieure de la vessie, et il fut administré journellement un gramme et demi d'iodure de potassium et cinq centigrammes de protoiodure de mercure, une prise de l'un le matin et une pilule de l'autre le soir.

Les urines, qui déjà paraissaient un peu moins chargées de sang, le devinrent encore progressivement moins; mais avant de perdre totalement leur coloration rouge et leur odeur repoussante qu'elles présentèrent environ pendant une quinzaine, il fut trouvé un matin, dans le vase de nuit (et j'oublais de le dire), deux fragments irréguliers de 4 ou 5 millimètres, d'un tissu musculo-muqueux, résultant évidemment de détritus de vessie.

Une vingtaine de jours après la disparition de toute trace sensible de sang, les urines ne présentaient plus, et après leur refroidissement, que quelques légers nuages; et dès les premiers jours de ce mois (janvier), celles-ci ayant repris leurs caractères physiques et physiologiques ordinaires, leur limpidité, l'usage des balsamiques et de l'eau de goudron à l'intérieur, qui avait été continué jusque-là, fut également abandonné.

Association générale des Médecins de Paris.

Séance du 8 janvier 1849. — Présidence de M. Larrey, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté après quelques rectifications demandées par MM. Cherest et A. Latour.

— M. Depaul donne lecture de deux lettres qu'il a écrites, conformément au vœu de l'assemblée, l'une à M. le ministre de l'intérieur, l'autre à M. le ministre de l'agriculture et du commerce.

M. Chassaignac pense que la Société ne doit pas se décourager, qu'elle doit, au contraire, poursuivre ses démarches et écrire encore une nouvelle lettre qui renferme un exposé des faits antérieurs.

M. Depaul ne s'oppose pas à ce que l'assemblée fasse une nouvelle démarche, mais il croit que, pour arriver à un résultat, il ne faudrait pas se contenter d'une lettre, mais charger une commission spéciale d'entretenir le nouveau ministre des faits dont il s'agit.

Sur la proposition de M. Delasiauve, la commission déjà saisie de l'affaire est chargée d'en poursuivre la solution par les moyens qui lui paraîtront convenables.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur la proposition de M. Chassaignac relative au charlatanisme.

M. Dupré pense que la question du charlatanisme est extrêmement délicate, et qu'il vaudrait peut-être mieux ne pas l'aborder tant sont grandes les difficultés qui se présenteront lorsqu'on arrivera à certaines variétés du charlatanisme. En effet, ajoute-t-il, si vous voulez détruire tous les abus, il faut que vous définissiez bien le charlatanisme; or, une définition rigoureuse, exacte, vous conduit à le poursuivre dans des régions très élevées; c'est une guerre terrible que vous déclarez à des confrères très haut placés. Pour ma part, cette guerre ne m'effraie pas, et je m'y associerai de tout mon cœur; mais je pense que la paix vaut encore mieux.

M. A. Latour croit que M. Dupré déplace la question, ou du moins lui donne une extension qui n'était pas dans la pensée de M. Chassaignac. Cet honorable confrère avait demandé qu'une commission centrale composée de médecins envoyés par chaque arrondissement, s'enquît des faits d'exercice illégal de la médecine et tentât de les réprimer; mais il n'avait pas parlé du charlatanisme auquel M. Dupré fait allusion, charlatanisme presque indéfinissable d'ailleurs, charlatanisme dont les limites sont mal posées; de telle sorte que, dans un cas donné, on ne sait s'il y a lieu de condamner ou d'absoudre.

M. Chassaignac rappelle sa proposition, et il ajoute que, sans atteindre les faits dont parle M. Dupré, la commission dont il s'agit pourrait rendre de très grands services en réprimant certains actes très faciles à déterminer, sans compter que, par son caractère de tribunal de conciliation, elle en arrêterait un grand nombre. Il persiste, en conséquence, à demander la nomination d'une commission qui fonctionnerait de suite.

— M. Durand-Fardel. La question doit être envisagée au point de vue moral et au point de vue légal. Pour que le tribunal qu'il s'agit de nommer pût exercer une action morale, il faudrait qu'il fût un tribunal d'honneur élu par tous les médecins. Cette institution est un rêve aujourd'hui. Il faut nous restreindre dans les limites du possible. Avec la législation actuelle, tout insuffisante qu'elle est, nous pourrions exercer quelque influence; mais ce que nous devrions faire surtout, ce serait de préparer un travail qui servirait ultérieurement à la législation.

M. Barth croit qu'on ne doit pas s'arrêter aux objections soulevées par M. Dupré. Si on n'attaquait ce qui est vicieux qu'à la condition de tout atteindre et de tout détruire, on n'entreprendrait aucune réforme. Il approuve l'idée d'un tribunal qui, s'il est impuissant à réprimer le charlatanisme éhonté, pourra du moins retenir ceux que le cri de la conscience ou la crainte de l'opinion publique n'arrêteraient point.

L'assemblée décide qu'on attendra, pour nommer la nouvelle commission, que la première ait déclaré si elle entendait faire son rapport.

Sur la proposition de plusieurs membres, l'assemblée décide que le bureau se rendra auprès du nouveau doyen, M. Bérard, pour le remercier de l'hospitalité qu'il veut bien continuer à donner à l'Association.

L'ordre du jour de la prochaine séance comprend la lecture d'un travail de M. Dupré sur l'enseignement.

Le secrétaire général, Depaul.

Correspondance.

Sur les faits de troisième dentition.

Nous insérons avec empressement la lettre suivante de notre honorable confrère M. Pichot; elle contient la rectification d'une erreur. Ces sortes d'aveux sont souvent pénibles; quand ils sont faits avec une telle loyauté, ils font le plus grand honneur à ceux qui ne craignent pas, pour rentrer dans la vérité, de reconnaître qu'ils s'étaient trompés.

Monsieur le Rédacteur,

La lettre de M. Brachet insérée dans votre numéro d'aujourd'hui m'ayant fait douter de l'exactitude de mon observation de troisième dentition reproduite dans votre numéro du 12 décembre dernier, j'ai voulu revoir la personne qui avait donné lieu à cette observation, et j'ai pu constater qu'elle m'avait montré la dent voisine de celle que j'ai extraite il y a un an. Quant à la place occupée par cette dernière, elle est prise aujourd'hui par une racine sortie de l'alvéole depuis l'extraction. Ce fait est donc identique à ceux relatés par notre savant confrère de Lyon, et n'est pas un fait de troisième dentition. Je suis heureux de trouver l'occasion de faire cette rectification.

Agréez, etc. Pichot, D.-M.-P.

La Loupe (Eure-et-Loir), 10 janvier 1849.

Nouvelles du choléra.

On lit dans le *Morning-Chronicle* du 9 janvier :

« Depuis l'invasion du choléra, l'on compte 643 cas à Londres et dans le voisinage, 321 décès, 100 guérisons, 222 cas en traitement. Dans les campagnes, 421 cas, 210 décès, 46 guérisons, 165 en traitement.

En Ecosse, 5,170 cas, 2,302 décès, 1,014 guérisons, 1,854 cas en traitement. Total : 6,234 cas, 2,833 décès, 1,160 guérisons, 2,241 cas en traitement.

Nouveaux cas au 8 janvier à Londres, dans le voisinage et en Ecosse, 272, décès 115, guérisons 89. Dans ce chiffre, l'Ecosse figure pour une proportion énorme. A Glascow, 180 cas, 59 décès, 62 guérisons. »

NOUVELLES.

A la suite du concours ouvert devant la Faculté de Montpellier, M. Fuster a été nommé professeur de clinique médicale. Les voix se sont ainsi réparties :

Neuf votants. — M. Fuster, 5 voix.
M. Jaumes, 2
M. Dupré, 2

— Par décision prise à l'unanimité en séance extraordinaire, hier jeudi, 11 janvier, la Faculté de médecine a prononcé la destitution de M. H. Lefèvre, chef de clinique à la Charité, signataire de plusieurs lettres relatives à l'administration de l'Ecole, et insérées dans quelques journaux politiques.

— Le docteur Prichard, dont l'*Histoire naturelle de l'homme* a eu un grand succès, vient de mourir à Londres.

— M. Phillips commencera son cours des maladies des voies urinaires, le mercredi 17 janvier, à six heures, dans l'amphithéâtre no 1 de l'Ecole pratique.

— M. Couvreux nous prie d'annoncer que l'instrument qu'il a présenté à l'Académie de médecine (*voir* le dernier numéro) est un spéculum de la bouche et non de l'oreille.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 16 JANVIER 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 6.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 15 JANVIER 1849.

De l'asphyxie dans les inhalations d'éther et de chloroforme.

Dès le début de la discussion actuellement pendante devant l'Académie, la question de l'asphyxie chloroformique a pris une importance qu'elle était bien loin de mériter. Dès le début aussi nous avons dit comment on devait envisager cette question, et nous nous étions abstenu d'y revenir, espérant que les orateurs ne tarderaient pas à s'apercevoir que là n'était pas le point essentiel du débat. Cependant, la discussion se prolongeant sur ce sujet, nous avons résolu d'en dire pour la dernière fois quelques mots.

Il serait inutile sans doute de rappeler longuement toutes les opinions qui ont été émises touchant l'asphyxie dans les inhalations anesthésiantes. Il suffira de dire que les uns ont vu dans cette asphyxie la source à peu près unique de tous les accidents, et que, pour éviter ces accidents, ils n'ont vu d'autres moyens que de faciliter l'arrivée de l'air dans leurs appareils. D'autres, avec M. Parchappe (c'est du moins ainsi que nous avons compris son opinion), n'ont admis d'asphyxie que dans la troisième période d'éthérisation (période de stupeur), c'est-à-dire seulement alors que l'action nerveuse de la moelle allongée qui régit les mouvements respiratoires est suspendu. Dans cette doctrine, l'asphyxie ne serait que le phénomène terminal, et par conséquent très secondaire de l'éthérisation. Enfin, quelques observateurs ont repoussé toute idée d'asphyxie dans l'éthérisation, qu'ils ont considérée comme un simple empoisonnement. De ce nombre est M. Bérard, qui a cherché, dans la dernière séance, à rallier aux *bonnes doctrines physiologiques* le sentiment de l'Académie.

Pour arriver sur toutes ces questions à des conclusions pratiques de quelque importance, il est nécessaire de les réduire à des termes plus simples, et, pour les résoudre, de tenir un plus grand compte qu'on ne l'a fait généralement des lois physiques qu'on est trop disposé à oublier. Voici donc comment nous poserons les questions pratiques relatives à l'asphyxie :

1° Y a-t-il ou n'y a-t-il pas nécessairement asphyxie dans toutes les éthérisations?

2° En cas d'affirmative, dans quelles proportions cette asphyxie a-t-elle lieu, et quel rôle joue-t-elle dans les phénomènes plus ou moins fâcheux qui peuvent se manifester?

A la première de ces questions nous répondrons, contrairement aux assertions de M. Bérard, il y a nécessairement asphyxie dans toutes les inhalations anesthésiques. La plus simple réflexion suffit pour le démontrer. Dès que dans un mélange gazeux il y a moins de 21 parties 0/0 d'oxygène, l'oxygénation du sang cesse de se faire d'une manière complète, c'est-à-dire que dès ce moment l'asphyxie commence; d'autant plus la proportion d'oxygène diminuera, d'autant plus l'asphyxie sera énergique et conséquemment rapide. Or dans toute inhalation la vapeur anesthésiante remplace une quantité plus ou moins grande d'air; dans toute inhalation donc il y a nécessairement asphyxie, et asphyxie d'autant plus énergique que l'anesthésie se produira plus promptement; car la promptitude des effets anesthésiques tient évidemment à l'abondance des vapeurs que le patient respire. C'est donc bien en vain que M. Malgaigne et tous les chirurgiens épuiseraient les ressources de leur imagination pour construire des appareils propres à empêcher l'asphyxie, cette asphyxie aura lieu toutes les fois qu'on mélangera à l'air respirable la vapeur de chloroforme; seulement, si la proportion de vapeur est très faible, l'asphyxie sera elle-même insensible; mais aussi l'anesthésie sera très longue à se produire ou ne se produira qu'incomplètement; et quand elle se produira avec rapidité, c'est que l'asphyxie sera elle-même considérable. Voilà des vérités que la connaissance des premiers éléments de physique ne permet pas de contester.

A la seconde demande la réponse est beaucoup moins facile. Si la vapeur du chloroforme était un fluide inerte comme l'azote, c'est évidemment à l'asphyxie que devraient être rapportés tous les phénomènes graves qui peuvent se développer dans les inhalations; mais il s'en faut bien qu'il en soit ainsi; la vapeur anesthésiante est un corps non-seulement actif, mais encore puissamment toxique. Il n'est donc pas douteux qu'à côté des accidents asphyxiques il y ait des phénomènes d'empoisonnement, et pour apprécier exactement l'intensité des uns et des autres dans l'éthérisation, il faudrait pouvoir mesurer les proportions du mélange employé, et connaître rigoureusement la puissance toxique de la vapeur du chloroforme, comme on connaît celle du gaz acide carbonique, de l'hydrogène carbonné, etc. Or ni l'une ni l'autre de ces conditions ne sont encore remplies; on ne peut que prévoir plus ou moins approximativement la solution du problème; mais les expériences faites suffisent pour démontrer que l'influence toxique est considérable, et certainement supérieure à l'action asphyxique. En définitive, il y a dans toute éthérisation, non pas précisément une *asphyxie toxique*, comme l'a dit M. Guérin, mais un *empoisonnement asphyxique*, comme dans tous les empoisonnements produits par des gaz.

Après ces explications, vouloir mettre sur le compte de l'asphyxie les cas de mort qui se sont produits pendant les éthérisations, vouloir prévenir les accidents futurs en empêchant l'asphyxie, c'est tout simplement diviser ce qui est indivisible, et chercher le moyen de se plonger dans l'eau sans se mouiller. Nous espérons que l'Académie ne poursuivra pas plus longtemps ce genre de recherches.

Des changements apportés dans le personnel médical des établissements d'aliénés depuis le 24 février.

Tout le monde a encore présente à la mémoire cette espèce de frénésie avec laquelle, après le 24 février, ceux qui tenaient de près ou de loin aux vainqueurs du jour cherchèrent à se jeter sur tous les emplois grands et petits, et à déposséder les anciens titulaires, quels que fussent les titres, déloyaux ou honorables, à l'aide desquels ils étaient parvenus. Le service public des aliénés ne fit point exception à la règle générale: comme les autres il devint l'objet de convoitises nombreuses, et les cartons du ministère suffisaient à peine à contenir les pétitions des solliciteurs. Les ministres cependant eurent le bon esprit de résister à la plupart des sollicitations, et même, grâce aux honorables efforts de l'inspecteur du service, de réformer les décrets de certains commissaires extraordinaires qui, faute d'avoir pu rallier à leur candidature les médecins d'aliénés, n'avaient trouvé rien de plus patriotique à faire que de les destituer. C'est ce qui eut lieu pour l'honorable M. Girard, médecin de l'asile d'Auxerre, et ce que des démarches actives empêchèrent d'arriver pour MM. Renaudin, médecin de l'asile de Fains (Meuse), et Follet, médecin de l'asile de Quimper. M. Smytherre, médecin de l'asile de Lille (asile des femmes), fut moins heureux que ses trois collègues; il ne put être replacé que longtemps après sa révocation, laquelle avait été faite par le citoyen commissaire Delescluze, *sur la demande* (pour nous servir d'un mot parlementaire) *du directeur de l'établissement* dont M. Smytherre avait eu le malheur de ne pas captiver les sympathies; cet honorable confrère partage aujourd'hui avec l'ancien adjoint le service de l'asile de Rouen.

Mais si les ministres ont résisté à la plupart des demandes qui leur étaient adressées, ils n'ont pas été sévères jusqu'au bout. M. Foville, dont les travaux, le mérite et les qualités personnelles sont appréciés de tout le monde, a été expulsé de Charenton sous le prétexte, dit-on, qu'il ne voulait pas habiter l'asile; si ce prétexte est réel et suffisant, ce que nous sommes loin de regarder comme avéré, il n'en saurait être de même sans doute de celui qui a fait appeler à Charenton, à côté de M. Calmeil, M. Archambault, dont les titres scientifiques étaient bien inférieurs à ceux de plusieurs de ses collègues; encore moins était-on autorisé à remplacer, à Nancy, M. Archambault par M. Morel de Gany, homme de mérite, mais qui se trouvait en dehors des conditions voulues par l'ordonnance de 1839, dont la lettre et plus encore l'esprit ont été violés par sa nomination.

Le citoyen Sénart et le citoyen Dufaure se sont-ils conformés davantage aux exigences de la justice et d'une bonne administration, l'un en divisant le service d'inspection et en nommant un inspecteur nouveau, l'autre en renforçant les deux *demi-inspecteurs* d'un inspecteur adjoint? Les faits suivants permettront d'en juger.

M. Sénart a pensé que le service de l'inspection des aliénés de France était assez important pour occuper deux inspecteurs, puisque l'inspection des établissements de bienfaisance en occupait *douze*, et l'inspection des prisons *quinze*. L'opinion de M. Sénart paraît d'abord assez plausible; mais elle perd singulièrement de sa valeur quand on consulte les raisons qui ont été données pour l'appuyer, lorsque l'Assemblée nationale a fixé le nombre et les émoluments des nouveaux inspecteurs. On voit en effet dans ce compte-rendu de la séance que le nombre des inspecteurs des prisons et des établissements de bienfaisance est diminué de douze et quinze à quatre et cinq, parce que le service pourrait être mieux fait, et que le nombre des inspecteurs d'aliénés est porté de *un* à *trois*, parce que le service de cette inspection « *est réellement fait.* » Comprenne qui pourra ces raisons; pour nous, nous y renonçons. A l'exemple de M. Gerdy, nous ne comprenons guère davantage qu'un ministre dit républicain, ayant à nommer un inspecteur d'aliénés, ne soumette pas cette nomination soit au concours, soit à l'élection d'un corps savant. Il est vrai qu'à cela M. Sénart répond qu'il a bien choisi, et que le concours ou l'élection n'auraient pu faire mieux. M. Sénart a bien choisi, nous n'en disconviendrons pas; mais il nous accordera bien, à son tour, d'abord que l'Académie de médecine aurait été en cette circonstance plus compétente que lui, et ensuite que tous les ministres pourront n'être pas aussi heureux qu'il l'a été. En voici même la preuve: c'est qu'après M. Sénart, qui a nommé M. Parchappe, vient M. Dufaure, qui nomme M. Lasègue. Nous sommes loin assurément de vouloir déprécier le mérite de cet honorable confrère; mais nous sommes bien forcé de reconnaître avec tout le monde qu'aucun titre scientifique ne le rendait digne de la faveur qu'il a reçue.

Que conclure maintenant de tous ces faits? C'est que les ministres de la république, comme ceux de la monarchie (et même, à en juger par ce qui s'est passé dans ces derniers temps, plus que ceux de la monarchie), sont disposés à passer par-dessus les principes de justice pour ne consulter que leurs intérêts ou leurs affections; c'est que dans aucun temps on ne doit compter sur les hommes, mais toujours sur les institutions.

Pour les places de médecins des établissements d'aliénés, le concours, nous le savons, est d'une application difficile, peut-être même impossible; mais l'élection par un corps savant est parfaitement applicable, et devrait par conséquent être appliquée. L'article 5 de l'ordonnance de 1839 invitait déjà l'administration à prendre pour les postes supérieurs des médecins qui avaient déjà donné des preuves de talent à l'administration dans des positions moins élevées; c'est cet article 5 que les ministres de la République auraient dû perfectionner ou plutôt compléter, et dont, tout au contraire, ils n'ont tenu aucun compte.

Une indisposition a empêché notre rédacteur du COURRIER DU MONDE MÉDICAL de faire son feuilleton. Nous le publierons dans le prochain numéro.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. MICHON.

Affection ostéo-sarcomateuse de l'os des îles.

Au n° 42 bis de la salle Saint-Louis est couché un malade qui ne se trouve que provisoirement à l'hôpital de la Pitié, en attendant son placement à l'hospice de Bicêtre. C'est pour cette raison que M. Michon ne veut pas laisser échapper l'occasion qui lui est offerte de faire remarquer à ses élèves ce qu'il présente d'intéressant.

Cet homme, qui est âgé de cinquante-cinq ans, est un ancien militaire, d'une assez forte constitution, mais qui porte sur son faciès une coloration jaunâtre particulière qui indique, chez lui, l'existence d'une cachexie cancéreuse. L'affection dont il est atteint est effectivement, comme nous allons le dire, une maladie incurable de nature ostéo-sarcomateuse.

Dans le pli inguinal du côté droit, et à la réunion de la cuisse avec la hanche, se trouve une tumeur d'une grosseur égale à celle de deux têtes d'adulte. Cette tumeur est très dure, très résistante, sans changement de couleur à la peau, évidemment de nature osseuse. La jambe droite, c'est-à-dire celle du côté où se trouve la tumeur, est beaucoup plus courte que l'autre. Par une mensuration approximative, on trouve une diminution de sept centimètres.

Ce malade a déjà été dans plusieurs hôpitaux ; il a été traité, notamment à l'hôpital Beaujon, pendant six mois. Il nous dit que là on a beaucoup insisté pour savoir de lui s'il avait boité dans sa jeunesse, et s'il avait naturellement une jambe plus courte que l'autre. M. Michon lui pose également les mêmes questions, pour lesquelles ce malade persiste à nous répondre d'une manière négative, et à répéter toujours son grand argument, qui est en effet d'une grande valeur, c'est qu'il est ancien militaire, et que, s'il avait eu naturellement une jambe plus courte que l'autre, on ne l'aurait pas admis au service.

Cet homme présente une maladie analogue, mais non pas semblable à celle du malade couché au n° 29 de la même salle, et dont l'observation a été rapportée dans le numéro du 28 novembre de la *Gazette des Hôpitaux*. Chez ce dernier, c'est la cavité cotyloïde qui est malade, qui s'est considérablement agrandie et est remontée jusque dans la fosse iliaque externe. La tête du fémur a suivi cet allongement de la cavité cotyloïde, conséquence d'une cystite chronique qui s'est terminée par ostéite et hydropisie de l'articulation coxo-fémorale.

Chez celui-ci, c'est tout l'os des îles qui est malade ; on ne trouve plus l'épine iliaque antérieure et supérieure ; elle est gonflée, envahie par la tumeur. Il n'y a qu'en arrière, à la partie postérieure, que l'os des iles est sain, et où l'on peut sentir la tubérosité sciatique.

D'où provient le raccourcissement de la jambe? Il ne vient pas du fémur ; car la mensuration a été faite de chaque côté, depuis le sommet du grand trochanter jusqu'à la tubérosité du condyle externe, et elle a donné de chaque côté une longueur de 41 centimètres. Il n'est pas probable cependant que le fémur soit parfaitement intact ; on sent quelque rugosité à sa partie supérieure ; mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'il n'est nulle part interrompu dans sa continuité, car en faisant mouvoir la cuisse on sent la tête rouler dans la cavité cotyloïde.

Le fémur a donc échappé à l'affection carcinomateuse, et c'est dans l'articulation coxo-fémorale que la maladie a son siége.

Le malade qui est au n° 39, indépendamment de la déformation de l'os, a des corps étrangers dans l'articulation ; on sent, en la déprimant, une poche fluctuante contenant un liquide avec des corpuscules durs. Le raccourcissement du membre, chez cet homme, est variable suivant l'intensité des tractions que l'on exerce sur son membre. Quand il repose son pied à terre, son membre remonte, parce que la cavité cotyloïde est trop large pour contenir la tête du fémur.

Chez celui-ci, c'est l'os en totalité qui est pris ; il semble qu'une matière étrangère se soit déposée entre les deux lèvres de la crête de l'os des îles. On trouve sur cette tumeur toutes les traces de l'os cancien ; ses saillies et ses enfoncements seulement avec une grande exagération ; c'est une altération cancéreuse des os, un ostéosarcome probablement de nature encéphaloïde, bien que la maladie ait été fort longue.

Le début de cette maladie a été, à ce qu'il paraît, fort insidieux, et, puisque ce malade a changé souvent d'hôpital, il a dû embarrasser plus d'un chirurgien. On a pu croire qu'il s'agissait d'une coxalgie commençante ou ancienne ; aujourd'hui le diagnostic ne présente plus aucune difficulté.

Le pronostic est des plus graves, ou bien ce malade succombera prochainement à la cachexie cancéreuse dont il est atteint, ou bien il viendra un moment où ses os se fractureront avec la plus grande facilité et où il ne pourra plus marcher sans s'exposer à de nouvelles fractures.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, ce malade est très intéressant, de même qu'il l'a été au point de vue du diagnostic et de la séméiotique, alors que son affection était moins avancée et qu'il devait embarrasser plus d'un homme instruit.

Constitution érysipélateuse. — Trois cas d'érysipèle traumatique serpigineux.

Trois exemples d'érysipèle serpigineux viennent de mettre en danger au même moment les jours de trois malades qui se trouvent dans les salles de M. Michon.

Le premier est un garçon boucher, d'une forte constitution, âgé de vingt ans, couché au n° 2 de la Saint-Louis, et qui était entré pour une petite plaie qu'il s'était faite au coude du côté droit.

Le deuxième, couché au n° 10 de la même salle, est un maçon, âgé de quarante ans, opéré d'une nécrose à la mâchoire inférieure.

Le troisième est un manœuvre, âgé de trente-deux ans, couché au n° 3 de la salle Saint-Antoine, et qui a subi l'opération de la fistule à l'anus.

Ces trois malades, qui viennent d'être pris à la fois d'un seul et même accident, ont heureusement échappé jusqu'aujourd'hui à la mort qui les a menacés, et deux d'entre eux sont presque hors de danger. Il n'en n'est pas moins évident, dit M. Michon, que nous vivons sous une constitution érysipélateuse, car à aucune époque ces accidents ne se montrent d'une manière aussi effrayante. Loin de nous cependant la pensée, dit le savant professeur de la Pitié, de vouloir accuser de ces accidents la situation hygiénique de nos salles ou d'en faire remonter la cause à une mauvaise administration intérieure. Nous croyons, au contraire, que les malades qui sont dans nos salles y trouvent mille ressources dont ils seraient privés s'ils étaient chez eux et une hygiène bien préférable à celle de leurs habitations. Le séjour de l'hôpital présente à ces malheureux des avantages immenses en présence de la position où ils se trouveraient chez eux sans linge, sans charpie, sans cataplasmes, exposés au froid et sans secours d'aucune sorte.

Il n'en n'est pas moins vrai que l'air, quand il est mal renouvelé, que l'odeur de l'urine, que les miasmes qui s'échappent des appareils de pansements et des matières fécales ne puissent favoriser la production des accidents érysipélateux ; mais il faut encore autre chose ; il y a une autre cause qui nous échappe et qui existe bien cependant, puisqu'il arrive souvent que, pendant qu'une épidémie érysipélateuse sévit dans les hôpitaux, elle produit aussi les mêmes ravages chez les malades de la ville, chez lesquels se trouvent réunies toutes les conditions hygiéniques les plus favorables que puisse désirer le chirurgien.

C'est dans la crainte de voir survenir des accidents du même genre que M. Michon ne se hâte pas de pratiquer actuellement plusieurs opérations qui peuvent être remises sans danger. Il n'a pu toucher depuis quelques jours à un malade sans voir survenir d'érysipèle.

Ce ne sont pas des lymphagites qui existent chez les malades dont nous allons parler, mais bien des érysipèles serpigineux ; il semble qu'on a poussé sous la peau avec une seringue la matière de l'érysipèle d'où résulte une espèce de festou à grand dessin qui marque les limites de l'inflammation.

Le malade qui est couché au n° 2 de la salle Saint-Louis est affaibli au dernier point ; de fort et vigoureux qu'il était à son entrée, il n'est plus aujourd'hui reconnaissable : il est affaibli et pusillanime au dernier point. Cette faiblesse est la conséquence de l'espace considérable qu'a parcouru son érysipèle, qui, parti du coude, a envahi à la suite d'un violent frisson toute la tête et le tronc jusqu'aux membres inférieurs.

Cette constitution ainsi affaiblie, cette peau qui a été malade dans une grande surface et qui est aujourd'hui rugueuse sont autant de portes ouvertes à toutes les maladies ; c'est pourquoi ce malade nous donne encore des inquiétudes. Hier il s'est plaint d'une douleur de la poitrine.

Aujourd'hui, nous l'avons trouvé toujours aussi timide ; il est heureux de la présence de son médecin auprès de lui et semble sauvé pendant qu'il y reste.

La peau fonctionne mal chez ce malade ; la transpiration cutanée ne se fait pas ; il faut craindre qu'il ne se forme quelque part des épanchements et, comme le dit fort bien M. Michon, que la sueur ne se fasse chez lui dans les membranes séreuses.

Le malade couché au n° 10 de la salle Saint-Louis inspire aussi des craintes, mais pour une autre raison. A la suite de l'opération qui lui a été pratiquée sur la mâchoire inférieure, il a d'abord eu un érysipèle franc sur la joue du même côté. Puis est survenu du malaise, des frissons, et l'érysipèle a envahi le côté opposé de la tête, et nous fit alors concevoir des craintes à cause de son rapprochement de l'encéphale. Ses paupières se sont considérablement gonflées, au point de former obstacle à la vision, et de la présence de l'érysipèle sur ces parties est résultée la formation d'un petit abcès.

L'érysipèle parcourt aujourd'hui la partie antérieure du tronc sous une apparence très pâle, mais en laissant cependant sous le doigt la sensation d'une légère aspérité.

Le délire, qui existait il y a quelques jours, est maintenant dissipé ; il n'y a plus même de rêvasseries, et cependant le malade reconnaît très bien la voix de M. Michon quand il arrive près de son lit.

La tuméfaction des paupières n'est pas encore disparue et le malade ne voit pas encore clair ; un large vésicatoire lui a été appliqué à la nuque et des purgatifs lui ont été prescrits.

Si l'érysipèle descend, il est douteux que ce malade puisse résister à cette nouvelle complication. Nous chercherions cependant à l'arrêter au moyen d'un cordon sanitaire formé par un vésicatoire sous forme de bandelette, moyen que nous avons vu réussir dans plusieurs cas.

Le malade couché au n° 3 de la salle Saint-Antoine en est à la troisième période de la même maladie et est presque guéri. Il avait été opéré d'une fistule à l'anus par incision ; le pansement avait été bien fait et la plaie presque cicatrisée quand nous avons observé chez lui tous les symptômes de phlébite ou de résorption purulente.

La joie de M. Michon a été grande quand il a vu un caleçon érysipélateux couvrir les cuisses et les jambes. Pendant huit jours, ce malade est resté abattu, présentant une teinte cadavéreuse ; les dents fuligineuses, les yeux caves, la prostration générale dans laquelle il se trouvait ont fait pendant quelques jours désespérer de le sauver.

L'érysipèle ne s'est terminé qu'à la pointe des pieds. Nous avons craint du délire, mais il n'en est pas survenu.

Ce malade a repris courage et maintenant il va beaucoup mieux. Il nous refusait il y a quelques jours toute espèce d'alimentation ; il était comme les animaux qui refusent toute nourriture quand ils sont malades ; aujourd'hui, c'est lui-même qui nous a demandé à manger.

Des trois malades dont nous venons de parler, c'est celui qui nous a donné le plus d'inquiétude ; c'est aujourd'hui celui qui nous donne le plus d'espérance.

HOPITAL DE LA MARINE DE CHERBOURG.

M. Jules Roux, chirurgien en chef.

Mémoire sur la fracture de la colonne vertébrale.

Il y a beaucoup à faire pour compléter l'histoire des fractures de rachis. C'est dans le traitement surtout que se rencontrent les lacunes les plus nombreuses. Là rien n'est encore établi sur des bases précises, et le praticien, dans la plupart des cas, n'a pour se déterminer d'autre guide que ses propres inspirations. Tous les auteurs sont pénétrés de l'extrême gravité de ces lésions ; seulement, les uns les regardent comme au-dessus des ressources de l'art, et limitent le rôle de chirurgien à une désolante expectative ; quelques autres, plus hardis, proclament la nécessité d'intervenir et proposent des opérations qu'on a diversement appréciées et qui ont l'inconvénient de ne s'appliquer qu'à une forme déterminée de la fracture. Parmi les partisans de plus en plus nombreux d'une chirurgie active se place M. J. Roux, qui a depuis longtemps émis le vœu de voir employer contre les affections traumatiques de la colonne vertébrale, avec compression de la moelle, les moyens qu'on met en œuvre dans les fractures du crâne pour conjurer les effets funestes de la compression du cerveau. Tout dernièrement, à propos d'un malade de son service, ce professeur a traité ce point important de thérapeutique chirurgicale. Nous nous bornerons à donner le résumé des considérations auxquelles il s'est livré, en même temps que nous ferons connaître le fait clinique qui a donné lieu à leur développement.

Le 10 octobre, le nommé Renet (Pierre), âgé de trente-huit ans, contre-maître tôlier dans l'arsenal, fit une chute d'environ sept mètres de hauteur. Transporté à l'hôpital de la marine de Cherbourg immédiatement après l'accident, il présentait les phénomènes suivants :

Contusion assez étendue à la partie moyenne du dos ; au-dessous est une saillie très prononcée, dure, immobile, d'une courbure régulière, abruptement terminée du côté de la région cervicale par un enfoncement très manifeste. Elle paraît formée par les apophyses épineuses des vertèbres dorsales moyennes ; ces apophyses épineuses ne se trouvent plus sur la ligne médiane du corps ; elles sont légèrement déviées à gauche ; mais la main qui les explore n'y découvre aucune mobilité anormale, n'y constate aucun bruit de crépitation. Des pressions exercées sur les lames vertébrales correspondantes ne font découvrir aucun signe de fracture ; la huitième côte gauche se trouve très rapprochée de la neuvième. Cette particularité n'existe pas du côté droit.

D'autre part apparaissent des troubles fonctionnels d'une signification évidente : paralysie complète du mouvement dans toute la partie du corps située au-dessous de la gibbosité, à l'exception toutefois des muscles abdominaux et du diaphragme ; paralysie absolue du sentiment dans la même étendue. Les limites de l'insensibilité sont, en avant, à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic, sur les côtés, au niveau de la douzième côte, et en arrière, à la partie supérieure de la région lombaire ; délimination importante qui peut servir à spécifier le point de l'axe nerveux qui est comprimé ; rétention des urines et des matières fécales ; le pénis est dans un état de demi-érection ; nausées fatigantes, vomissements ; pâleur de la face, petitesse et extrême fréquence du pouls ; la respiration est courte et rapide ; intégrité des fonctions intellectuelles.

A ces signes, on reconnaît une fracture de la colonne vertébrale avec lésion de la moelle. Mais quel est le siége précis de la fracture? Quelle est la nature de la lésion de la moelle ? Tels sont les problèmes importants que le diagnostic a à résoudre. L'étendue de la paralysie, le lieu de la déformation du rachis, le peu de largeur du huitième espace intercostal gauche font soupçonner une fracture de la huitième ou de la neuvième vertèbre dorsale. D'un autre côté, l'absence de crépitation dans les apophyses épineuses et les lames vertébrales, la régularité de la courbure que forme la gibbosité, indiquent que la fracture siége peut-être uniquement sur le corps de la vertèbre ; circonstance importante qui est dominante, comme nous le verrons, dans la thérapeutique de ces fractures. Enfin le mode de déformation de la colonne vertébrale ne peut s'expliquer que par un déplacement des fragments, de même que la déviation de la gibbosité fait supposer que la vertèbre lésée a dû subir une légère torsion de droite à gauche. Faisons remarquer ici que, lorsque la fracture porte uniquement sur les masses apophysaires, on n'observe pas de déviation dans l'axe du rachis.

Les troubles fonctionnels ne peuvent pas être attribués à une commotion de la moelle, puisque la paralysie, toute partielle, est régulièrement limitée, et qu'il existe des caractères physiques évidents d'une déformation rachidienne. On ne saurait non plus admettre un épanchement de sang, car l'insensibilité s'est manifestée immédiatement après l'accident ; elle a été subitement complète, et n'est pas sortie depuis de ses premières limites ; circonstances qui contrastent avec la marche ordinairement croissante des phénomènes de compression dus à un épanchement. Reste à déterminer si l'on a affaire à une simple compression ou bien à une déchirure plus ou moins complète de la moelle. Là est toute la difficulté. Cependant, en procédant toujours par voie d'exclusion, M. J. Roux est porté à penser que la saillie si considérable des apophyses épineuses ne peut s'expliquer que par un déplacement assez étendu des fragments du corps de la vertèbre fracturée, déplacement qui n'a pas dû borner ses effets à une simple compression.

Il rappelle, à ce propos, un fait analogue observé il y a deux ans à l'hôpital du bagne de Toulon : La gibbosité qu'on remarqua dans la région lombaire, et qui connaissait pour cause une fracture oblique du corps de la deuxième vertèbre de cette région, était beaucoup moins prononcée que dans le cas actuel ; et cependant, à l'autopsie, la moelle fut trouvée diffluente dans la partie correspondant à la fracture, et baignée dans un liquide purulent qui semblait mêlé à sa propre substance. Il est vrai qu'une compression longtemps continuée peut rendre compte de ces altérations de la moelle. Aussi ce ne fut que sous la forme du doute que M. J. Roux porta ce diagnostic : fracture du corps de la huitième ou de la neuvième vertèbre dorsale avec déchirure de la moelle.

Maintenant, quels sont les moyens que la science met à la disposition du praticien pour combattre les fâcheux effets d'une lésion de cette nature? Au point de vue pratique, il faut distinguer les fractures qui portent sur la masse apophysaire de celles qui occupent le corps d'une vertèbre. Dans le premier cas, il y a une dissidence parmi les auteurs, les uns

blâmant toute intervention de la part du chirurgien, les autres l'érigeant en précepte. Si nous étions, dit M. J. Roux, en présence d'une fracture portant sur le segment postérieur de l'anneau vertébral et déterminant la compression de la moelle, nous n'hésiterions pas à imiter la conduite de M. Laugier, c'est-à-dire à trépaner la vertèbre fracturée pour faire cesser la compression. La certitude de voir cette lésion amener fatalement la mort de l'individu, si on l'abandonne à elle-même, légitime toutes les tentatives qui donneraient au malade quelques faibles chances de guérison. Il est vrai que les résultats obtenus, dans des cas analogues, par H. Cline, Tyrrel et par M. Laugier lui-même sont peu encourageants; mais on ne sera pas disposé à les laisser peser d'un trop grand poids dans la balance de nos déterminations, si l'on réfléchit, d'une part, que ces insuccès tiennent moins à la gravité de l'opération qu'aux mauvaises conditions dans lesquelles elle a été pratiquée, et si, d'autre part, on considère que, pour apprécier convenablement un moyen curatif proposé pour remédier à une lésion grave et presque inévitablement mortelle, il est plus logique de compter les succès qu'il peut donner que les revers qu'il fait éprouver. Peut-être ferait-on bien, avant de se décider à l'opération, d'essayer du moyen proposé par M. le docteur Frestel, de Saint-Lô, qui, dans un cas de fracture de l'apophyse trausverse de la douzième vertèbre dorsale, est parvenu à faire cesser la compression de la moelle et à guérir son malade à l'aide d'une ventouse appliquée et maintenue pendant quelques jours sur le lieu de la fracture.

Mais, dans le cas actuel, les masses apophysaires sont intactes; et, en admettant même qu'elles soient le siége de quelque fracture qui n'a pas pu être constatée, là ne serait pas la gravité du mal. La principale indication à remplir, c'est de rétablir la rectitude de la tige osseuse que représente la colonne épinière et la perméabilité du canal vertébral. Tous les auteurs qui se sont occupés de ce point délicat de thérapeutique chirurgicale s'accordent à proscrire d'une manière absolue toutes tentatives de réduction, les regardant comme aveugles et susceptibles d'augmenter la lésion primitive de la moelle. Ces craintes sont-elles fondées, et doivent-elles, dans tous les cas, commander la conduite du chirurgien? Nous ne le pensons pas. L'observation rigoureuse de ce précepte appliqué aux luxations des vertèbres cervicales inférieures a fait bien des victimes, dont le nombre diminue depuis que le précepte contraire a prévalu. Dans le fait observé à l'hôpital de Toulon, M. J. Roux n'a pas osé dévier de la route tracée par les auteurs, et le blessé est mort vingt jours après l'accident. Les mêmes résultats surviennent dans tous les cas semblables. L'induction nous conduit donc à employer contre les fractures du rachis les moyens dont l'expérience a signalé les heureux effets dans les luxations. On trouve, du reste, à cette pratique un avantage incontestable: si la fracture peut être réduite, le canal reprendra ses dimensions normales, et les accidents dus à la compression disparaîtront si la moelle a été seulement comprimée. Dans le cas où la moelle aurait été malheureusement déchirée, n'est-il pas évident que la réduction de la fracture aura pour effet de faire cesser une cause incessante d'irritation et, par suite, de diminuer les chances de l'invasion d'une myélite? Et même qui pourrait assurer que la formation d'une cicatrice nerveuse au niveau de la solution de continuité ne permettra pas le rétablissement des fonctions de la moelle, comme la chose a lieu chez les animaux, comme chez l'homme on voit se reproduire l'exercice de la sensibilité et du mouvement après la cicatrisation d'un plexus ou d'un nerf divisés?

Pour toutes ces raisons, M. J. Roux se décide à tenter la réduction de la fracture. Pendant que la contre-extension s'effectuait sur les épaules maintenues immobiles, et que des aides vigoureux exerçaient l'extension sur les pieds par des tractions lentes, continues et énergiques, l'opérateur comprimait avec une de ses mains la gibbosité vertébrale. Cette manœuvre, qui fut accompagnée d'un bruit profond de crépitation perceptible au toucher et à l'ouïe, réussit dans ce sens que la difformité disparut et que la rectitude de l'axe osseux fut rétablie; mais la paralysie persista, ce qui vint confirmer le diagnostic porté sur la nature de la lésion de la moelle.

Une fois la fracture réduite, il s'agissait de prévenir le retour du déplacement; mais on rencontre ici d'immenses difficultés. Sanson et d'autres après lui ont conseillé de placer le malade sur le ventre; mais, outre que cette position est fatigante et ne permet pas de pratiquer le cathétérisme, elle n'assure pas l'immobilité de la colonne épinière et ne peut atteindre le but qu'on se propose. Les lits mécaniques sont impropres à remplir cette indication, et, si M. Gerdy est parvenu à un résultat heureux en faisant coucher son malade sur un lit disposé de manière à présenter des saillies et des dépressions en rapport avec les courbures normales du rachis, il est probable que son succès eût été moins complet si la fracture avait occupé le segment antérieur de l'anneau vertébral. La chirurgie, qui possède de si nombreux appareils pour les autres fractures, est ici d'une pauvreté extrême: c'est là une lacune regrettable et qui ne peut manquer tôt ou tard d'être comblée. On conçoit, par exemple, dit M. J. Roux, que la contention pourrait être obtenue au moyen d'un appareil inflexible, matelassé sur ses bords, appliqué sur les côtés du rachis et muni dans le milieu de pinces mobiles, qui agiraient directement sur les apophyses épineuses voisines du siége de la fracture, à la manière du poinçon proposé par M. Malgaigne, mais en sens inverse. On peut comprendre aussi l'efficacité d'un appareil composé d'une tige inflexible qui agirait sur le fragment supérieur de la tige vertébrale en embrassant la poitrine et sur l'inférieur en embrassant le bassin. La science a tout à faire dans cette direction, et il faut convenir que, si le problème est déjà difficile dans les fractures obliques du fémur à cause des mouvements auxquels sont soumis les fragments, il se complique encore dans celles de la colonne vertébrale d'un élément nouveau, de la présence dans le canal rachidien d'un organe nerveux qui ne souffre pas de compression et qui exige le rapport le plus exact entre les surfaces fracturées. Cependant, comme il est difficile d'improviser un appareil qui remplisse toutes les indications, M. J. Roux se borna à employer le seul moyen connu, le décubitus dorsal; un coussin fut placé au niveau de la lésion.

Les manœuvres d'exploration et celles nécessitées par la réduction avaient été peu douloureuses; mais, tandis que les premières avaient provoqué des nausées et des vomissements assez nombreux, les secondes ne fatiguèrent que fort peu le blessé. — Bouillon, limonade citrique, cathétérisme.

Le troisième jour, l'état du malade n'avait pas changé; seulement, la gibbosité ayant reparu dans la nuit sous l'influence de mouvements imprimés au malade pour le coucher sur le côté, de nouvelles tentatives de réduction furent opérées et avec les mêmes résultats que la première fois. L'érection est moins prononcée, le pouls donne 140 pulsations; les urines sont très abondantes, claires et acides.

Les jours suivants, la situation du blessé reste à peu près la même. Le déplacement ayant reparu, M. J. Roux, convaincu qu'il était en présence d'une fracture oblique impossible à maintenir réduite par la position, renonça à de nouvelles manœuvres et se tint à regret dans l'expectative conseillée par les auteurs. Les vomissements cessent dès le quatrième jour de l'accident; le pouls tombe graduellement à 85 pulsations; les urines conservent les mêmes caractères; les selles n'ont lieu que sollicitées par des lavements purgatifs.

Le 17, la peau commence à rougir au niveau des régions sacrées et trochantériennes, sur lesquelles on fait alternativement reposer le malade; des eschares envahissent les points contus du dos. Il semble au malade, que les parties inférieures de son corps sont suspendues en l'air. Bientôt des phlyctènes se forment à la plante des pieds; des eschares apparaissent sur tous les points paralysés où s'exerce quelque pression: aux malléoles, aux genoux, aux trochanters, au sacrum; le sommeil diminue, la soif devient vive; les vomissements reparaissent; le pouls remonte à 110 pulsations; l'appétit se perd; sueurs nocturnes, aigreurs d'estomac; selles involontaires; infiltration de toute la partie inférieure du corps. Les forces s'épuisent, la face pâlit, et le blessé commence à perdre l'espérance. Cependant on n'a observé aucun signe de myélite.

Le 29, apparut un phénomène curieux: nous vîmes, en essuyant les plaies de la plante du pied droit, le membre correspondant s'animer de mouvements prononcés de flexion; cette manœuvre, répétée sur les deux pieds, donna toujours les mêmes résultats. Le membre reprenait son immobilité dès que l'excitation cessait. Les irritations de toute nature exercées sur la peau ne purent reproduire ces mouvements, circonstance qui semble contredire cette opinion émise par Muller et Volkmann, à savoir: que nulle partie ne donne plus facilement lieu aux mouvements réflexes, quand elle vient à être irritée, que l'enveloppe cutanée. Interrogé sur les sensations qu'il éprouvait, le malade répond qu'il a ressenti à chaque mouvement une espèce de *choc* dans le point correspondant à la fracture, sensation qui se reproduit aussi chaque fois que le blessé essaie de mouvoir les membres inférieurs. Cette double sensation, qui paraît à M. J. Roux dépendre d'un double courant en sens inverse et aboutissant au même point du rachis, semble pouvoir fournir un nouveau signe qui, dans les cas les plus obscurs, servirait à faire reconnaître le lieu de la moelle où existe la compression.

Le 31, le blessé est pris d'un frisson violent.

Le 1er novembre, les urines deviennent alcalines et dégagent une odeur ammoniacale très prononcée.

Dès lors la situation du blessé va en empirant; le pouls remonte peu à peu à 140 pulsations; la respiration s'embarrasse, le malade éprouve un sentiment pénible de constriction à l'épigastre; la soif devient inextinguible; les vomissements persistent; l'œdème fait des progrès; enfin, l'affaiblissement étant devenu extrême, la mort arriva le 10; un mois après l'accident.

Voici les désordres qu'a révélés l'autopsie:

Le corps de la neuvième vertèbre dorsale est obliquement fracturé de haut en bas et d'arrière en avant; le corps de la huitième vertèbre est écorné obliquement dans sa partie inférieure; fracture des apophyses articulaires de ces deux vertèbres. Le fibro-cartilage qui unit ces deux vertèbres est fracturé, détruit dans ses deux tiers postérieurs. Le fragment inférieur de la neuvième dorsale, beaucoup plus volumineux que le supérieur, est placé derrière lui et proémine. Dans le canal vertébral, le chevauchement est très étendu et s'accompagne d'une légère torsion du fragment inférieur. Les masses apophysaires sont intactes, ou plutôt faiblement entamées du côté droit, dans le point voisin du corps de la neuvième vertèbre (1). Le canal rachidien ayant été ouvert avec précaution, on aperçoit une infiltration de sang noir dans son tissu cellulaire; la dure-mère est fortement injectée: cette rougeur s'étend à 3 centimètres au-dessus et un peu plus au-dessous du niveau de la fracture. Une petite plaque cartilagineuse existe au lieu de la compression, c'est-à-dire entre le fragment inférieur de la neuvième vertèbre et les lames de la huitième. A cet endroit, la moelle est fortement étranglée, il y a même intersection complète; le feuillet arachnoïdien est adhérent en ce point. A 3 centimètres au-dessus et au-dessous, la moelle est ramollie, diffluente; le reste du tronçon inférieur de la moelle et le bulbe lombaire sont injectés, mais présentent, du reste, tous leurs caractères normaux. Les viscères n'ont pas été examinés.

La chute s'était effectuée sur les pieds et sur le dos en même temps, il est probable que la production de la fracture est due au concours de deux causes: d'une cause indirecte et d'une cause directe. L'existence d'une forte contusion au niveau du point lésé aurait pu faire croire à la seule action d'une cause directe; mais il aurait été difficile alors d'expliquer l'intégrité à peu près complète des masses apophysaires et la direction de la fracture.

(1) On n'observe pas de traces de cal; les fragments chevauchés de la neuvième vertèbre sont solidement maintenus en place par des liens fibreux, vestiges du grand ligament vertébral antérieur.

Nous ne quitterons pas ce sujet sans noter d'une manière particulière l'influence que la lésion de la moelle a exercée sur les fonctions attribuées à cette portion des centres nerveux.

Les mouvements du cœur ont offert une accélération marquée durant les premiers jours qui ont suivi l'accident: résultat conforme à ce que Legallois a établi. Si, plus tard, ils sont devenus moins précipités, ils ne sont jamais tombés au-dessous du rhythme normal, comme Wedmeyer, Nasse et M. Longet l'ont observé dans leurs expériences sur les animaux.

Les troubles légers qu'a présentés la respiration ne se lient pas directement à l'altération de la moelle, ce qui, du reste, s'explique par l'intégrité de cordons nerveux qui animent les puissances mécaniques de cette fonction.

Les vomissements et la constipation observés dès le début du mal, l'incontinence des matières fécales survenue plus tard, indiquent l'influence qu'a eue sur les fonctions digestives la lésion traumatique de la moelle. Cette influence n'a pas été continue; car la digestion a paru s'accomplir avec régularité pendant quelques jours.

La sécrétion urinaire a été constamment très active; les urines, claires et acides jusqu'au 1er novembre, sont alors devenues troubles et alcalines sans cesser d'être abondantes, et ont conservé ces propriétés jusqu'à la mort. Stanley avait déjà indiqué ce fait.

Le phénomène de l'érection est encore un des effets de la lésion de la moelle. On sait que M. Ollivier (d'Angers) explique cette turgescence morbide par l'influence que la moelle exerce sur la circulation capillaire.

Les faits pathologiques ont établi que les compressions de la moelle à toutes les hauteurs ont une influence prononcée sur l'apparition de ce phénomène.

La nutrition a souffert, soit localement, soit dans l'organisme, comme le prouvent l'infiltration et le sphacèle partiel des parties paralysées, ainsi que l'épuisement rapide qu'a amené la maladie.

Enfin, si le pouvoir réflexe de la moelle n'était pas un fait aujourd'hui incontestable, nous aurions une nouvelle preuve de son existence dans les mouvements qui se sont produits sous l'influence d'une irritation locale, et qui n'ont été précédés d'aucune sensation perçue. Comme ces mouvements ont persisté jusqu'à la mort, on peut en conclure que la partie inférieure de la moelle a conservé tout le temps son énergie propre, et n'avait perdu que son pouvoir de transmission.

F. C.,
chirurgien de la marine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 3 janvier 1849. — Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. Morel-Lavallée exprime le regret de ne pas s'être trouvé à la séance dans laquelle, à propos des hernies étranglées, il a été dit par quelques membres qu'il n'était pas très rare de ne trouver, à l'autopsie, aucune cause appréciable de mort, pas même la plus petite trace de péritonite; il aurait demandé la parole pour dire qu'en 1836 il avait souvent fait des autopsies de personnes mortes de hernies étranglées, et qu'il n'avait pas trouvé de péritonite. Ces faits ont été rapportés dans mon concours de 1831.

— M. Gosselin. Messieurs, j'ai examiné le malade qui nous a été présenté par M. Morel-Lavallée. Je crois qu'il s'agit d'une tumeur blanche de l'articulation huméro-cubitale avec hypertrophie considérable de la tête du radius et relâchement des ligaments.

M. Nélaton. Je partage entièrement la manière de voir de M. Gosselin; de plus, je crois à une altération profonde des cartilages diarthrodiaux, lesquels seraient convertis en une substance semblable à du velours. Je crois encore que l'articulation renferme un liquide et plusieurs corps étrangers ostéo-fibreux jouissant d'une certaine mobilité. Ce malade me rappelle une pièce donnée par M. Robert à M. Cruvelhier. Cette pièce était une articulation du coude renfermant quatorze corps étrangers.

M. Michon. Il serait important de connaître l'origine de la maladie. On saurait ainsi si elle a commencé par la synoviale, comme cela a lieu lorsque l'articulation contient des corps étrangers. Dans ce cas, les surfaces articulaires offrent constamment une notable hypertrophie.

En ce moment, j'ai dans mon service un malade qui présente une lésion semblable à l'articulation coxo-fémorale. Il se passe dans cette jointure un bruit particulier, une espèce de craquement dû au frottement des corps étrangers. Chez mon malade, pas plus que chez celui de M. Morel, il n'y a de luxation spontanée.

M. Giraldès. Dans ce genre d'affection, on trouve quelquefois sur la synoviale des saillies comme papillaires, extrêmement développées; elles atteignent quelquefois un centimètre de longueur; les fibres ligamenteuses perdent leur élasticité; aussi, il arrive que les surfaces articulaires jouent parfaitement entre elles. J'ai vu deux cas semblables dans lesquels les malades pouvaient se servir de leurs membres sans la moindre douleur.

M. Morel-Lavallée. M. Michon demandait tout à l'heure l'origine du mal. Il s'est développé depuis un an d'une manière imperceptible. Comme vous, messieurs, j'ai constaté la fluctuation du liquide, des corps étrangers avec la crépitation, la laxité des ligaments; j'ai mesuré les os avec un compas d'épaisseur, il n'y a pas de différence sensible avec le côté

sain ; j'ai pratiqué une ponction à la partie externe de la tumeur, elle a fourni un peu de sang.

Je remercie mes honorables collègues du diagnostic qu'ils ont porté sur mon malade ; néanmoins, j'aurais désiré qu'ils exprimassent leur avis sur l'opportunité d'une opération. Quant à moi, je serais d'avis de n'en point faire, et je base mon opinion sur ce que mon malade a conservé l'usage de son membre, et que, s'il fallait s'en rapporter à son dire, ce membre serait plus fort que celui du côté opposé.

— M. Nélaton. Messieurs, je désire vous entretenir d'un nouveau procédé opératoire que je viens d'employer chez un jeune homme qui était affecté d'un polype fibreux situé derrière le palais. Ce polype, donnant lieu à des hémorrhagies abondantes et souvent répétées, il était urgent d'en débarrasser au plus tôt le malade. Préoccupé de l'idée que la plupart des opérations pratiquées jusqu'à ce jour pour l'extraction des polypes ne sont que palliatives, puisque le pédicule reste toujours, quel que soit le procédé employé, je voulus me mettre à l'abri de cette repullulation, et je procédai de la manière suivante : Je divisai le voile du palais dans toute son étendue, et, les aides tirant sur chaque partie de la luette, je vis le polype qui s'enfonçait dans la narine gauche. Je prolongeai l'incision jusqu'à la moitié de la voûte palatine; j'écartai la membrane palatine; puis, avec des ciseaux, je coupai la muqueuse supérieure de la voûte palatine. Avec un petit perforateur je fis un trou, et avec une pince de Liston j'excisai la cloison. Les fosses nasales étaient largement ouvertes ; à leur paroi supérieure et contre la pointe ptérygoïde, on apercevait le polype adhérent en cet endroit par une large base d'implantation. J'en fis l'excision avec des ciseaux courbes. L'opération terminée, au lieu de réunir les lambeaux de la voûte et du voile du palais, j'ai conservé cette cavité pour cautériser la partie du polype forcément restée à la paroi supérieure des fosses nasales. Après l'ablation du polype, les hémorrhagies ont cessé. Le lendemain de l'opération, les lèvres de la voûte se trouvaient réunies; il me fallait les désunir pour reconnaître l'insertion du polype. Le surlendemain, une seconde réunion avait encore eu lieu, que je détruisis de nouveau. Une péricardite est survenue, qui m'a mis dans la nécessité de m'occuper d'elle d'une manière exclusive. Aujourd'hui, mon malade est assez bien pour que je puisse, sans inconvénient, achever la guérison du polype.

M. Deguise fils. Je demanderai à M. Nélaton s'il n'y aurait pas avantage à détruire immédiatement par un moyen quelconque ce qui reste du polype après son incision. Quant à moi, je verrais quelques inconvénients (si les choses se passaient toujours comme l'a dit M. Nélaton) à désunir sans cesse les lèvres d'une plaie dont on a quelquefois tant de peine à opérer la réunion.

M. Nélaton. Je ne verrais aucun inconvénient à agir de la sorte, si l'on pouvait avoir la certitude de détruire le reste du polype en une seule séance. Si je me suis conduit autrement, c'est que j'ai pensé que plusieurs cautérisations seraient indispensables pour détruire le mal.

M. Robert. Je regarde comme exagérée l'opinion émise par M. Nélaton au sujet de la repullulation forcée des polypes traités par la ligature, l'arrachement ou l'excision. Quant à moi, je suis certain d'avoir guéri deux malades par la ligature. J'ai eu de leurs nouvelles, et la guérison s'est maintenue. Je dois ajouter cependant que ces polypes différaient de celui de M. Nélaton, en ce sens que leur pédicule était extrêmement mince. M. Nélaton ne nous a point fait connaître l'anatomie pathologique de son polype.

M. Nélaton. Ce polype était essentiellement fibreux. Je ne puis mieux le comparer qu'aux disques inter-vertébreux. Les fibres qui le constituaient étaient traversées par des vaisseaux assez volumineux.

M. Chassaignac. J'adresserai à M. Nélaton quelques questions. Dans les diverses sections qu'il a faites, le malade a-t-il perdu beaucoup de sang? Est-il survenu de la suffocation? L'action mécanique de la pince de Liston sur la lame criblée de l'ethmoïde était-elle sans danger? Aurait-on pu enlever immédiatement par le grattage ce qui restait du polype? Comment la déglutition s'est-elle opérée depuis l'opération?

M. Nélaton. Je répondrai à M. Chassaignac qu'il ne s'est presque pas écoulé de sang; qu'il n'y a pas eu de suffocation. La pince de Liston ne pouvait aller jusqu'à la lame criblée, et il est facile d'opérer la section des os palatins sans communiquer aucun ébranlement à l'ethmoïde. Je n'ai pas employé le grattage, pour les motifs que j'ai déjà énoncés à M. Deguise fils. Quant à la déglutition, elle s'est toujours parfaitement exécutée depuis l'opération.

M. Huguier. Il me semble que le polype observé par M. Nélaton est une espèce de tumeur du périoste. On ne peut extraire en totalité ce genre de tumeur qu'en arrachant les portions qui s'implantent de tous côtés. Dans un cas semblable, au lieu d'attaquer le mal comme l'a fait M. Nélaton, j'ai ouvert le sinus en avant.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Revue thérapeutique.

Nouvelle méthode opératoire contre le symblépharon.

On sait que l'écueil de toutes les méthodes opératoires employées contre le symblépharon se trouve dans cette circonstance que les surfaces de la paupière et de la conjonctive, une fois séparées par l'instrument tranchant et devenues suppurantes, se trouvent, quoi qu'on fasse, dans un contact plus ou moins immédiat, et ne tardent pas à contracter ensemble de nouveau des cohérences morbides. Le procédé ingénieux qui a été mis en usage par M. Hays, chirurgien du Will's Hospital, à Philadelphie, consiste, après avoir divisé la bride plus ou moins étendue qui réunit la conjonctive oculaire à la paupière, à passer un certain nombre de fils de soie très fins, avec une aiguille très mince et légèrement courbée, à travers les deux bords de la conjonctive oculaire, qui a été divisée par l'instrument de manière à rapprocher très exactement ses bords par un certain nombre de points de suture, et à obtenir la réunion par première intention. Le résultat de cette opération a été extrêmement heureux chez un homme de quarante-six ans, qui portait un symblépharon de la paupière inférieure produit par une bride située près de l'angle interne; la bride était très courte et gênait considérablement les mouvements de l'œil. M. Hays l'a soulevée sur un stylet recourbé, et l'a coupée avec des ciseaux; il a réuni la petite plaie de la conjonctive oculaire avec trois points de suture. La réunion s'est faite parfaitement; il a coupé les points de suture quelques jours après, et le malade a été parfaitement guéri.

(*American Journal* et *Bull. de thérap.*)

Proportion des matériaux nutritifs dans les aliments.

De toutes les substances alimentaires, le pain est une des plus nourrissantes, puisqu'il contient 80 pour 100 de matériaux nutritifs; cependant les pois et les fèves en renferment de 92 à 93 pour 100. La viande de boucherie, en moyenne, en contient 35 pour 100 ; les pommes de terre 25 pour 100, les carottes 14 pour 100, la verdure et les navets 8 pour 100; de sorte qu'une livre de bon pain égale 2 livres 1/2 à 3 livres des meilleures pommes de terre, et 75 livres de pain avec 30 livres de viande 300 livres de pommes de terre; mais, ce qui est plus remarquable, c'est qu'une livre de riz ou de fèves égale 3 livres de pommes de terre.

Programme des prix de la Société de médecine de Bordeaux.

La Société avait proposé un prix de 300 francs sur cette question :

« Etudier la pellagre, principalement au point de vue de son » étiologie. »

Un seul mémoire lui est parvenu.

La Société lui accorde une mention honorable; mais elle a décidé que le nom de son auteur resterait ignoré jusqu'à la conclusion du nouveau concours.

La Société propose donc, sur la même question, un prix de la même valeur, qu'elle décernera dans sa séance publique de 1850.

La Société rappelle le texte de la question qu'elle a proposée pour l'année 1849:

« Existe-t-il des fièvres intermittentes qu'on doive traiter par » d'autres moyens que le quinquina? »

Nouvelles du choléra.

La *Gazette médicale belge* nous apporte aujourd'hui le résumé des cas de choléra qui ont eu lieu en Hollande jusque vers le milieu de décembre. Le nombre de ces cas s'est réparti de la manière suivante dans les différentes villes :

Amsterdam. — Jusqu'au 27 novembre, jour où l'épidémie paraissait être arrivée à sa fin, il y avait eu 194 cas, dont 109 morts.

Rotterdam. — Cette ville a été beaucoup plus maltraitée que la précédente ; elle a eu, jusqu'au 13 décembre inclusivement, 1,065 cas, dont 357 se sont terminés par la mort. A la date du 13, l'épidémie continuait encore

Groningue. — Total, au 5 décembre: nombre de cas, 239; morts, 122 ; guérisons, 81 ; en traitement, 36.

Utrecht. — Du 21 au 23 novembre, le nombre des cholériques s'est accru de 8. — Le 30 novembre, on comptait un total d'au delà de 100 cas.

Leyden. — D'après l'indication de la *Geneeskundige Courant* du 26 novembre, cette ville comptait 88 cholériques, dont 45 étaient morts et 11 rétablis. — Du 5 au 7 décembre, il s'y est présenté 12 nouveaux cas, dont 6 malades sont morts et 2 guéris. — Le *Geneeskundige Courant* du 17 décembre mentionne un total de 281 atteints, 140 morts, 63 guéris, en traitement 78.

Dordrecht. — Les premiers cas furent observés en cette ville le 27 novembre ; au 29, il avait été reçu à l'hôpital spécial 6 malades, dont 2 étaient décédés et 3 guéris. — Du 4 au 6 décembre, l'hôpital avait reçu 3 nouveaux cas, et donnait pour mouvement 3 morts et 2 guéris.

Amersfort. — Un premier cas de choléra fut observé en cette ville le 3 décembre, et un second le 5 du même mois.

Bois-le-Duc. — Le 4 décembre, fut observé le premier cas de choléra chez un enfant de neuf ans qui était venu la veille de Rotterdam. Il est mort la même nuit. — Depuis, écrit-on sous la date du 12, il s'est présenté encore 3 cas, dont un chez une femme veuve, également de Rotterdam. Un seul de ces trois malades s'est rétabli.

A *Nimègue* et à *Maestrecht*, on a aussi observé quelques cas de choléra.

A *Spaardam*, fut atteint, le 10 décembre, un machiniste venu d'Angleterre, et qui avait séjourné une demi-journée à Rotterdam. En traitement.

— Le choléra a éclaté à Bergen, en Norwége, le 10 décembre. Onze personnes en avaient éprouvé les atteintes jusqu'à la date du 18 ; trois seulement avaient succombé. Une commission sanitaire a a été immédiatement établie, et l'on a organisé un hôpital pour quarante malades. L'apparition du fléau avait causé beaucoup d'inquiétude dans la ville. On espérait qu'il aurait atteint son apogée avant l'époque de la pêche aux harengs, qui a lieu au printemps.

— On nous écrit d'Athènes, 28 décembre :

Le choléra s'est montré en Thessalie et aux frontières de l'Epire. A Larissa, les décès étaient arrivés au chiffre de 60 par jour; à Arta, ils ne s'élevaient qu'à 6 par jour. Les autorités grecques et ottomanes ont, chacune de son côté, pris des mesures pour empêcher le fléau de s'étendre; dans ce but, les communications de terre avec Janina et la navigation entre Arta et Prévesa sont interrompues.

— *Berlin*, 12 janvier. — Le choléra fait dans notre ville les mêmes ravages que dans l'année 1830. La semaine dernière, on comptait 165 victimes. Beaucoup de familles quittent la ville. On parle de fermer les écoles.

— Le docteur Gray (de Moscou) est mort subitement du choléra au dispensaire de cette ville dans l'exercice de ses fonctions auprès des cholériques.

NOUVELLES.

Le *Moniteur* publie une lettre du général Charon, gouverneur de l'Algérie, qui vient d'être communiquée à la commission des colonies agricoles de l'Algérie, et de laquelle il résulte, d'après les situations des hôpitaux, que dans la province d'Oran il n'est encore entré que 27 malades, sur lesquels trois seulement, dont deux enfants, sont morts.

Dans la province d'Alger, l'état sanitaire n'est pas moins satisfaisant, et les derniers rapports reçus n'indiquent que 42 colons, femmes et enfants, comme étant traités dans les hôpitaux de la province.

Ces chiffres peu élevés, eu égard au nombre des émigrants, annoncent suffisamment que l'état sanitaire est dans de très bonnes conditions, et, quoique n'ayant pas des renseignements aussi positifs sur la province de Constantine, les correspondances renferment toutes les assurances désirables sur les conditions analogues où s'y trouvent les familles nouvellement installées.

—Il est sorti cette semaine un seul des blessés de juin qui étaient dans les hôpitaux civils de Paris. Il en reste encore trente-deux.

— L'Académie médico-chirurgicale de Ferrare a mis au concours pour l'année la *monographie de la fièvre typhoïde.* Le prix est une médaille d'or de la valeur de 100 écus.

L'auteur aura en outre droit à vingt-quatre exemplaires du mémoire couronné, lequel sera publié en totalité ou en partie dans les journaux italiens les plus répandus.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 18 JANVIER 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 7.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

A NOS LECTEURS.

Aux améliorations déjà introduites dans plusieurs parties de la **Gazette des Hôpitaux**, *nous en ajoutons une qui nous a valu de nombreuses félicitations et qui est fort appréciée par tous les praticiens.*

Dans la plupart des numéros nous publierons des gravures à l'appui des descriptions. De cette façon, aucune opération importante ne sera faite dans les hôpitaux français ou étrangers, aucune pièce d'anatomie pathologique observée, aucun instrument inventé ou modifié, sans qu'à l'instant même la **Gazette** *n'en donne la représentation fidèle à ses lecteurs.*

A cette occasion, nous prions nos confrères qui veulent bien nous envoyer des communications d'y joindre un dessin toutes les fois que le sujet le comportera.

PARIS, 17 JANVIER 1849.

Sur la séance de l'Académie.

Les excentricités continuent à pleuvoir à l'Académie de médecine. Le magnétisme a encore produit la sienne aujourd'hui ; mais, comme elle venait après celle de la dernière séance, il n'y a que M. Mège qui lui ait fait l'honneur de s'en occuper. Celle de M. Boubée a eu plus de succès. Selon ce savant distingué, le développement du choléra est en rapport, suit les directions des terrains de formation récente, et n'atteint pas au contraire les lieux ou le sol est formé par des terrains anciens. D'où il suit, toujours suivant M. Boubée, que le choléra est un phénomène vraiment géologique, et que, si les malades veulent être guéris ou préservés du choléra, ils doivent consulter, non des médecins, mais des géologues. Comment, cher confrère, trouvez-vous ce raisonnement? Quant à moi, je trouve que, si M. Boubée n'était pas géologue, il serait digne d'être orfèvre.

Suivant M. Jules Périer, ce n'est point du choléra que nous sommes menacé; ce n'est point du choléra que la France a souffert en 1832. Ce qui nous menace aujourd'hui, et ce qui nous a décimés il y a dix-sept ans, c'est le *choléra typhoïde*, maladie bien différente. M. J. Périer a des raisons particulières pour penser ainsi ; mais nous ne pouvons vous les dire, et vous n'êtes peut-être pas bien curieux de les apprendre.

L'Académie des sciences de Rouen voudrait : 1° que l'on assimilât l'éther et le chloroforme aux autres substances vénéneuses, et que la vente n'en fût permise que sur l'ordonnance des médecins (cela est déjà un peu sévère) ; 2° que ces substances ne pussent être administrées qu'en la présence d'un homme de l'art (ce qui est plus sévère encore) ; 3° enfin que l'autorité surveillât la construction et la vente des appareils à éthérisation (ce qui est beaucoup trop sévère et pas assez sérieux).

Le choléra paraît continuer sa marche ascendante dans les départements du Nord. Voici la note qui est arrivée au ministère de l'agriculture et du commerce le 31 décembre, mais que l'on n'a jugé à propos de laisser parvenir à l'Académie qu'avant-hier, sans doute pour faire comprendre à cette compagnie l'inconvenance qu'elle avait commise en paraissant avoir trop de confiance dans M. Bally et les médecins du Pas-de-Calais.

Du 15 novembre au 29 décembre on a constaté dans les différentes villes du département du Nord 246 cas de choléra bien évidents ; 142 se sont terminés par la mort, 57 par la guérison, et 47 sont en traitement. La ville de Lille, pour sa part, avait déjà perdu 44 malades, et 6 nouveaux cas s'y étaient développés le 30.

M. Levier écrit directement à l'Académie que le choléra vient de se déclarer avec intensité dans la commune de Feuchy (Pas-de-Calais). Dans une seule maison il y a eu 7 personnes d'atteintes, dont 4 ont déjà succombé.

A peine le dépouillement de la correspondance était-il terminé, que M. Roux s'est élancé à la tribune avec une vivacité qui ne se ressentait nullement d'une récente indisposition. M. Roux s'est largement dédommagé de son silence forcé de mardi dernier. Il a parlé vite et longtemps, et n'a cependant pas tout dit, car il s'est fait continuer la parole à mardi prochain. En commençant, M. Roux a provoqué une courte explication de M. Bégin. Ç'a été le passage le plus heureux de son discours. Quant au reste, nous n'avons pas été assez favorisé pour le saisir à travers le bruit des conversations particulières; il nous a semblé seulement que nous perdions beaucoup moins que nous n'aurions pu nous y attendre.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MOREL-LAVALLÉE.

Corps étrangers de l'articulation du coude.

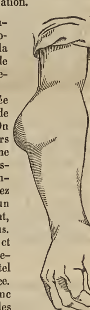
Cette observation, si remarquable d'ailleurs, empruntera un nouvel intérêt aux figures qui représentent, dans deux attitudes, l'aspect de la jointure malade.

Au n° 13 de la salle Saint-Jean est couché le nommé Legrand (Pierre), cultivateur, âgé de dix-sept ans. Ce sujet est d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, d'une bonne santé habituelle. Il ne présente aucun antécédent héréditaire. Dans son enfance, il a eu la petite-vérole.

La difformité du coude droit pour laquelle il est venu nous trouver a commencé il y a un an; elle est restée longtemps sans éprouver de changement notable et sans offrir rien de particulier, ni douleur, ni gêne des mouvements du membre, qui a toujours été, et est encore plus fort et plus vigoureux que celui du côté opposé. C'est seulement depuis six semaines environ que l'attention du malade a été sérieusement éveillée, à la suite d'une brûlure produite par le contact accidentel d'un fer rouge, brûlure qui avait l'étendue d'une pièce de 2 fr., et qui a présenté, si l'on s'en rapporte aux indications du malade, tous les caractères des brûlures au second degré, mais compliquée d'un gonflement assez prononcé.

On constate aujourd'hui une augmentation considérable dans les dimensions du coude, avec déformation de la partie; la tuméfaction de la jointure est surtout prononcée sur les parties latérales, principalement de dehors en avant. Elle constitue une tumeur fusiforme, dont le pourtour a 8 centimètres de plus que la circonférence du coude du côté opposé. On ne trouve à la peau ni changement de couleur, ni tension manifeste, ni douleur à la pression. Parmi les bosselures, celle de la face interne est la mieux circonscrite; celle de la face externe, quoique plus saillante, est moins bien limitée. La première est remarquable par une fluctuation équivoque, semblable à celle qui se produit dans l'infiltration séreuse d'un tissu cellulaire lâche ou dans les lipomes, et qu'on pourrait encore comparer à la sensation que donne un liquide contenu dans une poche mal tendue.

La bosselure située à la partie antérieure est la moins saillante; elle fait sentir au doigt de l'empâtement, une sorte d'infiltration séreuse sans traces de fluctuation.



La figure ci-contre, qui représente l'avant-bras dans l'extension et dans une position moyenne entre la pronation et la supination, donne une idée très exacte de la jointure vue de côté, de dehors en dedans.

Une pression convenablement exercée sur la tumeur du côté externe du coude détermine une crépitation très nette. On constate bientôt la présence de plusieurs noyaux solides qui ont à peu près la forme et les dimensions d'une amande; ils glissent dans une certaine étendue; et cependant le doigt sent d'une manière assez nette qu'ils sont comme retenus par un un pédicule. L'un d'eux est situé en avant, un autre en arrière de la tête du radius. Les mouvements passifs de pronation et de supination augmentent considérablement la netteté de la crépitation, à tel point qu'on peut l'entendre à distance. Dans l'état d'immobilité, la pression ne découvre point la présence de semblables noyaux à la partie antérieure du coude; mais lorsque l'on embrasse la tumeur dans toute l'étendue de sa circonférence, et qu'on prescrit au malade de fléchir l'avant-bras sur le bras, on peut, dans toute cette étendue, sentir une crépitation assez marquée.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Douleur des physiologistes, des psychologues et des zoologistes. — Espoir. — Les serpents venimeux de M. Duméril. — Le nouveau Laocoon. — Un magnétiseur et l'Académie de médecine. — Histoire d'un chapeau emprunté.

Un des jours d'une de ces dernières semaines, dans les allées grandes et petites du Jardin-des-Plantes, erraient comme des âmes solitaires deux illustres professeurs au Muséum d'histoire naturelle. Tous deux, un mouchoir dans la main et les larmes dans les yeux, faisaient retentir les échos de Bercy des plaintes les plus déchirantes ; et parfois, si dans leur marche aventureuse ils venaient à se rencontrer : — Mort! s'écriait l'un. — Très mort! répondait l'autre ; et la douleur les empêchant de continuer, ils poussaient des sanglots à fendre une montagne.

Et les animaux, voyant le désespoir de leurs maîtres, se taisaient dans leurs geôles. Les singes dédaignaient les noisettes, et l'ours Martin restait assoupi au pied de son arbre.

Cependant, après quelques jours de résignation, les hôtes du Jardin-des-Plantes se réveillèrent de leur torpeur; et le lion, dont l'orgueil avait été blessé, fit le premier entendre des cris de colère et de rage. A cet appel formidable, le tigre bondit, l'hyène mugit, les serpents sifflèrent, et le hibou chanta; infernal concert où les notes les plus discordantes se trouvèrent accouplées, et qui glaça d'effroi nos deux professeurs désolés.

Dans leur trouble, ils se réfugièrent dans l'amphithéâtre d'anatomie, et s'y trouvèrent en présence d'un homme et d'une bête. La vue de la bête ranima leur douleur, et la présence de l'homme leur fit pousser de nouveaux gémissements. Le premier était le chimpanzée qu'embaumait le second, M. Gannal.

Après un moment de muette contemplation, les deux professeurs du Muséum se livrèrent au désespoir le plus violent. L'un s'arrachait à pleines mains les cheveux blanchis par l'étude, l'autre arpentait à grands pas l'amphithéâtre, s'arrêtant quelquefois pour lever au ciel et ses bras et ses yeux.

— Dieux immortels! s'écria-t-il dans une de ces pauses à la Talma ; vous n'avez pas voulu que fût enfin découvert le secret de l'intelligence ! ! Déjà, grâce à la confiance que j'avais su inspirer au chimpanzée, et à l'intimité qui s'était établie entre nous, j'étais parvenu à me rendre raison de certains mécanismes psychologiques inconnus jusqu'à nous. J'aurais éclipsé la gloire de Frédéric Cuvier, dont les travaux me sont si familiers, et j'aurais pour toujours prouvé l'existence de l'âme dans les bêtes ! Il ne me fallait plus, pour atteindre ce but, que quelques nouvelles confidences et quelques nouvelles saillies du malheureux chimpanzée! Vous en avez autrement ordonné, Dieux immortels! Que votre volonté soit faite; mais vous nous privez d'une belle occasion d'éclaircir le mystère dont s'enveloppe l'intelligence!

—Hélas! s'écriait de son côté le second professeur, à quoi nous ont servi les soins, les attentions et le luxe dont nous avons comblé le chimpanzée? Pendant que le peuple de nos faubourgs gelait dans ses mansardes humides sur des grabats dénudés, nous avons établi le singe infortuné dans une chambre bien chaude, sur un lit moelleux et nous l'avons revêtu d'un paletot admirablement ouaté!! Pendant que le peuple de nos faubourgs mendiait un morceau de pain ou tombait d'inanition au coin d'une borne, nous servions au malheureux animal, dont nous pleurons aujourd'hui la perte, des repas somptueux, dont nous facilitions ensuite la digestion par des demi-tasses d'excellent moka, toujours accompagné d'un suave pousse-café!! Je ne parle pas du bordeaux et du malaga pour lesquels un amas de bouteilles vides atteste encore le goût prononcé du chimpanzée; hélas! soins inutiles! le chimpanzée n'est plus, et rien n'a pu sauver l'hôte le plus intelligent du Jardin-des-Plantes!!

Les employés du Muséum d'histoire naturelle, émus et justement effrayés du désespoir des deux professeurs, essayèrent de les calmer par de douces et bienveillantes paroles; mais, ainsi que cela arrive presque toujours, ces tentatives de consolation irritèrent davantage la douleur des maîtres, et les employés, malheureux de leur insuccès, allaient se retirer, quand l'un d'eux voulut tenter un dernier effort, et essaya de persuader aux deux illustres professeurs que le gouverneur du Sénégal avait expédié au Jardin-des-Plantes un couple bien assorti de chimpanzées et légalement unis en mariage par le grand chef de l'Abyssinie.

A ces mots pleins d'espoir, les deux professeurs séchèrent leurs larmes, et, tombant à genoux en élevant leurs mains au ciel, ils ne purent que s'écrier, tant leur joie était grande : Merci, ô Dieux immortels! merci!!

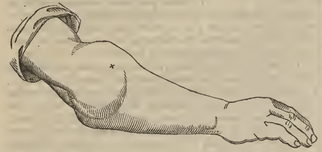
Et le soir même la grande nouvelle parcourut Paris, et le lendemain tous les journaux grands et petits contenaient les lignes suivantes :

« Au moment où le Jardin-des-Plantes se désole de la mort du chimpanzée, on apprend que cette perte va se trouver réparée par l'arrivée prochaine du Sénégal de deux autres animaux de cette espèce. Le grand chef de l'Abyssinie a donné en présent au gouverneur du Sénégal deux chimpanzées, mâle et femelle. Ce dernier les a dirigés sur Paris, entourés de toutes les précautions que nécessite leur constitution délicate. »

Depuis cette assurance, les deux professeurs ont retrouvé leur gaieté et repris leurs habitudes; ils se sont tous deux abonnés au *Courrier du Havre* pour se tenir au courant de l'arrivée de chaque navire, et, pour si peu qu'ils continuent quelque temps encore à s'occuper, comme ils le font, des mouvements de nos ports, ils devront être choisis pour dresser la statistique du commerce extérieur de la France, à moins cependant que, durant les heures qu'ils pas-

En essayant de démêler dans ce gonflement général de la jointure la part des os et des autres tissus, on constate d'abord une hypertrophie considérable de la tête du radius, dont l'étendue exagérée de la mobilité dénote un relâchement des ligaments.

Le diamètre transverse de la portion articulaire de l'humérus paraît considérablement augmenté ; mais en mesurant au compas cette extrémité de l'épicondyle à l'épitrochlée, on voit qu'il faut beaucoup rabattre de cet élargissement apparent au doigt. Cependant cet élargissement est encore suffisant pour avoir amené un écartement notable et très singulier des extrémités supérieures du cubitus et du radius. L'olécrane, au lieu de se trouver à la distance naturelle de l'épicondyle et de l'épitrochlée, s'est éloigné de cette première apophyse, et les extrémités correspondantes du cubitus et du radius contiguës à l'état normal sont écartées de presque deux travers de doigt et rejetées sur les parties latérales de la jointure. Et à la place ordinaire de l'olécrane, entre ces deux os, il y a un gros corps étranger plus volumineux qu'une amande, et presque fixe. On comprend bien le mécanisme de cet élargissement, en rapportant le siége à la portion de l'humérus intermédiaire aux extrémités du radius et du cubitus, dont l'intervalle s'est ainsi accru. La figure suivante, qui représente la partie postérieure du coude demi-fléchi, en rendant bien la difformité, fait soupçonner les changements intérieurs qui concourent à la produire.



Non-seulement les mouvements sont conservés dans toute leur intégrité, mais le membre est resté plus robuste que l'autre.

M. Morel-Lavallée, qui a fait ressortir les principaux détails de cette curieuse observation, a insisté :

Sur la forme particulière du gonflement, qui n'est pas celle des tumeurs blanches ; sur la conservation des mouvements, malgré le désordre matériel si prononcé de l'articulation ;

Sur le nombre des corps étrangers, nombre tel qu'en faisant fléchir le coude pendant qu'on l'embrassait avec les deux mains, il semblait que l'articulation fût comme remplie de coquilles de noisettes ;

Sur l'élargissement de l'humérus et l'écartement consécutif des deux os de l'avant-bras, ainsi que sur l'hypertrophie de la tête du radius ;

Sur l'impossibilité de constater nettement la présence ou l'absence d'une hydrarthrose, les bosselures des parties molles étant formées essentiellement par de l'œdème, ainsi que l'a montré leur ponction faite dans la bosselure externe ;

Enfin sur l'inutilité et le danger d'un traitement dirigé actuellement contre cette affection, qui ne nuisait ni à la fonction de la partie, ni à la santé.

M. Morel-Lavallée a renvoyé ce malade en l'engageant à se servir modérément de son membre, et à se représenter à l'hôpital si quelque accident venait à survenir.

Ce malade a été l'objet d'une discussion à la Société de chirurgie, dans la séance du 3 janvier (*voir* le n° du 16 courant), et la plupart des points ci-dessus signalés y ont été de nouveau constatés.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. Guersant.

Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants.

De la carie vertébrale ou maladie de Pott.

Cette affection, que nous rencontrons si fréquemment dans nos salles, consiste pour nous dans une ostéite simple ou une maladie tuberculeuse des vertèbres. Elle présente plusieurs points qui méritent de fixer notre attention; ainsi, nous nous occuperons d'abord :

1° Des lésions qu'elle occasionne ;
2° De ses causes ;
3° De ses symptômes ;
4° Enfin, de son diagnostic, de son pronostic et de son traitement.

1° *Lésions anatomiques.* — Elles se divisent en trois périodes : dans la première et tout à fait au début, on rencontre quelquefois une gibbosité plus ou moins appréciable et souvent très difficile à constater. Vous savez ce que nous entendons par gibbosité : c'est une saillie plus ou moins marquée qui existe sur un point quelconque de la colonne vertébrale et qui dénote le commencement de l'affection. On ne la rencontre pas au début ou elle est très peu marquée, mais on rencontre la tuméfaction des vertèbres avec un peu de déformation. Si on fait la section de ces vertèbres, on trouve le tissu osseux rouge, un peu infiltré et tous les caractères de l'ostéite. Chez d'autres malades, on trouve des tubercules même au début : voici les symptômes pathologiques de la première période ; ces diverses altérations se rencontrent dans les trois régions de la colonne vertébrale, mais plus fréquemment à la région dorsale, vers sa partie inférieure, ou à la partie supérieure de la région lombaire.

Dans la deuxième période existe le plus souvent la gibbosité disposée de diverses manières : tantôt elle représente un angle plus ou moins aigu, tantôt elle est plus ou moins arrondie. Il est important de savoir que dans les caries vertébrales il peut y avoir voussure, parce qu'on constate dans le rachitisme une courbure dont il faut bien la distinguer. Je dois dire que, même dans la deuxième période, il est des sujets qui ne présentent pas de gibbosité : ce sont ceux dont les vertèbres ne sont pas tassées et qui ne sont affectés que d'une carie vertébrale superficielle. Lorsqu'on coupe les vertèbres de ces individus, on trouve une infiltration rouge et du pus bien marqué soit dans le corps, soit à la surface. Si le corps de la vertèbre a été attaqué, il est ramolli et affaissé ; si la couche superficielle est malade, le centre conserve sa force ; il n'y a ni tassement ni gibbosité. C'est dans cette période aussi qu'on trouve du pus en plus ou moins grande quantité et des tubercules s'il en existe. Les collections de pus peuvent ne pas être apparentes pendant la vie et n'être constatées qu'après la mort; cela arrive soit parce qu'elles ne sont pas considérables, soit parce qu'elles s'étendent dans une région cachée ; ainsi un abcès de la région cervicale peut s'étendre en nappe derrière le pharynx et n'être reconnu que plus tard à cause de l'obstacle qu'il apporte à la déglutition. A la région dorsale, une collection de pus peut être à la partie antérieure sans apparaître au dehors et devenir assez considérable pour gêner la respiration. Ces abcès peuvent aussi siéger à la région lombaire, mais alors ils apparaissent plus vite au dehors, soit à droite, soit à gauche du bassin ; ils passent audevant des vertèbres et filent par différents points. C'est alors qu'ils forment une poche énorme tapissée par la membrane pyogénique et qui contient du pus ou du détritus tuberculeux. Indépendamment de ces abcès, vous rencontrez dans cette deuxième période un ramollissement considérable des vertèbres ; vous trouvez des vertèbres détruites en partie ou en totalité, et quelquefois des fistules, résultat de l'ouverture spontanée des abcès.

Déjà commence la tendance à la guérison; les portions d'os tendent à se souder et à se réunir; mais c'est surtout dans la troisième période, que nous considérons comme la période de terminaison, qu'il y a le plus de tendance à la guérison ou le plus de désordres. Les abcès alors n'existent plus, ou sont réduits de beaucoup, ou sont passés à l'état fistuleux; et ce que l'on trouve surtout, c'est la consolidation des vertèbres qui ont résisté; elles sont soudées; c'est une véritable ankylose qui gêne beaucoup les malades. Les tendons sont contractés au début par la douleur; on peut alors vaincre leur contraction ; mais, à cette troisième période, ils sont réellement rétractés ; on ne peut plus les étendre sans les casser : c'est absolument comme le tendon d'Achille dans le pied-bot.

Causes. — En jetant un coup d'œil sur ce point, on reconnaît que l'enfance et surtout le vice scrophuleux prédisposent beaucoup à cette affection. Quant aux causes déterminantes, elles sont obscures ; on a souvent dit qu'une chute détermine la maladie; c'est peu fondé, des enfants font des chutes et n'ont rien; d'autres ont la carie vertébrale et n'ont jamais fait de chute. Il en est de même de la masturbation; peut-être met-elle les individus dans des conditions plus favorables à être affectés; mais on ne peut pas dire que ce soit une cause réelle de carie vertébrale.

Symptômes. — Chez tous les enfants la maladie peut avoir son siége dans une des trois régions de la colonne vertébrale. Cependant elle est plus rare à la région cervicale, et à peu près de la même fréquence pour les deux autres. Dans tous les cas elle présente trois périodes à examiner.

La première, celle du début de la maladie, n'offre pas de symptômes assez caractéristiques pour porter un diagnostic toujours précis. En effet, qu'observe-t-on chez un enfant que l'on vous présente? Des douleurs dans les reins, de la gêne dans les mouvements, soit continuelles, soit passagères. Quelques-uns accusent des douleurs vagues dans le dos, des fourmillements dans les jambes; mais tant que ces symptômes existent seuls, il y a réellement doute. Souvent il n'y a pas de saillies, surtout si le siége de la carie est à la partie antérieure. Mais si au contraire la carie existe sur tout le corps, il y a une voussure légère que l'on peut observer. Lorsque cette saillie existe, elle est formée par plusieurs vertèbres on une seule; si une seule est malade, la saillie que l'on observe est seulement formée par l'apophyse épineuse. Voilà pour l'état local. Aussi, si nous examinons les symptômes au dehors des points malades, nous trouvons des fourmillements dans les jambes, quelquefois plus marqués dans l'une que dans l'autre, quelquefois de la faiblesse passagère et l'obligation de se soutenir dans la station. On ne voit pas encore de paralysie dans cette période.

C'est quand on arrive à la deuxième période que l'on constate ce signe, et que les symptômes locaux et généraux sont beaucoup plus marqués. La gibbosité est plus appréciable ; s'il y a voussure, elle est plus saillante et plus douloureuse. Déjà les symptômes sont beaucoup plus graves; des abcès par congestion peuvent faire saillie sur plusieurs points. Quand la carie siége à la région cervicale, un abcès peut se développer au fond de la gorge, gêner la déglutition et la phonation. En introduisant les doigts au fond de la gorge, on sent la saillie et une fluctuation notable; mais il existe aussi un autre symptôme commun à la carie des trois régions, la paraplégie. Dans l'affection de la région cervicale, l'abcès se fait quelquefois jour au dehors, quelquefois au dedans; alors il comprime la moelle, détermine une paralysie plus ou moins complète d'un des membres. Chez quelques-uns la sensibilité est encore conservée, chez d'autres la sensibilité n'existe plus. L'ouverture spontanée des abcès arrive aussi dans cette seconde période. Si la carie existe à la région cervicale, l'abcès décolle les tissus; il peut refouler les œsophages en avant et se vider par là. Si la carie a lieu à la région dorsale, l'abcès peut comprimer les poumons en restant en avant de la colonne. Alors la respiration est courte, saccadée ; les individus meurent lentement asphyxiés, d'autrefois ils meurent subitement; car l'abcès peut s'ouvrir brusquement et amener un épanchement considérable dans la poitrine. Si l'ouverture se fait dans l'abdomen, une péritonite rapidement mortelle en est la conséquence. Ainsi une saillie plus considérable, la gibbosité que l'on apprécie mieux, une sensibilité plus grande à la pression, de la faiblesse dans les membres, soit continuelle, soit intermittente, de la paralysie complète ou incomplète : tels sont les signes principaux de cette deuxième période.

Nous arrivons à la troisième période. C'est surtout dans celle-ci que l'on voit des accidents funestes arriver et qu'on trouve tous les symptômes de la première période exagérés. La fièvre devient continue, tandis qu'il y en a peu, ou qu'il n'y en a pas dans la première et la deuxième période. Il y a la diarrhée, la perte d'appétit et une série de symptômes très graves. Joignez à cela le séjour prolongé dans le lit, l'affaiblissement progressif. Le malade succombe dans le marasme. Chez quelques malades il existe une carie sur plusieurs points de la colonne vertébrale, et les malades succombent à la grande quantité d'abcès.

---

sent chaque jour à tenir entre leurs mains la feuille du Havre, ils ne soient préoccupés que d'une seule pensée et qu'ils ne se demandent mutuellement : *Dans le port où tu es, ne vois-tu rien venir?* ce qui est possible vu l'état de leur esprit.

Quoi qu'il en soit, les professeurs ont retrouvé leur belle humeur, et l'ont poussée jusqu'à offrir à l'Académie de médecine des serpents venimeux pour certaines expériences. On ne peut être plus galant! Nous ne serions pas étonné que, mus par cet amour de la science qui leur faisait déplorer amèrement tout à l'heure le bordeaux, malaga, café, pousse-café, paletot, mis à la disposition du malheureux chimpanzée, et poussés aussi par la joie que leur cause l'arrivée prochaine du couple chimpanzée, nous ne serions pas surpris, disons-nous, qu'ils soumîssent eux-mêmes au venin des boas et serpents à sonnettes. Si les illustres savants devaient élever jusque-là leur dévouement à la science, nous engageons les membres de la commission à inviter les sculpteurs et les peintres à cette expérimentation, qui donnera une idée du groupe si fameux de Laocoon. Cette expérience porterait dans toutes les parties du monde le nom de l'Académie nationale de médecine, et pourrait contre-balancer la gloire qu'elle s'est acquise déjà par sa réponse à M. Quentin, de Bernay.

Ce citoyen, fort peu connu jusqu'à ce jour, s'est tout à coup révélé par un de ces traits d'esprit qui suffisent toujours pour faire passer leur auteur à la postérité la plus reculée.

> Ses pareils à deux fois ne se font pas connaître,
> Et pour leur coup d'essai veulent un coup de maître.

Or, voici dans toute sa naïveté ce dont il s'agit :

M. Quentin, de Bernay, dédaigne le titre d'élève d'Esculape, et se glorifie d'être le disciple de Mesmer. Il a une foi entière dans la science de son maître, et estime à zéro la valeur curative de la médecine. Son amour pour l'humanité (et peut-être aussi pour son escarcelle) lui impose le devoir de faire jouir ses frères malheureux des bienfaits de sa science, et, si nous l'en croyons, M. Quentin opère avec le magnétisme de véritables miracles. Les paralytiques qui marchent, les aveugles qui voient, les sourds qui entendent et les muets qui parlent, sont en si grand nombre que la chose ne peut plus passer pour extraordinaire. Qu'est donc un organe à qui l'on rend la vie, quand on a des Lazares à tirer du tombeau?

Quoi qu'il en soit, et à ce qu'il paraît, Bernay n'est pas tout entier peuplé de croyants en Mesmer et de fidèles au magnétisme. Un profane surtout s'est permis, à l'égard de M. Quentin, des procédés inexplicables : le procureur de la République, quel étrange et fatal hasard ! peu édifié sur la valeur des miracles extra-légaux du fluide mesmérien, traque l'infortuné M. Quentin qui fuit de cabane en cabane, et qui la nuit erre à travers les champs et se cache le jour dans les chaumières. C'est du fond d'un de ces asiles hospitaliers que M. Quentin s'adresse à l'Académie, et lui demande un moyen de se soustraire aux poursuites de son implacable ennemi.

Le docte aréopage a eu un moment la pensée de lui offrir un refuge ; mais ayant réfléchi que son local de la rue de Poitiers ne jouissait pas du privilége dont étaient gratifiés les temples de l'antiquité, il a conseillé à M. Quentin de demander la destitution du procureur de la République, et d'obtenir la nomination d'un de ceux qui laissent impunément s'étaler en plein soleil les charlatans de toutes sortes et de toutes sectes.

L'Académie n'a pas été seule à faire de l'esprit. Un de nos confrères a usé du même avantage dans une circonstance assez périlleuse pour lui. Nous ne pouvons mieux terminer notre feuilleton que par cette excellente plaisanterie.

Le docteur Lacambre, dont il ne nous appartient point d'apprécier les opinions et la conduite politiques, se trouvait, à cause d'elles, enfermé dans la maison d'arrêt de la rue du Cherche-Midi. S'évader est le rêve de tout prisonnier, et notre confrère voulut le réaliser. Suivi d'un de ses compagnons d'infortune, il parvient jusque sur le toit de la prison, et de là s'introduit dans une maison d'éducation voisine. — Dans sa course précipitée, il perd son chapeau ; mais ne apercevant un dans une chambre de maître d'études qu'il traverse, il s'en empare, et ne voulant pas pourtant charger sa conscience d'un vol, il écrit au propriétaire du couvre-chef la lettre suivante :

Citoyen voisin de ma prison ;

Forcé par la nécessité de prendre votre chapeau, je vous prie d'être sans inquiétude, on vous le rapportera ; mais, en attendant, prenez cette pièce de 5 francs que je vous abandonne pour la location.

Salut et fraternité. Lacambre.

On assure que le maître d'études, confiant en la promesse de son emprunteur, est sans inquiétude, et qu'il espère tous les jours retrouver par enchantement son chapeau à la même place d'où il est parti d'une manière si bizarre.

Si non e vero, e bene trovato.

XX.

— Les Chinois considèrent comme un mets délicieux les limaces de mer (*sea-stugs*). M. Erman s'est assuré, dans son voyage sur les côtes de la Chine, que ce mets n'est autre chose que l'appareil musculaire de l'*holoturia fuliginosa*. Lorsque l'animal a été desséché, il n'a que 2 pouces de long sur 7 lignes d'épaisseur ; mais lorsqu'on le plonge dans l'eau, il acquiert le double de ce volume. Lorsqu'on le fait bouillir pendant quelque temps, on obtient une gelée abondante et d'un goût agréable, mais très salée et d'une couleur brune. La substance musculaire ainsi épuisée par l'eau est très tendre, et a le goût de la chair de veau.

Deux cas de renversement complet de l'utérus après l'accouchement;

Par le docteur G. Goyrand, d'Aix.

A monsieur le docteur Fabre, *rédacteur en chef de la* Gazette des Hôpitaux.

Mon cher confrère,

Le hasard m'a fait rencontrer, en moins d'un an, deux cas de renversement complet de l'utérus à la suite de l'accouchement. Comme les cas de ce genre sont rares, je pense que ces observations pourront intéresser les nombreux praticiens qui lisent votre journal.

Agréez, etc. G. Goyrand, d.-m.-p.

Aix, 25 décembre 1848.

Obs. I. — *Renversement complet de la matrice survenu immédiatement après la délivrance. Hémorrhagie promptement mortelle.*

Le 1er octobre 1846, on vint m'appeler, à deux heures du matin, pour madame G..., jeune femme qui se mourait à la suite d'un premier accouchement.

Madame G... était assistée d'une sage-femme. Je me trouvai auprès de l'accouchée avec deux de mes confrères, MM. D'Astros et Blancard, dont l'un était arrivé un instant avant moi, et l'autre arriva immédiatement après.

La sage-femme nous raconta que l'accouchement avait été naturel, que l'arrière-faix avait été entraîné par des tractions légères, qu'une hémorrhagie très abondante avait commencé de suite après la sortie du placenta, et qu'à ce moment elle avait vu hors la vulve une grosse tumeur qu'elle nous montrait et dont elle ne connaissait pas la nature.

Au moment de notre arrivée, la femme était sans pouls, sans connaissance; la vie ne se manifestait plus chez elle que par quelques rares mouvements respiratoires; en un mot, elle était expirante. La tumeur qui sortait par la vulve était grosse comme la tête d'un enfant de trois mois, piriforme, d'un rouge brun, tapissée par quelques minces caillots sanguins. Sur la partie inférieure, nous reconnaissions la surface à laquelle le placenta avait été attaché. Nous y distinguions de larges vaisseaux veineux (les sinus utérins). En palpant l'hypogastre, nous constations l'absence de l'utérus dans cette région.

Pendant que nous nous livrions à une exploration qui fut très courte, et qui nous fit reconnaître un renversement complet de la matrice, la jeune femme expira. Elle n'avait plus perdu de sang depuis le moment de notre arrivée; mais avant, l'hémorrhagie avait été énorme. Il résulta des renseignements qui nous furent fournis qu'il ne s'était pas passé plus d'une demi-heure entre l'instant de la délivrance et celui de la mort.

L'autopsie ne put être faite.

Obs. II. — *Travail lent. Inertie de l'utérus nécessitant l'application du forceps. Extraction du placenta par de légères tractions sur le cordon. Renversement complet de la matrice. Hémorrhagie effrayante suspendue par l'application d'une ligature large et peu serrée sur le pédicule de la tumeur. Réduction. Guérison.*

Le 2 septembre 1847, à trois heures de l'après-midi, je suis appelé auprès d'une femme, déjà mère de plusieurs enfants, qui vient d'accoucher à terme. Le travail a été fort long. L'utérus était dans un état d'inertie que le seigle ergoté n'a pu faire cesser. M. le docteur Giraud a appliqué le forceps dans l'excavation. L'opération a été simple et facile. Dix minutes après l'extraction de l'enfant, on a amené le placenta en tirant sur le cordon. On n'a rien remarqué d'extraordinaire dans la délivrance.

Pendant que l'accoucheur et une sage-femme qui avait été appelée d'abord s'occupaient de l'enfant, une perte se déclare. On découvre la femme et on voit entre les cuisses une tumeur rouge, très volumineuse, qui fournit en un instant une très grande quantité de sang. L'accoucheur, surpris, effrayé du danger qui menace cette femme, n'ayant pas de temps à donner à la réflexion, pare au premier danger en liant le pédicule de la tumeur avec une attache de la largeur du doigt. Une constriction assez légère suffit pour arrêter le sang. On cesse de serrer dès que le sang a cessé de couler, et l'accoucheur fait immédiatement appeler M. le docteur Guiran et moi.

Arrivés peu d'instants après, nous examinons la tumeur. Elle est d'un rouge brun, piriforme, bien plus grosse à sa partie inférieure que les deux poings réunis, descend jusqu'au tiers inférieurs des cuisses. Son pédicule sort du vagin. A sa surface, se voient de gros vaisseaux veineux. Sur sa partie inférieure est une surface large, arrondie, régulière, un peu tomenteuse, c'est le point d'implantation du placenta. Par la pression, nous constatons que cette tumeur est creuse.

La main, portée dans le vagin, est arrêtée par un cul-de-sac circulaire un peu au-dessous du détroit supérieur. Le col utérin est si complètement effacé et si mou que nous le distinguons à peine autour du pédicule de la tumeur. Au lieu du globe utérin, nous trouvons un vide à l'hypogastre. Bref, il est évident que nous avons affaire à un renversement complet de la matrice.

L'hémorrhagie est bien arrêtée depuis l'application de la ligature; mais l'état général est fort mauvais; le pouls est imperceptible; la face est tout à fait décolorée; il y a des sifflements d'oreilles, des syncopes répétés.

Il n'y a pas à hésiter, il faut réduire.

La femme est encore sur le bord du lit, dans la position qu'on lui a donnée pour l'application du forceps. A l'instant où on coupe l'attache qui lie la tumeur, cinq ou six jets de sang s'élancent des sinus utérins. Le chirurgien placé à gauche de la femme, parce que du côté droit le lit est adossé à un grand meuble, opère avec la main gauche. Il commence par saisir la tumeur à pleine main par sa partie la plus basse et la presse de bas en haut. L'action de la main arrête l'écoulement du sang. Bientôt cette pression a repoussé dans le vagin la matrice encore renversée en partie. La main la suit, et continuant de presser sur la convexité de la tumeur pendant que la main droite soutient l'hypogastre, on arrive sans difficulté à la réduction complète. Le chirurgien promène ensuite le poing sur la surface de la cavité utérine, et ne retire la main qu'après que l'utérus a repris sa conformation normale et s'est bien contracté.

Après la réduction il n'y a plus d'hémorrhagie. Le globe utérin se durcit par moments. La femme est replacée dans son lit. On lui donne du bouillon chaud, une potion excitante; on fait en même temps des applications froides à l'hypogastre et sur les cuisses, car la moindre perte de sang serait maintenant mortelle.

Quand je quitte l'accouchée, le pouls est encore presque insensible, mais l'utérus est contracté, les pensées sont plus nettes, les syncopes moins fréquentes. Son médecin reste auprès d'elle.

La femme s'est ressentie longtemps des effets de l'hémorrhagie; mais elle s'est bien rétablie.

Ces deux faits donnent une juste idée de la gravité du renversement de l'utérus après la délivrance, de la rapidité de la perte en ce cas. En une demi-heure madame G... a succombé. Chez la femme qui fait le sujet de la seconde observation, l'hémorrhagie n'a duré que quelques minutes, et on a vu à quel état de faiblesse cette femme a été réduite.

Les indications sont précises dans ce cas; il faut réduire au plus tôt, et ne quitter l'accouchée qu'après que l'utérus s'est bien contracté. Après la réduction on détermine promptement le resserrement de la matrice en promenant le poing à la surface interne de l'organe. Les frictions à l'hypogastre, le seigle ergoté peuvent être ensuite fort utiles pour empêcher que l'utérus retombe dans l'inertie.

La ligature posée sur le pédicule de la tumeur paraîtra peut-être un moyen irrationnel. La réduction immédiate serait sans doute préférable; mais le renversement de l'utérus est un accident très rare; il peut rester de l'incertitude dans l'esprit de l'accoucheur qui le rencontre pour la première fois. C'est ce qui est arrivé à M. Giraud, et ce médecin a agi très sagement quand, par une constriction suffisante pour arrêter l'écoulement du sang, mais non assez forte pour léser un organe creux, il s'est donné le temps de réfléchir. Si la sage-femme qui assistait madame G... eût eu cette idée, elle aurait pu attendre du secours, et la malheureuse jeune femme n'aurait pas péri d'hémorrhagie.

Mémoire sur les plaies d'armes à feu;

Par M. Baudens, chirurgien en chef du Val-de-Grâce.

(Suite du numéro du 13 janvier.)

Deuxième question. — *Faut-il, d'une plaie compliquée, faire sur-le-champ une plaie simple en enlevant toutes les esquilles, soit libres, soit adhérentes, contrairement à l'opinion généralement admise, de confier le soin de leur expulsion à un travail éliminatoire, à la suppuration?*

Les nombreux revers dont nous avons été témoin, pour avoir voulu confier à la suppuration le soin d'expulser les esquilles, nous ont engagé à formuler le précepte de les enlever toutes immédiatement, qu'elles soient ou non adhérentes. Faites, disons-nous, d'une plaie compliquée une plaie simple, qui guérira sans faire surgir les mille accidents qui, à chaque instant, viennent mettre en danger l'existence du blessé, et auxquels Lisfranc a si bien fait allusion en disant qu'il leur faut faire une guerre de partisans. Cette guerre de partisans, je la subis quand je ne puis l'éviter. Je redoute, je l'avoue, la guerre, même la mieux faite, fût-elle de partisans, et le moyen de ne pas l'avoir du tout, c'est de ne pas laisser grandir l'ennemi, c'est de le détruire en germe; et, pour cela, il faut au plus vite retirer les corps étrangers, les esquilles contenues dans les plaies, sous peine de s'exposer à payer les frais de la guerre. Des suppurations interminables, des douleurs incessantes, renouvelées à chaque élimination osseuse, épuisent la force vitale et physique; le marasme, la résorption purulente, la diarrhée colliquative, la mort, telles sont les terribles éventualités auxquelles expose la conservation des esquilles. Ici encore, comme pour le débridement, beaucoup de praticiens s'accommodent volontiers d'une doctrine de juste milieu. Faisant bon marché des esquilles libres, ils consentent, en effet, à extraire celles-ci, pourvu encore que leur extraction ne présente pas trop de difficultés; mais quand elles sont adhérentes, ils les respectent avec scrupule, dans l'espoir qu'elles continueront à vivre, s'en rapportant d'ailleurs au travail éliminatoire pour le cas contraire. Nous condamnons cette pratique. Comme Dupuytren, nous divisons, pour en faciliter l'examen, les esquilles en trois groupes : *primitives, secondaires* et *tertiaires.*

Esquilles primitives. — Ici, pas d'incertitude. Les esquilles sont libres, sans adhérences. Privées de vie, elles agissent comme corps étrangers; l'élimination serait le plus souvent impuissante pour en débarrasser l'organisme: l'absorption n'aurait qu'une action plus douteuse encore. D'ailleurs, temporiser serait s'exposer gratuitement à des dangers sérieux, à des phénomènes de tuméfaction avec étranglement, à des suppurations abondantes, longues, interminables; à l'infection purulente, à l'épuisement, et finalement à la mort. On le voit, il est urgent d'extraire les esquilles laissées libres dans la plaie le plus vite possible : tout retard est préjudiciable. La réaction locale apparaît, le trajet parcouru par le plomb se ferme, et désormais l'exploration et l'extraction deviennent difficiles, très douloureuses.

Esquilles secondaires. — Dupuytren avait raison; un certain nombre d'esquilles secondaires finissent par perdre leurs adhérences, par cesser de vivre, et deviennent corps étrangers au milieu de l'économie. Ces esquilles jouent un rôle en tout semblable à celui des esquilles primitives; et, comme elles, il faut se hâter de les extraire. Mais s'il est possible, au moment de la blessure, de reconnaître, au moyen du doigt introduit dans le trajet les pièces d'os libres et adhérentes, cet examen n'est plus permis quand est survenue la tuméfaction. Quelle conduite tenir à l'égard des esquilles qu'on suppose avoir perdu les adhérences sur lesquelles était fondé l'espoir de pouvoir les conserver? Attendre pour les retirer qu'elles se présentent à l'orifice de la plaie, entraînées par les matières purulentes? Mais c'est s'exposer, comme nous l'avons dit, aux dangers de la temporisation, aux foyers purulents, abondants, multiples, intarrissables, dont les conséquences sont si souvent l'infection purulente, le marasme, la mort! Se contenter de sonder la plaie avec les instruments métalliques ordinaires, introduire des pinces et faire tout doucement effort sur le corps étranger, c'est toujours temporiser; et d'ailleurs, ces moyens sont toujours insuffisants. Agrandir la plaie, y engager le doigt pour étudier le degré de mobilité des pièces osseuses, ce serait payer trop cher un mode d'exploration qui, parfait au moment de la blessure, ne saurait plus tard être employé qu'avec réserve et exceptionnellement. On le voit, il n'est pas douteux, et Dupuytren lui-même eût été incontestablement de notre avis, que ces esquilles devraient être retirées sur-le-champ, n'était la difficulté de les distinguer de celles qui ont conservé des adhérences assez solides pour continuer à vivre.

Ces esquilles, qui continuent à vivre, ou qui semblent devoir continuer à vivre, est-il bien réellement avantageux de les conserver? Englobées dans le cal, concourent-elles bien réellement d'une manière utile à sa formation, comme le disait Dupuytren? Nous ne saurions partager cette opinion énoncée d'une manière si absolue. A la suite de coups de feu ayant fracturé des os longs, les esquilles sont presque toujours tellement multiples, tellement déjetées en tous sens, elles sont souvent si profondément entrées dans les chairs; leur présence fait naître tant d'accidents redoutables, elles entraîneraient si souvent, à notre sens, l'amputation du membre, si une main habile n'intervenait immédiatement pour extraire toutes les pièces osseuses, détachées ou non, que nous ne pouvons expliquer le conseil donné par l'illustre chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu qu'en songeant qu'il a appliqué au traitement des fractures par coups de feu le traitement des fractures compliquées, et provenant de toute autre cause. Sans doute, le passage d'une voiture chargée sur un membre pourra déterminer des lésions des os aussi graves, plus graves même que celles provenant de coups de feu; mais alors il existe presque toujours une large brèche aux plaies molles : le dégât profond peut aisément être apprécié du doigt et de l'œil. Un chirurgien, pour peu qu'il ait de pratique, peut prendre de suite un parti avec confiance: il décide l'amputation, ou bien il tâche de conserver le membre. Dans cette dernière hypothèse, les fragments osseux peuvent être rapprochés, les esquilles être replacées ou être dégagées des chairs au centre desquelles elles se trouvent engagées, et si plus tard elles perdent leurs adhérences, elles trouvent pour sortir une issue facile. Après les coups de feu, il est rare qu'on puisse apprécier la lésion *de visu*; on est bien heureux quand on peut la toucher et l'étudier avec le doigt, et si l'on n'a beaucoup vu, beaucoup observé, on se rend difficilement compte des dégâts effrayants et insidieux qu'une balle peut produire; je dis insidieux, parce qu'en effet les apparences sont trompeuses. La plaie des parties molles paraît peu sérieuse; la déformation du membre n'est pas autre que ce qu'elle est d'habitude; rien, à moins d'un examen à fond, ne fait préjuger la gravité et l'étendue de la lésion osseuse. C'est pour avoir acquis de ces blessures une expérience à laquelle je ne suis arrivé que graduellement, et après des tâtonnements quelquefois funestes même, qu'actuellement je ne crains pas d'avancer que toutes les esquilles, à très peu d'exceptions près, et dont l'appréciation appartient au tact du chirurgien, doivent être retirées sur-le-champ.

Je me résume, et je dis : « A un très petit nombre d'exceptions près, toutes les esquilles appelées secondaires par Dupuytren doivent être extraites le plus vite possible: d'une part, attendu que bon nombre d'entre elles, perdant ultérieurement leurs adhérences, exposent aux dangers signalés et inhérents à la conservation des esquilles primaires; d'autre part, parce que les fractures provenant de coups de feu n'échappent le plus souvent à l'impérieuse nécessité de l'amputation qu'à la condition de faire d'une plaie compliquée une plaie simple, et cela en retirant immédiatement les nombreuses pièces d'os dont les pointes déchirent les parties molles et font naître des accidents presque toujours mortels. Qu'elles soient entièrement détachées ou non, peu importe, les esquilles doivent être retirées. Non-seulement elles doivent être retirées à l'instant même, mais encore il faut quelquefois réséquer les angles des fragments, et, en agissant ainsi, on pourra, comme nous le démontrerons plus tard, conserver des membres qu'une conduite plus timide condamnerait inévitablement à être amputés.

Est-il besoin d'ajouter, à l'appui de notre opinion, qu'il arrive assez souvent que les esquilles secondaires, d'abord comprises dans la masse du cal, deviennent plus tard esquilles tertiaires? La vie qu'elles recevaient des vaisseaux et des nerfs, au moment où le cal s'est étendu sur elles et les a englobées, finit, après un temps plus ou moins long, après même des années, par s'éteindre graduellement par l'extension d'un travail de nécrose qui, de partiel, est peu à peu devenu général. De là des fistules à éclipses qui se ferment et se rouvrent; de là une foule d'opérations graves et laborieuses; de là la nécessité d'appliquer le trépan au cal pour retirer des séquestres; de là encore l'indication des amputations consécutives, et dont l'infirmerie des Invalides a fourni tant d'exemples parmi les militaires blessés dans les guerres de l'empire.

A quelle époque faut-il retirer les esquilles? Le plus vite possible. Quand on ne peut être appelé en temps opportun, quand la tuméfaction survenue d'une manière notable a fermé le trajet parcouru par le plomb, dans ce cas, nous pensons qu'on fera bien de temporiser. A moins que des acci-

dents ne forcent à agir, il faudra attendre l'époque de la suppuration, le moment de la détente pour enlever les os brisés. Cette opération renouvelle des douleurs toujours suivies de réaction et de complication plus ou moins graves, et faciles à éviter quand le chirurgien opère peu d'instants après la blessure.

Vingt-neuf faits relatifs à des résections et à des esquilles extraites après des coups de feu reçus en juin dernier sont consignés dans ce mémoire; ils viennent à l'appui de nos théories. Je n'ai perdu aucun des blessés appartenant à cette catégorie, si ce n'est le brave général Duvivier, mort d'ailleurs de toute autre cause.

(*La suite à un prochain numéro*).

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 janvier 1849. — Présidence de M. Velpeau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— La correspondance comprend :

Une lettre de M. Leviez, d'Arras, qui communique des renseignements sur le choléra du Pas-de-Calais.

M. Plouviez, de Lille, écrit que le relevé officiel des cas de choléra observés dans différentes villes du département donne, du 15 novembre au 29 décembre, 246 faits, dont 146 morts et 57 guérisons.

— L'Académie des sciences de Rouen envoie un rapport sur l'éther et le chloroforme. Ce rapport se termine par des conclusions tendant à assimiler l'éther et le chloroforme aux poisons et à surveiller la vente des appareils.

— M. Le Roy-d'Etiolles communique un moyen qu'il a imaginé pour empêcher la rupture des brise-pierres.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'éther et le chloroforme.

M. Roux prend la parole à son tour. Pour lui, tout se réduit à quatre questions :

1° Quels sont les effets physiologiques?

2° L'anesthésie produite par le chloroforme est-elle susceptible de produire la mort par elle-même?

3° Quels sont les caractères des faits de mort observés?

4° Quelles sont les précautions à prendre, à suivre, à observer pour assurer l'innocuité de cette substance?

Il déclare ne vouloir aborder que les deux premières.

Pour l'une, il pense que ce n'est que dans les cas où le chloroforme est inspiré en trop grande abondance sans mélange suffisant d'air ou lorsque la susceptibilité des sujets est exagérée qu'il peut arriver des accidents. Pour la seconde, il déclare qu'il se soumettrait au chloroforme sans la moindre crainte. Le cas de M. Gorré est un fait malheureux. Pour celui qui lui est arrivé, le voici : Il s'agit d'une femme ayant un cancer du sein avec des ganglions sous l'aisselle; il y avait là deux opérations à faire. Après l'avoir chloroformisée pour la première opération, il ne voulut pas la soumettre à une nouvelle inhalation pour la seconde, et cependant elle fut prise d'une syncope et mourut pendant qu'on la pansait.

Dans tous les faits racontés dans le rapport, le chloroforme fut employé sur des femmes, sauf chez deux, les malades de M. Robert et de M. Malgaigne, qui sont exceptionnels. Il faut donc chez les femmes plus de précaution que chez les hommes. Du reste, il ne s'est pas aperçu que la proportion de ses morts ait augmenté ou diminué. Il pense qu'on peut l'employer dans tous les cas, sauf dans les opérations pratiquées sur la bouche ou le rectum. Quant à lui, il s'y soumettrait sans aucune crainte. S'il lui fallait s'astreindre aux précautions dont on parle, il aimerait mieux renoncer à son emploi.

M. Rochoux ne voit qu'un seul point à élucider : la malade de M. Gorré est-elle ou non morte du chloroforme? Il résout cette question par l'affirmative, nie l'influence de l'effort, car tous les jours on fait des efforts sans se rompre aucun vaisseau pulmonaire. Pour la production des gaz dans le système vasculaire, elle est peut-être le résultat d'une action chimique spéciale du chloroforme dont la science pourrait rendre compte.

— Séance levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 janvier 1849. — Présidence de M. Boussingault.

M. Jules Périer, médecin à Calais, adresse une lettre relative au choléra qui règne dans le département du Pas-de-Calais. Il ne lui trouve pas les mêmes caractères qu'à celui de 1832. Celui de 1848 présente un cachet typhoïde, dont rendrait peut-être compte l'altération de la muqueuse gastro-intestinale.

— Le docteur Cardon a adressé à M. Rayer une lettre, où il raconte un fait observé chez un homme qui, par méprise, avala 100 grammes de nitrate de potasse au lieu de 60 grammes de sulfate de magnésie.

La première action fut une irritation violente de la muqueuse intestinale, et une diurèse abondante. L'irritation intestinale se calma assez vite, et fut suivie d'un besoin continuel de boire et de manger, avec amaigrissement du sujet, et miction de cinq à six litres par nuit. On trouva dans l'urine du sucre de glucose.

L'auteur se demande si le diabète ainsi produit est le résultat de l'action du nitrate de potasse ou d'une réaction; en d'autres termes, le sucre a-t-il agi sur les reins ou sur l'économie tout entière, de manière à provoquer un diabète par une modification spéciale qu'il aurait provoquée? N'y a-t-il eu qu'exagération de l'action physiologique du rein?

Nouveau mode de traitement de la surdité qui tient à la perte de la membrane du tympan, avec ou sans écoulement par l'oreille; par M. Yearsley.

En 1841, un *gentleman* vint de New-York consulter l'auteur. A la première inspection, il reconnut une désorganisation profonde des parties de chaque oreille. Comme il lui donnait connaissance de ce diagnostic : comment se fait-il alors, répondit le patient, que, par un moyen très simple, je puisse du côté gauche rétablir l'ouïe avec assez de netteté pour satisfaire aux besoins journaliers de la vie? et effectivement je ne viens vous demander vos conseils que pour pouvoir soulager l'oreille droite. — M. Yearsley, lui ayant demandé quel était ce moyen, apprit qu'il consistait à introduire jusqu'au fond de l'oreille un petit morceau de papier préalablement mouillé de salive à ses extrémités. L'amélioration qui eu résultait pour l'audition était instantanée et durait quelquefois une heure, ou un jour, ou même une semaine sans qu'il fût besoin de réitérer la même manœuvre.

M. Yearsley ne manqua pas d'essayer ce procédé si simple chez la plupart de ceux qui venaient le consulter; mais il échoua constamment dans le but désiré. Il y avait en conséquence renoncé, pensant que le cas de son premier malade consistait dans une altération entièrement exceptionnelle, lorsqu'il fut appelé à donner des soins à une jeune lady, dont la surdité déjà très ancienne était due aux suites de la scarlatine. Le tympan des deux oreilles était désorganisé : il la considérait donc comme incurable, et ne lui continuait des soins sans espoir que sur les instances réitérées de ses parents, qui ne voulaient pas avoir à se reprocher d'avoir négligé quelque chose. — Après avoir inutilement essayé divers remèdes, il eut l'idée de revenir au procédé de son malade américain; mais, au lieu du morceau de papier, il « introduisit une petite boulette de coton cardé » d'abord mouillé, qu'il poussa doucement jusqu'au fond du conduit » auditif, de manière à la mettre en contact avec la petite portion » de membrane tympanique qui subsistait encore. » Le résultat fut surprenant. Dès le soir même, elle put, étant à table, entendre la conversation de sa famille. — Elle réitéra tous les jours cette introduction, et devint bientôt capable de la faire elle-même, de manière à pouvoir se passer de l'aide du médecin. On remarqua sur elle que, tant que le coton n'avait pas atteint un point déterminé du conduit, l'ouïe ne gagnait rien; tout au contraire, elle paraissait diminuée. Mais du moment où il avait pénétré à la place convenable, la jeune dame entendait mieux.

L'expérience ainsi exécutée fut répétée par l'auteur un très grand nombre de fois, et toujours avec succès. Il est essentiel de déterminer sur chaque malade le degré de profondeur où le coton doit pénétrer. Si on se bornait à le pousser au hasard sans cette précaution, on risquerait, au contraire, d'ajouter par sa présence à la surdité. M. Yearsley pratique cette médication depuis environ cinq ans.

Le traitement que M. Yearsley propose a déjà été appliqué par lui dans près de 200 cas; il convient surtout (quoique ce ne soit point là une condition *sine quâ non*) lorsque la membrane du tympan a été détruite en partie.

Une très petite quantité de coton suffit; on le mouille dans un liquide quelconque, mais sans le comprimer.

Pour procéder à la manœuvre, M. Yearsley a fait construire une petite pince à ressort très doux, et dont les extrémités ne doivent pas être rugueuses, comme cela se fait ordinairement pour ces instruments; elle sert également à introduire le coton, puis à le retirer. Mais la plupart des malades n'emploient pas d'instrument spécial; ils se bornent à user d'une petite tige d'argent dont une extrémité, taillée en pointe, sert à pousser et à ajuster la petite boulette, tandis que l'autre, terminée par une petite vis, est employée pour l'extraire lorsqu'on veut la changer.

L'auteur pense que cette substance agit de manière à suppléer dans ses fonctions la membrane ou la portion de membrane qui manque, et qu'elle transmet comme les vibrations sonores. Quoi qu'il en soit, il faut nécessairement, pour qu'elle remplisse cette condition, qu'on l'ait humectée; sèche, elle gênerait l'ouïe au lieu de la favoriser.

(*The Lancet* et *Gaz. Méd.*)

Visite du président de la République à l'Hôtel-Dieu et au Val-de-Grâce.

Avant-hier lundi M. le président de la République, accompagné d'un seul aide-de-camp, M. Fleury, s'est rendu à l'Hôtel-Dieu sans avoir prévenu personne de sa visite. Il a visité en détails toutes les parties de l'hôpital, et a adressé des paroles de consolation à plusieurs malades. Il a aussi témoigné sa satisfaction aux médecins et chirurgiens, ainsi qu'au directeur et aux sœurs de charité pour l'ordre qui règne dans le service de ce vaste établissement. En quittant l'Hôtel-Dieu, M. le président s'est rendu au Val-de-Grâce, où il s'est fait rendre compte avec le même intérêt de tous les détails du service. Il n'a pas été moins satisfait de cette seconde visite que de la première. Ces deux visites ont duré jusqu'à onze heures. On pense que M. le président visitera successivement les principaux établissements de bienfaisance.

Il paraît décidément que M. Magendie commence à craindre l'invasion du choléra; il vient de signer, comme président du comité d'hygiène, des instructions sur les mesures à prendre dans le cas où cette épidémie viendrait à se développer. L'abondance des matières nous oblige de renvoyer à notre prochain numéro la publication de ces instructions, que nous ferons suivre de quelques courtes remarques.

NOUVELLES.

Par un arrêté en date du 9 janvier 1849, MM. Réjou (Prosper) et Pouvreau (Joseph-Romain), chirurgiens de 2e classe de la marine, ont été admis à faire valoir leurs droits à la retraite à titre d'ancienneté de services.

— Par arrêté du président de la République, rendu le 11 janvier sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, ont été nommés :

Au grade de premier médecin en chef de la marine, M. Mouguet, second médecin en chef;

Au grade de second médecin en chef de la marine, M. Marquizeau, chirurgien de 1re classe.

— L'administration municipale de Niort vient d'organiser un service de médecins vérificateurs des décès.

Cette institution lui a paru indispensable pour éviter le danger des inhumations prématurées.

Deux médecins sont chargés de vérifier les décès avant la déclaration qui doit être faite à l'officier de l'état civil.

Les mêmes médecins ont aussi mission de constater à domicile le sexe des enfants naissants, dans le cas où la présentation de ces enfants à la mairie pourrait compromettre leur existence.

— Un médecin de Dublin, dont la fortune s'élevait à 60,000 liv. sterl., a légué le tiers de cette somme à la salle des cancéreux de l'hôpital de Middlesex.

— Le ministre de l'intérieur et le directeur de la santé publique, M. Zarazaga, ont fait publier un tableau complet des eaux minérales d'Espagne. Ce tableau renferme également le nom des médecins attachés à ces établissements, la saison et la durée des traitements. La majeure partie d'entre eux ferment à la fin de septembre, quelques-uns à la fin du mois de mai ou de juin.

— Le docteur Zagorski, célèbre par ses travaux sur l'anatomie et la physiologie, vient de mourir. Il était membre de l'Académie et professeur de la Société médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg. Né le 9 août 1756, à Tscheraigon, il fut nommé professeur d'anatomie en 1787. En 1797, il fut appelé à la chaire d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Moscou. De là il passa à celle de Saint-Pétersbourg.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 20 JANVIER 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 8.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois
PARIS.	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 19 JANVIER 1849.

Nouvelle loi sur l'assistance publique dans la ville de Paris.

En publiant la nouvelle loi sur l'assistance publique dans la ville de Paris, nous avons dit que cette loi consacrait déjà de nombreuses améliorations au point de vue administratif. Cette vérité ne semble pas avoir été comprise également par tout le monde. De nombreux reproches ont été adressés à cette loi; on paraît craindre surtout que le nouveau directeur n'abuse des pouvoirs *despotiques* dont il va être investi.

Nous n'avons pas pour habitude d'être trop partisan du médecin Tant-Mieux, et nous ne manquons jamais de signaler les abus là où nous les voyons, et les réformes là où nous les jugeons nécessaires. Mais nous ne blâmons pas par système, et nous trouvons plus de plaisir encore à louer les améliorations qu'on fait qu'à nous plaindre de celles qu'on ne fait pas. Nous dirons donc volontiers en quoi la nouvelle loi nous paraît préférable à celle qu'elle a remplacée. Rappelons d'abord les vices de cette dernière, que nous avons eu si souvent l'occasion de signaler.

On sait que cette administration était régie par le décret de l'an IX, qui substitua à la commission administrative gratuite existant par toute la France à la tête de chaque hôpital, un conseil général composé de quinze membres. Ce conseil administrait, ordonnait toute chose, prenait des arrêtés pour les actes les plus minutieux, et il avait au-dessous de lui une commission administrative et exécutive chargée d'agir et de faire exécuter ce qu'il avait ordonné.

Le conseil général, composé d'hommes qui, pour la plupart, étaient investis d'autres fonctions graves, nombreuses, élevées, ne pouvait s'occuper sérieusement de l'administration. Nous pourrions citer des membres de ce conseil qui, pendant dix ans, n'ont pas mis les pieds dans un hôpital. Que résultait-il de là? C'est que le conseil ignorait presque constamment les faits sur lesquels il était appelé à délibérer, et que la commission exécutive, connaissant seule ces faits, les présentait sous la couleur qui lui plaisait, et que le conseil ne faisait, en définitive, que voter ce qu'elle avait délibéré. La commission était donc omnipotente; mais son omnipotence était de la pire espèce; car elle était sans responsabilité. Si quelque chose était mal fait par la commission exécutive, elle échappait à tous les reproches en déclarant qu'elle n'avait fait qu'exécuter les ordres du conseil. Quant à ce dernier, tout recours à lui était parfaitement inutile: d'abord parce qu'il était fort difficile, pour ne pas dire impossible, de pénétrer successivement auprès des quinze membres, tous plus ou moins difficiles à aborder; ensuite, parce que ces membres, ne sachant pas, le plus souvent, de quoi on voulait leur parler, ne se souciaient guère d'étaler devant le public leur complète ignorance des affaires qu'ils étaient censés diriger. Ensuite intervenait la commission administrative, à laquelle il était facile, en l'absence de tout contradicteur, puisque le conseil délibérait dans l'ombre, de nier les faits les plus patents dès qu'ils pouvaient lui être défavorables. Cette facilité de nier toutes les accusations paralysait les bonnes intentions des membres du conseil eux-mêmes, quand, par hasard, il s'en trouvait un assez instruit et assez zélé pour se faire l'interprète des plaintes qu'on lui avait adressées; mais ceux qui se plaignaient n'en étaient pas quittes pour voir leurs demandes repoussées. Le médecin qui s'était plaint, quand c'était un médecin, était signalé comme un mauvais esprit, un homme difficile à vivre, et il n'avait rien retiré de son zèle et de sa loyauté, qu'une grande malveillance de la part de l'administration. Ce que nous disons ici était tellement commun, que les médecins avaient cessé presque complètement de se plaindre d'aucun abus, et que les rapports annuels qu'ils remettaient au conseil pour lui signaler les défauts du service de santé ne signifiaient plus absolument rien.

Ainsi, d'un côté, le conseil général ne savait pas ce qu'il y avait à faire, et d'autre côté la commission exécutive ne voulait rien faire. De là cette persistance des abus que nous avons si souvent signalée. Il fallait ou renoncer à tout espoir de progrès, ou réformer radicalement l'administration. La création d'un directeur unique et responsable, tel que l'a voulu la loi, est un fait capital. Chaque établissement de bienfaisance ne sera plus administré d'une façon despotique par le membre de la commission administrative à qui il était confié, et tous nos hôpitaux seront soumis à une règle uniforme. Si l'administration ne fonctionne pas comme on a droit de l'espérer, on saura désormais à qui s'en prendre. Le directeur n'aura pas derrière lui un conseil supérieur gratuit, un être multiple, insaisissable, auquel il vous renverra. Payé pour faire marcher l'administration, ce sera à lui de répondre de la manière dont les choses marcheront. Quelques personnes ont pensé que cette responsabilité n'existe que de nom dès que le directeur a tout pouvoir, et qu'il ne se trouve pas sous la férule d'un conseil d'administration, comme le voulait le projet de la commission de l'Assemblée. Nous avons sur ce point un avis tout différent. Pour que la responsabilité soit réelle, il faut que les agents responsables aient une liberté complète d'action; c'est là un principe d'administration si élémentaire, que nous nous étonnons d'avoir à y insister. Créer un conseil d'administration, c'était retomber dans tous les vices de l'ancienne administration, c'est-à-dire voter l'irresponsabilité. Toutefois, si la responsabilité du directeur était indispensable, suffisait-il de l'avoir établie? Pouvait-on confier à un seul homme une administration dont le budget s'élève à près de 18,000,000 cette année? Était-il raisonnable, prudent, de le laisser traiter des acquisitions, des acceptations de legs, des ventes considérables, sans autre garantie que sa probité présumée? Qui ne sait que dans ces sortes d'affaires un homme peu probe pourrait léser l'administration de la manière la plus grave, d'une manière irréparable, sans qu'il fût souvent possible de le prouver? Et s'il était honnête, devrait-on exposer son honnêteté à la calomnie, à qui il pourrait être facile d'éveiller tout au moins des soupçons? Il fallait de toute nécessité, à côté du directeur, un contrôle, une surveillance de chaque instant, non pas un contrôle qui gênât son action, mais qui surveillât chacun de ses actes, et pût donner son avis dans les cas où cela serait nécessaire.

Le conseil que la loi vient d'instituer remplira ce rôle. Le directeur aura les coudées franches, et pour les nombreux détails qui exigeraient des arrêtés, il ne prendra conseil que de lui; on ne sera plus obligé d'attendre une réunion du conseil, et quelquefois quinze jours ou plus pour la plus simple mesure à prendre. Le directeur agira sur-le-champ, sauf à rendre compte au conseil consultatif de ce qu'il aura fait. Pour les choses importantes, dont les principales sont dans la loi, le directeur *devra* prendre l'avis du conseil. S'il est d'accord avec ce dernier, l'avis du conseil sera pour le directeur une garantie morale d'une extrême importance. Dans le cas contraire, ce dissentiment sera pour le directeur un avertissement salutaire, qui l'engagera à examiner de nouveau le parti qu'il aura à prendre, et, au besoin, à consulter l'autorité supérieure.

Parmi les attributions du conseil, nos confrères remarqueront avec satisfaction celle-ci : Toutes les affaires de discipline concernant les médecins, chirurgiens et pharmaciens, lui seront déférées. Nous ne pouvons qu'applaudir à une pareille disposition. Aurait-il été juste, convenable, pour la dignité médicale, que des hommes du plus haut mérite, devant à eux seuls leur position, prodiguant aux pauvres leur temps et les fruits de leur instruction, fussent soumis aux réprimandes du directeur, comme le dernier employé des bureaux?

Dans l'intérêt des médecins comme dans son propre intérêt, il est infiniment préférable que le directeur soit débarrassé de tout ce qui regarde la discipline du corps de santé; et, s'il est vrai que cette disposition législative soit due aux efforts de notre confrère M. Voillemier, il s'est acquis un titre important à la gratitude de ses confrères.

Mais si un directeur est gêné et même impuissant, ayant à agir contre certaines positions médicales, quel est donc l'homme qui pourra échapper à l'autorité d'un conseil nombreux, gratuit, recruté, comme nous le dirons, par l'élection et dans le corps médical lui-même? Personne ne pourra se soustraire à un blâme émané de si haut, et nous espérons que la manière dont se font les services des hôpitaux gagnera à l'établissement d'une pareille juridiction.

Une autre disposition capitale de la loi consacre le concours et l'intervention du conseil, du préfet et du ministre de l'intérieur, pour destituer les médecins nommés par le concours. On sait jusqu'à quel point le dernier conseil des hôpitaux avait détruit, par l'adoption de la réélection quinquennale, les garanties des médecins contre les caprices des administrateurs.

Des hommes qui, après de longues études, une clientèle sacrifiée, emportaient de force, et par leur seul mérite, une place dans les hôpitaux, pouvaient se voir privés du fruit de leur travail au bout de cinq ans, si cela plaisait à l'administration. On ne faisait point comparaître devant le conseil le médecin que l'on voulait frapper; on le condamnait sans l'entendre; il n'en était même pas question; on ne le réélisait pas, voilà tout : c'étaient les oubliettes médicales. Et qu'avait-il fallu pour créer cette monstruosité de l'omnipotence administrative? Un simple article du règlement glissé furtivement dans une des dernières modifications du code des hôpitaux. En vain les médecins réclamaient; et dans ces derniers temps, c'est à peine s'ils osaient réclamer, parce qu'ils craignaient de n'être pas réélus. Aujourd'hui, l'homme nommé par concours aura des garanties sérieuses de son avenir. S'il fait mal, il sera jugé, mais non étranglé.

Un dernier article institue le concours pour les médecins des bureaux de bienfaisance.

Cet article n'a pas été adopté sans opposition. Un amendement voulait qu'on substituât au concours l'*élection confraternelle*. Nous nous sommes dans tous les temps prononcé pour les mesures libérales, et en conséquence nous avons souvent défendu l'élection confraternelle; mais de tous les modes de nomination aux emplois médicaux, celui qui aura toujours notre préférence sera celui qui offrira le plus de garanties pour faire arriver les plus capables. Or, sous ce rapport, le concours nous paraît infiniment supérieur à l'élection confraternelle, de quelque manière que l'ait entendue l'auteur de l'amendement. Un seul argument était bon contre le concours, c'est celui qui disait que pour un pareil concours on ne trouverait pas de candidats. Cet argument est évidemment sans réplique, et nous avons vu avec plaisir que dans ce cas, mais dans ce cas seulement, on eût recours à l'élection confraternelle. Avec cette modification l'article nous semble complet et irréprochable.

Telles sont les améliorations que la nouvelle loi consacre. Nous avons dit que ces améliorations, quelque importantes qu'elles fussent au point de vue administratif, laissaient beaucoup à faire, au point de vue humanitaire, aux règlements qui doivent les suivre.

Si c'est nécessaire, nous examinerons prochainement comment ces règlements répondent aux besoins des pauvres malades ou infirmes.

Revue clinique hebdomadaire.

ANUS ARTIFICIEL. ENTÉROTOME DE M. BLANDIN. — Nous venons de voir dans le service du professeur Blandin un malade fort intéressant, qui présente un exemple d'anus contre nature, suite de l'étranglement d'une hernie guéri depuis longtemps, et opéré à l'aide d'un entérotome imaginé par ce chirurgien d'après celui de Dupuytren.

Voici le fait. (Nous décrivons plus bas l'instrument.)

Cet homme est un charpentier, âgé maintenant de quarante ans, qui, il y a une douzaine d'années, se présenta à l'hôpital Beaujon. Depuis l'âge de quatre ans il portait une hernie, qui était devenue assez volumineuse. Un jour, et probablement sous l'influence d'un effort, cette hernie s'étrangla, et les phénomènes étaient tels au moment de son arrivée, que M. Blandin dut se hâter de pratiquer l'opération. L'étranglement datait de plusieurs jours déjà; cependant le débridement était encore possible, mais une anse fort longue de l'intestin était frappée de gangrène, ce qui détermina le chirurgien à la laisser au dehors. Cette anse fut ouverte; les matières fécales se portèrent au dehors; le malade guérit avec adhé-

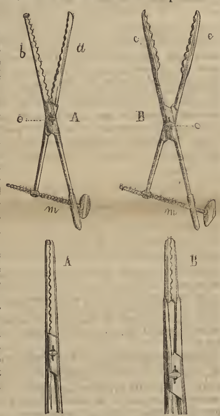
rences de l'intestin à l'ouverture de l'anneau et anus artificiel. La longueur de la portion d'intestin qui se sphacéla peut être évaluée à 30 ou 35 centimètres. Cet homme resta un certain temps à l'hôpital Beaujon, rendant toutes les matières fécales par l'anus artificiel, n'en rendant aucune par l'anus normal.

Voyant que la nature ne faisait rien pour la guérison, M. Blandin voulut tenter l'autoplastie, et pour cela il se servit de l'instrument dont nous parlons, de l'entérotome de Dupuytren modifié. C'était la première fois qu'il l'appliquait sur l'homme, et sous ce rapport le malade présente encore plus d'intérêt.

On sait, et pas n'est besoin de le rappeler ici, que ce qui s'oppose principalement à la guérison de l'anus artificiel, c'est l'éperon formé par l'adossement des parois des deux bouts de l'intestin. Il fallait donc le repousser, le perforer ou le détruire. C'est à cette dernière idée que s'arrêta Dupuytren. En 1798, Shmalkalden avait proposé la perforation, et en 1809, le docteur Physick (de Philadelphie) avait reproduit cette idée et l'avait mise à exécution.

Donnant ici comparativement les deux instruments, celui de Dupuytren et celui de M. Blandin, nous sommes forcé de dire deux mots du premier pour mieux faire ressortir les dispositions qui le font différer du second.

L'entérotome de Dupuytren, fig. A, se compose de deux branches articulées comme celles d'un forceps; l'une d'elles, la branche femelle, *a*, offre sur un de ses côtés une gouttière assez profonde pour recevoir le bord de la branche mâle *b*; le bord de la branche mâle présente des ondulations, comme ceux de la gouttière de la branche femelle, pour augmenter l'étendue de la surface que les pinces doivent saisir. Au point de leur réunion les branches ont un entablement dans l'étendue duquel elles se touchent latéralement et sont fixées par un pivot mobile, *o*, adhérent à la branche femelle et reçu par une mortaise de la branche mâle. Au delà de l'entablement les deux branches présentent chacune un manche d'inégale longueur percé d'une longue mortaise dans la branche mâle, d'un trou taraudé dans la branche femelle. Une vis de pression, *m*, engagée dans la mortaise allongée de l'une et le trou de l'autre, sert à les rapprocher et à les serrer de plus en plus. Le mécanisme de l'instrument est facile à comprendre.



C'est dans la cavité de l'un et de l'autre bout intestinal que l'entérotome doit être introduit, destiné qu'il est à déterminer dans une grande étendue l'adhérence des deux feuillets péritonéaux adossés; la section opérée par le bord mousse de l'instrument se fait d'une manière lente, par écrasement et désorganisation. A la chute des pinces, une large communication est établie entre les deux bouts de l'intestin, et les matières fécales reprennent leur cours habituel. L'éperon est détruit dans toute son étendue depuis le sommet de l'angle jusqu'à la base.

L'inconvénient que trouve M. Blandin à l'emploi de cet instrument, c'est que par son emploi l'ouverture de l'anus contre nature se trouve toujours un peu agrandie. Le passage des matières fécales est large, mais un peu trop voisin de l'ouverture extérieure. Aussi est-ce pour remédier à ce désavantage qu'il a modifié l'instrument, comme nous allons le dire. Dans sa moitié inférieure, jusqu'à l'entablement, l'instrument de M. Blandin, fig. B, est exactement pareil à celui de Dupuytren. Mais dans la moitié supérieure, les branches, légèrement évidées de manière à ne pas se toucher pendant la plus grande pression de l'instrument, supportent dans la moitié de leur longeur deux mors *cc*, aplatis, larges d'un centimètre et demi, garnis à leur face interne d'ondulations qui se correspondent.

Nous avons représenté dans les figures inférieures A B les instruments serrés par la vis; dans la première, les branches sont partout en contact; dans la seconde, il reste entre les deux mors un espace vide où se loge, sans être comprimé, le sommet de l'éperon. De cette façon l'éperon se trouve perforé vers sa base seulement, et l'angle saillant de l'éperon peut concourir en quelque sorte à former l'ouverture de l'anus artificiel.

Chez le malade dont nous parlons, l'opération a été pratiquée de cette manière. Au bout de six jours on vit la pince s'enfoncer dans l'intestin : c'est là le signe que l'intestin est coupé, et ceux qui voient ce fait pour la première fois sont véritablement surpris; effrayés presque de voir l'instrument pénétrer si profondément dans l'abdomen. Le lendemain les matières fécales passaient par l'anus; il ne restait plus qu'une légère humidité à l'ouverture anormale.

La guérison fut très rapide, malgré les imprudences réitérées que commit le malade, qui, dès le jour de l'opération, se procura secrètement des aliments et mangea copieusement. Il suffit d'un avivement des bords de la plaie et de leur mise en contact pour amener la réunion sans autoplastie. Depuis lors il s'est reformé une autre hernie très volumineuse du même côté, mais le malade la contient par un bandage.

Bien que ce procédé ne soit pas d'hier, puisque voilà une douzaine d'années qu'il est mis en pratique par M. Blandin, nous avons cru devoir y consacrer quelques lignes de notre Revue, en raison de son importance d'abord, puis parce que nous avons pu donner à nos lecteurs, avec la description, la figure de l'instrument qui n'a encore, que nous sachions du moins, été représenté dans aucun livre ou journal de médecine.

Fistule a l'anus. Procédé de Larrey. — Notre honorable confrère, le professeur Hippolyte Larrey, nous a fait voir dans son service plusieurs sujets opérés de la fistule à l'anus, à l'occasion desquels il est entré dans quelques détails intéressants au point de vue pratique, et que pour cette raison nous allons reproduire ici, en partie du moins. Un des sujets en particulier a fixé notre attention à cause d'un accident assez rare, sur lequel nous allons revenir plus bas.

Larrey avait étudié avec soin cette question qui se rattache à la pathologie des armées. En effet, les fistules à l'anus sont très communes chez les militaires. Larrey a surtout appelé l'attention sur deux ou trois points essentiels à la guérison, et d'abord, sur ce fait, maintenant bien connu, et qui, l'était beaucoup moins à l'époque où il écrivait, à savoir : que la réussite de l'opération dépend toujours de la section complète que l'on doit faire du trou intestinal avec le pont qui le sépare de l'ouverture ou des ouvertures externes. Il importe, disait-il, de découvrir ce trou intestinal pour y faire passer la sonde ou le stylet qui doit conduire le bistouri, car il m'est bien démontré que, lorsque ce trou n'est pas compris dans la section de l'instrument, la fistule se conserve ou se reproduit, et c'est par cette perforation qu'elle se forme toujours de dedans en dehors, et jamais de dehors en dedans, à moins d'une cause vulnérante qui percerait dans ce sens l'intestin rectum : aussi peut-on annoncer avec certitude que les dépôts profonds de la marge de l'anus sont constamment accompagnés de fistule, qui devient complète aussitôt l'abcès ouvert.

On le voit, tout le succès de l'opération consiste à rencontrer le trou interne, ce qui n'est pas toujours chose facile, surtout lorsque l'on n'en connaît pas le siége. En suivant la marche de la sonde à travers le trajet fistuleux de l'ouverture extérieure, on est ordinairement conduit dans le fond du cul-de-sac formé intérieurement par la fistule; on en force la paroi mince sans beaucoup de peine, et l'on entre dans l'intestin par l'ouverture accidentelle que l'on vient de pratiquer, de sorte qu'on laisse le trou naturel presque toujours au-dessous ou à côté, et malgré la profondeur de l'incision, la fistule ne guérit pas ou reparaît bientôt après. Tel était l'inconvénient de la pratique de l'un des grands maîtres du siècle dernier, Desault; nous voulons parler de son perforatif, le trocart, avec lequel il passait un fil de plomb pour embrasser l'anse malade de l'intestin.

Un point sur lequel Larrey fixait encore l'attention, et dont nous avons eu, chez les malades que nous avons vus ici, en particulier, l'occasion de vérifier l'exactitude, c'est que très souvent on cherche beaucoup trop haut et trop loin l'ouverture interne de la fistule. Les parois internes du rectum ne doivent être lésées que dans les points les plus favorables à l'action des causes qui amènent les fistules. Ces points sont les sinus qui s'observent entre les deux sphincters de l'anus, et surtout immédiatement au-dessus de l'interne, où la contraction réitérée du rectum produit des sillons circulaires plus ou moins profonds, dans lesquels les corps étrangers, des matières fécales, les petites parcelles d'os, des pépins de raisin, etc., s'arrêtent facilement, et, après avoir usé ou perforé la membrane muqueuse, déterminent, par leur passage dans le tissu cellulaire ambiant, un foyer d'irritation, l'abcès et la fistule. C'est donc dans cette partie de l'intestin qu'il faut chercher le trou interne; *il ne se rencontre jamais au-dessus des sillons* dont nous venons de parler; c'est, le plus ordinairement, dans celui qui borne le sphincter interne qu'on le trouve. Il est même facile, chez quelques sujets, de le découvrir à l'œil simple, en écartant avec soin les bords de l'anus. Il ne s'agit plus que de conduire vers lui le stylet flexible à l'aide duquel Larrey faisait l'opération dans tous les cas.

Larrey avait observé combien est désagréable l'emploi du gorgeret, qui épointe souvent les bistouris, et d'ailleurs exige l'emploi d'un aide dont le chirurgien ne se trouve dépourvu par une circonstance quelconque, ou est bien aise de pouvoir se passer, lorsqu'il pratique, par exemple, l'opération chez une femme : aussi avait-il imaginé un petit instrument fort simple et fort commode dont nous avons vu son fils se servir avec succès et bonheur, et que nous recommandons aux chirurgiens, desquels il est trop peu connu.

Cet instrument consiste tout simplement en un stylet de 18 à 20 centimètres de longueur sur 2 millimètres d'épaisseur; il est surmonté d'un petit bouton olivaire à son extrémité la plus frêle, et terminé à l'autre par une petite plaque arrondie que l'on tient entre les doigts. On peut encore se servir d'une sonde cannelée ordinaire terminée par un stylet semblable à celui dont nous venons de parler; c'est de cette dernière que fait usage habituellement M. H. Larrey. Cet instrument, pour être flexible, doit être construit en argent de coupelle et battu à froid. On le fait couler d'abord dans le trou fistuleux jusqu'à la cannelure; on le fait ensuite dégager de l'intérieur de l'anus avec l'extrémité du doigt; la portion charnue intermédiaire entre les deux trous fistuleux étant ainsi tendue sur la gouttière du stylet ou de la sonde, on la coupe facilement avec un bistouri concave, à lame étroite, qu'on fait glisser sur la cannelure de l'instrument, de manière à couper d'un seul coup tout le pont tégumenteux. Une fois l'incision terminée, on se conduit de la même manière que lorsque l'opération est faite par les procédés ordinaires. Inutile de dire que Larrey ne pratiquait que très rarement, et dans des cas tout à fait exceptionnels.

Nous avons dit que M. Larrey nous avait fait voir un cas particulier assez rare. C'est celui d'un homme qui portait une fistule à l'anus, pour laquelle il fut plusieurs fois opéré; à la suite de ces opérations multiples, il lui est resté une incontinence de matières fécales par paralysie du muscle sphincter, paralysie pour laquelle il est entré au Val-de-Grâce, et que le chirurgien traite par la cautérisation.

Nous avons observé dans le même service plusieurs faits curieux, entre autres un cas de *psoïtis*, sur lesquels nous reviendrons très prochainement.

Aliénation mentale jugée par des états pathologiques organiques. — A toutes les époques, et dans ces derniers temps en particulier, il semble y avoir un parti pris parmi les pathologistes, non moins peut-être que parmi les gens du monde, de rattacher les maladies mentales, à leur début, pendant leur durée, enfin à leur terminaison, à des causes d'ordre moral. Cette doctrine nous a toujours paru erronée de tous points. Déjà plusieurs fois nous avons essayé de la combattre dans nos *Revues cliniques*. Aujourd'hui, nous pouvons citer deux faits nouveaux dont nous avons été témoin dans les salles de M. J. Moreau, à Bicêtre, et dont les détails nous ont été communiqués avec la plus parfaite obligeance par un élève distingué du service, M. Luguet.

La doctrine des causes morales, M. Moreau l'a souvent combattue, et en particulier dans son beau livre *Du haschich et de l'aliénation mentale*, duquel nous nous contenterons d'extraire le court passage que voici :

« Selon nous, dit-il, les causes morales, qui se montrent si fréquentes dans le développement de la folie, n'ont, la plupart du temps, qu'une valeur pour ainsi dire *occasionnelle*; je veux dire qu'elles ne renferment pas en elles-mêmes la puissance nécessaire pour engendrer le mal de toutes pièces. Il y a presque toujours prédisposition organique plus ou moins prononcée, patente : aussi, voit-on les causes morales les plus insignifiantes, véritablement sans aucune efficacité réelle, déterminer l'explosion des plus violents désordres. Cela nous explique peut-être aussi pourquoi, lorsque nous voyons les causes occasionner si facilement les troubles de l'esprit, les moyens de même nature sont si radicalement impuissants à les guérir, excepté dans quelques circonstances où nous trouvons encore la confirmation de ce que nous avançons; car, si l'influence morale a paru, dans ces cas, à peu près incontestable, c'est que ou bien il existait déjà une modification cérébrale qui prédisposait à la guérison, modification à laquelle on n'a presque jamais pris garde, et que l'on constatera facilement toutes les fois qu'on y fera attention; ou bien, et ceux-là sont les plus rares, ces moyens pouvaient être assimilés, pour leur mode d'action, avec les agents physiques : telles sont les émotions vives, les impressions capables de changer, par un violent ébranlement, le cours des idées. »

Dans plusieurs endroits de son livre, M. Moreau a démontré qu'alors même qu'une cause purement morale paraissait avoir déterminé, entretenu, ou fait cesser une aliénation mentale, une observation rigoureuse découvrait facilement des phénomènes organiques, sous l'influence immédiate desquels il était rationnel de placer la maladie dans toutes ses phases. Ces phénomènes, dans la très grande majorité des cas, relèvent exclusivement du système nerveux. Quelques-uns ont leur source dans différents appareils organiques. Dans le courant du mois dernier (*voir* le numéro du 16 septembre 1848), nous avons cité plusieurs faits de folie jugée par des affections organopathiques.

Les deux cas que nous avons vus chez M. Moreau sont au nombre de ces dernières. Dans le premier, nous voyons une aliénation mentale rémittente qui date de onze ans, dont les accès n'étaient séparés que par une légère amélioration dans les symptômes les plus apparents, dont le dernier durait depuis deux années, se terminer en peu de jours par l'expulsion de quelques vers intestinaux. Dans le second, remarquable d'ailleurs par le rôle qu'y joue l'hérédité, plusieurs accès sont jugés par une syncope, le dernier par un ictère.

Voici ces faits :

V..., âgé de quarante-six ans, est entré à Bicêtre pour la cinquième fois le 28 décembre 1846. Son premier séjour date de 1837. V... assure qu'il n'est jamais sorti de l'hospice complétement guéri; mais il était assez bien pour pouvoir reprendre ses travaux. Il est enfant naturel. Le père de sa mère est mort fou. Reçu à Bicêtre en 1846, son état n'a pas varié jusqu'en décembre dernier.

Mélancolie profonde, hallucinations de l'ouïe, convictions délirantes de toute sorte (on lui reproche tous les crimes possibles; on va le faire passer en jugement; il sera condamné à mort, etc.). La tête est le siége constant des douleurs les plus variées et les plus vives. « C'est un cercle de fer qui la comprime; ce sont des éclairs qui lui sillonnent le front, etc. »

Vers la fin de décembre, V... se plaint de fortes démangeaisons au fondement; il dit les ressentir depuis plusieurs mois. M. Moreau l'engage à examiner ses garde-robes, et le lendemain, V... assure y avoir trouvé de tout petits vers semblables à des morceaux de fil blanc. Prescription de 50 centigrammes de calomel. Trois selles dans la journée. Un mieux notable se manifeste dans l'état normal. V... est évidemment beaucoup moins tourmenté que les jours précédents; il paraît assez disposé à discuter, et même à entendre raison sur ce qui fait depuis onze ans l'objet de ses convictions délirantes. Il est prêt à faire tout ce qu'on exigera de lui pour lui rendre la santé. Il est encore loin de reconnaître ses erreurs, mais il est ébranlé, il doute; il ne repousse plus les conseils qu'on lui fait entendre.

La prescription du calomel a été renouvelée les 25, 26 et 27. L'amélioration de l'état moral a fait de tels progrès, que V... était complétement guéri le 28. Il jugeait son état passé avec le sens le plus vrai, la raison la plus parfaite. S'il n'écoutait que son désir de revoir sa femme, ses enfants, de reprendre ses travaux, il solliciterait dès aujourd'hui sa sortie de l'hospice; mais il préfère attendre quelques jours pour consolider sa convalescence.

— X..., âgé de cinquante-trois ans, grand, sec, d'un tempérament bilieux. Sa mère est morte d'une affection du cœur; elle était mélancolique et atteinte d'épilepsie. Une sœur aînée est sujette depuis plus de vingt ans à des accès de mélancolie. Ces accès durent six mois : l'autre moitié de l'année s'écoule dans

SUPPLÉMENT.

un état de santé parfaite. Son frère, plus jeune que lui, est entré trois fois à Bicêtre pour une maladie du même genre; il a fini par se suicider.

X... a éprouvé un premier accès de lypémanie en 1817. L'explosion a été brusque; les premiers jours, il y a eu de l'agitation portée jusqu'à la fureur. La maladie a duré près d'un mois. Depuis lors, les accès ont reparu irrégulièrement tous les dix-huit mois; leur durée s'accroissait progressivement. L'avant-dernier accès, qui eut lieu en 1843, s'est prolongé au delà de quatorze mois. Depuis huit ou dix ans, les accès se terminent tous par une sorte de crise nerveuse. Il survient une syncope; perte subite de connaissance sans aucun symptôme précurseur; cette syncope dure vingt à trente minutes, finit par un tremblement général et une grande prostration.

Le dernier accès date du mois de novembre 1848; il a duré douze ou treize jours, et s'est terminé par un ictère qui dure encore. L'état moral est aujourd'hui parfait. C'est du malade lui-même que nous tenons les détails que nous venons de consigner ici.

Traitement des hémorrhoïdes par la ligature. — Dans notre Revue clinique du 6 janvier, nous avons indiqué le procédé à l'aide duquel M. Amussat traite par le caustique de Vienne les hémorrhoïdes. Le manque d'espace nous avait forcé de supprimer quelques réflexions dont nous avions cru devoir faire précéder cet article.

L'examen que nous devons faire aujourd'hui du procédé par la ligature que nous avons vu mettre en usage il y a peu de jours par M. Phillips, nous engage à reproduire en résumé la discussion que nous avions faite des quatre méthodes employées jusqu'à ces derniers temps contre les hémorrhoïdes: ligature, incision, excision, cautérisation par le fer rouge.

L'incision, disions-nous, paraît au premier abord bien simple. Quoi de plus innocent que de piquer une hémorrhoïde avec une lancette, de la vider et de la laisser guérir? Mais les chances d'hémorrhagie, et elles sont nombreuses, la fréquence des cas dans lesquels, après la cicatrisation, les kystes se sont remplis de nouveau, la médication ne constituant qu'un remède palliatif, l'ont fait abandonner comme méthode curative radicale.

Parlerons-nous de l'excision que pour la combattre? de l'excision qui, proscrite par A. Cooper, Burne et presque tous les chirurgiens étrangers, a cependant trouvé pour défenseurs Dupuytren et Boyer dans notre pays; l'excision peut déterminer des hémorrhagies promptement mortelles, des inflammations de l'intestin et du péritoine, des phlébites, mais surtout des hémorrhagies, et à cette occasion je pourrai citer un fait qui m'est personnellement connu.

Un ami de mon père fut opéré par Dupuytren au moyen de l'excision des hémorrhoïdes. Douze heures après l'opération, il succombait à une hémorrhagie qui ne put être arrêtée par aucun moyen. En effet, il ne faut pas se faire illusion: compression, cautérisation, rien quelquefois ne peut faire cesser ces hémorrhagies, auxquelles Dupuytren, malgré son expérience, eut, selon nous, le tort de ne pas attacher assez d'importance.

Le cautère actuel compte encore quelques partisans. Il offre cependant de graves inconvénients; et, d'abord, il cause aux malades de l'effroi, détermine de très vives douleurs, doit être employé plusieurs fois si les tumeurs sont volumineuses, amène des inflammations violentes, et quelquefois de longues suppurations qui ne sont pas sans danger.

Reste la ligature, le moins dangereux, il faut l'avouer, des quatre procédés, mais peut-être le plus douloureux. Nous ne voulons pas dire qu'elle soit exempte de tout danger. J.-L. Petit l'a vue suivie de tous les symptômes de la hernie étranglée. Kirby rapporte un fait où l'excès de la douleur détermina des symptômes tétaniques suivis de mort. La phlébite en a été plus d'une fois la conséquence, et trois cas de mort ont été signalés par M. Brodie, par suite d'une suppuration gangréneuse occasionnée par la ligature dans le tissu sous-muqueux de l'intestin.

La manière dont opère M. Phillips, en même temps qu'elle est facile, élégante et prompte, n'a jamais amené entre ses mains aucun accident.

La voici:

Il commence par bien attirer, déployer, examiner en détail la masse hémorrhoïdale; il en compte les groupes et isole autant que possible leurs racines respectives avec les doigts. Puis il implante dans leur base commune une aiguille très courbe ayant un grand chas, une pointe lancéolée aussi large que le chas et une tige moyenne assez mince. Cette aiguille entraîne d'un seul trait autant de fils crés qu'il y a de groupes à lier. Chacun de ces fils est de suite noué autour de chaque groupe isolément. Cela fait, il passe un dernier fil simple ou double à la base au-dessus du premier point, et il lie alors aussi fortement que possible toute la masse des tumeurs déjà isolées par les ligatures précédentes. La muqueuse est gangrénée de suite, la masse tombe au bout de trois, quatre jours, et le malade se trouve promptement guéri. Le patient est plongé aussitôt après dans un bain prolongé, qu'on répète chaque jour.

Cette opération est accomplie avec une grande rapidité. La douleur n'a lieu qu'un seul instant, au moment de la ligature, qu'il est utile de serrer rapidement et le plus fortement possible. Il y reste une sorte d'engourdissement, qui est apaisé petit à petit par le bain. M. Phillips a opéré de la sorte jusqu'à présent une vingtaine de malades sans le plus léger accident, la guérison ayant été très simple et très prompte. Les premiers fils *isolateurs*, que cet habile opérateur passe autour des groupes, ont, comme on le conçoit, pour but de séquestrer en quelque sorte la maladie du reste de la muqueuse. La seconde ligature, la seule *étranglante*, se trouve ainsi appliquée dans un espace limité par les premiers fils. Il importe de la serrer fortement afin de hâter la mortification et la chute du pédicule.

Nous devons le dire, nous avions contre la ligature des préventions que nous avons reconnues injustes, quand elle est pratiquée de la sorte. Cependant, même ainsi faite, notre confrère nous pardonnera notre franchise, nous pensons que, si nous devions subir cette opération, nous donnerions la préférence peut-être au procédé de M. Amussat; mais, nous le répétons, la ligature comme la fait M. Phillips nous semble un bon procédé, et c'est celui que nous mettons consciencieusement au nombre de ceux à employer. Z...

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 décembre 1848. — Présidence de M. Masson, vice-président.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Lucien Boyer fait hommage à la Société de deux brochures: L'une, extraite de l'*Union médicale*, est relative à la réduction d'une luxation complète de l'astragale:

L'autre, extraite du *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, est relative à l'entraînement des parties antérieures du corps vitré pendant l'opération de la cataracte par abaissement.

— M. Lucien Boyer lit à la Société le mémoire dans son entier, tel qu'il l'a présenté à l'Académie de médecine, et inséré par extrait dans la *Gazette* du 20 juillet 1848.

— M. Serrurier fait part à la Société de quelques observations de variole recueillies pendant son séjour en Normandie.

« Dans les vingt-quatre heures, vingt individus à peu près furent atteints subitement de la petite vérole. Celui sur lequel la maladie sévit d'une manière aussi rapide que néfaste fut un pharmacien, homme âgé de soixante-dix ans. La petite vérole se manifesta confluente, en même temps qu'elle fut accompagnée des symptômes suivants: Prostration générale et subite des forces; céphalalgie intense, somnolence, anorexie, diarrhée légère; fièvre aiguë d'abord, suivie bientôt d'un affaiblissement du pouls.

» Les pustules, qui avaient pris subitement un développement considérable, s'affaissent tout à coup, pâlissent et ne forment plus généralement qu'une surface plane; léger délire; le malade se refroidit, et meurt sans douleur comme sans agonie, le quatrième jour.

» La difficulté d'avaler s'était manifestée dans les premières vingt-quatre heures; depuis, le malade n'avait pu prendre que quelques cuillerées de boisson.

» Je ferai remarquer qu'il n'avait point été vacciné.

» Un garçon vétérinaire subit tout à coup les mêmes phénomènes; seulement l'éruption marche plus lentement, et ne présente dans les deux premiers jours d'autre crainte, d'autre inquiétude que celle que donne naturellement une petite vérole des plus confluentes. Les symptômes, néanmoins, ne tardent pas à s'aggraver; ils sont les mêmes que ceux du premier variolé, et terminent également le quatrième jour la vie du malade, qui n'avait pas été vacciné.

» Un troisième individu, de l'âge de quarante ans, est pris d'une petite vérole discrète; l'affection parcourt avec régularité toutes les périodes, et la convalescence la plus heureuse comme la plus prompte rend le malade à lui-même et à ses occupations. Il avait été vacciné, et la vaccine avait eu de favorables résultats.

» L'alarme se répandit, et chacun vint demander à être vacciné et *revacciné*.

» Deux personnes qui avaient déjà subi avec succès cette opération le furent de nouveau; mais elles avaient contracté le principe variolique, qui se manifesta, trente-six heures après la revaccination, par une variole bénigne.

» Chose remarquable! le jour même de la vaccination, les malades ont éprouvé aux piqûres vaccinales une démangeaison vive et insupportable; un accès fébrile assez intense s'est développé avec gonflement des bras, rougeur vive aux piqûres, sans apparition de boutons autres que ceux d'une variole discrète.

» Une jeune dame, âgée de dix-neuf ans à peu près, craignant la petite vérole, quoiqu'elle eût été vaccinée avec succès dans son enfance, se soumet pour la seconde fois à cette opération. Au bras droit, elle éprouve dans les vingt-quatre heures une démangeaison vive, insupportable; une fausse vaccine se manifeste, et disparaît dans l'espace de trois jours; mais, vers le neuvième jour depuis la vaccination, un bouton vaccin se montra au bras gauche et parcourut avec régularité toute ses périodes.

» J'ai regretté que l'on ne se soit pas servi du fluide de ce bouton pour revacciner d'autres sujets, et en reconnaître ou non les effets préservatifs de la petite vérole.

» Tel est, messieurs, le résultat de mes observations. L'épidémie variolique s'est étendue au bourg d'Athis; mon séjour n'ayant été que de quelques instants, je n'ai pu prendre des notes et en tirer les inductions que j'aurais désiré obtenir. »

M. Belhomme pense que ces observations ne peuvent contre-indiquer les revaccinations. Elles semblent même avoir été de quelque utilité dans l'épidémie rapportée par M. Serrurier.

M. Masson. On a souvent observé que des sujets déjà vaccinés étaient atteints de varioloïde. Cette variété de la variole diffère beaucoup de la variole elle-même dans sa marche, son intensité, ses conséquences, et il est impossible de faire entre ces deux affections les rapprochements comparatifs qu'on peut établir entre l'ophthalmie purulente et l'ophthalmie catarrhale, ainsi qu'un de nos confrères paraissait le penser.

M. Léger approuve non-seulement les revaccinations, mais encore il vante les bons effets de la vaccine alors que les sujets sont déjà sous l'influence de l'épidémie ou avec les prodromes de la maladie. Il cite à cet effet l'observation d'une épidémie dans le Nord où plus de vingt enfants vaccinés dans des familles atteintes par la maladie n'eurent que la variole modifiée. Même observation fut faite par lui dans une épidémie qui eut lieu dans le cinquième arrondissement en 1824, où les enfants pris au sein du foyer de la contagion épidémique furent vaccinés et préservés, ou du moins atteints seulement de variole modifiée ou discrète.

M. Belhomme cite un fait à l'appui des observations de M. Léger, c'est celui d'un enfant vacciné pendant la période d'incubation de la variole et chez lequel on ne vit se développer qu'une variole modifiée.

M. Serrurier fait observer que sa communication n'a de particulier que la rapidité avec laquelle un grand nombre de sujets vaccinés furent atteints de variole.

M. Picard demande à la Société ce qu'il faut penser des sujets rebelles à la vaccine: doivent-ils craindre la variole et doit-on indéfiniment essayer chez eux des revaccinations inutiles? Plusieurs membres de la Société pensent qu'il faut essayer de nouveau la vaccine et ne pas s'appuyer de cet état réfractaire pour conclure à l'impossibilité de les voir contracter la variole.

— M. Tanchou cite l'observation d'une amputation du col utérin chez une femme qui présentait un fongus du col en forme de champignon, situé sur le col, et qui donnait lieu à de fréquentes hémorrhagies. La malade guérit parfaitement; mais après un certain temps, le champignon fongueux, dont on n'avait cependant laissé aucune trace, se reproduisit, et maintenant les hémorrhagies, qui avaient disparu, se sont reproduites, et ne laissent aucun doute sur l'issue funeste de la maladie. M. Tanchou a rapporté cette observation pour en prendre occasion de demander à ses confrères les soins qu'il conviendrait de donner aux malades lorsque, après avoir jugé l'opération opportune et susceptible d'amener la guérison, cette opération a été pratiquée avec succès et se trouve suivie d'une cicatrisation qui annonce l'ablation entière de tous les tissus malades. Aujourd'hui, où cette opération de la résection du col est aussi rare qu'elle était fréquente il y a quelques années, il serait heureux de pouvoir trouver le moyen d'assurer le succès des opérations jugées nécessaires, et qui ont été heureuses.

M. Léger. Si M. Tanchou me demandait d'abord dans quels cas il convient d'opérer, je lui répondrais négativement, fondé sur le petit nombre de succès qui ont suivi cette opération; sur le doute de la nécessité d'une opération pour les cas où elle a réussi, et sur la pensée qu'elle a pu être plus nuisible qu'utile dans les autres cas. En acceptant ainsi la question, nous voyons diminuer l'embarras des soins prophilactiques à donner après l'opération.

M. Eguisier connaît la malade de M. Tanchou. Il a considéré la maladie comme cancéreuse, et l'issue ne l'a pas étonné. L'opération a été parfaitement bien faite, et si la malade n'avait pas porté avec elle le caractère cancéreux, elle eût certainement guéri. Les chirurgiens doivent être sobres de ces sortes d'opérations, et elles ne semblent indiquées pour le col de l'utérus comme pour le sein qu'au début de la maladie.

M. Tanchou accorde à M. Eguisier une partie de sa proposition; il croit en effet qu'il est préférable d'opérer les affections du col avant qu'elles aient fait de grands progrès. C'est le contraire pour les tumeurs du sein. On doit épuiser toutes les ressources qu'on peut tirer des topiques avant d'opérer, dans les affections du col au contraire l'impossibilité de les employer doit hâter l'opération.

Dr Louis Terrier, *secrétaire annuel*.

Nous publions aujourd'hui un extrait du discours de M. J. Guérin à l'Académie de médecine, dans la discussion sur les dangers du chloroforme.

(Addition à l'Académie de médecine du 9 janvier.)

M. J. Guérin: Plusieurs des honorables membres qui ont pris part à ce débat ont cru devoir indiquer leur position à l'égard du rapport. Les uns ont parlé sur le rapport, d'autres à l'occasion du rapport; pour moi, je pourrais peut-être me dispenser de toute profession de foi, ma première argumentation n'étant pas de nature à laisser le moindre doute à cet égard. Je m'y suis montré adversaire déclaré du rapport; je n'ai pas changé d'opinion: la suite de la discussion et une nouvelle étude des questions controversées m'obligent à y persévérer. Je me représente donc devant l'Académie comme en opposition complète avec les doctrines et les conclusions du rapport. Les motifs qui me dirigent sont toujours les mêmes: au point de vue de la science, je considère le rapport comme tout à fait au-dessous de la grave mission que l'Académie est appelée à remplir; au point de vue de la considération et de la responsabilité de l'Académie, je persiste à croire que les doctrines et les conclusions qu'on lui propose sont de nature à la compromettre; enfin, au point de vue de l'humanité, je persiste à penser que ces doctrines sont des plus dangereuses et doivent être repoussées par tous ceux qui s'intéressent au salut des malades. Ces motifs sont suffisants, je pense, pour expliquer mon attitude dans ce débat et le caractère de mon opposition décidée.

Ma première argumentation n'a eu trait qu'à la première moitié du rapport.

Je me propose d'établir que la seconde, comme la première, pèche par l'observation, l'expérience et le raisonnement. Mais, avant d'aborder cette discussion, je rappellerai succinctement les points capitaux de ma première argumentation et la réponse qui y a été faite.

Qu'avons-nous dit? Que, lorsqu'il s'agit d'apprécier un fait particulier, il était indispensable de commencer par établir un critérium, d'après l'observation et l'expérience: ce que le rapport n'a pas même essayé de faire. On a répondu que tous les faits connus avaient été rassemblés avec soin, et on a même renvoyé à la page 222 du rapport. J'ai cherché à cette page, et j'ai trouvé, en effet, des observations et des expériences, mais toutes rassemblées et discutées au point de vue de l'asphyxie; rien de plus.

J'avais dit qu'on n'avait pas mieux raisonné qu'observé et expérimenté: que, partant d'une observation incomplète et d'une expérience nulle, on avait conclu à l'avenant; qu'en présence des causes réelles, on en avait cherché d'imaginaires, et j'ai invoqué les expériences. On a répondu par un défi et des plaisanteries. Je défie, s'est écrié M. le rapporteur, qu'on me fasse voir des animaux frappés de mort en une minute par le chloroforme; des personnes étrangères à l'Académie se sont chargées immédiatement de répondre à ce défi. M. Plouviez avait déjà indiqué plusieurs cas de mort presque instantanée; il en a communiqué d'autres. M. Blandin a confirmé, par ses observations sur les malades, les faits de M. Plouviez, et j'ai en outre institué une série d'expériences propres à satisfaire de tout point aux exigences de M. le rapporteur. Quant aux plaisanteries sur les expériences faites sur les animaux, de tout temps il s'est trouvé des personnes qui se sont moquées des expériences sur les animaux, qui n'en ont pas été pour cela moins profitables à la science. Les rapprochements utiles, en ce qui s'observe chez l'homme et les animaux, sont ceux qui reposent sur les grandes analogies, sur les circonstances et les phénomènes les plus généraux de leur organisation. J'insiste sur cette observation; dans la suite de cette argumentation, j'aurai souvent besoin de m'éclairer des résultats des expériences sur les animaux, je désire qu'on sache bien comment je les comprends et jusqu'où je les admets.

J'en viens à l'examen de la seconde partie du rapport.

Son objet est de poser des principes scientifiques et d'en déduire des règles pratiques; pour être admis à conseiller où à proscrire telle ou telle pratique, il faut au préalable avoir établi les bases de l'une et de l'autre résolution.

Or, pour remplir cette tâche, il y avait trois méthodes:

La *méthode empirique*, qui se borne à formuler des conditions, et base ses préceptes sur l'expérience seule, sans se préoccuper des causes et des circonstances qui les font varier;

La *méthode systématique*, qui part d'une idée préconçue, supprime ou violente les faits, et conclut arbitrairement.

La *méthode rationnelle*, qui étudie avec impartialité les causes, les lois de production et de variation des faits, et approprie les règles aux principes.

Entre ces trois méthodes, dont la première et la troisième pouvaient seules conduire à quelques résultats certains à l'endroit de l'action du chloroforme, M. le rapporteur a préféré la seconde.

Voyons quels étaient les principes qu'il eût fallu étudier et poser.

Premier principe. — Déterminer l'action véritable, toxique, absolue du chloroforme ; rechercher, par les faits et les expériences jusqu'où cet agent énergique est susceptible de causer la mort. Dans ce but, il fallait faire l'inventaire impartial de tous les cas connus et inconnus de mort *immédiate* ; tous ceux connus et inconnus de mort *consécutive ;* rechercher les exemples d'accidents de toute nature produits par le chloroforme.

Relativement aux morts immédiates, le rapport n'en cite qu'un certain nombre ; il écarte les cas qui ne répondent pas à son idée d'asphyxie, et n'admet ceux qu'il conserve qu'à la condition de témoigner en faveur de cette préoccupation systématique. Il est parti de cette conviction, que la mort par le chloroforme sans asphyxie est à peu près impossible : donc les cas de mort rapide attribués à cet agent ne sont que des effets de l'asphyxie. Cependant la plupart des faits connus témoignent déjà en assez grand nombre contre cette doctrine. Mais il eût été possible, en cherchant bien dans les hôpitaux de Paris, d'en trouver beaucoup d'autres. On eût répondu ainsi d'avance à cette allégation d'un honorable préopinant, qui prétend que les cas de mort par le chloroforme n'ont été observés qu'en Angleterre. M. Blandin a déjà fait comprendre qu'il en existait un assez grand nombre en France ; pour moi, j'en connais d'abord trois nouveaux que je peux citer : le cas observé à Lyon, et récemment publié par nous ; un second, inédit, arrivé dans le service de M. Roux, à l'Hôtel-Dieu, sur une femme à laquelle on extirpait une tumeur squirrheuse du sein, et qui serait morte avant de quitter l'amphithéâtre ; un troisième, observé en septembre, à Bicêtre, sur un homme auquel on avait fait l'amputation de la cuisse dans l'article, lequel aussi serait mort avant la fin de l'opération.

Relativement aux morts consécutives, il y en a eu de très-nombreux cas. J'ai eu occasion de m'en enquérir auprès de beaucoup de chirurgiens soit de la capitale, soit des départements, et la plupart m'ont confessé avoir eu à regretter de ces accidents. Les uns arrivaient le lendemain ou le surlendemain de l'opération, les autres plus longtemps après. Le silence qu'on a gardé jusqu'ici sur ces faits ne doit donc pas être considéré comme une preuve de leur non-existence.

Quant aux accidents consécutifs, il y en a de nombreux et de plusieurs sortes : d'abord ceux que tout le monde connaît, et qui réduisent un grand nombre d'opérés presque à l'état de cadavre, de cet état à la mort il n'y a qu'un pas ; puis d'autres accidents qui aggravent singulièrement les suites des opérations. Beaucoup d'opérés, me disait un de nos collègues, restent longtemps, même toujours au-dessous du rhythme vital ; ils conservent, dans leur longue agonie, le caractère de la sidération chloroformique. Enfin, je citerai certaines complications, telles que la gangrène, etc. Cet ensemble de faits méritait une place distincte dans le rapport et pouvait servir de base à des règles propres à les prévenir.

Voilà, suivant nous, comment le danger du chloroforme aurait dû être étudié, c'est-à-dire à l'aide de l'observation et de l'expirience impartiales. L'Académie ne se méprendra pas sur mes véritables dispositions à l'égard du chloroforme : je n'en suis point l'adversaire ; je suis un des admirateurs les plus prononcés de cette méthode ; je ne suis l'adversaire que de ceux qui l'emploient vicieusement et veulent en dissimuler les graves dangers.

A défaut d'observations suffisantes sur l'homme, la commission aurait dû instituer une série d'expériences sur les animaux propres à éclairer le caractère toxique sur l'homme. Il n'en a pas été fait dans ce but. Le rapport en mentionne un certain nombre, mais toujours au point de vue particulier de l'asphyxie.

Cette question de l'asphyxie est donc le point capital de la discussion : c'est le point qui divise les esprits. De nombreuses expériences ont été tentées dans le but de l'éclairer, j'ai cru devoir à mon tour l'examiner avec la plus grande attention. Je l'ai étudiée sous trois points de vue différeuts :

1° Sous le point de vue de ses rapports expérimentaux avec la rapidité de la mort par le chloroforme ;

2° Sous le point de vue des conditions où elle se manifeste ;

3° Sous le point de vue de son mécanisme.

J'ai d'abord pris les précautions nécessaires pour écarter toute cause et tout prétexte d'asphyxie, eu égard à la méthode et aux appareils employés. Ceux-ci ont été construits en vue de concentrer l'agent toxique sur un point circonscrit, et disposés de manière que la dose employée fût bien la dose inhalée. J'ai commencé par chloroformiser des animaux avec une dose suffisante pour obtenir une anesthésie complète, mais insuffisante pour les faire périr. 2 grammes environ ont généralement suffi. Après cinq à six minutes, l'anesthésie était produite. Le sang de l'artère crurale n'a point offert de traces de coloration veineuse. Au bout de sept à huit minutes, l'anesthésie cessait complétement sans que les animaux eusseut été débarrassés de leur coiffe. Par cette première expérience, j'ai voulu assurer mon point de départ, à savoir : que ces appareils ne produisent pas par eux-mêmes l'asphyxie, ni le caractère asphyxique du sang.

Dans une seconde série d'expériences, j'ai gradué les doses depuis 2 gr. jusqu'à 10, de manière à observer ce qui arrive parallèlement avec les changements de doses, avec 6 à 7 grammes, le sang artériel perd graduellement sa couleur claire, jusqu'à offrir la teinte presque complétement veineuse. La mort est arrivée plusieurs fois dans ces cas après dix à douze minutes d'anesthésie et d'agitations anesthésiques. A l'autopsie, on trouve le système artériel et le cœur gauche remplis par du sang dont la teinte n'offre guère de différence avec celle du sang veineux.

Dans une troisième série d'expériences, j'ai employé de 10 à 14 grammes de chloroforme, et cette fois la mort à été rapide, au bout d'une à deux minutes et rarement trois. Le sang de l'artère crurale, examiné au moment même où la respiration cessait, offrait sa couleur normale.

On voit par ces expériences : 1° que plus la mort a été rapide, moins on a observé les caractères de l'asphyxie ; 2° que trop ou trop peu de chloroforme ne la produisent pas ; 3° que le chloroforme produit bien réellement de lui-même l'asphyxie.

Pour bien comprendre le mécanisme de l'asphyxie dans les expériences qui précèdent, il faut distinguer deux sortes d'asphyxie : la première, *passive*, et déterminée par une insuffisance d'air respirable ; la seconde, *active* ou toxique, qui résulte d'une certaine quantité de gaz délétère mêlé à l'air. Le mélange d'une quantité suffisante de chloroforme avec l'air produit ainsi l'asphyxie *toxique*.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce point, et nous croyons pouvoir conclure de nos expériences rapprochées de celles qui ont été produites dans la discussion : 1° que de faibles doses de chloroforme n'agissent que consécutivement sur les centres nerveux, et non localement, d'une manière suffisante au moins pour altérer la fonction de l'hématose ; 2° que des doses plus élevées frappent immédiatement le système nerveux pulmonaire et paralysent plus ou moins complétement son action hématosante, de manière cependant à la laisser fonctionner encore, mais incomplétement ; 3° que des doses exagérées déterminent une espèce de sidération de tout le système et arrêtent brusquement la vie.

Voilà, si nous ne nous trompons, les vrais principes de l'action toxique du chloroforme. Les règles pratiques qui en découlent sont faciles à indiquer.

Deuxième principe. — Existe-t-il des caractères et des périodes indiquant le moment où la chloroformisation est suffisante, et doit être arrêtée pour n'être point dangereuse? Le rapport se borne aux indications les plus vagues et les plus dangereuses. Cependant que de questions nouvelles et importantes ce point ne soulevait-il pas ! On sait que la série des phénomènes anesthésiques comprend des modifications et une suspension plus ou moins complète de la motilité, volontaire et involontaire, des modifications de plusieurs sortes de l'intelligence, différemment combinées avec l'abolition de la sensibilité ; or dans quel rapport se trouvent entre eux, sous l'influence des méthodes, des appareils, des différences individuelles, ces différentes sortes de phénomènes? quel rapport entre la cessation du mouvement volontaire et la suspension de la sensibilité? quel rapport avec la conservation ou l'abolition de toute faculté excito-motrice ? quel rapport avec la conservation ou la suspension de la conscience du moi et l'apparence de cette conservation? Ces questions, aussi neuves qu'intéressantes, n'ont pas même été agitées.

Les règles qui peuvent être induites des préceptes qui précèdent sont les suivantes : explorer l'insensibilité tactile ; ne pas attendre le sommeil complet ; suspendre l'inhalation du chloroforme aussitôt que l'insensibilité se manifeste, sauf à entretenir cet état d'anesthésie plus léger, mais moins compromettant, à l'aide d'inhalations renouvelées. Ces règles ne pouvaient venir à l'esprit de qui ne croit au danger du chloroforme que par l'intermédiaire de l'asphyxie ; mais pour qui sera pénétré de la réalité de ces dangers, ces règles, et d'autres analogues, seront des guides indispensables.

Troisième principe. — Une fois l'action toxique du chloroforme déterminée, l'appareil et les doses à employer indiqués, les caractères et les périodes de l'anesthésie suffisamment précisés, il restait un troisième principe à poser, et une troisième catégorie de règles à en déduire : nous voulons parler de la diversité d'action du chloroforme et des indications pratiques qui en découlent. M. le rapporteur et un des honorables préopinants ne croient pas à cette diversité. De ce que, dans un grand nombre de cas, l'inhalation chloroformique n'a pas produit la mort, ils en infèrent qu'il n'y a pas et qu'il n'y aura pas d'exception à cette règle ; et tous deux s'accordent pour rechercher d'autres causes aux cas de mort attribués au chloroforme. Mais, à un point de vue différent de celui qui nous occupe, nous avons déjà montré, dans notre première argumentation, la nécessité logique et expérimentale de la diversité d'action du chloroforme.

Le fait de la diversité d'action du chloroforme bien établi, quelles en sont les conditions? Elles sont de deux ordres : les premières, *extérieures* à l'individu, dépendent de la qualité du chloroforme, des doses, de la méthode, etc. ; les secondes, *intérieures*, tiennent à la constitution, à son idiosyncrasie, à l'âge, au sexe, à toutes les conditions qui peuvent faire varier la force de résistance. Il suffit d'énoncer ces différentes conditions pour en faire comprendre la portée.

Quelles peuvent être les règles pratiques à induire de ce troisième principe? Ces règles sont si naturelles, que les esprits non systématiquement prévenus les ont établies d'eux-mêmes pour leur propre usage.

Partant du fait bien établi que le chloroforme est un agent toxique toujours énergique, et parfois d'une activité exceptionnelle très-dangereuse, on commencera par n'user de la méthode qu'avec circonspection et pour les cas seulement qui en légitiment l'emploi ; puis on explorera la susceptibilité du malade ; on proportionnera les doses à l'âge, à la constitution des sujets ; enfin, on ne réitérera jamais l'éthérisation chez des malades abattus ou épuisés. L'importance de ces règles ne peut être mieux démontrée que par les accidents graves causés par leur omission. Bornons-nous à citer un seul exemple. On se rappelle le fait de M. Robert, et celui observé par M. le rapporteur lui-même. Dans les deux cas, des sujets épuisés par la douleur et des pertes de sang sont morts sous le coup d'une seconde application du chloroforme.

Une dernière lacune doit encore être signalée dans le rapport : je veux parler des moyens de combattre les accidents immédiats causés par le chloroforme. Un malade est sur les confins de la mort, comment le rappeler à la vie? Il existe des moyens connus, il fallait les discuter ; et, en cas d'insuffisance des anciens, il fallait s'efforcer d'en trouver de nouveaux. Les excitations cutanées, les inspirations irritantes, les insufflations pulmonaires, sont parfois insuffisantes, quelquefois dangereuses ; il n'était pas inutile d'en régler l'application. Je me suis livré à quelques expériences sur les animaux, et je crois être arrivé à ajouter un moyen nouveau et très-efficace à ceux qui étaient connus : c'est la cautérisation pharyngienne avec l'ammoniaque. Cette méthode produit sur des animaux mourants ou presque morts des résultats surprenants. Des chiens et des lapins dont la respiration était arrêtée, dont les battements du cœur et du pouls étaient imperceptibles, ont été rappelés à la vie presque instantanément par une ou deux applications ammoniacales sur la partie postérieure du pharynx. Je suis porté à croire que ce moyen eût été utile dans le cas si malheureux de M. Gorré et autres analogues, et j'espère qu'il pourra rendre des services dans l'avenir.

En résumé donc, la partie pratique du rapport me paraît pécher gravement de deux manières : par omission et par commission ; par omission, en ce qu'il n'a discuté aucun principe ni posé aucune règle capable d'éclairer les chirurgiens dans l'emploi rationnel du chloroforme ; par commission, parce qu'à la place de principes et de règles fondés sur l'observation et l'expérience, il a établi un système aussi préjudiciable à la science que dangereux pour l'humanité.

Je me réserve, lors de la discussion particulière des conclusions du rapport, de faire l'application à chacune d'elles des principes que je viens d'avoir l'honneur d'exposer devant l'Académie.

Des accidents attribués aux inspirations d'éther ou de chloroforme.

Nous avons depuis longtemps émis notre opinion personnelle sur le danger des inspirations d'éther ou de chloroforme.

Nous croyons néanmoins devoir, par impartialité, reproduire dans son entier un mémoire que M. le docteur Delabarre fils, médecin-dentiste de l'hospice des Orphelins, vient d'adresser à l'Académie de médecine, et dont les conclusions ne sont pas entièrement conformes aux nôtres.

Des milliers d'opérations ont été et sont pratiquées chaque jour à l'aide des inspirations d'éther ou de chloroforme, et cela avec un plein succès.

Cependant la mort de sept ou huit individus ayant coïncidé d'une manière assez extraordinaire avec l'emploi des vapeurs anesthésiques, on a dû se demander si ce procédé n'avait pas été pour quelque chose dans ces funestes accidents.

L'Académie de médecine a été appelée à se prononcer sur cette importante question ; mais la discussion qui s'est établie entre ses membres les plus distingués prouve jusqu'à l'évidence qu'ils ne sont nullement d'accord sur ce point.

Tandis que les uns regardent l'éthérisation comme inoffensive, les autres la redoutent et prétendent qu'elle peut avoir de graves inconvénients.

En présence de cette divergence d'opinion, me sera-t-il permis, en m'appuyant sur les sept mille faits, et plus, de ma pratique personnelle, joints à un nombre considérable d'observations puisées dans l'exercice des autres praticiens, de faire connaître mon avis?

Je commencerai d'abord par examiner les griefs des adversaires de la nouvelle découverte ; car il faut que chacun apporte ici son contingent pour vider le débat d'une manière satisfaisante.

Ces adversaires prétendent qu'on doit renoncer à l'éthérisation (ils vont jusque-là), parce que, disent-ils, ce procédé peut occasionner la mort de deux manières différentes : 1° par asphyxie ; 2° par empoisonnement.

1° Par asphyxie, car des expériences ont démontré que des animaux succombaient presque instantanément lorsqu'on leur faisait respirer *spontanément* des vapeurs d'éther ou de chloroforme *concentrées*.

2° Par empoisonnement, car d'autres expériences prouvent encore que des animaux ayant inspiré pendant longtemps, comme trois quarts d'heure, une heure et plus, ces mêmes vapeurs mêlées d'air atmosphérique, ont fini par mourir empoisonnés.

Voyons donc quelle valeur peuvent avoir de semblables raisons aux yeux de celui qui expérimente chaque jour ce procédé sur l'espèce humaine, comme opérateur.

Des milliers d'opérations ont été pratiquées *avec un plein succès*, à l'aide des inspirations anesthésiques, ainsi que je le disais en commençant.

Il a fallu, pour rassembler les sept ou huit cas de mort qui ont coïncidé avec l'emploi de ce moyen, les recueillir, non-seulement en France, mais encore en Angleterre et en Amérique ; en Allemagne, on n'en trouve pas un seul exemple.

En conséquence, n'est-on pas obligé de convenir que l'éthérisation n'est pas une invention par trop dangereuse, et n'en sera-t-on pas d'autant mieux convaincu qu'on réfléchira qu'elle a nécessairement été mise en pratique par une foule de gens inexpérimentés?

En effet, dans le principe, la vertu stupéfiante de l'éther nous fut seule annoncée ; quant à l'application, chacun se trouva livré aux suggestions plus ou moins heureuses de son esprit. On ne peut nier que quelques-uns ont pu être mal inspirés.

Les expériences sur lesquelles on s'appuie pour combattre l'éthérisation ne prouvent-elles pas l'abus qu'on peut en faire?

Ainsi n'est-ce pas faire abus de ce procédé que de tuer des animaux en leur faisant inspirer des vapeurs d'éther ou de chloroforme *concentrées*, lorsque tout le monde sait que l'air atmosphérique seul est capable d'entretenir la vie, et que l'asphyxie est inévitable toutes les fois qu'on lui substitue *entièrement* un autre gaz.

N'est-ce pas encore en faire un déplorable usage que de faire inspirer pendant plusieurs heures de suite à un animal ces mêmes vapeurs saturées d'air, pour prouver qu'elles peuvent empoisonner?

Est-on bien fondé, en conscience, à s'appuyer sur de semblables faits pour prouver que l'éthérisation est un moyen dangereux auquel il faut renoncer?

Ceux qui font cela n'ont pas réfléchi tout à ce qu'il y a de cruel et d'inhumain dans une semblable proposition.

Combien d'opérations infructueuses ont-ils pratiquées à l'aide de ce procédé? combien d'accidents peuvent-ils lui reprocher? combien de succès n'a-t-on pas à leur opposer?

Ils ne savent donc pas que pour rendre un individu insensible à la douleur d'une opération, on ne propose rien de semblable à leurs expériences.

L'éthérisation, comme on doit la comprendre, consiste à faire inspirer pendant le temps *strictement nécessaire* des vapeurs d'éther ou de chloroforme *convenablement saturées d'air atmosphérique*.

Mais, me dira-t-on, qu'entendez-vous par faire inspirer pendant *le temps strictement nécessaire?*

De combien de minutes se compose ce temps *strictement nécessaire?*

Et puis, *quelles sont les proportions indiquées pour saturer convenablement d'air atmosphérique les vapeurs anesthésiques?*

Ah! c'est là que je vous attendais, adversaires de l'éthérisation!

C'est une méthode que vous demandez, et alors vous avez raison ; car depuis quand donc administre-t-on un médicament énergique sans méthode?

Pourquoi voudriez-vous donc que l'éthérisation pût se soustraire à cette loi commune?

A quoi servirait donc toute la science qu'on exige du médecin, si ce n'était pour qu'il sût se servir convenablement des agents médicaux?

J'avais si bien compris que, pour administrer sans danger les vapeurs anesthésiques, il fallait suivre certains préceptes et certaines règles déterminés que je terminais ainsi un opuscule (1) publié en 1847, avant qu'aucun accident n'eût encore été signalé :

« En résumé, disais-je, l'éthérisation est la plus utile et la plus » admirable des inventions, *toutefois*, si l'on suit une méthode ; sans » méthode, *au contraire*, elle est et passera longtemps encore pour » une découverte imparfaite aux yeux de beaucoup de gens. »

Mais les préceptes d'une bonne méthode ne peuvent être basés que sur l'expérience.

Voyons donc ce que l'expérience nous enseigne à l'égard de l'éthérisation, nous y trouverons très-certainement l'explication toute naturelle des accidents qui nous préoccupent, et sans être obligés de recourir à des suppositions plus ou moins hypothétiques, semblables à celles derrière lesquelles se retranchent quelquefois les partisans de l'éthérisation.

D'abord les belles expériences de MM. Amussat, Flourens, Longet, Renaud et Sedillot ne démontrent-elles pas d'une manière bien positive que la promptitude avec laquelle est survenue la mort des animaux soumis à leurs expériences a toujours été en raison directe du peu d'air atmosphérique qui pouvait se mêler aux vapeurs anesthésiques?

Ainsi, l'animal dont le museau était hermétiquement enfermé dans la bouteille de caoutchouc de M. Amussat périssait presque instantanément et comme foudroyé ; tandis que celui dont la tête était introduite dans le bocal mal fermé de M. Sedillot résistait bien davantage.

Enfin an moyen d'appareils plus parfaits permettant à l'air atmosphérique de se mêler aux vapeurs anesthésiques dans des proportions mieux déterminées, MM. Longet et Renaud ont pu constater que la mort ne survenait qu'après plus de trois quarts d'heure d'inhalation et d'insensibilité, ce qui, assurément est fort rassurant, car cela prouve évidemment que l'asphyxie et l'empoisement ne sont à craindre qu'autant qu'on ne mêlera pas dans des proportions convenables l'air atmosphérique aux vapeurs anesthésiques, et qu'on fera respirer ces vapeurs outre mesure.

Les effets produits par du vin pur sont-ils les mêmes que ceux obstenus par du vin mêlé à de l'eau?

Boire un peu d'eau rougie produit-il le même effet que d'en boire outre mesure? Toute la question de l'éthérisation est là.

Quelles sont les proportions d'air atmosphérique et d'éther ou de chloroforme capables de produire l'insensibilité sans crainte d'asphyxie?

C'est afin de pouvoir répondre à une question aussi importante

(1) Méthode d'éthérisation.

que, au moyen d'un appareil garni d'un robinet permettant de faire inspirer à volonté, d'abord de l'air pur, puis, graduellement, de l'air de plus en plus saturé de vapeurs d'éther ou de chloroforme, je me suis assuré que l'insensibilité était produite chez la généralité des sujets par parties égales d'air atmosphérique et de vapeurs anesthésiques, et cela, en moins de cinq minutes; quelques rares individualités exigent néanmoins deux tiers de vapeurs anesthésiques mêlées à un tiers d'air seulement.

J'ai décrit ces diverses expériences avec détail dans ma méthode d'éthérisation.

D'après cela, il semblerait qu'il suffit de posséder un appareil parfait, fournissant la combinaison indiquée, pour éthériser sans crainte et sans danger.

Il n'en est pas pourtant pas encore ainsi; il y a certains détails d'application qui sont d'une immense importance.

Les ayant indiqués avec soin dans la méthode dont je viens de parler, j'en extrairai les chapitres suivants :

« 1° Si l'on fait inspirer *tout d'un coup* à un sujet moitié vapeur » d'éther ou de chloroforme et d'air atmosphérique, il survient immédiatement de la suffocation, de la toux et souvent une crise de » nerfs très-violente.

» Si, au contraire, on arrive graduellement à cette dose, le malade devient progressivement insensible, sans secousses et sans inconvénient.

» 2° Les vapeurs d'éther ou de chloroforme déterminent toujours » une sécrétion considérable de salive et la formation de mucosités » abondantes; on conçoit aisément que, si l'on penche la tête en arrière, on doit redouter les accidents les plus graves de suffocation.

» 3° *Qu'on le sache et qu'on se le rappelle, les inspirations d'éther » ou de chloroforme troublent, et même suspendent les fonctions » digestives.* Lorsqu'on doit pratiquer une opération peu importante, » on croit pouvoir se dispenser d'imposer la diète. Cette précaution » est pourtant indispensable toutes les fois qu'on appelle l'éthérisation à son aide, *sans quoi on doit redouter tous les accidents qui » peuvent accompagner une indigestion.* »

Ces préceptes ayant pour base de très-nombreuses expériences, j'engage le lecteur à les retenir, car ils vont dans un instant nous fournir l'explication toute naturelle des divers accidents qui nous préoccupent. Nous allons les passer en revue.

Commençons par le fait de Boulogne (sur mer) pour lequel l'Académie de médecine a été consultée par le ministre de l'instruction publique, afin de savoir la véritable cause de cet accident.

Comme les discussions qui se sont élevées dans le sein de ce corps savant n'ont en rien modifié mon opinion sur cet événement et n'ont fait, au contraire, que la confirmer, je me bornerai à transcrire ici ce que j'écrivais dans un journal de médecine, dès que j'eus connaissance du fait en question.

Je disais :

« Je trouve dans les journaux de médecine le compte-rendu du » fait suivant porté à la connaissance de l'Académie, toujours avec » ce même titre : *Mort occasionnée par le chloroforme.*

» Une jeune femme est blessée à la cuisse par une écharde qui s'y » introduit, un abcès se déclare; il s'agit tout simplement de l'ouvrir, mais la malade ne veut y consentir qu'autant qu'on l'éthérisera.

» A peine a-t-elle fait quelques inspirations de chloroforme qu'elle » se jette en arrière, en s'écriant : J'étouffe, j'étouffe. En effet, le visage pâlit, la respiration s'embarrasse, et malgré tous les soins employés pour la ranimer, on ne peut y parvenir. »

Pourquoi vouloir s'attacher à démontrer que cette mort si subite est due à la formation spontanée, dans les veines, d'une certaine quantité d'air qui s'y serait développée sous l'influence du chloroforme? Rien de plus hypothétique qu'une semblable supposition.

On s'explique aisément la formation d'un gaz dans les veines, comme un effet de la décomposition cadavérique après la mort; mais, pendant la vie, est-ce admissible?

On a donc proposé à l'Académie de faire au ministre la réponse suivante :

« On peut attribuer la mort de mademoiselle Stock à un de ces » phénomènes de mort subite, imprévue, inexplicable et inévitable, » comme il en existe dans la science un grand nombre d'exemples, » et sans que les recherches les plus minutieuses permettent toujours » d'assigner la cause de la mort. »

Mais l'Académie serait-elle disposée à faire au ministre une réponse aussi désespérante pour la science, s'il lui était démontré qu'une cause de mort bien patente, bien appréciable, existe dans le cas dont il s'agit?

Eh bien! elle existe, cette cause, et c'est, armé de mon expérience, que je viens combattre les conclusions du célèbre rapporteur, dont je suis cependant un des plus grands admirateurs.

Mais, lorsque l'avenir d'une des plus belles découvertes dont la Providence ait jamais doté l'humanité peut être compromis, il est du devoir du plus petit comme du plus grand d'apporter sa contribution de lumière pour jeter le plus de jour possible sur le débat.

Je viens dire :

Si l'on eût trouvé mademoiselle Stock, morte dans un bain, et qu'à l'autopsie on eût constaté que l'estomac était rempli de nourriture au moment du décès, la conséquence qu'on en eût déduite n'est-elle pas trop vulgaire pour que je sois obligé de l'indiquer.

Eh bien! les vapeurs d'éther ou de chloroforme « troublent et même suspendent les fonctions digestives bien autrement que ne pourrait le faire un bain, et il est constaté par l'autopsie qu'au moment où mademoiselle Stock a été chloroformisée, elle sortait de manger, l'estomac était rempli de nourriture au moment du décès. » (Autopsie.)

Comment mademoiselle Stock est-elle morte? Subitement!

Ai-je besoin de rappeler que : 1° l'indigestion, ainsi que cela s'observe plus particulièrement chez les vieillards, produit la mort subite? 2° que l'indigestion causée par une grande frayeur à la suite du repas détermine également ce genre de mort?

Je suis donc bien fondé à conclure que les vapeurs de chloroforme administrées à mademoiselle Stock, ayant l'estomac chargé d'aliments, ont jeté le trouble dans sa digestion, et ont causé sa mort, accident qu'il eût été facile d'éviter en lui imposant la diète avant de l'opérer. Cette observation est très-grave; il est important que l'Académie la proclame, afin que de semblables accidents ne puissent plus se renouveler à l'avenir.

Mais je ne me bornerai pas à un seul fait; je veux porter la conviction dans l'esprit des plus incrédules et des plus prévenus.

Qu'on lise, dans le rapport du célèbre professeur Malgaigne, la relation de l'éthérisation, de la mort et surtout de l'autopsie d'Hannah Greener, et l'on trouve :

« Que cette jeune fille, à laquelle il s'agit d'arracher un ongle, est « éthérisée avec un plein succès. »

A quelque temps de là, l'opération chirurgicale n'ayant pas parfaitement réussi, on lui administre de nouveau du chloroforme, cette fois, absolument comme cela s'est passé pour mademoiselle Stock, Hannah Greener repousse l'appareil, pâlit et succombe malgré tous les soins qu'on lui prodigue.

Quelle étrange analogie entre cet accident et celui qui se trouve cité plus haut!

En effet, même jeunesse, même opération insignifiante, mêmes symptômes, même genre de mort, mêmes désordres à l'autopsie.

« Les poumons sont légèrement congestionnés, *l'estomac est « rempli de nourriture.* »

La malade éthérisée une première fois à jeun, pas d'accident! éthérisée l'estomac rempli de nourriture, mort subite! est-ce assez concluant?

On s'explique aisément, au reste, comment il se fait que les hommes de science aient négligé une particularité aussi notable que celle « d'un estomac rempli de nourriture » dans l'appréciation des causes qui ont pu déterminer la mort des deux sujets dont il vient d'être question.

En effet, les grands chirurgiens ne pratiquent habituellement que des opérations importantes et auxquelles leurs malades sont *toujours* préparés par la *diète.*

Ils n'ont donc pas eu l'occasion d'observer combien les vapeurs anesthésiques nuisent à la digestion.

Il suffira très-certainement de leur signaler ce phénomène pour qu'ils recommandent dorénavant la plus grande prudence à cet égard. Ainsi voici deux cas de mort absolument identiques, et qu'il eût été facile de prévenir en imposant la diète aux malades avant de les opérer. Il serait donc peu équitable d'invoquer de semblables faits pour demander la suppression de l'éthérisation; mais je l'ai dit en commençant, il est certains détails d'application qu'il faut observer pour éthériser sans crainte et sans danger.

Examinons rapidement les autres accidents qu'on attribue à l'éthérisation, et nous verrons que ce n'est pas à l'éther ou au chloroforme directement qu'il faut s'en prendre, mais bien à la manière dont on a employé ces agents de l'insensibilité.

En 1847, on trouve dans la *Gazette des hôpitaux* le fait suivant, intitulé : *Mort occasionnée par l'éther.*

A Lyon, un serrurier porte au sein droit une tumeur qu'il s'agit d'enlever; on l'éthérise.

Après quelques secondes d'inspirations, « cet homme se débat » violemment; la face devient vultueuse, il cherche à se dégager des » étreintes de cinq aides qui ont peine à le maintenir.

» Disons tout de suite que pour moi, le sujet a, comme on dit vulgairement, avalé de travers; des mucosités ont pénétré dans les » voies respiratoires; il se sent suffoqué, et il cherche à se débarrasser.

» L'autopsie démontrera que je ne me suis pas trompé.

» Malheureusement, l'*inexpérience* des différents effets que produit l'inhalation de l'éther empêche de comprendre le malade, l'on » confond ses mouvements désordonnés avec un des symptômes de » l'ivresse éthérée, et, au lieu de lui rendre un moment de liberté, » on le retient par force et l'on ouvre entièrement le robinet de l'appareil, afin que le malade ne respire plus que des vapeurs d'éther. » (Textuel.)

La lutte ne s'en prolonge pas moins pendant cinq minutes (c'est un homme qui se noie), au bout desquelles le sujet tombe épuisé; mais, « chose étrange (dit le narrateur), on le pince, et la sensibilité subsiste toujours. »

L'instinct de la conservation, dans ce cas, a tellement surexcité le système nerveux que la sensibilité n'a pas été émoussée.

« On continue alors les inspirations pendant cinq minutes encore, » enfin la sensibilité a complétement disparu. »

Il est vrai qu'on s'aperçoit que le malade a cessé d'exister.

Grand étonnement de la part des assistants; l'autopsie est pratiquée postérieurement, l'état des différents organes est indiqué; mais, chose incompréhensible, on passe légèrement précisément sur la particularité qui, indubitablement, a déterminé la mort du sujet. « La partie antérieure des poumons est remplie de mucosités écumeuses; » néanmoins on conclut à un empoisonnement par l'éther, et on publie le fait avec ce titre : *Mort occasionnée par l'éther.*

Si, en faisant boire, sans le soulever, un paralytique couché sur le dos, le liquide, passant dans les bronches, le suffoquait, pourrait-on en conclure que l'*action de boire est une chose fort dangereuse,* sans tenir compte de la manière dont cette action aurait été accomplie? Ne serait-ce pas dérisoire? On le voit, par la citation que j'ai faite plus haut, j'avais prévu cet accident avant qu'il n'arrivât.

Autre fait :

Un jeune homme, employé dans une pharmacie, s'éthérisait souvent par goût, et sans qu'il lui fût jamais rien arrivé de fâcheux : mais voilà qu'un jour on le trouve étendu par terre, mort, et la face tournée vers le flacon de chloroforme brisé en éclats.

Qu'est-ce que cela peut prouver contre l'éthérisation pratiquée avec méthode? Evidemment rien!

Dans la *Gazette des hôpitaux* du 17 août 1847, je lis :

Qu'un homme entré à la Pitié, avec de la toux et du malaise, demande en outre à se faire extraire une dent.

Afin, sans doute, d'expérimenter l'éther, un interne lui en fait inspirer *pendant trois jours consécutifs sans succès.* Cependant, ditt l'auteur, « le patient en respira le premier jour pendant vingt minutes, et pendant trente minutes le second; on ne parle pas du troisième. Et l'on s'étonne que ce malade soit mort d'une arachnitis consécutive, ainsi qu'on nous l'apprend, et l'on ose accuser l'éther, au lieu de s'accuser soi-même! Mais vous ne savez donc pas que l'abus des choses réputées les plus inoffensives est généralement mortel. Dans ce cas l'éther est innocent, soyez-en sûr.

Avant de passer à un autre fait, je ferai observer que les praticiens encore peu exercés à administrer les vapeurs anesthésiques n'osent pas toujours pousser l'inhalation jusqu'à la résolution complète du sujet.

Dans ce cas, ils opèrent avant que la sensibilité soit complétement éteinte, et seulement lorsque l'imagination est tellement troublée, par une sorte d'ivresse, que le malade perd entièrement la conscience de sa position; nous pourrions très-bien comparer cet état à celui dans lequel on se trouve lorsqu'on est plongé dans de profondes méditations.

Supposons un instant que, dans cette situation de l'esprit, nous soyons spontanément surpris, soit par une apparition subite, soit par un choc, soit par un bruit violent.

Ne savons-nous pas quelles peuvent-être les suites d'une vive frayeur? L'accident suivant ne doit-il pas être attribué à un motif de de cette nature?

Dans la *Gazette des Hôpitaux* du 27 avril 1847, nous trouvons qu'un jeune homme de bonne constitution eut le malheur d'être pris par la cuisse dans un engrenage, et dut subir l'amputation.

On le soumit aux influences de l'éther. L'incision circulaire fut pratiquée; mais les mouvements violents du malade pendant ce premier temps de l'opération indiquèrent suffisamment qu'il était opéré avant d'être insensible. « Ce que voyant, dit le chirurgien, on revint à » l'emploi de l'éther pendant deux ou trois minutes, et *cette fois* » avec succès; l'opération fut terminée, mais, continue l'auteur, le » malade était dans un tel état d'épuisement et d'intoxication que, » malgré tous les soins que nous pûmes lui donner, il succomba moins » de trois heures après l'opération. L'état du cerveau, dans cet espace » de temps, fut déplorable; il y avait des alternatives d'excitation » et d'affaissement complet; ces alternatives persistèrent jusqu'à la » mort. »

D'après les observations qui précèdent, est-il difficile d'expliquer un aussi funeste résultat? d'expliquer, par exemple, la congestion cérébrale provenant de la frayeur excessive du malade, au moment où, sans pouvoir se rendre positivement compte de ce qu'il éprouvait, enivré qu'il était par une insuffisante quantité de vapeurs d'éther pour le rendre insensible, il ressentit l'extrême douleur causée par l'incision circulaire?

Et puis, le délire et la mort s'expliquent-ils moins aisément par le fait d'une seconde éthérisation pratiquée pendant un état congestionnaire du cerveau?

Ce sera donc encore à l'*administration* vicieuse de l'éther, et non à cette substance elle-même, qu'il faudra rapporter des accidents semblables.

Voici un autre fait qui a vivement préoccupé l'Académie de médecine, c'est le fait de M. le professeur Robert, chirurgien à Beaujon.

Il s'agit d'un insurgé de juin qui eut le fémur tellement fracturé par une balle que le professeur Robert, dès son entrée à l'hôpital, jugea que la désarticulation de la cuisse était indispensable.

« Mais le système nerveux était dans un tel état de sidération (dit » la narration), et par la perte de sang provenant de la blessure, et » par la démoralisation du sujet, qu'on se vit forcé de retarder l'opération de deux jours et d'administrer des stimulants. »

On le voit, il s'agit ici d'un cas tout à fait exceptionnel.

Eh bien, malgré l'extrême faiblesse du malade, on lui fait inspirer du chloroforme pour l'opérer.

« Dès que l'insensibilité est constatée, on commence l'opération; » mais à peine l'articulation est-elle mise à nu, que l'opéré se réveille; on lui fait subir une nouvelle inhalation, mais il ne peut la » supporter, et il succombe entre les mains de l'opérateur. »

Qui pourrait donc s'étonner d'un semblable résultat, et jusqu'à quel point est-il juste d'accuser encore ici le chloroforme?

En étudiant les effets des anesthésiques sur le système nerveux, peut-on hésiter à avancer qu'il est des cas dans lesquels on doit absolument s'abstenir d'en faire usage?

Je dirai plus, il faut reconnaître, dans certains cas, que la douleur doit être un stimulant très-favorable pour ranimer les forces vitales de leur atonie.

En éteignant la sensibilité, l'éther ou le chloroforme modifient, momentanément il est vrai, la vitalité du système nerveux; mais, lorsque cette vitalité est déjà presque anéantie, soit par des pertes de sang considérables, soit par de longues souffrances, ne doit-on pas craindre de l'anéantir tout à fait par l'emploi des anesthésiques? Oui, le fait précédent en est la meilleure preuve.

Comment! dans certaines circonstances, nous reculons devant la prescription d'un sinapisme, et nous voudrions pouvoir user des anesthésiques à tout propos, sans prendre en considération l'état de santé des malades! mais cela n'est nullement admissible.

Lors donc que l'atonie ou l'ébranlement du système nerveux sont *considérables,* il faut s'abstenir d'éthériser.

A quoi bon parler du dernier fait cité par l'*Union médicale* du 20 juillet 1848, si ce n'est pour poser en principe qu'on doit également s'abstenir d'éthériser les individus affectés de lésions graves des organes nécessaires à la vie?

Le sujet dont il s'agit était affecté, ainsi que le démontre l'autopsie, d'une dégénérescence adipeuse du cœur, ce qui explique suffisamment, comment, sous l'influence du chloroforme, les battements de cet organe, ont pu subitement cesser. N'est-il pas évident que, si les rouages d'un organisme quelconque sont déjà fortement enrayés par une lésion grave, et qu'on en modifie encore les mouvements, il peut en résulter un temps d'arrêt mortel?

Ainsi, on le voit, des faits qui précèdent il résulte que c'est parce qu'on s'est écarté de certains préceptes et de certaines règles faciles à observer qu'on peut regretter aujourd'hui quelques accidents qui ont accompagné ou suivi l'emploi des inspirations d'éther ou de chloroforme.

Je le répète, j'ai opéré à l'aide de ce procédé plus de sept mille individus sans qu'il me soit jamais arrivé rien de fâcheux; je l'ai cependant employé chez des enfants de l'âge le plus tendre, chez des vieillards et chez un nombre considérable d'adultes de tempérament tout à fait différent.

Je ne saurais donc trop souvent rappeler les précautions à prendre pour éthériser sans crainte et sans danger.

Les voici :

1° S'abstenir scrupuleusement d'éthériser les sujets affectés de lésions graves des organes essentiels à l'existence (maladies du cœur, des poumons, du cerveau).

2° S'abstenir également d'éthériser les sujets épuisés par des pertes de sang considérables ou par de longues maladies.

3° Ne jamais éthériser que les sujets à jeun.

4° N'employer que de l'éther et du chloroforme parfaitement purifiés.

L'éther bien pur répandu sur la main n'y laisse aucune humidité après s'être volatilisé.

Quant au chloroforme, j'ai indiqué cinq caractères qui doivent se retrouver ensemble pour faire reconnaître s'il est pur; les voici :

A densité très-remarquable; B transparence parfaite; C odeur franche et agréable de pomme de reinette; D incombustibilité; E descendant immédiatement au fond de l'eau sans la troubler et sans laisser surnager une espèce d'huile empireumatique, que j'ai signalée comme très-malfaisante dans le chloroforme impur.

5° Ne jamais éthériser sans pencher en avant la tête des sujets, afin que les mucosités ne puissent descendre pendant l'état d'éthérisme dans les voies respiratoires.

6° Ne jamais se servir que d'un appareil pouvant permettre à l'air atmosphérique de se mêler constamment aux vapeurs anesthésiques.

7° Ne jamais faire inspirer ces vapeurs tout d'un coup à haute dose, mais y arriver d'une manière progressive.

8° Pousser toujours l'éthérisation jusqu'à l'éthérisme, et ne jamais opérer lorsque le malade n'est qu'enivré.

9° Ne pas prolonger l'inhalation au delà de deux ou trois minutes, à dater du moment où l'insensibilité est constatée : quitte à y revenir pendant le cours de l'opération.

10° Ne jamais revenir à une seconde éthérisation instantanée chez les individus dont l'état de santé est inquiétant.

11° Lorsqu'on pratique des opérations dans la bouche, avoir soin de ne jamais extraire les dents, par exemple, qu'en deux temps, les luxer d'abord, puis achever l'opération avec des pinces; bien saisir les tumeurs avant d'en faire l'ablation.

Pencher en avant la tête, et même le buste des sujets, aussitôt l'opération terminée, afin que le sang ne soit pas avalé.

A ce sujet, j'ai fait une remarque assez importante. Si l'on maintient ouverte la bouche de l'individu qu'on vient d'opérer, on rend impossible tout mouvement de déglutition. On y parvient donc aisément au moyen du couteau à asphyxie, et bien mieux à l'aide de mon *ouvre-bouche*, dont j'ai donné le plan à M. Charrière. Cet instrument est indispensable pour pratiquer certaines opérations difficiles de la bouche, à l'aide des vapeurs anesthésiques.

Instructions concernant les mesures à prendre à l'occasion de l'épidémie de choléra, rédigées par le comité d'hygiène de Paris, et envoyées à tous les préfets par le ministre de l'agriculture et du commerce.

1° SERVICE MÉDICAL.

Dans les villes et villages, et dans tous les centres de population

où l'on pourra craindre l'invasion du choléra, il sera utile de créer, sous l'autorité du maire et avec le concours des habitants notables et influents de la localité, des commissions auxquelles on confiera l'exécution des mesures que l'administration jugera convenable de prendre.

L'organisation de ces commissions devra être préparée longtemps à l'avance, pour qu'elles puissent entrer en fonctions dès qu'on le jugera utile ; l'administration devra, de son côté, s'assurer les locaux à affecter à l'installation d'hôpitaux temporaires, dans le cas où les hôpitaux ordinaires pourraient devenir insuffisants.

Il y aura à pourvoir ces locaux du matériel nécessaire en literie et autres objets, tels que réchauds, bassinoires, brosses à frictions, flanelle, etc. Il faudra donc que l'administration se mette en mesure de porter ses secours et son action là où l'insuffisance des ressources locales pourrait faire pressentir qu'ils seront nécessaires.

En ce qui concerne le le personnel du service médical et les médicaments, les préfets devront indiquer au ministre le nombre des médecins exerçant dans les diverses communes et arrondissements de leurs départements, en regard de la population à laquelle ils donnent des soins, afin que l'on puisse prévoir quelles sont les localités qui, sous ce rapport, et le cas échéant, pourraient avoir besoin du concours des médecins étrangers.

Si le choléra sévissait avec intensité dans une localité, et que le nombre des médecins ne parût pas suffisant pour assurer le service, les préfets auraient à aviser au moyen d'en obtenir, soit en faisant un appel à ceux des cantons voisins, soit en s'adressant au ministre lui-même.

Dans l'intérêt des malades, comme pour la facilité du service, il faudra, autant que possible, faire porter les indigents attaqués du choléra soit à l'hôpital, soit dans les établissements temporaires dont nous avons parlé, les soins y seront mieux administrés, plus efficaces, et l'on évitera surtout l'immense inconvénient de l'encombrement des malades dans des habitations étroites, humides et mal aérées, comme le sont trop souvent celles des habitants peu aisés.

Les indigents qu'on ne pourrait transporter à l'hôpital, ou qui refuseraient d'y entrer, devront être autorisés à prendre gratuitement, chez le pharmacien le plus voisin, les médicaments dont ils pourront avoir besoin : ces médicaments ne seront délivrés que sur l'ordonnance du médecin, portant l'indication de l'état d'indigence du malade. Les frais nécessités par ces fournitures seront réglés conformément aux tarifs mis en usage dans la localité ; pour les sociétés philanthropiques ou les bureaux de bienfaisance, ils seront acquittés suivant le mode qui sera fixé par l'administration.

2° HYGIÈNE.

Les soins hygiéniques, si utiles dans tous les temps pour la conservation de la santé, deviennent surtout nécessaires à l'époque des épidémies.

Les préfets devront donc insister pour obtenir des communes ou des particuliers l'exécution des mesures d'assainissement réclamées par la salubrité publique, et qui devront avoir pour résultat d'affaiblir l'intensité de l'épidémie, ou de s'opposer à son développement ultérieur.

Au premier rang des mesures à prescrire se place l'assainissement des habitations, surtout pour les populations compactes, agglomérées et sédentaires.

Si les habitants des campagnes, qui occupent des maisons isolées, qui passent la grande partie de leur temps dans les champs, peuvent, sans de grands dangers, séjourner dans des conditions qui paraissent peu salubres, il n'en est pas de même des ouvriers réunis dans de grands ateliers, où ils résident pendant la plus grande partie de la journée, ou qui sont logés en commun dans les maisons qui les reçoivent pendant la nuit.

Les salles d'asile, les écoles publiques et tous les lieux de réunion devront particulièrement fixer, sous ce point de vue, l'attention de l'autorité.

Il est impossible de prescrire, quant aux moyens d'exécution, aucune mesure de détail ; elles devront être prises sur les lieux par les commissions de salubrité, et dans la limite de l'influence qu'elles pourront exercer ; car il ne servirait de rien de faire des prescriptions qui devraient rester sans effet, soit en raison de l'insuffisance des ressources dont on pourrait disposer, soit en raison des habitudes ou des préjugés mêmes des citoyens auxquels elles s'appliqueraient.

Le but qu'on doit se proposer pour arriver à l'assainissement des habitations, tout en laissant, pour chaque cas particulier, les moyens d'exécution à l'appréciation des commissions sanitaires, comme il a été dit plus haut, est de donner aux habitations le plus de lumière possible, d'y faire arriver l'air en quantité suffisante, de le renouveler par une ventilation bien entendue, soit au moyen de cheminées, soit par la possibilité et l'obligation de tenir ouvertes, pendant un certain temps et à des époques convenables, les portes ou les fenêtres qui communiquent avec l'air extérieur (1).

(1) L'on estime que le cube d'une pièce dans laquelle les hommes sont réunis pour passer la nuit ou pour séjourner doit présenter au moins 14 mètres cubes par homme.

C'est une règle qui est aujourd'hui adoptée au ministère de la guerre pour le casernement des troupes et dans la plupart des grandes administrations.

Le comité d'hygiène publique indique ce chiffre, non comme règle absolue et invariable, mais il pense qu'il sera bon de le faire connaître aux commissions, à titre de renseignement. Il n'y a aucun inconvénient à donner un plus grand volume d'air ; mais on devrait considérer comme étant dans des conditions très-défavorables les hommes qui se trouveraient placés dans un espace moindre, surtout si le renouvellement de l'air ne pouvait pas s'effectuer fréquemment.

Quinze mètres cubes représentent la capacité intérieure d'un cabinet qui aurait trois mètres de longueur, deux de largeur, et deux mètres et demi de hauteur.

Il est bien évident que dans l'évaluation ci-dessus il est nécessaire de retrancher tout l'espace qui pourrait être occupé par le lit ou par les meubles qui existeraient dans la pièce.

Il est bon de répéter encore que le cube d'air n'a rien d'absolu, que tout dépend de son renouvellement ; ainsi, une pièce, quelque grande qu'elle soit, sera insuffisante si l'air ne s'y renouvelle pas, tandis qu'un très-petit cabinet pourra n'être point insalubre s'il est suffisamment ventilé.

Il ne faut pas oublier, toutefois, que cette ventilation, pour être utile ne doit point déterminer des courants d'air trop rapides, ou produire un refroidissement qui pourrait être préjudiciable à la santé.

La propreté des habitations et surtout l'absence de l'humidité sont deux conditions qu'on ne saurait trop recommander ; les indiquer, c'est implicitement faire connaître les moyens qu'on doit employer pour en assurer l'existence.

On devra donc veiller au nettoiement non-seulement des rues, mais aussi des cours, des passages, des allées, des cabinets d'aisance ; faire gratter les parties du sol et des murs qui sont imprégnées de matières organiques en décomposition ; faire laver, si c'est nécessaire, soit avec de l'eau, soit même avec de l'eau chlorurée, les portions les plus infectes des habitations, et faire blanchir les murs à la chaux, lorsqu'on le jugera convenable.

Il faudra éviter ou éloigner, autant que possible, les dépôts de fumier et les amas de matières végétales en décomposition ; donner un écoulement aux eaux stagnantes dans le voisinage des habitations, et tenir dans un état de propreté convenable les ruisseaux, les étables et écuries, et, à plus forte raison, éviter que des hommes et des animaux séjournent simultanément, comme cela se voit quelquefois, dans des réduits obscurs, humides et resserrés.

A l'égard du régime à suivre et des occupations habituelles, il est important que les populations soient bien convaincues qu'il n'y a aucune profession qui soit de nature à faire naître le choléra, comme il n'y a aucune position sociale qui mette à l'abri de ses atteintes.

Cependant, il est un fait qui ressort de toutes les observations faites jusqu'ici, c'est que l'ivrognerie, l'intempérance, les excès en tout genre paraissent prédisposer à la maladie, et rendre ses attaques plus graves.

Il en est de même des craintes exagérées que l'on pourrait concevoir, des précautions excessives que l'on pourrait prendre; le calme de l'esprit, le courage, la confiance, sont les dispositions morales les plus efficaces à opposer au choléra, comme la tempérance et la régularité dans toutes les habitudes de la vie sont les conditions physiques les plus favorables dans lesquelles on puisse se placer pour affaiblir ou éviter ses attaques.

On ne saurait prescrire aucun régime alimentaire, ni exclure aucune substance de l'alimentation ordinaire ; il n'en est aucune qui doive être proscrite d'une manière absolue.

Le régime qu'on a l'habitude de suivre, et dont on se trouve bien, est toujours bon ; il y aurait inconvénient à le changer en temps d'épidémie, dans l'espoir d'en trouver un meilleur.

C'est aux médecins qui connaissent la manière de vivre habituelle des populations qu'il appartient de leur indiquer les modifications qu'elles pourraient utilement y apporter ; il en est de même en ce qui concerne les boissons dont l'excès est à craindre bien plus que la qualité.

On ne saurait trop insister, à cette occasion, sur les déplorables effets qui résultent de l'abus des liqueurs spiritueuses, dans les départements du nord de la France en particulier.

A l'égard des vêtements, sans sortir de ses habitudes, il est bon de se vêtir avec un peu plus de précautions qu'on ne le ferait en temps ordinaire ; il serait, par conséquent, utile que les commissions sanitaires pussent disposer de quelques objets de vêtements, de ceintures de flanelle et particulièrement de chaussures, telles que sabots, chaussons qui, sans être très-dispendieux, pourraient être d'un très-bon effet dans la saison où nous entrons pour éloigner les chances de la maladie.

Les distributions de combustibles à ceux qui ne peuvent pas s'en procurer seraient aussi une mesure très-bien entendue.

Le feu dans l'intérieur des habitations a non-seulement pour résultat d'y entretenir une température convenable, mais il y renouvelle l'air, il diminue l'humidité, et concourt ainsi puissamment à leur assainissement.

3° CONDUITE A TENIR AVANT L'ARRIVÉE DU MÉDECIN A L'ÉGARD DES PERSONNES SUPPOSÉES ATTEINTES DU CHOLÉRA.

Le choléra n'est point une maladie contagieuse, elle ne se transmet point par le contact ; l'on peut, par conséquent, donner sans crainte aux personnes qui en sont atteintes les soins que leur état réclame.

Il serait à désirer que cette opinion, qui résulte de l'expérience acquise pendant l'épidémie de 1832, et de tous les renseignements recueillis dans les diverses parties de l'Europe visitées par le choléra, fût propagée, en raison de la sécurité qu'elle donne aux malades, assurés de n'être point délaissés sous l'influence d'une crainte aussi funeste qu'elle serait peu fondée.

Les préfets doivent cependant être prévenus que, si l'expérience a prouvé surabondamment que le simple contact ou même la fréquentation habituelle des cholériques n'est pas capable de donner le choléra, cependant il est d'observation générale, en fait d'épidémies, que l'accumulation des malades dans des locaux étroits, humides, mal aérés, en un mot, dans de mauvaises conditions hygiéniques, peut favoriser beaucoup et l'intensité de la maladie et sa propagation dans les localités adjacentes.

Les commissions sanitaires, les administrateurs devront s'efforcer non-seulement dans l'intérêt des malades, mais aussi dans l'intérêt de la santé publique, dont ils sont les gardiens, de les faire retirer des habitations malsaines dans lesquelles ils pourraient se livrer, et les faire transporter dans des locaux mieux disposés : les soins qu'y recevront les malades seront plus efficaces pour eux-mêmes, et l'on diminuera le danger de voir la maladie s'étendre.

L'expérience prouve que, pendant les épidémies de choléra, on voit se produire chez beaucoup de personnes des dérangements dans les fonctions digestives ; ces dérangements, ordinairement passagers, ne sont pas le choléra, mais ils peuvent y conduire lorsqu'ils sont négligés : il y a donc le plus grand intérêt à les prévenir ou à les réprimer dès qu'ils apparaissent.

Il est nécessaire d'insister beaucoup sur ces faits, et de ne pas craindre, dans les instructions que pourront donner les commissions ou les autorités locales, d'entrer dans tous les détails que réclament des populations en général peu éclairées et peu soucieuses des intérêts de leur santé.

Toute personne atteinte de douleurs d'estomac, de coliques, de diarrhées, devra, avant toute chose, et lors même que ces symptômes sembleraient n'avoir aucune gravité, porter une grande attention sur la nature de ses aliments, en restreindre beaucoup la quantité, ou même s'en abstenir complétement, suivant l'urgence ; elle devra éviter la fatigue, le froid, l'humidité, se vêtir chaudement, s'entourer le ventre d'une ceinture de flanelle, afin d'éviter autant que possible le refroidissement de cette partie du corps, et prendre quelques légères infusions de thé ou de plantes légèrement aromatiques (*sauge, mélisse, camomille, lierre terrestre*).

Dans le cas où l'indisposition ne céderait pas promptement, on ne doit pas craindre de faire appeler le médecin.

Il est très rare que les attaques elles-mêmes de choléra ne soient pas annoncées par quelques symptômes précurseurs ; ces symptômes sont précisément de la nature de ceux dont nous venons de parler ; ils affectent surtout et d'abord l'appareil digestif, c'est-à-dire l'estomac et les intestins : il est d'autant plus facile de se rendre maître de ces premiers symptômes et de la maladie elle-même, qu'on agit plus promptement.

En général, dans cette première période, la maladie ne résiste pas à des soins bien entendus ; la promptitude des secours est ici le premier élément de succès, et comme ces secours peuvent être administrés par toute personne intelligente, il serait à désirer que les commissions sanitaires eussent toujours à la portée des prisons, des salles d'asiles, des écoles, des dépôts de mendicité, dans les quartiers pauvres et populeux, une personne telle qu'une garde-malade, un infirmier, ou même une personne étrangère, par profession, au service des malades, mais intelligente et munie d'une instruction *ad hoc*, qui donnerait les premiers soins en attendant le médecin.

Si les prescriptions, plutôt hygiéniques que médicales, indiquées plus haut ne suffisent pas pour arrêter les dérangements observés ; si la diarrhée persiste, si la douleur augmente, et surtout s'il s'y joint des vomissements, des frissons, le refroidissement des extrémités, ou si même ces symptômes se déclarent brusquement sans aucun signe précurseur, comme on l'a remarqué chez quelques personnes, ce qu'il y aurait à faire serait de coucher immédiatement le malade dans un lit chaud, entre des couvertures de laine; de placer des briques chaudes, des sachets de sable chaud ou des bouteilles d'eau chaude à ses pieds, d'appliquer des serviettes chaudes sur le ventre et sur l'estomac; de faire des frictions sur les membres avec de la flanelle imprégnée de quelques matières excitantes, telles que l'alcool, l'eau-de-vie, l'huile ou l'eau-de-vie camphrées, de faire prendre, à demi-heure d'intervalle, des boissons chaudes, légèrement toniques ou aromatiques, telles que des infusions de thé ou de camomille ; rappeler la chaleur aux extrémités au moyen de cataplasmes de farine de lin saupoudrée d'un peu de farine de moutarde ; éviter toutes les causes de refroidissement, et donner des quarts de lavement avec l'eau de riz, l'amidon ou la décoction de guimauve, auxquels on ajoutera la décoction d'une tête de pavot; il vaudrait mieux, si le malade ne pouvait pas les garder, en donner un second ou même un troisième, que de donner en une fois un lavement entier, qui serait difficilement supporté.

Lorsqu'aux symptômes précédents se joignent des douleurs de tête, des crampes dans les membres, la persistance ou l'envahissement du froid sur une grande étendue du corps, si la langue devient froide, les yeux caves et cernés, la peau bleuâtre à la face et aux mains, ces indices d'une grande gravité dans la maladie ne doivent pas faire négliger l'emploi des moyens que nous avons indiqués; ils sont une raison, au contraire, pour les appliquer avec plus d'énergie et de persévérance, jusqu'à ce que le médecin, qu'on doit se hâter de faire venir, soit arrivé.

Les personnes qui donnent ces premiers soins ne doivent pas se décourager, lors même qu'ils paraîtraient ne pas amener une grande amélioration dans la position des malades. Le but qu'on doit se proposer, c'est de réchauffer le malade, de rétablir la circulation et les mouvements du cœur ; et ce n'est ordinairement qu'au bout d'un temps assez long que ce résultat peut être atteint. Il est donc indispensable de persévérer sans interruption dans l'emploi des moyens indiqués, jusqu'à ce qu'on soit parvenu à produire le retour de la chaleur naturelle, qui est l'indice d'une réaction en général favorable.

C'est dans cette nouvelle période surtout qu'il est indispensable de confier le malade aux soins d'un médecin : les indications à remplir ne pouvant plus être dès ce moment appréciées que par un homme de l'art, il deviendrait inutile et même dangereux de donner pour cette époque de la maladie des instructions qui ne seraient pas comprises ou qui pourraient être mal appréciées.

Les membres du comité :

MAGENDIE, président; AUBERT-ROCHE, secrétaire; MÉLIER, BUSSY, ROYER-COLLARD, VILLERMÉ, LAFONT-LADÉBAT, DELESSEPS, MOREAU DE CHAMPLIEUX, PIRON et ALQUIÉ.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 23 JANVIER 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 9.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois
Paris. . . .	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements.	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger. . .	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 22 JANVIER 1849.

De la promptitude d'absorption des virus et de l'utilité des cautérisations dans les plaies virulentes.

Dans la séance de l'Académie des sciences du 11 décembre dernier, M. Renault, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, lut un travail des plus intéressants sur l'absorption des virus. Nous voulions, avant de nous livrer à l'examen critique de ce travail, avant de faire ressortir l'importance des conséquences pratiques qui en découlent, mettre sous les yeux de nos lecteurs un exposé aussi complet que possible des expériences de ce savant observateur. Malheureusement il fallait, pour pouvoir livrer ces recherches à la publicité, que la commission nommée pour en rendre compte eût fait son rapport, et l'on sait que les commissions qui fonctionnent partout assez lentement, sont surtout d'une lenteur proverbiale à l'Institut. Donc, pendant que la commission en question se reposait, M. Parchappe est venu lire un mémoire dans le but de détruire les impressions qu'avaient causées les recherches de M. Renault. L'opinion de M. Parchappe n'ayant pas été sans retentissement dans le monde scientifique, et étant de nature à entretenir de fâcheuses illusions, nous n'avons pas cru devoir différer plus longtemps l'examen des graves questions qu'ont soulevées les deux expérimentateurs distingués que nous venons de citer. Nous serons obligé d'exposer un peu succinctement les recherches de M. Renault; mais nous le ferons néanmoins d'une manière assez complète pour que la discussion puisse s'établir sur des données parfaitement suffisantes.

M. Renault a fait deux séries d'expériences avec toutes les précautions nécessaires pour assurer la certitude des résultats.

En voici le résumé.

Première série. — Treize chevaux ont été inoculés avec le virus morveux. Deux ont été cautérisés profondément avec le cautère actuel. Toutes les cautérisations ont d'ailleurs été pratiquées de la même manière quatre-vingt-seize heures après l'inoculation. Chez les deux animaux on avait enlevé, avant la cautérisation, un lambeau de peau circulaire du diamètre d'une pièce de 2 francs autour du point inoculé. Ces deux animaux sont morts de la morve, l'un douze jours, l'autre huit jours après l'inoculation.

Les onze autres ont été cautérisés de la même manière, 50, 24, 10, 8, 5, 6, 4, 4, 3, 2 et 1 heure après l'inoculation: *Tous* sont devenus morveux à des intervalles qui n'ont varié qu'entre *six* et *vingt* jours.

Seconde série. — Vingt-deux moutons ont été inoculés avec le virus claveleux. Un a été catérisé 11 heures après l'inoculation; les autres l'ont été 10 1/2, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2 et 1 heure, puis 36, 30, 25, 20, 15, 13, 12, 10, et enfin 5 minutes après l'inoculation.

Dans *tous* ces cas il s'est développé à l'endroit des piqûres et sous les eschares résultant d'une cautérisation de véritables pustules dont la nature claveleuse a été reconnue, non-seulement par leurs caractères et leur marche, mais encore et surtout par la propriété qu'a eue la matière qu'elles ont fournie de reproduire des pustules semblables sur d'autres moutons auxquels on l'a inoculée; elle a été démontrée en outre par l'insuccès complet d'une nouvelle inoculation chez les animaux expérimentés (1).

Les conséquences pratiques de ces expériences sont faciles à apercevoir autant que positives. C'est que ceux d'entre les praticiens, et ils sont nombreux encore, qui comptent sur la cautérisation pratiquée une ou plusieurs heures après la contagion, pour prévenir les effets généraux de l'absorption, disons mieux, pour empêcher cette absorption de s'accomplir, sont dans la plus grave comme dans la plus évidente des illusions. C'est cette illusion que M. Parchappe a voulu entretenir par la communication. Voici à l'aide de quels faits.

En 1840, M. Parchappe appliqua de l'extrait de noix vomique sur des plaies faites à de jeunes lapins, ou sous la peau de ces animaux; l'un d'entre eux fut ensuite abandonné à lui-même. Il tomba bientôt dans un état tétanique qui persista jusqu'à la mort, arrivée douze heures après l'opération. Chez les autres lapins, dès que l'état tétanique a été complet, on a fortement cautérisé la plaie sur laquelle on avait déposé l'extrait de noix vomique, ou même on a amputé le membre au-dessus de cette plaie; dans tous les cas l'état tétanique s'est peu à peu dissipé; chez quelques animaux les symptômes ont été dissipés en vingt minutes, et chez tous en vingt-quatre heures au plus. Ces faits sont pour M. Parchappe une raison de croire que la cautérisation peut prévenir les effets de l'inoculation du virus rabique et d'autres virus.

Il est fâcheux qu'un esprit aussi distingué que M Parchappe se soit laissé séduire par des apparences aussi grossières; car il n'y a absolument rien de semblable entre les expériences de M. Renault et les siennes.

D'où dépend la gravité dans tout empoisonnement produit par une substance toxique proprement dite? Exclusivement de la dose administrée ou absorbée. Si donc vous déposez sur une plaie de la strichnine, de la codéine, du cuivre ou de l'arsenic, et que vous abandonniez indéfiniment ces substances à l'absorption, il est évident que l'absorption se fera jusqu'à ce que la dose absorbée soit assez forte pour produire la mort; que si, au contraire, vous empêchez, par la cautérisation ou l'amputation, l'absorption de se continuer pendant un temps suffisant pour que cette dose s'introduise dans le système circulatoire, il est évident aussi que vous préviendrez les effets funestes qu'elle aurait produits, et que vous ramènerez à la vie les animaux empoisonnés.

Peut-on faire les mêmes raisonnements à propos des inoculations virulentes? Nullement. Ici, tout le danger vient, non pas de la quantité de virus absorbée, mais bien de la propriété qu'a ce virus de déterminer dans l'économie un travail spécial à l'aide duquel ce virus se reproduit, se multiplie, fermente, en quelque sorte, et provoque enfin une série de phénomènes, une maladie, qui est toujours la même, que la quantité de virus soit plus ou moins imperceptible; ici la quantité n'est rien, la qualité est tout. Pour que la cautérisation pût agir efficacement dans les cas de contagion, il faudrait qu'elle fût pratiquée à l'instant même où cette contagion s'accomplit; quelques secondes écoulées, il serait déjà trop tard; car une quantité de virus inappréciable à nos sens suffit pour causer une maladie mortelle, l'absorption est une fonction qui s'exerce d'une manière constante et rapide, comme la circulation, par le moyen de laquelle elle s'exécute. Or, la rapidité de la circulation suffit pour nous démontrer que, lorsque des doctrines et une pratique antiphysiologiques cherchent encore le virus sur une plaie, ce virus a déjà nombre de fois parcouru le cercle circulatoire, et que toutes les cautérisations du monde ne sauraient l'atteindre.

C'est donc bien en vain que les praticiens chercheraient dans les moyens purement locaux de la cautérisation ou de l'amputation un remède contre les effets de la contagion. Ces moyens ne peuvent avoir d'autres résultats que de tourmenter ou de mutiler inutilement les malades. Si des préparatifs existent, c'est dans les agents qui modifient l'organisme tout entier qu'on les trouvera; et c'est parmi ces agents qu'une saine doctrine nous prescrit de les rechercher.

(1) On sait que la clavelée ne se produit qu'une fois chez le même individu, comme chez l'homme la variole, dont la clavelée est l'analogue.

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Valvules du col de la vessie; leur incision.

Dans une de ses dernières leçons, M. Blandin a appelé l'attention de ses auditeurs sur une affection de découverte récente, mais cependant bien connue maintenant depuis les travaux de M. Mercier, nous voulons parler de la rétention d'urine par valvule musculaire du col de la vessie. Cette conférence avait été occasionnée par la présentation d'une pièce anatomique dont voici en peu de mots la description. C'était une vessie dont la prostate était très volumineuse, hypertro-

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Les Fantaisies du monde. — Un courtisan sur carte de visite. — L'avare et son trésor. — Epitaphe de Sylvius. — Etrange prétention de la ville de Paris.

L'hiver doit être la saison favorite des philosophes et des penseurs; toute la vitalité se retire alors vers le cerveau, et l'on dirait que la flamme de l'âtre échauffe la pensée et la fait bouillonner dans le crâne trop étroit. Pour nous, sans avoir la prétention d'aspirer au titre de philosophe ou de penseur, nous aimons à poursuivre la rêverie au coin d'un bon feu, au bruit du vent qui souffle au dehors ou de la pluie qui fouette nos vitres. Chacun pense à sa manière et philosophe à sa façon: l'étude de la nature et surtout du cœur humain fait souvent le sujet de nos méditations. Presque toujours alors nous revient en mémoire le petit poème plein de sens et d'esprit que publia vers le quinzième siècle Pierre Gringore, dont les œuvres rop rares ne sont malheureusement connues que de quelques bibliomanes. Ce petit poème, intitulé *Les Fantaisies du monde*, est tout à la fois une satire piquante et une description fidèle des mille nuances que présente le caractère de l'homme. Gringore s'écrie en commençant:

> Le monde n'est pas tel qu'il semble,
> Les hommes sont fains et divers,
> L'un à l'autre point ne ressemble;
> L'un frappe à tort, l'autre à travers;
> L'un ravit, amasse et assemble,
> L'autre dissipe et gaste tout,
> A un ung larron l'autre lui emble,
> L'un pille ce que l'autre toust.

A ce catalogue exact que Gringore dresse des défauts, des vices et des travers de l'homme, chaque siècle vient ajouter un trait nouveau. Notre époque, si riche en hommes et en événements de tous genres, nous offre aussi sous le rapport burlesque quelques types à conserver. Nous en avons recueilli un assez bon nombre; mais comme tous ne rentrent pas dans le cadre qui nous est ici tracé, force nous est de nous restreindre et de nous renfermer dans le domaine de la médecine, qui, grâce à Dieu! nous offre encore beaucoup à glaner.

Nous débuterons par le prototype des flatteurs.

Tout dans ce monde a ses courtisans; la gloire, l'honneur, le pouvoir, la fortune, le malheur même, chacun a eu les siens, et rien n'est donc plus naturel que le président de la République en possède aussi. Mais si la race des courtisans est impérissable, elle est changeante comme le caméléon et sujette aux métamorphoses comme le protée; ce qu'elle dépense d'esprit, d'imagination et de travail est incroyable; les yeux sans cesse fixés sur le maître, le courtisan voudrait plonger au fond de son cœur pour y surprendre le moindre désir et y entrevoir le premier un indice de volonté. Torture affreuse! supplice épouvantable!!

Un de nos confrères s'est bénévolement condamné à cette espèce de bagne moral, et depuis qu'un président a été donné à la République, il ne nous apparaît plus qu'à de rares intervalles, mais tellement pensif et préoccupé, et tellement pressé de nous quitter que le souvenir de sa rencontre nous fait toujours l'effet d'un rêve. Depuis le mois de décembre il a vieilli de dix ans, et il semble porter à lui seul tout le fardeau des affaires publiques. Il est inutile d'ajouter qu'il a renoncé à toute visite, soit comme médecin, soit comme ami; ses seules préférences sont pour l'Elysée-National, et s'il daigne parfois encore se souvenir des simples mortels, il se contente de leur envoyer sa carte. Le maladroit! — Maladroit? dira-t-on; mais quelle faute y a-t-il donc à remplir un devoir de politesse ou à se rappeler à la mémoire de ses amis? — Sans doute, l'échange d'une carte de visite est chose si naturelle et si commune que le papier-porcelaine de notre confrère le courtisan n'eût pas attiré notre attention s'il ne nous eût montré jusqu'où peut aller le métier de flatteur. Si ce trait de courtisanerie est un coup d'essai, nous n'hésitons pas à le déclarer un coup de maître et à l'écrire dans les fastes de l'histoire.

Notre confrère répond au doux nom de *Léon*; son extrait de naissance le désigne par ce vocable qui se trouve également inscrit dans son contrat de mariage; sa femme; ses enfants et ses amis ne le connaissent que sous cette dénomination, et nous-même ne lui sachions pas jusqu'à présent d'autres prénoms. Depuis longues années nous échangeons régulièrement nos cartes trois fois par an: une fois à Pâques; une fois le 22 novembre, le jour de la Sainte-Cécile, patronne de sa femme; et enfin au premier de l'an. L'avénement de la République et sa nouvelle position à l'Elysée-National n'ont rien changé à nos vieilles habitudes de politesse. Le 22 novembre 1848, nous reçûmes le papier-porcelaine où s'épanouissaient en lettres gothiques le nom de notre confrère, son prénom de Léon et son titre de docteur. Mais au premier de l'an, prodige étrange! changement imprévu: les lettres gothiques avaient disparu pour faire place à ce qu'en style de calligraphie on appelle écriture bâtarde, et, sous cette écriture bâtarde, son doux nom de Léon s'était enflé de deux syllabes et était devenu Napoléon.

Nous n'en pouvions croire nos yeux, mais la bâtarde était là avec son implacable réalité, et alors il nous sembla que le nom de Léon était un rêve, que notre souvenir nous retraçait quelque hallucination d'une nuit en délire et que la stupéfaction que nous éprouvions était encore un symptôme de quelque affreux cauchemar. Cependant, malgré nous, le doute revenait toujours à notre esprit et notre pensée ne pouvait s'éloigner de ces deux mots: Léon, Napoléon.

Enfin, las de cet affreux tiraillement moral, nous résolûmes d'éclaircir le mystère et d'approfondir toute la vérité; nous nous mîmes à la recherche d'une des cartes de 1848, et nous fûmes assez heureux pour découvrir celle de la Sainte-Cécile. — Ombres des

phiée, et avait soulevé le bord inférieur du col vésical; de là résultait une tumeur bilobée, qui n'était autre chose que la luette vésicale hypertrophiée. Cette saillie, M. Blandin l'a fait examiner avec soin, et a décrit les accidents auxquels elle pouvait donner lieu.

Elle est surtout capable de déterminer la rétention d'urine, et en effet le sujet avait été traité pour cette affection par M. Blandin. De ce fait, le chirurgien prit occasion pour présenter quelques considérations sur la rétention d'urine des vieillards. Cet homme en offrait un exemple; ce qui ne veut pas dire qu'il fût vieux; mais la maladie dont il était atteint était exactement de la même nature et produite par les mêmes causes que celle qui survient habituellement chez les vieillards, et qui est si commune chez eux que, même la trouvât-on chez un jeune sujet, on pourrait encore lui donner le nom de rétention d'urine des vieillards. Ainsi, chez cet homme, dont nous regrettons de n'avoir pu faire dessiner la pièce anatomique, existait une tumeur formant soupape, laquelle bouchait complétement en dedans l'ouverture vésicale et empêchait l'urine de s'écouler au dehors. L'examen fait sur le cadavre ne laissa aucun doute à cet égard. Nous espérons très prochainement pouvoir faire passer sous les yeux de nos lecteurs un dessin représentant une pièce de cette nature.

Un autre malade, couché au n° 21 de la même salle Saint-Jean, se trouvait dans un cas qui parut au chirurgien présenter une grande analogie avec le précédent. Il avait été adressé par M. Mercier, qui vint le sonder en présence de M. Blandin et conjointement avec lui. De l'exploration faite en commun par les deux chirurgiens, résulta ceci, que les sondes très recourbées étaient arrêtées au col de la vessie et ne pouvaient y pénétrer. Lorsque l'on parvenait dans la vessie avec un instrument d'une autre forme, c'est-à-dire avec une sonde à très brusque courbure, coudée presque à angle droit près de son bec, on éprouvait comme un mouvement de bascule, et l'on percevait la sensation d'un bouchon qui obturait le col vésical.

Une fois la certitude acquise de l'affection à laquelle on avait affaire et de l'existence d'une valvule au col vésical, valvule sur la description de laquelle nous allons revenir plus en detail, M. Mercier proposa d'appliquer sur lui le traitement qu'il a déjà plus d'une fois mis en usage avec succès dans des cas pareils, et qui consiste à fendre le col de la vessie avec un instrument particulier, à pratiquer sur lui deux, trois ou quatre incisions, ou débridements. Témoin déjà à plusieurs reprises, dans la pratique de la ville, de la réussite de cas pareils, M. Blandin consentit facilement à l'emploi de cette méthode. Sous ses yeux, M. Mercier pratiqua cinq ou six débridements, divisa cette valvule, et finit par rendre à l'urine un libre passage.

On comprend facilement, disait M. Blandin pour faire comprendre à ses auditeurs le mécanisme de la rétention d'urine et celui de l'opération curative, qu'une valvule veineuse, par exemple, destinée à empêcher le retour du sang vers les extrémités, se tend toutes les fois que le liquide veut refluer en arrière et s'oppose à son retour en arrière, que détermineraient sans cette disposition les lois de la pesanteur. Supposons que cette valvule soit fendue dans deux ou trois points, il est évident qu'elle ne pourra plus remplir sa fonction. Ce qui arriverait à cette valvule veineuse, M. Mercier a la prétention de le faire arriver aux valvules de la vessie; chez le malade dont il s'agit ici, il a donc fait une première incision médiane, qui n'a pas eu, il faut bien le dire, de résultat bien favorable et bien manifeste. Puis il a fait deux autres incisions latérales, l'une à droite et l'autre à gauche, lesquelles ont amené un résultat plus satisfaisant, et enfin deux derniers débridements ont été suivis d'un succès si complet que le malade a rendu toute l'urine contenue dans la vessie sans avoir besoin d'être soumis au cathétérisme.

Dans les cas un peu réfractaires, M. Mercier a l'habitude d'employer après et outre les incisions une sonde, qu'il fait porter au malade pendant quelque temps, et à l'aide de laquelle il déprime la valvule. Dans le cas actuel, il a employé ce moyen, et la guérison a été bientôt complète. Cependant, il est survenu un petit accident. Au bout de quelques jours, il y a eu incontinence d'urine. Le malade avait été pris de cystite, et l'on sait que l'inflammation de la vessie produit une contraction spasmodique intense. Cette cystite a cessé sous l'influence de cataplasmes, de cautères appliqués sur les parois de l'hypogastre. Le malade rend maintenant ses urines librement et volontairement.

Un mot maintenant sur les valvules du col de la vessie, sur la disposition des parties et sur le mode opératoire que suit M. Mercier en pareille circonstance. Pour tracer cette description, nous mettrons à profit les recherches de M. Mercier, et nous essaierons à l'aide d'une figure de bien faire comprendre la manière dont agit l'instrument qu'il a proposé et qu'il emploie journellement dans ce but.

Le col de la vessie, qui est l'orifice interne de l'urètre, ne forme pas une ouverture circulaire comme l'ont cru la plupart des anatomistes. Si on l'examine avec attention, on voit qu'il est plutôt triangulaire, qu'il a deux bords latéraux et un postérieur; dans beaucoup de cas, ce dernier offre une saillie vers son milieu vis-à-vis l'angle antérieur. Si l'on cherche à introduire le doigt dans cet orifice, il est facile de s'apercevoir que c'est presque entièrement aux dépens du bord postérieur que se fait son élargissement, et, si l'on se contente d'y introduire le bec d'une sonde, on voit qu'il se dirige de haut en bas et d'avant en arrière, et que le bord postérieur vient en réalité, même dans l'état normal, se mettre en contact avec l'antérieur, de manière à former au-dessus du canal une espèce de valvule. Si l'on enlève la muqueuse avec beaucoup de précaution, on rencontre immédiatement au-dessous des fibres musculaires, qui, prenant naissance sur la paroi postérieure de la région prostatique de l'urètre, vont se rendre sur toute l'étendue des parois vésicales, où elles contribuent à former un plan assez mince de fibres longitudinales.

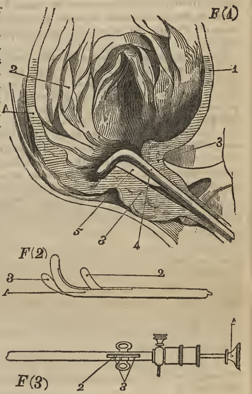
Lorsqu'on a enlevé ce plan très mince de fibres longitudinales, on rencontre au niveau du trigone une couche épaisse et très régulière de fibres transversales situées dans l'espace qui sépare le col vésical de l'embouchure des uretères. Ce sont les fibres postérieures de ce plan qui, par leur relief, forment le bord postérieur du trigone. Mais elles ne sont pas bornées partout à cet espace triangulaire, et, arrivées au niveau à peu près de ses bords latéraux, elles divergent en trois sens bien distincts : les postérieures se portent en partie sur les uretères, et continuent en partie leur trajet pour se réfléchir bientôt et s'étaler sur la face postérieure de la vessie; les muqueuses marchent transversalement pour gagner les parois latérales sur lesquelles elles s'épanouissent. Les antérieures contournent en arrière le col vésical, dont elles font même dans l'état naturel légèrement saillir en avant le bord postérieur, puis elles se portent sur les côtés de cet orifice pour se jeter dans la paroi antérieure de la vessie.

Ce qui doit frapper principalement dans cette description, c'est que les fibres qui entourent le bord postérieur de l'orifice urétral viennent, après avoir contourné ses bords latéraux, se rendre dans la paroi antérieure de la vessie. Il résulte de là qu'elles ne tendent pas, par leurs contractions, à rapprocher également les uns des autres tous les points de la circonférence de cet orifice, mais seulement à tirer en avant son bord postérieur, qui, de la sorte, forme une cloison tendue transversalement au-dessus du canal. C'est à peine si les fibres accessoires resserrent quelque peu les autres bords. Qu'on suppose donc une ouverture formée de deux segments se correspondant par leur extrémité; qu'on suppose que, l'un de ces segments restant immobile ou presque immobile, l'autre vienne à glisser sur lui et à le croiser, on verra l'ouverture qu'ils circonscrivaient diminuer d'abord, puis disparaître. Voilà une image grossière, mais assez exacte de la manière dont se forme le col de la vessie.

Pas n'est besoin de nous étendre sur la question de savoir comment peut s'ouvrir le col ainsi fermé pour livrer passage à l'urine, ceci importe peu pour ce que nous voulons démontrer ici. Passons au mécanisme de la formation des valvules musculaires.

Une fois admis ce fait, que le col de la vessie se ferme principalement par une traction de son bord postérieur en avant, il est facile de comprendre que, si, par une cause quelconque, ce bord ne peut être ramené en arrière, il en résultera derrière cet orifice une saillie permanente. Souvent, en effet, le bord postérieur du col de la vessie, qui dans les autopsies offre à peine un léger relief à l'état normal, se rencontre formant une telle proéminence en avant qu'il dépasse quelquefois de plus de 8 ou 10 millimètres le niveau de la paroi postérieure de l'urètre, et comme il saillit brusquement presque à angle droit, il en résulte que le canal, lorsqu'il a été ouvert par sa paroi supérieure, semble comme soudé dans sa portion la plus reculée. C'est là ce que les auteurs ont appelé excavation prostatique. L'espèce de valvule ainsi formée au-dessus du canal n'est libre que par son bord antérieur qui est à vive arête et sans inégalités. Si l'on pratique une ou plusieurs incisions sur cette valvule d'avant en arrière, de son bord libre vers sa base, on la trouve formée d'un tissu blanc-grisâtre, et ce n'est qu'à une certaine profondeur qu'on rencontre la substance prostatique; ce tissu fait donc bien évidemment partie du plan musculaire transversal. Ce qui le prouve, c'est que, si l'on prolonge l'incision sur le trigone, on le voit se continuer avec ce plan sans interruption, et que, si l'on se contente d'enlever avec une pince la couche très mince qui le recouvre, on le reconnaît facilement à ses fibres et à leur direction. Pour toutes ces raisons, M. Mercier désigne ces valvules sous le nom de *musculaires*. Nous reviendrons très prochainement sur les valvules auxquelles le même auteur donne le nom de valvules *prostatiques*, et qui sont formées par l'hypertrophie générale et uniforme des granulations sus-montanales de la glande.

Ce n'est que par un traitement chirurgical énergique que l'on peut parvenir à guérir complétement cette altération anatomique. Dans quelques cas, c'est en déprimant le bord postérieur de la vessie que les sondes ont guéri des rétentions d'urine, bien plus qu'en réveillant sa contractilité. Sans entrer dans le détail des instruments proposés pour exercer cette dépression, nous dirons que l'expérience a prouvé que le cathéter à brusque courbure a été reconnu suffisant pour l'exercer, cathéter que l'on peut toujours introduire dans la vessie, et qui, une fois en place, remplit l'office d'une sonde droite inflexible. Mais le plus souvent la dépression n'est, à proprement parler, qu'un moyen palliatif. Le véritable traitement curatif, c'est celui par l'instrument tranchant.



C'est par l'excision qu'avait débuté M. Mercier; mais elle était difficile, peu sûre, et bientôt il reconnut qu'une simple incision, répétée plusieurs fois sur le bord de la valvule, suffirait pour obtenir le résultat que l'on cherchait. Voici, après plusieurs essais l'instrument auquel il s'est arrêté. Nous devons à l'obligeance de M. le docteur Martin-Lauzer d'avoir pu reproduire la figure ci-jointe, extraite de l'atlas du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, et dans laquelle on voit l'instrument en action dans la vessie (fig. 1).

L'instrument (4), qui présente, fermé, la forme de la sonde exploratrice, n'est pas tout à fait cylindrique; il a un peu plus de diamètre de la face correspondante au bec vers la face opposée, tandis qu'il en a un peu moins d'un côté à l'autre. Dans l'épaisseur de la tige, tout près de l'angle de courbure, se trouve une lame (5) qu'on peut faire saillir à volonté de 2, 4, 6 millimètres, sans que cependant la pointe de cette lame se dégage complétement de l'épaisseur du bec, condition importante pour ne pas être exposé à accrocher les tissus. Lorsque l'instrument est ouvert au maximum, le tranchant de la lame représente une ligne qui, partant de la tige à 15

Talleyrand de tous les régimes, nous écriâmes-nous en lisant le nom de Léon, tressaillez dans vos tombes, vous n'aviez pas pensé à ce trait-là!

Et nous serrâmes précieusement les deux cartes, que nous conserverons comme modèles du genre.

A côté du type du courtisan, mettons un type d'avare dont le nom retentira bientôt au palais de justice et qu'on nous permettra de voiler ici par respect pour le fils.

La génération des vieux praticiens de Paris se rappelle encore la clientèle nombreuse et riche que s'était acquise M. X..., docteur en chirurgie. Après trente ans de rudes labeurs, d'économies incessantes, nous pourrions même dire de parcimonie, M. X... s'éteignit laissant à ses héritiers, au dire de tout le monde, une fortune de plus d'un million. Une note écrite de sa main et qui devait être ouverte au moment de sa mort défendait toute dépense d'enterrement, et enjoignait à son fils de faire transporter son cadavre sans bruit et sans pompe dans un modeste tombeau qu'il avait fait creuser de son vivant à un pauvre cimetière de Paris. On mit cette étrange volonté sur le compte de l'athéisme du défunt, car le défunt avait toujours professé les doctrines du pyrrhonisme le plus radical; il fut fait selon ses ordres, et notre vieux confrère ne fut accompagné que par son fils à sa dernière demeure.

Cependant, il fallut s'occuper de l'héritage laissé par le Crésus; mais grande fut la stupéfaction des ayant-droits de trouver toutes les caisses vides et de ne saisir aucune trace de placement. Le caractère du défunt était trop connu pour qu'on pût expliquer cet étrange mystère par le fait de la dissipation ou par quelque acte de générosité. Notre vieux confrère avait été fondu dans le moule de l'anatomiste Sylvius, dont un plaisant fit l'épitaphe suivante:

> Icy gist Sylvius auquel onc en sa vie
> De donner rien gratis ne prist aucune envie,
> Et ores qu'il est mort et tout rongé des vers
> Encores a despit qu'on lit gratis ces vers.

La douleur des héritiers ne connut plus de bornes quand il fut parfaitement constaté que le nom du vieux chirurgien ne se trouvait inscrit ni sur le grand livre de l'Etat, ni sur les registres du bureau des hypothèques, ni dans aucun acte de notaire. On se console difficilement de la perte d'un million et l'on renonce avec peine à la douce espérance de traîner un jour carrosse et d'avoir maison en ville et château à la campagne. Cependant, il fallut en prendre son parti et se dire comme les rois de la terre : *Là où il n'y a rien, l'héritier perd ses droits.*

Plusieurs mois se passent. Janvier arrive avec ses acolytes ordinaires, la pluie et le froid. Par suite de la gelée, phénomène physique que tout le monde connaît, le plâtre qui avait servi à sceller la pierre du tombeau du vieux praticien se gerça et se fendit, et sa réparation devint indispensable.

Le fils, à qui la mésaventure pécuniaire n'avait rien fait perdre de son amour filial, voulut présider lui-même à ce qu'il regardait comme un devoir pieux et sacré.

Après que les ouvriers eurent soulevé la pierre de la tombe, il eut l'idée de descendre dans le caveau et de prier sur le cercueil même de son père. A peine avait-il mis son projet à exécution que son pied heurta une grosse caisse dont le son mat le fit d'abord frissonner jusqu'à la moelle des os. Revenu de ce premier trouble et ses yeux habitués à la demi obscurité du caveau, il examina le corps qu'il venait de toucher et reconnut un coffre-fort en fer dont la clef était à la serrure; il l'ouvre et découvre un amas d'or et de billets de banque. — Le vieux Crésus avait voulu même après sa mort jouir de son trésor.

La nouvelle de la riche trouvaille se répandit bientôt, et, avant que le fils de notre défunt confrère eût eu le temps de faire enlever le pesant coffre-fort, l'administrateur du cimetière se présenta et réclama le butin au nom de la ville de Paris en sa qualité de propriétaire du terrain; nous ne serions pas étonné que le facétieux administrateur eût poussé la plaisanterie jusqu'à promettre au fils une *récompense honnête*.

L'héritier, il est presque inutile de le dire, repoussa les prétentions de l'administration, qui, tenace jusqu'au bout, a porté le procès devant la justice.

Nous ne sommes pas jurisconsulte, mais il nous semble que la demande de la ville de Paris devra être accueillie avec un immense éclat de rire.

XX.

Concours pour l'agrégation à la Faculté de médecine de Montpellier.

En vertu d'un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 17 janvier 1849, un concours sera ouvert le 11 avril prochain devant la Faculté de médecine de Montpellier pour cinq places d'agrégés près cette Facultés, savoir : trois places pour la section de médecine, une place pour la section de chirurgie, et une place pour la section des sciences accessoires.

Les docteurs en médecine et en chirurgie qui désireraient prendre part à ce concours devront déposer, avant le 11 mars 1849, au secrétariat de la Faculté de médecine de Montpellier, les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par le règlement.

— Le conseil d'administration de l'Université libre de Bruxelles, dans sa séance du 27 décembre 1848, a nommé M. le docteur Thiry professeur de clinique des maladies syphilitiques et cutanées, cours qui, jusqu'à cette époque, n'avait pas encore été porté au programme de l'Université. (*Progrès medical belge.*)

millimètres de l'angle, irait tomber sur le milieu à peu près du bec. Un mécanisme particulier permet, lorsque cette lame a pénétré dans la vessie, de l'ouvrir au degré convenable et de la fermer à volonté.

Pour l'intelligence de la fig. 1, nous devons donner l'explication des chiffres correspondant aux diverses parties de la coupe de la vessie.

1, 1, coupe de la vessie.
2, cavité de la vessie.
3, 3, coupe de la prostate.
4, instrument.
5, lame de l'instrument.

Lorsque l'on introduit l'instrument dans la vessie, on tourne le bec en arrière et on le ramène jusque derrière le col; on s'assure de nouveau de la résistance de la valvule; on repousse alors l'instrument dans la vessie dans l'étendue de 2 centimètres, et on tire sur l'extrémité du mandrin par la rondelle (fig. 3, 1) pour faire rentrer la lame, dont on mesure la course par la vue du bouton (fig. 3, 2), qui marque la division du mètre tracée sur le manche de l'instrument (fig, 3, 3).

On tire l'instrument jusqu'à ce que sa courbure soit arrêtée au col, et la valvule est coupée en deux parties. Afin de rendre plus certaines les chances de succès, M. Mercier fait ordinairement deux incisions latérales en agissant de la même manière que pour la précédente; seulement il dirige la lame obliquement et dans la direction des diamètres obliques du bassin. Puis on repousse l'instrument, on ferme la lame, on tourne le bec en avant et on retire l'instrument.

Depuis peu de temps, M. Mercier a modifié cet instrument. Ayant remarqué que l'incision variait de profondeur, selon la perfection du tranchant de la lame, ou selon le plus ou moins grand degré de tension de la valvule, il a voulu pouvoir agir d'avant en arrière et d'arrière en avant, en faisant saillir la lame soit en avant, soit en arrière du talon. La fig. 2 représente le nouvel instrument. 1, corps de l'instrument; 2, lame coupant d'arrière en avant; 3, lame coupant d'avant en arrière.

Dans le principe, l'opérateur mettait une grosse sonde à demeure pendant sept à huit jours, pour prévenir la reproduction de la valvule par suite du travail de cicatrisation. Il a appris, par expérience, que cette précaution n'était pas indispensable avec les nouveaux instruments. Cet avantage a d'autant plus de valeur, que presque toujours l'urètre est le siége d'une inflammation chronique, et que, dans quelques cas, sa sensibilité est telle, qu'il serait impossible au malade de garder une sonde pendant plusieurs jours consécutifs.

Aussi maintenant, pendant les quatre ou cinq jours qui suivent l'opération, s'il ne survient pas d'accidents, ne fait-il rien absolument, le contact de l'urine lui paraissant suffisant pour empêcher la réunion des bords de la section. Quelquefois, après ce temps, il introduit une grosse sonde à courbure fixe et flexible; et enfin, dix ou douze jours après l'opération, il emploie, s'il est nécessaire, la dépression de la prostate, consistant en un mandrin de baleine qu'il fait pénétrer dans la sonde élastique préalablement introduite. Enfin, pour écarter l'hémorrhagie qui, parfois, bien que rarement, est assez abondante, il conseille de ne pas laisser la vessie vide. Ainsi, il est nécessaire, si le malade a uriné immédiatement après l'opération, d'emplir la vessie par une injection d'eau froide.

On nous pardonnera d'avoir si longuement insisté sur les détails de ces opérations; mais nous croyons avoir rendu un véritable service aux chirurgiens qui n'habitent pas les grandes villes, en faisant passer sous leurs yeux l'instrument si précieux de M. Mercier, et en les rendant, pour ainsi dire, témoins de l'opération elle-même.

Mémoire sur les plaies d'armes à feu;

Par M. Baudens, chirurgien en chef du Val-de-Grâce.

(Suite du numéro du 18 janvier.)

Troisième question. — *Les réfrigérants, et la glace en particulier, doivent-ils constituer la base essentielle du traitement des plaies d'armes à feu?*

Les plaies d'armes à feu étant des plaies contuses au suprême degré, il faut s'attendre à une réaction inflammatoire des plus violentes. Pour s'y opposer, quoi de plus rationnel que de recourir à la médication la plus puissante?

Je ne connais rien de plus énergique et de plus souverain que la méthode des réfrigérants et de la glace, avec ou sans addition de sel marin, selon qu'il convient d'obtenir un degré plus ou moins prononcé de froid.

Les réfrigérants et la glace, que nous employons depuis 1830 avec tant de succès pour combattre toute lésion provenant de causes traumatiques, ont soulevé et soulèvent encore de vives répulsions. La grande objection, c'est le danger des répercussions.

La répercussion ne saurait se produire qu'autant que la soustraction de calorique, dans la partie lésée, serait assez grande pour abaisser la température locale au-dessous de l'état normal. Or, si cet écueil est si facile à éviter, comme il me sera facile de le démontrer, qu'il soit à peu près imaginaire, le grand argument opposé à la glace reste sans valeur.

Celle-ci doit prendre, dans le domaine thérapeutique, la grande place que nous lui avons assignée, et que l'on tenterait vainement de lui refuser plus longtemps.

Le danger des répercussions, attribué à la glace, n'a pu exister qu'en théorie. Je ne pense pas, en effet, que ce puissant sédatif ait été employé en chirurgie avant moi pour combattre les lésions traumatiques en général. Je ne sache pas que le nombre des praticiens qui ont pu suivre mon exemple soit bien grand, et parmi ceux-ci, nul, que je sache, n'a pu constater le danger de la répercussion; tous, au contraire, accordent à la glace des éloges mérités.

Malgré le démenti donné chaque jour à la théorie, des préjugés dont ne peuvent se défendre même des praticiens du plus grand mérite, restent dans toute leur force.

C'est qu'en effet, théoriquement parlant, il est difficile de comprendre qu'un membre puisse être frappé à la glace pendant huit, quinze jours et même un mois, sans danger, quand il est si facile de se convaincre qu'un simple glaçon tenu entre les doigts une minute seulement suffit pour ainsi dire pour les congeler et faire naître de violentes douleurs, avec constriction insupportable. C'est qu'ici la glace porte son action sur des tissus sains, tandis que nous ne l'employons que sur des tissus lésés par une cause traumatique. Tandis que, dans un cas, la glace soustrait du calomel normal, dans l'autre, elle soutire du calorique pathologique. Cette distinction est capitale; il importe de ne jamais la perdre de vue. Bien comprise, les barrières qui nous séparent de nos adversaires tomberont d'elles-mêmes.

Ecoutons maintenant parler les faits et observations.

Quand une lésion traumatique se produit, quand la douleur appelle l'afflux du sang, une impulsion plus vive est imprimée aux mouvements d'oscillation moléculaire et fibrillaire avec engorgement des vaisseaux, avec congestion locale pouvant aller jusqu'à l'étranglement, avec exaltation des phénomènes de la chimie vivante, il se produit alors un foyer de calorique morbide; en un mot, il y a inflammation.

Bien qu'il ne faille pas attendre le développement de ces phénomènes pour employer la glace, bien qu'il faille chercher, au contraire, à s'opposer à leur évolution en recourant le plus vite possible à ce puissant modificateur, c'est à ce moment que je veux ici étudier l'action de la glace, comme agent thérapeutique, pour essayer de porter la conviction dans les esprits.

Dans ces conditions, appliquées sur une plaie, des sangsues, par l'effet de leur succion, et par la douleur de leur piqûre, favorisent la congestion, à moins de les appliquer en grand nombre; les lotions tièdes pour favoriser l'écoulement sanguin, les cataplasmes, apportant de la chaleur là où elle est déjà en excès, sont un contre-sens; les saignées générales affaiblissent quelquefois, sans grand résultat pour la lésion locale, qui reste chaude, brûlante, et devient quelquefois le siége de douleurs lancinantes et d'un érysipèle phlegmoneux. Je condamne cette médication, je le répète; il ne faut pas attendre le développement de ces phénomènes inflammatoires pour employer la glace. En chirurgie comme en politique, il est préférable de prévenir le mal, pour n'avoir pas, plus tard, à le combattre. Mais enfin, je suppose le mal arrivé à cette période, que faut-il préférer aux sangsues, aux cataplasmes? Nous faisons sur le siége de la lésion une saignée locale continue, non de sang, ce qui appauvrirait l'économie et prédisposerait aux résorptions purulentes, mais bien de calorique. Cette saignée de calorique, nous l'obtenons avec la glace seule ou mélangée au sel marin, qui, dans certaines proportions, peut faire descendre la température jusqu'à 14 degrés au-dessous de zéro.

Quand il y a étranglement des gaînes tendineuses, il est indispensable de recourir au dernier moyen, non pas pendant quelques heures, mais pendant plusieurs jours consécutifs; et, chose inouie, presque impossible à croire quand on n'en a pas été témoin, le blessé, soulagé par cette puissante décharge du calorique morbide, qui congèlerait promptement un membre placé dans les conditions normales, déclare que le membre, ainsi frappé à la glace, est encore plus chaud que l'autre. Par le toucher, il est facile de se convaincre que le blessé a raison. Que si la couche tégumentaire externe est froide, profondément il existe un foyer intense de calorique pathologique.

Je livre ces faits, dont le Val-de-Grâce est chaque jour témoin, à la méditation des praticiens et des physiologistes; il y a là une question de calorification digne de leur examen à un double point de vue. Comment! le thermomètre ne s'élève que d'une manière presque insignifiante, appliquée à mesurer le calorique morbide le plus intense, et il est cependant possible d'en soutirer des quantités énormes pendant plusieurs jours! A un autre point de vue, est-il possible de soutenir que la calorification a sa source uniquement dans le poumon? N'est-il pas, au contraire, démontré par ce qui précède, que chaque lésion traumatique engendre un foyer de calorique local entretenu par l'action du sang artériel sur le parenchyme des organes et par un travail de décomposition?

Sous l'empire de la soustraction du calorique morbide par la glace, la surexcitation nerveuse cesse, les élancements s'éloignent de la région lésée pour n'y plus rentrer, la chaleur locale et générale diminue notablement, la langue s'humecte, les réactions viscérales disparaissent, le pouls descend parfois de 130 à 50 ou 40 pulsations. Au bout de quelques jours, le blessé se sent rafraîchi; d'atroces douleurs succèdent une sédation, un calme, un bien-être inexprimables.

Quand le foyer de calorique commence à s'épuiser, le malade en est averti par une sensation infaillible, le froid cesse d'être bienfaisant, et quand il n'y a plus que du calorique normal, quand le foyer est éteint, au sentiment de bien-être succède un sentiment désagréable; c'est le moment d'enlever graduellement la glace et de la remplacer par une compresse mouillée, qu'on supprime elle-même au bout de quelques jours.

Avant d'appliquer la glace, nous disposons la partie lésée sur un coussin de crin présentant un plan incliné vers le tronc; sur ce coussin est appliquée une toile imperméable, repliée sur les côtés, pour diriger l'eau provenant de la fonte de la glace dans un baquet placé près du lit. La partie blessée est mise sur cet appareil; elle est même recouverte dans toute sa circonférence d'une légère couche de charpie, sur laquelle des glaçons en nombre variable, au gré du chirurgien, sont déposés, et qu'on remplace au fur et à mesure qu'ils fondent. Quand un excès de réaction n'est plus à redouter, quand la suppuration s'établit facilement, on supprime la glace pour recourir à des fomentations froides, décoctions de fleurs de sureau, avec addition, par litre, de 15 gr. de teinture d'opium. Si plus tard, par un excès d'inflammation, des accidents tels que phlegmon profond, érysipélateux, se produisent, on reprend avec un avantage incontestable la glace jusqu'à ce que la suppuration redevienne louable. Ici encore, pas de dangers de répercussion. Un excès d'inflammation avait fait naître des accidents; rien de plus logique que de la combattre de nouveau par le froid.

Il peut arriver, dans la deuxième période, que la partie lésée ou ses environs restent le siége d'une subinflammation caractérisée par de la dureté, de l'induration; dans ce cas, mais dans ce cas seulement, nous employons avec succès pendant un ou deux jours un cataplasme de farine de lin à nu, arrosé d'huile opiacée. On abuse trop du cataplasme; en sacrifiant à la routine, on ne voit pas combien il est souvent dangereux de placer les téguments entre deux macérations: l'une à la face interne, représentée par le pus; l'autre en dehors, par le cataplasme. Il résulte de cette pratique un défaut de tonicité, de ressort des tissus et des ulcères atoniques qui obligent à recourir à la décoction de quinquina, ou bien au vin aromatique opiacé.

En résumé, la glace telle que nous l'employons est une arme puissante, plus puissante que toute autre, pour combattre les lésions traumatiques; elle est facile à manier, et tout praticien qui en aura fait usage une fois ne voudra plus s'en dessaisir.

Après les journées de février, les critiques les plus sanglantes ont été faites au traitement par la glace. Le traitement suivi au Val-de-Grâce avait néanmoins ébranlé bien des convictions, à ce point que beaucoup de praticiens n'ont pas craint d'en faire l'essai sur les blessés de juin; je fais des vœux pour qu'ils veuillent bien faire connaître les résultats obtenus. En attendant, l'un des adversaires les plus opposés à la glace l'a jugée avec moins de sévérité depuis juin, et bien que dans son appréciation il fasse une large part aux chaleurs de la saison, je me réjouis de ce changement d'appréciation dans l'intérêt scientifique.

Quatrième question. — *Quand les fractures soit du corps, soit des épiphyses des os des membres ne dépassent pas certaines limites, faut-il préférer la résection à l'amputation? Quelles sont les lésions qui commandent l'une ou l'autre?*

Nous établirons tout d'abord une distinction importante entre les lésions du squelette appartenant au membre pelvien et celles du membre thoracique.

Le membre pelvien, destiné à supporter le poids du corps, a besoin d'une grande solidité. Il est entouré de muscles puissants et volumineux qui donnent aux solutions de continuité un haut degré de gravité. En effet, par leur puissance, les muscles tendent à écarter les fragments; par leur volume, ils rendent les os moins accessibles aux moyens de déligation et à la main du chirurgien lorsqu'il doit aller à la recherche d'esquilles nombreuses, ainsi qu'on le voit après l'action des balles.

Par ces motifs, nous sommes d'avis que les résections des surfaces articulaires, aussi bien que celles du corps des os du membre inférieur, ne doivent être faites que pour des cas tout à fait exceptionnels, et que l'amputation, au contraire, doit être la règle.

A. Examen des fractures du corps des os appartenant au membre pelvien. La résection devra porter sur les fractures isolées du corps du tibia ou du péroné. Rien de plus rationnel, en effet, que d'extraire quelques pièces d'os isolées et détachées de l'un de ces os. Quand le tibia et le péroné sont fracturés ensemble, l'amputation est indiquée: toutefois, elle n'est pas rigoureusement indispensable, grâce à l'extraction de toutes les esquilles faite deux heures après l'accident grâce à la glace employée pendant un mois; grâce à notre appareil si bien disposé pour maintenir l'extension, la contre-extension et la coaptation, nous avons pu éviter l'amputation à un officier blessé en juin et dont le fait se trouve rapporté à la fin de notre rapport. En campagne, il n'y aurait pas à hésiter, il faudrait amputer immédiatement.

Les fractures du corps du fémur demandent impérieusement l'amputation immédiate. Ces fractures sont accompagnées d'esquilles nombreuses et étendues. Deux fois seulement je n'ai pas rencontré d'esquilles. La balle, aplatie contre l'os, était restée dans la plaie en épuisant sa puissance contre le fémur; elle l'avait fracturé tout juste, mais sans éclat. Le premier blessé a été amputé par moi à la campagne de Mascara, et il a guéri. Le second provient des journées de juin; il est au Val-de-Grâce, dans un appareil à fracture, et il est à craindre qu'il ne succombe. Je suis d'avis que, même dans ce cas, quand il n'y a pas d'esquilles, il suffit d'une fracture du fémur avec plaie pour exiger l'amputation aux armées.

Je sais qu'il existe des exemples de guérison avec raccourcissement et fistules entretenues pendant des années; mais pour sauver deux blessés atteints de fracture du fémur et les guérir avec infirmité, on en laissera périr trente, dont quinze au moins auraient survécu à l'amputation immédiate.

B. Examen des lésions épiphysaires des os appartenant au membre pelvien. Nous pensons, bien que nous ne l'ayons pas encore pratiquée, que, s'il fallait choisir entre la désarticulation coxo-fémorale et la résection de la tête du fémur, il serait préférable de recourir à celle-ci. Il arrive quelquefois, en effet, que la tête du fémur est seule entamée par le plomb, et une résection paraît ici parfaitement indiquée. Une écornure faite par une balle dans le grand trochanter, pourvu qu'il n'y ait pas solution de continuité complète du fémur, ne constitue pas un cas d'amputation. Cette lésion guérit le plus souvent comme une plaie simple, à la condition que toutes les esquilles auront été enlevées et qu'une large solution de continuité des parties molles donnera aux matières purulentes une facile issue. Nous avons observé plusieurs blessures de ce genre, dont une en voie de guérison est actuellement dans notre service.

Toute fracture, quelque minime qu'elle soit, de l'extrémité articulaire inférieure du fémur, commande impérieusement l'amputation immédiate. Les journées de juin ont amené à l'hôpital quatre militaires atteints de blessures semblables. Nous avons agrandi la plaie, extrait de petites parcelles d'o

pour ne pas laisser de corps étrangers dans l'articulation et donner au pus un écoulement facile. La glace a été employée; nous avons pu ainsi retarder la marche des accidents; néanmoins, nous avons dû faire des amputations consécutives, qui toutes ont été suivies de mort. Tandis que nous rangeons parmi les cas d'amputation les lésions articulaires de l'extrémité inférieure du fémur, nous pensons, au contraire, qu'il convient de tenter la conservation du membre, quand la lésion a son siége sur l'extrémité supérieure du tibia, soit latéralement, soit au-dessous de la rotule; il suffit dans ce cas d'extraire les esquilles et de prévenir, à l'aide de réfrigérants, une arthrite traumatique. La différence de gravité tient à ce qu'il est difficile d'opérer une brèche dans les condyles du fémur sans ouvrir l'articulation du genou, tandis que celle-ci peut être intacte, alors même qu'il existe une lésion au condyle interne ou externe du tibia. Février et juin nous ont donné dix blessés de ce genre, qui tous ont très bien guéri.

La fracture de l'articulation tibio-tarsienne est aux armées un cas d'amputation immédiate. Celle des os du tarse et du métatarse commande l'extraction immédiate des esquilles, et permet de réserver l'amputation consécutive. On verra, dans notre rapport, que nous avons sauvé le pied à un militaire dont le calcanéum a été traversé de part en part, de dehors en dedans par une balle.

A. Examen des fractures du corps des os appartenant au membre thoracique.

Toute fracture isolée du cubitus et du radius exige la résection. Il m'est arrivé d'enlever l'un ou l'autre de ces os presque en totalité, et de conserver le membre; juin nous en a fourni plusieurs exemples. La fracture simultanée des deux os radius et cubitus, à moins de graves complications, exige également la résection, à l'exclusion de l'amputation.

Les fractures du corps de l'humérus, quand les esquilles ne sont pas trop nombreuses, permettent d'éviter l'amputation, à la condition expresse d'extraire immédiatement toutes les pièces d'os, et de faciliter l'écoulement du pus par une large issue placée dans le point le plus déclive. Dans ces cas, l'amputation consécutive est réservée.

B. Examen des lésions épiphysaires des os, appartenant au membre thoracique.

Toute lésion de la tête de l'humérus, avec ou sans fracture du col, commande la résection, à l'exclusion de l'amputation dans l'article. J'ai pratiqué cette résection en Afrique avec des succès fort remarquables. Trois blessés de juin, un dans mon service, deux dans celui de M. le professeur Marchal, ont subi la résection de la tête de l'humérus, d'après mon procédé opératoire, et les trois ont guéri rapidement.

Les fractures des extrémités articulaires du coude sont à la fois des cas de résection ou d'amputation, selon la gravité de la lésion. Je pense que, si la résection peut être limitée à l'extrémité articulaire de l'un des trois os du coude, il n'y a pas à hésiter à y recourir. Des deux militaires auxquels j'ai réséqué l'extrémité articulaire inférieure de l'humérus, l'un est mort un mois après l'opération, l'autre est radicalement guéri.

Les fractures de l'articulation radio-carpienne sont des cas d'amputation, à moins qu'il n'y ait qu'une lésion simple, ce qui permettrait de tenter la conservation du membre et de réserver l'amputation.

Les fractures isolées du carpe et du métacarpe permettent presque toujours de sauver la main en enlevant les esquilles, ou bien à l'aide d'amputations partielles.

Ces considérations importantes résument ma pratique sur les plaies d'armes à feu au point de vue des amputations. Je les ai présentées sommairement pour les rendre plus saillantes et ne pas abuser de la parole que vous avez bien voulu m'accorder.

Il me reste *une cinquième question à examiner. Celle des amputations immédiates et consécutives.*

Le développement donné à la question qui précède et qui se lie si intimement à celle-ci, me permettra de ne pas entrer dans des considérations fort étendues. En examinant les fractures, nous avons déjà indiqué dans quels cas il faut ou se borner à extraire les esquilles, ou faire des résections, ou bien amputer. On a remarqué qu'il y a des cas où, flottant entre la résection et l'amputation, nous avons conseillé la résection d'abord, en réservant l'amputation consécutive si des accidents ultérieurs la rendent indispensable.

A part cette réserve commandée par la sagesse, réserve qui encore ne s'applique presque toujours qu'au membre supérieur, à l'exclusion du membre inférieur, parce que les amputations consécutives sont bien moins graves, appliquées au premier qu'au second; à part ces réserves, disons-nous, nous ne comprenons pas qu'aujourd'hui la question des amputations immédiates et consécutives puisse laisser la moindre incertitude.

Voici notre règle de conduite invariable : après examen du membre fracturé, quand du doigt, sinon de l'œil, nous avons pu compter et apprécier le nombre, la longueur, la direction des esquilles, de deux choses l'une : ou l'amputation nous paraît indiquée, et nous la pratiquons immédiatement; ou bien il y a doute, il y a espoir de conserver le membre, alors nous faisons d'une plaie compliquée une plaie simple, en retirant les esquilles, et nous essayons de conserver le membre, réservant l'amputation consécutive en cas d'échec. Sur quatorze amputations faites immédiatement après juin, onze ont été suivies de guérison, et sur les trois suivies de mort on peut attribuer dans un cas le décès à une complication de plaie pénétrante de poitrine. En écartant ce décès, nous aurions onze guéris, deux morts. Sur six amputations consécutives, nous avons six décès.

Ces faits parlent assez haut en faveur de l'amputation immédiate.

Nouvelles du choléra.

On écrit de Valenciennes (Nord) :

« Le choléra asiatique, qui s'était manifesté depuis trois semaines environ à Valenciennes, a aujourd'hui complétement disparu. Nous mettons autant d'empressement à annoncer cet heureux résultat que nous avons mis de soin à cacher la présence de ce fléau. Nous savions, par une longue expérience, que l'exagération et la peur font souvent plus de mal que le mal lui-même, et nous ne voulions donner prétexte ni à l'une ni à l'autre. L'épidémie a été d'ailleurs fort peu grave et presque entièrement circonscrite dans le pâté de maisons qui avoisinent l'établissement du gaz, maisons insalubres, mal aérées, et habitées en majeure partie par de pauvres ouvriers. Une trentaine de cas à peu près se sont produits, sur lesquels on compte onze victimes, qui presque toutes ont succombé dans la première semaine de janvier. Depuis huit jours l'épidémie a toujours été en décroissant, et à ce moment il n'en reste plus de traces.

» La présence du choléra à Valenciennes a été l'occasion nouvelle d'une remarque déjà faite bien souvent, à savoir : que la maladie s'attaque de préférence et presque exclusivement aux personnes usées par des excès, ou qui se nourrissent mal et vivent dans une atmosphère insalubre. On peut donc dire avec raison que le choléra, comme presque toutes les maladies épidémiques ou contagieuses, disparaîtra complétement de nos contrées le jour où les améliorations matérielles et morales seront données au peuple, avec des logements plus sains et une meilleure nourriture, l'éducation qui fait aimer l'ordre et éviter l'intempérance. »

Notre honorable confrère, M. Périer, nous écrit que ce n'est point le choléra de 1832 qu'il considère comme un choléra *typhoïde*, mais bien celui de 1848; il se fonde sur ce que les cholériques de Calais ont présenté des symptômes typhoïdes, et sur ce que, dans *une autopsie*, on a pu constater les lésions propres à la fièvre typhoïde. Nous nous empressons de satisfaire aux désirs de M. Périer en insérant cette rectification; mais nos lecteurs penseront sans doute comme nous que les faits sur lesquels M. Périer fonde sa théorie sont insuffisants pour servir de base à une discussion sérieuse.

Maladies des enfants.

La COQUELUCHE, *ses symptômes*, *ses dangers*; DES MOYENS DE LA PRÉVENIR ET DE LA COMBATTRE.

De toutes les maladies si communes à l'enfance, la coqueluche (*tussis puerorum*) est, sans contredit l'une des plus graves et des plus funestes. Cette affection, qui semble attaquer exclusivement les enfants entre la première et la deuxième dentition, se manifeste d'abord par une bronchite et de violents accès de *toux*; elle est presque toujours accompagnée d'un picotement, d'une irritation, et d'un chatouillement dans les bronches et le larynx. L'enfant est pris de frissons, de malaise et de lassitude; il devient moins gai, moins bruyant; l'appétit diminue; le sommeil est inquiet, agité en même temps la face est bouffie, les yeux rouges et larmoyants; la *toux* augmente peu à peu de violence et d'intensité.

Il est donc de la plus haute importance, surtout lorsque les accès de *toux* commencent à se succéder rapidement chez les enfants, d'appeler immédiatement un médecin et de recourir aussitôt à l'usage de boissons chaudes mucilagineuses, aux juleps gommeux, aux calmants, et à quelques tisanes légères auxquelles on devra ajouter quelques cuillerées à café de *Sirop* de *Nafé*. On pourra aussi donner à l'enfant, le matin et le soir avant de le mettre au lit, une cuillerée à café de ce sirop pur. C'est du reste sous cette forme et à cette dose que les principaux médecins des enfants, MM. Auvity, Baron, Guérard, Blache, Thévenot de Saint-Blaise, ne cessent chaque jour de le prescrire à leurs jeunes malades. Les succès obtenus par ces habiles praticiens ne laissent aucun doute sur la puissance et l'efficacité du *Sirop* de *Nafé*, tel qu'il est depuis longtemps préparé par l'importateur, M. Delangrenier. Composé des fruits de l'*hibiscus esculentus*, dont les traités de médecine et de pharmacie font le plus grand éloge, ce sirop doit être préféré à la plupart des sirops pectoraux, dont le praticien ignore presque toujours la formule et qui ont souvent pour principe calmant l'opium.

Or, de l'opinion des plus célèbres médecins français et étrangers, l'opium constitue un des remèdes les plus dangereux, et qu'il ne faut donner aux enfants que comme un *moyen extrême*, rien n'étant si fréquent que les empoisonnements par ce narcotique administré aux doses même les plus minimes.

De l'injection inventée par le docteur PARADISO *dans le traitement de la blennorrhagie, ou urétrite chronique.*

Parmi les affections chroniques, l'une des plus tenaces, l'une de celles qui préoccupent le plus les malades, est sans contredit la blennorrhagie chronique. Lorsqu'ils sont assez dociles pour se soumettre à un traitement long et ennuyeux, lorsqu'ils se résignent à prendre pendant un mois et plus des doses élevées de cubèbe, de copahu ou d'autres substances qui fatiguent souvent l'estomac, ils parviennent ordinairement à se débarrasser de cette inquiétante affection; mais dans ces bonnes conditions mêmes, elle résiste quelquefois aux soins les plus assidus, les mieux entendus. Rien n'était plus désirable que de trouver un moyen à l'aide duquel on pût tarir en peu de temps, commodément, sans s'exposer à troubler aucune fonction, ni même à suspendre les occupations des malades, ces écoulements interminables. C'est ce moyen qu'a trouvé le docteur Paradiso : l'injection qu'il a composée et employée avec le plus grand succès depuis six ans.

A la pharmacie, rue Saint-Honoré, 232.

Je prescris souvent le Sirop de Biron-Devèze, pharmacien, dans les maladies nerveuses et inflammatoires, principalement dans les affections chroniques des voies digestives, telles que gastrites, gastralgies, entéralgies, dysenteries, et j'en obtiens les plus heureux résultats.

BARRAS,

Docteur en médecine, auteur de plusieurs Traités sur la Gastrite et la Gastralgie, rue de Londres, 30.

Paris, 15 janvier 1849.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 25 JANVIER 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 10.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 24 JANVIER 1849.

Sur la séance de l'Académie.

Les fièvres intermittentes et la rate. — Incident singulier sur les remplacements des membres décédés de l'Académie. — Discussion sur le chloroforme.

La correspondance a commencé par une lettre fort intéressante et fort spirituellement écrite, autant qu'il nous a été possible d'en juger par les passages qu'on en a lus, de M. Lachaise, médecin des ouvriers que le gouvernement a envoyés en Sologne. Nous espérons pouvoir publier les résultats statistiques intéressants renfermés dans cette lettre, et qu'il ne nous a pas été possible de saisir à la lecture. Nous avons seulement remarqué un passage dans lequel l'auteur avançait que, dans beaucoup de cas de fièvres intermittentes le « *tapotement le plus orthodoxe* » n'avait pas permis de constater une augmentation notable dans le volume de cet organe, et que de plus dans neuf autopsies pratiquées l'hypertrophie splénique n'avait nullement été en rapport avec la gravité de la fièvre.

Au mot nouveau et un peu hasardé, quoique favorablement accueilli, de *tapotement*, tous les regards se sont dirigés sur le fauteuil habituel de M. Piorry; le fauteuil était désert; l'illustre plessimétriste ne s'est pas montré de toute la séance. Mais l'Académie et le public ne perdront rien pour attendre, et si M. Lachaise n'a pas rigoureusement observé, il peut être assuré de ne pas s'endormir sur le succès de son mot.

A propos de la déclaration faite dans la dernière séance d'une vacance dans la section de médecine opératoire, M. Cornac a soulevé une question qui ne laisse pas que d'avoir une certaine importance. A la suite de l'ordonnance qui divisa en onze sections l'Académie, et de celle qui fixa à cent le nombre futur des membres de cette société, on introduisit dans le règlement un article 81 ainsi conçu :

« Jusqu'à ce que l'Académie soit rentrée dans les limites fixées par l'ordonnance du 18 octobre 1829, si les trois vacances qui donnent lieu à un remplacement existent dans trois sections différentes, l'Académie décidera à laquelle de ces trois sections appartiendra le remplacement. Si de ces vacances, deux, et à plus forte raison trois, appartiennent à la même section, c'est à cette section qu'appartiendra le remplacement. »

Rien au premier abord ne paraît plus sage que l'esprit qui a dicté cet article, et cependant en l'appliquant on voit qu'il renferme un vice essentiel. S'il arrivait par exemple qu'il mourût constamment un membre d'une même section avec deux membres appartenant successivement à différentes sections, par exemple toujours un membre de la section d'accouchements avec deux membres de la section de pathologie médicale, puis de pathologie chirurgicale, puis de médecine opératoire, etc., ce serait toujours dans une de ces sections que le remplacement devrait se faire, et il serait possible que l'Académie arrivât ainsi au nombre de cent membres avec une section ou incomplète, ou même dépourvue complètement de titulaires.

Il est évident que c'est là un danger sérieux, et que l'article 81, qui paraissait fait pour assurer l'exécution de l'ordonnance du 18 octobre 1829, peut, au contraire, empêcher cette ordonnance d'avoir son effet. Il nous semble donc, comme à M. Cornac, qu'on ne devrait appliquer l'article 81 que dans le cas où toutes les sections de l'Académie seraient complètes; et comme nous savons que les articles de règlement ne s'improvisent pas, nous nous associons au vœu émis par M. Bégin pour que l'Académie examine sérieusement la question soulevée par M. Cornac. Cela est d'autant plus urgent, que deux sections sont actuellement incomplètes à l'Académie (celle d'accouchements et celle de chimie et de physique médicales), et que l'événement que nous signalons peut parfaitement arriver.

Ce léger incident épuisé, la discussion sur le chloroforme a manqué de reprendre son cours. A manqué, disons-nous; car on peut dire qu'elle a plutôt avorté qu'accouché. M. Jobert a renoncé à la parole, sous prétexte qu'il ne voulait pas ennuyer *davantage* l'Académie. Ce davantage pouvait passer pour assez peu gracieux envers les précédents orateurs; mais, comme on sait que M. Jobert n'est ni un homme de fiel, ni un homme de venin, tout le monde a accepté le mot sans se plaindre.

M. Malgaigne, qui ne devait prendre la parole que mardi prochain, voyant que tout le monde y renonçait aujourd'hui, s'est décidé à monter à la tribune, et a prononcé un discours des plus heureux au point de vue de la discussion de personnalité. C'est assez dire qu'il n'a guère répondu qu'à l'allocution de M. Guérin. Quant aux objections sérieuses qui lui ont été faites, et que nous lui avons faites nous-même, il n'a absolument rien répondu. Il s'est contenté d'abriter ses conclusions sous l'autorité d'une commission extraordinaire, d'une commission de treize membres. Mais nous savons déjà ce qu'il faut penser de la prétendue unanimité de cette commission, puisque deux ou trois membres ont déjà pris la parole contre les conclusions, et que la commission elle-même a senti la nécessité de se réunir de nouveau pour modifier les conclusions de son rapport. Il est donc à espérer que ces conclusions nous reviendront mardi plus conformes aux probabilités, à une sage circonspection et aux véritables intérêts de la science et de l'Académie elle-même.

Règlement d'administration publique déterminant l'organisation de l'assistance publique dans la ville de Paris.

Nous publions aujourd'hui le règlement que l'administration a adopté, conformément à l'article 8 de la loi du 11 janvier courant, sur l'assistance publique dans la ville de Paris. L'étendue de ce règlement nous empêche d'y joindre nos réflexions, que nous sommes obligé de renvoyer à un prochain numéro.

ART. 1er. — Le conseil de surveillance de l'administration générale de l'assistance publique, à Paris, est composé :

Du préfet de la Seine, président;
Du préfet de police;
De deux membres du conseil municipal;
D'un maire ou adjoint de Paris;
De deux membres des comités locaux de secours;
D'un membre du conseil d'état;
D'un membre de la cour des comptes;
D'un membre de la cour d'appel;
D'un professeur de la faculté de médecine;
D'un médecin des hôpitaux ou hospices en exercice;
D'un professeur de l'école de pharmacie pris en dehors des pharmaciens des hôpitaux et hospices;
D'un médecin attaché au service des secours à domicile;
D'un membre de la chambre de commerce;
D'un notaire;
D'un prud'homme et de trois citoyens choisis en dehors de ces catégories.

ART. 2. — Les deux membres du conseil municipal sont élus par ce conseil.

Le maire ou l'adjoint est élu par les maires et adjoints des douze arrondissements.

Les deux membres des comités locaux de secours à domicile sont élus par les membres *titulaires des comités des douze arrondissements autres que les maires et adjoints.*

Le membre du conseil d'état est élu par tous les membres du conseil d'état ayant voix dans les assemblées générales de ce conseil.

Le membre de la cour des comptes, par les magistrats de cette cour;

Le professeur de l'école de pharmacie est élu par les professeurs de cette école;

Le membre de la cour d'appel, par les magistrats de cette cour;

Le professeur de la faculté de médecine, par tous les membres titulaires de cette faculté.

Le médecin et le chirurgien des hôpitaux et hospices sont élus par une réunion de médecins et chirurgiens des hôpitaux et hospices en exercice (1);

(1) Ce paragraphe indique évidemment qu'il y aura dans ce conseil un médecin *et* un chirurgien des hôpitaux et non pas seulement un médecin, comme le dit le paragraphe 11 de l'article 1er, par suite d'une omission typographique. (N. du R.)

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur la structure des organes de l'homme et des animaux les plus connus, par le docteur BOUCHER (d'Amiens).

Depuis une dizaine d'années surtout, la micrographie a fait d'énormes progrès. Les instruments existaient déjà et ne se sont peut-être pas beaucoup perfectionnés, ou du moins d'une manière proportionnelle à l'importance et à la variété des résultats obtenus. Mais la manière de les employer, les méthodes de dissection sont devenues de plus en plus parfaites, et les travaux des premiers observateurs, toujours intéressants au point de vue de l'bistoire, sont de beaucoup dépassés par ceux des modernes. Nous nous attendons bien qu'il est plus d'un médecin qui nous dira, en lisant le titre de cet article : A quoi sert la micrographie, si la pratique n'en retire aucun avantage; et à quelle conséquence, en effet, a-t-elle conduit jusqu'à présent? Objection futile et antiscientifique. Où en serait donc la science aujourd'hui, si, parce qu'une méthode d'investigation ne donne pas tout d'abord tout ce qu'elle pourra produire plus tard, on devait la jeter de côté et n'en pas poursuivre les applications? Est-ce ainsi que doit raisonner celui qui n'a en vue que le progrès de l'art, qu'anime le véritable amour de l'humanité, qui comprend la sainteté de sa mission? Nous ne savons, il est vrai, où nous conduiront les données fournies par le microscope, mais nous sommes en droit de supposer qu'elles ne seront pas inutiles au progrès incessant de la thérapeutique. Une fois découverts la nature intime, le siége précis d'une affection, n'est-il pas vrai que les chances augmenteront que l'on pourra concevoir de la guérir? Ces quelques mots étaient nécessaires pour expliquer l'analyse à laquelle nous donnons place dans ce journal, plus souvent consacré à l'examen de questions de médecine et de chirurgie qu'à des travaux d'anatomie ou de physiologie pures.

Commençons par donner succinctement une idée des principales conclusions auxquelles l'auteur, professeur distingué de l'Ecole de médecine d'Amieos, s'est trouvé conduit, et qui diffèrent souvent beaucoup, on le verra, des idées généralement reçues d'après les travaux les plus récents de micrographes renommés.

Pour M. Boucher, la partie solide du corps se compose de la cellulosité, d'un élément membraneux et de la fibre musculaire. La cellulosité est une matière élastique, transparente, homogène, creusée de loges sphériques auxquelles M. Boucher n'a pu jusqu'ici trouver d'ouverture de communication. Lorsqu'elles ne contiennent que de la vapeur, ces cellules sont repliées sur elles-mêmes en une masse d'aspect très confus. Beaucoup d'organes dont on avait, à tort, regardé jusqu'à présent la structure comme fibreuse, ne sont composés d'autre chose que de tissu celluleux condensé et tassé sur lui-même. Et pour enlever tout soupçon de vues hypothétiques, l'auteur indique les moyens de décomposer ces organes, en remplissant leurs cellules d'un fluide quelconque. Pour le dire en passant, ce n'est pas à l'insufflation qu'il a recours. Une putréfaction lente et adroitement ménagée est le meilleur moyen d'arriver au but que l'on se propose. Les gaz qui résultent de la fermentation putride des matières contenues dans les cellules les distendent assez uniformément. Nous n'indiquons que ce procédé, l'un des plus simples; l'auteur en indique d'autres qui ne sont pas moins efficaces.

Les muscles sont composés de fibres s'entrecroisant et s'unissant à angle droit. Les muscles, suivant leurs fonctions, varient un peu dans la disposition de leurs fibres. Les muscles volontaires, par exemple, diffèrent des autres en ce que leurs fibres forment des cordons qui paraissent annelés ou striés, parce que les fibres longitudinales, plus fortes que les transversales, pressent celles-ci les unes sur les autres et les font saillir en anneaux autour du cordon.

Pour les nerfs, ils sont composés de fibres cylindriques creuses qui contiennent un liquide épais et visqueux. Celles de l'encéphale sont aussi des tubes pleins d'un fluide épais, mais elles sont de deux espèces : celles de la matière blanche, plus volumineuses que celles des nerfs, par conséquent aussi plus opaques, et celles de la substance grise, plus grosses encore que les précédentes, mais contenant un liquide plus ténu et d'une couleur violacée, à laquelle cette portion de l'encéphale doit sa teinte particulière. C'est à ces dispositions que l'auteur a reconnu, contrairement aux idées reçues, que les nerfs ne pénètrent pas dans la substance encéphalique, à laquelle ils tienoeot seulement aussi solidement que la consistance de ces parties le comporte. L'analogie de structure des ganglions du grand lymphatique et du cerveau semblerait permettre de soupçonner une analogie de quelque fonction. Cette vue nouvelle, l'auteur ne la présente que comme une hypothèse, mais réunissant une telle somme de probabilités qu'à ses yeux elle équivaut presque à une certitude.

Passant à l'élémeot membraneux, il établit que les membranes élémentaires consistent en un feuillet transparent, sans fibres, recouvert de petits enfoncements à bords un peu plus épais, ressemblant à de petites capsules ou cupules. Ces membranes se rétractent par leur élasticité, et les capsules, en se plissant, prennent l'aspect de polygones souvent d'une régularité parfaite. Ces membranes ne prennent cette plissure que lorsqu'elles sont libres; elles forment les gaînes des cordons musculaires, les fibres des nerfs, l'appareil sécréteur de la peau et des membranes muqueuses, la tunique spéciale des vaisseaux capillaires, enfin les tubes et les vésicules des glandes et du poumon.

L'épiderme est une réunion de corpuscules homogènes adhérents entre eux et au feuillet de membrane élémentaire qui les produit. Les papilles sont des faisceaux de cônes formés aussi par une membrane élémentaire. C'est entre ces cônes et les feuillets sous-épidermiques que se trouve le pigment, consistant en globules qui nagent dans un liquide coloré. Ce liquide imbibe et teint le feuillet sous-

Le médecin attaché au service des secours à domicile, par tous les médecins attachés à ee service;

Le membre de la chambre de commerce, par tous les membres de cette chambre;

Le notaire, par la chambre des notaires.

Les trois citoyens choisis en dehors des catégories précitées sont élus par le corps municipal de Paris, réuni sous la présidence du préfet de la Seine.

Art. 3. Les membres électifs du conseil de surveillance sont renouvelés, par moitié, tous les deux ans.

Les membres sont rééligibles; mais ils ne pourront être réélus qu'après une année d'intervalle, lorsqu'ils auront exercé leurs fonctions pendant quatre années consécutives.

Le renouvellement a lieu par ordre d'ancienneté. Pour la première fois, le sort désigne les membres sortants.

Celui des membres qui s'est absenté trois fois de suite, sans excuse légitime, est considéré comme démissionnaire.

Art. 4. Le directeur de l'administration a droit d'entrée au conseil de surveillance, et d'être entendu toutes les fois qu'il le demande.

Il soumet au conseil les questions dont ce conseil doit être saisi.

Il signe la correspondance avec le préfet de la Seine et avec les autorités ou agents inférieurs, ainsi qu'avec les particuliers dans leurs rapports officiels avec l'administration.

Il provoque ou prononce les peines disciplinaires encourues par les employés de tout grade.

Il présente au conseil de surveillance, à chacune de ses séances, un résumé des principaux faits accomplis depuis la séance dernière.

Art. 5. Des inspecteurs sont chargés de la surveillance des différents services.

De l'organisation de l'assistance à domicile.

Art. 6. Il y a dans chaque arrondissement municipal une agence spéciale de secours.

Cette agence est placée sous l'autorité du maire de l'arrondissement, et sous la surveillance d'un comité local.

Art. 7. Le comité local de surveillance est composé comme il suit:

Le maire et les adjoints;

Douze administrateurs choisis parmi les citoyens domiciliés dans l'arrondissement;

Et un nombre d'administrateurs adjoints proportionné aux besoins du service dans chaque arrondissement.

Les administrateurs adjoints assistent aux séances et ont voix consultative.

Le maire, et, en son absence, un des adjoints, préside le comité local.

Art. 8. Les membres titulaires du comité local sont nommés par le ministre de l'intérieur sur l'avis du préfet de la Seine et d'après une liste de deux candidats pour chaque place vacante.

Les listes sont formées, savoir:

1° Pour quatre administrateurs, par le conseil municipal;

2° Pour quatre administrateurs, par les officiers de la garde nationale de chacun des quartiers de l'arrondissement;

3° Pour deux administrateurs, par le conseil des prud'hommes;

4° Pour deux administrateurs, par les médecins et chirurgiens de l'arrondissement.

Les administrateurs sont renouvelés par quart chaque année; les membres restants sont rééligibles; toutefois, ceux qui comptent six années d'exercice consécutif ne peuvent être réélus qu'après une année d'intervalle.

S'il survient des vacances dans le cours de l'année, il y est pourvu conformément aux dispositions des deux premiers paragraphes du présent article.

Art. 9. Les administrateurs adjoints sont nommés par le préfet de la Seine sur une liste de trois candidats pour chaque place vacante dressée par le comité local.

Les dispositions relatives au renouvellement des membres titulaires leur sont applicables.

Art. 10. Les recettes et les dépenses du service des secours à domicile sont centralisées dans la caisse de l'administration générale de l'assistance publique. Elles forment un chapitre spécial du budget et du compte de cette administration.

Elles sont en outre détaillées dans un budget et dans un compte particuliers, qui sont annexés au budget et au compte annuel de l'administration générale.

Art. 11. La classification générale des indigents, la répartition des secours attribués à chacune des classes sont réglées par l'administration générale sur l'avis d'une commission composée des membres des comités locaux délégués par ces comités dans chacun des douze arrondissements.

Art. 12. Les citoyens âgés ou infirmes ne peuvent être appelés aux places gratuites qui sont vacantes dans les hospices qu'autant que leur existence ne peut être assurée à domicile ni par les soins de la famille, ni par les secours de l'assistance publique.

Sont maintenus, toutefois, les droits résultant de fondations spéciales légalement reconnues, et les exceptions déterminées par les règlements en faveur des employés des administrations des hospices.

Art. 13. Les nominations aux places vacantes sont faites par une commission dont les délibérations sont soumises à l'homologation du préfet de la Seine.

Cette commission est composée:

Du directeur de l'administration générale de l'assistance publique, président;

De deux membres du conseil de surveillance;

De trois membres des comités locaux de secours;

D'un médecin des hôpitaux en exercice.

Les membres de cette commission sont renouvelés tous les trois mois.

Art. 14. Des règlements approuvés par le ministre de l'intérieur, sur la proposition du préfet de la Seine, déterminent les règles relatives au régime intérieur des établissements hospitaliers, au service de santé et au mode d'application des secours à domicile.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Abcès du sein gauche avec odeur fétide du pus. Explication de ce phénomène. — Tumeur devant le genou. — Diagnostic différentiel. — Traitement.

La femme du n° 13 porte un vaste abcès du sein gauche. C'est un cas curieux par la manière dont l'abcès s'est établi, et il offre cela de particulier que le mal est venu à la suite d'un coup chez une femme ni enceinte, ni nourrice, ni nouvellement accouchée. Ces sortes d'abcès sont rares, surtout quand, comme ici, ils semblent avoir leur source dans les lobules de la glande. Il y a quelque chose de plus dans ce foyer, c'est que le pus était très infect et répandait une odeur fétide très prononcée. Cela est intéressant, attendu qu'ordinairement il n'y a pas d'odeur dans les abcès chauds, à moins toutefois qu'ils ne soient dans le voisinage d'un os ou d'un canal tapissé par une muqueuse et traversé par l'air; alors le pus du foyer situé auprès prend une mauvaise odeur, en rapport jusqu'à un certain point avec l'odeur des matières qui traversent ces canaux.

Chez la femme dont je parle, cette odeur infecte est un fait anormal; voyons à quoi cela peut tenir. J'ai vu plusieurs fois quelque chose de semblable chez des femmes nouvellement accouchées et chez d'autres qui n'étaient ni en état de grossesse, ni en état puerpéral; je ne sais si l'explication que je vais vous donner est tout à fait juste, mais la voici: Il y a dans le sein des conduits tapissés par une muqueuse, ce sont les canaux galactophores; je ne suis pas plus surpris de voir des abcès situés près de ces canaux donner du pus odorant que je ne suis surpris de les voir dans les abcès situés sur le trajet du canal de Sténon. Il est vrai que ces canaux galactophores sont fins et presque capillaires; mais ce n'est pas le volume de l'objet qui en fait l'importance, et alors nous pourrons admettre ceci: c'est qu'il peut se développer de l'odeur dans un abcès du sein chez une femme d'ailleurs bien portante. Il y a dans ce cas-ci une autre remarque à faire: l'abcès était très étendu, parce que chez cette femme la mamelle est très volumineuse; cependant tout indique qu'elle guérira plus rapidement que la femme placée au n° 9, qui porte un abcès moins large et qui semble dans de meilleures conditions. Voici pourquoi: il n'existe pas chez la femme du n° 13 la complication de cet état de puerpéralité connu sous le nom de lactation. La lactation est une véritable complication qui rend la guérison bien plus longue, et, chez les femmes qui n'ont pas cette complication, l'abcès se comporte comme chez l'homme.

Maladie du genou. — Au n° 3 est un sujet âgé de trente-six ans, qui se porte bien d'une manière générale, mais qui présente sur le genou droit une tumeur grosse comme un marron; cette tumeur est globuleuse et mobile; elle glisse sous les téguments et sur l'os; elle est située au-devant du sommet de la rotule, et, comme elle roule et qu'on a de la peine à la fixer et à la presser, on ne peut trop savoir s'il y a ou non fluctuation; il semble qu'elle contient un liquide, alors ce serait un kyste à parois dures. Il n'est pas possible qu'elle soit formée par de la graisse: elle n'a pas la consistance des tumeurs fibreuses; ce n'est pas un cancer, elle n'en a aucun caractère; on n'a jamais vu dans ce point de tumeur méliçérique; ceci n'est pas une raison pour qu'on en niât la possibilité dans ce point; c'est une région où il y a beaucoup de cryptes sébacés; il pourrait donc s'en développer, mais elles ne se développent pas ainsi. En parcourant la série des tumeurs qui peuvent siéger dans ce point, on s'arrête à cette idée que ce doit être un kyste développé sans violence extérieure. Cependant, si l'on examine la vie du sujet malade, on trouve une violence extérieure, non comme accident, mais par suite de l'habitude ou obligation d'être souvent à genoux. J'ai vu chez des religieuses beaucoup de ces tumeurs, et c'est en 1818 que j'ai commencé à les observer. Voici comment: j'allai vacciner des petits enfants, et on me présenta une sous-maîtresse affectée d'une bosse sur le genou analogue à celle dont je vous parle; je fis une ponction, il en sortit un liquide rouge. Dans les couvents ou les pensions, on est soumis à beaucoup de règles de piété; souvent on est obligé de passer des heures entières à genoux; c'est à cet exercice que j'attribuai la présence de cette tumeur chez la sous-maîtresse; depuis j'ai fait un grand nombre d'observations, et je me suis convaincu que ces tumeurs arrivent chez les personnes chez qui ces parties, par une obligation quelconque, sont exposées à des frottements. Ce que je viens de dire est important à noter, parce que cela met sur la voie de ce qui peut exister dans ces tumeurs.

On croyait généralement qu'elles contenaient du sérum, et de là leur nom d'hygroma; cela n'est pas généralement exact, attendu que souvent on y trouve non pas du sérum ou de l'eau, mais du pus. Il y a vingt ans, j'ai soutenu le premier cette idée, et, depuis, cela s'est beaucoup généralisé; et ces tumeurs contiennent bien plus souvent du sang que tout autre chose. Selon moi, cette femme est donc affectée d'un kyste contenant un liquide sanguin.

Il faut tâcher de savoir au juste dans quel tissu le liquide se trouve logé. Il y a dans ce point plusieurs tissus, et d'abord la bourse muqueuse antirotulienne, susceptibles de maladies diverses observées en cet endroit; il serait donc assez simple qu'à a suite de frottements un épanchement se fît dans cette bourse muqueuse. Sera-ce un épanchement de sang, de sérum ou de pus? On peut y observer toutes les nuances d'épanchement; de sorte que, quand on voit là une tumeur fluctuante, on ne sait à qnelle idée s'arrêter.

Mais est-ce bien dans la bourse muqueuse que se trouve la tumeur? Il ne s'ensuit pas de ce qu'il y a là une bourse muqueuse qu'une collection ne puisse se faire à côté, et, bien plus, la collection peut exister entre la peau et la bourse muqueuse.

Admettons un moment que le liquide soit en dehors de la bourse muqueuse; cela ne résout pas la difficulté, attendu que le même embarras se retrouve. Mais il y a plus, ce qui a été sang d'abord peut devenir sérum, et le pus aussi peut devenir sérum; il faut donc songer à ces transformations possibles.

Vous voyez que ce n'est pas aussi simple à diagnostiquer qu'on pourrait le croire de prime abord; il y a là des éléments variés qui se confondent et qui exigent un diagnostic différentiel précis.

La tumeur a l'air d'être un kyste en dehors de la bourse muqueuse. En effet, la bourse muqueuse a pour paroi la face antérieure de la rotule; si elle était pleine, le déplacement serait difficile, la tumeur serait plus large et moins mobile qu'ici où elle est globuleuse, et où nous trouvons une liberté de mouvement qu'on ne rencontre pas pour les bourses muqueuses. Quand, au contraire, on est disposé à croire que c'est un kyste sanguin, on en trouve les caractères: la tumeur date de loin, elle semble résulter de frottements, elle n'a pas augmenté; la transformation du liquide a pu se faire, mais je ne le crois pas.

Examinons quels sont les différents traitements employés pour guérir cette maladie.

Quand la tumeur est molle et large, une ponction qui la vide, et que l'on fait suivre d'une injection comme dans l'hydrocèle, suffit pour la guérir.

Quand la tumeur contient du sang concret ou du pus, il faut faire une incision un peu large.

Ici, aucun de ces moyens ne me paraît suffisant; c'est un

épidermique. Dans les espèces animales inférieures, les batraciens et les poissons, par exemple, les cônes papillaires contiennent eux-mêmes un liquide coloré. Il existe entre les membranes muqueuses et la peau la plus grande analogie, surtout aux ouvertures naturelles. Mais, dans l'intérieur du corps, il existe des différences assez tranchées; l'épiderme manque, et ce qui constituait les cônes papillaires devient l'élément des villosités que l'on remarque à leur surface.

Les lecteurs de M. Boucher ne seront pas médiocrement surpris de trouver rangé parmi les glandes un organe que tout le monde jusqu'à présent, anatomistes, physiologistes, accoucheurs, s'est accordé à regarder comme essentiellement musculaire, nous voulons parler de la matrice. C'est pourtant ce qui lui semble péremptoirement résulter, et de l'analyse physiologique des fonctions de l'appareil utérin, des phénomènes qui précèdent, accompagnent et suivent la grossesse et l'accouchement, et surtout l'examen microscopique du tissu qui la compose, tissu formé d'un système de tubes, évidemment semblable à celui des glandes tubuleuses, et divisé en lobes d'une manière analogue au testicule.

Ce n'est pas seulement à l'anatomie physiologique ou normale que s'est attaqué M. Boucher; il a abordé aussi plusieurs des questions les plus ardues de l'anatomie pathologique, et pour exemple nous citerons le cancer. A ses yeux, le cancer résulte de l'accumulation de corpuscules solides dans les loges de la cellulosité ou dans les vésicules et les canaux élémentaires des glandes. Ces corpuscules, de formes très variables, suivant l'âge de la maladie, varient également, suivant ces époques, d'aspect et de consistance, soit durs, comme cornés et transparents, soit pulvérulents, informes et opaques. Du reste, quelles que soient la consistance et la forme de la matière cancéreuse, elle dilate les vésicules ou les canaux glandulaires, distend les loges de la cellulosité, par conséquent développe les organes cellulaires. Rien de plus facile à suivre, dit M. Boucher, dans certains cancers ulcérés de la mamelle. Ils sont métamorphosés en une masse bomogène dans laquelle l'œil seul ne peut établir aucune distinction de parties. La cellulosité qui environne les canaux sécréteurs et les vaisseaux est déployée par la réplétion de ses loges; pendant ce développement, l'absorption et l'exhalation vasculaires ont été modifiées; le vaisseau a fini par être comprimé, le mouvement du sang s'est arrêté dans son intérieur, ce liquide s'est décomposé. Dans ceux qui parcourent les bords du cancer, il est remplacé par un fluide incolore dans lequel nage une poudre noire à grains irréguliers. Ceux qui se rapprochent de l'ulcération ne contiennent que cette poudre à peine humectée. C'est elle qui exsude à travers leurs parois, et va donner la teinte grise des cancers dans les parties que cette maladie envahit. Lorsque les vaisseaux sont un peu gros, le développement de leurs parois les affaiblit, et l'ondée de sang les rompt. C'est ainsi que s'expliquent la plupart des bémorrhagies qui accompagnent cette maladie.

Nous ne pousserons pas plus loin l'exposé des faits contenus dans ce livre, et dont nous n'avons pu donner ici qu'une esquisse bien rapide et trop courte sans doute. Les micrographes le liront, répéteront les observations de l'auteur, qui ne craint pas, qui désire même ardemment la controverse et la discussion, sources de toute lumière.

Pour le moment, M. Boucher n'a voulu tirer presque aucune conséquence physiologique de son travail. Lors même que les résultats en eussent été incontestables, il lui aurait fallu doubler le volume de son livre et en reculer la publication, ce que des circonstances particulières ne lui ont pas permis. Cependant, dès aujourd'hui, il espère que la physiologie lui aura quelques obligations. Le vitalisme, nous disait-il il y a peu de jours, le vitalisme qui aujourd'hui la domine encore, ne trouvant pas ces fibres qu'il s'était habitué à douer de propriétés merveilleuses, pourrait bien être sapé par sa base. Les théories des sécrétions et de la respiration seront certainement modifiées si les anatomistes reconnaissent avec lui que le sang ne passe pas dans le parenchyme des glandes, et ne se trouve pas dans le poumon en contact immédiat avec l'air.

On le voit, M. Boucher n'aspire à rien moins qu'à faire une révolution complète en anatomie, en physiologie et, par suite, en pathologie; car l'anatomie est la collection des faits nécessaires aux physiologistes et aux pathologistes. Certes, cette ambition est grande. Obtiendra-t-il ce qu'il désire? C'est à l'expérience à prononcer.

Mais une chose que nous pouvons affirmer, sans craindre d'être contredit, c'est qu'il a beaucoup, longtemps et consciencieusement travaillé, et qu'il est impossible que de ses recherches il ne reste pas quelque chose d'important.

Toutes les observations de M. Boucher ont été faites à l'aide du microscope d'Amici, et principalement d'un microscope solaire qu'il a lui-même construit et dont il se sert, il faut en convenir, avec une merveilleuse habileté. L'expérience l'a déterminé à donner la préférence à ce dernier, auquel il croit devoir la plupart de ses découvertes. Relégué jusqu'aujourd'hui dans les cabinets de physique amusante, le microscope solaire donne bien plus de peines et d'embarras, a bien plus d'exigences que les microscopes ordinaires; mais, suivant l'auteur, il offre d'innombrables compensations qui doivent tout au moins engager les micrographes à ne pas négliger son emploi.

Ajoutons, en terminant, qu'une série de 22 planches renfermant 104 figures dessinées avec le plus grand soin complètent cet ouvrage, qui, en raison des résultats nouveaux et, on peut le dire, tout à fait extraordinaires qui y sont consignés, ne peut manquer d'être l'objet d'un sérieux examen, et d'avoir, à tout le moins, si les conclusions ne sont pas conformes à la vérité, point sur lequel nous ne sommes pas compétent à prononcer, l'honneur d'une réfutation de la part des habiles observateurs qui s'occupent d'anatomie microscopique.

Dr A. Foucart.

kyste assez épais : si nous faisons une ponction, puis une injection, cela ne réussira pas ; les parois sont épaisses, et l'épanchement peut être concret. L'incision laisserait les parois du kyste, l'inflammation pourrait être suivie d'une suppuration abondante plus ou moins étendue, et qui pourrait devenir grave.

Il faut que nous fassions l'extirpation de cette tumeur ; ce n'est pas une opération grave : on laisse une plaie dans des tissus sains, qui guérit facilement et qui remplace la tumeur concrète.

A. Bernard.

HOPITAL NECKER. — M. Bricheteau.

Traitement des fièvres intermittentes par les ventouses scarifiées et le sulfate de quinine à faible dose.

(Troisième et dernier article.)

Obs. VII. — *Fièvre intermittente quotidienne. — Sulfate de quinine à petites doses. — Deux applications de ventouses sur la région de la rate. — Guérison.*

Joseph Hénault, domestique, né à Vernon, département de l'Eure, entre à l'hôpital Necker, salle Saint-Ferdinand, n° 7, le 9 avril 1847.

Il est affecté d'une fièvre intermittente dont l'invasion date de deux ans environ. Il était alors militaire en Algérie, en garnison à Alger. Il attribue sa fièvre à ce que, obligé un jour d'attendre un de ses camarades, il resta pendant deux heures exposé, sans abri, au soleil de midi. Le soir même, il fut pris d'un violent mal de tête, et le lendemain la fièvre apparut. Il resta pendant onze mois environ à Alger ; les trois stades de la fièvre intermittente étaient très bien marqués : le malade commençait d'abord par éprouver un refroidissement général, des frissons, de la fréquence du pouls, puis de la chaleur à la peau, une soif vive et enfin une sueur abondante suivie d'un abattement profond. La fièvre revenait tous les deux jours, durait à peu près douze heures, laissant un jour de santé entre deux attaques, à cela près qu'à chaque invasion nouvelle elle devançait d'une heure ou deux l'invasion du jour précédent.

Environ deux ou trois heures après la cessation de la fièvre, le malade était comme d'habitude, mangeant bien, médiocrement fatigué, presque dans son état normal.

Le traitement qu'on lui fit subir à Alger consistait à prendre tous les jours une dose de sulfate de quinine qui variait entre 15 et 80 centigr.

Il resta ainsi onze mois à Alger, étant environ quinze jours à l'hôpital, en sortant guéri, et revenant avec la fièvre quinze jours, un mois, six semaines après en être sorti. D'Alger, il gagna Philippeville ; les accès avaient la même périodicité, seulement il se trouvait beaucoup plus abattu, plus fatigué après les accès, ce qui ne l'empêchait pourtant pas de faire son service militaire pendant ses périodes de bonne santé. Il attribue ce malaise plus grand au voisinage de marais qui sont proches de la ville. On lui fit subir encore le même traitement à peu près aux mêmes doses, et il eut, comme à Alger, à peu près les mêmes intervalles de santé et de maladie. Il resta environ cinq mois à Philippeville, sur lesquels il passa environ un mois à El-Arourch, pays aussi humide et marécageux que le précédent.

Blessé au testicule en travaillant à des travaux de maçonnerie, il fut réformé, et revint en France au commencement d'août 1846. Il débarqua en France n'ayant point la fièvre ; mais elle le reprit bientôt huit ou dix jours après ; et, dans le trajet de Marseille à Paris, qu'il fit tantôt à pied et tantôt en voiture, il fut obligé de s'arrêter plusieurs fois à Tournon (Drôme), à Beaune pour ses accès qui le reprenaient ; de Beaune, il revint à Paris sans avoir ressenti aucune attaque, et y arriva le 22 septembre.

Cinq jours à peine s'étaient passés depuis son entrée à Paris que la fièvre le reprit ; il entra alors au n° 14 de la même salle, qu'il occupe maintenant. Le traitement que M. Bricheteau lui prescrivit fut quatre ventouses sur le côté gauche, une tisane de camomille et du sulfate de quinine à des doses qui ne dépassèrent point 1 gr. Treize jours de ce traitement lui rendirent, sinon la santé parfaite, au moins un état meilleur. Il sortit donc ; mais, huit ou dix jours ensuite, sa fièvre le reprit ; il rentra alors à l'hôpital, mais ce fut à la salle Saint-Jean, chez M. Hervez, qui lui fit prendre pendant huit jours de suite 1 gramme de sulfate de quinine. Après quinze jours de ce traitement, la fièvre cessa ; mais, après chaque accès, il se trouvait plus abattu et plus fatigué que jamais, ce qu'il attribue aux doses plus fortes de sulfate de quinine.

On était aux premiers jours de novembre. Depuis cette époque jusqu'au commencement d'avril, c'est-à-dire dans un espace de cinq mois, il n'éprouva plus d'attaques ; mais il demeura toujours à l'hôpital, parce qu'aux accès de fièvre avaient succédé des douleurs vives, comme rhumatismales, dans les articulations du pied et de la main gauche ; il eut, de plus, un érysipèle à la jambe gauche, qui lui dura environ une dizaine de jours. Il sortit de l'hôpital le 21 février, non point guéri de ses douleurs. Il l'était de sa fièvre ; mais ennuyé de son séjour à l'hôpital, et croyant trouver au dehors quelque soulagement à ses maux, du 21 février jusqu'au 9 avril, jour de son entrée dans le service, il resta chez lui demi-malade, souffrant de ses douleurs articulaires. Ce fut seulement quatre jours avant son entrée que la fièvre le reprit, c'est-à-dire vers le 5 avril, toujours avec les trois temps bien marqués de la fièvre intermittente : refroidissement général et frisson, chaleur vive et sueur abondante.

État actuel. — Entré le 9 dans la journée, on le voit seulement à la visite du lendemain. C'est un homme de bonne constitution, qui semble robuste ; il a le visage très pâle, d'un jaune foncé. Le jour de son entrée, il n'avait pas la fièvre ; mais il l'eut le lendemain samedi 10, à six heures du matin. Aucune prescription le premier jour ; on lui donne seulement de la limonade et du bouillon. Sa fièvre dure environ douze heures ; et le samedi soir, à la même heure, il commence à aller mieux.

Le dimanche 11, il prend en trois pilules 60 centigr. de sulfate de quinine ; une portion. Malgré cela, la fièvre le reprend le lendemain lundi, mais moins forte, à trois heures du matin, conservant par conséquent ce caractère noté plus haut, d'avancer de deux ou trois heures sur chaque attaque précédente.

Le 12, il prend un gramme de sulfate de quinine, et on lui applique huit ventouses sur la région de la rate (cette région, couverte de ventouses, est douloureuse à la percussion, et empêche qu'on puisse apprécier le volume de cet organe ; pourtant, d'après un examen superficiel, il me semble plus volumineux qu'à l'état normal.)

Le mardi 15, il prend encore un gramme de sulfate de quinine. La fièvre, avec son caractère particulier de périodicité, devait revenir le mercredi vers minuit ; la médication suivie l'empêcha, et le malade ne ressentit qu'un peu de chaleur, un peu de moiteur à la peau, mal de tête, mais sans frisson : tout cela pendant environ une demi-heure.

Le jeudi, il prend 50 centigr. de sulfate de quinine ; huit ventouses sur la région de la rate ; une portion. La fièvre devait revenir vendredi soir vers neuf heures ; le malade ne ressentit absolument rien, il dormait à ce moment.

Le vendredi matin, il avait pris 50 centigr. de sulfate de quinine.

Le samedi, jour de l'observation, sulfate de quinine, 0,50 ; deux portions. Le malade est assez bien ; seulement il est fatigué et ressent ses douleurs rhumatismales, qui augmenteraient s'il était levé, dit-il.

Le dimanche, dix-huitième jour, le malade est assez bien ; il mange deux portions, se plaint toujours un peu de ses douleurs articulaires. Il prend encore 50 centigr. de sulfate de quinine. La fièvre doit revenir le soir vers six heures.

Le 19, le malade se trouve bien ; la fièvre n'a pas reparu la veille. — Sulfate de quinine, 0,25 ; deux portions.

Le 20, sulfate de quinine, 0,25. Le malade se trouve bien.

Le 21, même état. — Sulfate de quinine, 0,15.

Le 22, même état. Les douleurs articulaires du pied et de la main gauches persistent ; le malade n'a pas grande force pour se lever. — Sulfate de quinine, 0,10.

Le 23, même état. — Sulfate de quinine, 0,10.

Le 24, même état. — Sulfate de quinine, 0,05.

Le 25, le malade se sent très bien, et si ce n'étaient les douleurs articulaires, il se croirait en très bonne santé. — Sulfate de quinine, 0,05 ; trois portions.

Le 26, même état. — Liniment ammoniacal camphré pour ses douleurs ; on suspend le sulfate de quinine.

Le 27, même état.

Le 28, il croit se sentir un peu plus solide sur ses pieds ; les frictions semblent lui avoir fait quelque bien. Quant à sa fièvre, il n'en est plus question. Il dort bien, mange bien (trois portions) ; il est très content de lui sous ce rapport.

Le 29, même état.

Le 30, même état. Guérison complète.

Obs. VIII. — *Fièvre intermittente tierce. Ventouses sur la région de la rate. — Vésicatoires sur la même région. — Guérison sans l'emploi du sulfate de quinine.*

Au mois d'octobre 1846, Leclère (Jules), âgé de vingt-trois ans, sculpteur, né à Paris, se trouvait, aux environs de Tours, dans un pays où régnaient les fièvres, à la suite du nettoyage d'un étang ; il tomba malade comme presque tout le monde. La fièvre était quotidienne, avec ses trois stades de frisson, chaleur et sueur durant trois ou quatre heures. Elle dura huit jours, et céda au quinquina. Il se rappelle très bien n'avoir jamais souffert dans le côté gauche, ni avant, ni pendant les accès, non plus que pendant les inspirations forcées. Depuis ce temps jusqu'à la fin du mois de mai, il se portait très bien, n'ayant conservé de sa fièvre que le souvenir ; et pourtant il était resté dans le pays infecté jusqu'au mois de février, époque à laquelle il revint à Paris. Son état l'obligeait à travailler à l'air. Un jour, le matin, sans qu'il sache à quoi attribuer sa rechute, il se sentit pris de frissons ; sa fièvre reparut, le lendemain elle manqua, pour revenir le jour d'après. Elle était tierce, se montrait vers dix ou onze heures, et en durait trois ou quatre. De ce moment jusqu'à ce jour (15 juin), elle vint régulièrement tous les deux jours, excepté une fois, où l'accès manqua. Depuis quelque temps, elle avance un peu l'heure de son invasion, et s'est montrée hier (14 juin) à sept heures du matin, après avoir paru les jours précédents à neuf et huit heures. Du reste, maintenant encore, le malade n'accuse aucune douleur dans la région splénique ni avant, ni pendant les accès, ni dans les inspirations forcées. Il resta chez lui pendant trois semaines environ, malade à jour et heure fixes, ne prenant que de la tisane et se faisant appliquer des sinapismes. Lassé de ne voir aucun changement dans son état, il se décida à venir à l'hôpital, où il arriva le samedi 12 juin. C'est un jeune homme qui ne paraît pas bien vigoureux, pourtant d'une bonne santé habituelle. Je constate un développement considérable de la rate, qui a bien le double du volume normal. Le lendemain, la fièvre vint. — Huit ventouses sur la rate.

Le 14, les ventouses l'ont un peu dégagé, dit-il ; mais il n'en a ressenti que très peu de chose. — On lui fait appliquer un vésicatoire sur les ventouses ; une potion.

Le 15, fièvre à sept heures du matin jusqu'à dix heures.

Le 16, pas de fièvre ; l'appétit est bon ; l'état général satisfaisant.

Le 17, le malade n'a pas pris de sulfate de quinine, et pourtant il n'a point la fièvre, qui devait revenir aujourd'hui. — Camomille ; deux portions. La percussion de la rate n'est pas possible, à cause des ventouses et du vésicatoire qui couvrent le côté gauche.

Le 18, le malade se trouve très bien, ne souffre nulle part, mange volontiers, dort bien, etc.

Le 19, même état ; plus de fièvre, et pourtant il n'a pas pris de sulfate de quinine. — Trois portions.

Le 20, idem. État général très satisfaisant ; bon appétit ; sommeil régulier, digestions faciles.

Le 21, il sort.

— Que résulte-t-il de tous ces faits ? Évidemment la preuve de la vérité de l'assertion de M. Nonat, à savoir : qu'il est souvent nécessaire d'associer les ventouses scarifiées au sulfate de quinine pour achever la résolution de l'engorgement de la rate. Quand cet engorgement est très considérable, M. Nonat emploie le sulfate de quinine à haute dose, concurremment avec les ventouses scarifiées. Lors même que cet engorgement n'est pas accompagné d'une douleur permanente, il est d'observation que l'emploi simultané des deux moyens thérapeutiques est avantageux.

Les faits que nous venons de citer de M. Bricheteau démontrent péremptoirement que la résolution de l'engorgement splénique survient très rapidement sans exiger une quantité de sulfate de quinine aussi considérable que de coutume. Nul doute que, si cette pratique vient à se répandre, on ne parvienne à diminuer d'un tiers ou d'un quart, de moitié même peut-être la dose du sulfate de quinine nécessaire pour guérir les fièvres intermittentes.

Maintenant il est une circonstance singulière que nous devons mentionner, bien qu'elle ait moins d'importance qu'elle ne paraît en avoir au premier abord. En faisant des recherches dans d'anciens journaux de médecine, nous avons rencontré un article dont nous avions conservé un vague souvenir, et duquel il résulte qu'il y a plus de douze ans déjà, un médecin belge, le docteur Van Mons, employait les ventouses scarifiées contre les fièvres intermittentes. Nous avons un instant cru, nous devons le dire, que M. Nonat n'avait fait que découvrir de son côté, sans connaître le travail de M. Van Mons, un résultat déjà connu ; ce qui à nos yeux ne diminuait en rien, d'ailleurs, le mérite du médecin de l'hôpital Cochin. Découvrir un fait nouveau ou remettre en lumière un fait ancien, important, et resté inconnu, à nos yeux c'est tout un. Nous avons voulu, du reste, bien convaincre nos lecteurs de la différence réelle qui existe entre la méthode du médecin belge et celle de M. Nonat, et nous rapportons en entier le passage suivant que nous extrayons du numéro de novembre 1836 de la *Revue médicale* :

Un jeune homme de vingt ans était depuis quatre ans affecté de fièvre intermittente tierce, qui ne fut pas traitée. A son entrée on reconnut qu'à la partie supérieure de la région dorsale du rachis existait une douleur vive développée par la pression sur les apophyses épineuses. On fit appliquer sur ce point six ventouses scarifiées ; puis on recouvrit la partie d'un cataplasme arrosé de laudanum. Cette seule application suffit pour enlever à la fois la douleur et la fièvre intermittente.

Chez un homme de cinquante-deux ans, atteint depuis trois semaines de fièvre quotidienne, et qui présentait une vive douleur à la pression à la partie supérieure du dos, une première application de ventouses diminua l'accès du jour, et une seconde faite le lendemain fit disparaître la fièvre.

M. le docteur Van Mons a observé que les ventouses réussissaient dans des cas de fièvre intermittente dans lesquels le sulfate de quinine avait échoué.

Une femme de trente ans était affectée depuis quinze jours d'une gastro-laryngo-bronchite et de fièvre intermittente quotidienne. L'affection inflammatoire fut combattue par les moyens appropriés, et au bout du jour l'irritation de l'estomac ayant cessé, on s'occupa de combattre la fièvre intermittente. Le premier jour, douze grains de sulfate de quinine n'arrêtèrent pas l'accès. Le lendemain et le surlendemain, quinze grains ; et le quatrième jour, vingt grains restèrent sans succès. Chaque jour la fièvre revint avec la même intensité. Ce fut alors qu'on se décida à appliquer au haut de la région dorsale de l'épine six ventouses scarifiées dans un point où existait une vive douleur à la pression. Ce jour-là il n'y eut pas d'accès, et le lendemain une nouvelle application de ventouses prévint sans retour la maladie.

Le même succès fut obtenu dans un cas de fièvre intermittente pernicieuse apoplectique fort grave, où le sulfate de quinine avait complétement échoué. Une application de ventouses dans le dos et des cataplasmes laudanisés sur le même point en triomphèrent facilement.

On voit, nous le répétons, qu'il existe bien peu de rapports entre la méthode de M. Van Mons et celle de MM. Nonat et Bricheteau. En effet, la médication ne consiste pas seulement dans l'application des ventouses scarifiées. Les médecins français les placent sur la région splénique, tandis que M. Van Mons les prescrit à la partie supérieure de la colonne vertébrale. Disons encore que, si nous nous rendons bien compte du résultat obtenu par les premiers, il n'en est pas tout à fait de même de celui qu'annonce le second.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 janvier 1849. — Présidence de M. Velpeau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La correspondance comprend de nombreux documents relatifs au choléra-morbus, une lettre de M. le docteur Blatin, qui préconise l'emploi de l'eau froide et les inspirations prolongées, etc. (Renvoi à la commission du choléra.)

M. le secrétaire perpétuel fait observer qu'il n'arrive à l'Académie de documents officiels que sur le choléra des pays étrangers. Il est probable que les documents relatifs à la France sont arrêtés et ne parviennent pas à la Compagnie.

— M. Londe a déposé dans la dernière séance, et rappelle à l'Académie, un mémoire fort étendu et détaillé de M. le docteur Lachaise, médecin de l'atelier national établi en Sologne pour des travaux de terrassement et de canalisation. Il y expose que la moitié au moins des sujets envoyés dans ce pays ont été atteints de fièvres intermittentes. La proportion des malades, pour la différence des types, a été de 12/20

pour le type quotidien; 3/20 pour le type tierce; 1/20 pour le type quarte. Sauf deux ou trois malades, aucun d'eux ne s'est plaint de douleurs du côté de la rate. Il y a eu onze morts et neuf autopsies. (MM. Louis, Bousquet, Rochoux.)

— M. LE DOCTEUR BARTHEZ, médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, envoie trois mémoires relatifs aux effets produits sur la circulation par l'administration de l'eau de Vichy : 1° en bains; 2° à l'intérieur à haute dose; 3° à l'intérieur et en bains à la fois. Cet effet est loin d'être avantageux.

— M. LE PROFESSEUR BÉRARD envoie la dixième livraison de son *Cours de physiologie*. (Remercîments.)

— M. CORNAC fait, sur le règlement, à l'occasion de la prochaine nomination dans la section de médecine opératoire, quelques observations.

Une discussion à laquelle prennent part MM. Bégin, Moreau, Adelon, s'engage et se termine par l'ordre du jour.

— M. GIBERT lit, au nom de M. CASTEL, un discours sur la discussion du chloroforme. Dans ce discours, l'auteur exprime cette opinion, que le chloroforme agit sur le système nerveux et sur le sang. Sur le sang, d'autant plus violemment que ce fluide est malade ou altéré dans sa composition. La malade de M. Gorré se trouvait dans ce cas : elle était chlorotique. Il regarde l'asphyxie comme un phénomène toujours consécutif. Il conseille d'abandonner le chloroforme pour s'en tenir à l'éther, qui menace moins la vie animale.

M. AMUSSAT combat les unes après les autres les objections qui lui ont été faites par MM. Renault, Velpeau et Malgaigne. Il s'efforce de prouver que l'altération du sang est constante, et dépend, non des appareils, mais des agents anesthésiques eux-mêmes. Il termine par quelques considérations sur l'emploi du chloroforme comme aidant au diagnostic.

M. JOBERT déclare renoncer à la parole.

M. ROUX présente quelques considérations sur la mortalité dans les grandes opérations. Il a trouvé qu'en 1846, la mortalité était d'un tiers; et qu'en 1847 et 1848, depuis l'emploi de l'éther et du chloroforme, elle n'a été que d'un quart.

M. J. GUÉRIN rappelle que plusieurs fois des accidents, et en particulier des accidents de gangrène, se sont manifestés à la suite de l'emploi du chloroforme, qui peuvent lui être attribués.

M. MALGAIGNE fait une courte réponse aux principales objections du discours de M. Guérin. Il la complétera lorsque la commission posera ses conclusions.

— M. HONORÉ lit un rapport officiel.

— Séance levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 janvier 1849. — Présidence de M. BOUSSINGAULT.

M. le docteur WANNER adresse sur le *fluide nerveux* une note dont voici un extrait.

Au microscope on aperçoit que les nerfs sont composés par de nombreux tubules qui contiennent un liquide que l'on voit circuler. On sait que le nerf auditif nage dans un liquide (liqueur de Cotugno) qui remplit le vestibule, le limaçon et les canaux demi-circulaires, que l'humeur vitrée se trouve contenue dans la membrane hyaloïde, environnée elle-même par la rétine.

Si un nerf se trouve divisé, l'écoulement du fluide nerveux contenu dans les tubules ayant lieu au dehors, le sentiment de contact perçu par les papilles ne peut plus être transmis au cerveau. Pour que les papilles nerveuses reçoivent l'impression du contact, il faut aussi que la circulation se fasse régulièrement afin d'entretenir une humidité convenable autour de ces papilles, qui communiquent au cerveau les vibrations onduleuses déterminées par elles dans le fluide nerveux des tubules.

Lorsque l'une des fenêtres ronde ou ovale est perforée, ce qui facilite l'écoulement du liquide qui remplit le labyrinthe et par conséquent met à sec les rameaux du nerf auditif, la sensation de l'ouïe ne peut plus être perçue; ce qui démontre que les vibrations du son sont propagées par l'air jusqu'au pavillon de l'oreille, où elles sont reproduites par la membrane du tympan, qui les propage aux osselets, ceux-ci à la fenêtre ovale, la fenêtre ovale au liquide du labyrinthe, etc.

On sait également que, si, par une blessure quelconque l'humeur vitrée s'écoule au dehors de l'œil, il en résulte une cécité complète; ce qui démontre que, pour que la miniature des objets vus dans l'éloignement puisse se dessiner au fond de l'œil et déterminer son impression sur le fluide nerveux contenu dans les tubules du nerf optique, il faut que l'humeur vitrée soit intacte. J'ajouterai encore que, pour que la perception du goût ait lieu, il ne suffit pas que les papilles de la langue soient soumises au contact des corps rapides, il faut encore que ces corps soient divisés par les dents et dissous par la salive.

Les organes de l'odorat contiennent beaucoup de petites glandes fournissant un mucus qui les tient continuellement dans un état de mollesse nécessaire pour percevoir les odeurs. D'après ces diverses considérations, on peut être porté à penser que, pour que la perception du toucher, de l'ouïe, de la vision, du goût et de l'odorat, ait lieu, il faut que les extrémités du nerf ou les papilles qui perçoivent la sensation et la transmettent au cerveau par le moyen des ondulations du fluide nerveux contenu dans les tubules, soient baignées dans un liquide ou entretenues dans une humidité convenable.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 28 décembre 1848. — Présidence de M. MASSON, vice-président.

La séance est ouverte à trois heures, sous la présidence de M. le vice-président CHARLES MASSON.

— Après la lecture de l'article 11 du règlement, la Société procède : 1° à la nomination du président; 2° des deux vice-présidents; 3° d'un secrétaire annuel; 4° d'un secrétaire annuel adjoint.

Président, M. Fouquier, à l'unanimité;
1er vice-président, M. Belhomme;
2e vice-président, M. Pertus;
1er secrétaire annuel, M. Terrier;
2e secrétaire, M. Picard.

Le temps de M. le secrétaire général et de M. le trésorier n'étant pas expiré, ils continueront leurs fonctions jusqu'à l'époque d'une nouvelle nomination.

Nouvelles du choléra.

— On lit dans le *Journal de Fécamp :*

« Les renseignements que nous recevons ce matin constatent que depuis samedi il est survenu à Yport six nouveaux cas de choléra et quatre décès; à Fécamp on a constaté trois décès et cinq nouveaux malades. La maladie fait, on le voit, peu de progrès. Nous sommes portés à croire qu'elle n'atteint que les personnes qui ont une prédisposition à une maladie quelconque. L'état sanitaire des campagnes est toujours satisfaisant, et nous conservons l'espoir que l'épidémie sera bientôt à son terme.

» Le nombre des décès attribués jusqu'à ce jour à l'épidémie est, à Yport, de 55, et à Fécamp de 21. »

— On nous écrit du Havre, 15 janvier :

MM. les docteurs Lecadre, Liépard et Hello se sont rendus hier à Yport; ils y ont visité huit cholériques dans un état plus ou moins grave de maladie. Deux nouveaux cas s'étaient présentés depuis la veille, mais le fléau a ralenti ses ravages; il ne se complique point du typhus, comme s'en était effrayée l'opinion publique. La maladie est généralement moins grave, et les progrès plus lents que lors de l'invasion de 1832.

Le service médical est aujourd'hui parfaitement organisé dans la commune.

— Nombre des cas de choléra déjà connus : à Londres et au voisinage, 771; de la campagne, 530; en Ecosse, 6,817; total, 8,118. Décès : à Londres, 427; campagnes, 255; Ecosse, 2,968; total, 3,670. Guérisons : à Londres, 111; campagnes, 59; Ecosse, 1,724; total, 1,894. En traitement ou résultats non connus : à Londres, 333; campagnes, 216; Ecosse, 2,125; total, 2,574. Nouveaux cas rapportés le 19 janvier : 111. Décès, 33; guérisons, 39. Sur ces derniers chiffres, l'Ecosse, c'est-à-dire Edimbourg, Glascow et Old-Monkland, figure pour 80 cas et 30 décès. (*Globe.*)

New-York, 31 décembre. — Suivant les nouvelles reçues à New-York de la Nouvelle-Orléans, le choléra faisait de grands ravages dans cette dernière ville, et les équipages de plusieurs des steamers de l'Ouest en avaient tellement souffert, que leur service avait été interrompu. (*Idem.*)

Saint-Pétersbourg, 11 janvier. — Choléra. Journée du 5 janvier : 19 nouveaux malades, 4 guérisons et 7 décès, dont 2 à domicile. Journée du 6 : 6 nouveaux malades et 2 décès, dont 1 à domicile. Journée du 7 : 27 nouveaux malades, 1 guérison et 13 décès, dont 6 à domicile.

NOUVELLES.

L'administration des hospices ayant reconnu que, dans l'hôpital Saint-Antoine, les lits destinés aux femmes en couches étaient plus qu'insuffisants, que beaucoup de pauvres femmes de ce quartier populeux, lorsqu'elles sont arrivées au terme de leur grossesse, étaient obligées de subir la fatigue d'un voyage à pied, ou de faire la dépense d'une voiture pour aller à la Bourbe ou à l'hôpital de la Clinique, situés tous deux bien avant de l'autre côté des ponts, vient de faire ouvrir à l'annexe de l'Hôtel-Dieu, rue de Charenton, deux nouvelles galeries vastes et spacieuses, ayant chacune 24 lits destinés spécialement aux pauvres femmes dont l'accouchement sera imminent. Ces salles sont meublées à neuf avec soin et avec un certain luxe.

— M. Coste, professeur au Collége de France, ouvrira son cours samedi 27 janvier, à une heure précise.

— A la suite d'un concours tout récent, M. Ressiguier, chef de clinique médicale, vient d'être nommé chirurgien interne des hôpitaux de Montpellier.

— On lit dans l'*Indépendance :* La veuve du médecin Bourgeois, de Moorseele, victime des soins qu'il a donnés aux pauvres typhisés de Gullegbem, vient de recevoir du gouvernement une récompense de cinq cents francs et la médaille d'or de la valeur de cent francs qui a été décernée à son mari après sa mort. (*Gaz. méd. belge.*)

Le *Commentaire de la Constitution de 1848*, que vient de publier M. le procureur général Dupin, n'est pas, comme il le dit lui-même, un commentaire scientifique; c'est un ensemble de notes, la plupart fort courtes, très explicites et assez claires pour se faire comprendre non-seulement des érudits, mais encore de tous ceux qui, ayant des droits et des devoirs politiques à exercer et à remplir, ont besoin de connaître l'étendue de ces droits et de ces devoirs; ce livre sera donc lu avec intérêt et avec fruit.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 27 JANVIER 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 11.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois
PARIS. . . .	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 26 JANVIER 1849.

Revue clinique hebdomadaire.

Valvules urétro-vésicales fournies par l'hypertrophie du lobe moyen de la prostate. — Dans son numéro du 23 janvier, la *Gazette des Hôpitaux* a publié un article relatif aux valvules musculaires du col de la vessie. Dans ce même article, nous avons promis de revenir sur les valvules urétro-vésicales déterminées par l'hypertrophie du lobe moyen de la prostate. Donnons tout d'abord ici, pour mieux faire comprendre ce que nous avons à en dire, une figure représentant cette altération, figure sur laquelle nous reviendrons plus bas, en donnant l'explicationdu procédé opératoire à l'aide duquel on a tenté de la guérir.



Outre les valvulesmusculaires dont il a été question dans l'article que nous venons de rappeler, il existe assez souvent, et surtout chez les vieillards, derrière le col de la vessie, une valvule saillante, pouvant dépasser, de 20 et même de 25 millimètres, le niveau de la paroi postérieure de l'urètre. Cette valvule a généralement son bord libre bosselé, épais, et plus ou moins saillant dans son milieu. L'orifice urétro-vésical est alors tellement évasé, que l'on peut toujours y introduire facilement l'indicateur.

Cette tuméfaction de la portion sus-montanale de la prostate est ce que les auteurs ont désigné sous le nom de *gonflement de la luette vésicale;* c'est elle qui fait le sujet de l'ouvrage d'Everard Home. La tuméfaction de la portion moyenne est une des plus communes. On en voit un très bel exemple dans la figure que nous mettons sous les yeux de nos lecteurs (fig. 1, 4), que nous devons à l'obligeance du docteur Phillips.

Le diagnostic en est facile; il suffit d'introduire dans la vessie le cathéter explorateur à courbure brusque de M. Mercier; et, tournant le bec en bas, de tourner l'instrument entre les doigts en rasant le bord de l'orifice urétro-vésical. Lorsqu'il n'y a pas de tumeur, mais une simple valvule, l'instrument est retenu dans la vessie, mais son bec peut librement parcourir et toucher tous les points de la circonférence, ce qui n'arrive pas lorsqu'une tumeur développée sur un des lobes de la prostate ou à sa partie moyenne, fait saillie sur un des points de la circonférence de cet orifice.

Quels sont les moyens de traiter et de guérir ces tumeurs prostatiques? Il en est plusieurs : l'écrasement, le morcellement, la trituration des lobes pathologiques.

Lorsque l'on faisait la lithotritie avec la pince à trois branches, il est arrivé quelquefois que l'on a saisi, sans le vouloir et sans le savoir, entre les branches de la pince, ces tumeurs de la prostate que les anciens regardaient comme fongueuses, et, en fermant l'instrument, les tumeurs se sont trouvées écrasées et déchirées. Ayant vu que ces dilacérations ne produisaient pas d'accidents, on les a introduites dans la pratique comme moyen curatif. M. Leroy a publié plusieurs faits de ce genre; et dans une brochure relative au prix d'Argenteuil, il a donné un dessin représentant une tumeur de la prostate serrée dans l'anse de l'instrument de Jacobson.

L'instrument fermé représente un cathéter courbe. On le fait entrer dans la vessie, et l'on cherche à reconnaître le siége de la tumeur; puis on développe l'anse de l'instrument (fig. 2), qui, par ses articulations (fig. 2, 5, 5, 5), peut acquérir une assez grande ouverture pour embrasser la tumeur.

Lorsque l'instrument est ouvert, on le renverse du côté de la tumeur, de manière à la faire entrer dans l'anse (fig. 1, 4), puis on ferme l'anse sur la tumeur en serrant un volant qui court sur un pas de vis tracé sur le manche de l'instrument; et lorsque le volant a parcouru la série des chiffres gravés sur le pas de vis, le pédicule de la tumeur est assez amoindri pour qu'on puisse l'arracher. Il est quelquefois arrivé, par suite de cette manœuvre, une hémorrhagie abondante, que des injections d'eau froide dans la vessie arrêtent facilement. Ordinairement encore, on n'amène au dehors que des fragments de la tumeur attachés à l'instrument; le reste est expulsé plus tard, et sort avec les urines ou avec les caillots de sang.

Voici l'explication des chiffres qui répondent à ceux de la figure.

Fig. 1. *Développement du lobe moyen de la prostate.*
1, 1, coupe de la vessie.
2, cavité de la vessie.
3, 3, coupe de la prostate.
4, lobe pathologique de la prostate.
5, anse de l'instrument écrasant le lobe.

Fig. 2. *Anse de l'instrument de Jacobson.*
3, extrémité de la canule.
4, tige immobile.
5, 5, 5, articulation de l'anse de l'instrument.

M. Miquel, d'Amboise, a obtenu de beaux résultats dans des cas analogues par un moyen fort simple en même temps que fort ingénieux. Il a coulé six lingots de plomb de forme conique, dont la base a près d'un centimètre de diamètre, et dont le sommet est attaché à un mandrin de fer très flexible. Il en place un dans une sonde d'argent ouverte aux deux bouts, et le porte dans la vessie, où il l'abandonne. Il retire la sonde afin de porter un second cône, et successivement il répète cette manœuvre jusqu'à ce qu'il ait introduit cinq ou six cônes. Il réunit alors tous les fils de fer qui sortent par le méat urinaire, et, tirant vers lui, il amène la réunion des cônes au col de la vessie. C'est dans le but de comprimer la prostate qu'il a imaginé ce moyen; mais il est probable, du moins c'est l'opinion de M. Phillips, que ces différents morceaux de plomb ont étreint le lobe pathologique et l'ont écrasé. Lorsque l'on veut retirer les cônes, on les repousse tous en masse dans la vessie, et on les extrait ensuite isolément.

Il nous semble que la ligature de tumeurs de ce genre serait possible. Nous croyons savoir qu'un porte-fil a été, en effet, imaginé par un auteur moderne; nous ne l'avons point vu, mais on nous a affirmé qu'il est inapplicable. Ne serait-il pas possible, à une époque où l'art de fabriquer les instruments de chirurgie a atteint un si haut degré de perfection, d'imaginer un porte-fil qui pourrait contourner la tumeur?

Psoïtis. — La maladie connue sous le nom de psoïtis est assez rare pour que nous ne laissions pas échapper l'occasion qui nous est offerte d'en dire ici quelques mots, à l'occasion d'un fait que nous en a fait observer tout dernièrement le professeur Hippolyte Larrey dans son service du Val-de-Grâce.

Un militaire entre à l'hôpital portant dans la fosse iliaque une tumeur qui présentait tous les caractères d'une tumeur phlegmoneuse; cette tumeur avait paru sans cause bien appréciable au malade, peut-être après un peu plus de fatigue qu'à l'ordinaire. Au moment de l'admission du sujet elle était résistante, douloureuse à la moindre pression, chaude. La cuisse du côté malade était fortement fléchie sur le bassin par suite de la rétraction musculaire. On ne pouvait que difficilement et incomplétement ramener le membre à l'extension, et pendant ces tentatives on déterminait des douleurs extrêmement violentes. Eu égard à ces circonstances, se fondant principalement sur le phénomène de la rétraction des muscles de la cuisse, des douleurs accompagnant les tentatives d'extension, douleurs qui se propageaient jusqu'à la région lombaire dans le point correspondant aux attaches postérieures du muscle psoas, procédant par voie d'élimination, et écartant toute autre affection qui pourrait se traduire par des signes analogues, M. Larrey, après trois ou quatre jours d'hésitation, porta pour diagnostic *psoïtis*, ou inflammation du muscle psoas.

Pour traitement, il prescrivit des applications de sangsues et de ventouses scarifiées sur le siége de la tumeur, qui ne présentait pas du reste de signes de fluctuation bien évidente, des cataplasmes, des fomentations émollientes, des demi-lavements, le repos absolu du membre. Sous l'influence de cette médication la tumeur s'est affaisée, la rétraction musculaire a cessé, la cuisse s'est allongée, et le malade est aujourd'hui complétement guéri.

Ce fait n'est pas le premier qu'ait observé M. Larrey. Déjà en 1841, lorsqu'en sa qualité d'agrégé de la Faculté il suppléait à l'hôpital des Cliniques le professeur Jules Cloquet, il avait eu occasion d'en rencontrer un exemple remarquable qui se termina par la mort, et qui fut publié plus tard par M. Ernest Cloquet, interne du service, dans le treizième volume de la troisième série des *Archives générales de médecine*, janvier 1842.

Voici en peu de mots l'analyse de ce fait :

Un homme de dix-neuf ans, lymphatique, pâle, maigre, sans engorgements glandulaires, éprouve à la suite d'un travail opiniâtre une douleur sourde dans la région lombaire droite; il n'y avait pas alors de gonflement. Peu après se montra une tumeur qui, après avoir momentanément disparu, finit par se fixer à la partie postérieure du flanc droit. Au commencement de mars 1821, douleur à la partie postérieure de la cuisse, au-dessus du creux poplité, puis apparition d'une tumeur de la grosseur d'un œuf, dure, sans réaction fébrile.

Le 16 mars on avait ouvert l'abcès lombaire, et on avait mis des sangsues sur la tumeur de la cuisse. A son entrée le 23 mars, on trouva à la région lombaire une ouverture fistuleuse; pas de douleur même à la pression. La tumeur de la cuisse est au contraire douloureuse à la pression.

Le 2 avril, M. H. Larrey fit sur elle une ponction qui donna écoulement à un verre environ de sanie sanguinolente.

La suppuration de cet abcès continua jusqu'au 19 avril, époque à laquelle l'écoulement diminua; mais en revanche, la fistule lombaire donna passage à une quantité de pus plus considérable. La guérison fut définitive le 25 mai. Néanmoins pendant les progrès de cette cicatrisation locale, des douleurs sourdes, profondes, continues, accompagnées de pressions irrégulières se sont manifestées dans la région lombaire droite; plus tard elles se fixèrent au pli de l'aine, la cuisse se fléchit sur le bassin, le pied se porta en dedans.

Le 14 juin, la fosse iliaque droite devint douloureuse à la pression.

Le 26, on reconnut dans le même point un empâtement profond, sans offrir cependant de fluctuation. En même temps, frissons irréguliers, pouls plein et fréquent, soif vive.

Le 1er juillet, la tumeur a fait des progrès dans la région inguinale; elle est tout à fait superficielle au-dessous du ligament de Fallope; limitée en dedans par l'artère fémorale, elle offre dans cette région le volume d'un œuf; la peau qui la recouvre tend à s'amincir.

La ponction est pratiquée le 23 juillet par M. H. Larrey, et donne issue à un flot de pus jaunâtre d'apparence phlegmoneuse. La quantité totale du liquide évacué fut d'un litre environ.

A partir de cette époque, des fusées purulentes se dirigèrent vers la partie inférieure de la cuisse, des accidents généraux se déclarèrent et le malade succomba le 2 août.

On trouva au-dessus du fascia iliaque, à droite, un foyer occupant la place du muscle psoas, qui a presque disparu. En haut, il s'étend au niveau de la première vertèbre lombaire; en dedans, il est limité par le pourtour du détroit supérieur; en arrière, il repose sur l'os des iles, le muscle iliaque atrophié, les apophyses transverses lombaires et le carré des lombes en partie détruit. C'est au niveau de ce point que le foyer communiquait avec la fistule lombaire, des fusées se dirigeant en bas dans diverses directions. Le muscle était presque entièrement détruit.

Il est hors de doute que dans ce cas le malade succomba à l'abondance de la suppuration causée par l'existence d'un psoïtis démontré péremptoirement par les phénomènes observés pendant la vie et par l'autopsie. Ce sujet présenta, en effet, tous les symptômes que l'on s'accorde à regarder comme caractéristiques de cette maladie : douleurs dans la région lombaire, s'irradiant dans la fesse, dans la cuisse droites, rétraction du membre malade avec impossibilité de le ramener dans l'extension, rotation du pied en dedans, et plus tard fluctuation dans la région lombaire et dans l'aine. Mais beaucoup de ces signes existant dans les cas d'abcès du psoas, quel que soit le point de départ du pus, il importait à l'autopsie de déterminer la source de la suppuration. On constata l'état sain de tous les organes voisins des muscles psoas et iliaque, et on arriva par voie d'élimination à prouver que c'était bien à un psoïtis idiopathique ou primitif que l'on avait eu affaire.

On trouvera, analysés dans ce travail de M. Cloquet, la plupart des faits connus qui existent de psoïtis, et sur lesquels, pour cette raison, nous ne nous étendrons pas davantage. Quant à la rétraction forcée du membre, bien qu'elle ait existé dans le plus grand nombre des cas, il en est quelques-uns où elle n'a pas été indiquée comme ayant eu lieu, par conséquent où l'on peut supposer qu'elle n'existait pas, et un entre autres rapporté par M. Vigla, où il fut prouvé qu'elle n'avait pas été observée; ce fait de M. Vigla a été rapporté tout au long dans les *Bulletins de la Société anatomique de* 1837. L'auteur du travail exprime même cette opi-

nion que la rétraction n'est pas une conséquence de la maladie. Les malades, dit-il, adoptent cette position du membre, parce que, le muscle étant dans l'état de relâchement, les douleurs sont moins intenses. Plus tard, l'exaspération de ces douleurs et de plus la roideur des liens articulaires empêchent de ramener la cuisse à l'extension; mais il est douteux que l'inflammation du psoas soit jamais assez vive et surtout assez aiguë pour déterminer la rétraction par suite de contraction musculaire. En un mot, la rétraction est dans ce cas un phénomène plutôt passif qu'actif de la part du malade.

Cette explication mérite de ne pas être admise sans contrôle. Des faits ultérieurs démontreront, maintenant que l'attention est fixée sur ce point, si l'on doit en effet considérer cette rétraction comme un phénomène actif ou passif.

Changement de position du foie. Anomalie artérielle. — Nous devons à notre ami le docteur Demarquay d'avoir pu examiner une pièce fort curieuse d'anatomie pathologique dont nous ne connaissons pas d'analogue, et qui doit être fort rare, puisque M. Cruveilhier, auquel elle a été soumise, a déclaré n'en avoir jamais vu de pareille.

Chez un homme de quarante ans environ, apporté à l'amphithéâtre de la Faculté sans aucun renseignement pour les antécédents, non plus que pour l'affection à laquelle il avait succombé, on fut frappé, en ouvrant l'abdomen, de la singulière disposition du foie. La partie on face inférieure était devenue supérieure, de telle sorte que la vésicule biliaire se trouvait sur la face devenue convexe et répondait aux parois abdominales. En détachant le foie pour chercher à se rendre compte de cette singularité, on s'aperçut que le diaphragme était adhérent à toute la face supérieure de l'organe. Ces adhérences, tout à fait intimes, étaient sans aucun doute consécutives à une péritonite ancienne. Une fois établies, le diaphragme continuant, en raison de ses mouvements inspiratoires, à le tirer dans un autre sens que celui de sa direction normale, l'a fait basculer, et a déterminé le changement de position dont nous parlons. On voit sur le bord du foie des cicatrices nombreuses, traces de l'ancienne maladie.

D'un fait de ce genre, il est une déduction pratique à tirer: que, chez un individu comme celui-là, il se fût fait une collection de calculs dans la vésicule biliaire; cette vésicule se trouvant en rapport avec la paroi abdominale, on aurait vu une tumeur saillir dans la région hépatique, tumeur dure, que l'on aurait peut-être été tenté d'attaquer par une opération chirurgicale: or l'on serait tombé sur la vésicule biliaire que l'on aurait été bien loin de croire là, et nous laissons à penser qu'elles auraient pu être les conséquences d'une semblable méprise. N'oublions pas de dire que la forme du foie a été complétement modifiée par ce changement de position, et qu'elle se rapproche beaucoup de la forme cylindrique.

En disséquant, pour une préparation destinée au cours d'anatomie, le cou et les gros vaisseaux jusqu'à leur origine, M. Demarquay a découvert sur ce sujet une nouvelle irrégularité, mais celle-là ne provenant pas d'une altération organique; c'est tout simplement une anomalie artérielle, mais assez rare, que M. Demarquay a déjà rencontrée trois ou quatre fois, et qu'il a signalée dans un mémoire publié en 1848. Au lieu de naître du tronc brachio-céphalique, l'artère sous-clavière droite naît directement de la partie terminale de la crosse de l'aorte, passe sous la trachée-artère et l'œsophage, et se rend ensuite à la partie droite du tronc comme à l'ordinaire. Dans l'état normal, le pneumo-gastrique envoie du côté droit un nerf récurrent qui se porte au larynx, à la trachée, etc. Dans le cas actuel, il n'y a pas de nerf récurrent. Les branches qu'il fournit d'ordinaire se détachent directement du pneumo-gastrique. Cette disposition est constante toutes les fois que l'anomalie artérielle que nous venons de signaler existe.

La conséquence pratique de cette disposition est très importante; la voici: Que l'on soit obligé par une raison quelconque de faire la ligature de la carotide primitive, il arrivera presque nécessairement que l'on intéressera les filets nerveux qui se rendent à l'œsophage, au larynx et à la trachée; de là des accidents très graves. M. Demarquay, à ce propos, nous faisait remarquer avec beaucoup de raison que l'on s'est beaucoup occupé des anomalies artérielles, mais peu des modifications que ces anomalies peuvent apporter dans la distribution des divisions et des ramifications du système nerveux. Ces modifications font l'objet d'un travail particulier dont il s'occupe maintenant, et qui ne peut manquer d'offrir un grand intérêt au point de vue chirurgical.

Anévrisme spontané de l'artère fémorale. Compression. — Après la poplitée, l'artère fémorale est celle sur laquelle les anévrismes spontanés ont été rencontrés le plus souvent. Nous ne voulons pas examiner ici les causes sous l'influence desquelles ils se produisent; elles sont les mêmes que pour les autres parties du corps. Cependant, nous devons dire que, d'après M. Velpeau, l'expérience sur le cadavre prouve que, dans l'extension très brusque de la cuisse, l'artère, moins bien soutenue en haut et en bas, se trouve manifestement aplatie vers le milieu, de même que sur l'articulation coxo-fémorale et dans la gaîne des adducteurs. Et après cette observation, M. Velpeau se demande jusqu'à quel point cette disposition influe sur la prédilection des anévrismes pour tel ou tel point du vaisseau. Il est plus ordinaire de rencontrer des tumeurs anévrismales ayant leur siége au-dessus du muscle continu qu'au-dessous. Entourée de parties molles et peu résistantes, la tumeur peut se développer très rapidement et acquérir un volume considérable.

M. Jobert nous a fait voir dans ses salles un cas d'anévrisme de ce genre, existant au niveau de la réunion des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur de la cuisse. Cette tumeur, dit le malade, est survenue sans cause connue. Il affirme n'avoir pas fait d'efforts. Il a eu des affections syphilitiques nombreuses qui ont laissé des cicatrices aux jambes. M. Jobert ne serait pas éloigné de croire que ces affections syphilitiques n'ont pas été sans quelque influence sur le développement de l'anévrisme, et nous rappelait que divers auteurs ont trouvé des végétations syphilitiques dans le cœur; que lui-même, autrefois, dans le service de Biett, a vu des altérations dans le calibre des vaisseaux chez des individus affectés de syphilis ancienne et constitutionnelle. Pour notre part, tout en révoquant en doute, jusqu'à plus ample informé, les végétations syphilitiques du cœur, dont rien ne démontre la spécificité, nous admettons très volontiers les altérations du système artériel des membres par suite de diathèse syphilitique; et peut-être, en effet, n'est-il pas impossible que l'anévrisme reconnaisse ici cette cause. Nous n'oserions nous prononcer définitivement sur cette question, pour la solution de laquelle les éléments manquent presque complétement.

Quoi qu'il en soit, la tumeur a paru il y a deux mois environ, ou du moins le malade s'en est aperçu à cette époque pour la première fois. Probablement depuis un peu plus longtemps il existait une dilatation peu considérable et fusiforme de l'artère. Tout d'un coup, en vertu de cette disposition à augmenter rapidement de volume que nous avons signalée plus haut, la tumeur a pris du volume et de l'accroissement, principalement depuis trois semaines. En appliquant la main sur la tumeur, on y sent des battements isochrones à ceux du pouls. Si l'on comprime fortement au-dessus d'elle, on interrompt le cours du sang; la tumeur s'affaisse et on n'y sent plus de battements. C'est évidemment, d'après tous ces caractères, une tumeur anévrismale commençante; et par anévrisme, nous entendons une dilatation sans rupture, une simple *artériostasie*.

Dans le cas actuel, M. Jobert a commencé par appliquer, à l'aide du tourniquet et de compresses graduées, une compression méthodique sur la tumeur; compression qui ne suffira certainement pas, et qui d'ailleurs ne pourra pas être longtemps supportée par le malade, s'exerçant, comme elle le fait nécessairement, sur les veines et les nerfs du membre inférieur, et par suite pouvant déterminer des douleurs très vives, l'œdème, et, comme on l'a vu quelquefois, la gangrène des parties inférieures.

Bien que la guérison spontanée ait été observée par plusieurs auteurs recommandables et dignes de toute créance, Guattani, Clarke, Hodgson, Guthrie, Marjolin, on ne peut guère y compter. Aussi, M. Jobert se propose-t-il, dans quelques jours, de faire la ligature au-dessous du pli de l'aine. Nous y reviendrons. Z...

HOPITAL DES ENFANTS. — M. P. Guersant.

Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants.

De la carie vertébrale ou maladie de Pott.

(Suite et fin.)

Il y a peu de choses à dire sur la durée et la terminaison de cette maladie; le plus ordinairement, elle dure très longtemps; néanmoins, si elle est bien traitée et dès le début, sa durée est moins longue. Elle se termine par la mort et par la guérison; ce n'est qu'après un traitement fort long, que l'on suspend et que l'on reprend à divers intervalles, que la guérison peut arriver. Quant à la terminaison funeste, je vous en ai indiqué les signes en vous parlant des symptômes pathologiques; outre la débilité, le marasme, la fièvre continue, surviennent des infiltrations, de la toux, de la diarrhée, des épanchements séreux dans la poitrine et dans le ventre, et les malades succombent dans un état de langueur ou d'une manière rapide.

Le diagnostic différentiel présente à considérer quelque chose de plus important; en effet, au début surtout, on peut confondre la carie vertébrale avec certaines maladies. Les enfants que nous voyons au début de cette affection marchent avec peine, craignent de se fléchir et éprouvent de la douleur dans certains mouvements; alors on pourrait prendre le change et croire à un lumbago, surtout si les souffrances ne datent que de quelques jours. Mais dans le rhumatisme, il y a de la fièvre et les douleurs sont plus vives; dans la carie, la fièvre n'existe pas au début et la douleur n'est pas aiguë; dans le rhumatisme, la douleur augmente par la pression; dans la carie, la pression ne détermine pas ordinairement de la douleur; enfin, si la saillie vertébrale a lieu au début de la carie, il n'y a plus possibilité de commettre une erreur.

Une autre maladie, le rachitisme, peut amener quelque difficulté pour le diagnostic; mais ici la courbure est lente et jamais à angle aigu; les corps des vertèbres sont un peu tassés, mais pas par écrasement, et la gibbosité n'est pas ordinairement anguleuse. Cependant, cela ne suffit pas pour empêcher l'erreur: qu'est-ce qui vient vous mettre sur la voie et donner des signes plus marqués? C'est l'ensemble des individus affectés de l'une ou de l'autre de ces maladies. Chez ceux affectés de rachitisme, la poitrine est en forme de carène, les poignets sont gros, noués, et des courbures existent ailleurs qu'à la colonne vertébrale; chez ceux affectés de carie, cela n'a pas lieu; car, bien que ces deux maladies puissent se compliquer, elles peuvent marcher l'une sans l'autre. Il suffit donc de rapprocher les symptômes et des maladies et de l'ensemble pour établir un diagnostic certain.

Le diagnostic est plus difficile lorsqu'il existe une certaine maladie du bassin; je veux parler de l'arthrite de l'articulation du sacrum et de l'os des iles. On se demande, dans ce cas, si les symptômes proviennent d'une maladie de la région lombaire ou sacrée, et ce n'est qu'au bout d'un certain temps et après plusieurs examens attentifs qu'on parvient à distinguer l'arthrite de la carie.

Quelles sont les complications de cette maladie? Avec la carie vertébrale existent le plus souvent tous les caractères de la constitution scrophuleuse. Le rachitisme peut exister simultanément, mais c'est plus rare. Les tubercules des poumons et des méninges sont communs, et les malades succombent fréquemment à une de ces deux affections.

Le pronostic doit varier suivant l'époque de la maladie à laquelle on est appelé, suivant la cause qui l'a déterminée, suivant la constitution, l'âge et la position des individus. Evidemment dans une carie de cause externe il y a plus d'espoir que dans une carie compliquée de scrophules. Au début les chances de guérison sont plus nombreuses qu'à la dernière période lorsque des abcès par congestion sont ouverts et que l'individu est dans le marasme; lorsqu'existent des tubercules ou des engorgements ganglionnaires, on comprend combien le pronostic doit être fâcheux.

Le médecin peut-il dans quelques cas annoncer la guérison? Quand la carie reconnaît une cause externe, oui; quand elle se développe dans d'autres circonstances, on peut quelquefois encore répondre affirmativement; mais il ne faut pas alors donner des espérances pour une guérison qui ne laissera pas de traces de la maladie, à moins toutefois qu'on ne soit consulté avant l'apparition de la gibbosité.

Pour arriver à ces résultats de guérison, quels sont les moyens de traitement que nous mettons en usage? Ici, comme nous considérons que la carie est toujours compliquée d'un état général, nous commençons par faire de suite un traitement général, à peu près le même pour tous les malades, mais qui varie suivant les époques de la maladie.

Quels sont les médicaments que nous employons? Ce sont les amers, les iodures et l'huile de foie de morue. Nous donnons les amers aux individus faibles, débiles, et qui n'ont pas d'appétit; mais nous les donnons avec réflexion. Tous les médecins et chirurgiens prescrivent indistinctement les amers à tous les scrophuleux; il est certain pour nous qu'ils sont quelquefois utiles et quelquefois nuisibles, suivant les individus et suivant les saisons.

Ainsi lorsque la constipation existe et dans les saisons humides, nous obtenons des succès avec ces médicaments; mais ils ne réussissent point pendant l'époque des grandes chaleurs; enfin nous suspendons les amers quand les malades en ont pris pendant un certain temps.

Il en est de même pour l'iodure de potassium et pour l'huile de foie de morue. Nous donnons pendant un temps plus ou moins long l'un de ces médicaments; puis peut arriver une circonstance qui nous oblige à en suspendre momentanément l'usage, pour le reprendre ensuite. Lorsqu'après plusieurs mois de l'administration d'un de ces médicaments la maladie reste stationnaire, il faut suspendre et employer une autre médication.

Dans quelques circonstances nous remarquons que l'huile de foie de morue convient mieux aux uns qu'aux autres; quelquefois les malades ne peuvent la prendre; mais alors on en facilite l'administration en la mêlant au sirop d'écorce d'orange.

Chez les individus exsangues, chloroliques, fatigués, nous employons quelquefois les ferrugineux; mais ils ne sont pas d'une grande utilité.

Tel est le traitement médical que nous ordonnons; nous devons y faire entrer l'emploi des bains. Nous les rejetons pendant une grande partie du traitement, tant que l'immobilité est indiquée; mais, à la fin, ils peuvent être utiles si on les prend dans de l'eau minérale soit naturelle, soit artificielle.

Dans ce traitement général, je ne fais pas mention des antiphlogistiques; je ne les emploie que par exception et comme moyen de combattre les inflammations qui peuvent survenir. C'est différent dans la carie vertébrale de cause externe, où les émissions sanguines peuvent rendre de grands services.

Le traitement local de cette affection a été bien indiqué par les divers auteurs, et surtout par Pott; il consiste dans les antiphlogistiques lorsque la carie reconnaît une cause externe ou qu'on la considère comme une ostéite, et dans les vésicatoires et les cautères soit potentiels, soit actuels pour les autres cas. L'onguent napolitain en frictions agit un peu comme les antiphlogistiques, il calme les douleurs; on l'emploie à haute dose, suivant la méthode de M. Serre, d'Uzès.

Nous arrivons promptement aux exutoires, et c'est sur eux que nous comptons le plus. Ils sont de deux espèces: les vésicatoires et les cautères. Les premiers ne peuvent avoir d'action qu'autant que la carie est fort légère; nous préférons, quand nous ne voulons pas nous décider de suite au cautère, déterminer des éruptions successives soit avec l'huile de croton tiglium, soit avec la pommade d'Autenrieth.

Les cautères sont le moyen par excellence; nous les pratiquons ou avec la potasse, ou avec le feu. Le cautère actuel agit bien, et on peut obtenir des résultats prompts et satisfaisants.

Que faisons-nous après l'application des cautères? Nous ne mettons pas de pois comme beaucoup de médecins; la suppuration dure autant qu'elle veut, et, après leur cicatrisation, nous en plaçons d'autres: c'est ce que j'appelle des cautères volants. J'ai remarqué que l'action, répétée chaque mois environ, de l'application des cautères est utile; tandis que, si on met des pois, la suppuration, il est vrai, est prolongée, mais elle n'est bientôt plus active.

Voilà le traitement de la carie vertébrale. Quand on est assez heureux pour en obtenir la guérison, il reste encore des précautions à prendre pour la courbure qui s'est faite; nous nous en occuperons dans une autre occasion, en parlant des moyens orthopédiques et des abcès par congestion. M.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 10 janvier 1849. — Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Vidal (de Cassis) demande la parole à propos du procès-verbal, et s'exprime en ces termes:

M. Nélaton, en se proposant de détruire les vestiges du pédicule des polypes, divise la portion molle et la portion dure du palais. Je rappellerai à la Société que la division des parties molles a été employée dans ce but depuis des temps immémoriaux. Je rappellerai encore que la réunion immédiate du voile du palais après sa division, telle que l'a observée M. Nélaton, a été aussi signalée. On trouve cette réunion immédiate mentionnée dans un livre classique. Quant à la division de la portion dure du palais, l'idée mère appartient seule à M. Nélaton, et elle constitue un véritable progrès. Si je n'ai point fait ces observations à la dernière séance, c'est que ma mémoire n'était pas assez sûre et qu'elle avait besoin d'être rafraîchie.

— M. Deguise fils. Messieurs, vous avez eu l'obligeance d'examiner un jeune enfant auquel je porte le plus vif intérêt. Mon but, en réclamant vos conseils, n'a pas été de m'éclairer sur le diagnostic, mais de vous consulter sur le traitement à suivre. Voici en quelques mots l'histoire de mon petit malade. « La tumeur blanche du genou date environ de dix-huit mois; elle s'est développée sans cause appréciable. Il y a un an, lorsque j'ai été appelé pour donner mes soins à cet enfant, l'aspect du membre était le même qu'aujourd'hui. Ainsi j'ai constaté comme vous la tuméfaction de l'extrémité supérieure du tibia, cette fausse fluctuation due sans doute au développement anormal des pelotons adipeux; l'étendue bornée des développements auriculaires, l'absence de douleurs, l'atrophie des muscles de la jambe. Je débutai par l'application d'une série de vésicatoires volants (25 au moins). Il va sans dire que pendant tout ce temps l'enfant fut assujetti au repos au lit. Une gouttière en carton maintenait l'articulation dans une immobilité parfaite. Des tisanes amères et toniques, les mêmes de gentiane et de quinquina, l'huile de foie de morue et l'iodure de potassium, furent administrés tour à tour. Les vésicatoires apportèrent une amélioration notable au bout d'un mois; mais ensuite le mal resta stationnaire, malgré ma persévérance à appliquer de nouveaux vésicatoires. Il fallut de toute nécessité abandonner cette médication. J'eus recours à la compression pratiquée au moyen de bandelettes de diachylum. J'obtins encore un mieux sensible; mais ensuite je fus obligé de renoncer à la compression, pour les mêmes motifs qui m'avaient fait abandonner les vésicatoires. Je me servis du marteau de Mayor, et sous l'influence de cet agent l'articulation reprit sa forme et son aspect naturels. Les préparations internes dont je vous ai parlé avaient été continuées. Nous étions alors dans la belle saison, et j'en profitais pour faire respirer au grand air mon petit malade. Son état général était excellent. Je pensai qu'il était temps de faire exécuter à l'articulation quelques mouvements. Je me chargeai de ce soin particulier, puis ensuite je le laissai aux parents, qui s'en acquittèrent avec la plus grande sollicitude. L'articulation recouvra sa liberté. Je fis fabriquer de petites béquilles à l'enfant, et il put marcher. Nous croyons tous pouvoir compter sur la guérison lorsque la mauvaise saison arriva. Aussitôt il s'opéra dans l'état de l'enfant un véritable changement à vue. L'extrémité supérieure du tibia reprit peu à peu le volume que vous lui voyez aujourd'hui. Avec la tuméfaction articulaire reparut l'impossibilité d'étendre complétement le membre, ou bien de le fléchir à angle droit. La santé générale devint détestable, l'appétit disparut; il survint de la toux, un mouvement fébrile tous les matins.

C'est alors que je voulus revenir au marteau de Mayor, dont j'avais eu tant à me louer; mais je trouvai chez l'enfant une répugnance que la faiblesse de ses parents rendit invincible. Je fis usage de la compression, elle ne produisit rien. Je conseillai des douches de vapeur, dont on continue encore l'administration, elles ne donnent aucun résultat. Je viens donc, messieurs, vous demander ce que vous feriez en pareille circonstance.

M. Chassaignac. Mon avis serait d'avoir recours à l'immobilité absolue de l'articulation. Je considère cette immobilité comme la panacée des maladies articulaires. Mais pour cela il faut une véritable cuirasse que l'on n'obtient pas également avec tous les appareils ordinaires, tels que gouttières, attelles, etc. La dextrine donne seule ce résultat. Elle offre encore cet avantage que l'on peut établir des fenêtres qui permettent l'application de cautères sans nuire à l'immobilité. J'ai guéri de cette façon un jeune enfant chez lequel plusieurs modes de traitement avaient échoué. J'ai vu dernièrement avec notre honorable collègue, M. Michon, un malade qui porte un appareil semblable, et qui se trouve beaucoup mieux.

M. Vidal (de Cassis). Je recommande à M. Deguise fils une gouttière que j'apporterai à la prochaine séance. Avec cette gouttière le membre est immobile, étendu, avec extension et contre-extension continuelles, et la marche peut avoir lieu.

M. Robert. Quoique MM. Baudelocque et Barthez prescrivent quelques mouvements dans certaines affections articulaires dans le but de s'opposer à l'ankylose, et qu'ils prétendent s'en bien trouver, je ne pense pas que dans le cas actuel il faille suivre leurs conseils. Les cartilages sont sains; il n'y a pas de douleurs. Ce n'est pas là une variété de tumeur blanche susceptible d'ankylose. Aussi, je conseillerais la compression obtenue avec des bandelettes de diachylum, l'articulation étant maintenue dans une gouttière. J'ai guéri de la sorte un enfant chez lequel le feu avait échoué.

M. Huguier. M. Robert a dit qu'il ne redoutait pas l'ankylose, parce que les surfaces articulaires étaient saines. Ne voyons-nous pas tous les jours une ankylose survenir, malgré l'intégrité des cartilages? Pour ma part, je craindrais que l'immobilité ne conduisît à l'ankylose à cause de la tuméfaction de l'extrémité supérieure du tibia. Cet état est-il dû à la présence de tubercules; ou bien est-ce une ostéite pure et simple? Ces questions si intéressantes à connaître, eu égard au traitement, ne me paraissent pas susceptibles d'être complétement résolues.

— M. Vidal (de Cassis). Messieurs, je vous ai présenté un malade auquel j'ai pratiqué l'opération du bec-de-lièvre par la méthode ancienne. Vous savez que M. Malgaigne a prétendu que par la simple division on n'obtenait jamais une réunion complétement immédiate. Mon opéré est la preuve vivante du contraire.

— M. Robert lit un mémoire intitulé : *Considérations pratiques sur les kystes séreux profonds ou interstitiels de la glande mammaire*. Ce travail est le résumé de six observations recueillies par l'auteur en quelques années.

Ces kystes sont tous uniloculaires et primitivement développés dans le tissu cellulaire qui unit entre eux les divers lobes de la glande du sein. D'abord complétement entourés par le tissu de la glande, ils distendent celle-ci et s'en constituent comme une espèce de coque; puis, continuant à grossir, ils se font jour à travers l'écartement de ses lobes, et ne sont plus alors recouverts du côté de la peau que par le tissu cellulaire adipeux sous-cutané. C'est à ce moment que, leurs progrès devenant plus rapides, ils commencent à attirer l'attention des malades et sont soumis à l'observation des chirurgiens.

Ils ne causent, en général, ni douleur, ni troubles fonctionnels. Cependant, dans un cas, M. Robert a observé des douleurs névralgiques à toute la région du sein, au bras et à l'épaule; ces douleurs cédèrent à la ponction de la tumeur.

Ces kystes renferment un liquide ordinairement transparent et citrin, comme celui des hydrocèles; quelquefois verdâtre ou roussâtre. Leurs parois sont presque toujours très minces et très adhérentes au tissu de la glande mammaire. Leur surface interne est lisse comme celle des membranes séreuses. Le tissu de la glande qui les environne n'est quelquefois pas altéré, et présente à leur surface l'aspect lobulé ou granuleux qui lui est propre.

Dans un cas cependant, une inflammation subaiguë s'était développée autour du kyste, avec engorgement du tissu cellulaire, avec adhérence et rougeur des téguments. Deux ganglions engorgés se remarquaient derrière le bord externe du muscle grand pectoral. Le kyste lui-même contenait des fausses membranes et un liquide vert-brun.

Les kystes séreux profonds du sein se présentent sous la forme de tumeurs sphéroïdes, d'un volume qui peut varier entre celui d'une petite noix et celui d'une pomme. Le toucher reconnaît à leur surface tantôt de petites saillies comme granulées, tantôt des bosselures un peu plus volumineuses; leur consistance est à peu près celle du squirrhe ou des corps fibreux du sein; mais, dans tous les cas observés par M. Robert, il existait à la partie la plus saillante ou centrale de leur surface un petit point où la rénitence était élastique, et bien différente de celle que présentaient les autres parties de la tumeur. Cette particularité, sur laquelle M. Robert insiste, lui a été très utile pour le diagnostic; il a pu percevoir la fluctuation en saisissant d'une main et comprimant brusquement la tumeur sur deux points opposés de sa base, tandis que l'indicateur de l'autre main était appuyé sur la partie élastique et molle.

Si l'on était consulté à l'époque où le kyste est encore complétement enveloppé par le tissu de la glande, il serait très difficile de le reconnaître; une ponction exploratrice seule pourrait dissiper tous les doutes.

L'étiologie des kystes séreux du sein est aussi obscure que celle des kystes en général. Dans aucune des observations que M. Robert a recueillies, il n'a été possible de faire remonter la maladie à une cause accidentelle, une contusion ou un froissement du sein, par exemple. Dans un cas, les deux seins ont été successivement affectés; dans tous les autres, la maladie s'est bornée à un sein.

Le traitement des kystes séreux de la mamelle consiste, d'une manière générale, à vider la poche et à provoquer dans son intérieur une inflammation suivie de l'adhésion des surfaces qui la constitue. L'extirpation est impossible, à cause des rapports intimes du kyste avec le tissu de la glande mammaire.

La ponction simple, bien que, dans un cas rapporté par A. Cooper, elle ait obtenu la guérison radicale, offre trop de chances de récidive pour être recommandée.

M. le professeur Velpeau conseille de vider le kyste avec un trocart fin, puis d'injecter dans sa cavité de la teinture d'iode. Sans méconnaître les avantages et la simplicité de cette méthode, M. Robert a préféré, jusqu'à présent, ouvrir largement le kyste et introduire dans son intérieur une mèche destinée à déterminer l'inflammation suppurative de ses parois. Quatre malades opérées de cette manière sont guéris sans le moindre accident. La cinquième portait à la paroi externe du sein droit une tumeur du volume d'une petite orange, dont les parois étaient le siége d'une inflammation chronique à laquelle participaient le tissu cellulaire sous-cutané et la peau elle-même. L'opération parut avoir, pendant dix jours, les suites les plus heureuses; mais il survint un érysipèle, puis une stomatite couenneuse, qui firent périr la malade au bout de quarante-sept jours.

Bien qu'il y ait dans ces faits des circonstances exceptionnelles qui n'ont pas été étrangères au résultat funeste de l'opération, on ne saurait méconnaître qu'il n'y ait plus de gravité à inciser largement un kyste qu'à lui pratiquer une simple ponction suivie d'injection. Si donc M. Robert a préféré l'incision, c'est qu'elle lui a paru plus sûre en lui permettant d'explorer librement l'intérieur du kyste, d'en extraire les fausses membranes s'il s'en trouvait, de remplir, en un mot, toutes les indications fournies par cet examen. Mieux renseigné aujourd'hui sur la nature de ces kystes, il emploierait volontiers d'abord la ponction, sauf à recourir plus tard à l'incision si la première n'avait pas réussi. Cependant, il ouvrirait d'emblée les kystes qui ont donné lieu à l'inflammation du tissu cellulaire, ou ont été eux-mêmes, à une époque donnée de leur existence, le siége d'une inflammation plus ou moins aiguë.

Ce Mémoire, entrepris dans le but d'éclairer la question du diagnostic, fait naître une discussion qui s'ouvre en ces termes :

M. Chassaignac. Le diagnostic présenté par M. Robert pour les kystes séreux de la région du sein peut se rencontrer dans d'autres affections. Ainsi, chez une malade qui portait au sein une tumeur que je pris pour un kyste, il existait une fluctuation évidente; je ponctionne, et il s'écoule de la sérosité; après quoi, je pratique une injection iodée. Je croyais cette malade guérie, lorsqu'elle revint avec un énorme cancer encéphaloïde.

M. Michon. Il me semble que le diagnostic des kystes du sein n'est pas aussi facile que le pense M. Robert. Le point mou signalé par M. Robert peut très bien exister sans qu'il y ait de fluctuation. Tout récemment, j'ai vu un kyste dont le point saillant se trouvait sous l'auréole; il me fut impossible de trouver de la fluctuation. Après quatre ou cinq jours, convaincu que j'avais affaire à une tumeur solide, je me décidai à l'enlever. Mais, en voulant énucléer la tumeur et me servant d'une érygne, je fus fort surpris de voir s'écouler de la sérosité : c'était un kyste. Pareille méprise a été faite dernièrement par un professeur célèbre. M. Robert a dit qu'on ne pouvait pas extirper le kyste en totalité; ma malade a cependant guéri de cette façon. D'un autre côté, il ne suffit pas d'avoir constaté la présence d'un kyste, il faut décider si le kyste constitue la maladie principale. Chez une dame que j'ai vue avec M. Cloquet et qui succomba après avoir eu une incision pour un prétendu kyste, nous trouvâmes un magnifique cancer. Je ne dis rien du traitement proposé par M. Robert; c'est celui que nous suivrions tous.

M. Huguier. J'aurais désiré voir M. Robert entamer la question des complications des kystes. Chez une malade que j'opérai pour une affection semblable, le kyste était énorme. Chez une autre, que je vis avec M. Denonvilliers, il y avait quatre ou cinq kystes renfermant chacun des liquides de coloration diverse. Il eût été intéressant d'étudier la diversité de la coloration des liquides, et surtout la présence des kystes au milieu des masses cancéreuses. Les prétendus kystes dégénérés en cancers ne sont que des cancers compliqués de kystes.

M. Lenoir. Les kystes cancéreux sont indiqués par Dupuytren et M. Marjolin. Le sujet n'est donc pas neuf. Il est une autre espèce de kystes dont M. Robert n'a pas parlé : une jeune fille avait au sein une tumeur qui offrait une fluctuation douteuse. A la lumière artificielle, je trouvai une transparence très manifeste, et je déclarai avoir affaire à un kyste. Je ponctionnai, et il en sortit une hydatide. Je voulus inciser largement la poche et la faire suppurer, mais les parois du kyste revenues sur lui-même étaient tellement épaisses que je fus obligé de l'enlever.

M. Robert. Il sera toujours facile de distinguer un kyste simple d'un kyste accompagnant un cancer. Effectivement, dans ce dernier cas, la ponction détermine l'affaissement du kyste, mais laisse intact le tissu cancéreux. Dans le kyste simple, au contraire, il ne reste plus après la ponction que la coque du kyste, qui, n'ayant aucune analogie avec le cancer, ne pourra jamais être confondue avec lui.

La séance est levée à six heures.

Traitement de la surdité causée par la perforation de la membrane du tympan (1).

(RÉCLAMATION DU DOCTEUR DELEAU JEUNE).

Il a été publié sous ce même titre dans la *Gazette des Hôpitaux*, le 18 janvier, un article extrait de la *Lancette anglaise*, dans lequel on lit : « La perforation de la membrane du tympan et la surdité » qui en est la suite n'ont pas encore été l'objet d'une attention par» ticulière... Il est bien extraordinaire que personne n'ait songé à » réparer artificiellement la membrane tympanique. »

A mon tour, je dis qu'il est bien extraordinaire qu'on méconnaisse si facilement les travaux spéciaux sur un sujet qui n'exige pas une grande érudition.

Le docteur J. Yearsley, selon la *Lancette anglaise*, fut consulté, en 1841, par un Américain qui était sourd dès la plus tendre enfance, et chez lequel il trouva une désorganisation profonde de la cavité tympanique. Il en fit la remarque au malade; celui-ci lui apprit que l'oreille gauche lui rendait encore de grands services à l'aide d'un moyen très simple. Le moyen consistait à introduire dans le conduit auditif et à porter jusqu'au fond de ce conduit, un petit morceau de papier dont l'extrémité avait été préalablement mouillée avec de la salive. L'effet était, dit-il, immédiat, et se continuait souvent pendant une heure, un jour, etc.

Voici un fait semblable que j'ai constaté en 1820, par conséquent vingt et un ans avant celui cité; il est consigné dans mon *Traité de la perforation de la membrane du tympan*, imprimé en 1822, page 11. Cet ouvrage a été traduit en allemand en 1823.

Richalet, âgé de trente-quatre ans, fut atteint d'une maladie grave à l'âge de dix ans, qui lui occasionna un écoulement purulent par les deux oreilles, et une surdité telle que, de l'oreille droite, il ne comprend pas la parole; la gauche seule lui sert pour converser de près si on lui parle à voix très élevée. Un jour, il introduisit machinalement un petit morceau de bois dans cette dernière oreille; aussitôt, quelle fut sa surprise! tous les bruits qui se passaient dans la rue vinrent frapper son ouïe. Mais aussi quel fut son déplaisir, une fois que ce précieux morceau fut retiré du conduit auditif! Aujourd'hui, à force de tâtonner, il parvient à entendre à voix ordinaire, quand il porte dans l'oreille gauche un germe d'ognon qu'il remplace par un autre tous les cinq ou six jours, ou quand il se dévie du lieu qu'il doit atteindre pour donner de la sensibilité à l'ouïe.

Voyons maintenant les conséquences déduites de ces observations par le docteur Yearsley et par moi.

Au lieu de papier dont se servait son malade, notre confrère fit usage dans des cas semblables d'une petite boulette de coton mouillée, qu'il porta au fond du conduit auditif jusqu'au contact de la petite portion de la membrane du tympan, qui n'avait pas été détruite. Le résultat fut merveilleux... Il dit ensuite : « Il n'est pas bien fa» cile d'indiquer le point où il faut placer le coton, qui doit toujours » être humide. »

J'ai porté l'investigation plus loin que notre confrère. Je ferai d'abord observer que, pour réussir, la chaîne des osselets doit être intacte, sinon on n'obtient rien, et cependant on développe quelquefois l'ouïe en portant la boulette de coton contre la paroi interne

---

(1) En empruntant ce fait à la *Lancette anglaise*, nous nous attendions à une réclamation de M. Deleau; nous nous empressons de la publier. (*Note du Réd.*)

de la caisse du tambour sans toucher au manche du marteau. Quand, au contraire, on touche à ce manche, l'objet dont on se sert n'a pas besoin d'être humide, comme le petit morceau de bois de Richalet nous en offre un exemple. Dans beaucoup de cas, il suffit même pour faciliter l'ouïe d'exercer une légère pression sur le manche du marteau et par conséquent sur toute la chaîne. Je connais quelques personnes qui renouvellent cette pression plusieurs fois par jour à l'aide d'un petit tampon de coton fixé à une épingle à friser. (*Recherches sur les maladies de l'organe de l'ouïe*, article *Des effets de l'air renfermé dans la caisse du tambour.*)

Ces observations m'ont suggéré l'idée de construire un petit appareil, qui agit dans les deux cas où il faut, pour satisfaire aux caprices de l'organe plus ou moins altéré dans sa partie tympanique, exercer continuellement une pression légère ou lui fournir un conducteur humide.

Cet instrument consiste en un fil d'argent roulé et formant un ressort à boudin long de vingt centimètres, évasé à une extrémité et recouvert dans toute sa longueur d'une lame mince d'éponge. Cette éponge fait corps avec le métal à l'aide d'un fil de soie enroulé qui la maintient dans toutes ses parties, ou bien, ce qui est plus propre, à l'aide d'une chemise très fine de gomme élastique; en fixant l'éponge, on a bien soin qu'elle n'obstrue pas l'ouverture qui occupe le centre de l'instrument. Ce simple énoncé dans la construction de mon conducteur des sons sur les parties solides de la caisse du tambour suffit pour faire comprendre son mode d'action.

Quand l'oreille n'a besoin pour perfectionner sa fonction que d'un corps humide, l'éponge remplit parfaitement cette indication sans intercepter l'action de l'air extérieur chargé des ondes sonores par le centre de l'instrument. Si on a besoin d'une pression exercée sur la chaîne des osselets, c'est le fil d'argent formant le ressort à boudin qui remplit cet office, tout en ménageant la sensibilité des parties, parce qu'il est flexible et parce qu'il obéit à tous les mouvements du conduit auditif communiqués soit par le condyle de la mâchoire inférieure, soit par les muscles du pavillon de l'oreille.

J'avais réservé ces détails pour la reprise de mes écrits sur la perforation de la membrane du tympan, que j'ai déjà annoncée dans mon dernier ouvrage.

J'ai retardé ce travail, parce que jusqu'à ce jour j'ai voulu profiter des découvertes promises par les nombreux confrères qui exercent maintenant la pratique des maladies de l'oreille.

J'attendrai donc encore ces découvertes, désirant éclairer les miennes et les mettre à profit pour la science et pour l'humanité.

Le docteur DELEAU jeune.

CORRESPONDANCE.

Emploi de l'huile de naphthe dans la diarrhée.

Monsieur le Rédacteur,

Dans un numéro du mois de septembre dernier, vous avez fait connaître l'heureux résultat de l'emploi de l'huile de naphthe dans le traitement du choléra et des diarrhées cholériques qui régnaient dans l'armée russe du Caucase. Malgré ce qu'il y avait de décourageant dans cette communication, qui nous apprenait que le médicament de ce nom que l'on trouve dans nos pharmacies est d'une qualité très inférieure; malgré la défiance légitime que doit toujours inspirer tout médicament présenté comme *infaillible*, l'emploi de l'huile de naphthe étant sans danger, je l'ai administré à un certain nombre de malades atteints de diarrhées de différentes natures: voici quel a été le résultat. Sur dix malades qui ont pris ce remède, huit ont vu diminuer notablement ou disparaître la diarrhée en vingt-quatre ou quarante-huit heures; deux n'ont obtenu aucune amélioration.

J'avais résolu, avant de publier ces recherches, d'attendre qu'un grand nombre d'observations me permît de tirer des conséquences plus positives; mais en présence d'une épidémie qui, un instant arrêtée, nous fait craindre de nouveau de lui voir exercer ses ravages, appeler de nouveau l'attention sur un médicament dont nos confrères ont eu tant à se louer, me semble un devoir.

Voici comment se répartissent les malades qui ont pris ce médicament:

OBS. I et II. — Deux phthisiques, qui présentaient des cavernes au sommet des deux poumons, étaient tourmentés par des sueurs et par une diarrhée abondante. Ils prirent chacun 6 gouttes d'huile de naphthe dans une infusion de menthe. La diarrhée disparut en vingt-quatre heures. Au bout de deux jours, on cessa l'emploi du remède. L'huile de naphthe et l'huile de pétrole ont été vantées contre la phthisie pulmonaire; nous devons à la vérité d'avouer que ces deux malades n'en retirèrent d'autre avantage que celui de ne plus souffrir de la diarrhée. La marche de leur maladie ne fut pas entravée; ils moururent l'un huit jours, l'autre dix jours après l'administration de l'huile de naphthe sans que la diarrhée se fût montrée de nouveau.

OBS. III. — Un jeune homme âgé de seize ans, d'un tempérament lymphatique, se présenta à moi le 15 octobre dans l'état suivant:

Depuis quinze jours, il était souffrant; il éprouvait des malaises, il avait de la céphalalgie, pas de résolution des forces, pas de délire. La langue était sèche; il y avait de la soif, de l'anorexie, des selles liquides très fréquentes, des taches rosées sur l'abdomen. Il y avait de la toux, de la dyspnée, des râles sonores dans toute la poitrine. Le pouls était petit, il battait 130 fois par minute. On prescrit: tisane de guimauve, potion tempérante.

Le 16, même état. — Même prescription et 8 gouttes d'huile de naphthe.

Le 14, 12 gouttes.

Le 18, cessation de la diarrhée.

Le 19, il y eut encore deux selles liquides.

Depuis cette époque, la diarrhée ne reparut plus que faiblement; cette fièvre typhoïde suivit son cours, et ce jeune homme guérit après plus de six semaines de maladie.

OBS. IV. — Un jeune homme âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution, malade depuis huit jours, présenta les phénomènes suivants le 9 octobre: Résolution des forces, pas de délire, langue sèche, couverte d'un enduit verdâtre, soif, anorexie, quinze à vingt selles par jour, taches rosées sur l'abdomen, pouls petit, 120 pulsations par minutes, peau brûlante, sèche. On prescrit; Tisane de bouillon blanc, potion tempérante, lavement avec amidon et 10 gouttes de laudanum.

Le 12, même état. — 8 gouttes d'huile de naphthe dans une infusion de menthe.

Le 13, diminution de la diarrhée, qui cesse complétement le 18.

Le 31, guérison.

OBS. V, VI, VII et VIII. — Quatre autres malades atteints de fièvre typhoïde compliquée de diarrhée excessivement abondante prirent de l'huile de naphthe dans une infusion de menthe. Chez tous, la diarrhée fut supprimée. Deux d'entre eux moururent d'une pleuro-pneumonie intercurrente.

OBS. IX. — Un jeune homme, âgé de vingt ans, d'un tempérament sanguin, exerçant la profession de maçon, était malade depuis trois semaines, le 20 octobre, et il présentait les phénomènes suivants: Faiblesse, résolution des membres; pas de céphalalgie; langue sèche, rouge sur ses bords; soif, anorexie, douleur constrictive à l'épigastre, diarrhée abondante, toux, dyspnée, râle sibilant, sécheresse de la peau, sensation de chaleur âcre; pouls petit, 100 pulsations par minute. A huit heures du matin et à trois heures du soir, exacerbation fébrile avec frissons suivis de chaleur. On prescrit: Tisane de gomme; potion tempérante; 10 sangsues à l'épigastre.

Le 22, même état. — 0,30 de sulfate de quinine.

Le 25, délire; augmentation de la dyspnée. — Deux vésicatoires camphrés aux jambes.

Le 26, même état. — 10 gouttes d'huile de naphthe.

Le 29, idem. Vomissements; la diarrhée persiste. — Vésicatoire à la nuque; cautères aux deux cuisses.

Le 31, mort. L'autopsie put être faite. On trouva des ulcérations intestinales, une hypertrophie de la rate, une hépatisation grise de la majeure partie des deux poumons.

OBS. X. — Le dernier malade auquel j'ai administré ce médicament est un homme de trente-cinq ans, qui, à la suite d'une fièvre intermittente d'Afrique, était tombé dans un état de faiblesse extraordinaire. L'œdème des membres inférieurs, de la diarrhée, étaient venus compliquer sa maladie. Les opiacés et les astringents avaient échoué. Deux doses de 12 gouttes chacune d'huile de naphthe n'eurent pas plus de succès, et fatiguèrent même le malade. Il fallut y renoncer. Des toniques légers, un régime analeptique, obtinrent le succès qu'on désirait.

Ainsi chez tous ces malades, excepté deux, la diarrhée a été supprimée, seul résultat qu'on attendît de l'administration de ce remède. Tout porte à croire qu'en agissant comme l'ont fait les médecins russes sur des malades atteints de diarrhée idiopathiques, on obtiendrait les mêmes résultats.

L'huile de naphthe est un médicament encore très mal étudié, qui était tombé dans l'oubli au point qu'on ne le trouve pas dans des formulaires modernes. Malheureusement les observations qu'on vient de lire ne sont pas assez nombreuses pour en faire l'histoire. Si des observations nouvelles viennent confirmer les résultats que nous avons obtenus, comme tout le fait présumer, cette lacune sera bientôt comblée.

Pour nous, voilà l'idée que nous nous sommes faite de son mode d'action.

Ce médicament agit-il comme l'opium et les autres calmants, comme l'alun, le colombo et les autres astringents, comme le nitrate d'argent, par une substitution, ou bien a-t-il une action spéciale qui modifie la sécrétion intestinale?

L'huile de naphthe est trop facilement supportée pour qu'on puisse comparer son action à celle du nitrate d'argent; son action antispasmodique pourrait lui faire supposer des vertus analogues à celles des calmants; mais si on se rappelle que le naphte est signalé comme ayant une saveur âcre, amène et nauséabonde, on sera bien plutôt porté à lui attribuer une action astringente. Nous nous sommes demandé s'il aurait une action spéciale sur la muqueuse intestinale. C'est ce qu'il est assez difficile d'établir; et nous ne nous croyons pas encore assez renseigné pour résoudre cette question.

Telle est, Monsieur le rédacteur, l'histoire très succincte des malades auxquels j'ai administré l'huile de naphthe, celle du moins que l'on trouve dans nos pharmacies de Lyon. Si vous croyez que cette note puisse intéresser vos lecteurs, je vous prie de l'insérer dans un numéro de votre journal.

Agréez, etc., J.-C. LAVIROTTE, D.-M.-P.

Lyon, le 13 janvier 1849.

NOUVELLES.

Le comité de la guerre de l'Assemblée nationale a nommé une sous-commission de deux membres chargée de faire un rapport sur la proposition de M. Ducoux, relative aux officiers de santé militaires. Ce sont MM. le général Radoul de Lafosse et le colonel Ambert.

— On nous écrit de Bayonne, 18 janvier, qu'une épidémie présentant des caractères d'une haute gravité a déjà fait de nombreuses victimes dans la ville. Notre correspondant nous promet à ce sujet de prochains détails.

— Le gouvernement du Piémont vient de présenter au sénat une loi relative à la prostitution. Préalablement, l'Académie médico-chirurgicale de Turin avait fait sur cette matière, au ministre de l'intérieur, un rapport par l'organe d'une commission officielle composée de MM. Riberi, Demichelis, Carmagnola, Bertini et Sperino (rapporteur). Ce rapport roule précisément sur les moyens de diminuer autant que possible la propagation de la syphilis.

Les auteurs ont profité surtout des règlements sur le même sujet déjà adoptés en Belgique.

La mesure prophylactique principale que la commission propose, au point de vue de la propagation, c'est de soumettre rigoureusement les nymphes de chaque établissement de tolérance, ainsi que celles qui vivent en chambre, à une visite au spéculum deux fois par semaine.

Ces visites seront faites à domicile par quatre chirurgiens bien rétribués et un contrôleur-chirurgien. Pour l'exécution rigoureuse de cette mesure, la commission propose un ensemble de moyens qu'on devine aisément.

Chaque ville, chaque village, chaque caserne doit avoir ses inspecteurs bis-hebdomadaires et correspondre avec l'autorité centrale. Les malades sont de suite expédiés à l'hôpital.

On relève des détails de ce rapport, que, à Turin seulement, on traite chaque année dans le seul Syphilocome destiné aux femmes, 500 individus; et comme on calcule qu'avant d'être reçues à l'hôpital chacune d'elles a déjà infecté au moins 4 hommes, il en résulte que le nombre d'hommes infectés s'élève chaque année à 2,000 environ.

Sur ce nombre, il y en a 1,200 à 1,400 qui ne se font pas traiter du tout, s'agissant généralement d'individus qui ont besoin de travailler pour vivre. Que deviennent-ils, ces hommes? D'une part, ils propagent la maladie; de l'autre, ils subissent eux-mêmes les conséquences secondaires d'un pareil état: de là des malheurs incalculables. La commission propose la création d'un nouvel hôpital pour les vénériens ou tout au moins un dispensaire; il manque en effet jusqu'ici à Turin d'un service sanitaire pour les hommes atteints de maladie vénérienne.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 30 JANVIER 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 12.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois
Paris. . . .	24 fr.	— 13 fr.	— 7 fr.
Départements .	26 fr.	— 14 fr.	— 8 fr.
Étranger . . .	30 fr.	— 16 fr.	— 9 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Des différentes espèces d'angine. — Angine celluleuse guérie par l'application de vésicatoires volants.

La femme placée au n° 3 et qui sort aujourd'hui, était entrée le 1er janvier avec une angine qui présentait quelque chose d'insolite. Un mois auparavant, elle avait été affectée d'un mal de gorge du côté opposé, mal de gorge qui s'était terminé par un abcès. C'est à la suite de cet abcès que survint la maladie pour laquelle elle entra dans notre salle. Les symptômes dataient de trois semaines, et étaient constitués par une douleur sourde et profonde, par un boursouflement du creux parotidien et sous-maxillaire et par un engorgement des tonsilles.

Il est pour cette maladie des distinctions qu'il ne faut pas perdre de vue, et qui reposent sur la différence des tissus envahis par l'inflammation. Je parle de l'angine pharyngienne, qui présente trois variétés : Dans la première, la membrane muqueuse est enflammée par sa surface libre; c'est la plus fréquente, elle occupe tout le pharynx. Dans la deuxième, l'inflammation occupe le parenchyme des tonsilles, la muqueuse dans tous ses replis. Enfin, la troisième variété est constituée par l'inflammation du tissu cellulaire qui double le côté externe des tonsilles; c'est l'angine celluleuse.

Voici pourquoi il est important de ne pas confondre ces trois variétés; elles n'ont pas la même marche, elles n'exposent pas aux mêmes dangers, elles n'exigent pas la même médication.

Dans la première espèce, la maladie arrive brusquement et dure rarement plusieurs semaines; il y a de la rougeur, mais pas de tuméfaction et souvent pas de fièvre, quoiqu'elle puisse exister. Le traitement doit être ici spécial, soit au point de vue local, soit au point de vue général; c'est l'angine qui se trouve le mieux des topiques, c'est celle qu'on arrête souvent en portant sur la surface enflammée de l'alun. Si on la traite par une médication générale, c'est celle qu'on guérit par les saignées, les purgatifs, les vomitifs, et cela dans les deux ou trois premiers jours.

Dans les autres espèces, le traitement ne peut-être le même. Ainsi, dans la deuxième, l'alun, loin d'être utile, exaspère la maladie; la saignée, les vomitifs, les purgatifs, n'apportent que bien peu de modification. Cette seconde espèce se distingue de la précédente par le gonflement de l'amygdale, qui est beaucoup plus considérable. Si elle est abandonnée à elle-même, elle dure de six à douze jours, et se termine souvent par suppuration. Dans la première, la saignée, les purgatifs, les vomitifs, ont arrêté le mal. Dans celle-ci, les mêmes moyens sont utiles, mais dans un but tout différent. On emploie les vomitifs vers le sixième jour pour provoquer la rupture de l'abcès; ils agissent mécaniquement par les efforts que l'on fait; l'abcès se vide, et il s'ensuit un soulagement très marqué. Cette angine, qui est très fréquente, est rarement dangereuse. Si les deux amygdales sont prises, il y a des accidents qui effraient les gens du monde, à cause de la difficulté qui survient dans la respiration; mais ils compromettent rarement la vie des individus qui en sont affectés.

Quant à l'angine celluleuse, c'est la plus grave; elle se comporte comme le phlegmon. Voici sa marche :

Il survient une douleur sourde, pongitive, permanente, qui d'abord ne gêne pas la déglutition des liquides ni des solides, parce qu'elle n'existe pas d'abord sur la surface interne. C'est comme dans une inflammation d'un membre; elle est à la peau, ou dans le tissu cellulaire, ou sous l'aponévrose. Dans le premier et le second cas, le toucher détermine de la douleur; dans le troisième cas, la souffrance existe sans le toucher. De même dans la première espèce d'angine qui enflamme la surface interne, et dans la deuxième, qui est sous-cellulaire, la douleur se manifeste par la déglutition; mais dans la troisième, les aliments ne touchent pas la partie enflammée, qui est plus profonde et ne détermine pas la douleur; elle existe cependant et elle est permanente. Il résulte encore du siége du mal que l'amygdale, ne se boursoufle pas, mais tout le côté malade se soulève, amygdales et piliers; le gonflement pousse tous les tissus; de plus, il y a tuméfaction sur la région correspondante du cou; les creux parotidien et sous-hyoïdien s'effacent; il y a de la rougeur, de la douleur au toucher et de l'empâtement. Comme le phlegmon, cette espèce dure de huit à trente jours, par la raison qu'elle est susceptible des différentes terminaisons du phlegmon, c'est-à-dire de résolution, de suppuration, d'induration et de gangrène. Si elle se termine par résolution, elle dure huit jours, et plus longtemps si c'est une autre terminaison.

Il faut ajouter que le traitement est différent; l'alun, les purgatifs, les vomitifs, sont inutiles; la saignée générale peut être utile; mais on retire surtout des avantages de la saignée locale, par des sangsues appliquées sous la mâchoire. Il faut des topiques résolutifs, des gargarismes émollients, frictions mercurielles, cataplasmes; puis quand survient le travail pathologique, les purgatifs et les vomitifs peuvent devenir nécessaires.

Quelquefois, et même assez souvent on est obligé d'avoir recours au bistouri. Voici ce qui arrive. Le travail phlegmoneux peut tendre à se porter sous les téguments, et il se forme quelquefois un abcès sous l'oreille ou sous la mâchoire; quelquefois l'inflammation prend les caractères du phlegmon diffus; elle fuse le long du cou, et il se forme un vaste foyer de suppuration. Il faut alors donner issue au pus aussitôt que le phlegmon tend à se montrer au dehors; mais comme c'est une région où se trouvent beaucoup d'organes importants, on hésite à y porter le bistouri.

On a donc à choisir entre deux inconvénients : ou temporiser et courir le risque de voir des fusées de pus très étendues, ou porter le bistouri dans une région difficile et risquer de blesser des organes importants. Les chirurgiens exercés mettent de côté ce dernier danger, par l'habitude qu'ils ont acquise; écartent ou refoulent les vaisseaux ou les nerfs, et arrivent assez bien dans le foyer.

La malade dont je vous parle avait une angine celluleuse caractérisée par la durée de la maladie, par le soulèvement du pharynx, des piliers des amygdales, par une douleur fixe et sourde et par de la fièvre. J'étais disposé ici à pénétrer dans le foyer par le gosier; l'incision aurait fait sortir le pus s'il y en avait, sinon les tissus auraient été dégorgés. J'ai essayé les vomitifs, qui ont bien produit des évacuations, mais peu d'amélioration; puis j'ai eu recours à un moyen particulier. Un large vésicatoire volant a été appliqué sous l'angle de la mâchoire à la base de la partie enflammée. Le lendemain la malade était mieux. J'ai fait continuer le même moyen, la malade a guéri. Il n'y a pas eu d'ouverture du côté de la bouche, et il est difficile de ne pas attribuer cette guérison au vésicatoire qui a été appliqué à l'angle de la mâchoire. Je n'avais point encore employé ce moyen dans des cas semblables; nous l'emploierons encore, car ce serait merveilleux si l'on pouvait obtenir par lui des résultats semblables.

Tumeur colloïde à la partie interne du genou gauche. — Diagnostic différentiel.

Le malade qui va venir est couché au n° 1 de notre salle; il a une tumeur presque aussi grosse que la tête d'un adulte, située au côté interne du genou gauche. Cette tumeur est bosselée, de manière que les bosselures se touchent toutes et ne forment qu'une masse; elle existe sans changement de couleur à la peau, sans travail inflammatoire, sans empâtement; les téguments conservent toute leur mollesse et toute leur souplesse. Elle s'étend depuis un peu au-dessus du condyle interne du fémur jusqu'au condyle interne du tibia, en allant vers le creux du jarret. Si on cherche à ébranler cette masse, on constate de la mobilité d'arrière en avant et de haut en bas; elle ne paraît pas placée contre les os, mais située entre les divers organes. Par son côté profond, elle est contre le condyle interne du fémur; nous verrons tout à l'heure si elle y adhère. Dans cette position, il doit y avoir en dehors de sa surface des muscles et des tendons, et là ils sont en grand nombre; ce sont le couturier, les demi-tendineux et demi-membraneux, les deux jumeaux et les petits muscles profonds de la jambe; mais tous ces muscles pénètrent la tumeur et ne l'enveloppent pas. Le couturier se distingue très bien quand le malade fléchit la jambe, il forme une corde; mais on ne peut le distinguer quant à son tendon, qui, selon toute apparence, est compris dans la tumeur. Il en est de même des autres muscles que j'ai nommés, qui sont situés sur diverses parties de cette masse dont il est difficile de les séparer.

Il y a quelque inquiétude à avoir pour les vaisseaux et les nerfs du creux poplité; un côté postérieur et interne de la tumeur s'enfonce en lobe jusqu'au milieu du jarret, et il faut se demander s'il est rapproché des organes importants. Si le doigt pénètre profondément, on est à peu près convaincu que les vaisseaux en sont éloignés; si les vaisseaux en sont éloignés, on est à peu près sûr que les nerfs sont au même niveau; il n'y a pas de douleur au-dessous qui indique la compression des nerfs, et il n'y a pas d'engorgement dans le membre, ce qui prouve que les vaisseaux sont libres. Cela ne prouve pas que des branches ne soient pas envahies par la tumeur; il faut bien se rappeler, pour ne pas avoir trop peur, la position de ces nerfs et de ces vaisseaux et de leurs distributions. L'artère poplitée est seule dans le creux du jarret et, de plus, la première branche qui en naît est la tibiale antérieure qui en sort un peu plus bas que le bord inférieur de la tumeur.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Le choléra et la politique. — Indifférence publique. — Formule contre le choléra. — Le médecin de la rue Mouffetard. — Un ivrogne de la barrière de Fontainebleau. Son histoire.

Les temps prédits par les Lenormand médicaux et les Nostradamus du *Moniteur universel* sont proches; la terreur, la mort et la colique sont à nos portes. Février, mois cher au choléra, s'avance avec son lugubre cortége; le *comité consultatif d'hygiène publique*, ci-devant *conseil supérieur de santé*, formule de sages instructions qui passent inaperçues au milieu des graves préoccupations que soulève partout la politique. Au lieu de nous réunir contre un danger commun, nous nous amusons à ergoter et à nous exciter les uns contre les autres. Belle avance, vraiment, quand le choléra, de sa voix formidable, viendra mettre le holà entre les combattants et décimer chaque parti sans distinction. Que nous aura servi d'avoir soutenu Paul contre Pierre, si, avant la fin de la lutte, Paul est enlevé à nos efforts! Les partis politiques nous font actuellement l'effet de deux dindons qui se battent pour une fève sans apercevoir le renard qui les vient dévorer tous deux.

Il est vrai d'ajouter que personne ne sait au juste ce qu'il faut faire, et qu'en fait de remèdes contre le choléra on pourrait, sans crainte, donner la formule suivante :

> Voulez-vous guérir promptement,
> De je ne sais quel mal, qui, je ne sais comment,
> Vous ôte votre bonne mine?
> Prenez-moi sans retardement,
> Je ne sais pas combien, ni de quelle racine;
> Joignez-y je ne sais quelle herbe également;
> Mettez je ne sais où le tout bien chaudement;
> Vous guérirez je ne sais quand.
> Maint grand docteur en médecine
> Ne vous dirait pas autrement.

Bruzen de La Martinière, qui donna ce conseil, était un bien grand praticien, surtout en ce qui concerne la thérapeutique du choléra. Depuis si longtemps que l'on cherche, nous ne dirons pas une panacée, mais seulement un tout petit remède contre le fléau, qu'a-t-on trouvé? Hélas! il faut le dire à la honte de la science :

On désespère alors qu'on espère toujours.

En présence de l'inutilité de tant de recherches et de tant d'efforts, on commence à prendre son parti et à être brave malgré soi; aussi, sauf le comité consultatif d'hygiène publique, qui, en publiant ses instructions, n'a rempli qu'un devoir de sa charge, qui s'occupe du choléra? Le public est tout entier à la politique, et les médecins à leurs habitudes. Parmi ces dernières, il en est d'assez excentriques pour trouver place dans notre feuilleton, et nous avons surtout assisté à une pour laquelle nous réclamons les bénéfices de la plus exacte vérité.

C'était lundi soir à dix heures à peu près, nous revenions de la barrière de Fontainebleau et nous descendions sans songer à mal la rue Mouffetard, boueuse, mal éclairée et déserte à cette heure avancée de la nuit. De tristes souvenirs des journées de juin, la réputation plus ou moins méritée de ce quartier mal famé, l'aspect de ses maisons noires, petites et assez semblables à des lupanars mal hantés, nous inspiraient une espèce de terreur qui nous faisait hâter le pas et précipiter notre course; tout à coup un obstacle s'oppose à notre marche, et notre pied heurte quelque chose ayant forme humaine. Cette rencontre inattendue était peu faite pour rassurer la terreur que nous éprouvions déjà, et nous nous préparions à franchir l'entrave humaine qui occupait toute la largeur de la rue, quand des grognements plaintifs se firent entendre, probablement à la suite du contact trop brusque de notre pied.

La compassion raffermit notre courage et nous nous crûmes appelé à remplir le saint ministère dévolu aux médecins. Notre imagination toute remplie de l'horrible drame Bréa dont ce quartier avait été le théâtre, rêvait déjà blessures, balles et martyrs. Heureusement pour le malheureux gisant dans la boue, notre imagination en fut pour ses frais, car nous ne tardâmes pas à nous apercevoir que nous avions tout simplement affaire à un ivrogne.

Les ivrognes, s'ils sont à mépriser, sont aussi, d'après la morale chrétienne, à plaindre et à secourir, et l'humanité nous faisait un devoir de préserver l'inconnu du contact trop rude des chevaux et des voitures, sans compter les prescriptions de la police qui ordonnent à tout concitoyen d'enlever les obstacles qui obstruent la voie publique.

Par tous ces motifs nous nous mîmes en œuvre de faire quitter à l'ivrogne sa position critique et extra-légale, et à choisir au moins une place plus conforme aux lois de la police. — Ah! c'est toi, nous dit l'ivrogne quand nous essayâmes de le soulever.

Cette familiarité républicaine ne nous étonna pas : nous avions affaire à un homme pris de vin et dans un quartier essentiellement démocratique. Cette double considération nous ordonnait, pour ne pas nous compromettre, de répondre sur le même ton,

— Lève-toi, lui dîmes-nous, et gare-toi des voitures qui vont passer.

— Maraud! nous répondit l'homme en se soulevant tout à coup; *ai-je jamais, pour te permettre de me tutoyer, gardé des porcs avec toi?* (Historique.)

Cette apostrophe nous surprit d'autant plus, que nous étions loin de nous attendre à rencontrer dans cet état et dans ce quartier ce que les faubourgs appellent un *aristo*.

Le médecin ne peut ni ne doit se ranger sous une bannière politi-

Il est probable que les vaisseaux ne sont pas enveloppés par la masse. Cette tumeur est dure, concrète, sans fluctuation ni douleur. Elle est dure, mais pas de manière à donner l'idée d'une matière osseuse et calcaire; elle s'est développée insensiblement, et après être restée longtemps petite, elle a acquis dans les cinq à six mois derniers le volume qu'elle a aujourd'hui.

Cette tumeur existe chez un homme bien portant et bien constitué; de quelle nature est-elle? Nous sommes à l'aise pour mettre de côté les variétés d'abcès et de kyste. C'est une tumeur concrète. Est-elle fibreuse, osseuse ou cancéreuse? Nous avons dit qu'elle n'avait pas les caractères d'une tumeur osseuse. Il nous reste à choisir entre une tumeur fibreuse ou une tumeur cancéreuse. Les tumeurs fibreuses sont rares, excepté dans les organes particuliers, et même là il est rare qu'on en trouve. Voilà déjà une raison pour ne pas croire légèrement à son existence dans cet endroit; d'ailleurs les bosselures sont régulières, et il n'y a pas tous les phénomènes de ces tumeurs. Ce sont plutôt ceux des masses cartilagineuses. En dehors de cela nous n'avons plus que la tumeur cancéreuse. Dans ce genre il y a quatre variétés. Le squirrhe, mais cette tumeur n'a aucun caractère de squirrhe. Ce n'est point une encéphaloïde, car déjà elle serait ramollie en certains points et les bosselures seraient plus considérables. Si c'était une tumeur mélanique, elle serait noire et fongueuse. Il nous reste la tumeur colloïde. C'est en effet pour moi un cancer de cette espèce; mais ceci a besoin de quelques explications. Les tumeurs que j'appelle colloïdes comprennent l'espèce appelée condroïde, les condromes. Cette variété, pour moi, n'appartient pas moins à la classe des cancers, en ce sens qu'elle repullulent non-seulement sur place, mais à certaines distances. J'en ai vu de nombreux exemples. Je vous ai cité l'observation d'un marin qui avait subi l'amputation de la cuisse, et chez qui la tumeur reparut sur le moignon. Chez un autre malade à qui j'avais désarticulé le bras pour une affection du même genre, et un an après sa guérison, une tumeur pareille se montra sur la clavicule du côté opposé. C'est une tumeur maligne, dans laquelle le microscope n'a pas fait reconnaître les caractères du cancer ordinaire. C'est ce qui fait qu'on a des opinions diverses; mais en clinique, il faut rester sur la réserve et agir d'après les faits qui ont été observés.

Que faut-il faire? Ce serait perdre un temps précieux que d'employer un traitement local ou général; mais alors se présente une question chirurgicale de quelque gravité. Y a-t-il des chances de guérison en n'enlevant que la tumeur, ou est-il plus prudent d'amputer de suite le membre? L'amputation de la tumeur n'empêche pas la marche; elle ne compromet pas l'existence. Les malades s'y soumettent; mais ils ne comprendraient pas la nécessité d'amputer la jambe, et cependant il n'est pas parfaitement démontré pour nous qu'on puisse le guérir sans cela. Les tumeurs colloïdes en effet partent fréquemment des os qui sont mis à nus et altérés. Eh bien, quand le fond de la plaie est un os considérable, comme le tibia et le fémur, et que cet os est à nu, le malade court de grands dangers, et alors on se demande s'il ne vaudrait pas mieux faire de suite l'amputation du membre. Si j'étais persuadé de cela, je n'hésiterais pas; mais ici il y a un peu de mobilité dans la tumeur, et j'espère que l'os est sain. A. Bernard.

HOPITAL DE LA PITIE. — M. Piorry.

Angioleucite et érysipèle de nature septique.

Le lit n° 40 de la salle Sainte-Geneviève est occupé par une jeune femme âgée de vingt-six ans entrée à l'hôpital de la Pitié le 9 janvier courant.

Le 25 décembre, jour de Noël, cette femme, qui est enceinte de cinq mois, est tombée en montant un escalier et s'est fait dans sa chute une ulcération superficielle peu étendue à la face antérieure du tibia de la jambe gauche à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen.

La douleur qui suivit fut très vive, mais ne s'opposa cependant pas à la cessation des travaux de cette femme. Une légère exsudation sanguine se fit à travers le bas qui enveloppait la jambe et devint adhérente à la plaie, ainsi que nous l'assure cette malade; circonstance importante à constater, comme on le verra tout à l'heure, à cause de l'absorption de nature septique qui en a été la conséquence.

Le lendemain, un linge gras fut appliqué sur la plaie; de ce pansement, il en est résulté un commencement de cicatrisation; mais, quatre ou cinq jours après, une tuméfaction considérable s'est manifestée en se propageant vers la pointe du pied; elle est devenue d'autant plus forte que la malade continuait à travailler debout.

Dix jours après l'accident, l'enflure gagnant au-dessus de l'ulcération, il est survenu de la fièvre, un malaise général, de la gêne dans la respiration; la malade est obligée de se coucher; elle fait venir un médecin, qui la saigne; puis, voyant qu'elle n'allait pas mieux, il l'engage à venir à l'hôpital.

Le 10, à sa visite du matin, M. le professeur Piorry constate chez cette femme une thélodermite considérable (inflammation des papilles du derme), qui a son point de départ dans l'ulcération dont nous venons de parler et qui occupe les deux jambes, les cuisses, en se propageant vers l'abdomen en avant et vers les fesses en arrière.

Cette inflammation est très violente, et elle est étendue sur une surface de plus de deux pieds carrés. Le ventre est tendu, ballonné, la face est rouge; il y a de la fièvre, de la céphalalgie.

Quelle est la cause de cet érysipèle, quelle est sa nature? La cause, à n'en pas douter, c'est la plaie qui existe à la face antérieure de la jambe. Mais comment concevoir, dira-t-on peut-être, qu'une plaie aussi superficielle, qui n'avait primitivement guère plus de largeur qu'une pièce de deux francs, puisse compromettre la vie et causer des accidents d'une nature aussi grave que ceux que nous observons? C'est qu'il est survenu chez cette malade des phénomènes analogues à ceux qui se produisent toutes les fois qu'une veine est ouverte avec une lancette sale, ou bien qu'une piqûre a été faite avec la pointe d'un scalpel dans les amphithéâtres de dissection. Dans des cas pareils, on sait combien il est fréquent de voir survenir des phlébites, qui s'étendent de proche en proche, envahissent tout l'arbre circulatoire et causent la mort.

Ce que nous constatons chez notre malade, ce sont des phénomènes absolument semblables et qui se relient à toutes les maladies graves qui ont le caractère septique.

Une plaie a été faite sur la jambe et a ouvert plusieurs vaisseaux capillaires, puisque le sang qui s'est coagulé avait fait adhérer le bas à la jambe. Cette jambe était très sale; il s'est formé d'abord une croûte; au-dessous d'elle, il s'est accumulé du pus; puis est survenue une inflammation spéciale, une résorption de sanie putride et, comme conséquence, une angioleucite, qui est très visible le long du trajet des vaisseaux, et un érysipèle qui tend à se propager vers le tronc et les membres supérieurs.

Sous l'influence de ces circonstances, il s'est déclaré une fièvre très sérieuse, une prostration générale, une faiblesse de toute l'économie et une diminution de la puissance vitale, qui est portée très loin.

Procédant successivement à l'examen de tous les organes, du côté du foie et du cœur rien de particulier; de l'utérus, grossesse qui remonte à quatre mois et demi; le fond de cet organe n'est pas encore parvenu au niveau de l'ombilic.

L'intestin colon est rempli de matières fécales; l'S iliaque donne une matité très forte, il y a scorentérasie; il y a de plus ballonnement du ventre, acrentérasie.

En arrière et à droite, le poumon est peu sonore; il y a une pneumonémie hypostatique due à la lenteur, à la faiblesse de la circulation et qui est en rapport avec la difficulté qu'éprouve cette malade à respirer.

Le pouls est à peine perceptible, la face pâle, les yeux caves; on croirait que cette femme va périr en vingt-quatre heures.

Tel était l'état dans lequel se trouvait cette femme à la première visite. Aujourd'hui elle va beaucoup mieux.

N'ayant rien trouvé de grave du côté des poumons, du cœur et du foie, M. Piorry a pensé qu'il n'y avait rien à faire; mais songeant à l'état de la circulation, il a pensé qu'il fallait rendre du sang à cette femme et de l'énergie à la circulation. Et, quand même l'érysipèle eût été plus étendu, M. Piorry n'en eût pas moins songé, dit-il, à la faiblesse générale et n'eût pas moins prescrit de bon vin, de bon bouillon et une nourriture réparatrice.

L'érysipèle, s'étendant de proche en proche, a été limité avec le crayon de nitrate d'argent afin de juger de sa marche; puis, à l'exemple de Dupuytren, M. Piorry fit appliquer de larges vésicatoires sur le centre de l'érysipèle dans certains points, et sur ses limites dans d'autres. Par l'emploi de ces moyens, l'érysipèle s'est arrêté, et nous l'avons ainsi empêché de gagner l'abdomen et la région fessière.

Les purgatifs qui ont été administrés à l'intérieur et en lavements ont eu pour effet de produire des selles abondantes et l'évacuation de gaz qui causaient le ballonnement dont nous avons parlé. La respiration est devenue ainsi plus facile par suite de l'abaissement du diaphragme et de l'affaissement du ventre.

Aujourd'hui cette malade va beaucoup mieux; son facies est bon, sa voix est revenue forte; son pouls est large, développé, de débile et d'imperceptible qu'il était il y a cinq ou six jours.

Comme conséquence de ses croyances sur la cause de l'érysipèle, M. Piorry eut soin de faire laver et nettoyer avec le plus grand soin tout le pourtour de la plaie, et enlever les croûtes qui existaient sur l'ulcération; de ce pansement, il est aussi résulté un meilleur état de la plaie.

Mais aujourd'hui encore, nous devons craindre la marche de l'érysipèle vers la vulve et vers l'anus. L'inflammation tend à se propager vers les parties génitales, là où elle est si grave, à cause de l'émission de l'urine et de la présence des fèces qui salissent les parties et produisent des eschares dans la région sacrée.

C'est pour arrêter la marche de l'érysipèle qu'une forte traînée de nitrate d'argent a été faite à trois centimètres en avant du point où il est arrêté aujourd'hui. Une application de collodium a été faite aussi pour empêcher le contact des matières putrides et le frottement toujours douloureux des vêtements sur ces parties lorsqu'elles sont enflammées.

Les plus grands soins de propreté ont aussi été recommandés aux infirmières, toutes les fois que cette malade aura éprouvé le besoin d'uriner ou d'aller à la garde-robe.

Nous avons eu occasion de voir cette malade depuis le jour où M. Piorry en avait parlé à ses élèves, et nous avons pu constater chez elle la continuation du mieux-être où elle se trouvait. L'érysipèle n'a pas envahi les grandes lèvres, et s'est arrêté en arrière sur les fesses. Aujourd'hui qu'il est disparu et que la malade continue à aller de mieux en mieux, il est probable que sa convalescence ne se fera pas longttemps attendre.

Anasarque générale symptomatique d'une cardiopathie.

Le 31 décembre, est entré à l'hôpital de la Pitié un avocat âgé de soixante-six ans, et qui a été couché au n° 21 de la salle Saint-Raphaël.

Apporté à l'hôpital sur un brancard, ce malade y est arrivé étouffant, ne pouvant parler que par monosyllabes, obligé de rester toujours sur son séant dans son lit et de prendre un point d'appui avec ses membres supérieurs, de manière à pouvoir faire contracter ses muscles postérieurs et diminuer ainsi la difficulté extrême qu'il éprouvait dans la respiration. N'ayant pu dormir un instant depuis deux mois, à cause des efforts continuels et très pénibles qu'il était obligé de faire pour respirer, ce malade est arrivé à la Pitié dans un état de faiblesse extrême, infiltré depuis la pointe des pieds jusqu'aux cuisses et dans toute l'étendue des membres supérieurs. Une mort imminente semblait devoir être la conséquence de la position où se trouvait ce malheureux.

Procédant, suivant son habitude, à l'examen successif de tous les organes, M. Piorry trouve le ventre distendu par des gaz, un refoulement du foie et du diaphragme par en haut, et le cœur ayant un volume énorme.

Un emphysème eût été le diagnostic porté par beaucoup de personnes; mais à quelles indications thérapeutiques cela eût-il pu conduire, si ce n'est à chercher dans un formulaire un remède contre l'emphysème, puis à en faire la prescription?

Ce n'est pas ainsi, dit M. Piorry, que nous avons l'habitude de faire; vous nous voyez toujours examiner tous les organes, rechercher les altérations qui peuvent s'y trouver, puis

---

que dans l'exercice de son ministère, et que devait nous importer que notre ivrogne fût démocrate ou aristo! Cependant nous l'examinâmes plus attentivement et nous reconnûmes chez lui un certain air de distinction qui ne se rencontre pas d'ordinaire chez les ivrognes de bas étage; sa mise, sans être recherchée, n'était cependant pas celle des ouvriers, et la taille de sa redingote attestait que le vêtement sortait des mains d'un coupeur assez habile.

Enfin après beaucoup d'efforts nous parvînmes à le soulever; pendant que nous l'aidions à se raffermir sur ses jambes qui flageolaient:

— Cherchons ma femme, nous dit-il, c'est elle qui m'a entraîné dans sa chute.

Nous mîmes ce propos sur le compte de l'ivresse, mais l'inconnu insista tellement que force nous fut d'accéder à son désir.

En effet à quelques pas plus loin une femme assez bien vêtue et portant chapeau gisait également dans la boue. Nous lui prêtâmes notre ministère comme à son mari; et quand tous deux se furent cramponnés à nos deux bras, ils nous prièrent fort honnêtement de les ramener chez le docteur X..., rue Mouffetard, n°...

Le nom d'un confrère jeté ainsi au milieu de cette scène burlesque nous frappa, et nous pensâmes que nous rendions service aux domestiques du docteur. Mais notre illusion dura peu, car, à travers les divagations de l'ivrogne, nous reconnûmes bientôt que nous soutenions un confrère et sa douce moitié.

Nous arrivâmes ainsi jusqu'à l'adresse indiquée: la marche avait déjà dissipé une partie des vapeurs vineuses, et la guérison, ou, si l'on aime mieux, le retour à la raison fut complétement opéré par quelques gouttes d'ammoniaque administrées aux deux ivrognes.

Nous crûmes alors devoir nous permettre quelques remontrances sur l'état peu honorable dans lequel nous avions surpris notre confrère:

— C'est une vieille habitude, nous répondit celui-ci, à laquelle il me serait difficile de me soustraire aujourd'hui. Voilà bientôt quinze ans que j'habite le quartier Mouffetard; j'y suis connu et aimé de tous les ouvriers; chaque lundi je vais dîner avec eux à la barrière, et je m'efforce de leur donner de bons conseils politiques et médicaux; j'en ai sauvé plus d'un de la déportation, et chez presque tous j'ai su prévenir des maladies graves. Je passe ma vie au milieu du peuple, et ce n'est pas trop ma faute si j'en ai pris quelques habitudes.

— Mais votre femme, elle.....

— Oh! pour ma femme, c'est différent! Ce n'est que par occasion qu'elle vient à la barrière et qu'elle *abuse du bleu*. Quand elle s'ennuie par trop toute seule à la maison, elle sait où me trouver, et le peuple, dont elle est aimée au moins autant que moi, fête sa visite, et ma femme a trop bon cœur pour rester insensible à ces marques d'amour et d'adoration; elle trinque avec lui et oublie quelquefois que, si un verre de bleu soutient la femme, deux la jettent par terre.

Ce récit, tout à la fois burlesque et naïf, ne nous déplaisait pas; nous reprîmes:

— Mais ce peuple, dont toutes les affections vous sont acquises, devrait se faire un devoir de vous ramener chez vous et ne pas vous exposer à être écrasés par les voitures.

— Hélas! répondit notre confrère avec un profond soupir, ce n'est pas la bonne volonté qui lui manque; mais bien la force. Quand je pars, mes commensaux sont ordinairement sous la table, et plus embarrassés que moi de regagner leur logis.

— Et jamais il ne vous est arrivé de fâcheux accidents?

— J'ai toujours le bonheur d'être reconnu par quelque client du quartier, qui me rend le service que vous m'avez rendu ce soir.

Nous allions nous retirer en pensant à la vérité du proverbe: *Il y a un dieu pour les ivrognes*, quand notre confrère nous arrêtant sur le seuil de la porte:

— Hippocrate, nous dit-il, notre grand maître à tous, ordonne de purger au moins une fois par mois les humeurs par la méthode en usage aux barrières; pour moi, dont la quantité d'humeurs est considérable, j'éprouve le besoin de cette purgation une fois par semaine.

Après cette facétieuse explication, nous quittâmes notre confrère en regrettant vivement que quelque Eugène Sue n'eût pas eu la fantaisie d'écrire les Mystères de la médecine dans la capitale du monde civilisé. XX.

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

L'article relatif à une opération de scarification du col de la vessie pratiquée par M. Mercier avec un instrument spécial publié dans votre numéro du mardi 24 janvier m'oblige à vous prier d'insérer les observations suivantes:

1° J'ai imaginé, appliqué et publié avant M. Mercier les moyens d'appréciation des déformations du col de la vessie;

2° J'ai imaginé, pratiqué et publié avant M. Mercier la méthode de l'incision des scarifications du col, dans le but de remédier à certaines rétentions d'urine;

3° Les scarifications du col de la vessie dont vous donnez la figure est la reproduction à peu près identique de l'un de mes scarificateurs prostatiques.

Si M. Mercier conteste ces trois points, je lui propose de renvoyer l'examen de la question à un tribunal arbitral désigné par le bureau de l'Association des médecins de Paris, lequel sera autorisé par nous à prononcer une amende au profit de la caisse de l'Association contre celui des deux qui sera reconnu mal fondé dans ses prétentions.

Salut et fraternité, Le Roy-d'Etiolles.

nous servir de cette base pour formuler nos prescriptions. Combattons donc ce que nous voyons, et ne combattons pas l'emphysème.

Ce malade a les bronches pleines de mucosités, il a de la difficulté à expectorer; nous lui donnerons le tartre stibié en potion à la dose de 0,10 et 0,15 centigrammes comme expectant, et aussi comme évacuant pour donner issue aux gaz qui distendent l'abdomen et gênent la respiration en refoulant le diaphragme.

Pour combattre la faiblesse générale de toute l'économie, et en particulier contre l'hydrémie, nous donnerons, aussitôt que le ventre ne sera plus distendu, de bon vin, de bons aliments, et nous insisterons, à part le vin, sur une abstinence complète de boisson.

Sous l'influence de ce traitement, et surtout des potions stibiées qui ont été données à plusieurs reprises, il est survenu un changement, une amélioration des plus surprenants.

Quand on demande à ce malade comment il se trouve, il répond qu'il lui semble revenir de l'autre monde. Pendant deux mois, nous dit-il, j'ai épuisé, d'après les ordres de mon médecin, toutes les ressources thérapeutiques; j'ai pris de la digitale sous toutes les formes, en teinture, en pilules, en sirop. Tous les jours mon médecin revenait me voir, et tous les jours c'étaient de nouvelles ordonnances, de l'oxymel scillitique, du nitrate de potasse, du sirop de Tolu, des saignées, des tisanes de toutes sortes, et tout cela sans aucune amélioration; j'allais toujours de plus mal en plus mal.

Aujourd'hui je respire avec grande facilité, je puis bien dormir, mes jambes sont désenflées et mes bras le sont bien moins; je suis enfin plus heureux qu'un roi, et en admiration devant ce traitement.

La plessimétrie constate qu'en effet le cœur a considérablement diminué de volume, et qu'il est presque à l'état normal.

L'auscultation, d'un autre côté, nous démontre qu'il n'y a plus de mucosités dans les bronches, plus de ronchus sibilants, et que la respiration se fait sans difficulté.

Syphilis constitutionnelle. — Syphilémie. — Excision d'une végétation syphilitique d'un volume considérable.

Au n° 17 de la salle Sainte-Geneviève, se trouve une jeune femme atteinte de vérole constitutionnelle, de syphilémie et de végétations syphilitiques.

L'une de ces végétations, ou plutôt de ces tumeurs, a un volume tel, qu'il est rare d'en voir de semblables. Elle avait bien 8 centimètres d'avant en arrière, 5 de côté, et faisait une saillie de 3 centimètres. Elle était située à la partie interne et supérieure de la cuisse gauche, à côté des parties génitales. En face d'elle, se trouvait une tumeur pareille, mais beaucoup plus petite.

De nature fongueuse, ces tumeurs contenaient de gros vaisseaux et avaient tout à fait l'apparence des tumeurs érectiles.

Cette femme a eu autrefois des chancres indurés, et elle a aujourd'hui une syphilémie, c'est-à-dire une état spécial du sang qui existe chez les individus atteints de vérole constitutionnelle.

La syphilis a causé, chez cette malade, à la façon des fièvres éruptives, une éruption spéciale dans le même genre que celle de la lèpre ou de la petite vérole. La peau de la plus grande partie du corps est couverte de taches spéciales connues sous le nom de *syphilides*, et qui sont dues à une espèce de transsudation sanguine qui donne à la peau l'apparence de celle d'une panthère rougeâtre.

Trois centigrammes de proto-iodure de mercure ont été prescrits matin et soir.

Mais, là comme ailleurs, il faut combiner le traitement général, et songer à enlever ces végétations. M. Ricord, dont l'autorité est si grande en cette matière, ne pense pas que ces végétations soient de nature contagieuse; mais M. Piorry ne partage pas son opinion, et il s'appuie, pour la soutenir, sur les cas nombreux dans lesquels il a vu des végétations produites par leur contact sur les parties saines qui leur étaient opposées. Ainsi, chez notre malade, le liquide sanieux, ichoreux qui s'échappait de la surface avait produit sur la cuisse du côté opposé une végétation pareille, mais d'un plus petit volume.

En général, c'est chose très facile que l'excision de ces végétations; mais quand elles ont acquis un développement aussi considérable que celle dont nous parlons, et que de gros vaisseaux se trouvent dans son épaisseur, c'est véritablement une tumeur érectile à enlever.

Une ligature n'était pas applicable à cause de la base, qui était beaucoup trop large. Il aurait fallu percer la tumeur de part en part, et la cerner au moyen de plusieurs ligatures; mais c'est une opération qui est très douloureuse à supporter.

Parmi les cautères, on aurait pu choisir le fer rouge; mais il aurait fallu faire plus de dix applications pour arriver à une destruction complète.

Il fallait donc nécessairement recourir à l'instrument tranchant; c'est aux ciseaux que M. Piorry a donné la préférence, il les regarde comme causant une douleur bien moins vive que le bistouri. Plusieurs chirurgiens leur ont reproché de mâcher les plaies et de s'opposer à leur cicatrisation; mais c'est là un reproche sans fondement, car les mêmes chirurgiens qui étaient opposés aux ciseaux étaient les premiers à s'en servir et à ne leur trouver aucun inconvénient alors qu'il s'agissait de l'opération du bec-de-lièvre.

Comme les limites inférieures de la tumeur n'étaient pas bien connues, M. Piorry a enlevé un peu de peau, d'où il est résulté une plaie assez large qui se trouve dans le pli interne de la cuisse. Mais cette plaie guérira très bien; les tissus d'alentour, la peau des grandes lèvres, celle du bas-ventre elle-même, se prêtent facilement à cette cicatrisation. Il est d'observation que les plaies de cette région présentent presque toujours des cicatrices peu étendues, quoique la perte de substance ait été considérable.

M. Piorry avait fait préparer le fer rouge dans la crainte d'une hémorrhagie, mais il n'eut pas besoin d'y avoir recours.

Le sang cependant coulait avec assez de force par trois petites artérioles que l'on ne put parvenir à tordre. Mais de la charpie, des compresses, et la compression faite au moyen du spica de l'aine, suffirent pour arrêter l'hémorrhagie.

L'induration des parties situées au-dessous de la plaie, et la crainte de voir survenir un érysipèle, furent les deux raisons qui décidèrent M. Piorry à faire un pansement à plat plutôt que de réunir par première intention.

HOPITAL DE MARMANDE (Lot-et-Garonne). — M. Dubourd.

Nouveau cas de guérison d'un spina-bifida, par le procédé de l'ablation de la tumeur et de la suture entortillée.

Dans les premiers jours de décembre 1848, la femme Veyré, du village de Samazan, arrondissement de Marmande, mit au monde un enfant à terme, porteur d'une tumeur ronde, fluctuante, de la grosseur d'une petite pomme, à la région cervicale postérieure.

La femme était jeune, primipare; l'enfant parfaitement conformé, sauf la tumeur précitée.

Le docteur Rayne, voisin de cette famille, fut immédiatement consulté, reconnut de suite la nature de cette lésion congénitale; et, sachant que j'en faisais un sujet d'étude, se hâta de me faire appeler pour vérifier le cas et délibérer sur le parti à prendre.

Je ne pus me rendre auprès de l'enfant que quinze jours après sa naissance, c'est-à-dire le 28 décembre. L'examen de la tumeur, située vers la quatrième vertèbre cervicale, ne me laissa aucun doute sur son origine et sur la nature de ses parties constitutives. Ensemble du volume d'un œuf de poule qui serait un peu tronqué par ses deux sommets; base large, charnue, se continuant sans démarcation avec la peau des environs; surface extérieure à sommet tronqué, formée par une peau très amincie et transparente, distendue par un liquide roussâtre, comme celui de l'hydrocèle ordinaire. En pressant sur la tumeur avec le plat de la main, comme pour l'amoindrir ou l'effacer, l'enfant poussait des cris et s'agitait violemment. En saisissant la tumeur par la base comme pour la soulever, on parvenait à introduire le bout du doigt indicateur à travers une anfractuosité osseuse dans le canal rachidien. Cette manœuvre, qui fut répétée par M. Rayne, témoin pour la première fois d'un fait semblable, occasionnait aussi de la douleur à cet enfant, qui d'ailleurs semblait doué du meilleur caractère.

Avec l'assistance très intelligente de mon honorable confrère, qui n'eut pas un instant de doute sur le caractère de la lésion, je pratiquai incontinent l'opération de la manière suivante:

L'enfant fut renversé la face en bas, sur les genoux d'une femme, tandis qu'une autre lui tenait la tête assujettie, de manière à tendre la surface postérieure du cou d'où s'élevait la tumeur. Je traçai avec un bistouri convexe une incision ovale de haut en bas, et étendue d'un pouce et demi, à la base de la proéminence. Cette première incision comprit à peu près toute l'épaisseur de la peau. Dans un second temps, et reportant le tranchant du bistouri dans la ligne tracée, je pénétrai vivement dans le kyste, que j'enlevai par une seule manœuvre.

A l'instant où les tissus sous-cutanés, fibreux et membraneux furent incisés, un flot de liquide séreux et limpide vint inonder ma main; la tumeur s'affaissa, mais il en sortit deux fois plus de liquide qu'elle ne paraissait pouvoir en contenir. Au même moment, M. Rayne saisit et pinça avec l'indicateur et le pouce les lèvres de la plaie, qu'il souleva pour empêcher, autant que possible, l'introduction de l'air dans le canal rachidien. Ayant fait comprendre à ce confrère l'importance que j'attachais à la rapidité de l'opération, je fus merveilleusement secondé dans cette première partie; et après avoir constaté qu'au-dessous de la tumeur existait une fente osseuse d'environ un pouce de hauteur sur un demi-pouce de largeur, nous procédâmes à la suture. Quatre épingles assez longues et bien affilées furent successivement placées de haut en bas; un cordon plat de fils cirés fut entortillé plusieurs fois autour de ces épingles, et toutes les parties divisées soigneusement affrontées.

L'enfant perdit fort peu de sang, cria médiocrement, et aussitôt le pansement terminé prit avidement le sein de sa mère.

Après trois jours révolus je visitai le petit opéré. Rien de notable ne s'était passé, si ce n'est un peu plus d'agitation et d'insomnie qu'à l'ordinaire. Les pièces de l'appareil étaient intactes, je les enlevai successivement et avec beaucoup de précaution; les tissus me parurent dans les meilleures conditions. J'ôtai les deux épingles du milieu et maintins l'adhésion commencée par une bandelette de sparadrap; je crus prudent de laisser encore en place l'épingle d'en haut et celle d'en bas. M. Rayne les enleva deux jours après, et continua les pansements avec les bandelettes agglutinatives.

Les informations qui me furent adressées sur le petit malade furent si satisfaisantes, que je n'allai le revoir que douze jours après le premier pansement; je trouvai alors la cicatrice ferme, rosée et linéaire, offrant à peine de légers enfoncements aux points qu'avaient occupés les aiguilles.

Le succès est aujourd'hui (vingt-cinq jours après l'opération) si complet et tellement satisfaisant, qu'on touche sous la cicatrice les tubercules apophysaires déjà plus rapprochés, et que l'intervalle est comblé par un tissu inodulaire résistant qui éloigne toute crainte pour l'avenir.

Je ne reviendrai pas ici sur la contexture de ces tumeurs que j'ai décrites lors de mes premières opérations; elles se composent de la peau plus ou moins amincie, de quelques trousseaux fibreux accidentels et des membranes enveloppantes de la moelle épinière. Celle qui fait le sujet de cette observation a été envoyée à M. le professeur Roux, qui voudra bien, j'en suis sûr, la montrer à tous ceux qui seraient curieux de l'examiner.

Qu'on me permette actuellement, et une fois pour toutes, quelques observations sur cette opération et sur les critiques dont elle a été l'objet. J'avais établi dans des propositions pratiques les conditions auxquelles le succès était probable, soit qu'on se soit écarté de ces conditions, soit d'autres circonstances que je ne puis apprécier, quelques chirurgiens ont fait des essais infructueux. Mon illustre maître, M. Roux, a lui-même échoué deux fois, et je conviens que ce résultat malheureux est de nature à faire hésiter des praticiens moins expérimentés. C'est pour ce motif que je viens déclarer, avec toute l'énergie d'une conscience touchée du seul intérêt de l'art et de l'humanité, que j'ai foi dans la rationalité et dans l'avenir de la méthode que j'ai proposée et employée trois fois avec un succès incontestable.

A la rigueur, je pourrais compter cinq succès au lieu de trois; car dans deux autres cas que je n'ai pas publiés, la cicatrisation de la plaie était à peu près achevée lorsque les petits malades ont succombé à des effections intercurrentes: l'un, par exemple, au *muguet*, et l'autre à une gastro-entérite chronique. Dans ces deux cas, la fente osseuse avait une bien plus grande et peut-être trop grande dimension; néanmoins la suture, secondée par des agglutinatifs, avait amené l'obturation du *spina-bifida*, après environ trois semaines de pansements méthodiques, lorsque les accidents que j'ai mentionnés ont laissé les choses dans une situation trop douteuse pour oser enregistrer de véritables réussites.

Mais il reste, en fin de compte, trois guérisons contre deux revers ou demi-revers; résultat déjà bien satisfaisant, dans une matière aussi grave, pour justifier la méthode opératoire, que je persiste à tenir pour la meilleure, toutes les fois qu'il sera rationnel d'attaquer le spina-bifida par un moyen quelconque.

C'est précisément là le point de démarcation difficile à saisir: j'ai été moi-même tenté quelquefois de dépasser les limites que j'avais tracées. J'ai résisté néanmoins dans un cas qui est encore sous mes yeux: il s'agit d'un enfant, âgé aujourd'hui d'un an, affecté d'une large tumeur à la région sacrée et à travers laquelle on touche les aspérités osseuses et un écartement considérable des pièces du sacrum ou des dernières vertèbres lombaires. Toute tentative chirurgicale serait insensée dans un cas pareil.

Comment, par exemple, expliquer les deux insuccès d'un opérateur aussi habile que M. Roux, si ce n'est en admettant que les sujets qu'il a entrepris de guérir présentaient un trop grand écartement de la ligne apophysaire?... Je le répète, il est prudent de s'abstenir lorsque la tumeur dépasse le volume d'un œuf, que l'écartement présumé est de plus d'un pouce et que l'enfant n'offre pas d'ailleurs toutes les conditions de viabilité.

Association générale des Médecins de Paris.

Séance du 22 janvier 1849. — Présidence de M. Larrey.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, qui est lu et adopté, M. Chassaignac demande que la commission nommée pour examiner la proposition de M. Dupré soit autorisée à s'occuper de toutes les questions relatives à l'enseignement de la médecine.

M. Barth n'approuve pas toutes les idées émises par M. Dupré; des objections sérieuses pourraient être adressées à la critique qu'il a faite de l'enseignement actuel, et au projet qu'il propose; mais, pour cela, il est nécessaire que les conclusions soient nettes, précises, afin qu'elles servent de texte à une discussion au sein de la commission, et plus tard à la délibération de l'assemblée.

M. Chassaignac insiste pour que l'assemblée prenne en considération le vœu qu'il vient d'exprimer: Nous devons nous attendre, dit-il, à ce que l'enseignement de la médecine soit prochainement modifié par l'Assemblée législative future, ou même par la Constituante actuelle, à propos de la discussion du budget de 1849; il serait important qu'une commission fût dès à présent chargée d'examiner la question, afin de tenir en réserve pour le moment de la discussion les documents propres à l'élucider.

Cette proposition étant appuyée, une commission, composée de MM. Chassaignac, Barth, Depaul et Martin-Magron, est instituée.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur la répression du charlatanisme.

M. Fournet expose que la commission nommée à cet effet s'est réunie plusieurs fois, qu'elle a envisagé la question sous toutes ses faces et qu'elle s'était décidée à la traiter d'une manière approfondie lorsqu'elle a été prévenue qu'elle n'avait qu'à donner son avis sur le point de savoir s'il fallait accepter la proposition de M. Chassaignac; sa mission était dès lors singulièrement restreinte: elle vient donc déclarer par son organe qu'elle croit de l'intérêt, de la dignité de l'assemblée de prendre en considération la proposition qui lui est soumise.

M. Chassaignac développe le sens et le but de sa proposition; il voudrait un comité de douze membres, pris dans les douze arrondissements, afin d'embrasser le plus grand nombre de faits qu'il sera possible. Il voudrait que la commission se bornât pendant quelque temps à signaler les actes de charlatanisme, et cette publicité aurait sans doute pour premier résultat de retenir ceux chez qui tout sentiment de pudeur n'est pas éteint et qui hésiteraient à la seule pensée d'une surveillance active de l'Association; que, si des faits susceptibles d'une répression efficace arrivaient aux oreilles de la commission et qu'il fût possible d'en saisir l'autorité judiciaire, l'Association pourrait arriver ainsi à son but beaucoup plus efficacement que ne le ferait un individu isolé.

M. Cahen espère que la commission aura à examiner, non-seulement les actes répréhensibles des charlatans sans diplôme, mais encore ceux des médecins exerçant légalement.

M. Fournet désirerait que la commission se plaçât à un point de vue plus élevé; il voudrait qu'elle ne se bornât pas à enregistrer des faits plus ou moins blâmables, mais qu'elle remontât à la source même de ces faits, qu'elle en cherchât les mobiles divers, qu'elle signalât surtout ceux qui sont inhérents à l'organisation médicale existante; enfin, qu'elle proposât des institutions nouvelles les plus propres à guérir la plaie honteuse du charlatanisme.

M. Durand-Fardel craint que le rôle de la commission ne soit pas assez nettement tracé; il voudrait un programme qui pût devenir le point de départ d'une discussion approfondie.

M. Chassaignac pense que la commission aura:

1° A recueillir et classer par catégories les faits de charlatanisme;

2° A préparer des matériaux et des solutions pour la loi à intervenir sur l'exercice de la médecine;

3° A faire à l'Assemblée des communications mensuelles sur les faits qui peuvent intéresser l'Association;

4° A soumettre à l'Assemblée les résolutions qui pourraient être mises à exécution pour entraver directement les actes répréhensibles du charlatanisme.

Le secrétaire général, DEPAUL.

NOUVELLES.

Les nominations suivantes ont été faites par suite de divers concours ouverts à la faculté de médecine de Strasbourg pendant le mois de décembre :

Aides de clinique: MM. Herrenschneider, Bedel, Roudolphi.

Externes à l'hôpital civil : MM. Trautmann, Daval, Lauth, Culmann, Bürglin, Bruch, Horst.

Elèves de l'école pratique (première classe) : MM. Saucerotte, Bierck, Courvoisier, Simon, Cassel, Weber, Lombard, Daval, Krauss, Sonntag, Kœberlé, Schuh, Chauvin.

— La *Gazette Allemande* de Francfort (*Deutsche Zeitung*) rapporte un curieux exemple de suicide. Un artilleur prussien s'est donné la mort, au milieu de la nuit, en se plaçant à la bouche d'une pièce de douze, à laquelle il mi le fcu lui-même. Les débris de son cadavre furent projetés à une grande distance.

Nouvelles du choléra.

Nous pouvons annoncer d'une manière certaine que l'épidémie a complétement disparu à Fécamp, ainsi que de la malheureuse commune où elle a sévi d'une manière si déplorable.

Aujourd'hui, nous n'avons plus à constater que quelques cas de cholérine, atteignant surtout les enfants, mais sans caractère grave dès que les soins convenables sont apportés.

(*Progressif Cauchois*)

— Le choléra et la fièvre typhoïde sévissent avec tant de rigueur à Lille, au faubourg de la Madeleine, que dans l'espace de quelques jours on a constaté 26 décès, nombre qui, pour le faubourg, dépasse celui des morts de toute une année dans les temps ordinaires. C'est surtout dans un bloc de maisons situé derrière la chapelle que la maladie frappe le plus de victimes. Ce quartier est dans de très mauvaises conditions de salubrité, et sans doute que, pour répondre aux avertissements qu'elle a reçus depuis longtemps, l'autorité s'empressera, quand le fléau aura disparu, de faire exécuter des travaux d'assainissement.

— On écrit de Londres, le 25 janvier :

« Le choléra continue à sévir dans notre capitale. Hier, il y a eu ici 175 nouveaux cas de cette maladie et 75 décès. »

— Le choléra qui, depuis la fin d'octobre, avait cessé d'affliger Constantinople et ses environs, a reparu vers la fin de décembre et durait encore le 5 janvier. Quelques Européens haut placés en ont été victimes; on regrette surtout M. Pierre Marteuara, chargé d'affaires du royaume des Deux-Siciles, et qui, depuis 1840, avait remplacé à Constantinople M. le baron Tschudi. A peine âgé de trente-huit ans quand la mort est venue l'enlever à ses nombreux amis, ce jeune diplomate s'était fait une haute et juste réputation de capacité. Son caractère noble et loyal lui avait valu l'affection de toutes les personnes qui s'étaient trouvées en rapport avec lui. Parmi les victimes du choléra, on cite encore M. Ashburnham, premier secrétaire de l'ambassade anglaise à Constantinople.

— *Le choléra à Vienne*. — L'apparition du fléau à Vienne ne peut plus être révoquée en doute. Le 29 décembre, le choléra a éclaté à l'hôpital militaire, dans une des salles les mieux aérées de l'établissement; plusieurs soldats ont été atteints, ainsi qu'un infirmier qui les soignait et un garçon d'amphithéâtre. Le 5 janvier, les premiers cas ont paru dans la population civile, mais en très petit nombre. On compte en moyenne jusqu'ici trois nouveaux malades par jour. Le 11 janvier, le chiffre total des cas observés s'élevait à quarante-cinq.

— D'après la *Deutsche Zeitung*, le choléra aurait éclaté à Saint-Goar sur le Rhin (duché de Nassau). C'est le point le plus rapproché de Strasbourg, dans la direction nord, qui ait encore été visité par cette épidémie.

Saint-Pétersbourg, 16 janvier. — Journée du 11 janvier, 24 nouveaux malades, 7 guérisons, 13 décès, dont 5 à domicile.

Journée du 12, 14 nouveaux cas, 4 guérisons et 4 décès (dont 3 à domicile).

Journée du 13, 11 nouveaux malades, 6 guérisons et 8 décès (dont 4 à domicile).

Journée du 14, 23 nouveaux malades, 4 guérisons et 13 décès (dont 1 à domicile).

Journée du 15, 21 nouveaux malades, 5 guérisons et 7 décès (dont 1 à domicile). (*Journal de Saint-Pétersbourg.*)

STATISTIQUE DU CHOLÉRA EN RUSSIE PENDANT LES ANNÉES 1847 ET 1848 (1).

Communiqué par M. le Dr CH. FRETTENBACHER, médecin de l'hôpital ophthalmique de Moscou.

GOUVERNEMENTS.	POPULATION.	MILLES.	PENDANT L'ANNÉE 1847. MALADES.	DÉCÈS.	ÉPOQUES. DEPUIS LE	JUSQU'AU	PENDANT L'ANNÉE 1848. MALADES.	GUÉRIS.	DÉCÈS.	RESTÉS.	ÉPOQUES. DEPUIS LE	JUSQU'AU
Provinces transcaucasiennes	1000000	1760	29730	10955	16 oct. 46	déc. 1847.	—	—	—	—	—	—
Stavropol, avec les troupes de la province du Caucase	402300	1957	63632	26760	24 mai	16 nov.	—	—	—	—	—	—
Bessarabie	792000	854	—	—	»	»	41677	29566	12107	4	6 juillet	16 nov.
Cherson	842400	1332	347	86	21 sept.	1 janvier.	39243	29853	9390	—	27 mai	28 octobre
Tauride	572200	1160	1152	462	9 août.	14 déc.	14108	8456	5650	2	25 juin	27 nov.
Territoire des Cosaques de la mer Noire	124100	693	2327	853	26 juillet	15 »	—	—	—	—	»	»
du Don	704300	2943	29973	9256	12 »	27 nov.	—	—	—	—	»	»
Podolie	1703000	774	294	85	26 sept.	7 janvier.	93464	60184	32866	414	29 mai	9 déc.
Jekaterinoslaw	861000	1206	10640	3137	12 juillet	22 déc.	38018	25211	12877	—	10 juin	25 octobre.
Taganrog (ville et territoire)			2051	911	21 »	19 sept.	5219	3486	1733	—	»	5 nov.
Poltava	1783000	896	2311	794	16 août	3 janvier.	88831	55148	33686	—	6 mai	28 octobre.
Kharkoff	1467000	985	11977	3663	20 juillet	11 déc.	84353	53991	30343	19	19 juin	2 déc.
Kieff	1605000	914	4350	1840	23 sept.	20 janvier.	96856	59181	36032	1643	11 »	11 nov.
Volhynie	1445500	1296	231	102	20 nov.	17 déc.	63599	38770	24545	284	7 juillet	2 déc.
Tschernigoff	1430000	1000	3088	945	19 août	1 janvier.	81116	46588	32490	38	10 juin	10 »
Woronège	1658000	1209	14209	5694	23 »	1 déc.	86326	42487	43839	—	7 »	15 octobre.
Tamboff	1750000	1202	3533	2218	29 »	7 »	54478	29338	25140	—	11 »	5 déc.
Koursk	1680000	818	19109	7431	5 »	1 janvier.	83993	52790	31190	13	16 »	4 »
Orel	1503000	859	9837	4087	17 »	1 »	32290	18238	13988	64	6 juillet	19 nov.
Toula	1227000	555	1102	327	8 sept.	10 »	50628	3 923	16705	—	21 juin	1 »
Kalouga	1006400	573	239	115	17 »	15 »	27181	46090	11091	—	7 juillet	19 octobre.
Riazan	1365000	766	20	14	»	»	29132	15655	13477	—	»	28 »
Mohileff	931300	885	4567	787	31 octobre	1 »	47177	32345	14820	12	10 »	14 déc.
Minsk	1041000	1672	211	68	20 »	1 »	22841	16856	5943	42	27 juin	4 »
Wilna	863700	768	—	—	»	»	14150	10385	3738	27	5 juillet	13 nov.
Grodno	907100	698	—	—	»	»	18801	13138	5220	443	11 »	27 »
Kovno	915000	758	—	—	»	»	16914	12244	4557	113	20 »	6 déc.
Smolensk	1170600	1020	—	—	»	»	335·8	19177	13613	748	7 »	6 octobre.
Vitebsk	789500	810	228	49	2 déc.	1 janvier.	44154	32457	11697	—	16 juin	30 »
Tobolsk	600000	18000	—	—	»	»	2854	1518	1336	—	12 juillet	21 »
Perm	1638000	6073	—	—	»	»	9173	5817	3342	14	3 »	2 déc.
Orenbourg (civils)	1893500	6773	2891	1467	15 sept.	1 janvier.	49534	26670	22807	57	1 juin	1 déc.
(militaire)		—	—	—	»	»	14376	8105	6259	3	»	»
Astrakhan	284000	2860	7132	3772	4 juillet	1 nov.	4992	2238	2754	—	13 »	21 octobre.
Saratoff	1718600	3535	32906	16260	«	25 déc.	60455	30735	29720	—	4 »	1 nov.
Penza	1087200	690	3026	1272	23 août	»	40809	23517	17291	—	1 juillet	»
Simbirsk	1318900	1315	5726	1023	8 sept.	3 janvier.	41284	23435	17849	—	5 »	18 octobre.
Kasan	1342000	1828	14053	7002	7 »	7 »	69753	20924	17124	5	29 juin	5 déc.
Viatka	1662000	2500	79	37	19 »	22 déc.	6015	3324	2691	—	27 »	6 »
Nishy-Novgorod	1178200	877	141	58	8 »	1 janvier.	15603	8571	7032	—	3 juillet	20 nov.
Vladimir	1246500	862	—	—	»	»	30471	14635	15836	—	6 juin	17 »
Moskou (gouvern.)	1374600	590	610	251	10 sept.	24 »	42066	22281	19785	—	8 avril	3 déc.
(ville de)	366000	—	3494	1780	18 »	5 février.	16214	8220	8024	—	»	25 »
Yaroslaff	1008100	660	4	3	»	»	17465	9589	7776	—	8 juillet	21 octobre.
Costroma	1054600	1496	—	—	»	»	10938	4809	6129	—	»	27 »
Vologda	822200	6367	—	—	»	»	3185	1607	1578	—	»	20 »
Olonetz	263000	2785	—	—	»	»	1401	715	686	—	»	17 »
Arkhangel	250000	15519	—	—	»	»	1769	774	995	—	»	13 déc.
Tver	1327700	1224	56	32	13 oct.	25 déc.	13216	5539	7677	—	27 juin	8 »
Novgorod	907900	2213	—	—	»	»	7150	3753	3397	—	»	25 octobre.
Pskoff	775900	809	—	—	»	»	2399	1267	1132	—	»	27 »
Saint-Pétersbourg (gouvern.)	643700	970	—	—	»	»	7103	4513	2584	6	16 »	13 déc.
(ville de)	443000	—	—	—	»	»	26326	11783	14997	46	»	26 »
Cronstadt	40000	—	—	—	»	»	3172	1485	1682	5	»	14 »
Esthonie	310400	376	—	—	»	»	1119	595	486	38	26 juillet	6 »
Livonie	814100	854	—	—	»	»	11142	7513	3562	37	24 »	9 »
Courlande	553300	496	—	—	»	»	5186	3128	2033	25	21 »	15 »
Totaux :			285460	116000		Totaux :	1693662	1018216	669998	5418		

Dans le royaume de Pologne, depuis son apparition jusqu'au 17 décembre.

	POPULATION.	MILLES.	MALADES.	DÉCÈS.			MALADES.	GUÉRIS.	DÉCÈS.	RESTÉS.		
A Varsovie (ville)	156000						4051	2437	1609	5		
Dans le gouv. de Varsovie	1664812	668					11570	5358	6079	133		
— de Lublin	1001150	548					15079	8313	6553	193		
— d Readom	944625	454					4275	1706	2280	289		
— de Plock	536895	318					7217	3174	3982	61		
— d'Augustow	622317	342					7978	5100	2736	142		
						Totaux :	50170	26104	23239	827		

(1) D'après les rapports officiels de la Gazette médicale de Saint-Pétersbourg.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 1er FÉVRIER 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 13.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 31 JANVIER 1849.

Sur la séance de l'Académie.

La correspondance a été ouverte par une lettre de M. Prus. Cet honorable confrère demande que l'Académie nomme une commission pour rédiger un programme de questions scientifiques que les médecins sanitaires d'Orient seraient chargés d'élucider. Il appelle spécialement l'attention de l'Académie sur l'absence du cancer en Orient, et partant sur l'avantage qu'il y aurait à envoyer dans ces contrées les individus affectés ou menacés de cancer.

Nous connaissons tout le zèle de M. Prus pour la science, et nous ne doutons pas que la plupart de ses collègues ne lui ressemblent sous ce rapport ; mais nous croyons que ce zèle trouvera un aliment suffisant et dans l'étude des nombreuses questions signalées à leur attention dans les instructions qu'on leur a données, et dans l'accomplissement exact des devoirs administratifs non moins nombreux qui leur sont imposés. Si les médecins sanitaires veulent avoir quelques chances de se maintenir dans leur position, il est important qu'ils nous apprennent bientôt quelque chose sur la peste ; car c'est de cette manière seulement qu'ils peuvent prouver l'utilité de leur institution, qui ne saurait, dans aucun cas, être fondée à perpétuité. Qu'ils consacrent donc tous leurs loisirs à l'étude de la peste, et qu'ils soient bien convaincus que les loisirs leur manqueront plus tôt que les moyens de les employer.

Comme nous l'avions pensé et prédit, M. Piorry a relevé le gant que lui avait jeté M. Lachaise, avec cette verdeur que l'on connaît à l'honorable professeur. M. Piorry n'a pas marchandé les termes. Si M. Lachaise n'a pas trouvé la rate gonflée, c'est que M. Lachaise ne sait pas le premier mot de l'orthodoxie en fait de plessimétrie. M. Piorry se disposait à chercher aux opinions de M. Lachaise des raisons extra-scientifiques dont l'Académie a empêché le développement par un ordre du jour qui a coupé court à toute discussion. Quels que puissent être les motifs de M. Piorry pour porter la discussion sur un terrain irritant, nous le félicitons de n'avoir point résisté au sentiment de l'Académie, et de s'être purement et simplement réservé le droit de combattre les observations scientifiques de M. Lachaise, lorsque la commission fera son rapport. C'est uniquement dans un triomphe scientifique que M. Piorry doit chercher et placer ses intérêts ; car c'est là, et exclusivement là, que sont ceux de tout homme de science.

Après quelques courtes explications de la part de M. Guérin sur des allusions de M. Malgaigne, et dont celui-ci a eu le tort de ne pas avouer franchement le sens, la parole a été donnée à l'honorable rapporteur de la commission du chloroforme, pour résumer la discussion et réfuter les objections qu'on avait faites au rapport. La conclusion générale du discours de M. Malgaigne, c'est que, depuis la séance du 3 novembre, l'honorable académicien, quoi qu'il en dise, n'a rien appris ni rien oublié. Il avoue bien, pour la forme, que son travail offre quelques imperfections, que quelques-uns de ses contradicteurs sont des hommes de sens, d'expérience, des observateurs distingués même ; mais en définitive aucune de leurs objections n'a de valeur, et le rapport doit rester comme l'expression complète, exacte, rigoureuse des faits qui l'ont provoqué. Nous sommes, grâce à Dieu, vis-à-vis de M. Malgaigne, dans une situation qui nous permet de juger son œuvre, sinon judicieusement, ce dont nous ne pouvons être juge nous-même, au moins avec une parfaite impartialité. Or, cette impartialité nous oblige à dire que, dans sa réponse, M. Malgaigne est retombé dans toutes les fautes qu'il avait commises dans son rapport, et que nous lui avons plusieurs fois signalées sans qu'il ait paru ou voulu paraître s'en apercevoir ; c'est-à-dire que, pour soutenir l'innocuité du chloroforme dans le fait de Boulogne, il a donné comme certain ce qui est très incertain : qu'il a affirmé des faits matériels absolument faux ; qu'il en a nié d'autres incontestablement vrais, et qu'enfin il s'est laissé égarer par les analogies les plus forcées. Mais comme nous ne voulons procéder, dans cette grave question, que les preuves matérielles au bout de notre plume, nous renverrons à mardi prochain l'examen du discours de M. Malgaigne. Mardi, d'ailleurs, il sera encore temps pour l'Académie d'éviter la faute dans laquelle elle paraît assez disposée à se laisser entraîner.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. P. Guersant.

Cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants.

De l'amygdalite chronique. — Des tumeurs érectiles.

Il est très commun de voir, soit dans nos salles, soit en ville, des sujets atteints d'engorgement des amygdales. Ces engorgements tiennent à deux causes bien distinctes : la première est la constitution lymphatique. La plupart des enfants chez qui vous observerez une amygdalite chronique sont plus ou moins lymphatiques ; leur mal est venu d'une manière sourde, sans douleur violente à la gorge ; il a augmenté peu à peu au point de gêner la déglutition des solides et des liquides, mais il est rare qu'on rencontre sur l'endroit malade de la rougeur ou les signes de l'inflammation. La seconde cause de l'amygdalite chronique est l'angine tonsillaire répétée ; l'amygdale conserve chaque fois un volume un peu plus considérable, et incommode beaucoup les sujets.

Quels sont les signes que l'on observe ?

Nous avons indiqué le volume qu'acquièrent les amygdales, et la gêne qui s'ensuit pour la déglutition ; mais il est d'autres signes que l'on constate en faisant parler et en interrogeant les malades. La plupart, en effet, ne peuvent parler haut ; ils parlent du nez, et ronflent pendant leur sommeil ; ils ont l'habitude d'avoir la bouche béante et de la tenir ouverte d'une certaine manière qui vous fait diagnostiquer la maladie avant d'avoir vu le volume des amygdales. La surdité peut exister simple ou double ; elle dépend de l'augmentation de volume de l'amygdale qui comprime alors la trompe d'Eustache. Si l'on va plus loin, que l'engorgement dure depuis plus longtemps, on trouve la poitrine peu développée. On a dit avec quelque raison que chez ces individus la respiration n'était pas assez large, et que de là venait l'étroitesse de la poitrine. Je ne sais jusqu'à quel point on peut admettre cela. Cependant on ne peut s'empêcher de reconnaître que, si l'on fait l'incision des amygdales engorgées, la poitrine se développe. Nous devons dire de plus que les enfants sont plus disposés à contracter des angines tonsillaires lorsqu'ils sont affectés de l'engorgement des amygdales.

Je ne vous parlerai point du diagnostic différentiel de cette affection ; il est impossible de s'y méprendre quand on examine la bouche des malades ; mais en présence des symptômes que nous avons signalés, quel pronostic le chirurgien doit-il porter, et que doit-il faire ?

Il est évident que la plupart des enfants qui ont une amygdalite chronique ou une hypertrophie des amygdales guérissent dans la plupart des cas sans rien faire ; il ne faut donc pas se presser beaucoup pour l'opération. Cependant il est des circonstances où l'on doit être plus porté à opérer ; c'est lorsqu'un enfant plus avancé en âge a de la difficulté à parler. Cette difficulté de parler pourrait l'empêcher de choisir telle ou telle profession, par exemple, et le chirurgien alors

---

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de chirurgie plastique, par M. Jobert (de Lamballe).

Si l'on s'en tient à la signification propre et absolue des mots, on devra dire que l'origine de l'autoplastie se perd dans l'obscurité des temps anciens. Si, après avoir jeté un coup d'œil sur ce qu'elle était il y a quelques années à peine, on considère ce qu'elle est aujourd'hui, on reste bientôt convaincu qu'elle constitue une science, un art tout nouveau. Que faisait, en effet, l'autoplastie ancienne ? Elle ne savait rien en dehors de la restauration du nez ; elle était toute dans la rhinoplastie, l'une des branches actuellement les plus étroites et les moins essentielles de la médecine opératoire restauratrice, et c'était la seule que pratiquassent les Branca, les Vianco, le célèbre Tagliacozzi, et d'autres moins illustres de leurs contemporains. Franco est le premier qui ait essayé de l'autoplastie pour remédier à une autre difformité consistant en une perte de substance de la face, et, chose singulière ! bien qu'il eût réussi, personne jusqu'au commencement de ce siècle ne fut tenté de l'imiter. C'est à notre époque seulement qu'on a su généraliser l'autoplastie ; Earle et Astley Cooper sont les premiers qui soient sortis de la règle ordinaire, en l'appliquant pour l'oblitération des fistules périnéales ; Delpech, Dupuytren, Roux, Lisfranc, Larrey, Blandin, etc., ont étendu considérablement ses applications. L'auteur lui-même du travail dont nous rendons compte a rendu de grands services à la chirurgie plastique en modifiant les procédés et les applications, et en vulgarisant surtout la méthode par déplacement, de laquelle nos lecteurs savent déjà tout le parti qu'il a su tirer. Personne n'ignore enfin que M. Jobert est l'auteur des procédés par glissement et par renversement, sur lesquels nous aurons occasion de revenir dans le cours de cette analyse.

Si elle a fait de grands progrès au point de vue pratique, la chirurgie plastique est peut-être une des branches de la médecine opératoire qui ait été le moins soigneusement étudiée et décrite dans son ensemble par les auteurs, et à part les travaux isolés de MM. Blandin et Rigaud, et quelques rares articles contenus dans les dictionnaires et dans les traités généraux de pathologie chirurgicale, c'est en vain que l'on chercherait, soit en France, soit à l'étranger, un livre qui renfermât, réunis en corps de doctrine, les principes sur lesquels est basée l'autoplastie. Cette lacune si regrettable, M. Jobert vient de la combler, et mieux que personne il était en droit et en mesure d'entreprendre un pareil travail, lui qui, nous venons de le dire, a tant fait pour cette partie de la science, et comme modificateur, et comme inventeur. L'ouvrage dont nous allons parler est un traité complet où chaque méthode opératoire, chaque application de la chirurgie plastique est à son tour examinée avec grand soin sous toutes ses faces, appréciée à sa juste valeur, impartialement, en dehors de toute considération d'origine ou d'auteur, les observations et l'expérience étant seules prises pour base, pour *critérium.*

Suivant notre habitude, et contrairement à celle de certains critiques qui se bornent à écrire leurs impressions personnelles, nous commencerons par indiquer le plan suivi par M. Jobert, énumérer les matières contenues dans son livre, ne nous permettant de réflexions qu'après avoir présenté l'ensemble des chapitres, pour mieux mettre le lecteur à même de se rendre compte par lui-même des recherches nombreuses, des veilles et des expériences qu'il a dû coûter au savant chirurgien.

Le livre est divisé en trois parties : la première, fort courte, est consacrée à l'historique ; la deuxième, à des généralités sur la chirurgie plastique ; la troisième, aux applications particulières.

De la première nous n'avons rien à dire ; c'est l'histoire complète et, malgré cela, fort courte de l'autoplastie, qui n'a fait que nous confirmer dans cette opinion [que l'autoplastie est une science nouvelle.

La deuxième est beaucoup plus importante. Elle comprend l'examen des cas qui réclament l'autoplastie, cas dont les principaux sont les suivants : 1° Lorsqu'il s'agit de rendre à un organe la liberté de ses mouvements et l'intégrité de son action ; 2° de réparer une perte de substance ; 3° de prévenir le retour d'une affection grave, telle que le cancer, par exemple ; 4° enfin, de s'opposer à l'écoulement de liquides dont la perte entraîne des suites plus ou moins fâcheuses. Là aussi, l'auteur examine toutes les questions de quelque importance qui se rattachent à l'autoplastie, le choix des parties qui doivent former le lambeau, la forme, la longueur, l'épaisseur, la direction du lambeau, les phénomènes qui succèdent à la section du pédicule, les accidents qui peuvent survenir, enfin la description des méthodes autoplastiques dont M. Jobert compte cinq. Au nombre des chapitres les plus importants de cette section, nous signalerons celui où il est traité du rétablissement de la sensibilité dans le lambeau, en l'absence du rétablissement de la continuité nerveuse ; ce fait est acquis à la science, et n'est plus susceptible de doute ; l'observation et l'expérience le démontrent. Comment la continuité nerveuse peut-elle se produire dans une partie séparée des centres nerveux ? Comment les sensations produites sur cette partie peuvent-elles être transmises à ces centres à travers un tissu dépourvu de nerfs ? A ces questions, M. Jobert répond par les deux propositions suivantes : Les lambeaux autoplastiques empruntent les éléments de leur sensibilité aux globules sanguins qui les alimentent ; le développement de la sensibilité est réglé par l'abord de ces globules. Les sensations excitées dans les lambeaux sont transmises aux centres par les extrémités des nerfs qui environnent la cicatrice, et parviennent à ces extrémités par l'intermédiaire du tissu cicatriciel, lui-même dépourvu de nerfs. Tout en convenant que ces explications sont ingénieuses, nous croyons que M. Jobert a bien fait de ne pas les regarder comme définitives, et de les signaler à l'étude des physiologistes.

Suit l'examen des méthodes autoplastiques : 1° la méthode indienne, par transplantation sans pédicule dans quelques cas et dans d'autres par torsion du pédicule ; 2° la méthode italienne ou tagliacozzienne du nom de son inventeur, qui consiste à réparer la perte de substance avec une greffe animale prise aux dépens d'une région éloignée du même individu, ou aux dépens d'un autre homme, méthode qui a été très légèrement modifiée par Graefe ; 3° la méthode française par déplacement, qui consiste à disséquer les lambeaux, lesquels restent adhérents par un large pédicule, et à les réunir par des points de suture ; 4° la méthode par glissement, imaginée par l'auteur, que nos lecteurs connaissent assez pour qu'il soit inutile de la décrire, et qui offre quelques rapports avec la méthode française, bien qu'assez importante pour constituer une méthode à part ; 5° enfin, la méthode par renversement, destinée à s'opposer à l'oblitération des ouvertures naturelles ou à oblitérer des ouvertures accidentelles dans des points où la peau et une muqueuse se trouvent en contact.

De l'autoplastie dans ses applications particulières à la réparation des difformités des diverses régions du corps, tel est le titre de la troisième partie. Nous ne toucherons, de cette division du livre de M. Jobert, que les points évidemment les plus importants ou jusqu'à présent les moins étudiés.

La *rhinoplastie* devait occuper une large place dans cette section du *Traité de chirurgie plastique*, et elle y est en effet étudiée et décrite tout au long avec les procédés des divers auteurs qui l'ont modifiée, et l'exposé des raisons qui doivent dans tel ou tel cas faire

ne doit pas hésiter. On connaît l'histoire d'un de nos premiers artistes, Nourrit, qui se fit enlever les amygdales et qui en obtint un très bon résultat pour sa voix. J'ai eu occasion de constater ce fait bien souvent, et il est rare qu'on n'obtienne pas de bons résultats dans ces circonstances.

Il est beaucoup de sujets qui guérissent quand on modifie leur constitution. Je ne veux point dire qu'il faut soumettre tous les enfants atteints d'amygdalite chronique à l'usage de l'iodure de potassium et de l'huile de foie de morue; mais il faut employer ces moyens dans certaines circonstances que le chirurgien doit savoir reconnaître. Une autre raison qui indique d'attendre, c'est que des individus guérissent par le seul fait de leur développement. Leur constitution se modifie peu à peu et leur affection disparaît.

Malgré cela, je crois qu'il n'y a pas trop d'inconvénient à opérer, et je me décide promptement, surtout chez les enfants qui ont eu des angines mal soignées, qui ont une mauvaise constitution, et qui sont placés dans des conditions à ne pouvoir modifier leur tempérament.

Ces circonstances étant indiquées, faudra-t-il enlever les amygdales de la même manière chez tous les sujets, ou employer des modifications pour le mode opératoire?

L'opération peut-être pratiquée comme moyen palliatif pour rendre à la respiration la facilité qu'elle a perdue; mais quand on est décidé à enlever l'amygdale, doit-on tenter quelque moyen plus innocent et qui puisse vous donner de bons résultats?

On a employé les astringents, l'iodure de potassium, l'huile de foie de morue et les cautérisations avec le nitrate d'argent; l'alun pur, bon dans certaine espèce d'angine aiguë, n'a pas de bon résultat dans l'amygdalite chronique. Les préparations concentrées de noyer offrent quelque avantage; mais on ne peut y compter. Les préparations d'iode ont été employées en vue de l'état général, et les cautérisations avec le nitrate d'argent pour l'état local. Les premières ne rendent des services que dans des circonstances toutes particulières, les secondes donnent quelques succès; mais il faut qu'il y ait un peu d'acuité dans la maladie.

Les moyens qui réussissent réellement sont les scarifications et les piqûres, l'excision, et surtout l'enlèvement complet des amygdales. Avant qu'on pût disposer de l'instrument de Fahnestock, les piqûres et les scarifications suffisaient souvent; si l'on n'obtenait pas la guérison complète dans tous les cas, on l'obtenait quelquefois et les malades en retiraient toujours de bons effets. Mais de tous les moyens, le plus simple, le plus commode et le plus expéditif, est l'excision.

Je ne veux pas jeter de défaveur sur des procédés depuis longtemps employés; mais depuis qu'on a inventé l'instrument de Fahnestock, je m'en sers toujours, et je crois qu'il a beaucoup d'avantages sur les autres procédés. Quand on emploie une autre méthode, il faut trois instruments. Il y a quelque inconvénient à avoir trois instruments à tenir, et il est difficile de tenir la langue bien abaissée; on a besoin d'appuyer sur sa base, ou sinon elle vient toujours embarrasser les manœuvres. De ce plus grand nombre d'instruments nécessaires résulte l'obligation d'avoir un plus grand nombre d'aides intelligents; ce qui parfois, et surtout en ville, offre quelque difficulté. En second lieu, on a toujours peur que les enfants ferment la bouche, et il faut placer entre leurs dents un corps étranger, et le chirurgien est obligé de se servir de ses deux mains. Puis au moment de l'opération il ne faut tirer ni trop, ni trop peu sur l'amygdale; si l'on tire trop, on peut entraîner la paroi du pharynx qui est appliquée sur l'artère carotide, que l'on rapproche du bistouri. Vous direz que c'est au chirurgien à ne pas tirer trop fort; cela est vrai, mais c'est toujours une circonstance défavorable. On a remarqué aussi que les vaisseaux se développent en même temps que la tumeur; c'est à cela que sont dues quelquefois les hémorrhagies qui surviennent, et c'est une indication pour opérer de bonne heure. Vous voyez donc qu'il y a des inconvénients dans les anciens procédés; avec l'instrument de Fahnestock, au contraire, il n'est besoin ni d'abaisser la langue, ni de placer de corps étranger entre les dents, ni à la rigueur de vous servir de vos deux mains, et vous pourriez opérer sans aide chez un adulte.

Ce n'est pas tout: quand on a porté l'instrument soit à droite, soit à gauche, si son ouverture est convenable, l'amygdale s'engage; mais il n'est pas absolument nécessaire d'avoir une ouverture convenable, car en pressant on la fait engager. La fourchette de l'instrument sert ensuite à la fixer et à l'attirer par le mouvement de bascule qu'on lui imprime; puis, quand on fait la section, on ne coupe que ce qui est engagé sans risque de blesser l'artère carotide, à moins qu'on ne fasse engager la paroi du pharynx, et sans risque de blesser les piliers, qui sont garantis par l'anneau. La seule objection à faire à ce procédé, objection qui n'existe pas dans tous les cas, c'est quand on rencontre des amygdales enchatonnées; alors on ne les voit presque pas, recouvertes qu'elles sont par les piliers; mais, même dans ce cas, il est plus facile de les tirer qu'avec les pinces de Museux, et on ne risque jamais de blesser les piliers, qu'on refoule avec l'anneau. Voilà les raisons qui nous font préférer l'emploi de l'instrument de Fahnestock.

Après l'opération survient quelquefois un écoulement de sang; il faut alors conseiller aux malades d'être tranquilles, leur donner des gargarismes acidulés et froids et des pédiluves; quelquefois un peu de fausse membrane se montre sur l'amygdale, mais elle n'offre pas de gravité. S'il survient une hémorrhagie réelle et que le malade soit assez grand, nous le faisons coucher et gargariser avec des solutions acides; s'il est trop jeune, nous faisons appliquer des vessies pleines de glace sur les parties latérales du cou, nous donnons de la glace à l'intérieur, et ces moyens suffisent presque toujours.

Des tumeurs érectiles.

Ce genre d'affection, que nous voyons si fréquemment dans nos salles, nous présente toujours plusieurs formes. La tumeur érectile, en effet, est constituée toujours par un lascis vasculaire formé par les artères et par les veines; dans celle où les artères sont en plus grand nombre, on constate des battements; les battements n'existent pas ou sont moins marqués quand les veines prédominent; ce tissu érectile est d'une couleur violacée ou rouge lie-de-vin; on peut le rencontrer dans tous les tissus et dans tous les organes, et il présente l'apparence du tissu des corps caverneux, si ce n'est qu'il est un peu moins serré. Si on examine ce tissu érectile abandonné à lui-même dans diverses périodes, on trouve des caractères différents à mesure que la maladie fait des progrès; quelques points se ramollissent et ressemblent à de la substance cérébrale ramollie; mais la couleur ne change pas, elle est toujours violacée; on y rencontre quelquefois de petits abcès, et, plus tard, il y a une dégénérescence complète des fongosités et surtout des fongosités encéphaloïdes. Tels sont les caractères anatomiques que nous rencontrons et qui peuvent varier suivant la forme que prend ce tissu.

Le tissu érectile affecte trois états principaux:

Le premier est constitué par des plaques vulgairement appelées *nævi materni*, plaques qui sont situées le plus souvent sur les endroits découverts, comme le visage, et qui n'intéressent que la peau.

Dans le second, le mal intéresse la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, et il y a alors des caractères physiques et anatomiques plus sensibles.

Dans le troisième, enfin, la tumeur peut exister dans les muscles ou dans les os.

Nous ne connaissons pas beaucoup l'étiologie de cette affection; tout ce que nous savons de certain se résume en ceci, c'est que les tumeurs érectiles reconnaissent toujours une cause congéniale.

Quelles sont les régions où on observe le plus souvent ce genre de tumeurs?

La face d'abord, puis le pourtour des parties génitales sont les points qu'elles semblent choisir de préférence; mais, nous l'avons dit, on peut les rencontrer partout.

Examinons maintenant les caractères physiologiques qui nous les feront reconnaître.

Elles sont colorées ou incolores: elles sont incolores quand elles sont situées sous la peau ou plus profondément; elles sont colorées beaucoup plus souvent, et la peau prend une teinte d'autant plus notable que la tumeur est moins profonde. Le premier genre, celui que nous avons dit être signalé par des plaques, présente une teinte violacée, irrégulière, qui constitue le premier signe de la tumeur. Comme second caractère, nous avons la disparition de la rougeur par la pression, et enfin comme troisième signe les battements. Je dirai d'abord que les battements ne sont pas appréciables dans les taches érectiles, et cela parce que les vaisseaux qui la forment sont veineux ou trop petits. Les tumeurs où l'on constate les battements peuvent être affaissées par la compression, et on les voit ensuite revenir. On peut aussi empêcher les battements par la compression de l'artère principale qui se rend à la tumeur.

Les tumeurs érectiles affectent des formes très variées: elles sont tantôt rondes, tantôt saillantes, pédiculées ou avec une large base, lisses ou globuleuses.

Le pronostic offre d'abord une grande difficulté, suivant l'état de la tumeur; c'est toujours du tissu érectile, mais il y a une grande différence entre une simple tache et une tumeur proprement dite. Quand la peau seule est intéressée, le pronostic varie suivant l'étendue de la tache et suivant qu'elle est plus ou moins circonscrite; si la tache est très étendue, il est imprudent d'agir, et il en reste toujours un peu. Le siége fait aussi varier le pronostic; il est plus grave si la tache est sur le bord ou à la face interne des paupières, sur la joue, etc. Enfin, on comprend que le pronostic doit aussi varier suivant l'épaisseur de la tumeur et suivant le tissu affecté.

Quoi qu'il en soit, ces affections guérissent quelquefois spontanément et le plus souvent à l'aide des moyens chirurgicaux. J'ai vu un exemple de guérison spontanée de tumeur érectile; à la suite d'une inflammation, nul abcès se former et modifier le tissu; plus tard pareille chose eut lieu, et la guérison s'ensuivit. Mais tout ne se passe pas toujours ainsi; le plus souvent la tumeur augmente à vue d'œil, marche avec une rapidité extrême; il peut survenir une hémorrhagie et la mort en être la conséquence. Voilà un autre fait qui influe beaucoup sur le pronostic.

En présence de cela, la chirurgie a dû se hâter d'agir; depuis longtemps on s'en est occupé, mais ce n'est que dans ces dernières années qu'elle a fait des progrès réels. On avait d'abord employé les styptiques et la compression; les styptiques peuvent réussir sur de petites taches, et la compression ne peut se faire que dans des cas particuliers où un os est situé au-dessous de la tumeur, et encore souvent on n'obtient aucun résultat favorable.

Les principaux moyens à employer sont l'incision, la ligature et surtout les agents qui modifient les tissus.

L'incision peut suffire dans une foule de petites taches; cependant, elle ne peut être faite que quand la tumeur est bien circonscrite, et elle doit être rejetée toutes les fois qu'il y a des racines extérieures.

La ligature de la tumeur produit sa mortification et partant la guérison. On la fait de plusieurs manières: tantôt un seul fil serre la base et suffit, tantôt on perce cette base avec une aiguille qui entraîne deux fils cirés, et on fait une ligature multiple, qui a un ou plusieurs étranglements partiels. Cette dernière manière d'opérer réussit quelquefois, mais elle expose à des érysipèles, et il arrive aussi que le tissu érectile repullule au-dessous des fils.

Quant à la ligature du vaisseau principal de l'endroit où

---

préférer telle ou telle méthode. Puis viennent la *blépharoplastie*, la *génoplastie* ou réparation des joues, la *staphyloplastie*, pour laquelle nous préférons le nom connu de staphyloraphie, la *chéiloplastie;* enfin la grenouillette, qui termine le premier volume. A vrai dire, que notre savant maître nous pardonne cette objection, nous ne comprenons pas trop pourquoi il range dans les autoplasties l'opération de la grenouillette. Nous savons bien qu'il taille deux lambeaux qu'il rejette de côté et qu'il fixe avec des points de suture. Mais est-ce bien là de l'autoplastie? Notre observation n'est peut-être qu'une chicane de mots; mais, fût-elle juste, il n'est pas un des praticiens qui consulteront le livre de M. Jobert qui, sous un nom ou sous un autre, ne soit après tout fort satisfait de rencontrer ici la description du procédé qui lui réussit aussi complétement.

Le second volume contient les opérations plastiques qui se pratiquent sur la trachée, la poitrine, l'intestin, les organes génitaux de l'homme, l'urétroplastie, la cure des fistules urinaires, toutes opérations dans lesquelles l'auteur a apporté d'heureuses modifications dans le but soit de les simplifier, soit de les rendre plus sûres et plus efficaces.

Nous voilà parvenu au point le plus important du livre, à l'histoire des fistules vésico-vaginales, qui seule suffirait pour sauver de l'oubli un chirurgien qui n'aurait pas d'autre titre à la reconnaissance du monde scientifique et du public non médical. Nous ne voulons rien dire ni des causes, ni de l'anatomie pathologique de ces fistules proclamées incurables par J.-L. Petit, par Chopart surtout, et dont le traitement jusqu'à nos jours a été si peu efficace que nous ne savons pas si réellement depuis vingt ans, en dehors du procédé de M. Jobert, nos chirurgiens ont obtenu des cas bien certains de guérison.

Au lieu de guérir et d'oblitérer ces fistules, la cautérisation potentielle les agrandit; la suture ordinaire coupe les tissus, etc. Nous n'avons encore vu guérir de fistules vésico-vaginales que par le procédé par glissement. De ce procédé, nous en avons si souvent parlé dans nos Revues cliniques hebdomadaires qu'il pourrait presque paraître superflu de le décrire. Cependant, il est impossible de n'en pas dire ici quelque chose et de ne pas attirer l'attention sur les temps les plus essentiels du procédé opératoire.

Ces temps sont au nombre de sept. Le chirurgien commencera par attirer le col utérin vers la vulve à l'aide d'érignes et de pinces de Museux; on détache le vagin à son insertion au col de l'utérus par une incision semi-circulaire; déjà, par ces deux seuls temps, on peut avoir gagné plusieurs centimètres d'espace et diminué d'autant l'ouverture de la fistule. Pour raviver les bords de l'ouverture, le chirurgien ne craindra pas de mordre sur les lèvres de la plaie, qui souvent sont indurées, et ne se prêteraient que difficilement à la réunion. Dans un quatrième temps, on passe et l'on fixe les fils de la suture, qui doit être entrecoupée et faite de telle sorte que toute l'épaisseur du bord soit comprise par l'aiguille: n'oublions pas de dire que, pendant toute la durée des manœuvres, la face postérieure du vagin doit être constamment protégée par une valve de spéculum en ivoire ou en bois, qui déprime la cloison recto-vaginale et procure un abaissement convenable. Le nombre des points de suture, qui n'est pas indifférent, doit être dans la proportion d'un pour un centimètre et demi environ; les sutures médiocrement serrées pour ne pas déterminer de phlogose trop vive et ne pas déchirer les tissus.

Cela fait, on place avec précaution une sonde dans la vessie, en prenant garde de ne pas heurter la nouvelle paroi vésico-vaginale; dans le vagin, on introduit avec douceur un tampon d'amadou destiné à absorber le sang qui, pendant quelques heures, pourrait suinter de certains points ravivés non compris dans la suture. Ce tampon, muni d'un fil ciré, doit pouvoir être extrait sans que l'on ait recours à de longues manœuvres, et séjourner dans le vagin dix-huit ou vingt-quatre heures au plus. Enfin, si les bords de la plaie sont tiraillés, on peut gagner encore du terrain en pratiquant dans la muqueuse et dans l'épaisseur même du vagin des incisions parallèles aux lèvres de la fistule. Ces incisions, qui, avec la première, caractérisent essentiellement la méthode par glissement, s'opposeront à la déchirure des points de suture, rendront plus mobiles les lèvres de la plaie, et en faciliteront d'autant mieux le rapprochement et la réunion.

Il est curieux d'étudier, et c'est ce que nous avons pu faire avec M. Jobert, les changements qui surviennent et dans les parties malades et dans l'organisme entier après les opérations. L'influence morale est immense; de tristes, de désespérées qu'elles étaient, les malades semblent revenir à la vie. On a vu une femme devenir folle par cette cause, revenir à la raison par le fait seul de la guérison de sa fistule.

Comme changements physiques, on note une cicatrice plane dans le point où existait la fistule, cicatrice linéaire quelquefois radiée, rosée d'abord, et qui devient bientôt d'un blanc nacré. Le vagin reprend sa direction normale, sauf un peu d'élévation de la paroi antérieure, qui s'insère plus haut qu'à l'état normal; une cicatrice demi-circulaire existe au-devant du col, qui indique le point où le vagin a été détaché de son insertion. Enfin, la vessie et l'urètre, revenus sur eux-mêmes par le fait du passage de l'urine par une autre voie, reprennent leurs dimensions.

Déjà ce procédé, si simple en apparence, compte de nombreux succès. Nous avons pu par nous-même, grâce à l'obligeance de M. Jobert, assister, tant à l'hôpital qu'en ville, à sept ou huit opérations de fistules vésico-vaginales, et nous en sommes toujours revenu émerveillé de l'adresse avec laquelle le chirurgien de l'hôpital Saint-Louis la pratique, du peu de difficultés qu'il rencontre, de l'aisance avec laquelle il surmonte les obstacles imprévus, enfin de la perfection des résultats et de la constance des guérisons. Nous le répétons, n'eût-il que ce titre, et il en a bien d'autres, M. Jobert se serait tout d'abord placé au premier rang parmi les chirurgiens contemporains.

C'est surtout sur les fistules vésico-vaginales que nous nous sommes étendus dans cette analyse, parce que c'est évidemment le point le plus intéressant sous le rapport de l'importance et de la nouveauté. Les chirurgiens se convaincront, en consultant les autres parties, qu'elles ne sont ni moins complètes, ni moins soigneusement traitées que celle-ci; mais nous ne saurions tout examiner en détail.

Nous sommes loin d'avoir dit du livre de M. Jobert tout ce que nous en pensons. Il est des œuvres qu'il faut avoir lues soi-même pour que l'éloge ne paraisse pas exagéré. Nous terminerons en affirmant que le traité de chirurgie plastique est un de ces livres qui font époque, et dont devra longtemps s'énorgueillir la chirurgie française.

Nous serions injuste si nous ne donnions pas à l'éditeur, M. J.-B. Baillière, la part méritée d'éloges qui lui revient de droit, pour n'avoir pas reculé devant les énormes dépenses qu'a nécessitées cette publication; l'atlas qui l'accompagne et qui en est le complément indispensable, est une œuvre d'art du plus haut mérite. Les auteurs sont heureux qui peuvent rencontrer des interprètes aussi intelligents et aussi distingués que M. Baillière.

Dr A. FOUCART.

— La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

est la tumeur, on l'a employée avec quelques succès ; mais il arrive bien souvent qu'on n'obtient pas de bon résultat à cause des anastomoses, et il faut la mettre de côté.

Il nous reste le moyen par excellence, qui consiste à détruire ou à modifier le tissu érectile.

On peut se servir pour cela de l'incision ou des caustiques. Ici nous nous trouvons bien de suivre les préceptes d'A. Bérard : nous portons le caustique de Vienne hardiment dans presque toutes les régions et pour toutes les taches. Il n'est pas difficile d'employer le caustique : on recouvre la tache d'un morceau de sparadrap, sur lequel on a pratiqué un petit trou, et on laisse la pâte de Vienne pendant quelque temps ; il se forme une eschare qui emporte la tache, et le tissu se cicatrise ensuite. Si la tumeur est plus profonde, on renouvelle l'application du caustique plusieurs fois, et, si la tache est très étendue, on procède par de petites applications successives. A la suite de ces cautérisations, il n'y a jamais d'accidents, jamais d'érysipèle, jamais de cicatrice irrégulière; au contraire, celle-ci blanchit avec le temps, finit par prendre la couleur de la peau, quoiqu'un peu plus pâle, mais il n'y a jamais de saillie.

Quand on n'a pas affaire à des taches, qu'il existe une tumeur, il faut rejeter le caustique de Vienne; mais alors quels moyens mettre en usage? Il faut employer ceux qui modifient les tissus. M. Lallemand a employé des épingles qui traversaient la tumeur; mais ce moyen expose à des érysipèles, et il faut le rejeter. Il en est de même des fils dont on perce la tumeur; on peut bien obtenir quelques succès, mais ils ont les mêmes inconvénients que les aiguilles.

Le feu est le moyen le plus utile et celui qui nous a le mieux réussi; comment faut-il l'employer? Pour les taches, on se sert d'un cautère nummulaire, que l'on applique sur plusieurs points; la brûlure guérie, la tache l'est aussi.

Il n'en est pas de même quand on a affaire à une grosse tumeur; on ne peut la brûler, parce qu'on s'exposerait à des accidents très graves. On modifie alors les tissus à l'aide d'aiguilles rougies, avec lesquelles on traverse la tumeur; c'est le meilleur moyen, celui que nous employons toujours ici, et on peut voir au n° 7 de la salle Sainte-Thérèse les bons résultats que nous venons encore d'en obtenir. M.

Corps fibreux renfermé en totalité dans la cavité de l'utérus. Excision par un procédé nouveau. — Guérison.

Par M. le Docteur A. Van de Vyver,
Membre résidant de la Société de Médecine d'Anvers.

Madame V., arrivée à sa trente-quatrième année et mariée depuis quatorze ans sans avoir été mère, avait, dès son enfance, joui d'une santé florissante; la menstruation surtout s'était toujours effectuée chez elle de la manière la plus régulière, lorsque, six ou sept ans après son mariage, elle éprouva peu à peu tous les symptômes qui dénotent le début d'une affection organique de la matrice, tels que sentiment de pesanteur dans le bassin, tiraillements dans les lombes, dans les cuisses et aux aines, flueurs blanches abondantes, etc., etc.

La vessie et le rectum ne tardèrent point à participer aux souffrances de l'organe malade; ainsi, l'émission des urines devint fréquente, la défécation rare et difficile, et l'accomplissement de ces deux fonctions s'accompagna parfois de douleurs intenses. A chaque évacuation menstruelle, la quantité de sang, jusqu'alors toujours liquide, devint de plus en plus abondante; plus tard, des tranchées vives et intermittentes, simulant un travail laborieux d'enfantement, chassèrent au dehors des masses de sang en partie coagulé, et il arriva de voir ces désordres persister pendant deux ou trois semaines.

Tel fut le cortége des maux que madame V. endura pendant près de quatre années, et au bout desquelles, seulement, elle se décida à consulter un médecin.

La pudeur l'ayant engagée à éluder tout examen de la part du praticien qui me précéda chez elle, et qui ne lui donna ses soins que pendant un espace de temps assez court, tous les moyens employés ne reposant point sur un diagnostic bien établi, devaient, par cela même, rester infructueux.

Elle passa encore environ une année et demie à ne faire que des remèdes familiers; mais, voyant son mal faire des progrès incessants et ses souffrances s'augmenter, elle résolut une seconde fois de recourir à l'art. Je fus mandé le 22 juin 1848.

Je trouvai madame V. dans un état de débilité et d'accablement extrêmes; la teinte chlorotique de la peau annonçait qu'elle avait essuyé des pertes abondantes et nombreuses; son pouls était à peine perceptible. Un examen minutieux de la région abdominale, fait en présence de son frère, M. le docteur M., me fit reconnaître une augmentation notable du volume de l'utérus, qui, de même que dans une grossesse de quatre mois, dépassait le rebord pubien d'environ deux travers de doigt. Sur la représentation que je lui fis que cette seule donnée ne pouvait suffire à faire reconnaître la nature de l'affection qu'elle portait, madame V. se soumit à une exploration ultérieure qui, de nouveau, me fit constater un surcroît de volume de l'organe utérin, dont l'attouchement était douloureux, et dont le col avait conservé sa longueur naturelle, tandis que le museau de tanche, rétréci, ne permettait nullement l'introduction du doigt.

Je crus, ainsi que le docteur M., avoir à traiter un simple engorgement de la matrice, dont la cause me restait néanmoins inconnue, et je proposai quelques moyens qui, unis au repos, me paraissaient les plus capables de ramener peu à peu l'organe malade à son état normal.

Pendant les quinze jours suivants, la plupart des phénomènes morbides semblèrent, à la vérité, s'amender d'une manière assez notable, et tout se passa bien jusqu'à l'époque d'une nouvelle évacuation menstruelle, où les symptômes précédemment énumérés revêtirent tout à coup leur intensité habituelle.

Jusque-là j'avais, en l'absence du frère de la malade, qui, à cette époque, habitait Louvain, différé toute nouvelle exploration; mais espérant, cette fois, prendre la nature sur le fait, et dans la conviction où j'étais que les symptômes observés ne pouvaient dépendre que d'un obstacle mécanique à l'écoulement des règles, je sollicitai de madame V. un nouvel examen auquel, plus tard, elle dut sa guérison.

Le col utérin était légèrement entr'ouvert, et permettait d'y introduire le bout du doigt. A quelques lignes de profondeur, j'y reconnus une tumeur arrondie, indolente, résistant assez fortement à la pression, et que je crus, avec raison, être la partie inférieure d'un polype fibreux. Voulant pousser plus loin mes investigations, et dans l'idée que la dilatation qui en résulterait ne pourrait que favoriser l'écoulement du sang menstruel, je forçai un peu le col, et je parvins à constater que la tumeur, qui vraisemblablement remplissait toute la matrice, adhérait à cet organe par sa partie postérieure et gauche au moyen d'une bride courte, de l'épaisseur d'un tiers de pouce, mais dont il me fut impossible de déterminer l'étendue dans le sens vertical. Toute la portion libre de la tumeur, descendant à un pouce au-dessous de l'endroit d'insertion, remplissait la partie inférieure de la cavité utérine, et, à la manière d'une soupape sphérique, reposait sur l'origine du col; de là, la difficulté que le sang éprouvait à se faire jour au dehors; aussi n'était-ce que par saccades, et, ainsi que je l'ai dit plus haut, par suite d'un véritable travail d'enfantement, que la matrice parvenait à se débarrasser de chaque nouvelle quantité de ce liquide accumulée dans ce qui restait de sa cavité. Pour remédier momentanément à cet état de choses, j'imaginai d'introduire entre le col utérin et la tumeur deux bouts d'une grosse sonde élastique coupés à la longueur de la moitié d'un doigt, adossés l'un et l'autre, qui me semblaient devoir procurer, par leur canal et leurs interstices, une issue plus libre au sang, lequel n'aurait plus alors le temps de se coaguler. Le résultat que j'obtins de cet expédient fut en effet couronné du plus heureux succès; car, à partir de ce moment, le sang s'écoula liquide, et les douleurs, jusqu'alors intolérables, cessèrent comme par enchantement.

M. le docteur M. étant venu constater le résultat de mes investigations, nous avisâmes aussitôt au moyen de délivrer sa sœur de la cause de ses souffrances une fois l'époque des règles passée, toute temporisation nous paraissant dangereuse. De nombreuses difficultés vinrent alors se présenter à notre esprit.

Comment, en effet, espérer d'atteindre notre but chez une femme qui n'avait pas eu d'enfants, dont le vagin était d'une étroitesse extrême, le col utérin long d'un demi-pouce, presque entièrement fermé, et chez laquelle tout indiquait que la tumeur à détacher et à extraire devait avoir un volume considérable? D'ailleurs, la plupart des praticiens les plus distingués de la France, tels que Velpeau, Boyer, Bégin, etc., considèrent la destruction des polypes encore renfermés dans la matrice comme une opération impraticable, et, pour ce motif, conseillent dans leurs écrits d'attendre que ces tumeurs aient franchi le col utérin. Cependant madame V. était menacée d'une mort prochaine; déjà son étiolement général lui donnait l'apparence d'une figure de cire; son pouls était presque imperceptible, et c'est à peine si l'on découvrait encore chez elle quelques rares vestiges de veines. Sa maladie datait de six années, sans que jusque-là le polype qu'elle portait semblât en aucune manière s'apprêter à descendre dans le vagin; à chaque époque menstruelle, les hémorrhagies devenaient plus alarmantes: tout indiquait qu'il ne lui resterait que peu de temps à vivre, si l'on ne parvenait à enlever la cause de tous ces désordres.

Quel parti fallait-il donc prendre en pareille conjoncture, si ce n'est de mettre en balance les seules difficultés d'une opération, au reste exempte de danger et qui pouvait sauver la malade, avec le péril qui la menaçait si nous l'abandonnions à son sort; et, dans le cas où l'opération laissât entrevoir la moindre chance de succès, n'était-il pas de notre devoir de la tenter?

Malgré les difficultés qui m'attendaient et contrairement à l'opinion des auteurs, je résolus, vu l'urgence du cas, de procéder à l'opération dans le plus bref délai, dès que je serais parvenu à obtenir la plus grande dilatation possible du vagin et du col utérin. Quant au procédé à mettre en usage pour extirper le polype, je n'avais aucune idée fixe, et je me réservai d'opter entre la ligature et l'excision, ou de combiner même les deux méthodes suivant les circonstances.

Le docteur M., frère de la malade, ainsi qu'il a été dit, ne pouvant prendre une part bien active à cette opération chanceuse, qui d'ailleurs réclamait l'assistance de trois aides, les docteurs Rul-Ogez et Bessems me furent adjoints. Après avoir introduit dès la veille, dans le col utérin, une éponge fine préparée comme je le dirai plus loin, puis une seconde éponge quelques heures avant l'opération, ce qui amena une dilatation de dix-huit lignes environ, je procédai, le 22 juillet 1848, à une première tentative de ligature, qui fut infructueuse par suite de l'exacte application de la matrice sur le corps qu'elle renfermait, ainsi que de l'impossibilité de faire manœuvrer efficacement et à une certaine distance des tiges, pour la plupart droites, dans un espace courbe aussi resserré. La séance dura près de deux heures, et comme il n'eût peut-être pas été sans danger de la prolonger, nous décidâmes de remettre à une époque plus ou moins éloignée un nouvel essai, dans lequel je comptais m'attacher de préférence à l'excision au moyen des longs ciseaux courbes de Dupuytren ou à l'aide d'un instrument que je me proposais de faire confectionner, et dont j'avais entrevu l'utilité dans le cas où avec les ciseaux je n'arriverais pas à la destruction complète des adhérences de la tumeur.

J'avais donc dans l'intervalle, et en exécution de mon idée, fait fixer au bas de la partie concave de la cuiller droite d'une pince semblable à celle à faux-germe de Levret, mais réduite à de moindres proportions et à branches amovibles comme celles d'un forceps, une lame de scie longue d'un pouce et demi, large de deux lignes, dépassant le bord de la cuiller d'une ligne environ, et dont les dents arrondies allaient en s'amincissant comme le tranchant d'un couteau. J'espérais parvenir, au moyen de ce petit couteau-scie bien affilé et que toute l'épaisseur de la cuiller devait d'ailleurs tenir éloigné de la paroi utérine, à couper sans effort les adhérences qui fixaient la tumeur à la matrice, celle-ci ayant été préalablement abaissée et maintenue avec des érignes d'après le procédé de Lisfranc dans certaines opérations sur le col de cet organe. Ce fut, en effet, à cet instrument que je dus le succès d'une nouvelle tentative qui eut lieu le 29 juillet, sept jours après la première.

La patiente, après la préparation d'usage, fut placée sur le bord d'une table, comme pour la taille périnéale. L'éponge qui avait servi à la dilatation du col étant retirée, j'implantai dans celui-ci et de dedans en dehors deux érignes doubles, afin d'entraîner et de fixer la matrice autant qu'il est possible de le faire chez une femme qui n'a point eu d'enfants. Dans le même but, la tumeur fut saisie avec les pinces de Museux. Je parvins ensuite, non sans rencontrer les plus grands obstacles, à travers ce faisceau d'instruments déjà placés, à détruire avec les ciseaux de Dupuytren conduits sur la pulpe de l'indicateur droit, la partie accessible du pédicule dans l'étendue d'un pouce environ. Ne pouvant aller au delà par suite du défaut de longueur du doigt conducteur, et le corps étranger paraissant adhérer dans toute sa hauteur, force me fut de débrider le col utérin. J'introduisis ensuite mon instrument armé de la scie dont les dents avaient été recouvertes d'un ruban fort, enveloppant toute la cuiller pour ne pas blesser le col; ce ruban retiré, je parvins, au moyen de quelques mouvements de va-et-vient, à diviser le restant du pédicule, ce dont la main qui opérait et celle de l'aide qui tenait les pinces de Museux furent averties par le défaut subit de résistance de la part de la tumeur. La malade n'éprouva aucune douleur due à l'action de la scie, et la quantité de sang qu'elle perdit n'excéda pas une cuillerée.

Tous les instruments devenus inutiles et pouvant s'opposer au passage de la tumeur ayant été retirés, il suffit de quelques tractions sur les pinces qui tenaient celle-ci pour lui faire franchir l'orifice du col et de la vulve. En examinant la tumeur, on lui trouve tous les caractères d'un corps fibreux, blanchâtre, pyriforme, de la grosseur d'un demi-poing et exactement moulé sur la cavité utérine.

Je me plais ici à reconnaître que la sage assistance que je reçus des docteurs Rul-Ogez, Bessems et M. dans le cours de cette opération difficile, me fut du plus précieux secours.

Jusqu'à ce jour (15 décembre), la santé de madame V. a subi une amélioration progressive des plus satisfaisantes; tous les phénomènes dépendant de la présence du corps fibreux de la matrice se sont dissipés, et la malade, ranimée par l'idée d'une guérison certaine, semble être entrée dans une nouvelle existence.

Maintenant se présentent deux questions, dont j'abandonne la solution au jugement et à la sagacité des praticiens :

1° La production accidentelle qui fait le sujet de cette observation mérite-t-elle réellement le nom de polype, ou rentre-t-elle dans la classe de ces concrétions désignées dans les auteurs sous le nom de corps fibreux et produites par une môle ou un caillot de sang organisé, lequel, acquérant une consistance de plus en plus dure, finit parfois par s'ossifier, et constitue alors ce que l'on appelle un *calcul utérin*?

Pour ma part, je pencherais vers la dernière de ces opinions, d'autant plus que la tumeur avait sa base dirigée en haut, si ce n'était la circonstance que madame V., ainsi qu'il arrive rarement dans le cas de môle, a toujours été périodiquement réglée, et que jamais aucun symptôme de grossesse autre que le développement de la matrice ne s'est manifesté chez elle.

Quelle que soit, au reste, l'origine de cette tumeur, une incision pratiquée à sa partie antérieure et pénétrant jusqu'à son centre, où existe une légère excavation, nous l'a montrée homogène. La texture fibreuse n'y est point clairement dessinée; elle semble plutôt de nature fibro-cartilagineuse, et crie légèrement sous le scalpel. D'ailleurs, elle n'adhérait à la matrice que par un tissu cellulaire dense, au sein duquel on ne découvre aucune apparence de ce que l'on pourrait nommer un pédicule ou espèce de prolongement dont la substance devrait se continuer, d'une part, avec celle de la tumeur, et, de l'autre, avec le tissu de la matrice.

2° Fallait-il opérer sur-le-champ, au risque de paraître téméraire; ou bien se conformer à l'avis des autorités dont il a été fait mention dans le cours de ce travail, et attendre quand même que le polype eût franchi ou du moins dilaté le col de la matrice? Mais cette pratique me semble ne pouvoir être suivie d'une manière à peu près générale que dans le cas de polype ou corps fibreux chez des femmes qui ont eu un ou plusieurs enfants, et où le peu de résistance du col utérin n'oblige pas ces tumeurs à se développer presque exclusivement dans la direction ascendante. Tout délai dans l'espèce, où le mal datait de si loin et où la malade était déjà réduite à un degré si avancé d'anémie, aurait eu pour résultat infaillible de l'entraîner dans la tombe.

Je conclus donc que l'ablation des polypes ou des corps fibreux renfermés en totalité dans la matrice chez les femmes qui ont eu des enfants est une opération facile, et qu'il est du devoir de tout praticien de la tenter; que chez celles, au contraire, qui n'ont point encore été mères, elle offre de très grandes difficultés, lesquelles me semblent néanmoins aplanies quand on a recours à l'instrument dont la lame de scie pourrait être placée indifféremment sur tous les points de la circonférence de l'une ou de l'autre cuiller, suivant l'exigence des cas. Mais il importe, avant tout, de s'attacher à obtenir la plus grande dilatation possible du vagin en y introduisant à différentes reprises des spéculums d'une grosseur progressive, ensuite celle du col utérin en y insinuant successivement et à quelques heures d'intervalle deux ou un plus grand nombre d'éponges fines du volume d'un œuf de poule, et préparées, comme je l'ai fait pour le cas dont il s'agit, de manière à en retirer tout l'effet que l'on en attend. Ainsi, après les avoir plongées dans l'eau, puis exprimées et passées sur autant de porte-mèches, je les serre avec une ficelle le plus

fortement possible, afin de les réduire à des cônes de la grosseur du petit doigt; je les fais sécher dans cet état, et les enduis d'une couche mince de cire fondue à travers laquelle on distingue le fil constricteur, que je n'ôte qu'au moment de les employer.

L'éponge entière, simplement ficelée à la manière indiquée dans les traités de pharmacie, se gonfle avant sa complète introduction; quant à celle entièrement pénétrée de cire et soumise à la compression, elle ne se dilate point suffisamment, outre que sa forme aplatie ne pourrait convenir dans un cas comme celui-ci.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 janvier 1849. — Présidence de M. VELPEAU.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La correspondance comprend :

Une lettre du docteur Bayard, de Circy-sur-Blaise, intitulé : La durée de la vie humaine n'a pas augmenté depuis la découverte du vaccin;

Une lettre de M. Prus sur l'emploi de l'*assäcou* dans le traitement de la lèpre, et sur la maladie connue sous le nom de bouton d'Alep;

Quelques documents de MM. Plouviez (de Lille), Gorré (de Boulogne), Revel (de Saint-Omer), sur le choléra.

— M. H. LARREY écrit pour se porter candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

— M. PIORRY demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

Dans la dernière séance de l'Académie, dit-il, M. le secrétaire général a lu une lettre dans laquelle M. Lachaise affirme que chez les fébricitants de la Sologne la rate n'est pas augmentée de volume. Plusieurs médecins de ce pays, versés d'ailleurs dans la pratique de plessimétrie, et qui ont observé dans les mêmes localités que M. Lachaise, m'ont à plusieurs reprises assuré exactement le contraire, et ils sont en cela d'accord avec la plupart des véritables observateurs. Dix à douze malades atteints de fièvres intermittentes et qui venaient de la Sologne, où ils avaient travaillé au canal que l'on y creuse, sont entrés dans les deux derniers mois à la Pitié. Ils avaient été atteints de fièvres tierces, quartes ou quotidiennes. Ils éprouvaient encore des accès; chez plusieurs le mal s'était momentanément dissipé, puis il avait récidivé. Tous portaient des rates de 10, 12, 15, 20 centimètres de haut en bas (l'état normal étant de 7 centimètres 1/2). J'ajouterai même que ces engorgements de la rate ont été beaucoup plus lents et plus difficiles à guérir que ceux qui avaient été contractés à Paris, et même en Algérie.

Comment donc M. Lachaise a-t-il vu le contraire? Disons-le sans crainte de nous tromper, c'est qu'il ne s'est pas exercé à la plessimétrie; loin de faire du tapotement orthodoxe, il ne sait pas le premier mot de l'orthodoxie en fait de percussion. La preuve en est, qu'il avoue faire mal aux malades. Je n'ai donc pas besoin de dire que j'attache peu d'importance à la communication de M. Lachaise, et, dans ma conviction, la science et l'Académie ne doivent pas y en attacher davantage.

— M. J. GUÉRIN demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

L'Académie a entendu vers la fin de la dernière séance les explications de M. le rapporteur de la commission du chloroforme, en réponse aux critiques dont le rapport a été l'objet. En raison du caractère direct de cette réponse, quelques personnes ont paru s'étonner que j'aie gardé le silence. En m'abstenant, j'ai voulu précisément reconnaître dans toute son étendue le droit de libre discussion scientifique, pourvu qu'il se renfermât rigoureusement dans ce qui a trait à la science et au savant.

Cependant parmi les allégations de M. le rapporteur, il en est une qui me paraît sortir complétement de cette limite. Présentée sous forme d'allusions assez voilée pour n'être pas immédiatement aperçue de l'Académie, mais trop transparente pour n'être pas comprise par quelques membres et par moi en particulier, je crois devoir en faire aujourd'hui l'objet de quelques remarques.

Le rapporteur a dit en parlant des règles de l'observation et de l'expérience : « On pèche, par exemple, contre l'observation et l'expérience quand on annonce des guérisons qui n'existent pas et qui sont impossibles. » Cet énoncé seul suffit pour que l'Académie comprenne le caractère particulier de cette allusion.

Voici ce que nous avons à y répondre.

Dans l'allégation de M. Malgaigne, il y a deux choses : une opinion sur une question scientifique et un jugement sur le caractère d'un savant. Quant à la question scientifique, je la maintiens comme définitivement résolue; et la solution qu'elle a reçue me paraît, en effet, de nature à satisfaire les esprits qui n'ont d'autres exigences que celles de la science et de la vérité. Quant au jugement sur le caractère du savant, je n'ai pas cru devoir le relever dans la dernière séance, et je ne le relèverai pas davantage aujourd'hui. C'est un point qui me paraît de nature à être discuté plus convenablement ailleurs que dans l'Académie. J'ajouterai, à cet égard, que je n'ai rien négligé, et que je ne négligerai rien pour qu'il reçoive une solution conforme aux intérêts de la science et à l'honorabilité du savant.

M. LOUIS. Je suis, en effet, de ceux qui ont remarqué et compris comme M. J. Guérin l'allusion de M. Malgaigne. Si nous ne nous sommes pas trompés, elle est de nature à légitimer les observations de M. Guérin. M. Malgaigne et l'Académie trouveront sans doute convenable que le rapporteur déclare si les expressions dont il est question lui ont échappé dans la chaleur de l'improvisation, et retire ce qu'il peut y avoir eu dans ses paroles d'offensant pour notre collègue.

M. LE PRÉSIDENT. M. Malgaigne n'a pas terminé son discours; il va sans doute répondre aux observations de MM. Louis et Guérin.

PLUSIEURS VOIX. M. Malgaigne va répondre.

M. MALGAIGNE monte à la tribune. Avant de reprendre la discussion des différents arguments opposés à notre rapport, je dois dire que, dans la dernière séance, je me suis borné à poser et à discuter les règles de philosophie médicale qui président à l'expérience, à l'observation et au raisonnement. Je regrette qu'un de nos collègues ait cru devoir s'appliquer ce que j'ai dit d'une manière générale, et je me rapporte à la rédaction qui a été donnée de mon argumentation par le procès-verbal. (Agitation.)

M. Malgaigne commence par déclarer que la commission, après s'être réunie, a adopté, pour la première conclusion, la rédaction suivante : Dans le fait médico-légal que nous avons examiné, nous ne trouvons aucun des indices de l'action toxique du chloroforme, d'après les notions de la science. En conséquence, nous ne saurions admettre que la mort de la malade de M. Gorré soit survenue à la suite de cette action.

Dans une argumentation fort longue, et où il nous est impossible de le suivre, M. Malgaigne reprend, l'une après l'autre, les objections de MM. Blandin, J. Guérin, Amussat, Velpeau, et soutient les conclusions du rapport.

La discussion est continuée à la prochaine séance.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 17 janvier 1849. — Présidence de M. CULLERIER.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. GUERSANT commence la lecture d'un travail sur le traitement des calculs urinaires chez les enfants. (Nous avons fait connaître les faits qui forment la base de ce travail dans notre numéro du 11 janvier.)

— M. MAISONNEUVE présente un malade auquel il a pratiqué, après en avoir entretenu la Société, la section du col du fémur pour une ankylose coxo-fémorale qui tenait la cuisse à angle presque droit sur le bassin. M. Maisonneuve s'était proposé, d'après le conseil que lui avait donné M. Nélaton, de couper le col au-dessus des trochanters; mais des difficultés à peu près insurmontables l'obligèrent à revenir à l'opération faite par Rhéa-Barton, c'est-à-dire à la section entre les deux trochanters; pendant l'opération le nerf sciatique a été coupé. Voici les résultats que l'on constate aujourd'hui : le fémur n'est plus à angle droit sur le bassin. Il descend en ligne droite, de telle façon que le malade peut appuyer le pied sur le sol, et marcher avec un bâton au lieu des béquilles dont il se servait auparavant.

On sent à la partie supérieure du fémur un renflement au delà duquel se transmettent les mouvements imprimés au membre; il n'y a donc pas de fausse articulation; le malade s'asseoit avec facilité et exécute avec son membre des mouvements assez étendus; enfin la sensibilité et la motilité, qui avaient disparu par suite de la section du nerf sciatique, commencent à reparaître; les muscles de la cuisse et de la jambe ont retrouvé leurs contractions. Ceux du pied sont encore paralysés; mais cette partie est le siége d'un engourdissement qui sur les autres points du membre a précédé le retour des contractions. Le malade est obligé de porter un brodequin avec deux montants latéraux pour éviter les ballottements du pied sur la jambe.

M. MICHON fait observer que la possibilité de s'asseoir et d'exécuter des mouvements s'explique par une mobilité anormale et supplémentaire dans la symphyse sacro-iliaque. Quant au rétablissement de la sensibilité et du mouvement après la section complète du nerf sciatique, M. Michon a observé un fait semblable sur une malade à laquelle il avait excisé une portion assez considérable de ce nerf pour un névrome cancéreux. La sensibilité et le mouvement se sont rétablis de haut en bas, c'est-à-dire dans la cuisse d'abord, puis dans la jambe, et enfin dans le pied.

M. GOSSELIN attribue aussi les mouvements qu'exécute le malade à une mobilité plus grande de la symphyse sacro-iliaque; mais il pense que ces mouvements supplémentaires se passent en même temps en grande partie dans les symphyses sacro-vertébrales et dans les articulations des vertèbres lombaires. M. Gosselin fait remarquer d'ailleurs que M. Maisonneuve n'a pas obtenu le résultat que se proposait Rhéa-Barton, c'est-à-dire une fausse articulation au niveau de la section. Ici, comme dans le fait de Rhéa-Barton lui-même, une consolidation s'est opérée, et c'est par un autre mécanisme, c'est-à-dire par la simple substitution d'une bonne position à une position vicieuse, qu'un résultat avantageux a été obtenu.

La séance est levée à cinq heures et demie.

NOUVELLES.

Il est sorti cette semaine un des blessés de juin qui sont encore dans les hôpitaux de Paris. Pendant ce même laps de temps il n'en est pas mort; il en reste encore trente qui sont presque tous en voie de guérison.

— La *suette miliaire* a fait récemment sa réapparition dans nos contrées. Elle a éclaté, il y a déjà environ quatre mois, dans la commune de Notbalten (canton de Barr), sévissant principalement sur les femmes en couches. Sur quinze malades, il y eut onze décès. Un fait digne de remarque est que la mort de la sage-femme qui avait soigné les différentes malades, et qui finit par succomber à la même maladie, mit fin à l'épidémie. Celle-ci paraissait donc éteinte, lorsqu'elle éclata tout à coup, le 28 décembre, à Ittersweiler, village de 490 habitants, et distant de 1 kilomètre de la commune de Nothalten. Cette fois elle ne sévit plus sur les femmes en couches ni sur les femmes en général, sauf deux exceptions, mais bien sur les hommes jeunes et robustes, appartenant tous à la classe des habitants aisés. Parmi les quinze malades atteints dans quinze jours (du 28 décembre au 11 janvier), on compte un jeune homme de vingt-six ans et un homme de cinquante et un ans; tous les autres, y compris les deux femmes, sont entre vingt et trente-six ans.

Les sept individus primitivement atteints sont tous morts. Leur maladie a duré de vingt-quatre heures à trois jours. Huit individus (sept hommes et une femme) sont encore en traitement.

Le médecin de la localité, M. le docteur Ruhlmann (d'Epfig), ayant porté ces faits à la connaissance du conseil médical du département, M. le préfet, sur l'avis du président, s'empressa d'envoyer sur les lieux le docteur Bœckel, membre dudit conseil. Déjà le médecin cantonal, M. le docteur Sultzer, était accouru, ainsi que le médecin du canton de Schlestadt, M. le docteur Mistler.

Les rapports de ces praticiens s'accordent tous à reconnaître dans cette maladie la suette qui ravagea jadis le canton de Rosheim, et fut décrite alors par Hessert et Schahl; elle a été observée plus récemment par MM. Rayer, Barthez, Guéneau de Mussy et Landouzy. C'est toujours la même maladie perfide et insidieuse qui fut déjà l'objet des travaux de Sauvages, de Borsieri, de Gastellier (de Montargis), etc. (*Journ. méd. de Strasb.*)

— Un cas de combustion spontanée vient d'être observé à Heilbronn. La victime était un homme d'une soixantaine d'années, adonné aux liqueurs alcooliques. Presque tout le tronc a été détruit; les objets environnants ne présentaient que des traces insignifiantes de combustion.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 3 FÉVRIER 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 14.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine! LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois
PARIS.	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 2 FÉVRIER 1849.

Revue clinique hebdomadaire.

Ancienne suppression de règles. Tympanite. Emménagogues et purgatifs employés sans succès. Galvanisation. Guérison presque instantanée. — Le service de M. Monod, à la maison de Santé du faubourg Saint-Denis, a offert récemment un des faits les plus intéressants de la thérapeutique.

Une dame de trente-six ans est entrée le 2 octobre dernier dans le service de M. Monod, salle 1re, n° 7, pour une tympanite et une suppression de règles datant d'environ huit mois. La tympanite était tellement développée et douloureuse, que la malade ne pouvait qu'avec peine se tenir debout, et cela en conservant une position demi-fléchie, et en prenant toutes sortes de précautions pour éviter les secousses, qui étaient très douloureuses.

Outre le traitement qui avait déjà été mis en usage avant l'entrée de la malade dans le service, on employa spécialement à la maison de Santé les purgatifs les plus énergiques, soit en lavements, soit par la bouche; mais ces moyens ne produisirent aucun résultat avantageux. L'état de la malade était absolument le même qu'à son entrée, lorsque vers le 15 janvier, c'est-à-dire après plus de trois mois de traitement inutile dans le service, on eut l'idée de galvaniser la malade à l'aide de la pile généralement usitée aujourd'hui. Les deux pôles furent placés successivement sur les divers points de l'abdomen, des cuisses et des parties génitales. Dès la nuit qui suivit la première galvanisation les règles reparurent, et la tympanite disparut presque entièrement; l'opération fut répétée deux ou trois autres fois à deux jours d'intervalle, et toute trace de tympanite disparut; la malade put se lever, marcher, et même aller se promener dans la ville. Elle se sentit même si bien qu'elle ne voulut pas attendre qu'on poursuivît davantage le traitement qui venait d'obtenir un si beau résultat, et qu'elle s'en retourna en province, d'où elle était venue, pour se faire traiter. Elle sortit une dizaine de jours après la première galvanisation, le 22 janvier.

Cette guérison remarquable persistera-t-elle? C'est ce que nous chercherons à savoir, et ce dont nous instruirons nos lecteurs.

Taille hypogastrique. Irrigations tièdes dans la vessie. — Un homme de soixante-deux ans, d'un tempérament nerveux, faible de constitution, vint consulter au mois de juillet dernier M. Amussat. Il éprouvait depuis longtemps des douleurs du côté de la vessie, et avait suivi en province divers traitements, sans que l'on eût soupçonné la cause de ses souffrances. Son père avait la goutte, et ses oncles ont été atteints de maladies de la vessie. Il y a huit ans, le malade avait rendu du sang avec les urines, et cette année il avait expulsé quelques graviers. Une sonde introduite sans difficulté dans la vessie fit constater la présence d'un calcul. M. Amussat, craignant l'influence des grandes chaleurs s'il pratiquait une opération quelle qu'elle fût, engagea le malade à retourner dans son pays, peu éloigné de Paris, et à revenir vers le milieu de l'automne.

Le 13 octobre, on constate de nouveau la présence du calcul, et l'on se décide à tenter la lithotritie, malgré la grosseur présumée du calcul. La tentative de broiement fut vaine; on ne put parvenir à briser, malgré une percussion très forte, le calcul, qui avait dans un sens plus de 4 centimètres. Le chirurgien proposa au malade la taille hypogastrique, que celui-ci accepta sans trop de répugnance.

Le 9 novembre, le sujet étant convenablement disposé, la vessie préalablement remplie d'eau tiède, on fait quelques inhalations de chloroforme, et M. Amussat pratique une incision longitudinale de 6 centimètres de long à la région sus-pubienne, divise successivement le tissu cellulaire, la graisse, le *fascia superficialis*, la ligne blanche, écarte les muscles droits et pyramidaux, le plancher aponévrotique sous-jacent, et fait tout contre la symphyse du pubis une ponction qu'il agrandit avec précaution. La vessie est ouverte, débridée à l'aide d'un bistouri boutonné; la paroi supérieure est maintenue avec le doigt recourbé en crochet, et la tenette ramène enfin, après quelques tentatives infructueuses, un calcul qui sort difficilement à cause de son volume. Cela fait, une grosse canule courbe en gomme élastique est placée dans la vessie par la plaie, et fixée en place à l'aide de fils que retiennent des bandelettes imbibées de collodium.

Le patient replacé dans son lit, on organise un appareil à irrigation d'eau tiède consistant en une sonde élastique qui pénètre dans la vessie par la grosse canule, et communique par un long tube avec un réservoir placé très haut et rempli d'eau tiède. Le liquide, après avoir filtré goutte à goutte dans la vessie, revient par la canule et est reçu dans un vase percé sur le côté, qui se décharge lui-même par un tube flexible dans un seau placé près du lit.

Le calcul, examiné quelques jours après l'opération, pèse 69 grammes. Son plus grand diamètre est de 5 centimètres et demi, le diamètre transversal est de 4 centimètres 9 millimètres; l'épaisseur de 3 centimètres, formé presque entièrement d'acide urique.

Le surlendemain, un peu d'agitation, douleurs dans les reins, le ventre, envies d'uriner fréquentes, envies de vomir, hoquet; pouls à 92; ventre tendu, mais non douloureux à la pression. Cataplasmes; fomentations huileuses laudanisées.

Le 13, les accidents ont presque disparu. Depuis quatre jours l'irrigation a fait passer goutte à goutte six seaux d'eau tiède par jour dans la vessie.

Le 16, on commence l'alimentation.

Le 17, on retire la canule, qui est restée huit jours entiers dans la plaie, et qui ne sort qu'avec difficulté, incrustée qu'elle est de phosphate calcaire. Les bords de la plaie sont durs et noirs. Injections d'eau tiède par la petite sonde. Douches sur la plaie.

Le 24, la plaie se rétrécit de plus en plus, mais l'urine sort encore par l'ouverture artificielle. Ce n'est que le 29, vingt jours après l'opération, qu'elle commence à s'écouler par la verge. Quelques injections sont faites par l'urètre pour hâter le retour des fonctions de ce canal.

Nous passons sous silence la formation d'un ou deux petits abcès sans importance qui retardent de quelques jours la guérison complète.

L'histoire de cette opération, dont nous avons pu suivre par nous-même toutes les péripéties, nous a paru intéressante à rapporter, et nous profiterons de l'occasion pour présenter quelques courtes réflexions qu'elle nous a suggérées. Et d'abord, eu égard à la constitution nerveuse du sujet, on peut dire que les accidents n'ont jamais été en rapport avec le volume du calcul. Mais cette constitution nerveuse faisait redouter à M. Amussat dans ce cas l'application de la lithotritie. Le malade n'aurait probablement pas résisté aux nombreuses séances nécessitées par un calcul de ce volume, et nous avons entendu M. Amussat dire qu'il avait plutôt fait cette première séance pour s'assurer de la grosseur et de la dureté de la pierre que dans l'espérance réelle de la broyer.

L'opération, que M. Amussat pratiquait ce jour-là pour la trente-cinquième fois sur le vivant, est une des plus difficiles que ce chirurgien ait encore rencontrées, et il est survenu pendant qu'on l'exécutait plusieurs petites difficultés matérielles qui l'ont rendue plus longue.

Ce qui inspira des craintes beaucoup plus sérieuses, ce furent les suites de l'opération : le hoquet, les envies de vomir, accidents nerveux qui pendant plusieurs jours simulèrent jusqu'à un certain point une péritonite, laquelle peut-être, du reste, pouvait être imminente. Nous avons dit que la canule s'était fortement incrustée de sels calcaires. On éprouvera quelque difficulté à se rendre compte de cette particularité si l'on réfléchit que dans l'espace de vingt-quatre heures six seaux d'eau traversaient la vessie. Comment pouvait-il se faire que les sels ne fussent pas entraînés par l'irrigation? C'est là un de ces problèmes dont la solution reste encore à donner.

N'oublions pas de signaler le bon effet qu'ont produit les bandelettes de collodium. Elles adhéraient à la peau d'une façon tellement intime que, malgré les fomentations et les cataplasmes, elles n'avaient subi aucune altération; avantage réel qu'elles présentent sur le diachylum, les taffetas, etc. Le collodium, insoluble dans l'eau, séchant en quelques minutes, peut rendre dans des cas déterminés de cette espèce de véritables services.

Mais ce ne sont pour ainsi dire là que des considérations accessoires. Le point sur lequel nous voulons attirer l'attention du praticien, et qui mérite d'être pris en très sérieuse considération, c'est la question des irrigations. Lorsque le malade vint consulter M. Amussat pendant les grandes chaleurs de juillet, le chirurgien ne voulut pas le soumettre à l'opération de la lithotritie, parce qu'il croit avoir remarqué, comme beaucoup d'autres opérateurs, qu'en général les opérations de cette espèce réussissent moins bien pendant une époque de l'année où la température est plus ou moins élevée que pendant l'automne ou le printemps. Lorsque la chaleur est très grande, en effet, les organes sont plus irritables, et l'urine acquiert des propriétés plus irritantes par suite de la transpiration qui est devenue plus abondante. Peut-être, si l'usage des irrigations en pareille circonstance devenait plus général, serait-on moins obligé à proscrire pendant la saison chaude les opérations qui se pratiquent sur les voies urinaires.

M. Amussat est convaincu, et nous partageons sa manière de voir, que sans ces irrigations le malade aurait succombé aux accidents de résorption purulente et aux suites de l'inflammation locale, qui eût été beaucoup plus intense. C'est la seconde fois que M. Amussat nous fait voir ces irrigations employées avec le plus grand succès dans l'opération de la taille hypogastrique. M. Amussat regrette de ne pas avoir fait ici des irrigations doubles, c'est-à-dire dans la canule et en même temps autour de cet instrument, et il pense qu'il conviendrait de les pratiquer à l'avenir; de cette manière on aurait pu, tout en continuant plus longtemps les irrigations dans la plaie, ôter la canule le sixième ou le septième jour, comme il le fait habituellement; en procédant ainsi, on eût empêché l'ichor de séjourner dans la plaie, peut-être eût-on été beaucoup plus vite délivré des inquiétudes si fondées que l'état du sujet a causées.

De quelques symptômes du varicocèle. Névralgie du testicule. — Il est des affections tellement connues, tellement étudiées, si souvent et par un si grand nombre d'auteurs, que l'on serait tenté de croire qu'il n'y a plus rien à en dire et que pas un des phénomènes qui les caractérisent n'a échappé à l'observation. Il est loin cependant d'en être toujours ainsi, et nous avons pu nous en convaincre en assistant à la visite de M. Vidal (de Cassis) dans ses salles de l'hôpital du Midi.

Cet honorable confrère nous a fait voir un malade qui avait un développement très peu prononcé des veines du scrotum au moment de son entrée, et qui accusait des douleurs extrêmement vives dans les deux testicules. Instruit par l'expérience, M. Vidal n'a pas hésité un seul instant à pratiquer ici une opération qu'il a faite plusieurs fois déjà pour remédier à des douleurs de cette espèce. Il a lié, des deux côtés, les veines du cordon, et bientôt les douleurs ont cessé complètement. Il n'a pas ici fait l'enroulement des veines; la maladie n'était pas assez grave, les veines assez dilatées et volumineuses, les téguments du scrotum assez relâchés pour qu'il fût nécessaire de recourir à ce procédé. Une simple ligature avec un fil d'argent a suffi.

A ce propos, M. Vidal nous faisait observer que les varicocèles les plus douloureux ne sont pas toujours ceux qui sont les plus volumineux. C'est même souvent le contraire. En pareille circonstance, est-ce des veines elles-mêmes ou des filets nerveux que provient la douleur? Et, quand l'opération y remédie, est-ce la constriction des veines ou la division des filets nerveux qui amène la guérison? C'est un point sur lequel M. Vidal n'est pas encore en mesure de se prononcer. S'il nous était permis de hasarder notre opinion, nous dirions que nous ne pensons pas que la constriction des filets nerveux soit ce qui abolit la douleur; car cette constriction serait accompagnée de douleurs très violentes, et la simple ligature que fait M. Vidal est à peine douloureuse.

Avant de quitter ce fait, pour dire deux mots de la névralgie testiculaire, mentionnons chez le malade que nous a fait examiner M. Vidal une singularité digne d'être notée. C'est une anomalie du canal déférent, qui, au lieu d'être situé de manière à pouvoir être rejeté en dedans et en arrière, a dû être porté en avant et en dehors. Cette disposition a été cause que la cicatrice sera plus près du raphé scrotal.

Les douleurs névralgiques dont nous venons de parler, et qui ne sont nullement en rapport avec le volume et le développement des veines, sont d'autant plus fréquentes et plus intenses que le varicocèle est de date plus récente. Les varicocèles anciens ne sont pas douloureux; ils sont incommodes, quelquefois sensibles par suite du développement des veines et de l'augmentation de volume du scrotum. Mais entre ces douleurs et le caractère névralgique de celles du varicocèle à son début, il y a une grande différence. La névralgie du testicule est une affection peu connue encore dans sa cause et son siége. M. Roux se demande si le point de départ n'en est pas dans une affection de la branche inguino-cutanée ou de la branche iléo-scrotale du plexus lombaire, ou bien enfin des filets du grand sympathique qui viennent du plexus rénal. Il ajoute que les bourses ne paraissent avoir éprouvé aucun changement; leurs parties constituantes, y compris le testicule, ne sont ni gonflées, ni indurées, ni rouges, etc.

Nous ne prétendons nullement nier la névralgie du testicule. Mais nous demanderons avec M. Vidal si, dans certains cas, on n'aura pas pris pour une de ces névralgies les douleurs qui accompagnent le début du varicocèle. Alors le traitement se trouverait tout tracé. Il suffirait, pour les faire disparaître, de pratiquer la ligature des veines du cordon; et ce ne serait pas à des préparations calmantes, à des frictions, des emplâtres, etc., que l'on aurait recours, comme on le fait si souvent en vain dans les névralgies testiculaires. Encore moins serait-on obligé de pratiquer la castration, comme l'ont fait des chirurgiens que nous ne saurions trop hautement blâmer.

Les douleurs névralgiques du testicule variqueux sont tellement insupportables, surtout pour ceux qui se livrent à des professions pénibles, que presque jamais on ne les voit attendre du temps le soulagement à leurs maux. Vous verrez très

rarement un varicocèle ancien chez un ouvrier livré à de rudes travaux, exposé à porter des fardeaux, etc.. Ceux-là viennent toujours se faire opérer de leur varicocèle, et comme l'opération n'est jamais dangereuse, M. Vidal n'hésite jamais à leur rendre ce service.

Ici un mot à l'occasion de l'opération par enroulement, dont nous avons assez souvent parlé pour n'avoir pas besoin d'y revenir aujourd'hui.

Un chirurgien distingué de province écrivait, il y a peu de temps, dans un journal de médecine, que l'on était encore, pour le varicocèle, à trouver un procédé qui pût être employé par tout le monde, et ne restât pas seulement dans les mains de l'inventeur. Si cela avait été écrit sérieusement, nous serions forcé de ne pas avoir une bien grande idée de l'adresse opératoire de notre confrère; nous aimons mieux n'y voir qu'une plaisanterie décochée sur la multitude des procédés et des *sous-procédés* qui encombrent la chirurgie. A coup sûr, il existe des méthodes pour l'opération du varicocèle qui donnent des succès dans d'autres mains que celles de leurs inventeurs. MM. Huguier, Maisonneuve, Deguise fils ont mis en usage le procédé d'enroulement et s'en sont bien trouvés.

Et veut-on savoir quelle méthode l'auteur de l'article auquel nous faisons allusion conseillait pour remplacer celles généralement employées aujourd'hui par les chirurgiens de Paris? La cautérisation. Or, il faut qu'on le sache, rien n'est plus difficile à faire que la cautérisation de toutes les veines qui accompagnent le cordon. Lorsque l'on dissèque avec soin le cordon, on s'aperçoit qu'il existe deux petites veines accolées à ce cordon et très difficiles à en séparer. Avec une aiguille, on y parvient bien; mais avec un porte-caustique, cela serait presque impossible. Or, laisser ces deux veines, c'est appeler inévitablement la récidive de l'affection. L'objection de notre confrère tombe donc complétement à faux, et son procédé est inadmissible.

Testicule syphilitique. — M. Vidal nous a fait voir un malade qui présentait un testicule syphilitique, et chez lequel il y avait en même temps hydrocèle, coïncidence que M. Vidal regarde comme rare et qu'il rencontrait ici pour la première fois. Chez ce malade, le testicule était plus gravement pris que l'épididyme; ou a des antécédents vénériens, chancre, syphilides. Sous l'influence de l'iodure de potassium que le sujet prend depuis quelques jours, le testicule est déjà en partie revenu à ses conditions normales d'existence. A ce propos, M. Vidal nous faisait remarquer que, dans les cas où une hydrocèle coïncide avec le sarcocèle syphilitique, le testicule doit s'atrophier plus rapidement que dans les cas simples, deux causes, la syphilis et la pression exercée par le liquide, contribuant à diminuer le volume de l'organe et à l'atrophier.

L'opinion de M. Vidal n'est pas partagée par M. Ricord, qui a écrit dans les notes à Hunter: « *Il n'est pas rare* de rencontrer en même temps le sarcocèle syphilitique et une hydrocèle. » Laquelle de ces deux autorités faut-il croire? Les éléments propres à résoudre la difficulté nous manquent, et nous ne pouvons nous prononcer à coup sûr. Mais qu'on nous permette de rappeler une de nos *Revues cliniques* de l'an dernier (19 août 1848), où nous résumions quelques considérations présentées par M. Nélaton sur le testicule syphilitique. Cette question s'y trouve soulevée et en partie résolue.

Il s'agissait d'un malade affecté de sarcocèle syphilitique, chez lequel la tunique vaginale contenait un peu de liquide. En pressant le testicule ainsi environné d'une couche de liquide, on croyait sentir une rénitence qui en réalité n'existait pas, l'organe n'étant simplement qu'induré; et voici ce que nous disions à ce propos: « La présence d'un liquide dans la tunique vaginale n'est pas un fait très commun. La quantité de liquide n'est pas toujours la même; lorsqu'elle est un peu considérable, elle en impose pour l'existence d'une hydrocèle, et c'est alors pour cette complication symptomatique que les sujets viennent consulter le chirurgien. C'est là une chose dont doivent être prévenus les chirurgiens pour ne pas se laisser surprendre, et employer contre l'épanchement une médication qui serait tout au moins inutile. En effet, dans le cas d'hydrocèle symptomatique du testicule syphilitique, loin qu'il soit besoin de faire dans la tunique vaginale une injection irritante, il suffit de faire une simple ponction avec le trocart. Une fois le traitement interne commencé, le liquide ne se reproduit plus. » Cette question de la fréquence de l'hydrocèle compliquant le sarcocèle est importante et mérite d'être résolue par l'observation des faits.

Contracture syphilitique des muscles.—Un autre accident sur lequel nous voulons encore attirer un instant l'attention, c'est la contracture syphilitique des muscles, dont nous avons vu un exemple dans le service du même chirurgien.

Les anciens ont décrit ces affections sous le nom de *rhumatisme syphilitique*. Petit-Radel, entre autres, a parlé non-seulement des douleurs qui l'accompagnent, mais encore d'un de leurs effets consécutifs, de la contracture, sur laquelle on a de nouveau attiré l'attention dans ces derniers temps. M. Lagneau les signale également, et M. Ph. Boyer dit avoir observé deux cas de contracture syphilitique dans le muscle biceps brachial chez des malades qui présentaient simultanément des syphilides ulcéreuses ou des affections du système osseux. Depuis, de nombreuses observations analogues ont été faites par plusieurs observateurs, entre autres par M. Ricord et par M. Bouisson, qui a publié un bon travail sur cette maladie.

Quant à l'apparition de cet accident, elle paraît n'avoir jamais lieu qu'à une époque très avancée de la syphilis constitutionnelle. Chez l'homme que nous avons vu dans le service de M. Vidal, et qui présente une rétraction du biceps, on a observé il y a longtemps déjà des chancres, puis des accidents de la gorge. Une partie de la luette a été détruite. M. Vidal a déjà vu plusieurs fois des accidents de cette espèce; dans les premiers temps de son service à l'hôpital du Midi, il a eu l'occasion d'en observer un exemple bien curieux. C'était un homme qui portait dans le muscle droit antérieur de la cuisse une tumeur de cette nature, dure, de la grosseur d'une petite noix, développée dans l'épaisseur des faisceaux musculaires eux-mêmes. L'iodure de potassium en amena en partie la résolution.

C'est le biceps, a remarqué M. Vidal, qui est le plus fréquemment le siége de cette altération, ou du moins qui est le premier atteint. Le biceps est en quelque sorte le lieu d'élection pour ces tumeurs, comme le tibia semble l'être pour les périostoses et pour les affections osseuses.

La plupart des auteurs modernes ont fait la même observation que MM. Vidal, Ricord et Ph. Boyer; nous citerons parmi eux M. Reynaud et le professeur Bouisson, de Montpellier. Suivant M. Bouisson, les modes d'action du virus syphilitique sur le système musculaire peuvent se résumer de trois manières:

1° Par la douleur, c'est l'effet le plus commun: c'est le rhumatisme syphilitique qui a été observé chez les sujets atteints de syphilis invétérée, et chez les malades qui ont été exposés au froid et à l'humidité;

2° Par la contraction des muscles, qui tantôt est le résultat du rhumatisme syphilitique, dont elle n'est qu'un degré plus avancé; tantôt se manifeste d'une manière lente et parvient graduellement à un état plus ou moins avancé. Mais ici, M. Bouisson n'est pas tout à fait de l'avis des chirurgiens dont nous avons cité les opinions.

« J'ai rappelé, dit-il, un fait de rétraction syphilique de l'un des muscles oculo-moteurs, et s'il fallait établir un siége d'élection pour ce genre de phénomènes morbides, ce serait aux sphincters que je le placerais. On sait combien sont fréquentes les rétractions permanentes des constricteurs de l'anus chez les sujets qui présentent des syphilides autour de cette ouverture, et qu'on dit atteints de fissures. On observe aussi assez fréquemment la rétraction active et douloureuse du constricteur du vagin chez les femmes qui portent des ulcérations au voisinage de son orifice vulvaire. Or, si, dans certains cas, ces spasmes permanents sont provoqués par la présence de l'ulcération, indépendamment de toute influence spécifique, on n'enfreint pas les lois d'une sage analogie en faisant rentrer dans d'autres cas la contraction des sphincters parmi les symptômes de la syphilis confirmée, et en la considérant comme une véritable contracture vénérienne. »

Le troisième mode d'action de la syphilis est, suivant le même auteur, le développement de tumeurs dans le système musculaire et ses dépendances, tendons et aponévroses.

Relativement à l'opinion de M. Bouisson pour les rétractions des sphincters, nous avons dû les rapporter, sans croire toutefois, avec l'honorable professeur, que ces muscles soient aussi souvent qu'il le pense le siége d'élection de la contracture syphilitique. Z...

MALADIES DES YEUX. — M. Tavignot.

Des cataractes traumatiques.

Jusqu'à quel point une cataracte développée sous l'influence d'une cause traumatique se comporte-t-elle comme une cataracte survenue spontanément? Telle est la question diversement jugée qu'il convient de poser tout d'abord.

A ne consulter que les observations rapportées par les auteurs et les quelques faits recueillis par soi-même, le problème ne paraît pas facile à résoudre, tant il existe de différences, soit apparentes, soit réelles, entre chacun des éléments qui constituent cet intéressant sujet.

Il fallait donc faire quelque chose de plus; et, au lieu de se borner purement et simplement à constater ces prétendues contradictions de la nature qui n'existent jamais que dans notre esprit, il était plus rationnel de chercher à s'en rendre compte par un examen plus scrupuleux, une analyse plus détaillée des faits.

La cataracte traumatique diffère d'abord de la cataracte spontanée d'une manière trop sensible pour que nous ne tracions pas ici à longs traits une ligne de démarcation bien tranchée entre ces deux affections.

Ainsi, la cataracte spontanée est le plus souvent lenticulaire, tandis que la cataracte traumatique est ordinairement soit capsulaire ou capsulo-lenticulaire.

Les cataractes traumatiques offrent presque toujours une mollesse plus ou moins prononcée. Parmi les cataractes spontanées, au contraire, un bon nombre sont dures ou demi-dures.

Une autre circonstance mérite encore d'être prise en considération.

Lorsque la cataracte spontanée se développe, elle n'est généralement accompagnée d'aucun travail phlegmasique de l'œil ou de ses annexes. Il n'en est pas de même dans la cataracte traumatique. L'inflammation d'un ou de plusieurs tissus de l'œil est le phénomène obligé du développement de l'opacité qui constitue la cataracte. Or, cette inflammation a plus d'un résultat fâcheux. On connaît les principaux; ce sont:

Les adhérences qui s'établissent entre l'iris et la cristalloïde antérieure; l'état douloureux des nerfs ciliaires, qui a toujours un retentissement plus ou moins grand sur la rétine, dont il produit, avec le temps, soit l'affaiblissement, soit la paralysie, etc.

Mais on n'a pas, jusqu'à présent, prêté une assez grande attention à l'influence qu'exerce l'inflammation elle-même sur la cataracte une fois développée.

En effet, tant qu'un œil cataracté par une cause traumatique est encore sous l'influence de l'inflammation, l'opacité de l'appareil cristallinien, à supposer qu'elle se trouve dans des conditions propres à disparaître spontanément (conditions que nous déterminerons plus loin), reste stationnaire, ou même fait de nouveaux progrès.

La physiologie pathologique nous explique suffisamment cette particularité dans l'histoire des cataractes traumatiques: l'inflammation et l'absorption sont deux phénomènes qui s'excluent mutuellement.

Mais voici encore d'autres caractères différentiels.

La cataracte traumatique ne se rencontre, le plus ordinairement, que d'un seul côté, tandis que la cataracte spontanée survient le plus souvent soit simultanément, soit successivement des deux côtés. Cette différence entre les deux affections est bonne à retenir; car elle permet, jusqu'à un certain point, de tirer la conclusion que, lorsqu'il survient une seconde cataracte sur un sujet qui en a déjà une, on ne saurait rationnellement attribuer la formation de la dernière à l'influence sympathique exercée par l'œil primitivement cataracté.

Tout en admettant, d'après notre propre expérience, qu'une cataracte traumatique ne saurait provoquer le développement d'une cataracte spontanée dans l'œil du côté opposé, on ne saurait nier, cependant, l'influence réciproque que les deux yeux exercent l'un sur l'autre dans l'état pathologique. Ici, cette influence ne nous paraît pas démontrée; voilà tout... Mais on ne saurait méconnaître le retentissement qu'a sur l'œil sain l'état phlegmasique produisant la cataracte traumatique. Ce fait est hors de doute. L'iritis sympathique, que nous avons décrite à part dans notre *Traité clinique des maladies des yeux*, page 376, et qui survient à la suite d'une lésion traumatique de l'œil du côté opposé, qu'il y ait eu ou non formation de cataracte, est une preuve suffisante de ce que nous venons d'avancer.

Cependant M. A. Petit est allé plus loin, et prétend (page 65) qu'un coup violent qui fait perdre l'œil peut déterminer la formation d'une cataracte dans l'œil opposé. « Alors, ajoute-t-il, quoique celle-ci présente tous les caractères qui promettent le succès, l'opération la mieux faite ne réussit pas toujours à rendre la vue. » Nous n'avons pas à contester la valeur de l'opinion émise par l'habile chirurgien de Lyon; nous admettons très volontiers les faits qu'il a observés; car ils ne contredisent en rien ce que nous avons dit plus haut.

En effet, il s'agit, dans ces cas, non d'une cataracte traumatique qui provoque la formation d'une cataracte du côté opposé, mais d'une lésion plus ou moins grave de l'un des deux yeux, qui retentit par sympathie sur l'œil sain. Or, ces faits sont connus; on les observe journellement, en quelque sorte dans la pratique. Remarquons toutefois que c'est la lésion traumatique qui amène une réaction inflammatoire dans l'œil congénère de celui qui a été blessé, et par suite, la cataracte. On comprend aisément dès lors qu'il n'est pas nécessaire, pour que cette affection secondaire survienne, que la lésion traumatique ait amené le développement d'une cataracte, puisque la réaction sympathique s'exerce d'œil à œil, et non exclusivement d'appareil cristallinien à appareil cristallinien.

Enfin, il nous reste à signaler comme un dernier caractère propre à différencier la cataracte traumatique de la cataracte spontanée; le voici: la cataracte spontanée en voie de formation tend toujours, dans un temps variable, à devenir complète; la cataracte traumatique, au contraire, une fois produite par l'inflammation, n'a pas de tendance à faire de nouveaux progrès lorsque l'œil a cessé d'être enflammé. Cela est surtout vrai pour la capsule antérieure du cristallin, qui est susceptible de rester toute la vie partiellement opaque et partiellement transparente.

Ces préliminaires une fois établis, nous pouvons entrer plus avant dans l'étude des cataractes traumatiques.

Étiologie. — Comme leur nom l'indique assez, les cataractes traumatiques reconnaissent pour cause une violence extérieure ayant agi directement sur le globe de l'œil. J'ignore jusqu'à quel point l'influence d'une violence extérieure indirecte peut être suffisante pour déterminer la formation d'une cataracte traumatique.

Les lésions traumatiques directes peuvent agir de trois manières différentes, et cette division, tout à fait classique, a ici une importance toute spéciale: 1° par contusion; 2° par piqûre; 3° par section.

A. *Les corps contondants*, qu'ils agissent immédiatement sur le globe oculaire, ou médiatement à travers les voiles palpébraux, peuvent produire une ecchymose des paupières, du tissu cellulaire sous-conjonctival, la rupture de la cornée, de la sclérotique, un décollement simple ou multiple de la grande circonférence de l'iris, la déchirure de cette membrane, la dilacération de la capsule cristalline, la luxation du cristallin, sa sortie du globe de l'œil, etc.; mais le phénomène le plus constant est l'hémorrhagie survenue dans les chambres de l'œil, et qui ne permet pas tout d'abord d'apprécier l'étendue des désordres dont cet organe est le siége. Mais ce n'est pas tout: lorsque la contusion a été un peu violente, le globe oculaire a éprouvé une véritable commotion dont il faut toujours tenir compte dans le pronostic à porter. En effet, la rétine reste quelquefois paralysée, et il y a amaurose; la pupille fortement dilatée, et il y a mydriase. Ces deux dernières lésions peuvent exister en même temps, de même qu'elles se rencontrent dans quelques cas isolés. Plus profondément, de nouvelles lésions s'ajoutent parfois aux premières, et augmentent ainsi leur gravité. C'est ainsi que l'humeur vitrée peut être plus ou moins désorganisée dans sa trame hyaloïdienne, que le réseau vasculaire de la choroïde peut être déchiré, et donner naissance à un épanchement sanguin qui soulève et déplace la rétine vers le centre de l'œil, etc.

On conçoit qu'au milieu de ces graves désordres, la lésion de l'appareil cristallinien devienne, en définitive, à peu près secondaire. Elle seule, cependant, doit fixer notre attention, pour ne pas nous écarter de notre sujet.

La capsule du cristallin est ou fortement contuse, ou déchirée dans une étendue plus ou moins grande. Dans les deux cas elle s'enflamme généralement, et devient opaque à divers degrés. Si l'ouverture de la capsule est assez grande et l'action du corps contondant assez énergique, le cristallin est énucléé de son enveloppe, et vient généralement se loger dans la

chambre antérieure; mais il arrive dans quelques cas cependant qu'il se déplace dans toute autre direction, en arrière, en bas, sur les côtés.

Une fois déplacé, le cristallin ne tarde pas à s'opacifier, comme nous aurons occasion de le montrer un peu plus loin.

B. *Les instruments piquants* produisent des désordres beaucoup moins effrayants, au premier abord, que ceux que nous venons de passer succinctement en revue. Leur action est loin cependant d'être sans gravité pour l'appareil cristallinien, ainsi que nous allons le démontrer.

Les instruments piquants peuvent atteindre l'appareil cristallinien à travers la cornée ou la sclérotique; et, quelle que soit leur petitesse, ils produisent fréquemment la cataracte traumatique. La gravité de la lésion est plus grande lorsque l'iris a été atteint par le corps vulnérant; car on sait que la piqûre de cette membrane donne souvent lieu à l'iritis.

Mackensie a donné des soins à une femme qui, en secouant avec force un morceau de toile, reçut dans l'œil droit une épingle qui fut lancée par le mouvement imprimé à la toile. L'épingle entra vers le milieu de la cornée et piqua la capsule immédiatement derrière le bord de la pupille; il en résulta une cataracte lenticulaire complète et une opacité partielle de la capsule. (P. 268.)

Demours cite le fait d'une jeune fille de sept ans qui eut une cataracte traumatique à la suite d'une piqûre de la capsule du cristallin, faite par une pointe de ciseaux qui avait traversé la cornée.

Les observations analogues sont nombreuses; mais il n'est pas nécessaire de les multiplier.

D'ailleurs, on peut à volonté produire sur les animaux des cataractes traumatiques en piquant avec une aiguille ordinaire la capsule antérieure du cristallin.

C. *Les instruments tranchants* produisent généralement dans l'œil des désordres plus graves que les instruments piquants dont nous venons de parler; mais, par rapport à la cataracte traumatique, ils agissent un peu différemment. En effet, plus l'ouverture pratiquée à la capsule antérieure du cristallin est étendue, moins elle a de chances de se cicatriser promptement; alors le cristallin est en contact avec l'humeur aqueuse, à peu près comme cela a lieu dans le procédé opératoire de Jæger pour guérir la cataracte. Il arrive parfois que l'instrument tranchant a divisé en même temps l'iris et la capsule cristalline, et alors une adhérence s'établit bientôt entre les bords divisés de l'iris et un lambeau flottant de la cristalloïde. Nous avons vu un exemple de cette espèce.

Sans nous appesantir davantage sur les variétés infinies de lésions traumatiques de l'œil qui peuvent donner naissance à la cataracte, nous devons signaler toutefois la présence des corps étrangers qui restent logés dans la coque oculaire, soit dans le voisinage de l'appareil cristallinien, soit dans son intérieur; c'est ainsi que M. Jacob (d'Irlande) a trouvé un fragment de cuivre placé dans le cristallin.

Symptomatologie. — La cataracte traumatique est *primitive* lorsque l'appareil cristallinien a été directement lésé : alors on observe généralement dans les 36 ou 48 heures qui suivent l'accident l'opacité caractéristique d'une cataracte commençante; la cataracte traumatique est dite, au contraire, consécutive quand l'appareil cristallinien n'a pas souffert luimême de la violence extérieure; il vient néanmoins à s'opacifier par suite de ses rapports avec les tissus voisins vivement enflammés. Entre ces deux espèces de cataractes traumatiques, il y a une distinction à établir qui ne repose pas seulement sur l'époque de leur développement; et c'est bien ici moins une question de temps à noter qu'une division très naturelle à établir entre deux affections qui diffèrent à la fois par leurs symptômes et par leur gravité relative.

En effet, la cataracte traumatique primitive peut être aussi simple que possible; la cornée ou la sclérotique n'ayant que peu souffert de la cause vulnérante, tous les désordres phlegmasiques sont en quelque sorte limités à l'appareil cristallinien : alors on observe peu de réaction, une conjonctivite légère, une kératite adhésive limitée, pas d'iritis, peu de photophobie, etc.

La cataracte traumatique consécutive, au contraire, est toujours accompagnée de désordres nombreux dans l'intérieur de l'œil, puisqu'elle n'est elle-même, en réalité, qu'une complication de ces divers éléments morbides. Alors, on observe souvent, réunis ensemble, les différents symptômes de la conjonctivite aiguë, de la kératite, de l'iritis, de la névralgie ciliaire, de la hernie de l'iris, etc.

Mais, hâtons-nous de le dire, la cataracte traumatique débute souvent aussi accompagnée de ce cortége de symptômes qui lui sont étrangers, et qu'il faut rapporter, autant que cela est possible, aux différents tissus de l'œil qui ont été lésés en même temps que l'appareil cristallinien par le corps vulnérant.

(*La suite à un prochain numéro*).

Des applications anesthésiques locales du chloroforme ;

Par le docteur Contal, à Vezelise.

Des observations faites déjà par plusieurs praticiens et expérimentateurs, notamment en Angleterre, tendaient déjà à prouver que les applications locales de chloroforme pouvaient empêcher la douleur d'être ressentie lorsqu'on la provoquait, ou la dissiper quand elle existait.

Nous recevons d'un de nos honorables confrères quelques observations qui viennent à l'appui des recherches que nous venons de rappeler. Ces nouvelles observations ont un assez grand intérêt pratique pour que nous croyions devoir les publier textuellement.

1° De l'emploi du chloroforme dans les névralgies dentaires et dans l'extraction des dents.

Obs. I. — Le 2 novembre 1848, une femme de la campagne vint me trouver pour une rage de dents intolérable provoquée par la carie de trois grosses molaires. Ayant fait une application locale de 6 gouttes de chloroforme sur chacune de ces dents, grande fut ma surprise de voir la douleur enlevée subitement. Enhardi par ce succès, je voulus savoir si je pourrais extraire la plus mauvaise sans douleur. Je pris un morceau de coton imbibé de 10 gouttes de chloroforme, que j'appliquai de nouveau sur cette dent en ayant soin cette fois d'en frictionner pendant une minute la partie antérieure et postérieure de la gencive. L'opération se fit sans douleur. Un mois après, je revis la malade : elle n'avait ressenti aucun mal dans les deux dents conservées.

Depuis lors, j'ai eu souvent occasion d'employer le même procédé, et presque toujours avec le même succès. Je dis presque toujours, parce que chez trois personnes qui avaient des racines profondes et très tenaces la douleur a été assez vive. Aujourd'hui, lorsque je soupçonne une de ces dents, j'emploie une dose plus forte de chloroforme, je frictionne la gencive plus longtemps et j'arrive à rendre la douleur presque nulle.

Tous les malades ont éprouvé à l'application du remède une sensation de brûlure très supportable, de peu de durée; un seul sur vingt a eu le lendemain une fluxion très forte, mais tout me porte à croire qu'elle fut le résultat d'une imprudence. Plusieurs ont poussé des cris de douleur au moment de l'opération, douleur que je croyais réelle; mais, revenus de leur surprise et délivrés, ils m'ont avoué avoir craint un mal qu'ils n'avaient point ressenti. Il n'est survenu chez ces malades aucune tendance au sommeil, aucun phénomène digne d'être constaté; pendant l'application du chloroforme, ils ont respiré le moins possible, la fenêtre de l'appartement était ouverte.

2° De l'emploi du chloroforme en frictions sur la peau dans les névralgies.

Obs. II. — Le 20 décembre 1848, je fus appelé près de mademoiselle A..., âgée de vingt et un ans, d'une constitution lymphatico-nerveuse; affectée depuis dix ans d'une névralgie du trijumeau du côté droit, reparaissant principalement sous l'influence de l'humidité et surtout du brouillard, on lui a arraché plusieurs dents gâtées dans le but de faire cesser cette maladie; on lui a appliqué des compresses d'eau de laurier-cerise, des pommades de belladone, et d'autres remèdes sans obtenir de soulagement durable et instantané. Lorsque le mal la prend, elle souffre pendant quinze à vingt jours.

A ma première visite, elle accuse de très vives douleurs dans la région molaire droite, dans le fond de l'œil et dans la région frontale du même côté. Le pouls est normal. Un morceau de coton imbibé de 15 gouttes de chloroforme est porté en friction sur tous les endroits douloureux. Le mal cesse pour reparaître aussitôt à la gorge et à l'oreille; une friction de 8 gouttes est faite sur ces parties, et la malade éprouve pendant deux heures un bien-être indicible. Après ce temps, la douleur reparaît moins vive; on fait une nouvelle friction de 10 gouttes; même soulagement. Dans la nuit, on est forcé d'y avoir encore recours, et cette fois la douleur disparaît complétement. Malgré un brouillard très épais, la malade sort le second jour de chez elle sans attendre ma visite. Aujourd'hui, il n'est point à ma connaissance que la douleur ait reparu.

Obs. III. — *Névralgie intercostale du côté gauche.*

Madame C..., âgée de vingt-trois ans, lymphatico-nerveuse, à la suite d'une transition brusque du froid au chaud, est prise subitement d'une douleur très aiguë qui part de l'angle inférieur de l'omoplate et s'irradie, le long des sixième et septième côtes, jusque dans le sein. Elle ne peut faire une forte inspiration, lever le bras sans provoquer une très vive douleur. Lors de ma première visite, le pouls et la peau sont à l'état normal; la percussion et l'auscultation du thorax ne nous indiquent aucune maladie ni du poumon, ni de la plèvre. Une friction de 15 gouttes de chloroforme est faite *loco dolenti*, et la douleur cesse presque subitement. Une demi-heure après, elle revient dans le sein; une nouvelle friction de 10 gouttes juge le mal. Madame C... se couche et passe une bonne nuit. Depuis lors, la douleur n'est point revenue.

Obs. IV. — *Rhumatisme errant fixé dans la région intercostale gauche.*

Mademoiselle F..., âgée de cinquante-neuf ans, essentiellement nerveuse, souffre depuis longtemps de douleurs rhumatismales. Jusqu'à ce jour elles ont été supportables, mais aujourd'hui elles sont intolérables et l'empêchent de respirer; elle sent sa poitrine comme serrée dans un étau; elle ne peut faire de mouvements sans augmenter son mal. Le pouls est à 67-70, la respiration à 16-18; la rate, le cœur, les poumons et les plèvres sont sains. Une friction avec 20 gouttes de chloroforme est faite pendant trois minutes sur toute la région douloureuse. Le mal cesse, mais revient une heure après; il cède à une nouvelle friction de 15 gouttes. La nuit est bonne. Le lendemain et le surlendemain, la douleur reparaît de moins en moins forte. Après la cinquième friction, elle a cessé tout à fait.

Les précautions pour empêcher l'inhalation chez ces trois malades ont été prises; nous n'avons rien observé du côté du cerveau. Comme les premières, une légère sensation de brûlure ou d'un corps très froid en contact avec la peau a été ressentie; elle fut de peu de durée. Ainsi le remède, appliqué de cette manière, a agi promptement et n'a nullement altéré la peau.

Revue thérapeutique.

Traitement des fièvres intermittentes par les préparations arsenicales.

Malgré les heureux résultats obtenus par M. Boudin dans le traitement des fièvres intermittentes, résultats démontrés par un travail consciencieux de M. le docteur Masselot, cette médication est loin de s'être répandue et d'avoir été expérimentée autant qu'on aurait pu s'y attendre. Ce n'est donc pas sans un intérêt réel qu'on lira les observations suivantes faites par M. le docteur Caytan, médecin à Capellen, et consignées dans les *Annales de la Société médicale d'émulation de la Flandre occidentale* (novembre 1848).

La cherté du sulfate de quinine, la ténacité des fièvres ou quelque contre-indication tout individuelle, ont forcé les médecins à recourir à d'autres agents médicamenteux dont les vertus antifébriles avaient déjà été constatées par l'expérience. Parmi ceux-ci, les principaux sont : la quinoïdine, la salicine, la phloridzine, l'ilicine, le bois de quassia amer, l'éther sulfurique, l'acide arsénieux, l'arséniate acide de potasse ou de soude.

Sans vouloir me prononcer sur la valeur fébrifuge de toutes ces substances, je puis certifier que parmi celles-ci il en est quelques-unes à l'aide desquelles des succès non équivoques ont été fréquemment obtenus. Je connais des médecins dans nos *Poldres*, qui prescrivent tous les jours avec avantage le sulfate de fer et la décoction de la racine du polygala amer; cependant ces praticiens reconnaissent que ce traitement est presque toujours plus long que celui dont le sulfate de quinine forme le fond, et que, dans quelques cas, ils sont encore obligés de recourir au sel quinique pour se rendre entièrement maîtres de la fièvre.

Un grand nombre de médecins, parmi lesquels se trouvent Fowler, Fournier, Vaidy, Schœnlein, Fodéré, Walker, etc., ont préconisé les arsenicaux dans les fièvres intermittentes; le docteur Boudin surtout a, par ses travaux remarquables, réhabilité parmi nous l'emploi des préparations arsenicales dans le traitement des affections intermittentes. Une communication faite à l'Académie de médecine de Paris, dans laquelle ce médecin résume les résultats de ses expériences, se trouve rapportée dans l'*Annuaire de thérapeutique* du docteur Bouchardat (1846); elle pourra être consultée avec fruit par ceux qui voudront essayer cette méthode.

Les succès positifs obtenus par les praticiens susmentionnés m'ayant engagé à employer les préparations arsenicales dans les fièvres intermittentes, je viens présenter à la Société le résultat des observations que j'ai faites jusqu'ici à ce sujet.

Ordinairement je commence le traitement par les évacuants, purgatifs ou vomitifs, selon les indications qui se présentent; il y a, en outre, deux conditions qui me paraissent essentielles pour autoriser l'administration du remède antifébrile : c'est que l'apyrexie soit franche, complète, et que la fièvre soit simple et exempte de toute complication.

J'ai prescrit pendant quelque temps l'acide arsénieux d'après le mode d'administration décrit par le docteur Boudin; mais bientôt j'ai abandonné cette substance pour l'arséniate acide de potasse, par lequel on obtient les mêmes effets et dont l'emploi est plus facile à cause de sa plus grande solubilité. La dose d'arséniate acide de potasse a varié suivant les sujets, les temps et les lieux; voici la dose moyenne que j'ai adoptée sous la formule suivante :

Arséniate acide de potasse,	1/3 de grains.
Infusion de bois de quassia amer,	4 onces.

Mêlez et édulcorez à volonté.

Cette potion est habituellement épuisée deux ou trois heures avant l'heure présumée du début du paroxysme, en commençant huit ou dix heures avant l'arrivée de celui-ci. Cette préparation, maniée et modifiée au besoin avec la prudence nécessaire pour toutes les substances énergiques, n'a jamais produit le moindre inconvénient.

Depuis le mois de mars inclusivement jusqu'à ce jour (6 nov.) mes notes portent sur cent malades fiévreux de tout âge traités par l'arséniate acide de potasse; parmi ceux-ci, 67 étaient atteints de fièvre tierce, 19 de fièvre quotidienne et 14 de fièvre quarte. Sur ces nombres, 6 fièvres tierces, 2 quotidiennes et 3 quartes ont subi seulement quelque modification dans leurs périodes et n'ont pu être coupées définitivement par l'arséniate acide de potasse. Fréquemment, j'ai eu occasion de constater qu'en insistant longtemps sur l'emploi des arsenicaux l'on n'y profitait guère, car dans cette circonstance une espèce de tolérance s'établit et l'on augmente la dose en pure perte. Si donc à la troisième ou quatrième prise l'effet curatif ne se manifeste point, je me crois en droit de soupçonner l'infidélité du remède antifébrile, bien entendu lorsque l'insuccès ne peut être attribué à une erreur dans le régime très fréquente chez les fiévreux.

Les praticiens qui ont eu recours à la médication arsenicale ont observé que celle-ci était susceptible de diminuer sensiblement l'intumescence de la rate, phénomène pathologique constant qu'offrent les malades chez lesquels l'affection intermittente a pris des racines profondes. Dans plusieurs cas semblables, j'ai pu constater également cet effet, qui, selon M. Piorry, doit nécessairement être obtenu pour pouvoir guérir la fièvre intermittente proprement dite.

Pour ce qui concerne les récidives, j'ai observé qu'elles n'étaient pas plus fréquentes qu'après l'emploi du sulfate de quinine, et si parfois des récidives ont eu lieu, une ou plusieurs nouvelles doses d'arséniate acide de potasse en ont promptement fait justice.

Toujours j'ai continué l'administration du remède antifébrile aussi longtemps que j'avais à craindre le retour de la fièvre, en diminuant toutefois la dose et en permettant au malade une alimentation substantielle convenable.

Malgré les insuccès que l'on rencontre par l'emploi des arsenicaux dans le traitement des fièvres d'accès, je pense cependant que ceux-ci méritent de tenir un rang parmi les meilleurs succédanés du quinquina et de ses composés. Les médecins qui pratiquent parmi les classes peu aisées et dans les contrées où les fièvres intermittentes sont endémiques y trouveront toujours une économie considérable, qui n'est pas à dédaigner, surtout aujourd'hui que le sulfate de quinine est à un prix exorbitant.

L'intoxication que l'arsenic et ses composés sont susceptibles de produire à dose minime formera toujours l'objet d'une prévention défavorable, qui pourrait en entraver l'usage interne; cependant, lorsque l'on a prescrit et manié cette substance avec la prudence requise, l'on est bientôt convaincu qu'elle n'est pas plus dangereuse par ses effets sur l'économie que la morphine, le sublimé corrosif et tant d'autres médicaments héroïques qui sont loin d'être proscrits, quoique leurs qualités soient reconnues tout aussi vénéneuses.

De l'eau froide, en nappe et en enveloppe, dans le traitement de plusieurs maladies.

L'usage externe de l'eau froide n'est pas assez suivi à Paris dans le traitement de diverses maladies, tant médicales que chirurgicales. Cela est regrettable, car il s'agit d'un moyen efficace qu'on peut se procurer partout, spécialement dans les maladies ou plutôt chez les individus qu'on ne peut soumettre ni aux évacuations sanguines, ni à l'usage convenable des remèdes intérieurs. Disons d'abord que, par *application de l'eau en enveloppe*, on entend tout simplement

envelopper le corps entier du malade, à nu, dans un drap trempé dans de l'eau froide et exprimé. On étale le drap mouillé sur un lit, on y couche le patient, on l'enveloppe, on met des couvertures de laine par-dessus et on l'y laisse jusqu'à ce qu'il ait chaud. Pendant ce temps de réaction, on tient sur sa tête des compresses trempées d'eau froide qu'on renouvelle souvent. Dès que le malade a chaud, on le transporte dans un lit sec. On recommence deux, trois fois par jour la même opération dans les cas graves de maladie aiguë, ce qui n'empêche pas au besoin de faire autre chose, s'il y a lieu.

Cette méthode donne à ce qu'il paraît de remarquables résultats dans les fièvres typhoïdes et dans les rhumatismes généralisés aigus et chroniques, ce qui se conçoit aisément, au reste; car quoi de plus hyposthénisant que le froid ou la suppression subite d'une dose considérable de calorique de toute la surface du corps? Par application *en nappe*, on entend une affusion torrentielle sur la tête, à l'aide de plusieurs seaux d'eau froide qu'on verse plus ou moins rapidement, le patient étant dans une baignoire. Dans les affections aiguës du cerveau ou des méninges on se trouve parfaitement de ce moyen; ce qui n'empêche pas, nous le répétons, de prescrire autre chose au besoin. Le docteur Stackler (de Mulhouse) vient de publier, dans le dernier numéro de la *Gazette médicale de Strasbourg*, une note dans laquelle il signale, ainsi que d'autres l'avaient fait ailleurs, les bons effets qu'il a retirés de l'emploi de l'eau froide en nappe et en enveloppe. Dans quatre cas de méningite aiguë avec agitation et délire intense, se rattachant soit à un rhumatisme fébrile généralisé, soit à une fièvre typhoïde grave, le malade, dépouillé de sa chemise, fut placé dans une baignoire et deux baquets d'eau froide furent déversés sur sa tête par une large nappe de plusieurs pieds de hauteur.

Replacé immédiatement dans son lit et enveloppé dans les draps, il resta calme plusieurs heures, pendant lesquelles des compresses froides sans cesse renouvelées étaient appliquées sur le front; au bout de ce temps, nouvelle agitation et nouvelle affusion, et ainsi en trois jours, à trois, quatre ou six heures d'intervalle, suivant le retour du paroxisme, douze affusions, au bout desquelles le malade resta calme. Dès lors il entra en convalescence, etc. Dans un autre cas, un hoquet insupportable, vers le troisième septenaire d'une fièvre typhoïde grave, n'a pu être dissipé qu'à l'aide des affusions sur la tête, *ut supra*.

Voici, au reste, quelle est la règle que l'auteur suit dans la fièvre typhoïde :

« Si les lésions abdominales prédominent, ce qui est le cas le plus général; si le pouls est fréquent, la peau brûlante, le ventre météorisé, la langue sèche; lors même qu'il y a bronchite, sibilance à l'auscultation, j'emploie, dit-il, les enveloppes froides. Lorsque la peau redevient brûlante et que le pouls s'accélère de nouveau, on revient à l'opération jusqu'à trois fois dans les vingt-quatre heures, et ainsi de suite pendant huit, dix, quinze jours. Dans mes observations, lorsque les enveloppes furent employées dès le début, après quinze jours je n'eus plus de symptômes graves à combattre et la convalescence fut franche.... Si, au contraire, les symptômes cérébraux dominent, j'emploie les affusions froides, qui d'ailleurs contiennent les effets des enveloppes, puisque le corps auquel on reçu l'eau sur la tête par une large et puissante nappe est placé entièrement mouillé dans les draps. »

Des faits nombreux de ce genre ont déjà été publiés, et l'on peut s'étonner que la majorité des médecins se refuse même à en vérifier l'exactitude, si grande étant la prévention contre toute prescription qui s'écarte de la routine reçue! (1)

Spina-bifida. — Injections iodées. — Guérison.

Un journal indien rapporte un cas de spina-bifida guéri par le docteur Brainard à l'aide de deux petites injections iodées pratiquées à vingt-cinq jours de distance l'une de l'autre, et suivies de la compression. La tumeur existait au sacrum, avait neuf pouces de circonférence et trois pouces de hauteur, était accompagnée de paraplégie et d'incontinence recto-vésicale, chez une demoiselle de treize ans. L'injection a été pratiquée sous-cutanément et laissée dans la tumeur. Le liquide injecté se composait d'iodure de potassium, un grain; iode, demi-grain; eau distillée, une drachme. La réaction a été vive la première fois, modérée la seconde. La compression a oblitéré la poche. Guérison radicale en deux mois. Amélioration de la paraplégie.

Chez les enfants plus jeunes, la moitié de la dose ci-dessus de la solution peut suffire. Seringue d'Anel à bec-aiguille. On perce la peau obliquement avec une lancette à quelque distance de la tumeur, etc. (*Ibid.*)

(1) *Annales de thérapeutique.*

Nouvelles du choléra.

L'*Echo de la Frontière*, journal de Valenciennes d'hier, nous annonce que le choléra a entièrement cessé dans cette ville.

Après avoir tracé un court historique des progrès et du décroissement de la maladie dans différentes villes du département du Nord (Lille, Dunkerque, etc.), historique dont nous avons fait connaître à nos lecteurs tous les éléments, le rédacteur s'exprime ainsi sur le choléra de la ville de Valenciennes elle-même :

« A Valenciennes, la maladie se déclara et se concentra dans une agrégation de petites demeures, dites *maisons Lebrun*, peu aérées et probablement tenues peu proprement, dans les environs de l'abattoir et du gazomètre. Placées sur un fond tourbeux, les eaux de cette localité sont, dit-on, à peine potables. Quoi qu'il en soit, une trentaine de cas, dont à peine moitié amenèrent la mort, furent constatés en une quinzaine de jours à peu près. Et si l'on en excepte un cas douteux dans la ruelle d'Haspres et un autre rue Saint-Géry, tout le mal fut renfermé dans l'enclos que nous avons désigné. Le poète populaire valenciennois, M. Désiré Tricot, que l'on avait dit frappé du choléra, en fut quitte pour la peur. Un officier de la garnison, mort en peu d'heures, ne succomba qu'à la suite d'une dose de la drogue Leroy, qu'il s'administra lui-même et sur laquelle il avala punch et liqueurs. L'état sanitaire de la troupe est resté parfait. Les militaires, nourris d'une façon régulière et saine, ne donnaient pas de prise au mal; on poussa la précaution jusqu'à donner des ceintures de flanelle et des chaussons de laine aux cavaliers, pour empêcher les refroidissements du ventre et des pieds.

» En ce moment, tout est rentré en ville dans l'état normal; nous devons ce résultat aux mesures préventives prises par l'administration, qui a fait blanchir les demeures des indigents, purifier les cloaques, laver les regards d'égout, et réparer les fils d'eau. Le zèle de toutes les personnes qui composent le service de santé de la ville a été aussi le plus digne d'éloges; enfin nous mentionnerons le dévouement et l'activité de l'agent de police chargé de la surveillance du quartier Lebrun, qui, à la première apparition du fléau, s'est multiplié pour porter et administrer les secours et faire une révolution de propreté au milieu des demeures infectées. L'administration avait fait préparer au premier instant une salle des cholériques dans l'ancienne église des Carmes, où était l'école des dentelières. Cette salle est aujourd'hui déserte. »

— Nous publions, sous toutes réserves, la nouvelle suivante que nous a apportée une correspondance de Constantinople.

« Nous avons à signaler une découverte très importante, dans un moment surtout où le choléra promène périodiquement ses ravages à travers l'Europe. On a trouvé en Asie, près de Brousse, sur le mont Olympe, une plante dont on n'a pu encore assigner le nom botanique, qui ressemble au thym par la tige et la feuille et à la lavande par la fleur. Il résulte d'expériences nombreuses et authentiques que les décoctions de cette plante produisent sûrement une réaction au milieu de la période algide la plus prononcée, ramènent la chaleur aux extrémités, arrêtent comme par enchantement la diarrhée et les vomissements, et produisent enfin une guérison complète. Cette plante, qui paraît le véritable spécifique contre le choléra, a reçu le nom de *zohrabie*. En attendant que la science ait prononcé sur cette découverte, il nous paraît établi qu'elle a produit ici des résultats tout à fait concluants.

Nouvelle application des connaissances physiques.

Pendant que les médecins et les physiologistes s'efforcent de faire tourner les lois et découvertes de la physique et de la chimie au profit de la santé et du bien-être de l'homme, la politique s'applique à neutraliser ces efforts et à faire de ces connaissances une source nouvelle de destruction. C'est à ce propos que nous croyons devoir informer nos lecteurs de la nouvelle suivante, que nous trouvons dans la *Presse* de Vienne :

« Veuise sera bombardée à l'aide de ballons, attendu que les lagunes empêchent l'approche de l'artillerie.

» On fait à Trévise cinq ballons ayant chacun 25 pieds de diamètre. Lorsque le vent sera favorable, on fera monter les ballons aussi près qu'il sera possible de Venise, et dès qu'ils seront arrivés au-dessus de la ville, le feu commencera à l'aide de l'électro-magnétisme. Chacune des cinq bombes, affermie à la nacelle, est en communication par un fil d'archal isolé avec une grande batterie galvanique qui se trouve sur le sol. On coupe le fil, et le feu prend. La bombe tombe perpendiculairement, et ne fait explosion qu'en tombant. On peut, de cette manière, lancer 25 bombes par jour, en supposant que le vent soit favorable. On a fait, le 9 janvier, une expérience près de Trévise, qui a complétement réussi. »

NOUVELLES.

BRUXELLES. — M. le docteur Fallot, médecin principal de la garnison de Namur, a été admis récemment, sur sa demande, à la pension de retraite; il s'est fixé à Bruxelles.

Le roi, voulant reconnaître une nouvelle fois les longs et honorables services de M. Fallot, vient de lui conférer le titre honoraire de médecin en chef de l'armée belge.

— LIÉGE. — Un arrêté royal vient de confier à M. Nicolas Ansiaux, la chaire de clinique chirurgicale près notre Université, vacante par la mort de M. de La Vacherie.

— On lit dans l'*Allgemeine medizinische Central-Zeitung* de Berlin que M. le professeur Langenbeck vient de pratiquer, avec un plein succès, l'opération si périlleuse de l'extirpation de l'ovaire.

Le *Commentaire de la Constitution de* 1848, que vient de publier M. le procureur général Dupin, n'est pas un commentaire scientifique. Les annotations de l'auteur, la plupart fort courtes, très explicites, sont mises à la portée de tous ceux qui, ayant des droits et des devoirs politiques à exercer et à remplir, ont besoin de connaître l'étendue de ces droits et de ces devoirs. L'introduction contient une histoire piquante de la révolution de février et de ce qui l'a suivie. L'auteur y donne ses opinions particulières avec une grande liberté, et dans un style aussi rapide qu'énergique.

OPÉRA. BAL MASQUÉ. — Ce soir à minuit, cinquième bal. Toutes les loges sont louées. Preuve qu'il y aura foule.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 6 FÉVRIER 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 15.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 5 FÉVRIER 1849.

Discussion sur les accidents produits par le chloroforme.

Nous voilà enfin arrivés au terme de cette longue discussion sur le chloroforme. Il est probable que demain l'Académie aura formulé son jugement sur les principales questions qui ont été agitées devant elle. Nous profiterons, en conséquence, du dernier moment qui nous reste pour résumer la partie la plus obscure de cette discussion, et nous tenterons un dernier effort afin d'empêcher un vote aussi nuisible aux intérêts des malades qu'à ceux de l'Académie elle-même.

Tout l'intérêt de la discussion se concentrant actuellement sur le fait de Boulogne, c'est de ce fait exclusivement que nous nous occuperons. Nous ne reproduirons pas en détail toutes les circonstances qui l'ont accompagné, et que nous avons exposées longuement dans nos numéros des 11 et 14 novembre. Nous supposerons ces circonstances connues, et nous nous attacherons seulement à discuter la manière dont M. Malgaigne les interprète ou les adopte, suivant telle ou telle version, et selon les besoins de sa cause.

Voici, résumés dans le moins de mots possible, mais sans en atténuer en aucune façon la portée, les arguments que M. Malgaigne a invoqués pour prouver que Maria Stock n'est pas morte par le fait du chloroforme :

1° L'inhalation n'a duré que *quelques secondes*, tandis qu'il a *toujours* fallu *deux* ou plusieurs minutes pour tuer, soit les animaux, dans les expériences qu'on a faites, soit les hommes, dans les cas positifs d'éthérisation mortelle qu'on a observés.

2° Il n'y a pas eu de prodromes chez Maria Stock, tandis qu'il y en a *toujours* eu dans les cas de mort qu'on a observés chez l'homme ou les animaux. (Par prodromes, M. Malgaigne entend l'ébriété, les mouvements convulsifs, l'insensibilité.)

3° Le chloroforme a été administré à la dose de quatre grammes au plus, tandis qu'on en a donné très souvent davantage sans causer d'accidents.

4° L'autopsie n'a point révélé de lésions que l'on pût attribuer au chloroforme.

5° On a, au contraire, trouvé une cause très plausible de mort dans la présence d'une énorme quantité de gaz dans le système vasculaire, gaz qui existait bien pendant la vie, ainsi que le prouvent :

a. — La présence d'une mousse sanguine à l'orifice de la veine cave ascendante ;

b. — L'absence de toute trace de putréfaction sur le cadavre.

Dans notre avant-dernier numéro nous avons dit que, dans son argumentation, M. Malgaigne avait donné comme certain ce qui est incertain, et comme incontestablement vrai ce qui est absolument faux ; c'est ce que nous allons démontrer aujourd'hui avec une évidence qui, nous l'espérons, ne laissera rien à désirer.

1° Il pourra sembler bien singulier à tous ceux qui sont accoutumés à méditer sur l'excessive variabilité des actions physiologiques et pathologiques de l'organisme humain que M. Malgaigne se cramponne à ce malheureux argument basé sur les infiniment petits : « Maria Stock est morte *en moins d'une minute,* tandis que dans tous les autres cas il a fallu *au moins deux minutes* pour produire la mort! » Est-ce bien un médecin ou un horloger qui fait usage d'un semblable argument, et qui s'y attache comme le naufragé à la planche de salut ! Quel est donc le phénomène de la vie que l'on pourrait à quelques secondes près calculer mathématiquement! En vérité, on croirait que l'auteur d'un pareil argument se joue de son auditoire, si l'on ne connaissait la gravité habituelle de son esprit. Par respect pour M. Malgaigne, discutons donc cet argument puissant.

Puisque M. Malgaigne attache une si haute importance à la durée de l'inhalation, il est probable que le temps a été calculé avec une précision qui satisferait Copernic, Descartes et Newton, qu'on a évité avec un soin scrupuleux les plus infinitésimales chances d'erreur. On va en juger :

Le temps, à la vérité, n'a pas été compté; mais c'est là un défaut de formalité de peu d'importance, car M. Gorré affirme que dans moins de *quelques secondes*, après *quelques inspirations*, la malade s'écria, *j'étouffe;* et effectivement, à *l'instant même*, elle étouffa, comme frappée de la foudre. Or, M. Malgaigne fait observer avec raison que M. Gorré ne peut pas se tromper, que son assertion offre *tous les caractères possibles d'authenticité*, attendu que cet honorable confrère a donné toutes les preuves d'un esprit de sévère observation, par exemple :

1° M. Gorré commence la narration de son observation par ces mots : une *jeune personne d'une trentaine d'années ;* expressions qui dénotent évidemment un homme habitué à un langage rigoureux.

2° M. Gorré affirme avoir versé quinze à vingt gouttes AU PLUS de chloroforme sur le mouchoir, c'est-à-dire un gramme au plus, et à l'analyse il en manque *quatorze grammes et demi.*

3° M. Gorré dit que la malade *a fait à peine quelques inspirations*, de manière à faire penser que ces inhalations ont eu lieu successivement et sans interruption, et plus tard il ajoute qu'*il a renouvelé une seule fois l'inhalation du chloroforme sur le mouchoir*, phrase qui, autant que le permet son obscurité, semble dire qu'on a recommencé une seconde fois l'inhalation, après l'avoir interrompue une première.

4° M. Gorré, pour rendre sans doute la mort plus prompte, s'aperçoit et affirme, *après l'opération*, que la malade était morte *avant l'opération*, et comme il était certain *après l'opération*, que la malade était morte *avant*, il n'a eu besoin de faire aucune recherche pour s'en assurer davantage. Ainsi il n'a pas cherché à constater l'état du pouls ni les battements du cœur; seulement il s'est efforcé *pendant deux heures* de ressusciter le cadavre.

5° Enfin M. Gorré, qui n'a point assisté à l'autopsie, qui a dû copier par conséquent sa description sur celle de ses confrères les experts, envoie une relation anatomo-pathologique qui diffère de celle de ces mêmes experts.

Evidemment un observateur qui a donné autant de preuves de sévérité ne peut être suspecté d'erreur, et s'il a pu se tromper pour la quantité de chloroforme dans des limites qui ne varient qu'entre VINGT gouttes (1 gramme) et DEUX CENT QUATRE-VINGT-DIX gouttes (14 1/2 gr.), il est évident, pour les gens bien intentionnés, qu'il n'a pu se tromper, relativement au temps, dans des limites qui varieraient entre une et deux minutes ! ! ! Qu'en pensez-vous, M. Malgaigne, et vous, aimé lecteur?

Ainsi donc voilà ce grand argument des 30 secondes établi sur une base inébranlable. N'usons pas nos forces contre lui, et passons à un autre, celui des prodromes.

2° M. Malgaigne tient presque autant aux prodromes qu'aux 30 minutes; nous en sommes fâché pour lui, car franchement ils ne valent pas mieux qu'elles. M. Malgaigne n'a jamais vu, à la suite des inhalations, la mort survenir sans prodromes, c'est-à-dire sans ébriété, sans convulsions et sans anesthésie. Est-ce de ces trois symptômes réunis, ou bien seulement de l'un d'entre eux que M. Malgaigne a entendu parler? Si c'est de tous les trois, l'honorable rapporteur aurait grand tort d'être aussi exigeant, car ces symptômes n'ont existé chez aucun des malades qui ont succombé par l'action non contestée du chloroforme, pas plus que chez aucun animal expérimenté; si c'est seulement de deux symptômes, comme les convulsions et l'anesthésie, M. Malgaigne exige trop encore, car aucune convulsion n'a existé chez Arthur Walker, et ce serait avoir un langage par trop différent de celui qui est généralement employé que de donner le nom de prodromes à ces quelques mouvements qui marquèrent l'extinction de la vie chez Hannah Greener et mistriss Simmons, et se faire d'étranges idées de physiologie pathologique que d'exiger chez tous les individus les mêmes signes précurseurs de la mort. Quant au symptôme le plus constant qui suit

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Le conseil médical de Strasbourg et les conseils d'hygiène publique et de salubrité. — Protestation de la Société de médecine de Strasbourg. — Adhésion.

Nos confrères de Strasbourg viennent de prendre l'initiative d'une protestation qui les honore, et à laquelle nous nous associons complétement. C'est un juste retour des choses de ce monde ; cela apprendra à l'Assemblée nationale à mettre en question l'existence de la Faculté du Bas-Rhin. Les médecins alsaciens, tout en exerçant des représailles contre le gouvernement, qui n'avait pas assez défendu leur Faculté, ont rendu un véritable service au corps médical, et bien que sur certains points nous soyons en désaccord avec nos honorables confrères et surtout avec la *Gazette médicale de Strasbourg* en ce qui concerne la décentralisation, nous répondons avec plaisir à l'appel qu'ils adressent à tout le corps médical de la France, et nous signons la protestation qu'ils ont rédigée contre l'arrêté du 18 décembre concernant les conseils d'hygiène publique et de salubrité.

La question soulevée par les médecins de Strasbourg est tout à la fois générale et spéciale, c'est-à-dire qu'elle intéresse la France tout entière et le département du Bas-Rhin d'une façon plus particulière. L'importance de la question nous fait un devoir d'instruire le procès devant nos lecteurs.

Après la révolution de février, M. Eissen, commissaire du gouvernement dans le Bas-Rhin, prit un arrêté relatif au service sanitaire du département. Cet arrêté créait au chef-lieu du département un conseil médical ayant *pour mission de veiller à tout ce qui concerne l'hygiène publique et la police médicale dans le département du Bas-Rhin.* Les membres de ce conseil se recrutaient par l'élection, le seul mode, après le concours, qui soit en harmonie avec nos mœurs et nos institutions actuelles. L'arrêté ministériel du 18 décembre crée également des conseils de salubrité et d'hygiène publique, non-seulement dans chaque chef-lieu de département, mais encore dans chaque chef-lieu d'arrondissement et, s'il est nécessaire, dans chaque chef-lieu de canton.

Mais ces conseils sont loin de présenter le caractère scientifique qu'offre le conseil médical du Bas-Rhin. La composition de ces conseils, laissée entièrement au caprice du ministre de l'agriculture et du commerce, pourra présenter une macédoine complète de capacités, de professions, et d'administrateurs, et dans laquelle la partie la plus importante, la partie médicale, sera souvent exposée à être annihilée par les bureaucrates et les philanthropes à courte vue et à science mesquine.

La curiosité n'est certes pas notre défaut, mais pour cette fois nous serions avide de savoir comment Barème et tous les aligneurs de chiffres feront de l'hygiène publique et de la salubrité. Nous proposons, par avance, de parier que la santé générale de notre beau pays n'y trouvera pas toujours son profit.

Mais ce qui est sûr dès à présent, c'est que le corps médical n'y trouve pas le sien ; il est dépouillé du droit d'élection, et est ramené sous l'arbitraire du ministre. C'est un retour complet à ces bonnes facéties de la monarchie, qui délivrait à un homme, avec le titre de préfet, la capacité scientifique et critique qui le posait juge souverain du mérite des savants et des praticiens.

Ces derniers, grâce à la révolution de février, avaient le droit d'espérer que cette étrange juridiction serait abolie, et qu'ils auraient enfin pour appréciateurs des hommes compétents dans la matière, c'est-à-dire des savants et des praticiens.

Cette illusion a duré ce que vivent les roses, et M. Tourret, avant de quitter l'hôtel de la rue de Varennes, a redonné à la bureaucratie ce qu'une routine aussi vieille que détestable lui avait conservé jusqu'en février.

Le corps médical de Paris, au milieu des événements politiques dont la rue est sans cesse le théâtre, au milieu des préoccupations qui l'assiégent de toutes parts, a bien pu, sans encourir trop de reproches, laisser passer sans protestation l'arrêté de M. Tourret; mais nos confrères de la province, qui n'ont que des échos affaiblis de nos agitations quotidiennes, ont eu l'honneur de prendre les premiers la défensive et de revendiquer les droits si ouvertement méconnus de l'humanité et du corps médical.

Strasbourg surtout, dont le conseil médical fonctionnait déjà à l'avantage de tout le monde, a pris l'initiative et fait un appel au corps médical, qui, nous n'en doutons pas, répondra avec empressement à cette voix amie.

Nous croyons devoir donner dans son entier la réclamation formulée par la Société de médecine de Strasbourg, et dont un exemplaire a été envoyé au ministre de l'agriculture et du commerce et à l'Assemblée nationale. Cette pièce importante résume la question d'une manière tout à la fois logique et pressante, et nous invitons tout le corps médical de la France à suivre l'exemple que viennent de nous donner nos confrères de Strasbourg.

« Un décret rendu le 18 décembre 1848, dit cette protestation, par le chef du pouvoir exécutif, sur le rapport de M. Tourret, ministre de l'agriculture et du commerce, quelques heures avant sa démission, institue des conseils de salubrité au chef-lieu de tous les départements et de tous les arrondissements de la France.

» Ce décret répond à un besoin réel; il crée une institution depuis longtemps réclamée par l'intérêt public, mais il l'organise sur des bases défectueuses et irrationnelles qui lui enlèvent toute valeur.

» Les conseils de salubrité institués par le ministre ne présentent aucune des conditions nécessaires pour pouvoir remplir dignement

les inhalations, à savoir : l'anesthésie, sur quoi se fonde M. Malgaigne pour en nier l'existence chez Maria Stock? Uniquement sur ce qu'elle s'est écriée : J'étouffe. Or M. Malgaigne sait très bien, puisque lui-même a insisté sur ce fait, que la faculté sensitive générale peut être abolie et certaines sensibilités spéciales conservées chez le même individu, à la suite des inhalations ; comment donc l'a-t-il oublié dans cette circonstance, et comment, puisqu'il attache un si grand prix aux prodromes, n'en a-t-il pas vu un dans ces paroles rapidement, convulsivement prononcées : J'étouffe! Nous ne saurions nous l'expliquer.

3° Nous savons à quoi nous en tenir sur la quantité de chloroforme administré, et nous avons pu nous convaincre de la précision de M. Gorré sur ce point. Nous ferons seulement remarquer à M. Malgaigne, qui, nous ne savons trop pourquoi, a adopté pour maximum de la dose de chloroforme qui a été administrée à Maria Stock, *quatre grammes et demi*, et qui considère cette dose comme bien insuffisante pour produire la mort chez l'homme ; nous lui ferons remarquer que Hannah Greener a succombé (et cela de l'aveu même de M. Malgaigne) après avoir inspiré *une cuillerée à thé* de chloroforme, c'est-à-dire assurément moins de 4 grammes. Mais glissons, comme M. Malgaigne lui-même, et arrivons à un autre qui peut être mis en parallèle avec les prodromes et les 30 secondes.

4° L'autopsie n'a point révélé de lésions que l'on pût attribuer au chloroforme. Mais M. Malgaigne pourrait-il nous dire quelles sont ces lésions? Jusqu'à présent, et d'après les faits connus, nous n'en connaissons qu'une de bien positive, c'est l'altération, la fluidité du sang; cette fluidité s'est rencontrée chez Hannah Greener, chez Arthur Walker, chez mistriss Simmons, qui tous trois, suivant M. Malgaigne, ont succombé à l'action du chloroforme. Or cette altération a précisément été trouvée chez Maria Stock. Sur quel genre de faits M. Malgaigne a-t-il donc fondé son quatrième argument? Il est difficile de le deviner. Voyons s'il sera plus heureux pour le cinquième et dernier.

5° Suivant l'honorable rapporteur, on ne saurait douter que la malade de M. Gorré n'ait succombé par suite du mélange d'un gaz avec le sang; on ne saurait douter par conséquent que le gaz trouvé dans les vaisseaux du cadavre de Maria Stock ne s'y fût introduit ou formé pendant la vie. Nous devrions peut-être dire seulement *formé*, car sous ce rapport M. Malgaigne s'est un peu modifié; il semble avoir compris que l'hypothèse de l'*introduction* de l'air extérieur avait moins de chances en sa faveur qu'il ne l'avait pensé primitivement. Le gaz se serait donc développé de toute pièce dans le sang pendant la vie. C'est donc là ce qu'il faut d'abord examiner; il s'agira ensuite de discuter, cette hypothèse étant supposée vraie, à quelle cause il serait le plus rationnel d'attribuer ce développement de gaz.

Les raisons qui, suivant M. Malgaigne, ne peuvent laisser de doute sur la formation du gaz pendant la vie sont, comme on le sait, l'existence d'une mousse sanguine à l'orifice de la veine cave ascendante et l'absence de toute trace de putréfaction. Nous avions déjà fait remarquer à M. Malgaigne que la dernière de ces deux assertions est complétement inexacte, puisqu'il est dit dans le procès-verbal de l'autopsie 1° que le cadavre répandait une *forte odeur cadavérique* ; 2° qu'il existait une *lividité cadavérique* de *quatre* centimètres carrés sur un des côtés du cou; 3° qu'enfin l'estomac était distendu par une *énorme* quantité de *gaz fétide*. Puisqu'il a jugé à propos de reproduire dans les mêmes termes sa première erreur, il nous permettra bien de la lui dénoncer une seconde fois. Passons donc à l'autre partie de l'argument.

Nous l'avouons, malgré toute l'estime que nous avons pour les expériences de M. Amussat, nous ne saurions considérer comme péremptoire l'argument de la mousse sanguine, et nous ajoutons même que nous ne pensons pas que M. Amussat attache plus d'importance qu'il ne convient à cet argument dans le cas dont il s'agit ici. Qui ne voit en effet qu'un gaz se développant en abondance au sein d'un liquide visqueux doit nécessairement former des bulles à la surface et au milieu de ce liquide, et par conséquent de la mousse qui n'est qu'une réunion de bulles? Il ne faut pas être de première force en physique pour sentir la nécessité de ce phénomène. Si donc le gaz s'était développé *post mortem* dans le sang liquide du cadavre de Maria Stock, il aurait trouvé là toutes les conditions pour former cette théorie qui semble si précieuse à M. Malgaigne. Or la mousse susdite étant très possible dans les deux cas, quelle est l'opinion la plus probable de celle qui croit que le gaz s'est formé pendant la vie, ou de celle qui admet qu'il ne s'est formé qu'après la mort? Pour nous le choix ne saurait être douteux, si l'on considère :

1° Que l'introduction de l'air dans les veines est inadmissible chez Maria Stock, et que M. Malgaigne lui-même a renoncé à cette hypothèse, qu'il avait caressée d'abord;

2° Que le développement spontané d'un gaz dans le système vasculaire, pendant la vie, est un fait encore sans exemple dans la science, et que ce n'est que par une aberration inexplicable que M. Malgaigne a pu comparer au fait de Boulogne ceux de Dupuytren, de Castara et d'Ollivier, qui n'ont absolument aucun rapport avec lui;

3° Que rien n'est plus commun que le développement des gaz après la mort, surtout dans les conditions où se trouvait le cadavre de Maria Stock, c'est-à-dire sous l'influence d'une température élevée, ayant agi pendant vingt-sept heures sur un sang fluide et évidemment altéré (1), et déterminé un commencement de putréfaction;

4° Que le gaz n'existait pas seulement dans le système vasculaire, mais aussi et *surtout* dans le tube digestif, dont une partie (l'estomac) « était distendue par une *énorme* quantité de gaz fétides » (procès-verbal de l'autopsie), ce qui indique bien que ce gaz s'est développé sous l'influence de causes physiques agissant sur de la matière inerte.

Nous ajoutons à ces considérations que, lors même qu'on arriverait à démontrer que le gaz s'est formé pendant la vie, on n'absoudrait pas le chloroforme, et qu'il serait encore plus rationnel, dans ce cas, d'accuser cet agent que d'attribuer le développement spontané du gaz à des causes inconnues qui n'ont jamais manifesté leur action jusqu'à ce jour ; car, nous le répétons, il n'y a absolument aucune analogie entre les faits cités par M. Malgaigne et celui de Maria Stock.

Si le lecteur a eu la patience de me suivre dans cette longue argumentation, j'espère qu'il sera bien convaincu :

(1) M. Malgaigne ne veut pas qu'on rapproche le cas de Maria Stock de celui de mistress Simmons, chez laquelle on trouva aussi un *sang fluide*, un *ventre distendu par des gaz et des bulles d'air* dans les vaisseaux cérébraux. Il dédaigne ces *quelques bulles d'air* quand il les compare à la quantité énorme de gaz trouvée chez Maria Stock. Mais beaucoup d'esprits moins dédaigneux et plus attentifs trouveront peut-être que, si mistress Simmons était morte à la fin de mai au lieu d'avoir succombé au mois de février, et si son cadavre avait été ouvert vingt-sept heures après la mort, il aurait bien pu se faire que les petites bulles seraient devenues plus grosses, et qu'ainsi il y aurait eu plus d'analogie entre les deux faits que ne le suppose M. Malgaigne.

1° Que M. Malgaigne a pris l'incertain pour le certain, en affirmant que la mort de Maria Stock a été *foudroyante* ;

2° Qu'il a soutenu une grave erreur, en affirmant que la dose de 4 gr. et demi de chloroforme ne pouvait être mortelle chez l'homme, puisqu'il a admis lui-même que Hannah Greener n'avait inspiré qu'une dose bien moindre de ce liquide ;

3° Qu'il a donné comme vrai ce qui est absolument faux, en affirmant qu'il n'existait pas de traces de putréfaction sur le cadavre de Maria Stock ;

4° Qu'il a préféré l'hypothèse la plus improbable à la plus grande probabilité, en admettant que le fluide gazeux s'était formé de toutes pièces pendant la vie ;

5° Qu'il a méconnu l'analogie extrême qui existe entre les lésions anatomiques trouvées chez Maria Stock et chez H. Greener, M. Simmons et A. Walker, à savoir : l'altération très prononcée du sang chez tous ces sujets;

6° Qu'enfin il s'est perdu dans des suppositions sans fond en attribuant à des causes mystérieuses la mort de Maria Stock, tandis qu'il avait sous sa main une cause toute naturelle dans l'action d'un poison violent qui, de l'aveu de tout le monde, y compris M. Malgaigne, a tué dans des conditions très analogues, sinon absolument identiques.

Après tout ce qui précède, nous n'avons pas besoin de dire quelles conclusions nous proposerions à l'Académie si nous avions l'honneur de siéger dans son enceinte. Nous avons formulé ces conclusions dans notre numéro du 14 novembre, et nous n'avons rien à y changer.

Revue clinique de la province.

Les nombreuses communications que nous avons reçues depuis quelque temps de nos confrères de province nous rendent impossible la publication intégrale de chacune d'entre elles. Nous nous voyons donc obligé de ne donner qu'une analyse des plus importantes, analyse que nous nous efforcerons d'ailleurs de rendre aussi complète que possible.

Traitement curatif des hernies chez les enfants. — M. Bayard, de Cirey (Haute-Marne), après avoir rappelé la fréquence des hernies ombilicales chez les enfants nouveau-nés, et signalé les difficultés de maintenir ces hernies réduites par les bandages ordinaires qu'on a employés jusqu'à ce jour : d'abord, parce que ces bandages restent très difficilement en place dans les nombreux mouvements des enfants, et ensuite parce que les soins de propreté nécessaires à cet âge obligent à changer très souvent ces appareils; M. Bayard, pour ces raisons, conseille l'usage du procédé suivant :

« Je prends, dit-il, un carré long de sparadrap, large d'environ trois doigts, et d'une longueur double. Si le sparadrap ne me paraît pas assez agglutinatif, je l'enduis de diachylon. Je prends en même temps un petit morceau d'éponge très fine et très souple, de la grosseur à peu près de la moitié d'une amande ; je lui donne la forme d'un cône tronqué et je le fixe par sa base au centre du carré de sparadrap au moyen du diachylon.

» Ces préparatifs terminés, l'index de la main gauche réduit la hernie, la main droite chauffe convenablement l'appareil, et vient l'appliquer promptement, en commençant par poser le sommet du cône d'éponge sur la hernie rentrée, et en promenant ensuite un peu fortement la main sur le carré de sparadrap. Cette légère pression s'exerce pendant une minute, pour donner le temps au diachylon de s'agglutiner intimement.

» Ce petit appareil ainsi placé reste à demeure sans le secours de compresses ni de bandages, et sans crainte d'être dérangé par les soins que nécessitent la propreté et les autres besoins de l'enfant. Son effet est de maintenir la petite hernie

---

leur mission. Leur composition et leur origine leur enlèvent toute vitalité, toute autorité.

» Les questions d'hygiène publique et de salubrité exigent pour être résolues des connaissances qui rentrent dans le domaine des sciences médicales. Les titres de docteur en médecine, de pharmacien et de vétérinaire désignent naturellement les hommes qui doivent faire partie de ces conseils. Le corps médical est le gardien de la santé publique. La société lui confie cette mission après avoir constaté la capacité de ses membres par des épreuves sérieuses. Le décret ne tient nul compte de ces faits; le nom du corps médical n'est pas même prononcé une fois dans ses quatorze articles. Aucune garantie d'aptitude n'est exigée des hommes qui doivent faire partie des conseils de salubrité.

» Quelle est l'autorité compétente pour désigner les hommes qui doivent être investis de cette mission délicate? C'est évidemment le corps entier des médecins, des pharmaciens et des vétérinaires. Le décret leur dénie ce droit; les conseils de salubrité ne seront pas électifs; ils restent à la nomination des préfets. On cherche en vain les motifs de cette décision; elle est contraire aux intérêts véritables de l'administration dont elle aggrave la responsabilité; pour le corps médical, cette mesure est un véritable déni de justice. Au moment où le suffrage universel est consacré par la Constitution, les médecins voient avec indignation, nous devons le dire, le pouvoir leur disputer un droit imprescriptible qu'ils tiennent de leur compétence même et de la nature des intérêts qu'ils représentent.

» Une lacune importante existe dans les attributions de ces conseils. Négligeant un des grands intérêts de la santé publique, le décret ne fait aucune mention de la police médicale, il ne s'occupe en aucune manière de l'exécution des lois qui sont relatives à l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

» Le décret institue des conseils de département et d'arrondissement; il admet facultativement des conseils cantonaux. Le second de ces rouages nous paraît inutile. Au moment où la loi politique supprime les conseils d'arrondissement administratifs, nous pensons qu'on a obéi à une idée fausse en les établissant sous le point de vue médical. Beaucoup d'arrondissements ne pourront point fournir des éléments suffisants pour la composition d'un conseil destiné à résoudre des questions difficiles et d'un intérêt général ; placés trop loin des communes, ces comités ne seront point en mesure de connaître exactement leurs besoins. Des conseils de département pour résoudre les questions d'intérêt général et les problèmes qui exigent des connaissances d'un ordre plus élevé, des comités cantonaux pour étudier les besoins des localités, pour appeler l'attention sur les intérêts en souffrance et diriger l'application des mesures adoptées par l'autorité sanitaire supérieure, tel est le système qui nous paraît répondre à toutes les nécessités de la santé publique.

» Le ministre semble s'être attaché lui-même à amoindrir autant que possible l'institution qu'il voulait fonder; il refuse aux conseils de salubrité toute initiative; ces conseils se réuniront tous les trois mois; ils devront attendre la convocation des préfets et des sous-préfets.

» Une institution établie sur de pareilles bases est nécessairement sans valeur. Le ministre lui-même ne s'est fait aucune illusion sur la stérilité de son œuvre; il l'apprécie en ces termes dans le rapport qui précède le décret : « Je crains qu'en supprimant le principe de » l'élection, on ait enlevé à l'institution des conseils de salubrité et » d'hygiène publique un de ses principaux éléments de force et de » vitalité, et je crois aussi que, pour qu'ils puissent produire tous » les bons résultats qu'on était en droit d'en attendre, il aurait fallu » leur laisser la faculté de se réunir de leur propre mouvement, et » de prendre l'initiative auprès de l'administration dans toutes les » questions qui intéressent la santé publique. »

» Pour le département du Bas-Rhin en particulier, ce décret constitue une mesure rétrograde doublement fâcheuse. C'est un véritable acte de spoliation. Depuis l'établissement de la République, le département du Bas-Rhin possède un conseil médical central composé de médecins, de pharmaciens et de vétérinaires, nommé par le corps médical du département, investi d'attributions nettement limitées, chargé de veiller dans son ressort à tout ce qui concerne la santé publique et la police médicale, et jouissant d'une libre initiative dans le cercle de sa compétence. C'est à cette organisation rationnelle et déjà sanctionnée par l'expérience que le ministre substitue un simulacre d'institution sans vitalité, sans autorité.

» Au nom de l'intérêt public et de la dignité du corps médical, la Société de médecine de Strasbourg demande :

» 1° Le retrait du décret du 18 décembre 1848, qui compromet par une organisation défectueuse une institution pleine d'avenir;

» 2° L'organisation de conseils médicaux par une loi sur les bases suivantes déjà adoptées dans le département du Bas-Rhin ; établissement au chef-lieu de chaque département d'un conseil médical composé de médecins, de pharmaciens et de vétérinaires, ayant dans ses attributions tout ce qui concerne l'hygiène publique et la police médicale, libre dans son initiative et nommé par les suffrages du corps médical du département; création de comités cantonaux organisés dans chaque département, suivant ses besoins et ses ressources, sur l'avis du conseil médical supérieur. »

Cette protestation, conçue dans un esprit excellent, arrive malheureusement au milieu de circonstances graves, et nous craignons que la politique générale ne nuise à la question et n'en retarde peut-être indéfiniment la solution. Mais, n'importe! le corps médical ne doit point se décourager, et il n'obtiendra justice, qu'on le sache bien, qu'en frappant fort et souvent. XX.

Pendant la semaine dernière, il est sorti un des blessés de juin des hôpitaux civils de Paris; il en reste encore 29.

rentrée, à cause de l'élasticité douce de l'éponge qui fait constamment ressort.

Au bout de dix jours, ajoute M. Bayard, j'ai été souvent obligé de le décoller, la guérison, dans cet intervalle de temps, ayant presque toujours eu lieu.

« Je n'ai jamais remarqué aucun accident sur la peau produit par le diachylon. »

Quoique le procédé indiqué par M. Bayard ait produit de bons résultats entre ses mains, il n'est pas douteux cependant que le diachylon, quoique bien préférable aux bandages ordinaires, ne soit lui-même très sujet à se détacher de la peau, soit par le fait des mouvements violents des petits malades, soit surtout par suite de la transpiration, qui a lieu au-dessous de l'emplâtre, pour peu que cette transpiration soit abondante. Peut-être serait-ce le cas d'essayer, et en cas de succès, de mettre à profit, dans ces circonstances, les propriétés adhésives du collodium, que l'on semble un peu laisser dans l'oubli.

Procédé opératoire pour la cure des tumeurs hémorrhoidaires. — M. Abeille, médecin en chef de l'hôpital de Givet, nous envoie sur ce sujet une communication qui lui a été inspirée par la publication que nous avons faite du procédé de M. Amussat. (*Voyez* le numéro du 6 janvier.)

M. Abeille commence par rappeler que, des deux procédés ordinaires pour guérir les hémorrhoïdes, l'excision et la simple ligature en masse doivent être rejetées, la première à cause des hémorrhagies difficiles ou même impossibles à arrêter auxquelles elle expose, et la seconde à cause des douleurs violentes et des inflammations graves qui peuvent en être la suite, surtout lorsque le paquet hémorrhoïdaire compris dans la ligature est considérable. Mais ces dangers de la ligature viendraient exclusivement, suivant M. Abeille, de ce que cette ligature étrangle les extrémités des vaisseaux veineux sans les dégorger, c'est-à-dire sans détruire la condition qui lui semble être la principale ou la seule cause de l'inflammation et des douleurs.

Pour ces raisons, il se demande donc s'il ne conviendrait pas de préférer le procédé de M. Brodie, lequel consiste, comme on sait, à traverser la base de la tumeur hémorrhoïdaire d'un double fil, à dégorger le plus possible la tumeur en faisant une ou plusieurs incisions sur la partie saillante, et à lier ensuite fortement la double ligature qui, par cela seul qu'elle embrasse moins de tissus, opère d'une manière plus efficace la constriction. Après avoir rappelé que M. Brodie a opéré par ce procédé un très grand nombre de malades sur lesquels il n'a observé qu'un seul cas fatal, M. Abeille rapporte une observation, et se livre à une discussion que nous croyons devoir reproduire textuellement.

« Madame Dizier, femme d'un maître maçon d'Attières, près Givet, âgée de soixante-quatre ans, grande et forte, portait depuis vingt ans des hémorrhoïdes internes.

» Depuis quinze ans elle n'allait à la selle que par lavement; l'appréhension de la douleur l'avait contrainte à ce rôle.

» Depuis deux ans il ne lui fallait pas moins de quatre et cinq lavements pour se procurer une garde-robe, et chaque fois les tumeurs sortaient avec une procidence considérable du rectum; il s'écoulait beaucoup de sang, et ce n'était qu'avec peine qu'elle faisait rentrer tout le paquet.

» Dans les derniers mois, la procidence du rectum avait lieu au moindre effort, les selles devenaient impossibles, les tumeurs restaient dehors les trois quarts du temps, toute la masse s'étranglait; les douleurs étaient telles que madame Dizier voulut être opérée.

» En examinant la malade, j'avais pu constater sept tumeurs, dont la plus petite était comme une fève de marais. Ces tumeurs, jointes à la procidence du rectum, formaient une masse comme les deux poings réunis.

» Le 20 juin, aidé de M. Rol, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Givet, je traversai chaque tumeur, après les avoir fait saillir au dehors, avec une aiguille courbe munie d'un double fil, et opérai suivant le procédé de Brodie.

» Environ 500 grammes de sang s'écoulèrent. L'étranglement opéré ensuite, toute la masse fut réduite et la malade placée dans son lit.

» Il y eut huit heures de douleurs violentes, que calmaient des injections d'eau froide. La miction des urines pendant ce temps fut rare et difficile; trois bains de siége triomphèrent de cet accident. Une première ligature avec le lambeau attenant tomba le quatrième jour; les six autres, du quatrième au septième.

» La malade avait été purgée deux fois avant l'opération; elle le fut de nouveau cinq jours après celle-ci.

» Madame Dizier était complètement guérie le 1er juillet; mais elle ne pouvait aller à la selle sans purgation, et aujourd'hui la même infirmité persiste, quoique à un degré un peu moindre. Pourtant l'extrémité du rectum, qu'on peut aisément explorer, est parfaitement libre.

» Il ne reste ni gêne, ni douleur; mais la constipation persiste, et cette constipation ne peut être raisonnablement attribuée qu'à un usage de lavements pendant quinze ans.

» Evidemment l'intestin rectum a perdu par l'usage de ces injections sa contractilité naturelle, est tombé dans une inertie profonde qui pourra peut-être disparaître avec le temps.

» Voilà, certes, un cas bien remarquable par le nombre et la grosseur des tumeurs. Quels sont les accidents qui se manifestent à la suite de l'opération? Douleurs violentes pendant huit heures, et peut-être un commencement de cystite; mais ces accidents disparaissent promptement, et la cure est complète le treizième jour.

» Je possède trois autres cas qui, pour n'être pas aussi graves, puisqu'il ne s'agissait que de la ligature de trois et quatre tumeurs, n'en sont pas moins concluants, car la cure est encore plus rapide et les accidents moins prononcés.

» Ceux de M. Brodie peuvent être analysés et commentés.

» Il nous reste donc à comparer, entre ce procédé et celui de M. Amussat: 1° le temps que demande le manuel opératoire; 2° les douleurs pendant et après l'opération; 3° les accidents consécutifs.

» Le manuel opératoire est, sans contredit, plus court par le procédé de Brodie du moment que les tumeurs sont bien saillantes au dehors, condition qui n'est pas moins indispensable pour le procédé de M. Amussat.

» Quant à la douleur pendant l'opération, elle doit être bien plus sentie par le procédé de M. Amussat, qui consiste à cautériser les tumeurs en même temps qu'il les étrangle, que par le procédé de Brodie, qui n'étrangle qu'après avoir dégorgé, ce qui est une cause de diminution dans la sensibilité. Nous connaissons ensuite par nous-même les effets de la cautérisation, pour savoir à quoi nous en tenir sur les souffrances qu'éprouve le patient.

» Quant aux douleurs consécutives, de toute évidence elles doivent être moindres par le procédé Amussat, puisque, la cautérisation une fois produite, il ne reste plus que les douleurs qu'occasionne l'inflammation qui gagne les parties voisines de celles qui ont été brûlées; tandis que, dans le procédé Brodie, il y a les douleurs d'un étranglement qui se continue jusqu'à la mortification du pédicule.

» Mais si la ligature modifiée par Brodie est susceptible d'exposer à l'inflammation, la cautérisation de trois, quatre tumeurs ne doit guère moins y exposer; car, de toute nécessité, il s'établit autour de la tumeur brûlée une auréole inflammatoire pour l'élimination de la partie mortifiée, condition qui n'est pas nécessaire dans le procédé Brodie.

» Enfin l'inflammation consécutive, quelque peu étendue qu'elle soit, est de rigueur dans le procédé Amussat; elle peut ne pas avoir lieu dans le procédé Brodie; et quand un point d'inflammation doit nécessairement survenir, souvent c'est la constitution, la prédisposition de l'opéré qui décide seule de l'extension ou de l'arrêt de cette inflammation.

» Dans le procédé Brodie, les douleurs consécutives qui peuvent amener des troubles nerveux et la possibilité de l'inflammation constituent les seuls accidents.

» Dans le procédé Amussat il n'y aurait peut-être pas impossibilité d'hémorrhagie, si la cautérisation n'avait pas été suffisante; car, la portion comburée tombant, il pourrait bien rester à découvert un vaisseau lésé qui fournirait du sang abondamment. On peut s'assurer facilement du degré nécessaire de constriction; il n'en saurait être de même pour la cautérisation.

» L'inflammation survient toujours dans le procédé Amussat; le raisonnement et les faits prouvent qu'elle peut ne pas avoir lieu dans le procédé Brodie. L'extension plus ou moins grande de cette inflammation est plutôt soumise à la prédisposition individuelle qu'au procédé opératoire.

» Enfin le procédé Amussat ne doit pas offrir ces douleurs consécutives violentes que suscite pendant quelques heures la ligature; mais le malade, à notre avis, ne doit pas être exempt de souffrances.

» Maintenant si l'opération de M. Amussat devait être faite en plusieurs temps à cause de la longueur du manuel opératoire et des souffrances continues auxquelles est en proie le malade, le procédé de M. Brodie aurait une supériorité sur ce dernier point.

» Je ne me prononce point dans le parallèle que je viens d'établir; il faudrait une autre plume que la mienne pour faire ressortir les avantages et les inconvénients des deux procédés. J'ai voulu seulement par ce simple exposé, tout porté que je suis pour le procédé de M. Amussat, démontrer qu'à côté de lui et avant lui il en existait un qui a réussi un très grand nombre de fois, qui a donné une foule de succès brillants, et a rarement été suivi de revers. »

Après la discussion très circonstanciée à laquelle vient de se livrer notre honorable confrère, on ne lira pas sans intérêt le passage suivant que l'on trouve dans le compte-rendu de la Clinique de l'Université de Gand. On y verra combien peu les craintes que l'on a généralement chez nous sur le procédé de l'excision et de la cautérisation sont partagées par nos voisins de la Belgique.

On lit dans la *Presse médicale belge* du 28 janvier 1849:

« L'emploi du cautère actuel dans les affections de l'anus est traditionnel à l'hôpital civil de Gand. Feu le professeur Kluyskens en a fait la base du traitement des chutes du rectum avec dégénérescence et irréductibilité. Il cautérisait profondément jusque dans l'anus, et si une première application du cautère ne suffisait pas, il y revenait jusqu'à ce que la tumeur fût détruite. Jamais, de ce chef, il ne se développa de ces inflammations que les chirurgiens français craignent tant. C'est qu'en effet l'irritation du fer chauffé à blanc s'épuise par la mortification même des parties. La chaleur en excès est d'ailleurs facilement absorbée par les applications froides.

» Dans le cas qui nous occupe, les tumeurs hémorrhoïdaires ont été excisées avec de forts ciseaux courbés sur le plat, puis cautérisées afin de fermer leurs bouches béantes. C'est donc moins pour arrêter l'hémorrhagie que pour empêcher l'inflammation des veines, ou l'introduction de l'air ou du pus, qu'on a eu recours au cautère actuel. Si ces accidents sont à craindre, c'est surtout dans les excisions des tumeurs hémorrhoïdaires, à cause de leurs communications directes avec les plexus rectal et cysto-prostatique. On sait que ces derniers sont canalisés dans une cloison fibreuse, à peu près comme les veines crâniennes dans les sinus de la dure-mère, de sorte qu'étant divisées, les veines de ces régions restent ouvertes à toutes les introductions du dehors. On connaît de reste le danger des phlébites abdominales, surtout chez les femmes. »

Administration d'un traitement antisyphilitique douze jours après l'accouchement. Hémorrhagie très grave pendant trois jours. Suspension du traitement. Guérison. — Ce sommaire résume une observation qui nous a été adressée par notre honorable confrère M. Brousse, de Bagnères-de-Bigorre. Les conclusions que M. Brousse est porté à tirer de ce fait, c'est que l'action du mercure et de l'opium, auxquels il attribue l'hémorrhagie, est plus active lorsqu'une malade vient d'être débilitée par un accouchement; que le traitement antisyphilitique, dans ces cas, doit être nuisible s'il y a prédisposition aux hémorrhagies, tandis qu'il pourrait être très utile (en outre de son action curative spéciale s'il y avait menace ou commencement d'inflammation urétro-péritonéale, et surtout si cette inflammation dépendait ou s'accompagnait de suppression de l'écoulement puerpéral.

Le traitement prescrit chez la malade de M. Brousse se composait d'une pilule de proto-iodure de mercure (5 centigr.) et d'opium (1 centigr.), et d'une onction avec 4 grammes environ d'onguent mercuriel double.

Il serait impossible, dans l'état actuel de la science, de dire jusqu'à quel point les présomptions de M. Brousse peuvent être fondées; mais il est bon que l'attention soit attirée vers ce point important de thérapeutique.

HOPITAL DE GAND (Belgique). — M. Burggraeve.

La *Presse médicale* de Bruxelles nous apporte, sous le titre de *Revue de la clinique chirurgicale de l'Université de Gand*, une série de faits dont quelques-uns méritent d'être reproduits. L'un de ces faits doit surtout nous occuper, et nous servira comme terme de comparaison dans une leçon clinique importante de M. Nélaton que nous publierons cette semaine. Voici le titre de ce fait, qui a été recueilli, ainsi que les suivants, dans le service du professeur Burggraeve à l'hôpital de la Byloke :

Polype fibreux du maxillaire supérieur. Extirpation de l'os. Guérison. — L'individu qui se présente à la polyclinique pour faire constater son état a été opéré par M. Burggraeve, à Furnes (Flandre occidentale), il y a plus de neuf mois. Sa guérison peut donc être considérée comme complète. Dans la force de l'âge, quarante-cinq ans, sans signe de diathèse, d'une constitution sanguine et exerçant l'état de forgeron, il se rappelait s'être porté, il y avait plus de huit ans de cela, un coup de marteau qui avait fortement ébranlé la mandibule supérieure; depuis lors la tumeur s'était développée lentement et presque à l'insu du malade. Elle était du genre des polypes, avait le volume du poing et faisait irruption dans la bouche, la fosse nasale et l'orbite. La substance osseuse avait disparu, de manière que l'os, à part son montant frontal et l'apophyse malaire, était converti en un kyste fibreux adhérant à la tumeur. Dans cet état de choses, il fallait songer à une extirpation complète. Le procédé adopté fut celui de M. Gensoul, de Lyon, avec les modifications que nécessitait le cas : on forma un lambeau quadrilatéral qui fut relevé sur le front de façon à mettre à nu la tumeur; l'os malaire fut détaché dans ses articulations avec l'apophyse orbitaire externe du coronal et l'apophyse zygomatique. Afin de ménager les voies lacrymales, le montant nasal du maxillaire fut coupé à sa base en dedans de la narine, la suture palatine fut ensuite disjointe et tout l'os luxé dans son articulation ptérygoïdienne. Ces temps divers de l'opération furent exécutés avec la gouge et le maillet, sans ébranlement des cordons et des centres nerveux, parce que chaque coup était amorti par la disjonction des sutures. Le nerf maxillaire supérieur, le seul qui eût pu être tiraillé, avait été coupé par un dernier coup de gouge au moment de la séparation de la suture ptérygo-maxillaire.

Quant à l'artère maxillaire interne, il a été possible de la ménager, puisque le palatin à travers lequel elle passe a été laissé en place. La tumeur ainsi circonscrite a pu être énucléée en entier de la fosse zygomatique, laissant un antre profond dans lequel le poing aurait pu se loger. Deux branches artérielles durent être tordues : la palatine postérieure et la ptérygo-palatine.

La fièvre qui suivit l'opération fut modérée. Dès le lendemain, on eut soin de révulser sur le canal digestif au moyen d'une potion d'eau de Vienne. C'est une précaution que M. Burggraeve prend toujours dans les opérations à la face, afin de prévenir les érysipèles souvent mortels dans ces cas.

Aujourd'hui que le malade est complètement rétabli, il est curieux de voir comment la nature a réparé cette grave mutilation. Des cloisons fibreuses ont séparé de nouveau les cavités buccale, nasale, orbitaire et zygomatique, et l'œil est ainsi soutenu sur ce plancher de nouvelle formation. Quant aux mouvements digestifs, phonatifs et respiratoires, ils ont repris leur régularité, le facial et la portion motrice de la cinquième paire étant restés intacts.

Examen de la tumeur. — Une couche mince, détachée et présentée au microscope, laissa voir une trame fibro-réticulée sans aucune trace de globules cancéreux. Quelques rares vaisseaux y pénétraient. Ce tissu est du genre des *analogues* et ne donne aucune crainte pour la récidive.

Pansements à demeure des plaies et ulcères. — Les avantages des pansements des ulcères par des bandelettes de diachylum laissées à demeure sur la plaie pendant plusieurs jours sont désormais démontrés et généralement reconnus. Les nombreux succès que l'on obtient chaque jour dans le traitement externe du bureau central des hôpitaux de Paris ne peuvent laisser le moindre doute à ce sujet. Il n'en existe guère davantage sur la cause à laquelle on doit rapporter les avantages de ce mode de pansement : c'est à l'absence prolongée du contact de l'air qu'on s'accorde à l'attribuer. Le professeur Burggraeve a voulu joindre à cette condition favorable une autre condition qu'il considère comme très avantageuse aussi, c'est l'empêchement du séjour du pus sur la plaie. Il a cherché à concilier ces deux conditions qui sembleraient devoir s'exclure en modifiant le pansement ordinaire avec les bandelettes de la manière suivante :

Une première condition pour la guérison des plaies et des ulcères, c'est l'exclusion de l'air, cause puissante de décomposition du pus; en second lieu, un repos absolu. De là le précepte que les pansements soient le plus hermétiques et le moins renouvelés possible. Cette double indication nous semble être remplie par le mode de déligation introduit par M. le professeur Burggraeve dans son service.

Voici en quoi il consiste :

On étend sur la plaie ou l'ulcère, dans le sens de leur diamètre le plus déclive, une ou plusieurs bandelettes de linge d'un demi-pouce de largeur et assez longues pour dépasser la solutiou de continuité de deux à trois pouces à chacune de ses extrémités. On applique ensuite des bandelettes agglutinatives d'après la méthode ordinaire. Il faut que la compression soit graduée, sans constriction, car de là dépend la tolérance du pansement. Les extrémités des bandes de linge sont recouvertes par un gâteau de charpie bien mollette, afin d'absorber le pus et les matières transpirées. Des compresses et une bande roulée complétent le pansement. Celui-ci est ainsi formé par un appareil externe et un interne. L'un est amovible, l'autre inamovible. Chaque jour on lève le premier, c'est-à-dire la bande roulée et les compresses, et on renouvelle la charpie après avoir exprimé les matières restées sous les bandelettes. Ces dernières ne sont renouvelées que tous les quatre, six, huit ou dix jours, afin de s'assurer de la marche de la cicatrisation et de les appliquer d'une manière plus exacte.

Comme on le voit, il n'y a de nouveau dans ce genre de pansement que la bandelette de linge, mais cette modification si simple a une valeur pratique réelle. C'est un véritable syphon qui, en vertu de sa capillarité, pompe les matières à mesure qu'elles se produisent, et les empêche d'irriter la peau et de ramollir les bourgeons charnus. Aussi trouve-t-on ces matières amassées vers la partie supérieure de la solution de continuité ; moins à la partie inférieure ou déclive. Quand les bords de l'ulcère sont très élevés, on a soin de les déprimer au moyen d'un morceau de sparadrap qu'on affermit par une seconde couche de bandelettes agglutinatives, afin d'empêcher le pus de stagner dans les anfractuosités de la solution de continuité.

Indépendamment de leur action mécanique, les pansements à demeure peuvent être rendus médicamenteux. C'est ainsi que M. Burggraeve emploie des emplâtres dans lesquels entrent des oxydes de plomb, de mercure, de fer, des iodures, du camphre, des gommes-résines, selon l'indication particulière à remplir.

A la suite de cette description, la *Presse médicale*, à laquelle nous l'empruntons, rapporte les faits suivants pris entre beaucoup d'autres analogues.

Premier cas. — Un matelot, de retour d'un voyage à la côte d'Afrique, porte à la jambe des ulcères scorbutiques qui, faute de soins, se sont étendus à tout le membre. Malgré l'abondance de la suppuration, le pansement à demeure est appliqué et renouvelé d'abord tous les quatre, puis tous les six jours. La constitution du malade étant extrêmement délabrée, il a fallu au régime analeptique le temps d'exercer son action; cependant les ulcères se sont amendés de la manière la plus rapide, et, malgré leur énorme étendue, ils sont presqu'entièrement cicatrisés après six semaines de pansement. Les cicatrices sont membraneuses et se prêtent aux mouvements du membre.

Deuxième cas. — *Ulcère atonique de la jambe avec nécrose de l'aponévrose et hernie des muscles.* — Le malade porte cette vaste ulcération depuis plusieurs années. Au bout de huit semaines de pansement, fait comme nous venons de le décrire, la cicatrisation est complète.

Troisième cas. — *Plaie contuse de la jambe avec gangrène.* — La contusion n'est pas un obstacle à l'application du bandage. Les parties susceptibles de réunion sont mises dans les dispositions qui lui sont le plus favorables, ce qui abrège d'autant la durée du traitement. Quant à celles qui ne le sont plus, la mortification et la séparation s'y effectuent comme d'habitude. Dans le cas dont nous parlons, les bandelettes ont été renouvelées de quatre en quatre jours, à cause de la mortification d'une partie du lambeau.

Quatrième cas. — *Ulcères rongeants de la jambe.* — Tout le tégument du membre est comme rongé. Il ne reste plus que çà et là de petites îles disséminées sur cette vaste solution de continuité. Malgré l'abondance de la suppuration et sa nature âcre, le pansement à demeure est maintenu d'abord pendant quatre jours et plus tard pendant huit. A chaque pansement on voit que les divers îlots cutanés, déprimés par la compression, forment la base d'une bonne cicatrice. La malade, jeune fille d'une constitution scrofuleuse, est soumise à l'usage de l'iodure de potassium, dont elle prend, à la fin, un gros par jour. La guérison a lieu au bout de six semaines.

Sixième cas. — *Ulcères de la jambe avec périostose.* — Le membre est entouré de bandelettes à l'iodure de plomb. Le pansement reste appliqué pendant huit jours. Au bout de ce temps, les ulcères sont réduits d'un tiers. Le malade prend, à l'intérieur, l'iodure de potassium à dose croissante. La guérison est complète à la huitième semaine du traitement.

Septième cas. — *Exostose syphilitique. Douleurs nocturnes.* — Débridement du périoste. Cessation des douleurs. Application de bandelettes d'emplâtre de Vigo. Iodure de potassium à l'intérieur. A la cinquième semaine du traitement, il est en voie de guérison; l'exostose est en train de disparaître.

Huitième cas. — *Vaste ulcère avec nécrose du tibia droit.* — Il y a une suppuration abondante et ichoreuse avec symptômes de résorption. Après deux jours d'application du bandage, la surface sanieuse est modifiée et commence à se dépouiller de sa croûte lardacée et couenneuse. On réapplique le pansement et on le maintient pendant six jours. Il se développe des bourgeons charnus, fermes et volumineux. A la troisième semaine du traitement, l'ulcère est réduit au tiers de son étendue primitive.

Parmi les documents qui peuvent éclairer des questions physiologiques et hygiéniques d'un grand intérêt, on doit placer presqu'au premier rang ceux qui indiquent la marche des naissances et de la mortalité dans les divers temps et dans les divers pays. Ce serait donc une bien intéressante innovation pour le journalisme que de publier chaque semaine des tableaux qui indiqueraient le nombre des naissances et des décès dans chaque principale ville du monde. Malheureusement on néglige dans presque toutes de dresser ces tableaux; Londres est la seule, à notre connaissance, qui fasse exception. C'est donc par les documents de cette ville que nous commencerons; nous y joindrons bientôt les mêmes documents pour la ville de Paris, qui ne se publient nulle part officiellement, mais dont les éléments sont faciles à rassembler.

Tableau des naissances et décès dans la ville de Londres pendant la semaine finissant le samedi 27 janvier 1849 (1).

	NAISSANCES.	DÉCÈS.
Sexe masculin.	814	573
Sexe féminin.	762	635
	1576	1208

Sur ces 1208 décès, il y en a

De 0 à 15 ans, 246 } Nombre égal, 1208.
Au-dessus de 15 ans, 962 }

Dans cette mortalité, le choléra n'a produit que 45 décès, dont 14 chez des enfants de 0 à 15 ans, 27 chez des individus de 15 à 60 ans, et 4 chez des vieillards au-dessus de 60 ans.

Pendant les six semaines finissant le 20 janvier 1849, il est mort à Londres, par suite du choléra :

Sexe masculin, 364 } 685
Sexe femininin, 321 }

Chaque âge a été atteint dans les proportions ordinaires de la mortalité, c'est-à-dire que cette condition n'a eu aucune influence sur la gravité de la maladie.

La nouvelle suivante semblerait indiquer que, depuis que le tableau précédent a été dressé, le choléra a éprouvé une légère recrudescence. Voici ce qu'on écrit de Londres :

« Hier, le bureau central de santé de Londres a reçu l'annonce de 393 nouveaux cas de choléra, et de 153 décès causés par cette maladie. »

Le *Globe* publie le relevé suivant des cas de choléra dans la Grande-Bretagne jusqu'au 31 janvier exclusivement.

	Nombre de cas.	Décès.	Guérisons.	En voie de traitement ou dont on ignore le résultat.
Londres et son voisinage,	884	479	131	274
Comtés provinciaux,	764	328	96	340
Ecosse,	8547	3705	2345	2497
Total,	10195	4512	2572	3111

Dans la journée du 31 janvier il y avait eu, à la connaissance du même journal, 106 nouveaux cas, dont 42 décès et 20 guérisons ; le reste en voie de traitement ou sans résultat connu.

Nouvelles du choléra.

Le ministre du commerce vient d'adresser aux préfets la circulaire suivante, concernant les mesures à prendre à l'occasion du choléra :

« Monsieur le préfet, par une circulaire du 28 août dernier, mon ministère a appelé votre attention sur la possibilité d'une épidémie de choléra, et il vous a invité à vous rendre compte des ressources dont votre département pourrait disposer en cas d'invasion de la maladie, tant en ce qui concerne le personnel médical et les médicaments, qu'à l'égard des locaux et du matériel qu'on pourrait affecter au service des malades indigents.

» L'apparition récente de la maladie dans deux départements du nord de la France, imposait à l'administration de nouveaux devoirs de prévoyance, et, sur la demande de l'un de mes prédécesseurs, le comité consultatif d'hygiène publique a préparé, pour l'éventualité d'une extension de l'épidémie, des instructions dont vous trouverez ci-joint plusieurs exemplaires.

» Ces instructions sont divisées en trois parties :

» La première, qui traite de l'organisation des secours médicaux, s'adresse aux administrations locales, et déjà, conformément à la circulaire ministérielle du 28 août dernier, vous avez dû vous occuper de cet objet. Je n'insisterai donc pas aujourd'hui sur le point dont il s'agit; seulement, dans le cas où votre préfecture serait du nombre de celles qui n'ont pas encore transmis à mon ministère les renseignements qu'il a réclamés à cet égard, je vous prierai de n'en pas différer l'envoi plus longtemps.

» La deuxième partie est relative aux précautions hygiéniques, et j'appelle votre attention particulière sur les mesures à prendre dans l'intérêt de la salubrité et de la santé publique. La circulaire du 28 août contenait à cet égard des dispositions dont, en général, on ne paraît pas avoir tenu compte. Je désire que vous me fassiez connaître la suite qui a pu y être donnée dans votre département.

» En ce qui touche l'hygiène privée, les instructions renferment des conseils dont on ne saurait trop propager la connaissance, et il en est de même de toute la troisième partie, qui indique quels sont les premiers soins à donner aux personnes qu'on suppose atteintes du choléra. Dans une maladie où la promptitude des secours est d'une si grande importance, il est à souhaiter que chacun sache ce qu'il faut faire en attendant qu'on ait pu faire venir un médecin.

» Les journaux des diverses opinions, les ministres des différents cultes, les membres des bureaux de bienfaisance et des conseils et commissions de salubrité, les dames et les sœurs de charité, les chefs d'ateliers et de manufactures qui occupent un grand nombre d'ouvriers, pourront concourir utilement à cette propagande, et je vous engage à faire appel à la bonne volonté de tous ; car pour obtenir sous ce rapport des résultats satisfaisants, il faut que les mêmes vérités soient présentées sous des points de vue différents et qui s'accommodent à la diversité des esprits, des opinions, des croyances, des préjugés.

» Je vous prie de m'accuser réception de cette circulaire et des instructions qui y sont jointes, et de me faire connaître le nombre d'exemplaires dont vous pourrez avoir besoin pour le service de votre département.

» Votre dévoué concitoyen.

» Le ministre de l'agriculture et du commerce,

» L. Buffet. »

M. Bailly nous communique l'extrait suivant d'une lettre qu'il a reçue de Lille :

Lille, 2 février 1849.

Le choléra a diminué notablement, et tout annonce le déclin.

Le nombre des malades reçus à l'hôpital Saint-Sauveur jusqu'au 31 décembre s'élève à 24, dont 16 sont morts.

Depuis le 25 janvier, on n'en a reçu qu'un; mais il en restait encore 14.

Au 2 février, 8 étaient en traitement, 7 femmes et un homme. A l'hôpital général, il y a eu 27 malades du 25 janvier au 2 février. 11 étaient morts, 13 guéris, 3 en traitement.

Des deux religieuses atteintes, l'une est décédée.

Dans la ville, une femme est morte le 2 février.

— Le bruit a couru avant-hier qu'un cas de choléra s'était manifesté à l'Hôtel-Dieu de Paris ; les informations que nous avons prises nous ont démontré que le cas qui avait causé cette rumeur n'offrait nullement les caractères du choléra asiatique.

— On nous écrit de Guines (Pas-de-Calais), 29 janvier :

« Notre honorable maire, M. Dumbron, vient de succomber à une violente attaque de choléra asiatique. »

— Le choléra exerce quelques ravages dans la commune de Vitry (Pas-de-Calais). En moins de trente heures, on a constaté cinq décès.

— Le choléra sévit dans plusieurs communes situées aux environs de la Scarpe ; celle de Brebières est, en ce moment, désolée à la fois et par ce fléau et par la fièvre typhoïde : six jeunes personnes des deux sexes, atteintes par cette dernière maladie, étaient, il y a quelques jours, dans un état alarmant ; aujourd'hui, on espère les sauver. Trois enfants, âgés de cinq à neuf ans, ont expiré, par suite du choléra, en moins de trente heures ; une vieille femme et deux hommes dans la force de l'âge ont subi le même sort : aussi la consternation règne dans ce malheureux village.

— *Saint-Pétersbourg*, 25 janvier. — Journée du 21 janvier : 20 nouveaux malades, 5 guérisons et 7 décès (dont 1 à domicile). — Journée du 22 : 17 nouveaux malades, 9 guérisons et 10 décès (dont 6 à domicile). (*Journal de Saint-Pétersbourg.*)

— *Norwége* Bergen, 17 janvier. — Le nombre des malades atteints du choléra s'élève, jusqu'à ce jour, à 306. Il y a eu 201 décès. Le 16, il y a encore eu 21 nouveaux cas.

— On écrit de Constantinople :

Le total des décès par suite du choléra, depuis le 21 octobre 1847 jusqu'au 21 décembre 1848, c'est-à-dire pendant quatorze mois, a été de 4,903 morts sur 9,337 cas, ce qui revient à 1 cholérique sur 87 habitants, à 1 décès sur 165, ou encore à 2 décès cholériques sur 11 décès ordinaires. En 1848, la population de la capitale, évaluée à 810,000, aurait augmenté de 13,000 âmes depuis 1844.

(1) Ce résumé est extrait d'un tableau beaucoup plus détaillé que l'autorité de Londres envoie chaque semaine à l'Académie de médecine de Paris, et que M. le secrétaire perpétuel, avec sa bienveillance habituelle, met à notre disposition aussitôt qu'il l'a reçu.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 8 FÉVRIER 1849. (22e ANNÉE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 16.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 7 FÉVRIER 1849.

Séance de l'Académie des Sciences.

Une courte lecture de M. Cordier sur une mine abondante de cuivre, découverte depuis quelques années aux environs du lac Majeur, a ouvert la séance. Mais, quelque intéressante que fût cette découverte, M. Thénard s'intéresse beaucoup plus à celle qu'on a faite en Californie ; et, sans s'inquiéter de ce que M. Cordier venait de dire sur la mine du lac Majeur, il a interpellé ce dernier pour savoir ce qu'il pensait des mines de la Californie. M. Élie de Beaumont n'a pas donné le temps à M. Cordier de répondre, et a donné à M. Thénard l'assurance que, d'après tous les renseignements qu'il a reçus, la découverte de la Californie était bien réelle ; que les échantillons de minerais qui lui sont parvenus contiennent les 9/10es d'or et 1/10e de matières étrangères; et qu'enfin les mines de la Californie paraissaient devoir être plus fécondes encore que celles des monts Ourals, qui, cependant, depuis quelques années seulement qu'elles sont découvertes et exploitées, ont produit pour 80,000,000 de francs d'or.

Après cette communication, que nous avons cru utile de porter à la connaissance de nos lecteurs, quoiqu'elle sorte du cercle habituel de nos études, quelques membres ont pris la parole pour discuter différents points de mécanique, de mathématiques ou d'histoire naturelle, complétement étrangers aux sciences médicales.

M. Péligot, au contraire, a lu un travail fort intéressant pour l'hygiène sur la composition du froment considéré dans ses différentes variétés. Il nous serait impossible d'apprécier, à la première audition, ce travail composé d'analyses minutieuses, et dont la lecture n'a guère duré moins de trois quarts d'heure. Nous nous proposons donc d'en faire l'objet d'un article spécial, d'autant plus qu'il y a quelques semaines, M. le professeur Millon a lu un mémoire sur le même sujet, et qu'il y aura avantage à comparer les résultats obtenus par les deux savants chimistes.

M. Dumas a présenté, au nom de M. le docteur Melsens, un mémoire qui nous intéresse plus directement encore que le précédent. Dans ce travail, M. Melsens fait connaître les bons résultats de l'iodure de potassium dans le traitement des affections saturnines et mercurielles chroniques. Ce fait avait déjà été signalé et appuyé sur quelques observations positives; mais à côté de ce fait, M. Melsens en signale un autre fort intéressant, fort singulier, et que nous croyons nouveau : c'est que, si l'on donne à un individu atteint d'une affection saturnine ou mercurielle grave une dose considérable d'iodure de potassium, on produit, chez cet individu, un empoisonnement *aigu* plombique ou mercuriel, et qui peut être mortel. Ce fait, ainsi que quelques autres, vient à l'appui de la théorie de M. Melsens, qui pense (et avec raison suivant nous, si ces expériences sont rigoureuses) que l'iodure de potassium agit en dissolvant la substance toxique qui existe à l'état insoluble, combinée avec les tissus dans le corps des malades, et qui en facilite ainsi l'élimination. Or, s'il en est ainsi, il est rationnel de croire qu'une quantité de plomb qui, à l'état insoluble, ne produit que des phénomènes morbides d'une médiocre intensité et chroniques, pourrait très bien produire des accidents aigus si elle venait à être dissoute entièrement et tout à coup. Les observations et les expériences qui se poursuivent depuis longtemps sur le même sujet dans les hôpitaux de Paris ne tarderont pas à montrer ce qu'il faut penser de la théorie séduisante de M. Melsens.

Ainsi que nous l'avions craint et prévu, l'Académie a adopté, après une argumentation sérieuse de M. Blandin, et une courte et judicieuse allocution physiologico-mathématique de M. Rochoux, la première conclusion du rapport sur le chloroforme. Les conclusions suivantes ont été votées au pas de course, et à peu près sans discussion aucune. Nous sommes obligés de renvoyer à notre prochain numéro l'appréciation de chacune de ces conclusions.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Tumeur au-dessous de la langue, qui communique avec une autre tumeur située sous l'angle de la mâchoire du côté droit. Diagnostic différentiel. Nature. Traitement. — De la conjonctivite papuleuse.

Vous avez vu au n° 7 de la salle des femmes une malade qui est ici depuis deux mois environ, et qui est entrée pour une tumeur située dans la bouche. Cette tumeur, qui se voit sous la langue, se présente sous forme d'un bourrelet; elle occupe l'espace qui sépare la langue de la mâchoire ; elle est située principalement à droite de cet espace, mais cependant elle déborde un peu le frein du côté gauche. Cette tumeur présente diverses bosselures, dont les unes sont rouges, les autres grises; elle est molle, elle fuit sous le doigt, ou plutôt elle se laisse déprimer; si on la presse, elle se cache, et on ne sent plus rien ; elle ne paraît pas renfermer de corps dur. Cette tumeur est accompagnée d'une autre située à l'angle de la mâchoire dans la région sus-hyoïdienne droite; elle est indolente, sans changement de couleur à la peau, et s'étend du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien jusque vers le milieu du muscle génioglosse. Elle occupe la place et présente la physionomie de ganglions lymphatiques engorgés ; mais si on la presse, elle fuit, non pas en roulant comme ceux-ci, mais elle s'efface comme si elle était pleine de liquide, et elle se porte du côté de la bouche. Il s'ensuit que, pour apprécier sa consistance et sa nature, il faut porter les doigts sur la tumeur de la bouche, et explorer en même temps celle de la mâchoire. On rencontre là quelque chose de spécial : les deux tumeurs se continuent et n'en constituent qu'une seule; l'exploration attentive permet de constater non seulement ce fait, mais encore de reconnaître la présence d'un liquide. Ce n'est pas une tumeur concrète ni d'un côté ni de l'autre, et dès lors on est débarrassé d'une assez grande perplexité pour le diagnostic; on élague du coup une foule de maladies, on met de côté l'engorgement des ganglions lymphatiques et les tumeurs concrètes de toute espèce, venant soit des corps thyroïdes, soit des os, soit des tissus profonds de cette région.

C'est une tumeur contenant un liquide; mais quel est ce liquide? Est-ce du pus, du sang, du sérum, ou vient-il d'un des organes sécréteurs du voisinage ?

Ce n'est pas du pus ; la tumeur existe depuis plusieurs années sans causer des souffrances à la malade, il n'y a jamais eu d'inflammation. Il se pourrait que ce fût un abcès froid ; mais l'abcès froid ne s'arrête pas à ce volume, et n'existe pas chez une personne d'ailleurs bien portante, comme la femme dont nous parlons.

Je ne crois pas que ce soit du sang, à cause du siége qu'occupe le mal et de la manière dont il s'est comporté. De plus, il n'y a pas eu de violence extérieure; la tumeur est molle, sans changement de couleur à la peau; elle est venue petit à petit. Les tumeurs sanguines ne se présentent pas ainsi, et elles sont aussi rares en cet endroit que celles d'une autre espèce y sont fréquentes.

Il ne nous reste plus qu'à examiner si c'est du sérum ou un liquide provenant des organes sécréteurs voisins de cette région. Les kystes séreux sont fréquents dans ce point, et peuvent provenir de diverses sources; mais il ne faut pas oublier que la tumeur est en partie dans la bouche, et que la portion sous-maxillaire de cette tumeur n'est pas la première dont la malade se soit aperçue. Cette circonstance nous permet de croire d'abord que la tumeur sous-maxillaire est secondaire, et n'est qu'un prolongement de celle de la bouche ; le mal a donc débuté par la bouche. Or, les kystes purement séreux de la bouche sont très rares ; tandis que ceux qui tiennent à une lésion des voies de sécrétion sont communs. Il y a une autre considération dont il faut tenir compte, c'est que l'endroit où se trouve le mal est le siége ordinaire de la grenouillette ; la tumeur dont je parle a de plus tous les caractères de cette maladie, et c'est évidemment une tumeur de ce genre.

Les tumeurs qu'on appelle grenouillettes sont connues depuis longtemps et présentent deux catégories quant à leur forme. Elles existent en général dans la bouche; elles peuvent acquérir un volume considérable, empêcher certaines fonctions et même compromettre quelquefois la vie. J'en ai vu un assez grand nombre de cas, et il existe dans la science des faits curieux de cette affection. C'est ainsi qu'on cite l'histoire d'un malade de Londres, qui tomba dans le cabinet du médecin qu'il attendait pour consulter; la langue s'était renversée; le médecin le crut mort, et fut longtemps à reconnaître la cause qui avait occasionné cet accident. La seconde catégorie est formée par des tumeurs qui se comportent comme celle-ci; il peut n'exister qu'une tumeur sous la mâchoire, tumeur qui acquiert quelquefois un volume considérable.

On a attribué ces tumeurs à une lésion des conduits excréteurs des glandes salivaires, sublinguales ou sous-maxillaires; pour notre malade, ce serait donc une dilatation anormale du canal de Warton. Cette opinion, qui a été très longtemps admise et généralement adoptée, pourrait bien ne pas être vraie aussi souvent qu'on le pense. Dans certains cas, la maladie m'a semblé étrangère à ce genre de lésion; je l'ai dit il y a une quinzaine d'années; depuis beaucoup de chirurgiens s'en sont occupés, et aujourd'hui on commence à admettre dans la bouche d'autres tumeurs, c'est-à-dire des tumeurs contenant un liquide, qui ne sont pas des tumeurs salivaires; elles sont greffées sur ces dernières, mais elles ne sont pas semblables. Remarquez que le liquide que l'on trouve dans ces tumeurs est plus ou moins glaireux ; en général, celles qui deviennent très grandes semblent appartenir à l'espèce des tumeurs salivaires, et le liquide qu'elles contiennent est plus fluide; tandis que celles qui restent plus petites contiennent un liquide plus glaireux et ne sont pas de la même espèce. Je ne veux pas discuter aujourd'hui longuement cette question; je vous la signale pour y revenir dans une autre circonstance, et nous allons nous occuper de la thérapeutique.

Le traitement de ces tumeurs qui contiennent un liquide plus ou moins glaireux est assez embarrassant, et on obtient difficilement la guérison. Beaucoup de chirurgiens s'y trompent; ils vident la tumeur par une piqûre, elle revient; ils pratiquent une large incision, elle revient encore; elle revient même quand on excise une partie de ses parois.

Une foule de procédés ont été imaginés pour éviter cette récidive : on a tour à tour employé le séton, la cautérisation des parois et la suture en renversant la muqueuse en dehors ; puis on a songé aux injections iodées, comme pour les hydrocèles. Cette opération est la plus simple; MM. Hemm, de Strasbourg, et Bouchacourt, de Lyon, emploient depuis longtemps ce moyen et obtiennent beaucoup de succès. Cependant, il ne faut pas se faire illusion sur la valeur de ce procédé, et voici pourquoi : on n'est pas aussi sûr d'obtenir de bons résultats par l'injection dans ces kystes que dans les hydrocèles. Pour que l'injection réussisse bien, il faut qu'il y ait des kystes séreux; mais, quand elle doit agir sur des kystes séreux dont les parois se rapprochent plus ou moins des muqueuses, l'adhésion est bien moins facile; c'est ainsi qu'il est beaucoup plus difficile d'obtenir la réunion des parois dans le goître que dans l'hydrocèle, et cependant il y a beaucoup d'analogie entre ces deux affections. Il est probable que les injections ne réussissent pas si bien dans les kystes remplis de matière huileuse; cette raison m'a empêché jusqu'ici de les employer dans les kystes de l'ovaire; il en est de même pour ceux qui contiennent un liquide glaireux, comme chez la femme dont je parle. L'opération offre la même innocuité, mais elle donne moins de certitude pour la guérison; cela n'empêche pas que nous emploierons ici les injections; ce moyen expose à moins d'accidents que les autres, et nous allons l'essayer.

De la conjonctivite papuleuse.

Le malade couché au n° 21 est atteint d'une ophthalmie; il est âgé de vingt ans, et semble d'ailleurs jouir d'une bonne santé. L'inflammation, qui date seulement de quinze jours, n'occupe que l'angle externe de l'œil; il y a dans ce point de la rougeur, un épaississement de la muqueuse très notable, des plaques grises, brunâtres, et en un mot tous les caractères de la conjonctivite.

Vous allez comprendre l'importance du fait que je vous signale : cet homme, il y a quinze jours, avait des plaques rouges dans l'œil; il fit usage pendant quelques jours d'un collyre qu'on lui avait prescrit en ville; puis survint sur le milieu de la plaque rouge une plaque blanche; on a cautérisé cette plaque blanche il y a cinq à six jours, et c'est la raison pour laquelle cet épaississement et cette rougeur existent.

Il y a eu chez cet homme une conjonctivite que j'ai appelée autrefois conjonctivite papuleuse et qui est caractérisée par les signes suivants :

Une tache rouge survient sur la conjonctive d'un des côtés de l'œil; la muqueuse s'épaissit; puis, au milieu de cette plaque, se manifeste un petit point blanc, qui ressemble à un aphthe et que l'on prend pour un ulcère. Abandonnée à elle-même, cette espèce de conjonctivite guérit dans l'espace de dix à quinze jours; mais vous allez voir par ce fait l'inconvénient d'un diagnostic qui n'est pas exact, et combien la thérapeutique est liée intimement au diagnostic.

Chez cet homme, on a pris la petite tache blanche qui s'était développée pour un ulcère; on l'a cautérisée, et, au lieu d'améliorer, on a aggravé le mal : l'inflammation a augmenté.

Voilà pourquoi j'ai appelé votre attention sur ce fait : la conjonctivite papuleuse ne comporte pas ces cautérisations; on augmente la maladie si on cautérise. A. Bernard.

HOPITAL SAINTE-MARGUERITE (Hôtel-Dieu annexe.)

M. Valleix.

Les influences hygiéniques sous lesquelles nous vivons donnent un intérêt tout particulier au fait suivant, que nous avons observé dans le service de M. Valleix, ainsi qu'aux remarques dont ce praticien l'a accompagné.

Gastro-entérite cholériforme.

Au moment où l'attention est si fortement fixée sur une maladie qui nous menace de tant de côtés, dit M. Valleix, le choléra, tout ce qui peut, de près ou de loin, avoir quelque rapport avec cette maladie, a nécessairement une importance extrême. A ce titre, le fait que nous avons sous les yeux mérite que nous l'examinions avec le plus grand soin.

Depuis quelque temps on signale de loin en loin des cas isolés de choléra. Parmi les questions que se fait le médecin, se place en première ligne la suivante : ces divers cas sont-ils tous réellement des choléras véritables? N'y en a-t-il pas quelques-uns qu'il faut rapporter à une autre affection intestinale qui, sous une influence quelconque, a pris le caractère cholériforme?

C'est surtout à cette question que répond l'observation dont nous allons d'abord exposer les détails.

Obs. — Au lit n° 5 de la salle Sainte-Geneviève, est couchée une fille âgée de trente-deux ans, exerçant la profession de culottière.

A Paris depuis six ans, elle s'y est toujours assez bien portée : quelquefois, mais rarement, elle eut une diarrhée ou des coliques légères qui ne lui duraient jamais plus d'un jour. Il y a trois ans, elle fit une maladie assez grave, qu'elle ne définit pas, mais qui était probablement une fièvre typhoïde; elle eut des épistaxis, de la diarrhée, et fut six mois à se remettre de cette affection.

Il y a six semaines, elle commença à être malade. Chaque fois qu'elle avait mangé, elle était prise de vomissements très pénibles : elle rendait les aliments mêlés d'un liquide verdâtre, amer : ensuite venaient des crampes dans les membres supérieurs et inférieurs. Elle avait aussi quelques coliques et plusieurs selles liquides chaque jour. Bien que considérablement affaiblie par ces accidents, elle n'en continua pas moins à travailler et à manger. Il y a trois semaines elle fut prise, étant dehors, de frissons, de malaise et de coliques, qui la forcèrent à remonter chez elle et à s'aliter.

Quelques jours après survint une éruption qu'elle ne connaît pas, et dont il ne reste plus aujourd'hui de traces.

Depuis ce moment aussi elle eut des vomissements plus fréquents qu'auparavant; l'ingestion d'une très petite quantité d'aliments, un simple bouillon, suffirent pour les provoquer. La diarrhée et les coliques redoublèrent aussi.

Elle avait sept, huit selles par jour; ces selles étaient très liquides; mais contenaient-elles du sang, de la matière albumineuse? La malade ne les a pas regardées.

Elle éprouvait une vive constriction à l'épigastre. Les crampes, plus fréquentes et plus fortes, ne permettaient pas à la malade de se tenir debout.

Enfin il y a huit jours tous ces accidents redoublèrent d'intensité. Elle eut jusqu'à trente selles par jour; elles étaient liquides, et contenaient quelquefois un peu de sang. Les vomissements très fréquents, pénibles, avaient les mêmes caractères que par le passé. Il en fut ainsi jusqu'au 29 janvier, que la malade entra à l'hôpital.

A la visite du 30, elle était dans l'état suivant :

La face et les mains de la malade ont une teinte plombée, parsemée de nombreuses taches violacées.

Les yeux, profondément excavés, sont entourés d'un cercle bleuâtre très prononcé; les conjonctives sont injectées d'un rouge vif; les vaisseaux y sont très apparents. Les lèvres sont cyanosées. La voix est voilée, pénible. Quand la malade a prononcé quelques paroles elle se trouve fatiguée, et ne parle plus qu'à voix base.

Les extrémités, sans être froides, n'ont cependant pas leur chaleur habituelle; la malade, qui a conscience de ce froid, dit qu'elle ne le ressent pas autant que les jours passés.

Elle ne dort presque pas; elle éprouve continuellement à l'épigastre une constriction très forte et une douleur vive dans les deux fosses iliaques. La pression est douloureuse dans ces différentes régions, surtout à gauche.

La malade est allée plusieurs fois à la selle depuis hier soir; mais nous n'avons pas vu ses déjections, qui, au dire de la veilleuse, étaient liquides et brunâtres. Elle fait devant nous un violent effort pour vomir, et rend un liquide amer, jaune-vert, filant, peu abondant.

La langue est large, souple, humide; jaune-vert au milieu, rouge sur les bords.

La peau du corps, médiocrement chaude, est sèche; le pouls est très petit, faible, dépressible, fréquent; 140 pulsations.

L'intelligence est nette, les réponses claires et précises.

Hier au soir, tous les symptômes qui viennent d'être indiqués étaient beaucoup plus intenses; la face et les extrémités étaient notamment plus bleues et plus froides.

Traitement. — Gomme sucrée; potion avec 30 grammes de sirop d'acétate de morphine; six sangsues sur l'épigastre. Cataplasme laudanisé sur le reste du ventre. Diète.

Le 31 janvier, la malade se trouve beaucoup mieux. Elle n'a eu qu'une seule selle liquide; point de vomissements.

La teinte est toujours la même; les yeux sont moins excavés, les conjonctives moins rouges.

Les taches de cyanose ont disparu sur les mains; la chaleur est un peu revenue; la voix est plus claire et plus forte.

La langue est comme hier; la bouche est pâteuse, amère. Pouls un peu plus développé, régulier, moins fréquent qu'hier, 112 à 116 pulsations. — Même prescription. Gargarisme acidulé.

Le 1er février, mieux sensible. Presque pas de coliques. Douleurs épigastriques bien moindres. Abdomen peu sensible à la pression. Point de vomissements ni de selles.

Face plus animée; yeux moins excavés.

Chaleur de la peau naturelle.

Langue toujours jaune, humide.

Pouls plus développé, régulier, peu dépressible; 88 pulsations. — Même prescription. Deux bouillons coupés.

Le 3, la malade, sans fièvre, sans douleur épigastrique, commence à manger deux potages.

Après avoir ainsi exposé ce fait intéressant, M. Valleix ajoute :

Il ne peut y avoir le moindre doute sur le diagnostic de cette affection. Si nous avions manqué de renseignements, si nous n'avions connu que les symptômes qui se sont montrés à nos yeux, l'idée d'un choléra épidémique aurait pu se présenter à l'esprit; mais alors même cette idée eût été bientôt rejetée, car les vomissements bilieux et les selles colorées nous auraient immédiatement démontré qu'il ne s'agissait pas du choléra indien.

On ne peut pas croire davantage à l'existence d'un choléra sporadique simple. Le choléra sporadique a, en effet, pour caractère de survenir brusquement, de marcher rapidement, de telle sorte qu'en un court espace de temps la scène est terminée soit par la mort, soit, plus fréquemment, par une guérison rapide.

Tout au contraire prouve qu'il s'agissait d'une gastro-entérite, d'abord assez légère, mais qui, n'ayant pas été soignée, a augmenté de jour en jour d'intensité, jusqu'à ce qu'enfin la maladie ait revêtu un bon nombre des caractères du choléra. Ces caractères sont : la couleur bleue de la face et des extrémités, le refroidissement, les crampes, les vomissements, les selles fréquentes, la constriction épigastrique, l'affaiblissement extrême de la voix.

Mais il est remarquable qu'au milieu de tous ces symptômes les évacuations soient restées bilieuses comme dans la gastro-entérite ordinaire. Nouvelle preuve de l'importance des caractères qu'offrent les déjections pour le diagnostic. Les vomissements séro-muqueux, les selles de matière liquide, blanchâtre, avec des flocons albumineux, voilà assurément les principaux caractères, les caractères spécifiques de l'affection épidémique.

Le nom de gastro-entérite donné à cette maladie paraîtra peut-être hasardé à quelques médecins qui ont peine à reconnaître l'existence d'une maladie qu'on voyait partout il y a trente ans. Mais quel nom donner à une affection caractérisée par la douleur spontanée et provoquée de l'estomac et des intestins, par des déjections abondantes, par un mouvement fébrile assez marqué, et par la longue persistance de ces symptômes? Il faut prendre garde de tomber d'un excès dans un autre.

Mais il faut reconnaître que cette gastro-entérite est bien différente de celle qu'on décrivait il y a trente ans. Malgré l'absence de tout soin, l'affection est restée presque complétement locale, et malgré l'extrême intensité des symptômes exaspérés par le défaut de traitement et le mauvais régime, nous n'avons pas vu ces symptômes généraux intenses qu'on attribuait à la gastro-entérite, et qui sont tout simplement ceux de la fièvre typhoïde.

Quant au traitement, il est à peine nécessaire d'en faire remarquer l'extrême efficacité. Du jour au lendemain, l'état de cette malade, qui paraissait très grave, s'est trouvé très avantageusement modifié, et trois jours après elle entrait en pleine convalescence. C'est aux sangsues, à l'opium et à la diète que nous attribuons ces heureux résultats.

Dans le choléra sporadique simple, l'opium, administré à dose assez élevée par la bouche et en lavements, est le médicament par excellence. La glace, les frictions chaudes, les potions excitantes, etc., ne sont pour nous que des adjuvants. Dans ce cas, la maladie n'était pas simple, il y avait l'inflammation de l'estomac dont il fallait s'occuper : c'est pourquoi les sangsues ont été prescrites.

Dans le choléra épidémique, c'est encore l'opium que nous regardons comme le remède principal. Nous trouvons qu'on ne lui accorde pas assez de confiance et que, généralement, on le donne avec trop de timidité. Au lieu d'encombrer par une multitude de moyens nouveaux la thérapeutique du choléra, on devrait avoir plus hardiment recours à ce moyen qui a fait ses preuves. Toutefois, nous sommes loin d'exclure les autres moyens adjuvants, tels que les boissons, les potions excitantes, antispasmodiques, la chaleur appliquée sur tout le corps, etc.; et, d'un autre côté, il faut reconnaître qu'on aurait tort d'attendre des opiacés, quand il s'agit du choléra indien, des effets aussi promptement marqués et aussi sûrs que dans le choléra sporadique.

Quelle est maintenant la part qu'il faut faire à l'influence lointaine de la maladie qui nous menace, dans la forme cholérique qu'a revêtue la maladie? C'est ce qu'un fait isolé ne nous permet pas de déterminer. N.....

ACADÉMIE NATIONALE DE MEDECINE.

Séance du 6 février 1849. — Présidence de M. Velpeau.

M. le secrétaire annuel donne lecture du procès-verbal de la dernière séance, qui est lu et adopté.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Trois tableaux des vaccinations pratiquées en 1847 dans les départements de l'Ain, du Gard et de Saône-et-Loire;

2° Une lettre de la commission du choléra, qui annonce à l'Académie qu'elle a jugé à propos de rédiger une instruction pour éclairer les populations sur ce qu'il y aurait à faire dans l'imminence de l'épidémie, et que cette instruction est prête pour être soumise à l'approbation de l'Académie;

3° Une lettre des membres du bureau de la Société centrale de médecine du département du Nord, déclarant que M. Plouviez n'a reçu aucune mission pour faire des communications à l'Académie de médecine, et que ce n'est qu'en abusant d'un document communiqué à la Société par M. le préfet que ce médecin a pu transmettre le tableau des cas de choléra qui se sont manifestés dans le département du Nord;

M. le secrétaire perpétuel dit qu'on a répondu à la Société de médecine du Nord que M. Plouviez n'a jamais envoyé de communications officielles à l'Académie; qu'il n'a fait qu'envoyer des documents officieux à M. Bailly, lequel les a fait connaître à l'Académie sous sa responsabilité.

4° Un mémoire sur le traitement prophylactique du choléra asiatique, par M. Plouviez (de Lille);

5° Un mémoire sur le traitement du choléra, par M. Gremberg, médecin chargé du traitement des cholériques à l'hôpital militaire de Varsovie;

6° Un rapport sur les principales maladies traitées dans l'établissement d'eaux minérales thermales des eaux chaudes, par M. Lafore, médecin de cet établissement;

7° Un rapport analogue, très volumineux, contenant de nombreuses observations sur les eaux thermales de Vichy, par M. Durand-Fardel, ex-médecin adjoint de ces eaux;

8° Un mémoire sur le traitement des douleurs urétrales produites par les calculs vésicaux, par M. Pointe, professeur de clinique médicale à l'Ecole préparatoire de Lyon;

9° La description et le modèle d'un *projet* d'instrument *de dilatation du rétrécissement du canal de l'urètre chez l'homme*, par M. Gouyon (de Clermont-Ferrand). — (L'auteur attendra l'avis de l'Académie avant de mettre son projet à exécution.);

10° Une lettre de M. Cabirol, fabricant de gutta-perka ou percha, avec envoi de sondes et bougies confectionnées avec cette substance, sondes et bougies qui auraient, suivant l'auteur, la propriété d'être inaltérables par le contact prolongé de l'urine et des corps gras;

11° Une autre lettre de M. Blanche (de Rouen), annonçant la mort de M. Blanche son père, correspondant de l'Académie;

12° Des lettres de MM. Vidal et Ricord, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire;

13° Un mémoire destiné au concours pour le prix Civrieux.

La correspondance imprimée comprend plusieurs journaux, brochures et ouvrages.

— M. le président. L'Académie sait que la discussion sur le chloroforme semble devoir se prolonger encore, quoiqu'elle dure depuis fort longtemps. Par suite de la longueur de cette discussion, des travaux importants sont restés en souffrance; le conseil a donc décidé qu'il proposerait de la terminer aujourd'hui; et dans le cas contraire, de faire une séance extraordinaire samedi pour en finir. (Adopté.)

M. Malgaigne demande la parole à l'occasion du procès-verbal. L'honorable membre lit d'une voix émue une note à propos des interpellations qui lui ont été adressées dans la dernière séance par M. Louis. Il déclare qu'il n'a en rien entendu attaquer l'honneur de M. Guérin; mais que cependant il considère comme un droit acquis à la critique scientifique, non-seulement de contester, mais encore de nier positivement des faits qui lui paraissent impossibles.

M. Dupuy prononce quelques mots que l'inattention générale et le bruit des conversations nous empêchent d'entendre.

M. Rochoux. Après de bien longs et inutiles circuits, nous voici enfin revenus, et cette fois sans doute pour ne plus nous en écarter, à l'examen de la question sur laquelle seule repose toute la première partie du rapport de M. Malgaigne. Vous voilà donc appelés à décider si, comme le prétend la commission, le chloroforme est innocent de la mort de mademoiselle Stock. Pour ma part, je n'en crois rien, et je vais faire tous mes efforts pour vous faire partager ma conviction.

Je crois d'abord devoir vous rappeler certains calculs que M. Malgaigne n'a peut-être pas bien compris, ou plutôt dont il a voulu éluder l'application dans la dernière séance. Je répéterai donc : s'il faut environ 4 minutes et demie au sang pour faire un circuit complet, il emploie seulement 18 secondes pour se rendre du ventricule droit à l'oreillette gauche; la moitié de ce temps doit suffire pour permettre aux vapeurs de chloroforme absorbées dans le poumon d'arriver à la même oreillette, et elles doivent parvenir au cerveau au bout d'environ 30 secondes. Le même temps à peu près suffit à la manifestation des premiers accidents produits par l'introduction de l'air dans les veines. Ainsi, les observations de Dupuytren, sur lesquelles M. Malgaigne a cru devoir insister dans la dernière séance, viennent complétement à l'appui de ma manière de voir.

Ce point établi, j'ajoute que, de l'aveu à peu près de tout le monde, la mort de mademoiselle Stock est arrivée comme on l'observe dans les cas d'introduction d'air dans les veines, ou de dégagement spontané de gaz dans le sang. Aussi a-t-on trouvé, à l'autopsie, le système veineux rempli de gaz. Reste donc à savoir si ce développement d'un fluide aériforme est, comme le pense M. Gorré, le résultat d'une action chimique du chloroforme sur le sang. A mon sens, rien n'est facile comme de prouver l'affirmative.

A l'état physiologique, une quantité notable d'acide carbonique circule avec le sang. Dès lors on est tout disposé à voir, dans cette circonstance, une *préparation* à ces développements spontanés de gaz dont on a de nombreux exemples : en pareil état de choses, le chloroforme n'a pas beaucoup à faire pour dégager du sang un fluide gazeux. Au reste, la fréquence de ce phénomène dans l'empoisonnement par le chloroforme est un fait maintenant acquis à la science; les exemples suivants en sont la preuve.

L'observation de mademoiselle Stock, sur laquelle je me plais à insister parce que les détails en sont très précis, très exacts et parfaitement avérés, n'est pas, comme le dit M. Malgaigne, un cas insolite, exceptionnel, dont on ne verra plus le retour, et par conséquent en quelque sorte étranger à la science; c'est, au contraire, une observation vraiment *type* à étudier attentivement, et qui, à elle seule, en vaut des centaines d'autres. L'observation de M. Giraldès parle d'air abondamment trouvé dans les veines; il en est de même des autopsies des cadavres de mistress Simmons et de H. Greener; enfin, les expériences de M. Gosselin mentionnent toutes ou presque toutes l'emphysème pulmonaire; ainsi partout de l'air. Ces faits, ce me semble, vous disent assez clairement :

soit que, en outre de son action toxique sur le système nerveux, le chloroforme agisse chimiquement sur le sang pour en dégager un gaz; soit qu'après être redevenu liquide par son mélange avec le sang, il reprenne brusquement l'état gazeux, il n'en est pas moins la cause unique, directe ou indirecte de la mort de mademoiselle Stock.

Gardez-vous bien de l'oublier, là est tout le débat, là est toute la question; ne négligez aucun effort pour arriver à la juger convenablement. Cette tâche accomplie, tout sera décidé, aussi bien sur la seconde que sur la première partie du rapport.

M. Blandin. Messieurs, je n'ai pas besoin de vous rappeler que le débat qui s'agite devant l'Académie soulève une haute question de responsabilité médicale; que la science et l'humanité sont vivement en cause.

Je ne veux pas revenir sur la discussion générale, mais je dois examiner avec soin la première conclusion, qui est, en effet, comme l'a dit M. Rochoux, la base du débat.

M. le rapporteur pense que le chloroforme n'a été pour rien dans l'événement fatal de Boulogne; je pense le contraire; et, à ce sujet, je ferai remarquer à monsieur le rapporteur, qui s'est donné le facile plaisir de me mettre en contradiction avec moi-même, que je n'ai jamais eu d'autre opinion; si je ne l'ai pas exprimée exactement dans les mêmes termes les deux fois où j'ai pris la parole, c'est que j'avais d'abord été mû surtout par le désir de mettre à couvert la responsabilité d'un confrère, et que je suis devenu plus affirmatif lorsque j'ai vu qu'on était sur le point de méconnaître une vérité qui, selon moi, est évidente. J'espère encore que l'Académie le comprendra lorsqu'elle aura examiné avec moi les arguments de M. le rapporteur.

Si les gaz trouvés dans le système vasculaire avaient été de l'air, je comprendrais très bien qu'on admît, avec M. le rapporteur, que les gaz se sont introduits pendant la vie; mais quels étaient ces gaz? M. le rapporteur n'en sait rien, pas plus que personne; et d'ailleurs, il était tellement impossible d'expliquer comment ces gaz se seraient introduits dans les vaisseaux, que M. Malgaigne a lui-même renoncé à cette opinion.

Suivant l'opinion actuelle de M. le rapporteur, ces gaz se seraient spontanément formés dans le sang en dehors de l'influence du chloroforme. Mais cette opinion n'est pas soutenable, et vous allez le concevoir.

D'abord, c'est en vain que M. le rapporteur a cherché dans la science des faits semblables à celui qu'il imagine; ces faits n'existent pas.

Ensuite est-il vrai que les anesthésiants altèrent le sang à ce point même que son oxygénation devient très difficile ou impossible? Les autopsies de mistress Simmons, de H. Greener, d'A. Walker, les expériences que j'ai instituées directement à cet effet l'ont prouvé. M. le rapporteur d'ailleurs l'admet lui-même; il admet bien aussi que chez mistress Simmons le chloroforme a causé ou facilité le développement des gaz qui existaient dans les veines cérébrales. Pourquoi donc n'admettrait-il pas la même chose pour Maria Stock? Uniquement parce que ce serait admettre que c'est le chloroforme qui a donné la mort: car, que le chloroforme ait tué directement ou qu'il ait produit un développement de gaz qui ont tué, la conclusion définitive est toujours la même.

Mais si je pense, en me fondant sur des faits incontestables, que le chloroforme a contribué à la production des gaz, je suis loin de penser, comme me l'a fait dire M. le rapporteur, que cette cause soit la seule. Tout doit nous faire croire que la putréfaction y a contribué pour une bonne part, et à ce sujet qu'il me soit permis d'exprimer mon extrême surprise que M. le rapporteur ait nié à plusieurs reprises l'existence de cette putréfaction: le cadavre, dit le procès-verbal de l'autopsie, répandait une odeur cadavérique bien prononcée; il y avait sur la peau des lividités cadavériques; l'estomac contenait une énorme quantité de gaz fétides. Si ce ne sont pas là des signes de putréfaction, quels sont donc ces signes pour M. le rapporteur? Pourrait-il de plus me citer beaucoup de cas où à la fin du mois de mai un cadavre, quel qu'il soit, datant de vingt-sept heures, n'offre pas un commencement de putréfaction, mais surtout un cadavre dont le sang est profondément altéré et liquide? D'ailleurs ces gaz existaient-ils seulement dans le sang? Du tout: ils existaient, ainsi que le fait remarquer aujourd'hui l'auteur d'un judicieux article de la *Gazette des Hôpitaux*, dans les intestins, dans l'estomac, qui en contenait une quantité *énorme*, preuve évidente qu'ils s'étaient développés, au moins en grande partie, après la mort.

M. Malgaigne s'étonne que j'aie pu faire ce raisonnement. Si vingt minutes suffisent à un agent pour abolir complétement la sensibilité, soixante peuvent bien lui suffire pour éteindre la vie. Mais je ne vois pas trop quel vice de logique il y a dans ce raisonnement, et à mon tour je m'étonne de l'étonnement de M. Malgaigne. Qu'est-ce donc, Messieurs, qu'abolir toute sensibilité et souvent tout sentiment? N'est-ce pas porter dans l'économie le trouble le plus profond? Qui pourrait nous dire ce qu'il faut ajouter de puissance délétère pour faire passer un individu de cet état d'insensibilité à la mort? Ce n'est sans doute pas M. le rapporteur. Je crois donc mon argument très sérieux; je le reproduis donc, et j'y tiens.

Je ne discuterai pas longtemps sur la quantité de chloroforme employée; mais je dirai que non-seulement Hannah Greener a été tuée par une quantité bien inférieure à celle qu'on a administrée à Maria Stock, mais encore que si 30 et même 60 grammes mal administrés ne suffisent pas pour donner la mort, *un* gramme bien administré peut produire ce résultat.

On m'a reproché, avec autant de vivacité que d'insistance, d'avoir dit que l'absence de prodromes était une raison de croire que la mort de Maria Stock était due au chloroforme. J'éprouve quelque embarras, je l'avoue, à réfuter cet argument. Est-ce que M. le rapporteur ne connaîtrait pas d'autres poisons qui tuent sans prodromes? Cela ferait supposer que M. Malgaigne aussi commet quelquefois d'étranges oublis. Mais quels prodromes pourrait-on observer dans un empoisonnement qui se termine en une minute? Dans un cas de sidération, comme on l'a dit. Je ne le comprends pas.

Voilà, si je ne me trompe, assez de bonnes raisons pour croire que c'est bien le chloroforme qui a tué Maria Stock. Et si ce n'était le chloroforme, quelle serait donc la cause de la mort? Serait-ce le développement d'un gaz? mais alors ce serait toujours le chloroforme; car ce n'est que par l'action du chloroforme qu'on peut expliquer le développement de ce gaz.

Serait-ce la syncope? Mais qui a causé la syncope elle-même? La malade était parfaitement calme avant l'opération; elle était forte et bien portante; pourquoi donc aurait-elle eu une syncope? Si elle a eu réellement cette syncope, n'est-il pas naturel de croire qu'on devrait l'attribuer au chloroforme, et dans ce cas encore, ce serait cet agent qui, en définitive, serait la cause de la mort.

De quelque côté donc que vous envisagiez ce fait, vous voyez, Messieurs, que c'est toujours au chloroforme qu'il faut revenir.

Lorsque vous voyez qu'une jeune femme bien portante, forte, dans une situation d'esprit parfaitement normale et rassurante, succombe pendant qu'on la soumet à l'action d'un toxique reconnu par tout le monde comme très violent, le gros bon sens vous indique déjà que c'est à cet agent qu'il faut rapporter la mort; et dans le cas actuel, toutes les données scientifiques prouvent que le bon sens a raison.

J'ai donc l'honneur de proposer à l'Académie la rédaction suivante pour remplacer la première conclusion du rapport.

Bien que les renseignements qui lui sont parvenus sur le fait de M. le docteur Gorré ne soient pas aussi explicites qu'on pourrait le désirer, l'Académie croit être en droit d'en conclure *que la mort de la malade qui en fait le sujet a été produite par l'action toxique du chloroforme*. Néanmoins elle se hâte d'ajouter que cette *intoxication* a dépendu de circonstances particulières et exceptionnelles auxquelles le chirurgien n'a pu parer, la science ne les ayant point encore déterminées.

Après M. Blandin, M. Baillarger a encore pris la parole. L'abondance des matières nous oblige à remettre au prochain numéro le discours de cet honorable académicien, ainsi que les courtes remarques de quelques autres membres sur quelques conclusions en particulier.

Voici l'esprit des conclusions qui ont été adoptées, à défaut du texte que nous donnerons plus tard:

1° Le chloroforme n'a été pour rien dans la mort de Maria Stock;

2° Cette conclusion n'est qu'une explication des raisons sur lesquelles la première est fondée;

3° La cause de la mort qui paraît la plus probable à l'Académie est l'immixtion d'une quantité considérable de gaz dans le sang;

4° Le chloroforme est un agent des plus énergiques qu'on pourrait rapprocher de la classe des poisons et qui ne doit être manié que par des mains expérimentées;

5° On se met à l'abri de tous ces dangers en observant exactement les précautions suivantes: 1° S'abstenir ou s'arrêter dans tous les cas de contre-indication bien avérée, et vérifier avant tout l'état des organes de la circulation et de la respiration; 2° prendre soin durant l'inhalation que l'air se mêle suffisamment aux vapeurs de chloroforme et que la respiration s'exécute avec une entière liberté; 3° suspendre l'inhalation aussitôt l'insensibilité obtenue, sauf à y revenir quand la sensibilité se réveille avant la fin de l'opération;

6° Le chloroforme ne doit pas être administré chez les individus qui sont affectés d'une maladie du poumon ou du cœur, ou qui sont sous l'influence de la digestion;

7° Avant d'employer le chloroforme, on doit s'assurer de son état de pureté.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 février 1849. — Présidence de M. Boussingault.

M. Cordier a la parole pour une communication. L'honorable membre lit une note sur des mines de cuivre découvertes il y a quelques années dans les environs du lac Majeur.

M. Thénard. Puisque M. Cordier vient de nous parler des mines du nord de l'Amérique, j'aurais bien désiré qu'il nous fît connaître son opinion sur celles de la Californie, qui occupent si vivement en ce moment l'attention publique.

M. Élie de Beaumont. Je puis dire à l'Académie que, d'après les renseignements que j'ai reçus, la découverte qui a tant ému le public est bien réelle. Nous avons reçu à l'École des mines des échantillons d'or de la Californie, et ces échantillons contenaient l'énorme proportion de neuf dixièmes d'or pur et d'un dixième seulement de matières étrangères, parmi lesquelles l'argent se trouve en très petite quantité.

M. Cordier. Je ne puis que confirmer les renseignements donnés par mon honorable collègue. J'ajouterai seulement que la quantité considérable d'or que peuvent fournir les mines de la Californie n'est pas de nature à changer notablement les rapports qui existent entre cette valeur métallique et les autres valeurs, car les mines de l'Oural, qui ont produit pour 80,000,000 de francs d'or depuis quelques années, n'ont produit aucun changement sensible dans le prix du métal.

— M. Morin fait quelques remarques sur une cause de déraillement des roues de chemin de fer.

— M. Cauchy lit une note sur un point spécial de mathématiques.

— M. Duvernoy lit un Mémoire sur la circulation des insectes. Les faits et les discussions dont se compose ce travail ne peuvent trouver aucune application dans la sphère de nos études.

— M. Péligot est appelé à lire un Mémoire volumineux sur la composition chimique du blé. Ce Mémoire renfermant des faits nombreux qui intéressent l'hygiène publique et la médecine légale, nous en ferons l'objet d'une analyse spéciale.

— M. Dumas. J'ai l'honneur de présenter à l'Académie, au nom du docteur Melsens, un Mémoire sur l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement des empoisonnements chroniques produits par l'absorption des composés plombiques et mercureux. Ce Mémoire renferme plusieurs faits d'un grand intérêt pour les médecins et les physiologistes.

D'abord tous les malades, peu nombreux à la vérité, auxquels on a administré l'iodure de potassium ont été débarrassés complétement des symptômes dont ils étaient affectés. En outre, l'auteur a fait des expériences qui démontrent la puissance curative de l'iodure de potassium. Chez un animal, auquel on avait administré chaque jour de faibles doses d'un composé plombique et qui sous l'influence de ce composé avait perdu dans l'espace de quinze jours les *deux cinquièmes* de son poids, qui était sur le point d'expirer d'épuisement, l'iodure de potassium administré alors a peu à peu rétabli la régularité des fonctions, et l'animal a recouvré sa santé et même son embonpoint et son poids primitifs dans l'espace de deux à trois semaines.

Un autre point important du travail de M. Melsens, c'est la théorie par laquelle l'auteur explique le mode d'action de l'iodure de potassium dans les cas dont il s'agit, et les faits qui servent de base à cette théorie. Suivant M. Melsens, l'iodure de potassium dissout le plomb et le mercure qui existent dans l'organisme à l'état insoluble, combinés avec des matières organiques indéterminées (albumine, fibrine, etc.); la preuve que cette dissolution est bien réelle, c'est que les urines des malades traités ou des animaux expérimentés qui, avant l'emploi de l'iodure ne présentent pas de traces de plomb ou de mercure, en contiennent très évidemment dès qu'on administre l'iodure. Il résulte de cette propriété dissolvante que, chez les malades qui sont gravement affectés, dont les organes par conséquent renferment probablement une grande quantité de métal toxique, métal qui n'agit que faiblement à l'état insoluble, on produirait un empoisonnement aigu si l'on administrait à la fois une dose élevée d'iodure de potassium, laquelle aurait pour résultat d'introduire brusquement dans l'économie une quantité considérable de poison soluble. Ce résultat, indiqué par la théorie, a été démontré par l'expérience. Ainsi, sur un chien auquel on avait administré depuis plusieurs jours une préparation insoluble de plomb et qui n'offrait que des phénomènes médiocrement prononcés d'empoisonnement chronique, dont les urines ne contenaient point de métal, on a déterminé des phénomènes mortels d'empoisonnement aigu en administrant une forte dose d'iodure de potassium.

Vous voyez, Messieurs, que la communication de M. Melsens se recommande à l'attention sérieuse des médecins.

Commissaires: MM. Pelouze, Ballard et Rayer.

— Des occupations importantes ont empêché M. Arago de se rendre à la séance; il rendra compte de la correspondance dans la séance prochaine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 24 janvier 1849. — Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Guersant termine la lecture de son travail sur le traitement des calculs urinaires chez les enfants.

La discussion s'engage ensuite sur ce travail.

M. Maisonneuve s'étonne que dans l'appréciation des diverses méthodes, les tailles rectales aient été traitées avec dédain; il aurait voulu que M. Guersant parlât au moins du procédé nouveau qui a donné une guérison en quatre jours, et que l'auteur expliquât les motifs de son exclusion.

M. Guersant répond qu'il a rejeté d'une manière générale les tailles par le rectum, mais qu'il a laissé de côté le procédé de M. Maisonneuve, parce qu'il est trop nouveau et n'a pas été employé assez souvent pour qu'on puisse apprécier sa valeur.

M. Huguier demande une explication sur les accidents qu'a observés M. Guersant à la suite de la taille. Il a parlé d'accidents primitifs et consécutifs; mais en quoi ont consisté ces derniers?

M. Guersant répond que sur 42 tailles il a obtenu 34 guérisons, dont deux avec fistules urinaires persistantes; huit sont morts, quatre d'accidents consécutifs causés par l'inflammation phlegmoneuse du petit bassin, et quatre de maladies intercurrentes.

M. Vidal approuve M. Huguier d'avoir fait cette question; il est bon de savoir qu'il y a des inflammations phlegmoneuses mortelles du petit bassin, car c'est en vue de prévenir ces inflammations qu'il avait conseillé la taille en deux temps.

M. Robert fait observer qu'il est utile de bien constater cette cause de la mort chez les enfants, car elle est différente de celle que l'on observe chez les vieillards; ces derniers succombent presque toujours par l'inflammation des reins qui préexiste, mais s'exaspère et devient plus grave à la suite de l'opération; les enfants, au contraire, ne paraissent pas avoir de ces inflammations fâcheuses. M. Robert regrette que M. Guersant n'ait pas profité des matériaux qui étaient à sa disposition pour faire un parallèle complet de la taille et de la lithotritie chez les enfants; il y a dans ce travail, en effet, un élément capital, c'est que la taille a donné 8 morts dans 42 cas, et la lithotritie 5 morts sur 18, plus 3 malades que l'on a été obligé de tailler après des tentatives de lithotritie; il eût été bon de faire ressortir davantage cette différence toute à l'avantage de la taille chez les enfants. Enfin, M. Guersant n'a pas fait mention des cas d'incontinence d'urine consécutive à la lithotomie.

M. Guersant fait savoir qu'il a observé en effet trois cas d'incontinence d'urine, qui ont cédé à l'usage des bains sulfureux.

M. Robert exprime encore le regret que M. Guersant n'ait pas mis en parallèle la taille latéralisée et la taille bilatérale ; M. Robert croit que cette dernière expose au moins autant que l'autre à la blessure du rectum, et que cela ressort même des observations de l'auteur. Il eût été avantageux aussi de comparer ces deux méthodes sous le rapport de l'hémorrhagie consécutive.

M. Marjolin fils demande quelles maladies intercurrentes ont amené la mort dans quatre des cas cités par M. Guersant; il est en outre fort important de faire remarquer que les reins n'ont jamais été trouvés malades, car c'est là ce qui établit la principale différence entre les enfants et les vieillards; les maladies des reins compromettent tellement les résultats de l'opération qu'elles peuvent même devenir une contre-indication ; sur un malade qu'il a observé à l'hôpital Saint-Antoine, M. Marjolin a renoncé à pratiquer la taille à cause des accidents graves qu'éprouvait le malade; à l'autopsie, on trouva en effet une suppuration des reins et un abcès descendant dans la paroi abdominale, qui aurait amené la mort dans tous les cas. M. Marjolin trouve enfin que M. Guersant a trop laissé le choix de l'opération aux habitudes du chirurgien, et qu'il n'a pas assez posé les indications qui réclament telle méthode plutôt que telle autre.

M. Guersant a accordé une certaine importance à l'habitude de l'opérateur, mais seulement pour le choix du procédé de taille, et non pour le choix entre la taille et la lithotritie; quant aux indications de l'une ou de l'autre de ces dernières, il a dit bien positivement que, si le calcul était gros, la taille était plus avantageuse; s'il était petit, la lithotritie devait être préférée. Enfin, les maladies intercurrentes qui ont causé la mort dans quatre cas, sont : une rougeole, une scarlatine, une pneumonie et une nostalgie.

M. Maisonneuve. Il est question dans le travail de M. Guersant de calculs arrêtés dans l'urètre après le broiement ; il est un moyen qui pourrait mettre à l'abri de cet inconvénient, ce sont les injections; M. Guersant en pratique-t-il immédiatement après l'opération ?

M. Guersant en a fait quelquefois et l'a dit dans son Mémoire; mais ces injections ne peuvent pas procurer l'issue immédiate de tous les fragments; il en reste toujours un certain nombre qui pourront s'engager et s'arrêter plus tard dans le canal.

M. Huguier. On a dit plusieurs fois, dans cette discussion, que la suppuration des reins était rare chez les enfants ; elle peut avoir lieu cependant, et même préexister à l'opération. M. Huguier a vu à l'hôpital Beaujon un enfant de dix à onze ans qui avait la pierre, et fut pris d'une rougeole au moment où on se disposait à le tailler; il mourut, et l'on trouva une grande quantité de pus dans les uretères et dans les reins. On dut tenir compte d'un pareil fait, et ne pas attribuer dans tous les cas l'inflammation suppurative à l'opération, si on la constatait après que cette dernière aurait été pratiquée.

M. Michon trouve comme M. Robert que, dans ce Mémoire, les avantages et les inconvénients de la taille et de la lithotritie ne sont pas assez mis en parallèle. M. Guersant arrive à cette conclusion, que les avantages se balancent; mais ce n'est pas assez dire. Quant à lui, M. Michon, il n'hésite pas à se prononcer contre la lithotritie chez les enfants, parce qu'elle est plus lente, plus difficile que la taille, et aussi parce que la muqueuse vésicale gonflée et boursouflée est plus aisément pincée par les instruments. Enfin, M. Michon ne voudrait pas non plus qu'on fît trop intervenir l'habitude dans le choix des opérations.

M. Guersant soutient que les avantages des deux méthodes se balancent, mais que les inconvénients de la lithotritie sont plus grands que ceux de la taille. Quant au mot *habitude*, M. Guersant y tient; quand il n'y a pas de différences très grandes entre les résultats fournis par deux opérations, le chirurgien est pleinement autorisé à choisir celle qu'il pratique le plus souvent et dont il est le plus sûr.

M. Chassaignac reconnaît comme ses collègues les *desiderata* qui ont été signalés; mais on ne peut pas exiger d'un auteur autre chose que ce qu'il a voulu dire; M. Guersant n'a pas eu l'intention d'établir le parallèle complet de la taille et de la lithotritie, il a voulu seulement exposer les résultats de sa pratique sur ce sujet; la Société ne peut le juger à un autre point de vue que celui-là. Pour ce qui est de l'habitude, on ne doit pas en effet la consulter lorsqu'il s'agit du choix d'une méthode; mais comme le choix des procédés a beaucoup moins d'importance, le chirurgien peut très bien la consulter dans ca cas.

M. Lenoir trouve qu'il y a dans ce Mémoire beaucoup de détails trop longs et inutiles ; il croit, en outre, que M. Guersant les a déjà exposés dans un journal. Il ne voudrait pas, s'il en était ainsi, que l'insertion eût lieu dans les Mémoires de la Société.

M. Morel-Lavallée a été frappé en écoutant la lecture de ce travail de généralités, dans lesquelles il n'est pas assez tenu compte de l'âge des sujets ; ensuite, il aurait désiré y trouver l'indication proportionnelle des divers accidents que l'on peut observer à la suite de la taille et de la lithotritie.

M. Debout regrette que M. Guersant n'ait pas assez tenu compte de la dilatabilité de l'urètre chez les jeunes filles pour l'appréciation de la lithotritie. Pour lui, il a eu l'occasion de voir un calcul de onze millimètres qui était sorti par ce canal chez une enfant de six ans.

Sur la proposition de M. le président, le travail de M. Guersant est renvoyé au comité de publication.

— M. Morel-Lavallée. Le malade que je présente à la Société est un exemple d'exostoses remarquables par leur multiplicité et par leur symétrie. Il y a encore d'autres difformités du squelette, dues peut-être à la même aberration dans le développement du système osseux, et en tous cas, si je ne m'abuse, bien dignes de fixer votre attention.

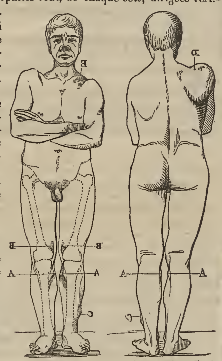
Ce sujet est un emballeur, du nom d'Antoine Leblanc, rue Grange-aux-Belles, 55. Il était entré dans mon service, à l'hôpital de la Charité, pour une contusion insignifiante du pied droit.

Aucun antécédent rachitique ou syphilitique héréditaire ou autre; il n'a d'ailleurs jamais connu que sa mère.

A l'âge de trois ans, il tombe d'un premier étage sur un banc de pierre, et prétend s'être démis, dans cette chute, le bras gauche, qui aurait été mal remis; renseignement démenti, au moins dans sa dernière partie, par l'examen de l'épaule, dont les surfaces articulaires offrent leurs rapports naturels.

A douze ans, sans cause connue, sans conditions défavorables d'habitation ou d'alimentation, etc., il se manifesta sur divers points des saillies osseuses, dont le développement ne s'accompagna ni de douleur, ni de rougeur, ni d'aucun autre symptôme d'inflammation superficielle ou profonde.

Quatre exostoses allongées sont situées, deux à deux, à chaque genou, dans une symétrie parfaite, ainsi que le retracent les deux figures, qui les représentent vues par devant et par derrière. Ces ostéophytes sont, de chaque côté, dirigées verticalement ; la tibiale A, A, qui prend naissance sur le condyle interne du tibia ; — de haut en bas, la fémorale B, B, dont le point de départ est le condyle interne du fémur, — de bas en haut. Placées dans l'axe du membre, et opposées base à base au niveau de l'article, elles se correspondent aussi exactement que si elles étaient entrées dans le plan régulier de l'organisation. Les tibiales descendent du genou comme des stalactites osseuses; les autres s'en élèvent comme des stalagmites. Elles se confondent à leur point d'origine avec l'os, dont elles ne se détachent jamais entièrement, figurant pour ainsi dire des traînées osseuses.



Dès qu'elles se dessinent, elles prennent, à la jambe, la forme cylindrique; à la cuisse, la forme laminée. Celles du tibia s'allongent en bas et se prononcent à la face interne de cet os dans un parallélisme complet, sur une hauteur de trois travers de doigt, en dépassant, par sa pointe mousse, de plus d'un doigt le niveau de la circonférence du membre. Celles du fémur se cachent en s'élevant dans les chairs qui le recouvrent. Rien de plus frappant que la symétrie de ces quatre ostéophytes; il ne lui manque, pour être absolue, qu'une entière égalité de hauteur des exostoses fémorales ; celles du côté droit n'ayant que trois doigts de long, tandis qu'à gauche c'est le double; encore y a-t-il au tiers moyen de la face antérieure du fémur droit comme une exostose de compensation du volume d'une noix.

Diverses exostoses irrégulièrement disséminées se rencontrent en outre sur beaucoup de points. Une, C, sur le péroné gauche; une, E, dans la concavité de la courbure externe de la clavicule du même côté; une autre du volume d'une noix sur une côte, au bas de la région maxillaire droite. Les épines acromiales s'effilent en pointes de 2 ou 3 centimètres de long.

L'épaule droite offre une déformation singulière : l'angle spinal de l'omoplate semble, au premier abord, comme renflé en massue aux dépens de la hauteur de l'os. Mais il y a ici au moins un peu d'illusion. Si l'angle scapulaire est renflé, l'os entier n'est pas sensiblement raccourci, ainsi que le démontre la mesure prise comparativement des deux côtés de l'extrémité de cet angle au bec de l'acromion.

Cet os, dont l'angle inférieur est élevé de trois doigts au-dessus de son niveau normal, est reçu dans une dépression profonde de la paroi costale. Et l'extrémité correspondante de la clavicule, se recourbant en haut, a suivi l'acromion dans son ascension. Cette courbure, D., est sensiblement proportionnée à l'élévation de l'omoplate. Il semblerait qu'arrêté en bas par la dépression costale qui le loge, cet os, dans son accroissement, n'a pu se développer que par en haut, et a forcé l'extrémité de la clavicule à s'accommoder à ce déplacement.

L'extrémité de la clavicule gauche est un peu courbée en avant (E).

La paroi costale du même côté est aussi déprimée en avant, au niveau et en dehors du sein, mais moins qu'en arrière.

Malgré des difformités si considérables, les membres supérieurs, comme les membres inférieurs, conservent toute l'étendue et toute la force de leurs mouvements.

L'épine est à l'état normal, sauf une légère exagération de la courbure antérieure de la région dorsale.

La peau et les parties molles voisines glissent sur les exostoses sans donner lieu à aucun phénomène particulier, excepté à la cuisse, où il se produit une sensation de froissement qui rappelle celle des kystes en bissac du poignet. Ce bruissement est dû sans doute au frottement de quelque cordon fibreux sur les ostéophytes laminées des condyles fémoraux.

Parmi les remarques que suscitent ces exostoses, les plus intéressantes se rapportent à nombre de ces ostéophytes, à la symétrie parfaite de plusieurs d'entre elles, à leur existence sur des os bien conformés, excepté pour les clavicules. Les exostoses tibiales sont analogues à certaines jetées osseuses du cal; et j'ai vu cette année même, à la clinique de M. le professeur Velpeau, une saillie osseuse sur un cal exubérant qui offrait tout à fait cette similitude; situation, forme, etc., c'était presque l'identité.

Si les exostoses tibiales paraissent développées à l'insertion de la patte d'oie, les autres, et notamment celle qui est située sur le tiers inférieur de la face antérieure du fémur, sont indépendantes des attaches musculaires.

Comment la clavicule droite s'est-elle courbée en haut à son extrémité externe, plutôt que de s'élever en totalité pour suivre l'acromion dans son ascension? Est-ce parce que dans ses aberrations la nature s'éloigne le moins possible de son plan primitif? Ici, en effet, avec l'élévation totale de la clavicule il y eût eu plus de désordres, allongement et raccourcissement de muscles, de vaisseaux, de nerfs, etc., et protection moins efficace de l'artère sous-clavière par l'écartement de la clavicule des premières côtes. Mais si ces phénomènes de physiologie pathologique ont un grand intérêt, ils n'offrent pas moins de difficulté, et je n'essaierai pas davantage d'en pénétrer le mystère.

La séance est levée à cinq heures et demie.

NOUVELLES.

Ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur :

MM. Aimé Bonpland, voyageur naturaliste; le docteur Jackson, de Buston ; le docteur Patissier, trésorier de l'Académie de médecine ; le docteur Roulin, sous-bibliothécaire de l'Institut, chargé de la rédaction des comptes-rendus des séances de l'Académie des sciences.

— L'administration supérieure des hôpitaux vient d'être organisée ainsi qu'il suit :

Directeur général: M. Davesne, chef de division au ministère de l'intérieur.

Inspecteurs : MM. Vée et Dumont.

Les membres de l'ancienne commission administrative deviennent chefs de division.

— Dans la séance de rentrée des cours de l'Ecole préparatoire de médecine de Nantes, des prix ont été accordés à deux élèves de première classe, MM. Brunet et Resserve ; à deux élèves de deuxième classe, à MM. Henry et Antier, à deux élèves de troisième classe, MM. Kolakowski et Destez. Le prix de clinique a été décerné à MM. L. Aeffard, Davan et Marcé.

— On offre une position médicale très avantageuse dans l'une des contrées les plus agréables de la France, à 40 lieues environ de Paris. S'adresser au bureau du Journal.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 10 FEVRIER 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 17.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 9 FÉVRIER 1849.

Sur la séance de l'Académie.

Puisque nous n'avons pu empêcher l'Académie de consommer l'erreur vers laquelle elle paraissait se précipiter depuis quelques séances, il ne nous reste aujourd'hui qu'à nous efforcer de rendre le moins fâcheuses possible les conséquences de cette erreur; c'est à cet objet que nous consacrerons encore quelques derniers mots.

Les conclusions adoptées par l'Académie, et dont nous donnons aujourd'hui le texte, offrent deux espèces de dangers : le premier est relatif aux malades; le second concerne les médecins.

Relativement aux malades, les conclusions ont le tort grave de laisser croire aux opérateurs qu'en observant les précautions mal définies formulées dans ces conclusions, ils éviteront toute chance de dangers, et de leur donner ainsi une sécurité trompeuse, et qui, partant, peut être fatale. Or, cette sécurité est trompeuse; et parmi les preuves que nous pourrions invoquer, nous nous contenterons d'une seule, c'est que, chez deux au moins des malades qui, de l'aveu de tout le monde, ont succombé à l'action du chloroforme, ces précautions, dans ce qu'elles ont de possible, ont été prises. Nous disons dans ce qu'elles ont de possible; car, dire qu'il faut mélanger la vapeur de chloroforme d'une quantité suffisante d'air, sans dire quelle est cette quantité suffisante, et sans donner les moyens de faire ce mélange, c'est ne rien dire du tout, ou plutôt c'est voiler sous la prétention des mots le danger et l'ignorance des choses.

Quant aux dangers qui concernent le chirurgien, pour être moins importants, ils n'en sont pas moins très dignes d'être pris en considération. Si, en effet, un praticien vient à perdre un malade par suite de l'éthérisation, on ne manquera pas de dire que c'est parce qu'il n'a pas pris les précautions indiquées par l'Académie. Or, nous laissons à penser ce que deviendrait, dans cette situation, un confrère qui ne serait, en définitive, coupable que de malheur et non d'imprudence; car, nous ne cesserons de le répéter avec insistance, les opérateurs qui ont eu le malheur de perdre H. Greener et mistress Simmons avaient observé toutes les règles de l'art, de même d'ailleurs que M. Gorré.

Que devra faire le praticien pour se soustraire aux dangers que nous signalons? Quant au premier de ces dangers, à celui qui concerne les malades, rien jusqu'à présent n'en peut mettre à l'abri d'une manière certaine. On doit cependant compter principalement sur une surveillance active des malades, de manière à suspendre l'inhalation dès que la sensibilité est à peu près complète, et plutôt en deçà qu'au delà de la période d'insensibilité, et sur le choix d'un appareil qui permette de calculer le plus approximativement possible la dose de fluide inspirée.

Quant au danger qui concerne la responsabilité médicale, le praticien devra se rappeler que les conclusions adoptées ne l'ont pas été sans une vive et imposante opposition; que jusqu'à présent une grande partie de la presse médicale est contraire à ces conclusions; que le nombre d'académiciens qui ont pris part au vote est extrêmement restreint, et qu'enfin les jugements des académies, même les plus célèbres, ne sont pas sans appel.

Revue clinique hebdomadaire.

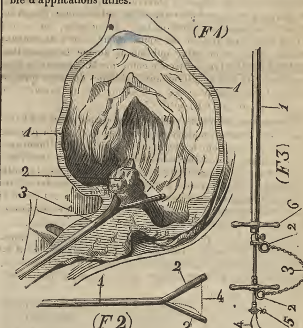
Valvules urétro-prostatiques. — Dans notre article de la Revue clinique du 27 janvier sur le même sujet, nous disions: « Il nous semble que la ligature des tumeurs prostatiques serait possible..... Ne serait-il pas possible, à une époque où l'art de fabriquer les instruments de chirurgie a atteint un si haut degré de perfection, d'imaginer un porte-fil qui pourrait contourner la tumeur? » Notre appel a été entendu. Nous sommes en mesure de présenter à nos lecteurs le dessin d'un porte-fil inventé en effet dans le but que nous avons indiqué, ainsi que sa description. Mais nous devons déclarer ici, avant de commencer, que, si nous avons besoin de nous servir dans cet article du nom de quelques chirurgiens pour indiquer leurs travaux, nous avons l'intention formelle de n'aborder aucune question de priorité. Nous prenons cette précaution pour éviter tout froissement d'amour-propre aux chatouilleux instincts de propriété de quelques auteurs, et pour prévenir s'il est possible des réclamations qui n'auraient aucun but.

Sans nous inquiéter donc des tentatives qu'on a faites pour arriver au but que nous avions signalé, nous arriverons immédiatement à l'instrument récemment imaginé.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 14 avril 1846, M. Lucien Boyer a présenté à la savante compagnie un instrument propre à appliquer aux tumeurs de la prostate que nous venons de signaler le procédé opératoire qu'il avait déjà proposé pour les polypes de l'utérus, et qu'il désigne sous le nom de *sercision.*

Voici, avec la figure de l'instrument, le dessin dans lequel nous avons fait reproduire les détails du bec et du pavillon, ainsi que l'opération elle-même, l'instrument étant vu en action dans la vessie.

Nous extrayons de la *Gazette des Hôpitaux*, du 16 avril, la description suivante que nous avons cru pouvoir reproduire, puisque c'est pour la première fois que cet instrument se trouve représenté par le dessin, et qu'il nous paraît susceptible d'applications utiles.



Cet instrument, très simple dans son mécanisme et dans son action, mais qu'il est assez difficile de décrire d'une manière intelligible pour une personne qui ne l'aurait pas sous les yeux, offre en totalité à peu près la forme d'un brise-pierre. Il est composé de deux canules concentriques, terminées chacune par une branche coudée qui, appliquées l'une sur l'autre lorsque l'instrument est fermé, s'écartent par le mouvement de rotation imprimé aux canules, de façon à former les deux côtés d'un angle opposé par le sommet à la cavité de la canule interne. Près de l'extrémité de chacune de ces branches est percé un large chas d'aiguille, rendu double par un stylet mobile qui glisse dans toute la longueur de l'instrument, et qui présente, près du manche, un anneau au moyen duquel on peut le retirer ou le repousser. Un fil de soie dont les deux chefs traversent toute la canule interne et pendent en dehors présente une anse retenue dans chacun des deux chas par les tiges en question, et qu'il est possible par conséquent de rendre libre à volonté.

L'instrument étant fermé, le fil se trouve appliqué contre les branches, et l'introduction se fait sans difficulté. L'opérateur ramène l'instrument à soi jusqu'à ce que la partie coudée soit retenue par le col; alors, imprimant une rotation opposée d'un quart de cercle à chacune des deux canules, il jette une branche à droite et l'autre à gauche. Le fil à ce moment forme une anse triangulaire dont deux côtés sont appliqués contre les deux branches de l'instrument, tandis que le troisième, isolé, porte transversalement de l'un à l'autre. La tumeur correspond au centre de ce triangle. On le déprime vers le bas-fond pour saisir celle-ci le plus près possible de sa racine, et on retire légèrement les deux stylets. Le fil se trouve dégagé; l'opérateur, en l'attirant à soi, étreint le pédicule de la tumeur sur le sommet de la canule, qui dès lors lui sert à la fois de point d'appui et de canal artificiel pour faire agir le fil à la manière d'une scie, et achever immédiatement

---

FEUILLETON.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE PARIS.

(ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE.)

Assemblée générale annuelle tenue le 28 janvier 1849 dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Orfila.

Compte-rendu de M. PERDRIX, secrétaire-général.

L'Association de prévoyance des médecins de Paris poursuit avec succès, à travers les agitations et les difficultés de notre temps, sa bienfaisante mission. M. le docteur Perdrix, dans un compte-rendu que nous voudrions reproduire en entier, nous a fait connaître le bien que l'Association avait pu accomplir cette année, en même temps qu'il nous a fait entendre des paroles qu'on ne saurait trop écouter dans un moment où toutes les haines, tous les déchirements intestins semblent en action à la fois. Nous regrettons donc que l'abondance des matières nous oblige à ne reproduire de ce discours remarquable que la partie où se trouvent indiqués les actes et la situation de l'Association.

Cet extrait, en même temps qu'il montrera les bienfaits de l'Association, fera voir aussi l'utilité qu'il y aurait à lui donner une extension plus grande.

« .... Malgré la rigueur des temps, malgré la gêne qui atteint pour ainsi dire chacun de ses membres, l'Association des médecins de Paris a montré cette année le plus louable empressement à secourir au soulagement de ceux qui avaient mis en elle leur confiance et leur espoir.

» Des sociétaires malheureux, malades ou infirmes, des veuves et des enfants d'associés, des personnes étrangères à la Société ont trouvé dans votre commission générale des dispositions si bienveillantes et si unanimes qu'il n'est pas une demande s'appuyant sur le plus faible titre qui n'ait été accueillie par elle; l'absence de tout droit aux secours que le règlement permet d'accorder a été le seul motif qui ait pu mettre la commission dans l'obligation de les refuser.

» L'exposé qui va suivre vous permettra d'apprécier encore une fois les avantages et l'utilité de l'Association, et de comprendre en même temps combien il est à désirer que les honorables confrères qui n'en font pas partie s'empressent de se joindre à nous. Je ne sache rien qui offre plus de moralité qu'une réunion d'hommes de cœur religieusement occupés à rechercher les moyens d'améliorer le sort des membres malheureux de la grande famille, créant d'eux-mêmes des ressources différées et les distribuant ensuite sous le voile discret de la fraternité.

» Quarante demandes de secours ont été présentées à votre commission générale pendant l'année 1848.

» Vingt-neuf ont été admises.

» Trois sociétaires, chargés d'années et d'infirmités, qu'une longue pratique n'avait pu mettre à l'abri du besoin, ont trouvé du moins au terme de leur stérile carrière les ressources que l'Association leur a préparées.

» L'un d'eux, âgé de quatre-vingt-deux ans, a été placé dans une maison de retraite par les soins de notre honorable président et par l'intervention empressée de M. le docteur Thierry, un de nos associés. Ce vieillard reçoit en outre de la Société une allocation mensuelle.

» Quatre sociétaires, dans un âge peu avancé, atteints depuis plusieurs années de maladies graves et tombés dans une profonde détresse, ont pu subvenir aux besoins de leurs malheureuses familles, grâce aux libéralités de l'Association.

» Un étranger malheureux, reçu docteur en médecine en France, ayant fait partie de la Société, a reçu les fonds qu'il avait demandés pour retourner dans sa patrie. Huit veuves de sociétaires, les unes âgées et infirmes, les autres jeunes et chargées de famille, quatre enfants de sociétaires décédés, ont été secourus aussi largement que nos ressources nous le permettaient. Je ferai remarquer qu'un de ces enfants est placé depuis plusieurs années, aux frais de l'Association, dans un des lycées de Paris.

» La commission générale a accueilli avec empressement et le plus vif intérêt les demandes de quatre docteurs en médecine, étrangers à l'Association, praticiens de Paris, instruits, estimables, que les circonstances ont mis dans la douloureuse nécessité de réclamer des secours.

» Deux officiers de santé, exerçant à Paris, ont dû à votre assistance le pain qui manquait à leurs nombreuses familles. Enfin, trois veuves de médecins étrangers à la Société ont eu part à vos bienfaits.

» .... Le tableau de la situation de la caisse, qu'il a bien voulu mettre à ma disposition et qui est chaque année annexé au compte-rendu de vos travaux, vous montre quelle exactitude et quelle régularité M. Vosseur ne cesse d'apporter dans toutes ses opérations :

TABLEAU DE LA SITUATION DE LA CAISSE DU 1er JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 1848.

Recettes.	— Le 1er janvier 1848, en caisse,	234 fr.	00 c.
	Cotisations,	4,968	00
	Dons et admissions,	2,435	00
	Rentes, deux semestres,	3,230	00
	Don de la Soc. méd. du 4e arrond.,	100	00
		10,967	00

la section du polype. Cette section achevée, le fil vient au dehors et l'instrument est retiré. La tumeur tombe dans la vessie, où elle sera saisie, écrasée et extraite au moyen du lithotripteur.

Voici l'explication des chiffres correspondant aux figures gravées :

Fig. I. — 1, 1, parois de la vessie. — 2, tumeurs prostatiques. — 3, corps de l'instrument, dont on aperçoit les deux branches embrassant la tumeur, et entre lesquelles est tendu le fil destiné à la sercision.

Fig. II. — 1, corps de l'instrument. — 2, extrémité de la branche femelle formant gouttière ; car, lorsque l'instrument est fermé, la branche mâle est complétement cachée. — 3, branche mâle. — 4, fil tendu entre les extrémités des deux branches.

Fig. III. — 1, corps de l'instrument. — 2, 2', anneaux retenant une chaînette qui dégage les deux stylets mobiles. — 3, chaînette. — 4, fils. — 5, vis dont la tige isole les fils à leur entrée dans la canule. — 6, tiges verticales indiquant la position du bec de l'instrument.

Tout ingénieux que soit cet instrument, il ne faut pas cependant se dissimuler que la même difficulté existe pour lui que pour celui de M. Leroy, quant à l'action de contourner la tumeur. Cette difficulté est-elle soluble ? C'est ce qu'apprendra l'expérience.

Pneumonie simulant au début une fièvre typhoïde. — Ce n'est pas toujours de l'observation des cas les plus rares que l'on retire, pour la pratique, les plus utiles enseignements. L'étude des faits ordinaires est nécessaire pour l'intelligence des faits insolites. En clinique, comme dans toutes les sciences d'observation, il faut procéder du connu à l'inconnu, du simple au composé.

Le professeur Lévy a donc eu raison d'attirer l'attention des élèves du Val-de-Grâce sur le fait dont nous allons entretenir nos lecteurs. — Un homme de vingt-quatre ans, d'une forte constitution, entre à l'hôpital le 6 février dans la soirée, présentant des phénomènes capables d'embarrasser à première vue jusqu'à un certain point un observateur peu expérimenté.

Interrogé avec soin, cet homme dit être malade depuis cinq à six jours. Sa maladie a commencé par de la céphalalgie, de la faiblesse ; il a eu un peu de diarrhée, quatre à cinq selles dans les vingt-quatre heures. La veille de son admission, il a craché une fois du sang, mais ce sang paraît venir du nez ; le malade dit qu'il y en avait un petit caillot noirâtre ; bien évidemment, il y a eu une très légère épistaxis, et le malade a reniflé du sang dont une faible portion a été expulsée avec les mucosités pharyngiennes. Puis la fièvre s'est développée, et à ce moment il a éprouvé au niveau et près du mamelon droit une douleur qui semble avoir été légère, puisqu'il ne s'en plaignait point et qu'il ne l'a accusée que lorsqu'il a vu l'attention du médecin se porter sur sa poitrine.

Au moment du premier examen, à la visite du soir, la langue était blanche, humide ; anorexie, soif assez vive. On remarquait sur les gencives cette bandelette nacrée caractéristique de toutes les affections graves, sur laquelle nous avons insisté déjà, et dont l'observation première a été faite par un médecin militaire dont le nom nous échappe en ce moment. Constatons en passant que ce signe important semble être, nous ne nous expliquons pas pourquoi, complétement inconnu des praticiens civils et des auteurs, dont aucun n'en fait mention.

Le ventre est indolent, souple, présentant un peu de gargouillement dans le flanc droit surtout. La diarrhée, qui avait cessé avant-hier, a repris cette nuit ; le malade a été deux fois à la selle. L'aspect extérieur du sujet porte cette empreinte de prostration qui accompagne depuis quelques semaines toutes les affections graves dans les hôpitaux militaires de Paris. Le pouls, à 92-96, est peu développé, plutôt concentré que dépressible, ne s'effaçant pas complétement sous la pression du doigt qui l'explore. D'après l'ensemble de ces phénomènes, le médecin de garde pensa, et non sans quelque apparence de raison, à l'existence ou plutôt au développement imminent d'une fièvre typhoïde, et cela d'autant mieux que, nous ne devons pas oublier de le dire, les résultats de l'auscultation avaient été négatifs.

Peu satisfait de tout cela, et observant d'ailleurs qu'en raison des six jours écoulés depuis le début de la maladie les symptômes typhoïdes n'étaient pas suffisamment développés pour caractériser la maladie, le professeur soumit le sujet à un nouvel examen, et dirigea principalement son exploration vers les organes respiratoires. Voici ce qu'il constata. Dans la fosse sus et sous-épineuse du côté droit, diminution de la résonance à la percussion. Dans le même point, souffle bronchique, et retentissement de la voix quand le malade parle ; retentissement de la voix que M. Lévy désigne sous le nom de *clangor*, lequel désignait chez les Romains les bruits éclatants, tels que le son des trompettes, etc. Ce phénomène appartient aux indurations du poumon. Voilà une nouvelle série de phénomènes, et importants, à ajouter aux symptômes généraux observés hier. Ce n'est qu'à ce moment que le malade, voyant l'attention du médecin fixée sur l'appareil respiratoire, accusa la douleur périmamelonnaire que nous avons indiquée plus haut. Le crachoir ne contient absolument rien. Le malade tousse très peu et n'expectore pas.

C'est sur ce changement de face du diagnostic que le professeur a présenté quelques importantes considérations à ses auditeurs. Ce qui la veille pouvait sembler n'être qu'une affection gastro-intestinale commençante se rattache évidemment, et par un nouvel examen, à une altération grave de l'appareil respiratoire, à une phlegmasie du parenchyme du poumon, phlegmasie occupant le sommet du lobe supérieur droit, en arrière principalement.

Un mot ici, en passant, sur une particularité singulière. Il est des médecins qui nient les constitutions médicales, et les influences que celles-ci exercent sur les maladies de telle époque de l'année. Si l'on refuse d'admettre les constitutions médicales, comment expliquer que depuis deux ou trois mois, par exemple, presque toutes les pneumonies qui sont envoyées au Val-de-Grâce sont des pneumonies du sommet, et très graves ?

Le traitement de ce cas a été facile à établir. Le diagnostic a été, comme nous l'avons dit, le suivant : pneumonie du sommet au deuxième degré, de 24 ou 36 heures de début, avec point douloureux récent, et précédée de phénomènes qui prédominaient vers le tube digestif. Pour la pratique et pour l'institution du traitement, il est évident encore que ce n'est pas la même chose que si la pneumonie avait débuté franchement par le frisson et l'appareil fébrile caractéristique. Le sujet étant fortement constitué, le pouls concentré plutôt que déprimé, M. Lévy a prescrit une saignée du bras, qui, elle aussi, ne sera pas inutile pour la détermination du traitement ultérieur, en ce sens qu'elle fournira des données sur l'état général du sang, sur le degré de l'inflammation, sur la richesse du sang, enfin sur les résultats probables de telle ou telle médication.

Anévrisme de l'artère fémorale. — Comme nous l'avions fait pressentir dans notre *Revue clinique* du 27 janvier, M Jobert n'a pu continuer pendant longtemps la compression sur l'artère fémorale pour l'anévrisme spontané que nous avons décrit ; il a dû avoir recours à la ligature, et il l'a pratiquée samedi dernier.

Habituellement, dans des cas de ce genre, M. Jobert fait la ligature au-dessous de l'artère fémorale profonde. Dans la circonstance présente, il a mis en usage le procédé de Scarpa, qui liait l'artère au tiers supérieur de la cuisse, près de l'arcade crurale. On sait qu'à cet endroit l'artère se trouve presque à nu, ou du moins superficielle, dans un triangle dont la base est à l'arcade crurale, le sommet formé par la rencontre du couturier et du premier adducteur. Hodgson établit que le point le plus favorable à la ligature est entre 10 et 12 centimètres au-dessous de l'arcade ; la fémorale profonde naissant à 3 ou 4 centimètres au plus au-dessous de cette arcade, le caillot a toujours assez d'espace pour se former.

L'incision de la peau a donc été faite aussi près que possible de l'arcade crurale, et l'artère mise à découvert dans un seul point de son étendue. C'est quand on dénude largement l'artère, professe M. Jobert, que l'on s'expose le plus à l'inflammation, et par suite à la rupture des parois artérielles. Une fois arrivé sur l'artère, ce qui s'est fait assez facilement, la ligature a été placée, et immédiatement le fil a été agité d'une manière bien manifeste par les battements artériels.

Depuis le moment où a été faite l'opération, la circulation collatérale a déjà commencé à se rétablir. Ici, devons-nous faire observer, ce n'est plus comme dans les cas où l'origine de l'artère fémorale profonde est restée libre. Dans cette dernière circonstance, le sang se rendrait par l'artère fémorale profonde dans les artères articulaires du genou. Mais quand on a fait la ligature, soit de l'iliaque externe, soit de la fémorale, au-dessus de l'origine de la profonde, c'est par les artères ischiatique et fessière, la honteuse interne et l'obturatrice, que se rétablira la circulation, au moyen de leurs anastomoses avec les branches circonflexes de la profonde, etc. Dans ce cas, le sang qui passe des branches de l'iliaque interne dans les branches circonflexes de la crurale profonde, au lieu d'être versé par cette dernière dans l'artère fémorale, sera conduit par les branches descendantes ou perforantes de la crurale profonde jusque dans les artères articulaires du genou.

La question du lieu d'élection pour placer la ligature dans le cas d'anévrisme de l'artère fémorale est chose fort importante, et l'on nous permettra de citer quelques lignes qu'a écrites à ce sujet l'auteur d'un excellent travail, M. Viguerie. « Si l'on opère, dit-il, au niveau de l'arcade fémorale, l'épigastrique et la circonflexe antérieure rendent l'opération dangereuse, et la musculaire profonde peut en outre être assez près de ces artères pour qu'en voulant éviter celles-ci on tombât sur celle-là. Dans le cas même où la fémorale profonde naîtrait assez bas pour que l'on pût opérer sans danger pour le malade, une des circonflexes ou toutes deux pourraient exister entre l'arcade et la fémorale profonde et entraver la formation du caillot. — Pourrait-on lier au-dessus de la profonde ? Il faut laisser entre elle et la ligature un espace suffisant à la formation du caillot inférieur. Faudrait-il enfin porter la ligature sur l'iliaque externe ? L'opération est difficile, mais elle compte un assez grand nombre de succès. »

Quoi qu'il en soit, le quatrième jour le malade de M. Jobert était dans un état très satisfaisant ; il avait eu seulement un peu de congestion du côté du cerveau et une légère réaction fébrile. On a fait un petite saignée, et un léger érythème s'étant manifesté autour de la plaie, une ou deux frictions avec la pommade au nitrate d'argent l'ont rapidement dissipé. Tout fait présager une guérison prochaine.

Torticolis par rétraction du faisceau claviculaire du sterno-cléido-mastoïdien. — Le fait dont nous voulons donner ici l'indication, et que nous avons observé dans le service de M. Vidal, présente plusieurs particularités sur lesquelles nous nous proposons d'insister successivement. C'est un torticolis du côté droit, datant de l'enfance du sujet, et qui est produit par une rétraction bornée au faisceau claviculaire du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Une question sur laquelle on n'était pas aussi complétement d'accord avant les travaux de M. Jules Guérin est celle-ci : les faisceaux du muscle sterno-cléido-mastoïdien peuvent-ils se rétracter isolément ? En d'autres termes, le torticolis peut-il dépendre d'une rétraction du faisceau sternal dans certains cas, et dans d'autres, de celle du faisceau claviculaire ?

M. Jules Guérin a démontré que le muscle se compose réellement de deux portions distinctes ; il a prouvé que, chez l'homme, les deux portions peuvent être isolées jusqu'à leur insertion supérieure, qu'elles sont même quelquefois tout à fait séparées, que la direction de leurs fibres est différente, puisqu'elles se croisent un peu après leur origine, de manière que le sterno-mastoïdien recouvre et coupe dans son trajet le cléido-mastoïdien ; que, par conséquent, elles peuvent se rétracter isolément ; qu'enfin, la section de la partie rétractée, qui est ordinairement la partie sternale, suffit pour faire disparaître la cause essentielle de la difformité.

M. Vidal regarde cette opinion comme un peu exagérée. En effet, dit-il, les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien se confondent à une certaine hauteur ; si, en bas, il y a un muscle rotateur de la tête et un muscle élévateur de la clavicule, dans les deux tiers supérieurs ces deux muscles n'en forment plus qu'un, qui est rotateur de la tête.

Des principes qu'il a établis, M. Guérin conclut que chacun des deux muscles peut être affecté isolément, et que la rétraction double doit être le fait exceptionnel. Il n'y aurait pas plus de raison, en effet, pour que le cléido-mastoïdien fût toujours malade en même temps que le sterno-mastoïdien,

---

Dépenses, emploi. —		
	Secours aux personnes étrangères à l'Association,	590 fr. 00 c.
	Sommes allouées à 8 sociétaires et à 9 veuves de sociétaires,	7,015 00
	Dépenses de gestion, imprimés, etc.,	548 65
	Achat de 130 fr. de rentes 5 p. 0/0,	1,777 35
		9,931 00
Balance. —	Recettes,	10,967 fr. 00 c.
	Dépenses, emploi,	9,931 00
	Reste,	1,036 00

» Le 1er janvier 1849, il reste en caisse, 1,036 fr. ;

» L'Association possède aujourd'hui une rente sur l'Etat de 3,360 fr., 5 pour 100 ;

» Elle possède en outre deux rentes perpétuelles de 20 fr. chacune fondées en 1846 par deux sociétaires.

» Vous remarquerez que nos revenus se sont à peine accrus cette année ; vous en avez déjà compris les motifs, et, quoique nous sachions bien que l'économie est la mère de la générosité, nous n'avons pas voulu faire d'économie sur les fonds destinés aux secours. Nous avons dû agir aussi libéralement que les positions et les circonstances l'exigeaient. Si vous nous rappelez que la vraie générosité ne consiste pas à donner beaucoup, mais à donner à propos, nous vous prierons de ne pas oublier que nous avons donné beaucoup et toujours à propos.

» .... Nos relations avec les départements ont été moins suivies que les années précédentes ; quoi qu'il en soit, la Société médicale de La Rochelle, si scrupuleuse dans l'accomplissement de ses devoirs et dans le maintien de sa dignité, a porté à la connaissance de l'Association des médecins de Paris les pièces relatives à un jugement rendu contre un des médecins de La Rochelle, dans la grave question du secret en médecine. La Société a réclamé notre concours et notre intervention dans le cas où l'affaire serait portée devant la cour de cassation.

» Les médecins de Montpellier, désirant s'associer, ont demandé nos statuts, qui ont été immédiatement envoyés.

» L'Association médicale de la Sarthe, toujours remplie de zèle pour les intérêts professionnels, nous a adressé le remarquable compte-rendu de ses travaux.

» J'arrive, Messieurs, à un point sur lequel votre attention a déjà été bien souvent ramenée. L'éternelle question de la demande en autorisation portée devant le conseil d'État, présentée, discutée, repoussée et reproduite tant de fois, semblerait enfin avoir obtenu une solution. Les nombreuses modifications demandées et apportées à nos statuts les avaient, comme vous le savez, réduits au règlement d'une simple caisse de prévoyance. L'amour de cette indépendance qui vous distingue avait su le céder aux sentiments de fraternité qui vous honorent ; vous n'aviez point hésité devant des sacrifices, parce qu'aucun sacrifice ne saurait vous arrêter pour accomplir l'œuvre à laquelle vous vous êtes voués. L'espoir de créer des ressources plus abondantes, de distribuer des secours plus dignes de vos confrères malheureux, de fixer en quelque sorte l'avenir de votre institution, tels étaient les mobiles généreux qui vous guidaient. Animés du véritable esprit de la charité, vous aviez voulu vous montrer, j'ose le dire, humbles comme elle ; vous vous étiez soumis, dans l'intérêt de vos frères, à bien des exigences ; ce n'était plus seulement l'espoir, c'était le droit d'obtenir que vous aviez désormais ; aussi ce droit acquis vous a été, je ne dirai pas conféré, il vous a été proposé, mais à la condition inattendue de concessions nouvelles.

» Or, Messieurs, ces concessions qui tendraient à compromettre les intérêts de l'institution plutôt qu'elles ne lui apporteraient cette garantie de durée que nous recherchons, et qui pourraient paraître de nature à heurter nos sentiments et le principe sur lequel repose l'Association, ces concessions ne seraient plus un sacrifice, mais un oubli de nos devoirs.

» Ces nouvelles exigences du conseil d'Etat motivées par le ministre du commerce, qui nous les a transmises, ont paru à votre commission générale tellement exorbitantes qu'elle a cru devoir remettre à une sous-commission le soin d'examiner ces propositions, d'en étudier l'esprit et d'en faire l'objet d'un rapport. Je dois me borner ici à dire, et par anticipation, que les conclusions de ce rapport ont été adoptées à l'unanimité par votre commission générale ; elles doivent vous être soumises, ainsi que les pièces officielles : vous les jugerez et vous aurez à vous prononcer.

» Sans préjuger vos décisions, je ne puis me défendre d'émettre ici le vœu que désormais nos espérances ne se fondent plus sur un appui insaisissable, et que notre règlement, s'appuyant sur le droit public, ne relève plus que de nous-mêmes.

» L'Association, croyez-le, continuera son œuvre en s'encourageant de son propre passé, en puisant ses forces dans l'union et le concours persévérant de ses membres. C'est surtout en appelant à nous le plus grand nombre possible de nos confrères que non-seulement nous augmenterons nos ressources, mais encore que nous élargirons les bases de notre Association, la première qui ait été fondée en France il y a seize ans, et qui, vous le savez, n'a cessé de donner l'exemple et l'impulsion.

» Il y a cinq ans, alors que pour la première fois je fus appelé à l'honneur de vous rendre compte de vos travaux, je fis passer sous vos yeux le tableau des actes, déjà nombreux, qui avaient signalé les dix premières années de votre existence. Que de faits importants sont venus depuis s'ajouter à ces actes !

» En consultant nos archives, on s'étonne qu'une association qui semblait d'abord uniquement fondée dans un but de prévoyance charitable, ait si ingénieusement reculé les limites de ses attributions ; mais la prévoyance des besoins matériels, appliquée aux besoins

qu'il n'y en aurait pour que le splénius ; le complexus ou le trapèze ou l'un des scalènes, partageassent l'état pathologique du sterno-mastoïdien. Et ce fait de la rétraction plus fréquente de l'un des deux muscles seulement étant admis, l'observation prouve que c'est le sterno-mastoïdien qui est le plus ordinairement malade, partant que sa section peut suffire pour le redressement du cou.

Pour M. Vidal, ce qui est vrai, c'est que le faisceau sternal est quelquefois plus particulièrement la cause du torticolis; mais il admet avec M. Bonnet que, le plus souvent, les deux faisceaux le sont plus ou moins, et que même, par exception, le faisceau claviculaire peut l'être seul, comme dans le cas actuel, tandis que l'autre n'est pour rien dans la difformité. Dans son mémoire sur le torticolis ancien, M. J. Guérin ne cite pas de fait de la nature de ce dernier. Cependant, sa publication remontant à plus de dix ans, il est possible de supposer que depuis il en aura rencontré dans son immense pratique. C'est un point sur lequel il jugera peut-être plus tard à propos de revenir; nous serions heureux de lui avoir fourni l'occasion de communiquer au monde médical les faits de cette nature qu'il pourrait posséder. Z...

HOTEL-DIEU. — M. Martin-Solon.

Emploi de l'arsenic dans le traitement des affections organiques du cœur.

Rétrécissement de l'orifice aortique et auriculo-ventriculaire gauche, avec hypertrophie considérable du cœur. — Traitement par les moyens usités en pareil cas; très peu d'amélioration. — Administration de l'acide arsénieux jusqu'à la dose de 5 centigrammes. — Amélioration considérable.

Guirlinger, âgé de quarante ans, peintre en bâtiments, homme blond, d'un tempérament sanguin, fortement constitué, est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Lazare, n° 21, le 20 juillet 1849. Il donne les détails suivants sur l'affection dont il est atteint :

Il a toujours été d'une bonne santé habituelle jusqu'à il y a douze ans. A cette époque, il fut pris brusquement, dit-il, de palpitations violentes, d'étouffements et d'enflure dans les diverses parties du corps, sans douleurs dans les articulations. Les différents symptômes de cette maladie persistèrent, d'après le malade, pendant cinquante et quelques jours, puis il se remit peu à peu, et redevint, assure-t-il, tout aussi fort qu'auparavant, n'étant ni sujet aux battements de cœur, ni aux étouffements, se trouvant, en un mot, parfaitement guéri. Il se trouvait, à cette époque, à Montélimart, où il subit un traitement dont il ne se rappelle pas les éléments. Il reprit ses travaux comme d'habitude, et les poursuivit sans interruption et sans difficultés jusque vers la fin de 1847. Dans le cours de cette année, il était devenu sujet aux battements de cœur et à l'étouffement quand il se fatiguait; ces symptômes augmentèrent et s'accompagnèrent bientôt d'enflure dans les membres inférieurs, et finirent par rendre le travail assez pénible pour que le malade fût obligé de réclamer son entrée à l'hôpital. Il fut admis à la Pitié, dans le service de M. Piedagnel. Au bout d'environ six semaines, c'est-à-dire dans le courant de février 1848, il en sortit notablement soulagé. Il se remit un peu au travail; mais il ne le pouvait qu'avec les plus grandes difficultés. Dès qu'il faisait un exercice un peu énergique, il éprouvait de violents battements de cœur, et l'étouffement permanent auquel il était sujet augmentait d'une manière considérable. Bientôt l'infiltration revint, et après une interruption forcée de travail pendant six semaines, le malade se présenta pour être reçu dans un hôpital; il entra à l'Hôtel-Dieu, à l'époque que nous avons indiquée.

Quelque temps après son entrée, M. Martin-Solon prit un congé; le médecin qui le remplaça ordonna au malade des pilules dont il ignore la composition, et de la tisane. A son retour, après une absence de deux mois, M. Martin-Solon constata un double bruit de râpe très rude, surtout après le premier temps, une forte impulsion précordiale qui soulevait d'une manière très prononcée la tête de l'auscultateur, une augmentation notable de la matité précordiale, du râle sous-crépitant abondant dans les deux poumons, enfin une infiltration excessive du tissu cellulaire sous-cutané des membres, de la face et du tronc. Le malade ne pouvait qu'à peine marcher; il éprouvait des palpitations et des étouffements violents dans l'état de repos, et ces symptômes le menaçaient d'une suffocation imminente dès qu'il faisait quelques mouvements. L'appétit était considérablement diminué, le sommeil presque nul.

Pendant deux mois, le malade fut soumis au traitement usité en pareils cas : pilules de digitale, tisanes calmantes, révulsifs cutanés et purgatifs; diète assez sévère (1/5e de portion).

Sous l'influence de ce traitement, les palpitations s'amendèrent un peu ; l'infiltration elle-même diminua, et l'appétit revint en partie. Mais l'impulsion resta la même; les bruits de râpe aux deux temps persistèrent; en un mot, aucun changement ne semblait avoir été apporté dans l'état organique du cœur; il semblait seulement y avoir un effet sédatif de produit.

C'est alors que M. Martin-Solon eut l'idée de recourir à l'acide arsénieux. Ce médicament fut d'abord donné à la dose de un, puis de deux centigrammes, et ainsi de suite jusqu'à cinq centigrammes que le malade prit pendant une quinzaine de jours. Depuis plusieurs jours cette dose a été réduite à trois centigrammes, quoique le malade n'ait cependant présenté aucun indice d'accident imputable au médicament. De temps en temps, depuis deux mois que le malade prend de l'acide arsénieux, les urines ont été analysées, et chaque fois on y a constaté la présence de cet agent toxique; il ne peut donc rester de doute sur la réalité de son absorption.

Quant aux effets qu'il a produits, ils ont été des plus prompts et des plus inattendus. Non-seulement sous l'influence de cet acide si dangereux, l'appétit est devenu très vif et le sommeil bon; non-seulement toute trace d'infiltration aux membres a disparu, ainsi que l'œdème pulmonaire qui s'annonçait par le râle sous-crépitant ; non-seulement les palpitations ont complètement cessé dans l'état de repos, et beaucoup diminué à la suite de l'exercice; mais encore le matité précordiale est revenue à ses dimensions à peu près normales; l'impulsion s'est complètement dissipée; le bruit de râpe a entièrement disparu au deuxième temps, qui est clair et normal, et s'est transformé en un bruit de souffle doux au premier temps. Depuis quelques jours, l'amélioration semble rester stationnaire, ou du moins elle ne fait plus de progrès rapides. Mais tel qu'il est, l'état du malade est très supportable, et il diffère du tout au tout de ce qu'il était au premier jour de l'administration de l'acide arsénieux.

Remarques. — Rien n'est plus commun que de voir dans le cours des maladies chroniques des améliorations passagères, des intermittences dans la marche de la maladie, survenant soit spontanément, soit sous l'influence du repos et aussi d'une médication appropriée. Les affections organiques du cœur ne font pas, sous ce rapport, exceptions à la règle générale. Toutefois, ces améliorations sont d'autant plus rares et d'autant moins prononcées, que la maladie est elle-même plus avancée, et l'on peut dire qu'elles sont fort peu communes, au point où en était arrivée celle qui affecte Guirlinger. Or, ce malade ne semble pas avoir seulement éprouvé une de ces améliorations éphémères qui ne sont dues qu'à l'action sédative du repos et de quelques médicaments calmants; il semble que chez lui le tissu même du cœur ait été modifié, qu'il se soit opéré une diminution dans son volume et un changement prononcé dans le contour de ses orifices.

Si ces heureux changements ont réellement eu lieu, comme il n'est guère permis d'en douter, on ne peut s'empêcher de reconnaître que c'est à l'acide arsénieux qu'il faut les rapporter, et il faut sous ce rapport partager l'opinion de M. Martin-Solon. Au reste, ainsi que l'a fait remarquer cet honorable praticien, on sait que dans les empoisonnements par l'acide arsénieux, on trouve fréquemment des ecchymoses sous la membrane interne du cœur, et même dans l'épaisseur des colonnes charnues ; il paraît donc bien certain que cet organe est modifié dans sa texture même par l'arsenic, et son heureuse influence dès lors est, sinon expliquée, au moins très concevable. Ces réflexions nous paraissent parfaitement fondées. En tout cas, le fait que nous venons de signaler est assez important pour attirer l'attention sérieuse des praticiens, et pour appeler de nouveaux essais dans le traitement d'une affection qui, au point où elle en était chez Guirlinger, ne pardonne jamais à ses victimes. Nous continuerons donc à suivre dans ce cas, et dans un autre analogue qui existe dans le même service, cette action thérapeutique singulière de l'acide arsénieux. M.:...

Addition à la séance de l'Académie de Médecine du 6 février 1849.

M. Gibert. Encore un mot, Messieurs, avant de passer au vote des conclusions.

C'est une question de bon sens qui est soumise à l'Académie. On s'est jeté dans des discussions théoriques, physiologiques et philosophiques, au lieu d'examiner le côté pratique de la question. Y a-t-il un seul agent médicamenteux qui ait été plus expérimenté que le chloroforme? Des milliers de faits attestent son innocuité; comment, dès lors, s'attacher à des faits exceptionnels pour infirmer la règle générale? On vous propose de déclarer, sus ces cas exceptionnels, que le chloroforme a tué les malades! Mais personne n'en sait rien ; mais ce serait imiter les prôneurs des jongleries du magnétisme et de l'homœopathie. Laissons ces minuties.

Le fait de Boulogne, qui seul pouvait prêter matière à contestation, a été jugé comme il devait l'être par la commission. Le grand argument des opposants est celui-ci : la malade est morte après l'inhalation : donc c'est le chloroforme qui l'a tuée. Ce fait est inexplicable; voilà ce qu'il y a de plus clair. Tenons-nous-en là. Et quant à l'explication de la mort par l'immixtion d'un gaz, cette explication a satisfait Morgagni et Bichat; elle peut bien satisfaire l'Académie.

M. Baillarger. M. Gibert vient de s'appuyer de nouveau sur un argument auquel M. le rapporteur paraît aussi avoir accordé une grande importance. Il n'y a pas, dit-on, d'agent qui ait été autant expérimenté, pour lequel on ait autant de faits que pour le chloroforme. Cet argument, je l'avoue messieurs, me semble bien loin d'avoir la valeur qu'on lui attribue. On pourrait en effet poser ici deux questions très différentes :

Le chloroforme a-t-il été employé sans danger dans un très grand nombre de cas?

Cet agent a-t-il produit ou contribué à produire la mort dans quelques cas exceptionnels?

La réponse à la première de ces questions n'est pas douteuse. Personne ne conteste que l'emploi du chloroforme ne soit renouvelé chaque jour sans accident; mais on ne saurait en aucune manière en conclure que, dans quelques cas heureusement très rares, il ne provoquera pas des accidents très graves ou même la mort. Les deux questions peuvent donc très bien recevoir une solution différente.

Le chloroforme est sous ce rapport comme tous les agents toxiques énergiques qu'on peut donner à une certaine dose dans la généralité des cas et qui cependant deviennent dangereux chez quelques individus doués d'une susceptibilité spéciale. Je n'oublierai pas que j'ai moi-même vu à la Salpêtrière une femme qui a failli succomber après avoir pris 7 à 8 centigrammes d'émétique, et, quant au chloroforme lui-même, n'a-t-on pas occasion de constater tous les jours cette différence d'action? Est-ce qu'on ne voit pas à côté de sujets presque réfractaires d'autres personnes qui arrivent en moins de vingt secondes à une insensibilité complète?

Mais, outre cette prédisposition spéciale à l'action de quelques agents, il faut tenir compte de certaines conditions qui quelquefois ajoutent au danger de leur emploi. Je me bornerai pour le chloroforme à parler de la complication qu'apporte le travail de la digestion ou le fait d'une syncope. J'ai déjà eu l'honneur de citer à l'Académie l'observation d'un

moraux et professionnels, n'est-ce pas la prévoyance dans toute son acception, et n'est-ce pas la meilleure justification de son titre!

» Si l'Association semble avoir eu plus particulièrement pour but l'amélioration du sort de ses frères malheureux, permettez-moi de vous rappeler qu'elle n'est pas restée étrangère aux principales questions professionnelles. Aux époques d'apparentes innovations, il est quelquefois opportun de rappeler un passé qu'on oublie ou qu'on ignore. Dès son début l'Association des médecins de Paris élaborait un remarquable projet d'organisation médicale.

» Plus tard, par ses avis éclairés, elle faisait rapporter une ordonnance de police sur les autopsies, préjudiciable aux besoins de la science, ainsi qu'à la dignité des médecins.

» Invitée à donner ses avis, elle indiquait à l'autorité municipale les mesures à prendre pour arriver à une constatation plus exacte de la cause des décès dans la ville de Paris.

» Elle veillait à la répression du charlatanisme, dans l'intérêt des citoyens, en instituant dans chaque arrondissement un comité de surveillance.

» Elle traitait la question des deux ordres de praticiens, demandait l'abolition de la patente, et adressait ses réflexions aux pouvoirs législatifs.

» Le conseil général faisait droit à ses pressantes réclamations, en vue de la morale publique, en appelant l'attention du préfet de police sur les dangers des remèdes secrets, et en exprimant un vœu pour la répression du scandaleux abus des annonces et des affiches sur les murs de Paris.

» A sa demande, l'autorité supérieure retirait, par ordonnance, le droit d'exercer à des hommes que des actes déshonorants ou criminels rendaient indignes du titre de médecin.

» Par ses avertissements réitérés, l'autorité judiciaire poursuivait l'exercice illégal de la médecine; les tribunaux prononçaient des condamnations.

» Elle portait devant la Cour de cassation l'importante question du secret en médecine, soit en matière de déclaration de naissance, soit en matière de déposition en justice, et les arrêts de la Cour ont prouvé plus d'une fois que l'Association avait défendu les vrais principes; c'est ainsi qu'elle soutenait de son influence morale et de ses deniers les médecins injustement attaqués ou condamnés qui avaient réclamé son concours.

» Son mémoire relatif au projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine présenté à la Chambre des pairs en 1847, et déposé à la Chambre des députés au commencement de 1848, prouvait suffisamment qu'elle s'était vivement préoccupée des intérêts et de la dignité méconnus du corps médical, et qu'elle avait étudié, avec une scrupuleuse attention, les dispositions de la nouvelle loi. Vous n'avez pas oublié quel retentissement tous ces actes ont eu, non-seulement en France, mais dans les pays étrangers et jusque dans nos colonies, c'est à ce point que nos statuts ont été envoyés dans soixante départements, qui les ont demandés dans le but de fonder, sur les bases de la nôtre, des Associations dont plusieurs, depuis quelques années, nous envoient le compte-rendu de leurs travaux, où nous aimons à retrouver les preuves d'une heureuse et salutaire application de nos principes.

Aujourd'hui plus que jamais l'Association devrait être la base de l'organisation qui manque au corps médical, et sur laquelle il compte vainement depuis trop longtemps.

» Il faut que le corps médical s'organise lui-même; il ne faut plus qu'il attende, il ne doit plus demander des institutions qui ne répondraient ni à ses vœux, ni à ses besoins. Les institutions qui heurtent les sentiments, les opinions et les intérêts, ne sauraient d'ailleurs avoir de stabilité; un jour elles s'écroulent et entraînent avec elles les hommes imprévoyants qui les avaient fondées, ou ceux qui imprudemment les maintenaient.

» Messieurs, je ne voudrais pas terminer ce compte-rendu sans vous parler d'une démarche d'opportunité et de convenance dont notre honorable président a été l'objet dans le cours de l'année qui vient de finir.

» A la nouvelle d'une décision qui l'a plus affligée qu'elle ne l'a surprise, la commission générale a voulu donner au président, fondateur de l'Association des médecins de Paris, des preuves méritées de son attachement et de ses sympathies; en lui portant les témoignages non-seulement de ses regrets, mais de son estime, la commission générale n'a pas hésité à parler au nom de l'Association tout entière, persuadée qu'elle voyait dans un acte arbitraire une injustice d'autant plus déplorable qu'elle frappait un homme dont l'Association a été à même, depuis seize ans, d'apprécier le constant dévouement aux intérêts de la profession et aux besoins de l'enseignement, et qui n'avait laissé échapper aucune occasion d'aider de son crédit les médecins qui l'avaient réclamé.

» Pour moi, Messieurs, que votre confiance avait, depuis cinq ans, placé plus près de notre président, je n'oublierai jamais quelle a été sa sollicitude pour la prospérité de l'œuvre qu'il a fondée : heureux si j'ai pu quelquefois pendant la durée de mes fonctions, lui prouver mon zèle et ma bonne volonté à servir l'Association; heureux aussi, Messieurs, si, par mon exactitude à m'acquitter de mes devoirs, je me suis rendu digne de la confiance que vous m'aviez témoignée. »

Nota. L'impression et la distribution de ce compte-rendu aux médecins de la capitale a été votée par l'assemblée.

— M. le docteur Durand-Fardel, qui avait, après la révolution, remplacé M. le docteur Petit comme médecin-adjoint des eaux de Vichy, vient d'être révoqué de ses fonctions et remplacé par l'ancien titulaire.

jeune garçon de douze ans chloroformisé pour une opération très légère, et qui resta près d'une heure sans connaissance et presque sans pouls; or, chez ce jeune homme, l'emploi du chloroforme avait eu lieu pendant le travail de la digestion. Chez l'un des malades morts en Angleterre, on a trouvé l'estomac rempli d'aliments.

Quant à la syncope, ce que j'ai dit à ce sujet ne me semble pas avoir été réfuté par M. le rapporteur.

Les syncopes chez les individus qu'on opère sans les éthériser ne sont pas très rares, et il ne viendra assurément à l'esprit de personne de prétendre que l'éthérisation mettra dans tous les cas à l'abri de cet accident, que M. Robert regarde, au contraire, comme plus fréquent dans les opérations avec éthérisation. Sans admettre cette opinion de M. Robert, il me paraît impossible qu'on n'observe pas quelquefois des syncopes plus ou moins graves. S'il en était besoin, il me suffirait pour le prouver de citer le fait suivant :

M. Laugier avait à opérer à la Pitié un élève en pharmacie atteint d'une fistule à l'anus. Il a recours au chloroforme. L'insensibilité arrive promptement, l'opération est terminée sans que le malade paraisse avoir senti la douleur. Tout à coup ce jeune homme, avant d'*être revenu à lui*, éprouve une syncope très grave. Pendant quatre minutes, il reste sans respiration et sans pouls. On le porte en plein air, on essaie la respiration artificielle. Tout le monde était dans la plus grande anxiété. Heureusement on en fut quitte pour la peur, et le malade reprit bientôt connaissance.

Des cas analogues ne sont pas extrêmement rares; or qui peut répondre que ces syncopes ne se changeront pas quelquefois en une mort véritable?

Il nous paraît évident que l'action du chloroforme doit devenir très dangereuse lorsque les mouvements du cœur et les mouvements respiratoires s'arrêtent spontanément par le fait d'une syncope. Nous persistons à penser que la mort a pu survenir ainsi dans plusieurs cas.

Quand on se reporte par exemple aux circonstances qui ont accompagné la mort d'Hannah Greener, combien ne devient-il pas probable que cette mort a été causée par une syncope aggravée par le chloroforme? Qui ne se rappelle l'effroi de cette jeune fille avant l'opération, le mouvement qu'elle fit pour échapper dès qu'elle sentit l'instrument, puis sa pâleur et son affaissement subits, comme il arrive dans une syncope?

Quoi qu'il en soit, nous répétons que les conséquences de cette réunion d'une syncope et de l'action du chloroforme méritaient d'être dans le rapport l'objet d'un examen spécial et que c'est une lacune regrettable.

En résumé, il s'agit de savoir si le chloroforme peut produire ou contribuer à produire la mort dans quelques cas exceptionnels, tantôt par suite d'une disposition spéciale de l'individu, tantôt par suite de certaines conditions ou complications qu'il ne sera pas toujours possible de prévoir. Or, pour moi, la réponse à cette question n'est pas douteuse. Non-seulement je crois que cela est arrivé, mais, pour peu qu'on étudie bien l'action des agents toxiques énergiques, il y aurait lieu de s'étonner qu'il en eût été autrement.

MM. Guérin, Roux, Louis, Honoré, Rochoux et Blandin prononcent encore quelques mots, puis les conclusions sont mises aux voix et adoptées à la hâte.

Une vingtaine de membres seulement prennent part au vote de la première conclusion et dix à douze membres au vote des conclusions suivantes :

Conclusions relatives au fait médico-légal de Boulogne.

1° Dans le fait médico-légal que nous avons examiné, nous ne trouvons aucun des indices de l'action toxique du chloroforme, au moins d'après les notions actuellement acquises à la science. En conséquence, nous ne saurions admettre que la mort ait été la suite de cette action ;

2° Il existe dans la science un grand nombre d'exemples tout à fait analogues de morts subites et imprévues, soit à l'occasion d'une opération, soit en dehors de toute opération, mais surtout en dehors de toute application du chloroforme, sans que les recherches les plus minutieuses permettent toujours d'assigner la cause de la mort ;

3° Toutefois, dans le cas en question, l'explication la plus probable paraît être l'immixtion d'une quantité considérable de fluide gazeux dans le sang.

Conclusions générales.

1° Le chloroforme est un agent des plus énergiques qu'on pourrait rapprocher de la classe des poisons et qui ne doit être manié que par des mains expérimentées ;

2° Le chloroforme est sujet à irriter par son odeur et son contact les voies aériennes, ce qui exige plus de réserve dans son emploi lorsqu'il existe quelque affection du cœur ou des poumons ;

3° Le chloroforme possède une action toxique propre que la médecine a tournée à son profit en l'arrêtant à la période d'insensibilité, mais qui trop longtemps prolongée peut amener directement la mort ;

4° Certains modes d'administration apportent un danger de plus étranger à l'action du chloroforme lui-même ; ainsi l'on court des risques d'asphyxie soit quand les vapeurs anesthésiques ne sont pas suffisamment mêlées d'air, soit quand la respiration ne s'exécute pas librement ;

5° On se met à l'*abri de tous* ces dangers en observant exactement les précautions suivantes :

1° User de chloroforme bien pur et à des doses qui ne soient point exagérées ;

2° S'abstenir ou s'arrêter dans tous les cas de contre-indication bien avouée, et vérifier avant tout l'état des organes de la respiration et de la circulation ;

3° Prendre soin, durant l'inhalation, que l'air se mêle suffisamment aux vapeurs de chloroforme, et que la respiration s'exécute avec une entière liberté ;

4° Suspendre l'inhalation aussitôt l'insensibilité obtenue, sauf à y revenir quand la sensibilité se réveille avant la fin de l'opération ;

6° Enfin il convient de n'administrer le chloroforme, autant que possible, que lorsque la digestion est achevée, pour prévenir des troubles du côté de cette fonction.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 janvier 1849. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— Le procès-verbal de la séance spéciale relative aux élections du bureau est lu par M. le secrétaire général.

— Le secrétaire général présente ensuite les comptes de l'année précédente au nom du trésorier, absent pour cause de maladie.

— Le cinquième *Mémoire sur la localisation des fonctions cérébrales* est offert à la Société par le docteur Belhomme.

— Une brochure ayant pour titre : *Des hôpitaux*, est offerte par M. Tanchou. Sur la demande de l'auteur, M. Picard est nommé rapporteur.

— A propos du procès-verbal de la dernière séance, M. Pertus communique une observation de variole franche développée chez une fille de vingt-sept ans portant les traces non équivoques d'une bonne vaccine. Elle communiqua la maladie à son jeune frère, qu'on avait eu cependant la précaution d'envoyer en pension dès que la maladie s'était dessinée. L'éruption se développa chez celui-ci alors que déjà sa sœur était en convalescence.

— A propos de la communication d'une amputation du col utérin, faite par M. Tanchou dans la dernière séance, M. Guersant demande à faire quelques observations. M. Lisfranc a trop souvent pratiqué cette opération, qu'il a en quelque sorte mise à la mode, et depuis l'on en a étrangement abusé. Il est cependant des cas où cette opération est indiquée, et il serait funeste de voir une réaction à cet égard qui eût pour but de la supprimer. Les cas où l'opération semble indiquée sont : les fongus non cancéreux et les cancers superficiels ; mais une des conditions pour assurer le succès est de cautériser avec le fer rouge après l'ablation des parties malades. Le fer rouge peut même, dans quelques cas, remplacer à lui seul l'opération. La cautérisation n'est pas douloureuse quand on a soin de n'en pas prévenir les malades. L'amputation est donc indiquée dans certains cas, mais à la condition de la faire suivre d'une cautérisation par le fer rouge.

M. Jobert a rendu un grand service à la chirurgie en rappelant les avantages de cette opération. Pour moi, je cautérise avec le disque numullaire la surface, et avec un cautère long et mince je pénètre dans l'intérieur du col sans inconvénient.

M. Picard partage la plupart des opinions de M. Guersant, mais il préfère que les malades soient prévenues auparavant, fondé sur deux faits contradictoires qu'il a eu l'occasion d'observer.

M. Guersant fait observer que la sensibilité diffère suivant les sujets ; mais une des causes des douleurs qui accompagnent la cautérisation par le fer rouge est l'emploi d'un spéculum de métal. Il convient, comme le recommande M. Jobert, d'employer un spéculum de corne ou d'ivoire qui soit mauvais conducteur du calorique, et chercher d'une main sûre à atteindre les parties en touchant le moins possible le spéculum.

M. Tanchou. D'après les opinions émises par M. Guersant, l'opération était indiquée ; mais je n'ai pu me résoudre à l'application du fer rouge, la maladie étant trop étendue et sa nature intime douteuse. Il est des cas, je l'avoue, où l'indication du fer rouge est précise ; mais je le crois, comme tous les caustiques, essentiellement contraire aux états cancéreux, à quelque degré qu'on les considère. Le fer rouge laisse après lui une croûte qui n'excède pas l'épaisseur d'un sou, et qui s'oppose à l'écoulement de sanies dont la rétention sert à propager la maladie. Ainsi, obstacle à l'écoulement des liquides sanieux qui s'écoulent de l'ulcération cancéreuse, cautérisation superficielle qui n'atteint pas le mal dans toute son étendue : telles sont, pour moi, les contre-indications des caustiques dans les cas de cancer.

M. Guersant est surpris de l'opinion émise par M. Tanchou. En effet, il est généralement admis aujourd'hui que, dans les cas où l'opération réussit, son succès est dû en partie à l'action des caustiques appliqués après l'opération. A la tête de ces caustiques est le fer rouge, que l'on doit préférer. Dans ces cas on doit l'employer énergiquement et ne pas craindre de larder en quelque sorte l'organe malade avec le fer rougi à blanc, et d'y pénétrer à travers le col ; c'est le seul moyen de modifier le mauvais état des tissus, aussi bien dans les affections chroniques du col que dans les affections réellement cancéreuses. Cette cautérisation se répète quatre à cinq fois, à six ou sept jours de distance. Je soigne en ce moment une dame atteinte d'une affection dont la nature cancéreuse n'a paru douteuse à aucun des chirurgiens qui l'ont examinée et chez laquelle j'ai suspendu la marche progressive du mal par ces cautérisations répétées, dont elle-même est très reconnaissante.

C'est encore à propos du procès-verbal et du mémoire sur l'entraînement des parties antérieures du corps vitré pendant l'opération de la cataracte par abaissement, lu dans la dernière séance par M. Lucien Boyer, que M. Courssérant prend la parole. Il reconnaît que M. Lucien Boyer a rendu un véritable service à la science en indiquant que l'abaissement fait avec trop de précipitation peut entraîner le corps vitré avec le cristallin. Cependant cet accident est moins fréquent qu'il ne le pense. Une observation nécessaire à ajouter est la distinction que le chirurgien doit faire, avant l'opération, des cristallins mous ou solides ; distinction importante pour décider si l'opération doit avoir lieu par abaissement ou extraction.

Dr Louis Terrier, *secrétaire annuel.*

NOUVELLES.

Dans la séance de l'Association de prévoyance des médecins de Paris, dont nous publions aujourd'hui le compte-rendu, on a fait les élections suivantes : M. Orfila, président; MM. Fouquier et Adelon, vice-présidents; M. Perdrix, secrétaire-général.

La commission générale est composée, pour l'année 1849, de MM. les docteurs dont les noms suivent :

1er Arrond.	MM.	Canuet, Deschamps, Andrieux, Chérest.
2e	—	Billout, Mathieu, Soulor, Vidal de Poitiers.
3e	—	Durand, Girou de Buzareignes, Moreau, Toirac.
4e	—	Tessereau, Caron, Léger-Fleurus, Longueville.
5e	—	Labarraque, Thibaut, Campardon, Poultier.
6e	—	Ledeschault, Nicot, Paguégny, Bertrand.
7e	—	Legros (Félix), Marx, Rigaud, Patissier.
8e	—	Bérard, Sorbier, Mourne, Angouard.
9e	—	Puel, Bourjot-St-Hilaire, Deville, Boullard.
10e	—	Boyer (Lucien), Bernutz, Levaillant, Sobaux.
11e	—	Bayard, Videcoq, Vasseur, Régnier.
12e	—	Rousseau (Em.), Ménière, Bois-Duval, Devilliers.

—Par arrêté du président de la république en date du 30 janvier, M. le docteur Conneau est nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— Le comité de l'intérieur a repris son travail sur la proposition de M. Lucien Guigne, relative à la création dans chaque département d'un dépôt de mendicité, présentée le 5 octobre 1848. D'après cette proposition, il serait établi dans chaque département, au chef-lieu ou dans la ville la plus importante, un dépôt de mendicité. La moitié des frais d'établissement et d'entretien serait payée par le département, et l'autre moitié par l'Etat. Dans le cas où il n'y aurait pas actuellement au chef-lieu ou dans la ville la plus importante de local convenable, le dépôt de mendicité serait établi là où ce local se trouverait.

— Les directeurs du legs de feu Jean Minnikhoff (d'Amsterdam) remettent au concours les questions suivantes :

« 1° Rechercher, au moyen de la physiologie et de la pathologie, quels sont les caractères des tumeurs bénignes ou malignes, avec l'indication des résultats qu'on pourrait en tirer pour le progrès de la thérapeutique chirurgicale et médicale. »

Ce travail devra être appuyé de recherches et d'observations d'auteurs compétents.

« 2° Faire un traité anatomique, physiologique et pathologique sur les déviations de la colonne vertébrale, et indiquer un moyen de traitement basé sur l'expérience. »

Le prix consiste en une médaille d'or de la valeur de 300 florins.

Les mémoires, écrits en français, en hollandais, en latin ou en allemand, devront être envoyés, selon les formes académiques, avant le 31 décembre 1849, au professeur G. Volik, à Amsterdam.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 13 FEVRIER 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 18.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal parait trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 12 FÉVRIER 1849.

Quelques mots sur la partie administrative de l'Académie de médecine.

En annonçant, dans notre numéro du 16 décembre, la démission de M. O. Henry de sa place de chef des travaux chimiques de l'Académie de médecine, nous nous étions demandé si cette démission avait pour but de satisfaire par avance aux prescriptions du cumul, ou bien, au contraire, de faire entrer l'Académie dans une voie plus libérale et plus régulière à la fois, en l'engageant à donner la place de chef des travaux chimiques à un savant étranger à l'Académie. La question que nous nous adressions alors, nous pourrions nous l'adresser encore aujourd'hui; car nous n'avons pas interrogé, à ce sujet, M. Henry. Mais ce que nous savons, et cela nous suffit, c'est que l'Académie a nommé chef des travaux chimiques, M. Poumarède, adjoint de M. Henry. Si l'Académie n'a eu en vue, par cette nomination, que de récompenser un jeune savant qui, depuis plusieurs années, lui consacrait la plus grande partie de son temps, nous devons la féliciter de son heureuse inspiration; mais si l'Académie a voulu créer un précédent, si elle a voulu poser un principe en nommant M. Poumarède, il y aurait lieu de la féliciter bien davantage encore; car elle aurait donné à la fois une preuve de sa libéralité et de son intelligence administrative. Qu'on nous permette quelques explications à ce sujet.

Au point de vue de la dignité dc l'Académie, il était fâcheux de la voir distribuer à ses propres membres un emploi qui avait été créé à sa demande; il y avait évidemment dans cc fait quelque chose qui, sans être absolument blâmable, était pourtant de nature à ternir ce désintéressement, qui doit être, avant tout, l'apanage des corps savants. Sous ce rapport donc, l'Académie ne pouvait que gagner en considération en se dépouillant ellc-même pour créer une position modeste à un jeune savant connu par des travaux sérieux.

Sous le rapport de l'administration, les avantages de la décision qu'elle a prise sont bien plus grands encore. Personne n'ignore, en effet, quels inconvénients il pourrait y avoir pour l'Académie et pour l'administration, si le secrétaire perpétuel, d'une part, lcs commissions, d'autre part, n'avaient pas une autorité suffisante sur le chef des travaux anatomiques, qui exécute toutes les analyses chimiques des eaux minérales, qui fournit, par conséquent, l'élément le plus essentiel des rapports de l'Académie sur ces eaux, ainsi que sur plusieurs autres objets soumis à l'appréciation de la Compagnie. Or, cette autorité, de la part du secrétaire perpétuel et de la part des commissions, peut-elle être bien réelle vis-à-vis d'un collègue, d'un égal, et d'un égal surtout qui est ou censé être plus compétent que tous ceux qui sont appelés à le juger, puisque lui seul possède d'une manière complète les éléments d'un jugement éclairé? Il n'est personne qui ne réponde négativement à cette question. Nous hésitons d'autant moins à signaler les vices de l'ancien état de choses, que, grâce au zèle et à l'intégrité de l'ancien titulaire, ces vices n'ont pas eu de conséquences fâcheuses; mais, on l'a dit depuis longtemps, les meilleures lois sont celles qui préviennent le plus et punissent le moins.

Féliciter l'Académie de la voie dans laquelle elle est entrée, c'est lui dire de poursuivre cette voie jusqu'au bout. Aussi, appellerons-nous son attention sur un sujet qui a déjà tant de fois occupé la presse médicale; nous voulons parler de la position équivoque du secrétaire du conseil, lequel n'est, en réalité, qu'un employé, qu'un chef de bureau, qui se trouve, comme tous les autres employés, sous la direction du secrétaire perpétuel, qui est néanmoins membre de l'Académie, et qui, en cette qualité, doit nécessairement gêner dans son action celui qui est à la fois son supérieur et son égal, et embarrasser la marche régulière de l'administration. Il serait donc à désirer que l'Académie de médecine suivît l'exemple de son aînée, l'Académie des sciences, et qu'elle prît son chef des bureaux et rédacteur du Bulletin en dehors de son sein. Elle donnerait ainsi un nouvel exemple de libéralité; elle introdnirait dans son administration un ordre normal, et la rédaction de ses comptes-rendus n'y perdrait rien.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. BONNET.

De l'amputation de la verge au moyen du fer rouge,

Par M. Paul HERVIER, interne des hôpitaux.

Tous les auteurs modernes, Sabatier, Boyer, Velpeau, Malgaigne, en traitant de l'amputation de la verge, conseillent de pratiquer cette opération avec l'instrument tranchant, et cette méthode est la seule qui soit mise en pratique aujourd'hui. Elle est loin cependant d'être simple dans son exécution et innocente dans ses suites. Pour prévenir l'hémorrhagie, on est obligé de lier les deux artères dorsales de la verge, les deux artères du corps caverneux, et les deux artères superficielles du périnée. Indépendamment de ces ligatures, on est souvent obligé d'en faire d'autres sur des artères qui n'ont pas reçu de nom, mais qui, prenant un volume considérable, comme on le voit toujours au voisinage des cancers, peuvent donner naissance à des hémorrhagies graves et impossibles à arrêter sans ligature. Il arrive même que, malgré ces ligatures, qui rendent l'opération longue et pénible, l'hémorrhagie ne s'arrête pas toujours complétement, et que, pour la faire cesser, on est obligé de recourir au fer rouge, Or, ce moyen, puissant pour prévenir l'hémorrhagie, ne peut guère réussir qu'après des applications multipliées, lorsque l'on le fait agir sur des vaisseaux d'où le sang coule déjà en abondance. Ce sang refroidit les fers, et l'action de ceux-ci se borne, pendant un temps plus ou moins long, à le coaguler à mesure qu'il sort des vaisseaux, et à former une croûte superficielle qui ne suffit pas pour arrêter l'hémorrhagie.

Toutefois, quels que soient les inconvénients qui résultent de la tendance du moignon à l'hémorrhagie après l'amputation de la verge par l'instrument tranchant, cet inconvénient offre beaucoup moins de dangers que la phlébite et la résorption purulente, auxquelles expose cette opération.

Y a-t-il un moyen de prévenir à la fois l'hémorrhagie, la phlébite, et trouver un moyen qui prévînt l'hémorrhagie et mît à l'abri de la résorption purulente? Nous croyons qu'en effet ce moyen se trouve dans le fer rouge employé comme moyen d'amputation.

L'expérience de nos prédécesseurs ne pouvait toutefois nous éclairer beaucoup sur l'utilité de la méthode que nous proposons, quoiqu'il fût naturel de penser qu'ils ont dû la mettre en usage, surtout à une époque où la ligature n'était pas mise en pratique.

Percy, dans sa *Pyrotechnie chirurgicale,* traite bien de l'application du fer rouge dans l'amputation de la verge cancéreuse, il cite bien Tulpius et Marc-Aurèle Severin comme ayant fait usage de cette méthode, mais il n'entre dans aucun détail sur la manière dont ces auteurs ont opéré. Voici ce qu'il dit dans son livre :

« Dœbelius, de Leyde, ayant été obligé d'amputer » une verge pour un cancer, n'employa que le fer tranchant, et il réussit très heureusement; mais si la gangrène, dans le cas de Scultet, et si lc cancer, dans » celui de Dœbelius, fussent allés jusqu'à la racine de » la verge, alors il eût été indispensable de recourir au » fer rouge, afin de fixer l'une et de consumer les restes » de l'autre. On peut dire, avec Marc-Aurèle Severin; » que si cette méthode est effrayante, on ne peut en » contester la nécessité. »

Plus tard, Boyer disait, dans son *Traité des Maladies chirurgicales* : « On s'est servi quelquefois du cautère actuel pour faire cesser l'écoulement du sang » après l'amputation de la verge. Scultet, qui avait » connu à Padoue un homme à qui on avait coupé le » membre viril avec succès, fit cette opération, en 1635, » à un bourgeois d'Ulm, pour une gangrène dont cette » partie était attaquée. Il coupa dans le vif avec un bis-

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Invocation. — Une épisnde de l'affaire Bréa. — La réclame en action. — Un coup de massue pour une caresse. — Conseil.

O Philippon! prête-nous pour un instant ton crayon et ta verve satiriques! Nous avons à esquisser quelques-uns de ces types bizarres que ta lorgnette sait si bien découvrir et que ton imagination invente au besoin! La respectable corporation à laquelle nous nous faisons honneur d'appartenir possède plus que toute autre des modèles à croquer. Depuis Molière, notre grand maître à tous, jusqu'au sarcastique Phocéen dont la *Némésis médicale* a fourni l'occasion de plus d'un trait d'esprit à ton confrère Daumicr, chaque génération d'Esculape a présenté des *sujets* dignes de figurer, ô Philippon! dans ton *Journal pour rire*.

Nous ne faisons point à nos lecteurs l'injnre de les supposer étrangers à la lecture de cette feuille hebdomadaire, mais essentiellement caricaturale; la gravité de la science et le sérieux de la profession ne sont pas incompatibles avec les plaisirs que la morale tolère et que l'esprit assaisonne; bien plus, et c'est une vérité psycho-physiologique qu'un philosophe de la Grèce a prouvé par un savant apologue, l'intelligence, sous peine de déchoir, ne peut continuellement rester tendue sur le même sujet. Aux gens d'étude et soucieux comme le sont tous les praticiens, le délassement est nécessaire et les distractions indispensables. Or, comme nous avons la meilleure opinion du goût et de l'esprit de nos lecteurs, nous nous plaisons à croire qu'ils puisent ces délassements et ces distractions dans un journal qui, justifiant en tous points son titre, respecte la décence, la religion et le gouvernement:

Car la mère en permet la lecture à sa fille.

Mais abandonnons bien vite une excursion dans un monde qu'il ne nous est pas permis d'explorer, et regagnons le domaine habituel de notre feuilleton; nous y rentrerons par une porte dérobée et pleine de mystères, par la porte de l'officine de M. Gannal.

Ce qui se passe dans ce laboratoire sombre, nul ne le sait; ce qui bout dans ces cornues infernalcs, tous l'ignorent; des fanatiques, comme M. Marchal (dc Calvi), ont voulu porter la lumière dans cette espèce d'antre d'alchimiste; mais la lumière s'est éteinte au milieu des vapeurs empestées, et M. Orfila, autre fanatique, a vainement essayé de passer an creuset de l'analyse les ingrédients de la liqueur *embaumante* de M. Gannal.

Jusqu'en ces dernicrs temps nous avions cru, avec bon nombre de mortcls, que cette liqueur était renouvelée, sinon des Grecs, du moins des Egyptiens, et que sa composition et la manière de s'en servir, consignés dans les formulaires des croque-morts de toutes les époques, étaient à la portée de toutes les bourses et de toutes les intelligences; mais, à ce qu'il paraît, nous étions dans une erreur profonde, et le drame lugubre de la barrière de Fontainebleau qui vient de se dérouler devant le conseil de guerre, nous a prouvé que le secret de M. Gannal n'était pas le secret de la comédie.

Lorsque les corps des infortunés général de Bréa et de son aide-de-camp, le capitaine Mangin, eurent été enlevés des mains de leurs bourreaux et transportés au Panthéon, on voulut que ces restes mutilés fussent exposés à la vénération de l'armée, et restassent comme preuves irrécusables de l'horreur des guerres civiles; et puis en présence d'un trépas tout à la fois si funeste et si honorable, les compagnons d'armes des deux malheureuses victimes se souvinrent de l'épouse désolée de l'un et de la mère inconsolable de l'autre, et eurent la pensée généreuse de conserver à toutes deux ce que les meurtriers avaient laissé dans leur rage et dans leur fureur. Naturellement le nom de M. Gannal se présenta à leur esprit, et on courut chercher l'embaumeur pour l'office dont on avait besoin. M. Gannal n'était pas dans son domicile, et nous avons dit dans le temps où il promenait ses drogues et ses seringues à injections. On eut alors recours à un pharmacien du voisinage, qui, à défaut de science *momifiante*, fit au moins preuve de bonne volonté.

A son retour, et quand il apprit la confiance dont on l'avait honoré, et à laquelle il n'avait pu répondre, M. Gannal fut inconsolable de sa mésaventure; les échos de la rue de Seine ont longtemps répété ses gémissements; et comme il faut cependant que tout ait un terme, M. Gannal mit fin à ses exclamations bruyantes et douloureuses, en se jurant à lui-même de réparer le dommage qu'il s'était si involontairement porté. Ce dommage consistait à ne pouvoir apprendre à l'Europe attentive que les corps du général de Bréa et de son aide-de-camp avaient été embaumés par lui.

Heureusement pour sa fortune et sa réputation, M. Gannal a été doué par la nature d'un esprit inventif et du talent de tirer parti des positions les plus mauvaises.

Complétement étranger au meurtre du général, entièrement étranger à l'embaumement de son corps, M. Gannal a été pourtant cité comme témoin dans l'affaire. Les moyens par lesquels il est parvenu à figurer dans les débats nous sont inconnus; mais le but qu'il s'était proposé, et qu'il a admirablement atteint, nous a été révélé par sa déposition, aussi courte que curieuse. Elle mérite de passer à la postérité comme type de réclame et comme modèle d'invention.

Le président. Que savez-vous?

M. Gannal. Quand le corps du général de Bréa et de son aide-dc-camp Mangin eurent été transportés de la barrière de Fontainebleau au Panthéon, on m'envoya chercher pour les embaumer; j'étais absent de mon domicile, et je fus remplacé par M..., pharmacien, ce qui explique *pourquoi les corps ne se sont pas conservés.*

» touri, arrêta l'hémorrhagie avec un fer ardent, et mit » une canule dans l'urètre pendant la cure, qui fut heu- » reuse et de courte durée. La chirurgie de nos jours, » devenue plus douce dans ses moyens, a rejeté l'emploi » du feu dans ce cas. »

Ainsi, Boyer, non-seulement ne propose pas le procédé de M. Bonnet comme méthode générale dans l'amputation du pénis, mais il rejette l'emploi du feu même comme moyen d'arrêter l'écoulement du sang consécutif à l'opération par l'instrument tranchant.

Enfin, M. Bérard, l'auteur de l'article PÉNIS, dans le Dictionnaire en trente volumes, après avoir décrit le manuel opératoire de l'amputation par l'instrument tranchant, déclare qu'on aura rarement besoin du cautère actuel, autrefois employé par Scultet, et qu'on ne devra y avoir recours qu'en désespoir de cause. Du reste, il ne décrit aucune autre méthode d'amputation que celle par l'instrument tranchant.

Il est donc évident que les auteurs précédents n'ont pas fait usage du fer rouge pour amputer la verge, et nous avions raison de dire que leur expérience ne pouvait nous servir pour juger la valeur de cette méthode.

Depuis cinq ans, M. Bonnet met cette méthode en pratique, et il assure dans ses cliniques que chez tous les malades qui y ont été soumis, l'opération a été très simple dans son exécution, et que tous ont guéri sans accident. Nous ne pourrions rapporter ici l'histoire de tous ceux que ce chirurgien a opérés à l'hôpital; nous nous contenterons de rapporter trois observations de malades opérés récemment, et nous ajouterons que deux autres, âgés tous les deux de plus de soixante-dix ans, et opérés en ville par M. Bonnet, ont pu quitter Lyon, l'un le sixième jour, l'autre le quinzième jour après l'opération. Ce prompt départ, suivi, comme M. Bonnet l'a appris plus tard, d'une guérison complète, montre à quel point les suites de l'amputation avaient été simples.

Voici les observations de trois malades, dont deux ont été opérés dans le service de la clinique chirurgicale. Ils présentaient chacun une variété de la maladie qui nous occupe. Chez le premier, le cancer est borné au tiers antérieur de la verge; chez le second, l'affection s'étend non-seulement à la totalité de cet organe, mais encore à une partie de la peau de l'abdomen et des bourses; enfin, le troisième offre, indépendamment de l'ulcère de la verge, une masse cancéreuse ulcérée et enflammée dans le pli de l'aine du côté gauche. Ces trois états morbides réclament, dans le traitement, des indications spéciales, qu'il ne sera pas sans intérêt de remarquer.

OBS. I. — *Amputation partielle du pénis à l'aide du cautère actuel. — Guérison sans accident.*

Bailly, âgé de trente-huit ans, entre le 18 novembre 1848 dans le service de la clinique chirurgicale du professeur Bonnet pour se faire traiter d'une affection de la verge qu'il porte depuis trois ans. Il y a cinq ou six ans qu'il a été affecté d'un bubon suppuré, dont la cicatrice a laissé des traces. Depuis trois ans, il a remarqué sur les côtés de la verge une induration, qu'il a négligée pendant les deux premières années. Dans le mois de décembre 1847, il consulta un médecin, qui excisa la tumeur et prescrivit des pilules. Ce traitement fut suivi de la récidive. Le malade resta six mois sans faire de traitement; puis il alla consulter M. Bonnet dans le mois de juin 1848. Ce chirurgien prescrivit à l'intérieur la liqueur de Van-Swiéten et à l'extérieur des lotions avec l'eau phagédénique. Cette médication n'étant suivie d'aucune amélioration, M. Bonnet fit sur la partie malade trois applications successives de chlorure de zinc. L'action de tous ces agents n'ayant eu aucun bon résultat, le malade résolut d'entrer à l'hôpital.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, la verge est dans l'état suivant :

Une vaste ulcération, large de 0,04 dans tous les sens, occupe la partie supérieure du pénis au niveau de l'union du prépuce et du gland. Le canal de l'urètre est intact. La surface de cette ulcération, inégale dans sa forme, offre une couleur rouge, grisâtre et des granulations squirrheuses qui envahissent le tiers antérieur de la verge; les bords de l'ulcération sont renversés; sa base est d'une dureté remarquable; si on la presse, on fait suinter un liquide blanchâtre qui n'a les apparences ni du pus ni du mucus. Les douleurs sont vives, lancinantes.

Le 21 novembre, M. Bonnet résolut de pratiquer l'amputation partielle du pénis. Après avoir disposé un réchaud rempli de fers cultellaires, on soumet le malade aux inhalations de chloroforme; M. Bonnet, saisissant d'une main la verge avec une pince de Museux, tient avec l'autre un cautère cultellaire, qu'il enfonce perpendiculairement à l'axe de la verge dans la partie saine, à 0,03 c. du pubis. La section de la peau et du corps fibreux nécessitèrent l'application de trois fers rouges; un quatrième acheva l'amputation, qui fut terminée sans hémorrhagie. — Application de compresses froides sur la plaie.

La tumeur présenta à l'autopsie le volume d'une grosse noix; si on l'incise, elle crie sous le scalpel comme le squirrhe, et offre un suintement cancéreux quand on exerce une pression dans deux points opposés. Le gland paraît sain, mais les corps caverneux intacts vers les bords les plus rapprochés de la peau sont infiltrés de matière cancéreuse dans leurs parties moyenne et centrale.

Le 22, absence complète de fièvre. Sommeil facile. Le malade éprouve cependant de la difficulté à uriner.

Le 24, troisième jour, le malade urine mieux.

Le 25, les compresses froides le fatiguent. — Charpie enduite de cérat.

Le 8 décembre, les eschares qui s'étaient détachées par fragments les jours précédents tombent toutes le dix-huitième jour.

Le 16, cicatrisation presque complète. Rétraction du corps caverneux. Saillie de l'urètre en avant. Emission facile de l'urine.

Le malade sort pleinement satisfait du résultat obtenu vingt-six jours après l'opération.

OBS. II. — *Amputation totale de la verge à l'aide du fer rouge. — Guérison sans accident.*

Lorsque le professeur Bonnet prit la direction de la clinique chirurgicale, le 1er octobre 1848, il trouva couché au n° 11 de la salle le nommé Morgnieux, ancien marinier, âgé de soixante-dix ans. Ce malade, mutilé par les syphilis constitutionnelles, portait depuis plus de dix ans un vaste ulcère cancéreux occupant la verge, le scrotum et une partie de la région hypogastrique. Aucun traitement n'avait été dirigé contre ce cancer, si ce n'est des applications topiques qui ne pouvaient être que de bien légers modificateurs; depuis deux mois que ce malade était à l'hôpital, la partie malade exhalait une odeur fétide. L'ulcération avait déformé la verge au point qu'il était impossible de la reconnaître. Cet organe était converti en un vaste champignon du volume des deux poings, qui envahissait la partie supérieure du scrotum et la paroi antérieure de l'abdomen, fournissait une suppuration abondante et exhalait une odeur des plus fétides. La tumeur, d'une dureté squirrheuse, présentait des anfractuosités dans lesquelles le stylet pénétrait à une profondeur de 6 à 7 centimètres. L'ulcération se prolongeait derrière le pubis dans une étendue de 4 centimètres.

Frappé de l'insuffisance des moyens employés jusqu'alors et de la nécessité d'anéantir cette cause d'infection, M. Bonnet se décida à faire l'ablation de cette tumeur à l'aide du fer rouge.

Le 9 octobre 1848, après avoir préparé des linges mouillés qu'on appliqua autour de l'ulcère et un petit fourneau muni de six fers cultellaires, on soumet le malade aux inhalations de chloroforme. L'insensibilité complète obtenue, M. Bonnet circonscrit dans la partie saine, avec un cautère cultellaire, le tissu dégénéré, et en fait l'ablation sans avoir à lier une seule artère.

L'opération ne peut être faite avec la facilité qu'elle présente lorsque l'amputation est pratiquée sur la verge elle-même. Comme la maladie s'étendait jusqu'au pubis et envahissait une partie de la peau de l'abdomen et des bourses, il fallait la déraciner en quelque sorte des parties profondes où elle était engagée. Dans ce but, M. Bonnet circonscrivit d'abord la partie squirrheuse avec des fers rouges, qui divisèrent la peau, et furent enfoncés jusqu'à ce qu'ils eussent atteints le pubis. Ce fut au niveau même de cet os que l'amputation fut pratiquée. Dix-sept applications de fer rouge furent nécessaires pour terminer cette extirpation profonde; aussi, quand elle fut terminée, on vit à la place de la verge une excavation de 3 à 4 centimètres de profondeur sur 12 de diamètre.

On appliqua sur la plaie des linges trempés dans l'eau froide. Le malade ne fut pas comme le précédent affecté de rétention d'urine les deux premiers jours. L'émission de ce liquide fut au contraire toujours facile jusqu'au moment où les efforts de la cicatrice vinrent placer au-devant de l'orifice du canal un lambeau du scrotum, qui fut excisé le onzième jour et nécessita l'introduction de la sonde. Le douzième jour, plusieurs eschares sont déjà tombées; on fait le pansement avec un mélange d'alcool vulnéraire et d'huile. L'odeur fétide disparaît.

Le 4 novembre, trente et un jour après l'opération, le malade part sans avoir jamais eu le moindre mouvement fébrile. On ne voit plus qu'une petite plaie circulaire de 0,04 de diamètre derrière le pubis. Le scrotum, détruit en partie, présente des plis latéraux qui ont déterminé l'ascension du testicule. L'odeur fétide a complètement disparu.

OBS. III. — A la fin de janvier 1849, M. Bonnet a fait à Lyon une troisième opération sur un vieillard de soixante et onze ans dans des conditions différentes de celles que présentaient les deux malades dont il vient d'être question.

Comme chez le premier, le cancer était borné au tiers antérieur de la verge; mais il avait dans le pli de l'aine, du côté gauche, une masse cancéreuse ulcérée et enflammée du volume d'un poing. L'amputation de la verge fut pratiquée avec la même facilité que chez le malade qui fait le sujet de la première observation.

L'extirpation de la tumeur du pli de l'aine fut longue et difficile.

Après avoir enlevé cette tumeur et lié les principaux vaisseaux, on cautérisa toute la surface de la plaie avec des fers rouges. Grâce à cette cautérisation, les suites furent aussi simples que chez les autres malades. Le premier jour, la difficulté d'uriner causa seule des douleurs, et trente-six heures après l'opération, le suintement goutte à goutte de l'urine étant insuffisant, on fut obligé d'introduire la sonde. Celle-ci fut encore nécessaire le troisième jour, après quoi le malade urina facilement. A partir du neuvième jour, les lambeaux mortifiés commencèrent à se détacher; le douzième jour, je revis le malade : une grande partie des eschares était tombée, l'émission de l'urine était facile, et tout faisait prévoir que la guérison complète ne se ferait pas longtemps attendre.

A la lecture de ces faits, on doit être frappé de l'innocuité de la méthode proposée par M. Bonnet, et de la possibilité d'en obtenir des guérisons aussi promptes et aussi durables qu'avec l'instrument tranchant et la ligature, qui d'ailleurs ne jouissent point, comme le fer rouge, de l'avantage incontestable de trouver leur application dans la grande majorité des cas, depuis le cancer le plus limité jusqu'à celui qui a détruit la totalité de l'organe.

Procédé opératoire. — Après avoir disposé des fers cultellaires sur un réchaud, on procède à la chloroformisation. Le sommeil obtenu, et des compresses imbibées d'eau froide étant disposées autour de la verge, un aide saisit cet organe avec une pince de Museux; puis le chirurgien placé à la gauche du malade s'arme d'un fer rouge, et le place, en appuyant légèrement, sur le dos de la verge, dans la partie saine et perpendiculairement à l'axe de cet organe. La section de la peau et de la cloison fibreuse sous-cutanée exige souvent plu-

---

Le président. C'est tout ce que vous savez?

M. Gannal. Oui, monsieur le président.

Le président. Allez vous asseoir.

Pends-toi, ô Philippon! ou assure au plus tôt à ton *Journal pour rire* l'active collaboration de M. Gannal, qui va, dit-on, se faire breveter comme inventeur de la réclame en action.

Ce genre, encore peu connu dans le monde industriel, fera tomber, nous l'espérons, toutes ces anciennes formules frappées de discrédit, et qui tentent parfois encore de galvaniser le public blasé sous forme d'histoire, d'entre-filets ou d'anecdote.

Parmi ces dernières, le hasard nous en a fourni une qui, par sa crudité et sa maladresse nous a vivement affligé, car elle préconisait un homme d'un talent réel, occupant dans le monde et dans la sphère scientifique un rang élevé; chirurgien des hôpitaux de Paris, académicien : en un mot, M. Jobert (de Lamballe).

Nous sommes convaincu que notre honorable confrère est entièrement étranger à cette malheureuse et informe élucubration, et nous croyons devoir remplir un devoir en le prévenant de se mettre en garde contre des admirateurs dont la main assomme en voulant caresser.

Déjà le nom du journal, et la rubrique surtout sous laquelle se trouve l'article, est une bien mauvaise recommandation. Le *Corsaire*, feuille des boudoirs, des coulisses et des mœurs faciles, publie journellement sous le titre: *Nouvelles à la main*, tous les *anas* qui ont fait la réputation des Maupin et des Sophie Arnould, et dont sont impitoyablement bannis la décence et le bon goût. C'est dans cet étrange recueil que se trouve l'article à l'adresse de M. Jobert (de Lamballe).

Comme il faut toujours, dans les *Nouvelles à la main*, que la luxure soit primitivement allèchée, le *faiseur* se conforme au précepte et débute ainsi : « Le jeune Thomas Diafoirus ayant promis à sa maîtresse le spectacle d'une dissection comme chose gracieuse et d'un haut régal... » L'imagination des gens du monde, éveillée par la présence d'une jeune femme dans un amphithéâtre d'anatomie et au milieu de gais compagnons, le *faiseur* quitte tout à coup cette route, et entre franchement dans la voie de la réclame. — Nous citons :

« ... Nous l'avons cru sur parole, et dans un temps où les puissances sont si rares, nous avons voulu nous donner la jouissance d'une matinée d'amphithéâtre. Dans ce but nous nous sommes acheminé vers l'hôpital Saint-Louis.

» Il est impossible d'être servi plus à souhait. Au moment où nous entrions, le savant et habile chirurgien, Jobert (de Lamballe), retroussait ses manches, se ceignait la taille d'un tablier blanc, et allait commencer ses curieuses et scientifiques opérations.

» Voici ce que nous avons vu, non sans aller respirer l'air deux à trois fois, et pour cause.

» Un individu se présente, le front et les sourcils emportés par une tentative de suicide. M. Jobert, avec la grâce que mettrait une petite-maîtresse à enlever un blanc de volaille, découpe sur le *sujet* une partie du cuir chevelu, l'applique sur la partie dépouillée, et le blessé se retrouve avec un front tout neuf et des sourcils qui n'ont pas encore servi.

» Un autre est privé du nez; l'habile chirurgien lui retire un morceau de peau de n'importe où, et lui fabrique un membre à dérouter les fabricants de nez de carton. Enfin M. Jobert (de Lamballe) refait des lèvres, des mentons, et tout ce qui concerne son état d'autoplaste, ce qui l'a fait surnommer le restaurateur en vieux de la face humaine par d'ignorants confrères que nous appellerons les chirurgiens envieux, et M. Jobert (de Lamballe) n'en restera pas moins le premier et le plus habile opérateur de notre époque. » (*Corsaire* du samedi 10 février 1849.)

Le seul conseil que nous puissions donner à M. Jobert (de Lamballe), se résume dans ce vers bien connu :

Un ennemi vaut mieux qu'un maladroit ami.

XX.

Nouvelles du choléra.

Un assez grand nombre de cas de choléra asiatique se sont déclarés dernièrement dans la commune de Feuchy; sur vingt-huit personnes attaquées du fléau, treize ont succombé. L'état sanitaire de la commune est beaucoup plus rassurant au moment où nous écrivons ces lignes. (*Courrier du Pas-de-Calais.*)

— On lit dans le *Journal de Fécamp* :

« L'épidémie qui a si cruellement sévi à Yport ayant disparu entièrement, les deux étudiants en médecine et en pharmacie et les sœurs de charité qui avaient été envoyés pour y soigner les malades ont quitté hier cette commune pour retourner à Rouen. L'état sanitaire d'Yport est aujourd'hui des plus satisfaisants. »

Saint-Pétersbourg, 30 janvier. — Journée du 26 janvier, 13 nouveaux malades, 8 guérisons et 4 décès (dont 1 à domicile).

Journée du 27, 17 nouveaux malades, 10 guérisons et 11 décès (dont 5 à domicile).

Vienne, 31 janvier. — Le choléra ne fait pas de grands progrès; mais nous serons obligés de traverser toutes les phases. Les symptômes du fléau se montrent partout; il sévit principalement dans les quartiers de la ville qui ont souffert de l'inondation.

— On a remarqué que les personnes vêtues de laine et de toile, immédiatement appliquée sur la peau, n'étaient point atteintes par le choléra.

La même remarque a été consignée par plusieurs médecins distingués sur l'usage du cidre pris en quantité modérée.

Enfin l'usage du tabac à fumer est, à bon droit, considéré comme un excellent préservatif.

On dit, mais les faits ne sont point encore assez nombreux, malheureusement, que les fruits du rosier sauvage (*vulg. g. e.*) sont un remède infaillible, même à la dernière extrémité.

sieurs fers rouges, et se prolonge deux ou trois fois plus longtemps que le reste de l'opération. Cette section obtenue, le fer rouge est enfoncé lentement dans le sein des corps caverneux, afin de coaguler le sang dans les vaisseaux et de prévenir son issue au dehors. Le reste de la cloison et la peau de la face opposée de la verge étant sectionné, on applique des compresses froides sur l'eschare, et l'opération est terminée sans hémorrhagie. Ce que nous venons de dire s'applique aux cas les plus simples, à ceux qui ne réclament que quatre ou cinq applications de fer rouge; mais lorsque le cancer envahit la peau des bourses ou celle de l'abdomen, l'opération se prolonge pendant un temps beaucoup plus long; car alors il faut enfoncer profondément les cautères et ne point craindre d'aller jusqu'au pubis, ainsi que cela a été pratiqué chez le sujet de la seconde observation; enfin si des glandes cancéreuses occupent la région de l'aine, comme dans l'un des cas cités plus haut, le chirurgien doit, après les avoir enlevées avec le bistouri, lier les vaisseaux, et promener sur la plaie des fers rouges qui agiront moins comme hémostatiques que comme préventifs de la phlébite et de la résorption purulente. Chez les trois malades dont on vient de lire l'histoire on n'a pas introduit de sonde dans le canal pendant ou immédiatement après l'opération; néanmoins cela peut se pratiquer, ainsi que le conseillent quelques auteurs.

L'opération pratiquée, voici ce qui se passe ultérieurement. Le malade n'éprouve pas le moindre mouvement fébrile les jours suivants; et ce qu'il y a de remarquable ici, c'est que cet état apyrétique, particulier au cas qui nous occupe, s'observe à un bien plus faible degré chez les individus qui ont subi l'application du cautère actuel sur une plaie produite par l'instrument tranchant. Le lendemain et le surlendemain de l'opération il y a une sorte de rétention d'urine; mais vers le troisième jour, et souvent le deuxième, les déjections urinaires s'exécutent facilement. Vers le huitième jour les eschares commencent à se détacher par fragments; elles tombent toutes en général du quinzième au vingtième jour. Enfin, pour compléter le tableau, répétons qu'il n'y a jamais d'hémorrhagie.

Cette méthode est donc aussi simple dans son exécution que dans ses suites, et le reproche de moyens barbares que Boyer lui adressait, lorsqu'il la considérait seulement comme hémostatique, après l'excision du pénis, ce reproche, dis-je, ne lui sera adressé que par ceux qui ignorent la puissance des ressources fournies par les caustiques dans la guérison des affections chirurgicales les plus variées.

Si M. le professeur Bonnet, qui a déjà si souvent appelé l'attention des médecins sur les bons effets de la cautérisation, a étendu à l'amputation partielle ou totale de la verge l'application d'une méthode déjà connue par ses vertus hémostatiques, il est évident qu'il s'est proposé de prévenir les accidents qui suivent l'incision de tissus aussi vasculaires que les corps caverneux, et de conjurer les plus formidables d'entre eux, je veux parler de la phlébite et de la résorption purulente. Les corps caverneux communiquent, comme on le sait, avec les veines du bassin, et ces communications sont si larges, qu'il suffit de plonger dans un des corps caverneux le bec d'une seringue remplie de matière à injection, et d'y pousser cette matière pour faire pénétrer le liquide dans toutes les veines du bassin. On conçoit que, dans ces conditions anatomiques, l'inflammation qui accompagne si souvent les plaies par incision, peut, après avoir envahi le tissu caverneux, se propager plus loin et déterminer une phlébite suppurative des veines du tronc, dont le résultat inévitable serait la résorption purulente et la mort. C'est à l'ignorance de toutes ces circonstances que l'on doit attribuer la répugnance de Boyer et de ses prédécesseurs pour le cautère actuel employé seul dans l'amputation du pénis.

Il ne suffit point de dire que dans la méthode que nous décrivons on enlève la partie malade en produisant une plaie qui repose sur des tissus sains; il ne suffit pas non plus d'établir la supériorité du fer rouge sur la ligature, qui est presque abandonnée aujourd'hui, et sur l'ablation avec l'instrument tranchant proposée comme méthode générale par les modernes; il faut encore indiquer les circonstances particulières à l'aide desquelles on réalise les conditions du succès. Sans doute la cautérisation à l'aide du feu, pratiquée par Scultet et d'autres chirurgiens, peut être considérée jusqu'à un certain point comme préventive de la phlébite et de la résorption purulente; mais ce moyen, appliqué de cette manière, ne jouit plus, comme dans le procédé de M. Bonnet, des vertus hémostatiques qui doivent le rendre précieux aux praticiens. Ainsi on a remarqué qu'il fallait éteindre un plus grand nombre de fers rouges, même après des ligatures sur une plaie produite par le bistouri, qu'il n'en faut dans le procédé qui nous occupe pour amputer à la fois le pénis et arrêter l'hémorrhagie. Cela se comprend. Le feu, promené sur une surface incisée, ne coagule que le sang qui s'écoule des vaisseaux et n'atteint que difficilement celui qui est renfermé dans leur intérieur. Dans l'amputation de la verge, au contraire, le feu coagule le sang dans les vaisseaux avant de les avoir divisés, et de là une règle opératoire établie par M. Bonnet, c'est de ne pas trop appuyer le cautère lorsqu'on pratique l'amputation du pénis, afin de ne point couper les vaisseaux avant que le sang ne soit coagulé dans leur intérieur. Il faut aussi avoir soin de se munir d'un fer ayant de fortes dimensions dans tous les sens et supporté par un long manche, pour qu'il ne se refroidisse que le moins vite possible, et qu'il soit plus facile à saisir.

HOPITAL NECKER.

Observations sur une urine réellement laiteuse et sur la composition du sang des capillaires;

Par M. O. Reveil, interne.

ANALYSE D'UNE URINE LAITEUSE.

M. Rayer, dans le premier volume de son *Traité des Maladies des reins*, a scrupuleusement analysé les observations d'urines laiteuses qui avaient été publiées, et il a été conduit à conclure qu'il n'en existait peut-être pas une bien authentique. Ces observations sont divisées en cinq classes: « 1° Urines véritablement laiteuses, dont on ne possède pas d'exemples bien avérés; 2° urines d'apparence laiteuse, coagulables par la chaleur et les acides, mais dans lesquelles les auteurs n'ont parlé ni de l'existence des globules graisseux, ni de celle du caséum; 3° urines chyleuses; 4° urines purulentes; 5° urines chargées de mucus, tenant en suspension de l'acide urique, des urates ou des phosphates insolubles. »

Le fait que je vais signaler ne laisse, je crois, aucun doute sur l'existence des urines de la première classe, c'est-à-dire de celles qui renferment réellement du lait.

Bien souvent, et au moins quatre fois, depuis que je suis attaché aux hôpitaux de Paris, c'est-à-dire depuis cinq années, j'ai eu à analyser des urines renfermant du lait; mais toujours aussi, j'ai acquis la certitude que ces urines laiteuses étaient le résultat d'une fraude. Une seule fois mes doutes n'ont pas été bien éclaircis. J'étais alors interne du service de M. Guersant père, à l'hôpital des Enfants: j'eus à examiner 100 gram. d'urine qui renfermait réellement du lait; l'enfant qui avait fourni cette urine était âgé de trois ans; mais comme il n'avait pas uriné en ma présence, et que les urines ne furent laiteuses qu'une seule fois, le fait me parut trop douteux pour qu'il pût être livré à la publicité.

Dans le cas actuel, je puis certifier que les urines sur lesquelles j'ai opéré ont été recueillies par moi de manière à ne laisser aucun soupçon de fraude. Il s'agit d'un enfant âgé de vingt-deux mois, allaité par sa mère; j'ai recueilli les urines directement dans un verre à pied très propre; je faisais uriner l'enfant deux ou trois fois par jour, à des heures où je n'étais pas attendu dans la salle.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation était couché au n° 10 de la salle Sainte-Thérèse de l'hôpital Necker, service de M. Trousseau. Au moment de l'émission, l'urine est d'un blanc laiteux, légèrement jaunâtre; abandonnée à elle-même, il se rassemble à la surface une couche d'une matière blanche crémeuse, due à la réunion de la matière grasse; au fond du vase, on trouve un dépôt blanc formé par un peu de mucus, du caséum et quelques globules butyreux.

L'éther rend ces urines transparentes, et la chaleur les coagule. Après ces deux expériences, j'ai dû agir plus méthodiquement, et rechercher la présence des principaux éléments du lait, c'est-à-dire les globules butyreux, le caséum, l'albumine, le sucre. Voici comment j'ai opéré:

Globules butyreux. — Une goutte d'urine étant soumise à l'examen microscopique, on aperçoit une multitude de globules graisseux, parfaitement arrondis, d'un diamètre variable, très faciles à distinguer du mucus, à bords frangés, et des fragments irréguliers d'albumine coagulée, tel qu'on l'observe dans les urines lactescentes renfermant du pus..... D'ailleurs, ne m'en rapportant pas à moi pour une observation microscopique, j'ai eu recours à l'expérience éprouvée et à l'extrême obligeance de mon ancien maître M. Quévenne, qui, comme moi, a très bien reconnu les globules graisseux. J'ai ensuite fait évaporer 50 grammes d'urine à une très douce chaleur, le résidu a été repris par l'éther; la liqueur décantée avec soin, puis évaporée de nouveau avec précaution, a laissé un résidu de matière grasse tachant fortement le papier.

Albumine. — L'urine filtrée est transparente, elle est coagulée par la chaleur, le coagulum est abondant: donc cette urine renferme de l'albumine.

Caséum. — Après avoir été ainsi chauffée, l'urine a été filtrée de nouveau et soumise à l'ébullition pendant une minute avec quelques gouttes d'acide azotique: le trouble a d'abord été peu considérable; mais par le refroidissement, il s'est déposé une matière blanche que je crois être du caséum.

Sucre. — La présence des globules butyreux, de l'albumine, de la caséine, n'aurait pas suffi, selon moi, pour conclure à la présence du lait, car souvent les urines renferment des matières grasses, de l'albumine surtout, et les caractères entre celle-ci et la caséine ne sont pas assez tranchés pour qu'il ne soit pas permis de les confondre; d'ailleurs, l'isomérisme de ces deux matières pourrait bien faire supposer la transformation de l'albumine en caséum. J'ai donc dû rechercher le sucre, et comme la présence de cette substance devait arrêter mon opinion, j'ai apporté tous mes soins à cette recherche.

Voici comment j'ai opéré: L'urine filtrée a été acidulée par l'acide sulfurique, et soumise à l'action de la chaleur; filtrée de nouveau, elle était parfaitement transparente, une petite portion a été mise bouillir avec le réactif de Barreswil (tartrate de potasse et de cuivre); la liqueur, d'abord bleue, a été colorée en jaune-rougeâtre avec précipité, indice certain de la réduction du sel cuivrique en oxyde cuivreux. Cette expérience, quoique concluante, ne m'a pas suffi: 100 grammes d'urine privée d'albumine et de caséine, par l'ébullition avec l'acide sulfurique, et filtrée, ont été mis en contact avec 2 grammes de levure de bière qui avait été lavée longtemps à l'eau distillée; le mélange introduit dans un flacon auquel j'ai adapté un tube aboutissant à une cloche de mercure; le tout a été soumis à une température variant entre 28 et 30 degrés; vingt-quatre heures après, la cloche était moitié pleine; j'ai transvasé le gaz, qui, traité par la potasse, n'a pas été complétement absorbé; il est resté 2 pouces cubes environ d'un gaz incolore, présentant toutes les propriétés de l'air; vingt-quatre heures plus tard, j'ai recueilli 6 pouces cubes de gaz acide carbonique complétement absorbable par la potasse. Je n'ai pas cru devoir pousser l'expérience plus loin. Comparativement, 2 grammes de la même levure mis, dans les mêmes circonstances, avec 100 grammes d'urine normale, ont donné à peine deux bulles de gaz.

Toutes les urines sur lesquelles j'ai opéré avaient été rendues dans les dernières vingt-quatre heures; j'en recueillais le plus souvent de 125 à 180 grammes. Ces urines, mises en contact d'une petite quantité de présure, la liqueur est devenue visqueuse, mais ne s'est pas prise en masse, comme cela serait arrivé si la quantité de lait eût été plus considérable. Il me parut inutile de rechercher l'acide butyrique, comme cela m'avait été conseillé; car, pour cela, il eût fallu distiller, et d'après Berzélius, l'urine normale dégage de l'acide butyrique à la distillation.

Un mélange fait avec 100 grammes de mon urine et 25 grammes de lait de vache représente absolument les mêmes caractères chimiques.

Je conclus donc à la présence du lait dans l'urine que j'ai analysée, ou du moins je puis assurer que j'y ai constaté la présence des principaux éléments du lait, c'est-à-dire l'albumine, la caséine, les globules butyreux et le sucre.

Maintenant, d'où vient ce lait? Comment est-il arrivé dans la vessie? C'est là une question difficile, et que je ne me permettrai pas de trancher. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées à cet égard: Le lait a-t-il été sécrété par les reins? Cela n'est pas probable. A-t-il été absorbé, et les reins l'ont-ils laissé passer? Cela pourrait être, et cependant l'extrême exiguité des capillaires semblerait s'opposer à ce passage; mais si on se rappelle que les globules butyreux sont liquides et limités par une membrane extensible, cette dernière opinion paraîtra plus probable. Ou bien enfin, puisqu'il y a des cas dans lesquels les urines renferment des matières grasses, dans d'autres, du sucre, de l'albumine, ne serait-il pas possible qu'il y eût un cas pathologique particulier dans lequel l'urine renfermerait tous ces éléments à la fois?

C'est aux physiologistes et aux pathologistes à élucider cette question; mais jusqu'à ce que de nouveaux faits soient venus la résoudre, je persiste à dire que l'urine que j'ai analysée renfermait du lait, ou au moins les éléments de cette substance.

NOTE SUR LA COMPOSITION DU SANG DES CAPILLAIRES.

Le sang des capillaires a absolument la même composition que le sang veineux; plusieurs analyses qu'il serait trop long d'énumérer, et qui trouveront place dans un autre travail, viendront prouver ce fait d'une manière incontestable. J'ai voulu, dans cette note, appeler l'attention du public sur un fait curieux que présente le dégorgement des sangsues par la pression.

Le sang qui a servi à mes analyses a été extrait par les ventouses. J'ai voulu aussi analyser du sang sucé par des sangsues; pour cela, j'ai pris d'abord 60, puis 100 sangsues au moment où elles étaient gorgées de sang, et je les ai dégorgées par la compression, de manière à faire sortir le sang par la ventouse buccale; tout *le sang écoulé était exempt de fibrine*, celle-ci resta dans la sangsue; en un mot, il s'opéra une véritable analyse. On peut expliquer ainsi pourquoi, malgré tous les soins pris, les sangsues ne peuvent servir qu'au bout d'un ou deux mois; il faut attendre qu'elles aient *digéré la fibrine que la compression n'a pu leur enlever.*

Nouveau cas d'empoisonnement mortel produit par le chloroforme.

Pendant que l'Académie décidait que Maria Stock n'était pas morte par l'action du chloroforme et que quelques académiciens niaient même que le chloroforme eût jamais produit des accidents mortels sur l'homme, le fait suivant se passait à l'Hôtel-Dieu de Lyon dans le service de M. Barrier. Nous le reproduisons tel que ce médecin l'a communiqué à l'Union médicale et avec les réflexions dont il l'accompagne. Nous ajouterons nous-même quelques mots à la suite de ces réflexions et de l'observation.

Observation. — J. Verrier, âgé de dix-sept ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Louis, n° 45, le 24 janvier 1849. Il est d'un tempérament lymphatique, d'une constitution assez bonne. Cependant, il porte aux jambes des cicatrices d'abcès froids, qu'il attribue aux travaux de sa profession de mineur. Il vient à l'hôpital pour une maladie du médius de la main droite, consistant en une nécrose complète de la première phalange avec suppuration, fistules et fongosités des deux articulations dont cet os fait partie. La maladie ne pouvant guérir que par une opération, celle-ci est arrêtée pour le 31 janvier. On se propose d'amputer le doigt et de réséquer au besoin la tête du métacarpien.

Le jour venu, après s'être assuré que le malade jouit d'ailleurs d'une bonne santé et n'a pris aucun aliment, on le fait placer sur un lit et on le soumet à l'inhalation du chloroforme, qu'il a désirée et qui ne lui inspire aucune appréhension. Le flacon qui renferme l'agent anesthésique est le même qui a servi un instant auparavant à endormir une jeune fille chez laquelle tout s'est passé régulièrement. On se sert comme d'ordinaire d'une compresse à tissu très clair étendue au-devant du visage, laissant un passage facile à l'air atmosphérique, et l'on verse le chloroforme par gouttes à plusieurs

reprises sur la portion de la compresse qui correspond à l'ouverture du nez. Deux aides très habitués à la chloroformisation en sont chargés et explorent en même temps le pouls aux radicales. L'opérateur surveille et dirige le travail des aides. Après quatre ou cinq minutes, le malade sent et parle encore ; une minute de plus s'est à peine écoulée que le malade prononce quelques mots et manifeste une légère agitation. Il a absorbé tout au plus 6 à 8 grammes de chloroforme, ou plutôt c'est cette quantité qui a été versée sur la compresse, et l'évaporation en a nécessairement entraîné la plus grande partie. Le pouls est resté d'une régularité parfaite sous le rapport du rhythme et de la force des battements. Tout à coup le patient relève brusquement le tronc et agite les membres, qui échappent aux aides; mais ceux-ci les ressaisissent promptement et remettent le malade en position. Ce mouvement n'a pas duré certainement plus d'un quart de minute, et cependant l'un des aides annonce immédiatement après que le pouls de la radicale a cessé de battre. On enlève le mouchoir; la face est profondément altérée. L'action du cœur a cessé tout à fait : plus de pouls nulle part, plus de bruits dans la région du cœur. La respiration continue encore, mais elle devient irrégulière, faible, lente, et cesse enfin complétement dans l'espace d'une demi-minute environ.

Au premier signal donné, on a dirigé des moyens énergiques contre les accidents, dont la gravité a été immédiatement comprise. On approche un peu d'ammoniaque sur un linge de l'ouverture du nez ; on en verse une grande quantité sur le thorax et sur l'abdomen, que l'on frictionne avec force. On cherche à irriter avec la même substance les parties les plus sensibles des téguments, telles que les lèvres et la muqueuse génitale. On applique de la moutarde; on incline la tête hors du lit; enfin, on cherche à ranimer la respiration par des pressions alternatives sur l'abdomen et sur la poitrine. Après deux ou trois minutes, la respiration reparaît et prend même une certaine ampleur, mais le pouls ne se relève nulle part. On insiste sur les frictions. La respiration se ralentit de nouveau et cesse encore une fois. L'espérance qu'on avait conçue s'évanouit. On insuffle de l'air dans la bouche et jusque dans le larynx en portant une sonde à travers l'ouverture de la glotte, parce qu'en soufflant dans la bouche on s'aperçoit que l'air passe dans l'estomac. Des fers à cautère ayant été mis au feu dès le début des accidents, le chirurgien cautérise énergiquement les régions précordiale, épigastrique et prélaryngienne. Le pouls ne reparaît point. On continue pendant plus d'une demi-heure tous les efforts imaginables pour ramener le malade à la vie ; ils restent inutiles.

L'autopsie n'a pu être pratiquée que soixante-douze heures après la mort, parce que le corps, reclamé d'abord par les parents, a été ensuite abandonné. La température étant assez froide, le cadavre n'offre pas encore de traces de décomposition. La rigidité est même encore assez prononcée dans les membres. Les traits n'offrent pas d'altération particulière. L'examen de tous les organes est fait avec soin.

L'estomac contient environ 45 grammes d'un liquide épais couleur lie-de-vin, qui ne ressemble point à un liquide alimentaire. Il est distendu par des gaz, ainsi que le reste du tube digestif, sain d'ailleurs. Le foie et la rate sont un peu congestionnés.

Le cœur, d'un volume normal, est affaissé, vide d'air et de sang. Les parois ventriculaires sont seulement humectées par une écume fine, très rouge, donnant l'idée d'un peu de sang qui aurait été battu, fouetté par les colonnes charnues du cœur. Les veines caves et la veine-porte sont distendues par un sang noir, fluide, très abondant. Sur la valvule d'Eustachi, on trouve un caillot fibrineux, peu consistant, du poids de 4 à 5 grammes. C'est le seul qu'on rencontre dans les cavités du cœur et des gros vaisseaux. On a d'ailleurs ouvert ces cavités avec assez d'attention pour être sûr qu'aucun fluide aériforme n'y était accumulé en quantité notable.

Les poumons se sont rétractés fortement à l'ouverture du thorax ; ils offrent une teinte noire-ardoisée très prononcée. Leur coupe offre la même teinte; leur tissu est sain d'ailleurs. Le larynx et la trachée n'offrent aucune lésion ; le cerveau est intact. Les sinus de la dure-mère contiennent une assez grande quantité de sang noir non coagulé. (Observation recueillie par MM. Bretin et Petit, internes du service.)

Je ne ferai pas suivre de longues réflexions le récit de ce fait, qui en dit assez par lui-même. Cependant je dirai qu'à mon avis, en raison du procédé suivi pour l'inhalation et de l'état dans lequel on a trouvé à l'autopsie les appareils respiratoire et circulatoire, ce n'est pas à l'asphyxie proprement dite qu'il faut attribuer la mort. Dans l'asphyxie, c'est le poumon ou quelque autre partie des voies aériennes qui devient le point de départ de l'obstacle apporté à la circulation. Le sang s'arrête de proche en proche dans les cavités droites du cœur et dans le système veineux général. Or, dans le cas qui nous occupe, l'artère pulmonaire contenait peu de sang, le ventricule et l'oreillette du côté droit étaient à peu près vides. Le système veineux seul était rempli. Loin d'avoir été dilaté par le sang arrêté dans son cours, le cœur était affaissé, vide, comme si une contraction tétanique s'en était emparée et s'était opposée brusquement au jeu de ses fonctions. Comme il n'y avait pas dans le cœur d'autre gaz que celui en très petite quantité qui, mêlé au sang, avait donné lieu à cette écume vermeille dont il a déjà été parlé, je ne pense pas qu'on puisse expliquer la mort en admettant qu'il y ait eu introduction de l'air dans le système circulatoire. Il n'y avait, d'ailleurs, aucune trace d'emphysème pulmonaire. Pour la lésion cadavérique, on ne trouve, en un mot, que la fluidité du sang. En résumé, la cause prochaine de la mort est, suivant moi, la cessation brusque des contractions du cœur consécutivement à une lésion de l'innervation nécessaire à cet organe. Cette lésion est sans doute l'effet du chloroforme; mais la manière instantanée dont elle a eu lieu ne peut s'expliquer que par une de ces prédispositions mystérieuses qui jouent un si grand rôle dans les maladies, et que, jusqu'à présent, nous n'avons aucun moyen de reconnaître d'avance.

Malgré la conviction que l'auteur exprime dans cette dernière phrase, il dit cependant, avant de commencer l'exposé du fait qu'il a observé, que jusqu'ici partisan déclaré du chloroforme, il ne sait s'il se décidera à en continuer l'emploi ou à l'abandonner, et que, pour éclairer sa conduite future, il livre ce fait à l'appréciation de la presse médicale.

Nous serons bref dans les réflexions que nous ajouterons à celles de notre savant confrère de Lyon. Si nos lecteurs ont eu la patience de lire la longue discussion à laquelle nous nous sommes livré à propos du rapport de M. Malgaigne, ils ne doivent pas avoir besoin qu'on leur montre en quoi le nouvel empoisonnement observé par M. Barrier confirme toutes nos opinions, et condamne les conclusions de la commission.

Disons d'abord que toutes les précautions indiquées par le rapport ont été prises par M. Barrier; que l'appareil qu'il a employé n'était nullement de ceux qu'a proscrits la commission, puisque M. Barrier, qui est assez bon juge pour que nous puissions l'en croire, nous assure que cet appareil laissait parfaitement passer l'air extérieur. Toutes ces précautions n'ont pas empêché les accidents de se manifester, première preuve de ce que nous avons toujours soutenu.

La quantité de chloroforme employée a été de six à huit grammes; mais il est évident que, dans un appareil (si ce nom est réellement convenable) comme celui qu'on a employé, la majeure partie d'un liquide aussi volatil que le chloroforme doit se répandre dans l'atmosphère, et la moindre partie pénétrer dans les voies respiratoires; deuxième et nouvelle preuve de l'erreur dans laquelle est tombé le rapporteur en professant que *huit* grammes ne seraient qu'une faible dose pour un homme.

On a trouvé à l'autopsie le sang fluide, et dans les ventricules de la *mousse sanguine*, cette mousse si précieuse au rapporteur; nouvelle preuve que la fluidité du sang et le développement de gaz dans le système vasculaire sont bien des lésions qui appartiennent à l'empoisonnement chloroformique.

Nous nous bornerons là; car lorsque des faits semblables viennent à se produire, on est plutôt disposé à regretter qu'à se féliciter d'avoir raison, et l'on ne peut faire qu'un seul vœu, c'est d'avoir raison le moins souvent possible.

Quant aux lumières que notre honorable confrère attend de la discussion pour se décider à continuer ou à cesser l'usage du chloroforme, ces lumières ne lui feront apercevoir absolument rien qu'il ne connaisse parfaitement. En présence d'une inhalation anesthésique, il aura toujours devant lui, d'un côté l'avantage de soustraire le malade à la douleur; de l'autre, l'inconvénient de l'exposer à des chances (très rares à la vérité), mais à des chances très réelles de mort, et que rien, dans l'état actuel de nos connaissances, ne peut faire éviter sûrement. En présence d'une pareille alternative, c'est dans sa conscience seule que chacun doit chercher des inspirations.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 février 1849. — Présidence de M. Boussingault.

M. Julien lit la note suivante sur la chirurgie des Chinois, note dont nous extrayons les passages suivants :

J'ai vu que depuis bien longtemps les Chinois font usage de l'écorce de grenadier pour détruire le ver solitaire, du seigle ergoté pour hâter les accouchements laborieux, de matières contenant de l'iode pour guérir les goîtres, d'eau salée tiède qu'ils font boire en quantité aux cholériques (moyen préconisé l'an dernier par les médecins russes), etc.

Dans un ouvrage de médecine chinois qui se trouve à la Bibliothèque nationale, et intitulé : *Kou-Kin-i-Tong*, ou *Recueil de médecine ancienne et moderne*, en cinquante volumes in-4°, livre dont la publication remonte au commencement du seizième siècle, on trouve les renseignements suivants dans une notice relative au médecin Hoa-Tho :

« Quand il reconnaissait qu'il fallait employer l'acupuncture, il l'appliquait en deux ou trois endroits. . . . .
» . . . Il donnait aux malades *une préparation de chanvre* » (ma-yo), *et au bout de quelques instants il devenait aussi* » *insensible que s'il eût été plongé dans l'ivresse ou privé de* » *vie*. Alors, suivant les cas, il pratiquait des incisions, des » amputations, etc. . . . . . Après un certain nombre de jours » le malade se trouvait rétabli sans avoir éprouvé pendant » l'opération la moindre douleur. »

Hoa-Tho a publié des planches anatomiques qui sont parvenues jusqu'à nous, et qui jouissent d'une grande réputation.

— M. Flon envoie une note sur le traitement préservatif du choléra. Il résulte, selon lui, de toutes les observations, que le choléra ne se développe jamais dans les lieux où il se dégage de l'ammoniaque.

Il conseille, en conséquence, le moyen suivant :

Produire sur tous le points où se déclare le choléra des dégagements de gaz ammoniacal suffisants pour agir sur l'atmosphère, et les prolonger jusqu'à la cessation de l'épidémie.

— M. de Beaufort présente une jambe artificielle qui permet d'éviter le mouvement de *faucher* par un mécanisme que nous ferons connaître dans une description spéciale.

— M. Pelouze communique au nom de M. Corenwinder, préparateur de chimie à Lille, une analyse des liquides chez les cholériques ; il signale les résultats suivants :

Les recherches ont été faites sur les déjections alvines, sur le sang et sur les matières contenues dans les petits intestins.

Les déjections alvines ne contenaient pas toujours de l'albumine; les analyses lui ont donné les nombres suivants :

Albumine.	Sel marin.	Eau.
0,28	0,384	98,76
Néant.	0,380	98,76
0,086	0,504	98,18

Les matières retirées des intestins lui ont fourni des quantités d'albumine qui ont varié entre 1,5 et 2,2.

Dans le sang extrait d'un cadavre, il a constaté les quantités suivantes d'eau et de sel marin :

	Eau.	Chlorure de sodium.
1er essai.	75,330	0,185
2e —	75,110	0,275
3e —	75,110	0,212
4e —	75,000	0,069

Enfin, la composition du sérum extrait pendant la vie se représente par les nombres suivants :

Eau.	87,
Albumine.	9,558
Sel marin.	0,531

L'auteur tire de ces analyses les conclusions suivantes :

On trouve une certaine quantité d'albumine dans les liquides intestinaux des cholériques ;

Peu de matière sèche, peu ou pas d'albumine, beaucoup de sel marin dans les déjections alvines.

La proportion de matière sèche augmente dans le sang ; le chlorure de sodium y diminue en quantité variable, pouvant aller jusqu'au cinquième du poids constaté dans le sang normal.

Enfin, la composition du sérum n'éprouve pas de variation notable.

— M. Richard lit une note sur l'*apios tuberosa*, plante à tubercules qu'il a commencé à cultiver et qui paraît devoir produire de beaux résultats.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 15 FEVRIER 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 19.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 14 FÉVRIER 1849.

Séance de l'Académie de Médecine.

Malgré la lecture de deux rapports importants, l'un, de M. J. Bourdon, sur les instructions nouvelles à donner aux médecins inspecteurs des eaux minérales; l'autre de M. Bricheteau, sur quelques faits relatifs à la contagion de la fièvre typhoïde, la séance a été exempte de toute discussion sérieuse, et s'est passée dans le calme le plus complet.

Nous n'avons, du reste, qu'à louer l'esprit dans lequel ont été faits les deux rapports. Nous nous attendions toutefois que M. J. Bourdon, en venant proclamer l'insuffisance des anciennes instructions médicales relatives aux établissements d'eaux minérales, aurait en même temps signalé et discuté les graves imperfections du régime administratif et même scientifique d'après lequel sont administrés ces établissements si importants pour la santé publique. Nous avons donc à regret constaté que ce point de la question était complètement resté dans l'ombre. Nous essaierons prochainement de signaler les améliorations qu'il y aurait à faire dans ce sens, en discutant quelques-uns des points traités dans le rapport de M. Bourdon, lesquels nous paraissent sujets à quelque critique, quoique nous adoptions complètement, nous le répétons, l'excellent esprit général du rapport.

Nous approuvons tout aussi complètement l'esprit du rapport de M. Bricheteau sur les faits relatifs à la contagion de la fièvre typhoïde, ainsi que la juste et peut-être trop douce critique qu'il a faite de ces faits. Nous ne nous permettrons de différer avec le savant rapporteur que sur un seul point: c'est qu'il paraît considérer comme concluants, en faveur de la contagion de la fièvre typhoïde, les faits recueillis par MM. Gendron, Bretonneau, etc., tandis que nous, au contraire, nous considérons ces faits comme très peu concluants, quoique nous nous plaisions d'ailleurs à reconnaître qu'ils ont été observés avec une tout autre sévérité que ceux de M. Montrol. Nous avons déjà discuté ces faits dans notre journal. Puisque la discussion ne s'est pas engagée à ce sujet, nous ne jugeons pas à propos de la recommencer nous-même.

M. Robert a heureusement clos la séance en communiquant un fait très intéressant dont on trouve les détails au compte-rendu. Nous avons constaté, au plus grand honneur de la médecine opératoire, l'agilité et la solidité de la marche chez une jeune opérée entièrement privée d'un pied, et ce succès pèsera grandement dans la balance en faveur de la méthode préconisée par M. J. Roux.

Séance de l'Académie des Sciences.

Les sciences médicales, ainsi qu'on l'a vu par notre compte-rendu, ont eu une assez grande part dans la dernière séance de l'Académie des sciences. M. Stanislas Julien est venu nous prouver, le manuscrit de Hoa-Tho à la main, qu'il n'y avait rien de nouveau sous le soleil, et que l'usage des agents anesthésiques est pour le moins renouvelé des Chinois. M. Julien nous a également appris dans sa note que les Chinois guérissaient plusieurs maladies dans le traitement desquelles nous sommes peu avancés, entre autres la rage et le choléra. Il est bien à regretter que le savant linguiste ne nous ait pas fait connaître les agents de ces cures merveilleuses; mais nos regrets ne paraissent pas devoir se prolonger longtemps, car M. Julien n'attend que la collaboration d'un médecin pour traduire complètement les traités de médecine des Chinois, et nous pensons qu'une pareille collaboration ne peut se faire désirer longtemps.

M. Flon fait mieux que de guérir le choléra; c'est un des nombreux inventeurs qui ont trouvé le moyen d'en empêcher le développement. On a vu dans notre dernier compte-rendu en quoi ce moyen consiste. La découverte de M. Flon n'a été que le résultat de recherches qui lui ont démontré que le choléra ne se développait jamais là où se développent spontanément des gaz ammoniacaux. Nous regrettons que M. Flon n'ait pas poussé ses recherches plus loin. S'il eût examiné le rapport du Conseil de salubrité sur la marche du choléra dans la ville de Paris en 1832, il aurait pu s'éviter une illusion fâcheuse.

M. Corenwinder a communiqué des analyses chimiques qui ne manquent pas d'un certain intérêt, sur le sang et les liquides intestinaux des cholériques; mais ces recherches auraient pour résultat le plus saillant, la présence de l'albumine dans les liquides intestinaux, l'augmentation de la *matière sèche* et la diminution du chlorure de sodium dans le sang. Mais dans le petit nombre d'essais tentés, les résultats obtenus ont varié dans des proportions assez notables pour que ces résultats ne puissent acquérir de l'importance que par la multiplicité des analyses.

Les agronomes et les chimistes s'occupent avec le zèle le plus louable de nous mettre à l'abri de la famine; par le temps qui court, on ne saurait leur en savoir trop de gré. Pendant qu'un échantillon de pain, fait avec moitié farine de froment et moitié farine de marrons d'Inde, échantillon qui était très beau à l'œil et passable au goût, était présenté, M. Richard lisait une notice intéressante sur les résultats qu'il a obtenus de la culture de l'*apios tuberosa*. Entre le tubercule qu'il a obtenu et celui qu'on trouve à l'état sauvage, il y a une assez grande différence pour que l'on puisse partager l'espoir du savant professeur, de voir ce tubercule s'agrandir et s'améliorer encore par la culture, et fournir ainsi à la population un aliment précieux. Cet espoir serait d'autant plus fondé que, d'après M. Richard, l'*apios tuberosa*, au lieu de renfermer, comme la pomme de terre, 20 à 25 0/0 de matière nutritive, en renfermerait 40 0/0.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Emphysème du tissu cellulaire sous-cutané.

Nous avons eu dans nos salles une femme qui a été atteinte d'une urticaire fébrile; son corps était tout couvert de plaques saillantes, accompagnées d'excessives démangeaisons. En même temps cette malade présentait une gêne assez grande de la respiration. Nous considérâmes cette affection comme peu sérieuse, et nous avions la conviction que dans un espace de temps assez court cette éruption, qui était apparue spontanément, disparaîtrait de même. Seulement, nous n'avions pas trouvé une de ces causes qui en assurent ordinairement la disparition prochaine, comme l'est souvent l'usage de certains aliments, de moules, par exemple. Nous nous demandâmes s'il n'y avait pas à craindre que l'exanthème passât à l'état chronique ou au moins sub-aigu, comme il arrive assez souvent. Mais bientôt nous fûmes convaincu que nos craintes étaient vaines. Au bout de trente-six heures il était parvenu à son terme, et avait presque entièrement disparu.

Il y a peu de jours, la malade s'est plainte d'un mal de gorge. Le cou était gonflé; en palpant la région tuméfiée on sentait sous le doigt une crépitation manifeste; le lendemain la tuméfaction et la crépitation s'étaient étendues jusqu'à la région mammaire en avant, et en arrière occupaient les deux tiers supérieurs de la poitrine. Par la simple inspection, voici ce que l'on observait. Les côtés du cou, le gauche surtout, étaient le siége d'un gonflement notable. En appuyant sur les points tuméfiés, on pouvait déplacer les gaz infiltrés dans le tissu cellulaire et qui soulevaient la peau. On déprimait un point pour en voir un autre se gonfler davantage, fait résultant de la communication des cellules entre elles. Au moment où nous vous présentons ces considérations le phénomène existe encore, et chacun de vous a pu le constater. Il occupe également une partie de la face. Pour entendre le bruit que nous avons signalé, il suffit d'appliquer un peu fortement l'oreille sur les points indiqués. Dans presque tous, et principalement dans ceux où les cellules sont plus étroites, on produit par la pression un bruit semblable à la décrépitation du sel projeté sur des charbons incandescents.

Un autre phénomène curieux et que nous ne devons pas passer sous silence est celui-ci : la percussion exercée légèrement sur le siége de la tuméfaction fait constater une sonoréité qui ne dépend pas du poumon. Il y a donc sur les parois de la poitrine deux résonances faciles à distinguer pour un observateur un peu exercé, l'une dépendant de la présence d'un gaz dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané, l'autre dépendant de l'état normal du poumon.

Ce n'est pas tout. La malade dont nous parlons a un peu de catarrhe pulmonaire. L'oreille perçoit donc aussi deux espèces distinctes de crépitation, l'une due à l'emphysème, l'autre à l'affection bronchique. On ne peut nier que cet ensemble de phénomènes ne constitue un cas extrêmement curieux.

Comment l'air s'est-il développé ou introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané? C'est là ce qui fait la gravité de la question. Y a-t-il eu là sécrétion d'un gaz? Le tissu cellulaire ne sécrète habituellement qu'une sorte de sérosité onctueuse. Dans l'état actuel de la science, une sécrétion d'air par ce tissu n'est pas admissible. Il est des parties du corps qui sécrètent des gaz, l'estomac, les intestins, par exemple. Sans cette sécrétion, la pénétration des matières alimentaires ne pourrait pas se faire aussi facilement, non plus que leur progression si les parois intestinales se touchaient. Dans l'appareil digestif on aurait donc tort de regarder la production des gaz comme le résultat de la décomposition des matières alimentaires. C'est une sécrétion normale et régulière, en même temps que nécessaire. La nature l'a établie dans l'intérêt de l'accomplissement de la fonction, qui sans elle serait évidemment gênée et pénible.

On a bien admis qu'il peut se faire dans le péritoine une sécrétion gazeuse; mais rien n'est moins prouvé que cette assertion. Pour notre part, nous professons, d'après l'observation de faits nombreux, que, toutes les fois que l'on a trouvé des gaz dans des organes qui n'en contiennent pas naturellement, on a rencontré l'explication de la production de ces gaz. Pour en revenir au fait particulier dont il s'agit ici, nous dirons que nous n'admettons pas une sécrétion morbide de gaz dans le tissu cellulaire sous-cutané de cette malade. Il faut de toute nécessité que l'air soit entré par une autre voie, par une ouverture anormale. Existe-t-il des maladies où pareille chose ait été observée? On lit dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* un travail important sur l'introduction de corps étrangers dans la trachée artère. Dans ce travail se trouve formulée la proposition suivante : Lorsqu'un corps étranger introduit dans le conduit aérien donne lieu à des quintes de toux très violentes, il arrive souvent qu'il s'engage dans le larynx et oblitère le passage. Les voies aériennes sont alors soumises à une dilatation très forte, et sous l'influence des efforts produits par cette circonstance, un emphysème du tissu cellulaire sous-cutané survient. La contraction des muscles inspirateurs agit sur la colonne d'air qu'elle comprime, et le point le plus faible des parois cède et se déchire. Cet emphysème du tissu cellulaire inquiète beaucoup les chirurgiens.

Tels sont les cas où l'on observe l'emphysème le long du cou. Dans le fait actuel, une cause de cette nature n'a-t-elle pas amené la déchirure des membranes qui tapissent l'intérieur des voies aériennes? La malade a-t-elle, comme on dit vulgairement, avalé de travers? Il est probable que non; elle ne s'en souvient pas du moins; de plus elle n'a jamais toussé en notre présence; ce qui ne veut pas dire cependant qu'il n'ait existé rien de pareil; mais, comme elle n'a pas d'intérêt à nous tromper, nous devons supposer qu'elle nous dit la vérité, et nous le répétons, avant d'avoir son urticaire, rien ne faisait supposer chez elle une affection des voies aériennes. Cependant elle a vomi; et c'est peu après ses vomissements qu'elle a été prise des douleurs qui ont précédé la tuméfaction du cou. Peut-être les efforts de vomissement ont-ils été la cause déterminante de la rupture qui s'est à coup sûr faite dans les voies respiratoires.

Comment s'est faite cette rupture? Cela est assez difficile à expliquer. Existait-il quelque maladie antérieure? Nous sommes obligé ici, pour arriver à quelque chose de positif, de passer en revue toutes les causes qui ont pu favoriser la production d'une déchirure. Mais, aucun corps étranger n'ayant pénétré dans les voies aériennes, on est conduit à se demander comment cette influence de quelques efforts de toux a pu agir sur la rupture de la muqueuse. Nous ne pouvons nous arrêter positivement à aucune possibilité. Rien ne nous fixe dans nos conjectures. Ce dont nous ne pouvons douter, c'est qu'il y ait déchirure; mais comment et par quel mécanisme s'est-elle produite? Nous sommes forcé d'avouer que nous l'ignorons absolument.

En présence d'un accident pareil que devions-nous faire? Nous fallait-il rester spectateur inactif d'une affection qui pouvait prendre de l'accroissement et finir par déterminer des lésions graves, des troubles fonctionnels sérieux, compromettre même la vie, déterminer l'asphyxie en pressant sur les bronches, et de la même façon que dans les cas où des corps étrangers ont pénétré dans la trachée artère? Nous pouvions avoir cette crainte. Mais cependant il y avait quelques différences. Lorsqu'un corps étranger a pénétré dans les voies respiratoires, la cause persiste et agit pendant un certain temps d'une manière continue. Ici rien de pareil n'existait. La malade tousse peu; si on peut parvenir par un moyen quelconque à faire qu'elle ne tousse plus du tout, nul doute que la cicatrisation ne se fasse et dans un laps de temps assez court. Nous nous sommes alors rappelé ce que l'on fait ou ce

que l'on tente au moins dans d'autres cas de déchirure, dans celles de l'intestin en particulier. On administre l'opium à dose narcotique; on endort le sujet, on narcotise tous ses appareils organiques, l'intestin comme les autres. La preuve en est que tous les individus qui prennent de l'opium sont constipés; or la constipation semble indiquer que les fibres de l'intestin se contractent avec moins de force et avec moins de fréquence. Endormez, engourdissez les fibres de l'intestin par l'administration à l'intérieur de préparations opiacées, vous arrêtez leurs contractions.

Dans un cas où nous fûmes appelé près d'un malade chez lequel une perforation intestinale était survenue, nous avons employé cette médication narcotique à haute dose, et nous avons triomphé de ce terrible accident. Nous n'avons, il faut cependant l'avouer, réussi que cette seule fois. Dans d'autres cas absolument semblables, nous avons essayé de nouveau, et nous n'avons pas eu le même bonheur. Si la perforation est petite, on comprend aisément que les chances de succès soient plus nombreuses. Mais dans des cas de ce genre, la perforation peut être petite tout comme elle peut être grande, et, comme on ignore son étendue, on ne peut savoir si les probabilités sont en faveur de la guérison. Quoi qu'il en soit, l'indication est d'employer l'opium, sinon pour guérir, au moins pour soulager la douleur atroce que détermine la chute des matières fécales dans la cavité de la séreuse péritonéale.

Raisonnant par analogie, nous avons pensé que dans le cas actuel notre devoir était d'endormir la malade, et nous avons eu recours aux narcotiques. Nous lui avons fait prendre 60 centigrammes d'extrait gommeux d'opium dans l'espace de vingt-quatre heures. Cette forte dose d'un principe aussi actif ne devait pas être administrée empiriquement et sans que l'on tînt compte des phénomènes qui se produisaient au fur et à mesure de son ingestion; une personne intelligente devait surveiller son emploi. Quant au mode d'administration, nous avons préféré à la forme pilulaire la forme liquide, et nous avons fait dissoudre ou suspendre la quantité ci-dessus indiquée d'extrait thébaïque dans douze cuillerées de véhicule approprié. La raison qui nous a fait préférer cette forme à la forme pilulaire est celle-ci : que nous avons besoin d'une action très rapide, nous n'avons pas le temps d'attendre. Or, lorsque l'on fait avaler des pilules aux malades, il peut arriver que cinq ou six d'entre elles, par des circonstances particulières dont on n'est pas le maître, ne se dissolvent pas au moment de leur ingestion, s'accumulent dans un point de l'estomac ou de l'intestin, et viennent à se dissoudre toutes à la fois lorsque naîtra une circonstance favorable à leur décomposition et à leur absorption.

De cette potion de 180 grammes, la malade avait pris la moitié le soir, c'est-à-dire 30 centigrammes d'extrait d'opium; elle était assoupie, entendait parfaitement ce qu'on lui disait, et ne dormait pas complètement. Le chef de clinique lui fit prendre deux cuillerées à la fois, et elle a achevé le reste pendant la nuit. Le lendemain matin, nous avons trouvé encore la malade trop éveillée, et nous lui avons prescrit la même dose que la veille dans le but de la condamner à un repos absolu de tous les organes et en particulier de l'appareil vocal.

Au moment où nous vous exposons les particularités de ce fait, nous constatons que l'emphysème depuis quarante-huit heures s'est modifié d'une manière très notable. L'épanchement du gaz dans le tissu cellulaire s'est circonscrit; il y a bien encore un peu de crépitation dans le voisinage de la clavicule; mais, d'après l'ensemble des symptômes, nous sommes très porté à croire que l'ouverture qui donnait passage à l'air commence à se rétrécir; hier, la malade a pris encore 30 centigrammes d'extrait d'opium; elle est maintenant dans un état de somnolence continuel et qui paraît lui être assez pénible, mais dans lequel nous voulons cependant la maintenir encore, puisque ce moyen est le seul de l'empêcher de faire aucun effort soit en parlant, soit en toussant. Tout nous porte à croire aujourd'hui que toute crainte est dissipée. Le pouls est tombé de 120 à 68; la respiration, au lieu de donner 40, ne donne plus que 18 par minute. Nous continuerons cependant encore l'opium pendant quelque temps; car, sous l'influence du moindre effort, l'ouverture pourrait se rétablir et les accidents reparaître avec la même gravité que pendant les premiers jours.

Profitons de cette occasion qui nous est offerte pour vous présenter quelques considérations sur ce que l'on a appelé en médecine les *pneumatoses*, affections qui ne sont le plus souvent que des symptômes.

On donne le nom de *pneumatoses* à deux sortes de maladies, caractérisées toutes les deux par la présence de gaz ou de l'air :

1° Soit dans des organes ou appareils qui en contiennent naturellement une certaine quantité, mais qui par intervalles en renferment un tel volume qu'ils en sont distendus au point de troubler la santé et l'exercice normal de la fonction;

2° Soit dans des organes qui n'en doivent pas contenir à l'état normal et où il constitue un phénomène morbide.

Le plus ordinairement, la présence de l'air dans une de ces deux conditions ne constitue qu'un symptôme, lequel a souvent de l'importance. Vous trouverez cependant dans les pneumatoses quelques cas exceptionnels curieux, plus sous le rapport scientifique que sous celui de la pratique. Suivant les divisions que nous venons d'établir pour la nature des pneumatoses, nous allons en faire deux classes que nous étudierons successivement.

1° Pneumatoses par excès de gaz dans des organes qui en contiennent naturellement.

Dans cette première classe, nous comprenons les pneumatoses des voies aériennes et des voies digestives. Les voies aériennes reçoivent l'air atmosphérique, lui font subir des changements et l'expulsent au dehors. Cet air pénètre dans le poumon dans des conditions déterminées, et en sort dans des conditions nouvelles, résultant du travail chimique organique qu'il a subi lorsqu'il s'est trouvé en contact avec le sang noir des veines. A ces pneumatoses des voies aériennes se rattache l'emphysème du poumon; il semble que la maladie commence sans aucun changement dans la facilité d'introduction de l'air dans le poumon, mais avec un peu plus de difficulté pour la sortie. En d'autres termes, il semblerait que l'air sort du poumon en moins grande abondance qu'il n'y est entré; que le poumon reste comme soufflé. Mais, outre cet inconvénient matériel et pour ainsi dire mécanique, voici encore ce qui se passe et ce que l'on doit noter : l'air, une fois qu'il a pénétré dans le poumon, y subit, avons-nous dit, un travail de décomposition partielle. Il perd une partie de ses propriétés respirables; par conséquent il devient nuisible, et l'on comprend facilement de quelle importance est son séjour dans les vésicules pulmonaires.

Ainsi donc, sous l'influence de causes que nous apprécierons autre part, l'air qui entre difficilement dans le poumon en sort plus difficilement encore; les nouvelles portions d'air n'y entrent qu'avec une difficulté plus grande également : d'où gêne de la respiration, essoufflement habituel, suffocation, et production de ce que le vulgaire connaît sous le nom d'accès d'asthme.

Dans la deuxième section de cette première classe des pneumatoses, nous rangerons celles des organes digestifs. L'appareil digestif contient naturellement de l'air mélangé, en certaine quantité, d'une proportion donnée de gaz particuliers résultant de l'accomplissement de l'acte de la digestion.

Si ces fluides gazeux s'accumulent dans l'intestin en trop grande quantité, leur présence constitue une véritable maladie. Il est d'autres affections où l'absence d'air en quantité suffisante deviendrait une sorte de pneumatose par défaut. Dans la colique saturnine, par exemple, le volume du ventre diminue, l'abdomen est rentré en dedans; les gaz ont disparu.

Cette circonstance constitue un point de la pathologie des affections saturnines qui n'a pas été suffisamment étudié, et je crois utile d'appeler toute votre attention sur cette forme particulière de la pneumatose.

Les causes qui peuvent produire cette accumulation de l'air dans l'intestin peuvent être ou générales ou locales. Générales, comme, par exemple, l'influence du système nerveux et de certains troubles de ce système. Dans l'hypochondrie, vous rencontrez souvent des malades dans l'intestin desquels se produit une quantité extraordinaire de gaz qui distendent le ventre et occasionnent des malaises incroyables : d'où nécessité de rendre continuellement ces gaz par haut et par bas. Quelquefois la compression exercée par les intestins distendus sur le diaphragme et, par suite, sur les organes thoraciques détermine des palpitations, de l'oppression, etc.

Dans plusieurs maladies aiguës, dans la fièvre typhoïde, par exemple, et dans les maladies nerveuses que nous venons de signaler, tout porterait à croire qu'il se fait dans l'intestin une sécrétion gazeuse. Il n'est cependant pas toujours nécessaire qu'il en soit ainsi. Nous dirons, dans un prochain article, les principales conditions de production de ces gaz.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Affection du pied. — Amputation.

Je vais vous parler d'une malade qui est dans notre salle depuis longtemps; c'est une fille âgée de vingt-trois ans, qui était entrée il y a trois ou quatre mois pour une maladie du pied. Ce mal, déjà ancien, présentait les signes de la carie avec fractures et nécrose des os du tarse. Le stylet, porté par les fistules qui existaient à la peau, permettait de constater ces lésions, et de reconnaître que l'affection se portait sur plusieurs os, et notamment sur l'astragale et le calcanéum. J'ai insisté dans le temps pour vous montrer quel était le meilleur remède; j'ai voulu pratiquer l'amputation, les parents et la jeune fille ont résisté à mes conseils, en me priant de tenter la guérison; et comme il était permis d'avoir quelque espoir de l'obtenir en enlevant le séquestre, j'essayai. Une première opération fut pratiquée dans ce but. La maladie des os a continué de s'étendre; il y a des os en suppuration; il n'y a pas possibilité de guérir cette jeune fille en conservant son pied. Nous pratiquerons l'amputation.

Il y a ici un enseignement. Dans les maladies des os du pied, le chirurgien est quelquefois dans un grand embarras.

Il est de règle de n'enlever que ce qui est absolument indispensable; car tout ce qu'on pourra laisser du membre sera utile. Cette règle d'humanité est entourée de dangers, parce qu'on s'expose à laisser des parties d'os malades, et par conséquent à pratiquer plusieurs opérations au lieu d'une. Il faut, en ce cas, envisager deux points: on enlève le moins possible, mais avec risque de laisser des parties malades; ou on enlève un peu plus, et l'on court le risque d'enlever des des parties qui auraient pu être conservées. Tout est dans l'appréciation exacte du chirurgien; et encore, pour les os du pied, on court souvent le danger de laisser quelque chose, parce qu'il est très difficile de savoir si le mal s'arrête précisément à tel ou tel endroit. Je suppose qu'il existe, par exemple, une maladie du talon, on ne sait qu'à peu près où elle s'arrête, et il arrive souvent que la maladie du talon occupe l'astragale et réciproquement. Voyez ce qu'il arrive alors pour les malades; on n'a pensé qu'au calcanéum, et l'astragale est malade; ou bien on n'a pensé qu'à une maladie de l'astragale, et le calcanénm et l'articulation tibio-tarsienne sont affectés. Non-seulement l'opération ne suffit pas, mais elle expose à des dangers en mettant l'articulation au contact de l'air et en favorisant l'infection purulente. Si, au lieu de siéger au talon, la maladie a son siége en avant, vers la partie postérieure des métatarsiens, faut-il amputer le pied dans l'articulation tarso-métatarsienne, ou bien faut-il opérer par la méthode de Chopart? En enlevant les cunéiformes, on est plus sûr de ne rien laisser; mais, d'un autre côté, il faut tenir compte des avantages que le malade aura, en supposant que la guérison arrive. En opérant dans l'articulation tarso-métatarsienne, les avantages sont beaucoup plus grands; il reste à savoir, en admettant une maladie du talon, s'il faut enlever une portion du calcanéum ou de l'astragale, et si l'on y trouvera plus d'avantage qu'en faisant l'amputation du pied: c'est douteux, à moins que l'on n'enlève seulement une portion du calcanénm; car si l'on va jusqu'à la jointure, il y aura une ankylose, ankylose qui enlèvera le talon, et qu'il sera très difficile de guérir.

Chez la jeune fille dont je parle, l'astragale, le calcanéum et les articulations sont malades. Il n'y a pas possibilité de conserver le pied; mais il y a un choix à faire pour le lieu où l'amputation doit être pratiquée. Faut-il faire l'amputation dans l'articulation tibio-tarsienne ou dans le corps de la jambe? Cette amputation tibio-tarsienne n'a pas paru offrir des avantages assez clairs pour la tenter lorsqu'il peut y avoir doute de ne pas enlever tout ce qui est malade. Il arrive quelquefois aussi qu'on n'a pas assez de tissu pour recouvrir les os. De deux choses l'une: ou l'on scie les malléoles, ou on les laisse. Si on les scie, autant vaut faire l'opération en dessus; si on ne les scie pas, on a le désagrément d'avoir des pointes qui se prêtent mal aux chaussures artificielles. Cette opération donne quelques centimètres de plus pour le membre; mais quand il faut acheter cet avantage par la crainte de laisser les parties malades et de s'exposer à une nouvelle opération, il vaut beaucoup mieux opérer en dessus. Chez le sujet de notre observation, en désarticulant le pied, on risquerait de recommencer l'opération. Il en résulte que nous pratiquerons l'amputation au quart inférieur de la jambe.

Aujourd'hui la question est jugée de savoir si l'on doit amputer dans le haut ou dans le bas de la jambe. Il vaut mieux amputer à la partie inférieure :

1° Parce qu'il y a une moins grande quantité à enlever;

2° Parce qu'on peut appliquer des appareils que ne supporte pas la jointure du genou;

3° Parce qu'un membre artificiel peut être construit de telle sorte que la difformité est masquée, et cette raison est d'un grand poids, pour les femmes surtout;

4° Enfin, c'est que la vie est moins exposée, et c'est là la raison la plus puissante.

Or, quand on a à choisir entre deux amputations, dont l'une offre trois fois moins de danger que l'autre, il me semble qu'il n'y a pas à hésiter.

Ici, tous les procédés peuvent être mis en usage. Le membre est sain dans toute sa longueur; il n'y a ni gonflement, ni sérosité, ni inflammation; on peut amputer aussi bas que possible, mais il faut prendre garde à une chose, c'est de laisser assez de tissu pour que les os soient recouverts. Il faut toujours 4 à 5 centimètres : car, quoiqu'il n'y ait pas ici une rétraction aussi forte que dans le haut de la jambe ou de la cuisse, les tissus se rétractent, et il faut couper l'os à 4 ou 5 cent. au-dessus des malléoles. Tout cela peut être obtenu par les divers procédés. Pour moi, j'emploie le plus ordinairement la méthode circulaire, qui laisse une plaie nette et régulière et offre tous les avantages des autres méthodes.

Fracture du fémur par action musculaire.

Au n° 20 de notre salle est une femme âgée de cinquante-huit ans, et affectée d'une fracture du fémur droit. Cette fracture, située à la partie inférieure de la cuisse et un peu au-dessus de l'articulation fémoro-tibiale, n'est pas aussi oblique que le sont en général les fractures du fémur; il semblerait qu'elle a eu lieu par action musculaire. La malade raconte que, dans une lutte avec son mari, elle a tourné de côté, a senti un craquement dans la cuisse et est tombée; le fémur a donc été fracturé avant la chute.

C'est un cas rare dont on a nié la possibilité, mais que les nombreuses observations mettent aujourd'hui hors de doute. On a dit que ces faits ne s'observent que chez les cancéreux, les scrophuleux ou les rachitiques; la plupart des praticiens le croient et raisonnent dans cette hypothèse; mais, moi, je crois que ces fractures par action musculaire peuvent arriver chez tous les individus indistinctement. J'ai vu, à Tours, un jeune homme très fort et très bien portant se casser l'humérus en jetant une pierre; j'ai observé chez un homme gros et gaillard, une fracture de l'avant-bras produite dans un effort fait pour jeter de la terre avec une pelle; pendant que je faisais le service à l'hôpital Saint-Antoine, une jeune fille se fractura l'humérus en voulant retenir un seau d'eau sur le bord d'un puits. Ces observations, et bien d'autres encore, m'autorisent à croire que les fractures par action musculaire peuvent exister chez tous les individus; mais, dans le cas de la femme dont je parle, ne se pourrait-il pas que, pendant la lutte, le mari, en appuyant sa jambe contre la cuisse de sa femme, ait fourni un point d'appui et favorisé la fracture? Les détails nous manquent pour établir ce fait d'une manière bien distincte; mais, quoi qu'il en soit, il n'y a pas beaucoup de chose de déplacement, et la femme guérira sans difformité notable.

A. Bernard.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 février 1849. — Présidence de M. Velpeau.

Le procès-verbal est lu et adopté.

— La correspondance officielle comprend deux lettres du ministre de l'agriculture et du commerce, la première demandant à l'Académie de hâter un rapport, la seconde réclamant des pièces concernant les eaux minérales.

— M. Nélaton se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

— M. Lachaise adresse une lettre à l'Académie relativement à la réclamation de M Piorry. (Voir à la correspondance.)

— M. Lemazurier désire que l'on mette sous les yeux de la commission du choléra la brochure qu'il a fait paraître en 1832 sur cette maladie.

— M. Plouviez transmet la statistique des nouveaux cas de choléra qui se sont manifestés à Lille.

— M. Letellier, pharmacien à Rouen, écrit pour prendre *date de priorité* pour la *régularisation* des préparations de colchique, de quinquina et de quelques préparations *antiscorbutiques*.

— M. Guyon, auquel on avait écrit pour lui demander des renseignements sur les fèves de Panama, répond qu'il n'a jamais entendu parler des fèves de Panama dites *cédrons*.

M. Chevallier. Je connais une personne de Panama qui doit mettre à ma disposition la quantité que je désirerai de ces fèves; je m'empresserai d'en apporter la quantité nécessaire à l'Académie.

— M. Meunier envoie un écrit sur le choléra.

— M. le docteur Dujardin, de Lille, réclame la priorité relativement à l'invention et à l'emploi d'un appareil électromoteur *sans pile*, et prie l'Académie de se prononcer entre lui et MM. Breton frères.

— M. Bally demande la parole à l'occasion de la correspondance.

J'ai l'honneur, dit-il, d'offrir à l'Académie les comptes-rendus du Congrès scientifique de Tours. Dans ces comptes-rendus, outre des Mémoires sur la géologie, l'archéologie et les sciences naturelles, on remarque un savant travail sur la géométrie analytique de la sphère par M. Borgnet.

Un autre très complet sur la *fermentation* par M. Blondeau, de Carolles, qui offre le plus grand intérêt tant sous le rapport chimique que sous le rapport physiologique.

Vient ensuite un compte-rendu sur la colonie agricole de Mettray, où environ 500 repris de justice reçoivent une éducation si parfaitement dirigée qu'à la fin de leurs épreuves ils peuvent être rendus à la société sans danger.

La section des sciences médicales a abordé les plus hautes questions de notre art. On trouvera parmi les bons travaux :

1° Un Mémoire du professeur Bertini, de Turin, sur la miliaire. L'auteur, pour prouver la fréquence de cette forme éruptive, a communiqué une liste de soixante-neuf écrivains qui en ont traité en Italie;

2° Une longue et importante discussion sur le croup, angine pseudo-membraneuse, à laquelle ont pris part MM. nos collègues Charcellay, Tonnellé, Haime, a occupé plusieurs séances. M. Bretonneau y a développé longuement ses doctrines sur la diphtérie.

La section a conclu comme suit :

Dans la première période, la cautérisation avec l'azotate d'argent est avantageuse; la trachéotomie indispensable dans la dernière; les dérivatifs inutiles, les émissions sanguines nuisibles;

3° Enfin, le professeur Thomas a lu un Mémoire important sur le avantages de l'étude de l'anatomie comparée.

— M. Bourdon lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport très volumineux, qui a besoin d'une étude attentive pour être analysé; nous ferons cette analyse plus tard.

M. Martin-Solon reproche au rapporteur plusieurs lacunes que celui-ci démontre ne point exister dans son rapport.

M. Chevallier reproche également au rapporteur de n'avoir pas engagé les médecins inspecteurs à indiquer les noms anciens des diverses sources, et de n'avoir point fait connaître les moyens de constater dans ces eaux quelques principes minéraux, particulièrement l'iode.

M. Bourdon. J'ai parfaitement formulé la première recommandation dont parle M. Chevallier; quant à la seconde lacune qu'il me reproche, la commission a pensé avec moi que, pour les médecins qui seraient chimistes, la recommandation serait superflue, et que, quant à ceux qui ne le sont pas, cette recommandation ne leur apprendrait pas la chimie et qu'elle serait par conséquent inutile.

M. Rochoux. La société en général est émiettée, et la société médicale ne fait pas exception; chacun agit comme bon lui semble et n'aime à recevoir d'impulsion de personne; d'autant plus que, par ce temps d'égalité, on n'est guère disposé à voir dans un corps savant ou ailleurs quelqu'un de supérieur à soi et qui puisse vous servir de guide. Je me plais donc à rendre hommage au rapporteur et à la commission pour leurs bons conseils, pour leurs bonnes intentions; mais je leur prédis que ces conseils et ces intentions ne produiront aucun résultat. La science, comme la justice, marche *pede claudo*.

M. Durand-Fardel, membre correspondant, obtient la parole.

Messieurs, le rapport, et on ne l'en saurait trop louer, insiste sur les avantages qu'il y aurait à vulgariser l'usage des eaux minérales; c'est afin de remplir plus sûrement le même but définitif que j'aurais désiré voir le rapporteur conseiller en même temps l'usage des piscines.

Les piscines ont deux avantages importants : le premier, et il est incontestable, c'est de permettre aux malades un plus long séjour dans le bain et par conséquent une action plus efficace de la part de l'eau médicamenteuse; ainsi, tandis que les malades ne peuvent pas rester plus de deux heures dans une baignoire sans éprouver des symptômes plus ou moins graves de congestion cérébrale, ils peuvent au contraire rester cinq à six heures dans l'eau de la piscine sans ressentir aucun malaise; le second avantage de la piscine, c'est de mettre les eaux à la portée de toutes les bourses, et même de permettre d'en faire profiter les indigents.

M. le rapporteur. La commission tiendra compte des observations judicieuses de M. Durand-Fardel.

M. Desportes. La médecine comparée a pris une grande et juste importance dans ces derniers temps. Je crois donc qu'il serait convenable d'engager les médecins inspecteurs à étudier, autant que possible, l'action des eaux minérales sur les animaux.

Après cette observation, les conclusions du rapport et le rapport lui-même sont adoptés.

— M. Bricheteau lit le rapport suivant : *Quelques faits relatifs à la contagion de la fièvre typhoïde, à propos d'une maladie qui a régné à Chandenay* (arrondissement de Langres), par M. Montrol, médecin des hôpitaux de Langres.

Il régna, dit M. Montrol, à la fin de l'été 1843, à Chandenay, une fièvre typhoïde considérée comme épidémique. Je reconnus que cette maladie, née par infection, s'était ensuite propagée par contagion.

Les faits signalés ou sommairement rapportés par l'auteur, dans l'intention de prouver que la fièvre typhoïde est contagieuse, sont assez nombreux pour être divisés en plusieurs catégories.

Première catégorie. — *Faits relatifs à l'épidémie de Chandenay.* — Le village de Chandenay se compose de 250 habitants; il est situé à l'origine d'un bassin et s'étend de l'est à l'ouest, en partie sur le versant et en partie sur le fond de la vallée. Là coulent sur un lit peu profond des eaux qui ne tardent pas à devenir stagnantes dans la rue la plus basse composée de deux rangées de maisons attenantes les unes aux autres, et se trouvant assises sur un sol humide qui retient l'eau à la profondeur d'environ un mètre. Partout les habitations sont trop étroites, mal ventilées, entourées de fumier. Les habitants sont d'ailleurs généralement aisés et font usage d'un régime sain.

Pendant les six mois d'hiver et de printemps qui avaient précédé l'épidémie, l'état du ciel avait été très variable, et les vents presque constamment du sud-ouest.

Dans une maison rendue insalubre par le voisinage d'une mare, deux sœurs furent malades pendant cinq semaines et guérirent sans le secours de la médecine, à la fin de juin. Elles furent alitées, et eurent de la diarrhée dans tout le cours de la maladie. A la fin de juillet, Antoine et François, âgés de dix-huit et de dix-neuf ans, furent atteints de fièvre typhoïde. A peine entraient-ils en convalescence, que leur sœur Marie, âgée de seize ans, fut atteinte, le 2 septembre, de la même maladie, et garda le lit pendant six semaines; enfin la mère, âgée de quarante ans, tomba malade à la fin d'octobre. Le père seul fut préservé.

Dans une autre maison, qui n'était séparée de la précédente que par une masure inhabitée, le père, la mère, et quatre enfants qui avaient veillé les malades dont nous venons de parler, eurent la même maladie du 1er au 15 septembre. La mère et trois enfants succombèrent; deux domestiques venus pour soigner cette famille furent également atteints, mais guérirent, l'un le 12, l'autre le 27 septembre.

M. Montrol a figuré, dans un plan cadastral, la position respective des habitations frappées par l'épidémie, qui se trouve généralement très rapprochées les unes des autres, à l'exception d'un petit nombre où, selon l'auteur, la fièvre typhoïde fut importée par des sujets qui avaient été en rapport avec d'autres malades. Il n'admet pas que ce fut l'influence épidémique qui produisit ces cas isolés; car alors, ajoute-t-il, elle n'aurait épargné aucune habitation. Cette manière de voir nous paraît très contestable, attendu que dans des épidémies de maladies non transmissibles et non contagieuses il y a beaucoup de personnes épargnées sans qu'on puisse expliquer cette immunité.

Deuxième catégorie de faits. — A Cogirnon, hameau distant d'un kilomètre de Chandenay, la fièvre typhoïde exerça les mêmes ravages, quoique d'ailleurs aucune communication ne se fût établie entre les deux localités, si ce n'est par une sage-femme qui venait soigner les malades de Chandenay, mais qui ne fut pas atteinte de la maladie. Sur dix individus qui furent atteints, six ou huit étaient voisins, et avaient eu entre eux des communications; deux au contraire étaient restés isolés, et rien ne prouvait que la maladie eût été importée à leur domicile.

Il est à remarquer d'ailleurs qu'ici comme à Chandenay, la maladie régnante ne s'étendait pas au loin, se concentrait dans les villages, et qu'elle semblait d'abord se composer de cas sporadiques, sans le concours d'aucune constitution médicale atmosphérique. Dans l'opinion de M. Montrol, c'était une maladie infectieuse qui se propageait par des rapports immédiats, ou une véritable importation. Opinion qui n'est pas tout à fait conforme à celle qu'il a consacrée par le titre de son mémoire, intitulé, comme on sait : Faits relatifs à la *contagion* de la fièvre typhoïde.

Troisième catégorie de faits. — A Esnouis, autre village, on observa en 1843 une espèce de fièvre typhoïde qui avait la plus grande analogie avec celle de Cogirnon. Du 21 mai au 28 novembre, cette maladie avait déjà atteint trente et une personnes, lorsque M. Montrol fut envoyé sur les lieux. Voici les renseignements qu'il a recueillis de ses confrères, ou qu'il a recueillis lui-même.

Marie, domestique, tomba malade chez son maître; elle est transportée chez ses parents, qui demeuraient dans le voisinage; elle y meurt cinq semaines après. Ses deux sœurs qui l'avaient soignée sont atteintes de la même fièvre typhoïde. M. Guyonnet, qui avait donné des soins à ces malades, est également atteint et succombe; sa sœur, étrangère au pays, venue pour le soigner, périt de la même affection; deux autres personnes du voisinage, qui avaient visité l'officier de santé, furent également affectées; une troisième demeurant à l'extrémité du village, qui avait assidument soigné les malades, mourut de la même maladie. Son gendre, étranger au pays, et qui était accouru pour assister son beau-père, fut atteint; à son retour chez lui sa femme contracta la maladie, et mourut le neuvième jour. Marie, qui avait constamment soigné sa sœur, de retour à Esnouis, y tomba malade, ainsi qu'une jeune sœur qui habitait avec elle. Deux jeunes frères, d'Esnouis, habitant Paris, reviennent au village pendant l'épidémie, paraissant exempts de la crainte qui frappait les habitants du pays, soignent un enfant moribond, l'ensevelissent après sa mort. Tous deux ne tardent pas à être atteints de la fièvre typhoïde, et l'un d'eux succombe. M. Montrol esquisse le plan cadastral d'Esnouis comme il avait esquissé celui de Chandenay, et l'on voit, d'après les dispositions de ce plan, que les habitations frappées par la maladie se groupent par deux, par trois et par cinq.

Quatrième catégorie de faits. — A Ormancey, autre village, du 30 décembre au 5 février suivant, on observa neuf cas de fièvre typhoïde. Le premier malade était une femme qui, après avoir soigné sa nièce dans une autre localité, vint, *dit-on*, apporter la maladie à Ormancey; elle s'y propagea à huit autres individus de la même manière qu'elle s'était successivement communiquée à Chandenay et à Esnouis, c'est-à-dire, selon M. Montrol, par suite des rapports des malades entre eux. La maladie parut se transmettre aussi activement à la fin qu'au commencement de son apparition, comme le prouve l'exemple d'Auguste Vyx, domestique, qui, ayant contracté, au déclin de l'épidémie, une fièvre typhoïde chez son maître, la transporta dans sa famille; son père, deux frères et deux sœurs, qui n'avaient eu aucun rapport avec Ormancey, furent atteints du même mal. Toutefois, la mère et trois autres enfants, habitant la même maison, en furent exempts. M. Montrol fait remarquer que, tant que les malades ne reçurent pas de visite, aucun cas de fièvre typhoïde ne se montra dans le village; mais que du moment que des étrangers allèrent les voir, les croyant guéris lorsqu'ils ne l'étaient pas entièrement, de nouveaux cas se montrèrent à Ormancey.

Il convient de remarquer que dans les épidémies typhoïdes observées par M. Montrol, comme dans la plupart des autres, s'il y a des preuves nombreuses de propagation de la maladie d'individu à individu sous le même toit, ou dans des communications fréquentes, il y a aussi des cas d'immunité; en voici un exemple remarquable extrait du Mémoire qui fait l'objet de ce rapport.

Sur la route de Belfort, à 4 kilomètres de Langres, dans une habitation se trouvait une famille composée de douze individus, savoir : le père, la mère et dix enfants entassés dans deux pièces. Marie, l'une des filles, âgée de dix-neuf ans, à la suite d'un grave accident et de longues fatigues, fut atteinte de fièvre typhoïde, ainsi que sa sœur Jeannette, âgée de vingt-deux ans; toutes les deux succombèrent. Cinq autres frères et sœurs contractèrent la même maladie, et guérirent sans les secours de l'art. Les trois derniers enfants, en bas-âge, demeurèrent impunément dans le foyer d'infection. La mère et une tante, qui avaient soigné les malades, ne furent pas affectées; le père était absent.

Cette maladie épidémique, que M. Montrol considère comme identique dans les diverses localités où il l'avait observée, était caractérisée par les symptômes suivants :

Jusqu'au sixième ou septième jour, courbatures, vertiges, céphalalgie, frissons; douleurs lombaires, épigastriques; nausées, langue couverte d'un enduit jaunâtre, soif vive, ventre souple et quelquefois ballonné, gargouillement dans la région iliaque, fièvre avec exacerbation régulière; peau chaude, le plus souvent couverte de sueur; stupeur, réponses lentes, agitation, insomnie, etc. — *Vers le septième jour*, éruption de petites vésicules rouges, miliaires, transparentes, saillantes, résistantes au toucher, sur le ventre, etc. Cette éruption durait de quatre à sept jours, et disparaissait par desquamation; elle s'accompagnait parfois de pétéchies, de furoncles, de sudamina. Dans les cas les plus graves, la langue était rouge et sèche, le ventre ballonné; il y avait des symptômes de congestion pulmonaire, une augmentation de stupeur, du délire, crainte de la mort, et il survenait des eschares au sacrum; la mort arrivait ordinairement à la fin du deuxième septénaire. Les malades n'avaient point de dévoiement, et très rarement des épistaxis. Aucune ouverture de corps n'a été faite; et l'auteur n'établit aucune proportion entre le nombre des malades et celui des habitants, aucun rapport entre les morts et les guéris.

Notre rapport était terminé lorsque M. Montrol a adressé à l'Académie un travail assez considérable sur le même sujet, et qui n'est, sous certains rapports, que la deuxième édition du premier. La partie ajoutée ne contient point l'histoire d'une nouvelle épidémie, mais des observations isolées, recueillies dans diverses localités, dans des établissements publics de la ville de Langres. Comme dans les épidémies dont nous venons de parler, la maladie s'est multipliée, communiquée en apparence d'individu à individu, sans s'étendre beaucoup au dehors, sans envahir même successivement divers quartiers de la ville.

Les faits, tant anciens que nouveaux, communiqués par M. Montrol prouvent-ils que la fièvre typhoïde soit contagieuse? Nous ne le pensons pas, et nous ajoutons qu'ils sont bien moins concluants que ceux de MM. Bretonneau, Gendron, Miquel et Patry. Les sujets observés par M. Montrol se trouvaient sous l'influence de la même constitution médicale, des mêmes localités, du même régime. Plusieurs des faits sont incomplets; de plus, il en est de contradictoires, et de formellement opposés à l'opinion de l'auteur, qu'il a d'ailleurs fait connaître avec bonne foi.

On doit néanmoins savoir gré à M. Montrol de son zèle, et nous proposons à l'Académie de remercier l'auteur de sa communication, de déposer son mémoire aux archives, et d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Après quelques observations sans importance, ces conclusions sont adoptées.

— M. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, présente une malade sur laquelle il a pratiqué l'amputation tibio-tarsienne.

Une question, dit-il, sur laquelle les chirurgiens ne sont pas d'accord, est celle de savoir comment les individus auxquels on a pratiqué la désarticulation tibio-tarsienne peuvent se tenir debout et marcher. Peuvent-ils s'appuyer sur le moignon sans éprouver de la douleur et sans exposer les parties molles qui recouvrent les extrémités osseuses à s'irriter et à s'ulcérer? Ou bien sont-ils obligés de recourir aux moyens de protbèse usités après l'amputation sus-malléolaire de la jambe?

Le fait suivant vient augmenter le nombre de ceux qui tendent à établir la possibilité de la sustention directe. Il s'agit d'une jeune fille de treize ans, portant sur diverses régions du

corps des traces de la maladie scrophuleuse, et admise à l'hôpital Beaujon pour y être traitée d'une nécrose de plusieurs os du pied gauche.

Forcé de recourir à l'amputation, j'ai pratiqué celle-ci dans l'articulation tibio-tarsienne, le 13 septembre 1848, d'après le procédé de M. J. Roux, qui diffère peu de celui de M. Syme. J'ai réséqué les deux malléoles. La cicatrisation a été lente à s'opérer ; elle a été retardée surtout par la stagnation du pus dans le cul-de-sac répondant à la peau du talon. J'ai été obligé de pratiquer là une courte ouverture.

Guérie depuis un mois et demi, la malade reste levée et marche presque toute la journée ; elle appuie son moignon sur une petite bottine qui enlace le bas de la jambe ; elle marche sans douleur et sans claudication. La cicatrice est placée à la partie antérieure du moignon, et n'est exposée à aucun frottement, à aucune pression. La peau qui recouvre l'extrémité inférieure des os de la jambe est très épaisse, et doublée par un tissu cellulaire graisseux abondant.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Correspondance.

Nous publions aujourd'hui seulement la lettre suivante, qui nous est parvenue le 4 février, mais qu'il nous a été impossible d'insérer plus tôt (1).

Lamotte-Beuvron, 3 février 1849.

Monsieur et très honoré confrère,

Je cherche en vain le motif qui a poussé M. Piorry à la sortie qu'il s'est permise à mon égard dans la dernière séance de l'Académie de médecine au sujet d'un mémoire que j'ai soumis à ce corps savant sur les fièvres intermittentes qui ont régné cet automne sur les ouvriers parisiens employés en Sologne à des travaux de canalisation. En écrivant sur cette question, je craignais tellement d'exciter la susceptibilité toute spéciale et bien connue de M. Piorry, que j'avais soigneusement évité de prononcer son nom dans le cours de mon mémoire ; et cependant je n'ai pas réussi. M. Piorry en est arrivé à ce point, de prendre pour une insulte personnelle l'expression pure et simple d'une opinion qui diffère de la sienne. Or, pour montrer de quel côté, dans cette discussion, sont la raison et le sentiment des convenances, je vous prie de me permettre de citer textuellement le passage dans lequel je touche à la question du siége ou point de départ des fièvres intermittentes paludéennes. Ce passage, le voici :

« Cet état pathologique (l'œdème des membres inférieurs) tient-il à un engorgement de la rate plutôt qu'à toute autre altération viscérale? Je soulève ici une question fort épineuse, qui s'est récemment agitée au sein de l'Académie, et pour la solution de laquelle *toutes nos autorités* ont apporté le fruit de leurs recherches et le tribut de leurs croyances. Hé bien ! si je m'en rapporte aux six à sept cents cas qui se sont présentés à moi depuis près de quatre mois que je suis en Sologne, je dois reconnaître que, sauf quelques rares exceptions, aucun de nos malades n'a déclaré souffrir du côté de la rate, et que, non-seulement, malgré le tapottement le plus orthodoxe, je n'ai jamais trouvé cet organe dépassant le niveau des côtes, mais encore, que dans les neuf autopsies que nous avons faites, sur onze malades que j'ai eu le malheur de perdre, je n'ai jamais rencontré son développement proportionné ni à l'intensité des symptômes, ni à la longueur de la maladie. »

Y a-t-il dans tout cela quelque chose de blessant pour M. le professeur Piorry? Certes personne n'oserait le croire. Si le mot de tapottement substitué à celui de percussion semble impliquer un blâme de ce mode d'appréciation, ce blâme s'adressait à tous les praticiens qui l'emploient et non pas à M. Piorry, qui ne s'en est pas réservé, que je sache, le monopole. Je l'ai employé, ce mot, pour montrer qu'on pourrait bien faire un abus de la plessimétrie, et sacrifier quelquefois à cette donnée toute matérielle les inductions tirées de l'état fonctionnel de l'économie.

Il résulte évidemment de tout ceci : 1° Quant à la forme, que M. Piorry a été mal inspiré quand il s'est vu attaqué là où son nom n'était pas prononcé, et là où il est obligé de croire, jusqu'à preuve du contraire, que je le tiens au nombre de *mes autorités* qui ont pris part à la discussion sur les fièvres intermittentes ; 2° quant au fond, qu'il me fait dire ce que je n'ai pas dit, en avançant que je soutiens que la rate n'augmente pas de volume dans ces fièvres, car j'ai seulement dit que cette augmentation ne m'avait paru proportionnée ni à l'intensité des symptômes, ni à la longueur de la maladie.

M. Piorry cite, contrairement à cette dernière opinion, le cas de dix à douze malades qui sont venus de mon service en Sologne dans le sien à la Pitié, et chez lesquels il a trouvé la rate augmentée de 2, 4, 6 et même 10 centimètres de haut en bas. A cela je réponds d'abord que, quant aux premiers chiffres, il pourrait bien se faire qu'on se fût fait illusion, car des sommeliers, passés maîtres aussi en fait de jaugeage, m'ont assuré qu'il était impossible, par la percussion, de préciser, à 2 ou 3 centimètres près, le degré auquel arrive le liquide dans un tonneau, placé dans des conditions de sonorité assurément plus favorables que les cavités thoracique et abdominale ; je réponds ensuite, pour les seconds, que je ne nie pas que leur rate n'ait acquis les proportions qu'on lui assigne, mais je fais observer que ces malades sont des *récidivistes* que je ne renvoie à Paris qu'à la dernière extrémité, et à l'autopsie desquels on eût probablement trouvé d'autres engorgements viscéraux que celui de la rate.

Reste donc cette opinion que me prête M. Piorry, que j'avoue *faire mal aux malades*, sans doute en leur percutant la région splénique : en cela l'honorable professeur se trompe encore, car j'ai dit positivement le contraire, comme on a pu le voir plus haut. Cette explication doit lui suffire, il me semble, et je pense que, malgré sa conviction, l'Académie fera à mon mémoire l'accueil bienveillant qu'elle fait à tous les travaux soumis à ses lumières et à son jugement, dans le seul et unique intérêt de la science.

J'ai l'honneur d'être, etc. LACHAISE, D.-M.-P.

(1) Cette lettre était déjà composée lorsque nous avons reçu une copie de celle qui a été adressée hier à l'Académie de médecine. Comme cette nouvelle lettre ne contient, à très peu de chose près, que les mêmes faits que la première, nous nous en tenons à la publication de celle-ci, que nous regrettons seulement de n'avoir pu faire plus tôt.

Traitement de la bronchite capillaire.

Nous recevons de notre honorable confrère M. le docteur Berton, une lettre que nous ne pouvons reproduire entièrement, mais dont nous extrayons le passage le plus important. Après avoir signalé la haute gravité de la bronchite capillaire et l'impuissance des moyens généralement employés pour la combattre, M. Berton ajoute :

« *A l'intérieur on donne l'arsenic aux malades qui ont du pus dans la poitrine; dans les toux opiniâtres on leur fait respirer, à l'aide d'un tube, la vapeur d'un mélange de résine et d'arsenic.* » Tel est le texte de Dioscoride qui a conduit M. le docteur Garin (de Lyon) à donner l'arsenic dans un cas de *catarrhe pulmonaire*. Il s'agissait en effet d'une demoiselle de trente-huit ans, à laquelle ce médecin, comme en désespoir de cause, administra l'arsenic à la dose d'un vingt-cinquième de grain (quantité qui fut doublée dès le quatrième jour) : médication dont le résultat fut aussi prompt que satisfaisant, et d'autant moins contestable que l'on s'était borné en dernier lieu à elle seule. Selon toute probabilité il s'agissait en cette circonstance d'une bronchite capillaire de la forme indiquée. Et du reste, récemment, j'ai pareillement réussi, et aussi d'une manière inespérée, dans un cas bien avéré pour moi de bronchite capillaire, et dont la gravité des derniers symptômes me paraissait en rapport avec l'invasion du pus dans le tissus vésiculaire et les extrémités de l'arbre bronchique. Il s'agissait d'un homme de cinquante et un ans; et quant à l'administration de l'arsenic, elle eût lieu aux mêmes doses et de la même manière.

Il faudrait un concours de circonstances analogues à celles qui se sont présentées à l'un des hôpitaux de Versailles et de Paris pour pouvoir être fixé d'une façon positive et complète sur la valeur thérapeutique d'un agent actif, sinon nouveau, du moins peu employé encore ; car les deux faits que j'ai mentionnés peuvent seulement concourir à engager les médecins à se départir d'une prévention défavorable à l'égard d'un moyen dont déjà, d'autre part, l'efficacité n'est plus douteuse dans le traitement des fièvres intermittentes, et qui, manié avec la prudence nécessaire, ne semble pas plus dangereux que la strychnine, le sublimé, la morphine et tant d'autres substances journellement employées.

Coloration des huiles par l'acide sulfurique.

On a donné comme un caractère de la pureté de l'huile de foie de morue la coloration violette que cette huile prend lorsqu'on y verse un peu d'acide sulfurique. Suivant M. Mathew Hushand, ce caractère n'aurait aucune valeur, car le même se produit avec l'huile de merluche (*Merlucius vulgaris*), et sans doute, ajoute-t-il, avec beaucoup d'huiles provenant de la famille des malocoptérygiens.

(*Pharmaceutical journ.*, t. VIII, p. 242.

Tableau des naissances et des décès dans la ville de Londres pendant la semaine qui a fini le 3 février 1849.

	NAISSANCES.	DÉCÈS.
Sexe masculin.	733	580
Sexe féminin.	710	557
Total.	1443	1137

Décès.		
	De 0 à 15 ans.	575
	De 15 à 60.	342
	Au-dessus de 60.	199
		1116 (1)

Sur ce nombre de 1137 décès, 37 seulement ont été produits par le choléra.

Le rédacteur du tableau fait d'ailleurs remarquer que l'état sanitaire de Londres est excellent, considéré dans son ensemble ; car la moyenne générale de la mortalité pendant les semaines correspondantes des années 1844-45-46-47 et 48 a été de 1169, la correction relative à l'augmentation de la population étant effectuée.

(1) La différence de ce nombre et du nombre 1137 indiqué plus haut vient, ainsi que le fait remarquer le rédacteur du tableau, de ce que l'un des employés *Registral general* étant mort, on n'a pu avoir à temps de renseignements sur l'âge des 21 personnes décédées qui manquent au second tableau.

NOUVELLES.

Nous sommes obligé de renvoyer à notre prochain numéro une protestation des professeurs du Val-de-Grâce relativement au rapport du colonel Ambert sur la réorganisation du corps des officiers de santé militaires, ainsi que nos propres réflexions sur ce rapport.

— La semaine dernière, il est sorti des hôpitaux civils de Paris 4 des blessés de juin; pendant ce même laps de temps, il n'eu est point mort, et il en reste encore maintenant 25 qui sont en voie de guérison.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé.* — Par décision du 9 janvier :

M. Saiget, chirurgien principal de 2e classe aux ambulances de l'Algérie, désigné pour l'hôpital militaire de Rennes, est détaché à l'armée des Alpes ;

M. Pingrenon, chirurgien principal de 2e classe aux ambulances de l'Algérie, désigné pour l'hôpital militaire de Saint-Omer, est détaché à l'armée des Alpes ;

M. Chevalier, chirurgien-major de 1re classe au 9e cuirassiers, est désigné pour l'hôpital militaire de Dunkerque ;

M. Bonnafont, chirurgien-major de 1re classe au 54e de ligne, est désigné pour les salles militaires de l'hospice civil d'Arras ;

M. Lasserre, chirurgien-major de 1re classe au 9e de ligne, est désigné pour l'hôpital militaire de Barèges, détaché en Algérie ;

M. Judas, chirurgien-major de 1re classe au 8e cuirassiers, est désigné pour l'hôpital militaire de Maubeuge ;

M. Gilgencranz, chirurgien de 1re classe au 5e léger, est désigné pour l'hôpital militaire de Colmar.

— *Concours pour la place de chirurgien-adjoint à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.* — Le *Journal de médecine de Bordeaux* termine ainsi le compte-rendu du concours qui vient d'avoir lieu dans cette ville pour la nomination d'un chirurgien-adjoint à l'hôpital Saint-André.

« M. le docteur Soulé a été proclamé chirurgien-adjoint à l'hôpital Saint-André. Ce succès, dont nous sommes heureux d'avoir à le féliciter, doit lui être d'autant plus flatteur, qu'il avait pour concurrent un homme fort capable lui-même. M. Bitot a plusieurs fois balancé les chances.

Mortalité parmi les émigrants allemands et irlandais en Amérique pendant l'année 1847. — Voici ce que rapporte le comité des émigrants de Montréal pour l'année 1847 :

« L'année 1847 a surpassé toutes les précédentes pour le nombre des émigrants arrivés au Canada. Sur près de 100,000 provenant des îles Britanniques, 5,000 ont péri dans la traversée, 3,389 à Grasse-Isle, 1,137 à Guèbes, 3,862 à Montréal, 130 à Lachisse et 39 à Saint-John, en tout 13,557. On ignore le nombre de ceux qui ont péri dans la partie orientale du Canada; mais, en défalquant du chiffre total ceux qui ont péri et ceux qui ont probablement passé aux Etats-Unis, il reste à peine 50,000 individus de 90,000 et quelques cents qui s'étaient dirigés au Canada.

» La maladie qui décime ces émigrants est le typhus pur. Dans quelques vaisseaux, cependant, il s'y est joint la dysenterie, la petite vérole et la rougeole. »

Il est à remarquer que la mortalité a été beaucoup plus considérable parmi les Irlandais que parmi les Allemands, et que les premiers entraient dans la proportion de 10 à 1, circonstance que l'on a rapportée à l'état de misère et d'épuisement où se trouvaient les Irlandais, tandis que les Allemands étaient généralement forts et bien portants.

Rapport annuel sur l'Infirmerie d'Edimbourg. — Il a été reçu dans le cours de l'année 1848, à l'infirmerie royale d'Edimbourg, 7,763 individus, dont 5,562 sont sortis guéris, 451 améliorés, 130 sont partis après une consultation, 70 ont été déclarés incurables, 56 non guéris, 1,176 morts à l'hôpital, total 7,445. Malades demeurés en traitement, 318. Le chiffre des malades en traitement de l'année 1848 dépasse de 58 celui de l'année précédente. Le plus haut chiffre des fiévreux a été 512, le moindre 86; la moyenne des fiévreux par conséquent a été 327, tandis que la moyenne de la totalité des maladies était de 535. La moyenne générale de l'année précédente était 488. Le chiffre énorme des cas de mort, en proportion du nombre total des maladies, est dû au système de libre admission de toutes les classes d'individus, dont un grand nombre, pendant le règne des fièvres, sont arrivés de la campagne dans un état tout à fait désespéré.

La recette générale de l'hôpital a été de 9,320 l. 14 s. 2 p. 1/2
La dépense de . . . . 10,980 l. 7 s. 8 p. 1/2
Ce qui fait un déficit de . . . . 1,656 l. 12 s. 6 p.

— Un journal médico-chirurgical de Saint-Louis (Amérique du nord), dit qu'il existe à Ankaus un médecin dont la méthode curative est aussi simple que nouvelle. Tout son attirail consiste en un dé à huit facettes; sur chacune de ses facettes on voit une lettre correspondant à un des moyens adoptés par le docteur. Ainsi, la lettre V, pour vomitif, la lettre P, purgatif, et ainsi de suite. Lorsque ce singulier praticien s'approche du chevet d'un malade, il ne lui tâte pas le pouls, ne lui fait aucune demande importune; il se contente de jeter son dé magique, et fait telle prescription que le hasard lui envoie. On dit que cette méthode a le plus grand succès.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 17 FEVRIER 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 20.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 16 FÉVRIER 1849.

Projets prétendus du comité des finances contre les Écoles de Médecine et de Pharmacie de Paris.

Ces projets, si nous en croyons les bruits qui, depuis quelque temps, frappent nos oreilles, ne seraient pas des plus tendres, et on s'en rendra facilement compte en songeant qu'ils sortent, à ce que l'on prétend, du cerveau de M. Sauvaire-Barthélemy, jadis M. le marquis de Barthélemy, pair de France, dont nos lecteurs ont pu apprécier l'esprit, dans la discussion, à la chambre des pairs, de la loi sur l'exercice et l'enseignement de la médecine.

Quant à l'Ecole de pharmacie, pour faire passer d'abord le projet le plus large, il ne s'agirait tout simplement que de sa suppression. On laisserait cependant M. Bussy pour diriger la partie bureaucratique de l'Ecole, et l'on enverrait les élèves aux cours de l'Ecole de médecine.

Envers cette dernière Ecole, on serait un peu plus généreux, et l'on se contenterait d'y supprimer cinq chaires, savoir :

Une chaire de clinique interne et une chaire de clinique externe ; — une chaire de pathologie interne et une chaire de pathologie externe; — une chaire de chimie.

Pour que l'enseignement ne perdît rien à la suppression de ces chaires, on exigerait que tous les professeurs fissent leur cours pendant toute l'année, au lieu de ne le faire que pendant un semestre.

Quant aux professeurs qu'il s'agirait de sacrifier aux économies budgétaires, quoique les noms ne fassent rien à la question de principes, nous ne voyons cependant aucun inconvénient à dire qu'on paraît avoir jeté les yeux sur MM. Roux, Marjolin, Duméril, Fouquier et Orfila, qui ont tous plus de trente ans de service, et qui seraient admis à faire valoir leurs droits à la retraite.

Si extraordinaires que nous eussent paru ces projets, nous les aurions cependant discutés, il y a quelques jours, avec tous les détails que méritent des réformes que l'on peut craindre, quelque absurdes et impossibles qu'elles paraissent au premier abord. Nous n'aurions pas eu de peine à montrer comment les prétendues économies du comité des finances auraient conduit à l'amoindrissement de l'Ecole de Paris, à la diminution de sa renommée, à son abandon par les étrangers qui s'y donnent rendez-vous de toutes les parties du monde, et en définitive au détriment de l'Etat, qui a beaucoup plus d'intérêt que ne semble le croire le comité des finances, à ce que Paris reste le foyer des sciences, des lettres et des arts, qui font sa gloire et en grande partie sa prospérité.

Aujourd'hui, une pareille discussion nous paraîtrait inutile, puisqu'il est incertain que l'Assemblée nationale vote le budget. Or, rien n'est moins probable que le retour d'un comité des finances pareil à celui que nous avons, et dès lors rien n'est moins probable, non plus, que la reproduction de projets semblables à ceux que nous venons de signaler.

Maintenant que, sans qu'il y ait eu nécessité de les discuter, nous avons apprécié ces projets à leur juste valeur, dirons-nous que l'Ecole de Paris fasse tout ce qu'elle pourrait faire pour prévenir ces tentatives de désorganisation de la part du pouvoir législatif? Nous ne le saurions. Peut-être aurons-nous quelque jour l'occasion de lui exposer les motifs de notre opinion. En attendant, il ne sera peut-être pas inutile de lui rappeler la moralité de l'apologue :

Aide-toi, le ciel t'aidera.

Ce qui veut dire : Messieurs les professeurs, soyez exacts à faire vos leçons; efforcez-vous de séduire vos auditeurs par le charme de votre parole; enseignez-leur de bons principes; montrez-leur, par l'exemple et par le leçon, le véritable chemin de la science, la véritable voie qu'il faut suivre pour enfanter des travaux solides, pour devenir des médecins instruits et dignes de leur profession; en un mot, que l'éclat de votre enseignement rayonne jusque dans les parties les plus reculées de l'ancien et du nouveau monde, et alors vous pourrez braver les caprices des Barthélemy de tous les temps; et alors vous n'aurez pas à craindre les étroits calculs d'un comité des finances.

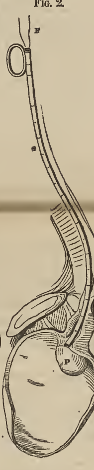
Revue clinique hebdomadaire.

Valvules urétro-prostatiques. — Dans notre dernière *Revue clinique* nous avions fait allusion à un instrument de M. Le Roy-d'Etiolles, dont nous avions dit également quelques mots dans notre *Revue* du 27 janvier. M. Le Roy nous ayant exprimé le désir de voir cet instrument représenté, nous avons cru être à la fois agréable à nos lecteurs et à notre honorable confrère en nous rendant à son invitation.

FIG. 1.



FIG. 2.



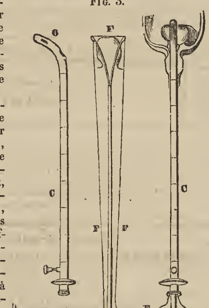
Voici d'abord quelques mots sur le mode d'action de cet instrument. C'est un porte-fil composé de deux branches courbes élastiques, traversant une canule flexible en métal. Pour lier la tumeur, on écarte les deux branches introduites dans la vessie ; on saisit la tumeur entre elles ; puis, une fois la valvule contournée par le fil, on retire les branches en laissant dans la canal la valvule, qui fait l'office d'un serre-nœud, tout en se moulant sur les courbures de l'urètre.

Fig. 1, instrument vu fermé et muni de ses fils. Fig. 2, tumeur vésicale embrassée par le fil, lequel est serré sur la canule laissée à demeure dans l'urètre.

M. Le Roy a modifié cet instrument plusieurs fois et de diverses manières, sans en changer d'ailleurs notablement le mode d'action.

Tout en approuvant l'idée de M. Le Roy-d'Etiolles et l'ingénieuse solution qu'il a trouvée du problème, nous nous permettrons de critiquer l'instrument en ce sens, que la canule serre-nœud doit rester à demeure dans le canal de l'urètre pendant plusieurs jours, jusqu'à la chûte de la portion de tumeur étreinte par le fil. A notre avis, ce n'est jamais chose innocente que le séjour d'un instrument, et surtout d'un instrument métallique, dans l'urètre; et, sous ce rapport, nous affirmons que M. Béniqué a rendu à la chirurgie un signalé service, en substituant à la *dilatation permanente* par des bougies, même élastiques, le traitement des rétrécissements par la *dilatation momentanée*, au moyen de bougies métalliques.

FIG. 3.



La fig. 3 représente une des modifications de l'instrument primitif de M. Leroy.

Tumeur encéphaloïde des os du pied. Amputation tibio-tarsienne. — Déjà à plusieurs reprises nous avons eu l'occasion de dire que nous n'étions pas très partisan de la désarticulation tibio-tarsienne, ne demandant pas mieux du reste que de modifier notre opinion si les faits venaient donner un démenti à nos craintes. Nous avons la semaine dernière observé dans les salles de M. Jobert un fait nouveau de cette espèce dont voici en quelques mots le résumé.

Il s'agit d'un jeune homme qui présentait au pied une tumeur encéphaloïde du volume d'une tête d'enfant, ayant débuté par les os et qui s'est développée avec beaucoup de lenteur. Le cancer des os est plus fréquent chez les jeunes sujets que chez les gens âgés, et sous ce rapport le fait est normal ; mais ce qui constitue jusqu'à un certain point une circonstance exceptionnelle, c'est que, dans la grande majorité des cas, ce sont les os longs qu'envahit le cancer, et qu'ici il a débuté par les os du pied et le périoste. Nous ferons observer que la tumeur cancéreuse a pris plus d'accroissement à la face dorsale qu'à la plante du pied. Comme phénomène concomitant, nous devons noter une adénite de l'aine, mais consistant en un engorgement purement sympathique et nullement cancéreux. Chose curieuse aussi, le début de la maladie ne fut pas accompagné de douleurs.

A première vue, il resta bien évident pour le chirurgien qu'un traitement interne ne pouvait avoir aucune influence sur la maladie ; il fallait amputer ; dans le cas actuel, il était impossible, vu la grande étendue de la maladie locale, d'essayer même de garder le talon ; on n'aurait pas eu assez de peau pour recouvrir la plaie. Il fallait opter entre l'amputation tibio-tarsienne et l'amputation sus-malléolaire. M. Jobert s'est décidé pour la première, en faisant observer toutefois qu'il serait obligé de recourir pour tailler les lambeaux à une méthode exceptionnelle et inspirée pour les besoins du moment.

Notre intention n'est de décrire ici ni les procédés de MM. Baudens et Syme, ni ceux de MM. Roux et Blandin, lambeaux dorsal, plantaire ou latéraux ; aucun d'eux n'était applicable ici. Voici comment M. Jobert a conçu le plan de son opération et comment il l'a exécutée. Il a mené perpendiculairement une incision de chacune des malléoles jusqu'à trois centimètres environ de la plante du pied. Ceci fait, il a réuni ces deux incisions par deux autres transversales, qui circonscrivent un lambeau quadrilatère. On a donc un lambeau antérieur presque quadrilatère, un postérieur plus régulier; ces deux lambeaux doivent se rencontrer par leurs extrémités ; six ou huit points de suture réunissent les lambeaux et contribuent à former sur le milieu de la plaie une simple réunion linéaire. Comme résultat immédiat, il est évident et incontestable que celui qui a été obtenu a été fort beau. Après la résection des malléoles, les points de réunion ont été disposés comme il vient d'être dit et ont donné un admirable résultat. Sous ce rapport, nous ne saurions qu'approuver l'esprit inventif et l'ingénieuse habileté de M. Jobert à modifier suivant les exigences des cas la taille des lambeaux. Mais ce sur quoi nous voulons revenir un instant, c'est sur la préférence à donner à telle ou telle méthode pour l'amputation du pied.

Il est évident que l'on ne peut songer à désarticuler simplement le pied en laissant subsister les malléoles. D'abord, elles gangrèneraient la peau qui serait ramenée sur elles pour recouvrir la plaie; puis, elles s'opposeraient à l'application des moyens de prothèse destinés à remplacer le pied amputé. Si l'on veut faire la désarticulation, il faut donc de toute nécessité abattre les malléoles. On obtient alors, et ce n'est pas, il faut en convenir, un petit avantage, une large surface sur laquelle repose le poids du corps pendant la marche. Mais, par cette opération, on complique la nature de la plaie en ce sens que l'on a, d'une part, une plaie dans la contiguïté, la désarticulation ; d'autre part, une plaie dans la continuité, par cette section des malléoles. Or, il est démontré que les amputations dans l'article exposent les malades à une certaine série d'accidents, et les amputations osseuses à d'autres accidents différant des premiers, par exemple à l'infection purulente, qui est excessivement rare après les désarticulations. Théoriquement donc, on double les chances défavorables au malade, puisqu'il a contre lui, avec une seule opération, les dangers de deux espèces d'amputation. Nous ne sachions pas que les chiffres soient encore venus faire pencher la balance de l'un des deux côtés. Nous devons même dire, pour être dans le vrai, que voilà déjà plusieurs opérations de ce genre que nous voyons chez M. Jobert et suivies de succès. Il y a là une solution définitive du problème que l'expérience seule peut donner.

Phlegmon de l'épiglotte avec œdème de la glotte. — Nous avons assisté avant-hier à l'autopsie très curieuse d'un sujet mort d'une affection assez rare, un phlegmon de l'épiglotte avec œdème de la glotte. Nous devons à l'extrême obligeance de M. Baizeau, chef des travaux anatomiques au Val-de-Grâce, une note détaillée sur ce fait que nous nous empressons de publier en entier.

Le nommé Masur, chasseur au 24e de ligne, après avoir éprouvé dans la soirée du 8 février quelques légers sympto-

mes d'angine et avoir été vu le 9 au matin par le chirurgien-major, qui ne vit rien d'alarmant dans son état, ressentit dans la nuit du 9 au 10 une exaspération considérable des symptômes qu'il éprouvait; ces symptômes s'accrurent encore dans la matinée du 10, au point que le malade succomba avec des symptômes d'asphyxie au moment où on le déposait sur un brancard pour l'apporter à l'hôpital.

Voici ce qu'on a constaté de remarquable à l'autopsie :

Les amygdales sont à peine plus volumineuses que dans l'état normal. La droite, qui est la plus gonflée, a la grosseur d'une petite aveline; elle est blafarde et indurée. La gauche, de couleur grisâtre à l'extérieur, renferme, non-seulement dans les cryptes muqueux, mais encore dans le tissu interfolliculaire, une exsudation plastique, verdâtre, mêlée de pus. La muqueuse pharyngienne est décolorée, offrant çà et là quelques petites ecchymoses. L'épiglotte et les replis arythéno-épiglottiques présentent un gonflement considérable; toutes les parties sont dures et ne s'affaissent pas sous la pression du doigt. La muqueuse qui les recouvre est lisse, pointillée de taches rouges-brunes et parsemée de plaques blanchâtres qui, au premier abord, peuvent être prises facilement pour des pseudomembranes situées sur la muqueuse; mais en incisant les tissus, l'on voit très distinctement sur un premier plan la muqueuse gorgée de sang et épaissie, puis au-dessous un plasma jaune-verdâtre, qui est infiltré au milieu des divers tissus qui composent l'épiglotte, et disposé par couches stratifiées. En râclant avec le bistouri, on enlève une sérosité purulente; mais cette matière fibrineuse, que je comparerai à celle que nous observons tous les jours dans les méningites cérébro-spinales, reste adhérente aux parties au milieu desquelles elle a été déposée. Enfin, en portant plus loin nos investigations, nous trouvons un œdème très prononcé de la glotte, et principalement du côté droit. Une cérosité citrine transparente soulève la muqueuse et forme un bourrelet qui obstrue les ventricules du larynx et vient faire saillie au dessus et en dedans des cordes vocales inférieures.

Evidemment la mort a été ici la suite de l'oblitération de la glotte; cependant le rétrécissement n'est pas assez considérable pour expliquer une asphyxie aussi prompte. Nous devons donc supposer que pendant la vie les choses n'étaient telles que nous les avons vues à l'autopsie. Il est bien certain que le gonflement des parties devait être plus grand et l'oblitération de la glotte plus complète. A quoi tient ce changement? Peut-être à plusieurs causes : 1° A l'affaissement des tissus après la mort; 2° à la résorption des liquides; 3° au retrait du sang qui pendant la vie devait, sous l'influence de l'asphyxie, engorger considérablement le système veineux, comme cela se remarque du reste dans tous les cas où la respiration et par suite la circulation sont embarrassées.

Cette observation est surtout remarquable par la rapidité avec laquelle ont marché les accidents. Cet homme a été malade à peine vingt-quatre heures. Comme on l'a vu, les amygdales, peu gonflées, n'ont concouru en rien à l'asphyxie. La maladie principale a été l'inflammation de l'épiglotte; mais ici, au lieu de trouver sur la muqueuse cette couche pseudo-membraneuse qui constitue la diphthérite, nous avons rencontré une matière fibrineuse analogue dans les tissus sous-jacents. C'est là, comme l'a fait observer M. Michel Lévy, qui était présent à cette autopsie, c'est là, disons-nous, une inflammation phlegmoneuse de l'épiglotte semblable à celle que M. Velpeau a notée pour les amygdales dans son *Traité d'anatomie chirurgicale*, et sur laquelle il a souvent appelé l'attention dans ses cliniques. L'œdème de la glotte a été la conséquence de la phlegmasie épiglottique; de même que dans la pneumonie, l'œdème qui se manifeste autour des points hépatisés est sous la dépendance de l'inflammation pulmonaire. Voilà donc une maladie fort simple, très bénigne par elle-même, en tout autre endroit insignifiante, qui amène la mort en quelques heures par suite de son voisinage d'un organe ayant une grande susceptibilité. Sans pouvoir l'affirmer, je suis porté à croire qu'un grand nombre d'asphyxies qu'on a attribuées à des amygdalites doivent reconnaître la même cause. Enfin cet exemple nous montre combien l'on doit, même dans les cas les plus légers, donner une attention sérieuse à ces angines que souvent beaucoup de personnes négligent.

Rougeole avec complication de méningite cérébro-spinale. — Un soldat fortement constitué, d'un tempérament lymphatique sanguin, est apporté le soir au Val-de-Grâce, à une heure avancée de la soirée. Il ne peut fournir sur ses antécédents que des renseignements très incomplets. On sait seulement que sa maladie a commencé par de la céphalalgie. Au moment de l'entrée, face uniformément colorée, un peu vultueuse, les yeux brillants. Il s'agite dans son lit, se porte d'un côté sur l'autre, se lève tout d'un bloc quand on veut lui faire quitter la position horizontale, accuse une forte douleur cervico-dorsale et une autre vers les lombes, mais surtout une céphalalgie atroce, et porte souvent la main à son front. Dans la journée il avait eu quelques vomissements bilieux; le pouls était à 96, mou, dépressible; ni crampes, ni diarrhée, ni contracture. Langue blanche, humide; bandelette nacrée des gencives; ventre indolent à la pression; rien dans la poitrine. Sur la peau de l'abdomen on apercevait quelques taches d'apparence rubéolique. Les piliers antérieurs du pharynx étaient rouges; légère dysphagie. On hésita pour le diagnostic entre une méningite et une rougeole; 40 sangsues furent prescrites à la base du crâne, appliquées successivement de manière à procurer un écoulement de sang continu; glace sur la tête; sinapismes aux jambes.

Le lendemain matin il n'y avait pas de grands changements; agitation pendant la nuit; un peu de délire. Mais une éruption rubéolique se manifeste sur tout le corps, principalement sur les membres supérieurs, un peu violette, et non rouge comme dans la rougeole franche; ni larmoiement, ni coriza. Persistance des accidents nerveux; céphalalgie arachnitique, cris, gémissements, jactitation; une selle solide pendant la nuit.

Quel est, a dit à propos de ce malade M. Lévy, le diagnostic auquel cet ensemble de symptômes peut nous conduire? Il y a évidemment éruption rubéolique. L'état vultueux de la face fait souvent diagnostiquer la rougeole à distance, et nous savons qu'elle règne actuellement d'une manière épidémique dans plusieurs régiments. La rigidité douloureuse cervico-dorsale, la céphalalgie, les vomissements, le délire, sont des symptômes qui accompagnent toujours la méningite cérébro-spinale. Y a-t-il là rougeole à la fois et méningite, ou la rougeole tient-elle sous sa dépendance l'appareil symptomatique du côté de l'axe cérébro-spinal, comme cela arrive fréquemment?

Dans la période d'incubation des fièvres éruptives, principalement de la variole, la céphalalgie est très intense; elle est généralement moins intense dans la rougeole et la scarlatine, surtout chez les adultes. M. Lévy a observé à Metz 120 rubéoliques pendant une épidémie, et jamais il n'a rencontré un seul malade offrant des accidents nerveux comme ceux-ci. Dans la scarlatine, ces accidents sont au contraire assez fréquents. De plus, quand ils se rencontrent, les phénomènes cérébraux diminuent à mesure que la rougeole se régularise; ce qui n'est pas arrivé ici, l'éruption ayant augmenté ainsi que les symptômes nerveux. Un caractère très important, c'est la rigidité cervico-dorsale qui ne manque jamais chez les méningiques.

En résumé, 1° rareté excessive de la complication cérébrale dans la rougeole des adultes, au point que M. Lévy ne l'a jamais rencontrée; 2° cessation des symptômes cérébraux quand l'éruption se fait et se généralise, ce qui n'a pas lieu dans le cas actuel; 3° existence d'un symptôme qui appartient comme caractéristique à la méningite. Voilà trois circonstances qui empêchent le professeur de porter pour diagnostic : rougeole compliquée de phénomènes cérébraux, surtout si l'on se rappelle la fréquence, dans le moment présent, de la méningite dans les hôpitaux militaires et la garnison de Paris.

Le diagnostic auquel s'est arrêté M. Lévy a donc été celui-ci : rougeole et méningite se compliquant et réagissant l'une sur l'autre, mais restant assez distinctes pour que l'on puisse rattacher à chacune d'elles les symptômes qui lui appartiennent. C'est à ce point de vue qu'a été institué le traitement qui depuis la veille n'a amené ni amélioration, ni aggravation. Ce matin, la déplétion successive et lente par les sangsues sera continuée. Mais ensuite, que faudra-t-il faire?

S'il ne s'agissait que d'une complication de rougeole, d'une rougeole maligne, M. Lévy serait tenté de donner l'opium à haute dose, médication qui lui a réussi nombre de fois, comme aussi dans la scarlatine et la variole; il l'administre alors à la dose de 0,20 à 0,30 dans les vingt-quatre heures. Mais s'il y a méningite, il y aurait peut-être contre-indication. Nous reviendrons sur ce fait et sur une scarlatine maligne qui ne peut manquer d'offrir un grand intérêt. Z...

Erratum. — Une erreur importante s'est glissée dans notre *Revue clinique* du 27 janvier. Dans l'article Testicule syphilitique, ce n'est pas d'une hydrocèle qu'il s'agit, mais d'un varicolèle. Nous publierons, du reste, l'observation dès qu'elle sera complète.

MAISON NATIONALE DE SANTÉ. — M. Monod.

Ancien œsophagisme. — Tentative d'empoisonnement par la vapeur de charbon. — Paralysie consécutive de la vessie. — Galvanisation urétro-vaginale. — Guérison.

Madame veuve L..., âgée de cinquante-sept ans, employée chez son frère plumassier-fleuriste, d'une constitution nerveuse et d'une excellente santé habituelle, n'a jamais eu de maladie grave depuis le temps auquel elle peut faire remonter ses souvenirs; seulement, il y a quatre ans, elle éprouva pendant huit jours des douleurs vives à l'épigastre, des vomissements fréquents et douloureux, et consécutivement une rétention d'urine, qui dura quatre à cinq jours, pendant lesquels on fut obligé de la sonder. Depuis lors, elle n'a rien éprouvé de nouveau et a repris sa santé primitive. Elle a toujours été parfaitement réglée jusqu'à l'âge de quarante-quatre ans; elle a cessé de l'être sans éprouver le moindre accident. Malgré ces antécédents hygiéniques avantageux, madame L... n'est pas bien conservée, et elle paraît avoir un âge supérieur plutôt qu'inférieur à celui qu'elle a réellement.

Il y a environ quatre mois, madame L... commença à éprouver une certaine difficulté pour avaler; les aliments solides ne passaient qu'avec peine, et seulement à l'aide d'un effort de déglutition douloureux. Ce symptôme a été précédé pendant plusieurs mois d'une sécrétion de la gorge (la malade dit du larynx), qui avait lieu sous forme de petits grumeaux glutineux que la malade sentait de temps en temps le besoin d'expectorer, et qu'elle ne parvenait à expulser qu'après quelques efforts et en profitant d'un instant donné, l'expulsion étant impossible à un autre moment, lors même que la malade aurait fait tous les efforts possibles dans ce but. Cette sécrétion se supprima tout à coup, et c'est à cette suppression, qui a été suivie immédiatement des symptômes signalés plus haut, que madame L... attribue le développement de ces symptômes. Aucune autre circonstance ne paraît d'ailleurs y avoir contribué; la malade n'a éprouvé aucune frayeur; elle a toujours été extrêmement sensible à toutes les contrariétés, et habituée à concentrer en elle-même les sentiments pénibles qu'elle éprouvait alors; mais elle n'a eu depuis six mois aucun motif de contrariété inaccoutumé.

Les phénomènes du côté de la gorge se sont graduellement accrus, malgré un traitement suivi, au point que le passage des aliments solides était à peu près complétement impossible; du reste, aucune lésion anatomique ne put être constatée sur les organes qui paraissaient être le siége de la maladie, et le médecin assurait à madame L... qu'elle n'avait rien et que l'irritation nerveuse qu'elle éprouvait se dissiperait avec le temps.

Malgré cette espérance, madame L... trouvait son état si insupportable qu'elle résolut de mettre fin à ses jours. Le vendredi 2 février, elle se calfeutra dans sa chambre, alluma un réchaud de charbon et se mit dans son lit; voyant que le charbon était à peu près consumé sans qu'elle eût éprouvé des phénomènes très graves, elle se leva pour alimenter de nouveau le foyer, mais elle fléchit sur ses jambes, et n'eut que la force de remonter dans le lit, où elle perdit bientôt connaissance. Le lendemain matin, son frère, voyant qu'elle ne descendait pas, vint frapper à sa porte, la fit ouvrir, et trouva la malade toujours évanouie. Le lendemain, elle fut transportée à la Maison de Santé; la perte de connaissance durait encore, et ne se dissipa que le jour suivant. Les phénomènes de l'asphyxie ne présentèrent d'ailleurs rien de particulier, et se dissipèrent comme d'habitude; mais après leur disparition, il resta un symptôme fort inaccoutumé, la paralysie complète de la vessie. Cette paralysie persistant encore neuf jours après l'entrée de la malade, M. Monod fit pratiquer une galvanisation qui lui avait si bien réussi récemment pour une autre affection. (Voy. *Revue clinique* du 3 de ce mois.)

Le jour même où cette électrisation fut pratiquée, la malade urina seule, et elle a toujours continué depuis.

Aujourd'hui, il ne reste de l'accident qu'elle a éprouvé que beaucoup de faiblesse et un peu de fièvre. Depuis deux jours, elle prend et avale sans difficulté des potages; mais elle n'a pas encore essayé de prendre des aliments solides.

Remarques. — Les réflexions que nous aurons à présenter sur ce fait ne porteront que sur un seul point, la rétention d'urine. Comme phénomène consécutif à un empoisonnement carbonique, cette paralysie est un fait assez exceptionnel pour devoir être notée. Mais, ce qui n'est pas moins intéressant, c'est la disparition rapide de ce symptôme après une seule galvanisation. A la vérité, cette guérison pourrait être moins merveilleuse qu'elle ne le paraît au premier abord, parce qu'il est bien présumable que la paralysie, née sous l'influence de l'empoisonnement, se serait dissipée graduellement, après que l'influence de celui-ci aurait complétement cessé de se faire sentir. Toutefois, il nous paraît impossible de ne pas admettre que le moyen employé n'ait pour le moins hâté beaucoup le rétablissement des fonctions de la vessie. Nous aurons d'ailleurs très prochainement l'occasion de faire connaître des faits analogues beaucoup plus concluants en faveur de ce moyen.

Quant aux phénomènes qui ont conduit la malade à prendre une fatale détermination, ces phénomènes nous paraissent présenter, au suprême degré, les caractères de l'affection nerveuse que l'on a décrite sous le nom d'œsophagisme. Nous n'avons rien à dire pour le moment de cette affection singulière. Il sera seulement intéressant de voir si un ébranlement aussi profond que celui qu'a éprouvé madame L... aura quelque influence sur elle. C'est ce dont nous aurons soin d'entretenir nos lecteurs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 31 janvier 1849. — Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, M. Chassaignac revient sur la lésion du rectum examinée comparativement dans la taille latéralisée et dans la taille bilatérale. Dans la première, on peut blesser le rectum de deux façons : 1° en abaissant trop le poignet et la lame de l'instrument au moment où l'on retire le lithotome; 2° en se rapprochant trop de la ligne médiane et ne donnant pas assez de latéralité à l'incision de la prostate. La première cause de lésion du rectum se présente aussi bien dans la taille bilatérale que dans la taille latéralisée; mais la seconde n'existe point pour la taille bilatérale, la disposition des deux lames du lithotome assure toujours à l'incision de la prostate une latéralité assez grande pour que le rectum ne soit pas touché si l'instrument est retiré bien horizontalement. En conséquence, on est moins exposé à blesser le rectum dans la taille bilatérale que dans la taille latéralisée.

M. Maisonneuve. Si, en effet, le rectum ne pouvait être blessé qu'au moment où on retire le lithotome, M. Chassaignac aurait raison; mais cette lésion peut avoir lieu aussi dans le premier temps de l'opération, l'incision du périnée : je l'ai bien constaté une fois sur un malade que j'opérais par cette méthode. En effet, il est important de ne pas couper en travers le bulbe de l'urètre; pour cela, on reporte l'instrument un peu en arrière, et l'on rencontre aisément le rectum. Dans la taille latéralisée, au contraire, on refoule le bulbe du côté opposé, le bistouri a plus de place au-devant du rectum; la lésion de cet organe est, en conséquence, mieux évitée.

M. Robert. J'ai dit dans la dernière séance et je maintiens que les deux tailles dont on parle exposent autant l'une que l'autre, en les supposant bien faites, à la blessure du rectum. Dans la taille bilatérale, cette blessure serait en effet beaucoup plus fréquente, si l'on voulait absolument éviter le bulbe de l'urètre; pour moi, d'après les nombreuses dissections que j'ai faites consécutivement à cette opération sur le cadavre, je regarde la section du bulbe, au moins chez les adultes, comme une conséquence forcée de la méthode. Ce n'est donc pas en cherchant à l'éviter que je craindrais le rectum; ce qui expose en réalité à cette lésion, c'est l'obligation où l'on se trouve d'ouvrir l'intestin sur la ligne médiane. Je crois l'avoir blessé de cette façon dans un cas où les urines sont sorties par l'anus au bout d'un mois seulement, parce que sans doute la tunique musculaire seule avait

été touchée ; la muqueuse, d'abord restée saine, s'est ulcérée consécutivement. Quant aux deux explications données par M. Chassaignac, j'admets la première, mais non la seconde. En effet, le lithotome simple se manie très commodément ; on peut même le retirer suivant une direction transversale, ce qui évite beaucoup mieux le rectum, et est tout à fait impossible avec le lithotome double. Je me rappelle très bien que, dans la première opération bilatérale de Dupuytren, le rectum était énormément dilaté ; ce fut avec beaucoup de peine que Dupuytren pût éviter de le blesser ; avec le lithotome simple, il n'eût certainement pas rencontré la même difficulté, parce qu'il eût pu diriger la lame tout à fait transversalement.

M. Chassaignac. Je soutiens, contrairement à l'opinion de M. Robert, que, dans la taille bilatérale, le prolongement, que j'appelle *caudal*, du bulbe de l'urètre peut très bien être détaché, et que sa lésion est évitée assez facilement. Je dis, en outre, pour la taille latéralisée, qu'en effet l'incision transversale de la prostate met à l'abri de la lésion du rectum par un des mécanismes que j'ai indiqués ; mais, en faisant cette incision transversale, vous changez le caractère de la taille latéralisée, qui veut une section oblique de la prostate ; si vous restez dans cette condition nécessaire pour obtenir une ouverture assez grande, alors il y a danger réel de blesser le rectum, comme je l'al dit précédemment.

M. Maisonneuve. Il reste un point incontestable pour la taille bilatérale, c'est qu'il est très difficile d'éviter à la fois le bulbe et le rectum. M. Robert croit que le bulbe est inévitable ; non, mais seulement il y a là une grande difficulté. Pour moi, je regarde cette blessure comme très dangereuse, et je crains beaucoup moins celle du rectum.

M. Guersant. Je pense, comme M. Chassaignac, que le lithotome double expose moins à la blessure du rectum que le lithotome simple ; cependant je l'ai blessé dans un cas avec cet instrument, et dans un autre avec le bistouri. Quant au bulbe, il peut être évité chez l'enfant, et, en tout cas, sa lésion n'a rien de grave à cet âge.

M. Vidal s'étonne qu'on parle de lésion du rectum dans le premier temps de la taille bilatérale ; car il a assisté à presque toutes les opérations de Dupuytren, et jamais il n'a vu cette lésion. Quant au lithotome double, on doit faire attention qu'il y en a deux : l'un dont les lames sont tout à fait transversales, et un autre dont les lames coupent obliquement. Le premier expose moins que l'autre à l'accident dont il s'agit.

M. Robert. Dupuytren n'a jamais voulu faire une taille bitransversale ; il a, au contraire, demandé longtemps aux fabricants un lithotome double dont les lames fissent une section oblique de chaque côté.

M. Huguier. Tout le monde n'a pas bien compris l'opinion de Boyer sur ce sujet ; il combinait la section extérieure et celle de la prostate de telle façon que l'ensemble de l'incision figurait un K ; il laissait rentrer la lame du lithotome dans la gaîne sitôt que la prostate était incisée : c'est ainsi qu'il évitait la lésion du rectum.

M. Marjolin demande que le volume terminé des mémoires soit envoyé gratuitement aux membres correspondants qui ont un travail inséré dans ce volume. Cette proposition, appuyée par M. Gosselin, est adoptée. L'envoi du volume sera fait à MM. Goyraud (d'Aix), Debrou (d'Orléans), Letenneur (de Challans), et Jules Roux (de Toulon).

— M. Chassaignac rend compte à la Société du fait suivant. Un malade avait depuis vingt-deux ans des irritations et des ulcérations sur la langue ; elles disparaissaient de temps en temps, pour se reproduire bientôt après. Depuis trois mois une induration considérable s'était manifestée, et la maladie avait pris l'apparence d'un cancer. Après avoir consulté plusieurs personnes, et avoir conseillé au malade un traitement antisyphilitique qui avait été inutile, l'amputation fut décidée. Pour éviter l'hémorrhagie, M. Chassaignac plaça d'abord au moyen de son aiguille, dont le chas est muni d'un œil de perdrix, deux ligatures, l'une transversale, l'autre horizontale. Il a fait ensuite la section, dont la figure représentait un Z. Néanmoins il y eut une rétraction partielle sous forme de godet, en arrière du fil, et une hémorrhagie qui fut arrêtée par l'application d'un morceau de glace porté avec une pince de Museux.

M. Robert se demande si, d'après cette lente évolution de la maladie, on n'aurait pas eu affaire dans ce cas à une tumeur épithéliale. Le pronostic n'en serait que plus avantageux pour le malade.

M. Lenoir. Il est extrêmement difficile de distinguer ces tumeurs épithéliales des tumeurs vraiment cancéreuses. J'ai observé les symptômes suivants sur un malade auquel j'ai enlevé il y a deux ans un de ces cancers épithéliaux de la langue. On voyait à la surface de l'organe un enfoncement, une sorte de cavité cystique. La surface était blanchâtre, et ressemblait à un peloton de fil dont on enlevait aisément quelques lambeaux. J'en ai observé un autre exemple, non plus sur la langue, mais sur la paroi inférieure de la bouche. Les deux malades sont morts. Un caractère important de ces tumeurs est de repulluler sur place, et sans que la maladie se généralise.

M. Chassaignac. Sur ce malade et en général dans les faits de ce genre, la nécessité de donner un traitement mercuriel est une chose fâcheuse ; car, en irritant la muqueuse buccale, le mercure stimule l'affection cancéreuse.

M. Cullerier. Le danger dont parle M. Chassaignac n'existe pas ; car ces accidents syphilitiques, qui revêtent des caractères semblables à ceux du cancer, sont des accidents tertiaires, et qui doivent être combattus par l'iodure de potassium. Les symptômes secondaires réclameraient un traitement mercuriel ; mais ils ne peuvent guère simuler des affections cancéreuses.

M. Robert apprécie l'opinion de M. Cullerier, et cite quatre observations dans lesquelles des indurations de la langue regardées comme cancéreuses ont été parfaitement guéries par l'emploi de l'iodure de potassium.

M. Chassaignac accepte volontiers l'opinion de M. Cullerier. Il fait observer cependant que le traitement mercuriel associé, il est vrai, à l'iodure de potassium avait été conseillé par M. Ricord.

M. Cullerier. Je n'ai avancé tqu'une opinion générale. Dans certains cas rebelles, on se trouve bien en effet de combiner le mercure et l'iodure de potassium ; mais j'avoue que, pour les affections douteuses de la langue, le mercure me paraît devoir être rejeté à cause des accidents qu'il peut déterminer sur la bouche.

M. Maisonneuve a vu un grand nombre d'affections cancéreuses et d'affections syphilitiques de la langue. Il insiste sur ce point, dont il a déjà entretenu la Société, que l'on ne doit pas craindre, dans le cas où l'affection est rebelle, d'augmenter la dose de l'iodure de potassium et de la porter à 3, 4 et 5 grammes. A cette condition, on voit guérir des maladies syphilitiques de la langue qui avaient résisté à des doses moindres et à beaucoup d'autres traitements.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Rapport fait par le colonel Ambert,

Au nom du comité de la guerre, sur la proposition du citoyen Ducoux, *tendant à rendre exécutoire le décret du 3 mai 1848 sur le corps des officiers de santé militaires.*

Si, dans l'exercice de son omnipotence, le gouvernement provisoire a rendu un décret conforme à la raison et à l'équité, c'est assurément celui qui fixait une nouvelle assimilation des grades des officiers de santé, et qui créait pour ces honorables confrères une position plus digne de leurs services, de leurs travaux, des sacrifices de toute nature qu'ils sont obligés de faire, en embrassant la pénible carrière de chirurgien d'armée. Mais comme il paraît écrit sans doute que, dans aucun temps, les questions qui de près ou de loin touchent à la médecine ne peuvent marcher franchement à une solution prompte et régulière ; quoique le décret soit déjà rendu depuis bientôt dix mois, il est encore à recevoir son exécution. L'article 6 de ce décret avait eu le malheur de dire que le ministre de la guerre « est chargé de faire préparer et de publier, d'après les bases arrêtées dans le présent décret, un règlement sur l'exécution du service de santé, tant à l'intérieur qu'aux armées. » Or la confection de ce règlement a d'abord été faite par une commission, premier retard ; ce règlement a été déposé entre les mains du ministre, second retard ; enfin il est arrivé jusqu'à l'Assemblée nationale, où il est bien à craindre qu'il ne se fût englouti sans l'honorable sollicitude de M. Ducoux pour ses anciens camarades, dont mieux que personne il pouvait apprécier les mérites et les besoins. Donc, sur la proposition de M. Ducoux, le comité de la guerre fut saisi, et c'est au nom de ce comité que M. le colonel Ambert est venu déposer un rapport sur le bureau de l'Assemblée. Dans ce rapport, M. le colonel Ambert montre les meilleures intentions pour les chirurgiens militaires. Il répète, non sans une certaine émotion, ces mots si connus : *Voilà nos chirurgiens militaires ; ce sont des savants et des soldats....* Mais, il trouve que le règlement préparé par la commission du ministère de la guerre « renferme des dispositions qui sont du domaine exclusif de la loi ; que les pouvoirs législatifs ont seuls mission de modifier la législation existante, » et il conclut au renvoi du décret du 3 mai et du règlement *rédigé en exécution de ce décret* au conseil d'état.

Ce nouveau délai, qui menace de n'être pas le dernier, a justement ému nos confrères de l'armée, et lorsque nous nous disposions à faire voir le peu de fondement des motifs d'ajournement allégués par M. le colonel Ambert, nous avons reçu la réponse suivante, qui réfute, avec autant de convenance que de justesse, toutes les objections de M. le colonel Ambert, et que pour cette raison nous nous bornons à reproduire sans commentaires. Nous joindrons seulement nos vœux à ceux de nos honorables confrères pour que les préoccupations de l'Assemblée nationale ne l'empêchent pas de faire droit à d'aussi justes réclamations.

Réponse au rapport de M. Ambert

Sur la proposition de M. Ducoux, *relative à l'exécution du décret du 3 mai 1848,*

PAR LES PROFESSEURS DU VAL-DE-GRACE.

Le rapport de M. Ambert, tout en respectant le décret du 3 mai 1848, contient des erreurs, des inexactitudes, et il se termine par des conclusions qui tendent à prolonger une situation provisoire et mauvaise.

Notre devoir est de rectifier les énonciations du rapport, puisque le comité de la guerre, qui a entendu M. le sous-intendant directeur de l'administration, n'a pas jugé à propos d'entendre aussi le conseil de santé ou l'un de ses membres.

Le décret du 3 mai 1848 attendait, pour devenir exécutoire, la publication d'un règlement (art. 7). Ce règlement, élaboré par une commission et remis au ministre, contiendrait, d'après M. Ambert, des dispositions qui sont du domaine exclusif de la loi ; de plus, ajoute M. Ambert, il porte atteinte aux lois en vigueur. Donc, conclut M. Ambert, le ministre a dû renoncer à la pensée de promulguer ce règlement.

Toute l'argumentation de M. Ambert porte à faux, car il impute au règlement ce qui existe dans le décret, au moins en principe.

Et d'abord, on s'étonnerait qu'une commission où figuraient deux généraux, un colonel d'état-major, un intendant et trois inspecteurs, ait proposé à la sanction du ministre un règlement qui porte atteinte aux lois en vigueur. Ce règlement, élaboré pendant plus de six mois, à deux et même à trois séances par semaine, a été remis au ministre le 22 septembre 1848 ; il y a donc cinq mois qu'il est en ses mains, et il a fallu la proposition de M. Ducoux, l'examen du comité de la guerre, pour qu'il fût reconnu contraire aux lois en vigueur ! Le ministre ne pouvait ni ne devait renoncer à la pensée de le promulguer ; l'article 6 du décret lui donne charge de faire préparer et publier un règlement conforme aux principes exprimés dans ce décret ; si donc le règlement présenté ne lui paraissait point applicable, il avait à le faire réviser, et c'est ce qui n'a pas été fait.

Les atteintes aux lois en vigueur, que le rapporteur aperçoit dans le règlement sont les suivantes :

1° « Création de grades et assimilation de ces grades avec ceux de l'armée active. »

Ceci est dans le décret (art. 2 et 3). Le règlement ne fait que reproduire l'échelle hiérarchique inscrite dans le décret qui a force de loi, et qui a par conséquent le pouvoir de modifier les lois antérieures ; les objections secondaires exprimées dans ce paragraphe tombent avec l'erreur qui leur sert de base. L'assimilation des officiers de santé décrétée par une loi entraîne nécessairement les retraites des grades équivalents dans l'armée. L'intendance doit son assimilation à une simple ordonnance royale. Quant à la loi sur l'avancement dans l'armée, elle n'a aucun rapport avec le décret du 3 mai, ni avec le règlement complémentaire de ce décret ; les grades assimilés ne sont point des grades effectifs donnant droit au commandement, qui reste intact ; ce sont les échelons d'une hiérarchie spéciale parallèles à ceux de la hiérarchie militaire pour ce qui concerne les prestations et les honneurs. L'avancement d'un corps scientifique a ses conditions particulières qui ne touchent en rien à celles de l'avancement militaire ; elles devaient être spécifiées dans le règlement ; elles restent d'ailleurs ce qu'elles ont été.

« 2° Attributions complétement nouvelles, dérogation profonde aux principes posés par la loi du 28 nivôse an III. »

Cette objection se réduit à ceci : Une loi de 1848 peut-elle modifier un décret de l'an III ? En effet, le décret du 3 mai 1848 constitue le corps des officiers de santé comme un corps distinct (article 1er) et fonctionnant par l'action de ses propres chefs, sous l'autorité du ministre et des officiers investis du commandement. Les dispositions contenues dans le règlement ne sont que le développement nécessaire des principes exprimés dans la loi de 1848 ; si d'ailleurs les limites de cette note nous permettaient l'examen du décret ou plutôt de l'instruction qui fait suite à la loi du 28 nivôse an III, il nous serait facile de démontrer que le décret du 3 mai 1848 se concilie avec l'esprit de cette instruction ; mais cette discussion est superflue, et ceux qui se reportent au décret de l'an III pour lui demander des arguments contre celui de 1848 devraient aussi se souvenir de tant d'autres décrets qui ont établi en faveur du corps des officiers de santé des droits et des garanties, des principes qui, comme il est dit dans les considérants du décret du 3 mai 1848, ont été oubliés ou faussés dans leur application non législativement abolis.

« 3° Etablissement d'Ecoles préparatoires. »

Mais le règlement n'en propose qu'une seule, et il en existe trois aujourd'hui (hôpitaux d'instruction de Metz, Lille et Strasbourg). Ces trois Ecoles ne reposent que sur des ordonnances et des décisions ministérielles ; le règlement peut donc en maintenir une, c'est une simplification et une économie.

« 4° Modifications aux ordonnances sur le service des troupes par suite du système des assimilations. »

Mais il n'y a point là d'atteinte aux lois ; un règlement faisant suite à une loi peut modifier quelques dispositions d'ordonnances antérieures ; ces modifications n'entraînent d'ailleurs aucun détriment pour les droits et priviléges du commandement sous lequel le décret a placé les officiers de santé ; or, nous l'affirmons, le règlement a été fait avec une grande préoccupation des justes susceptibilités du commandement et il affaiblit la signification du décret bien loin de l'exagérer. Il ne confère aucune action directe aux officiers de santé sur les officiers combattants ; il leur défend toute immixtion dans le service du commandement, et prévoit toutes les éventualités d'une subordination nécessaire ; sur tous ces points, il répond aux prévisions les plus difficiles du service militaire et écarte jusqu'à la possibilité d'un conflit ; il substitue l'ordre et la conciliation aux froissements et aux luttes d'amour-propre qui résultent de la situation actuelle, vague et mal définie, comme elle le sera toujours en l'absence d'une assimilation.

« 5° De ces considérations, il résulte que le pouvoir législatif doit être appelé à compléter le décret du 3 mai 1848. »

Le décret formule les principes, il est complet ; quant aux applications, elles ne pouvaient être détaillées que dans un règlement ; toutefois, si l'Assemblée pense qu'il y a lieu de mentionner la modification que le décret entraîne dans la loi du 11 avril 1831 sur les retraites, elle peut le faire ; elle peut encore, s'il le faut, y inscrire les conditions de passage d'un grade à un autre ; ces légers changements ne sauraient motiver le renvoi au conseil d'Etat.

6° « Le pouvoir législatif aura non-seulement à discuter les questions militaires, les questions administratives, les questions scientifiques, mais les considérations financières devront aussi trouver place dans la discussion. »

C'est une accumulation de difficultés et de problèmes très propre à faire reculer ceux qui n'y regardent pas de près ; très favorable au système de temporisation et d'ajournement à l'aide duquel les adversaires de notre corps espèrent tuer le décret du 3 mai ; très capable d'aggraver de plus en plus les embarras du service militaire dans l'armée et le malaise des officiers de santé déjà découragés par une vaine attente de dix mois. Heureusement cette accumulation est factice ; le décret a déterminé d'une manière générale les relations militaires et administratives du corps des officiers de santé ; le règlement en a rigoureusement suivi les principes, et ses nombreuses dispositions attestent le ménagement que la commission a constamment gardé, au détriment même des officiers de santé, pour les fonctionnaires de l'ordre administratif et pour les droits du commandement.

En réalité, il n'y a qu'une question, celle de la santé et de la vie du soldat. L'Etat lui doit-il les soins et la sauvegarde hygiénique de médecins instruits et capables de pourvoir à toutes les éventualités en temps de paix et en temps de guerre ? Oui.

Le corps médical de l'armée, destitué de tout prestige, en dehors de toutes les hiérarchies, sans honneurs, sans avantages, sans perspective d'avenir, peut-il, dans ces conditions d'infériorité morale et matérielle, attirer et fixer les capacités dans ses rangs ? Non. — Preuve, les démissions ; preuve, le défaut de candidats pour son recrutement, qui n'a été facile et l'objet d'un véritable concours qu'en 1848, grâce au décret du 3 mai 1848.

Voilà la vraie, la seule question ; il s'agit de moralité plus encore que de choses militaires et administratives. A ceux qui repoussent le corps médical et lui refuseraiennt, en ce temps de République, l'égalité avec les autres corps de l'armée, nous rappellerons que le gouvernement déchu a fait cela pour les officiers de santé de la marine, qu'il était à la veille de le faire pour ceux de l'armée ; que le gouvernement royal de Belgique l'a fait, par voie législative, pour les médecins militaires de ce pays !

Reste une dernière objection du rapport ; les considérations financières ; il s'agirait d'une augmentation de 800,000 francs. — Et d'abord, si l'intérêt de la vie et de la santé du soldat exige ce sacrifice, l'Assemblée le fera ; mais l'exagération est grande, et nul compte n'est tenu des économies qu'il sera possible de réaliser et qui résulteront aussi tout naturellement d'un service mieux organisé, mieux dirigé, mieux pourvu sous plus d'un rapport.

Les officiers de santé militaires espèrent de la justice de l'Assemblée nationale l'exécution immédiate d'un décret motivé par l'intérêt du soldat et par la dignité d'un corps auquel n'ont jamais manqué les sympathies de l'armée ni celles des assemblées législatives. « Le service des officiers de santé militaires, disait M. Dupin aîné, comme en prévision de ce qui arrive aujourd'hui, est un service de science, d'honneur, de dévouement et de dangers. » (*Moniteur* du 30 avril 1838.)

Revue thérapeutique.

Emploi de l'arsenic dans diverses affections. (Phthisie, bronchite capillaire, etc.)

Les thérapeutistes, après avoir partagé, ou peu s'en faut, toute l'horreur du public pour l'arsenic, paraissent, depuis quelque temps, le prendre en affection, et vouloir l'appliquer un peu à tous les cas. Après le fait remarquable que nous avons observé dans le service de M. Martin-Solon, et que nous avons rapporté dans notre numéro du 8 courant, voici d'autres faits où l'arsenic parait aussi avoir contribué à guérir, non pas probablement des phthisies, comme le pense l'auteur, M. Cenni, mais au moins des affections de poitrine assez graves, et sur lesquelles le défaut de renseignements suffisants ne permet pas de porter un diagnostic.

Obs. I. — Emilio Mattei, âgé de quarante ans, boulanger, de tempérament lymphatique nerveux, d'habitudes intempérantes, me fit appeler auprès de lui. Il était au lit depuis une vingtaine de jours, sous la direction du docteur Vespasiani. Je le trouvai avec une fièvre ardente, la figure œdématiée, toux profonde, fréquente et sèche. Il se plaignait d'une forte douleur de tête, pesanteur à la poitrine, respiration accélérée ; mais ce qui le fatiguait le plus, c'était la fréquence et la ténacité de la toux, principalement la nuit. — Saignée, kermès.

Il passa la nuit sans sommeil comme les précédentes ; mais je le trouvai le matin avec beaucoup de fièvre, et tous les autres symptômes amendés. Le sang était couenneux.

Le soir suivant, la fièvre s'exaspéra, et le cortége des premiers phénomènes reparut. La maladie se prolongea de cette manière pendant plus d'un mois, malgré l'emploi énergiquement poussé des saignées, des vésicatoires, des agents déprimants les plus accrédités et du sulfate de quinine.

La fièvre finit par devenir continue, la toux humide, et il se manifesta une émaciation très sensible. J'explorai alors la poitrine ; le poumon gauche, qui donnait à peine accès à l'air, offrait un gargouillement très considérable, comme si l'air avait passé à travers un liquide. Je diagnostiquai aussi, d'après l'examen de l'expectoration, que Mattei souffrait d'une phthisie purulente. Je déployai, en faveur de mon pauvre client, tous les secours que l'art antique et moderne conseille en pareil cas ; mais tout fut inutile. La toux devenait toujours plus forte, et les crachats fétides au point de forcer les assistants à s'éloigner, et copieux de manière à atteindre dans les vingt-quatre heures le poids de 15 onces.

Employant depuis deux mois toutes les médications les plus vantées, et désespérant néanmoins du succès, je songeai à m'adresser au deutoxyde d'arsenic ; je le prescrivis à la dose d'un grain, divisé en 40 pilules, à prendre une toutes les deux heures, en buvant pardessus une demi-once de lait. Le fait est que, après quarante jours de ce traitement, Mattei ayant alors pris 160 pilules, commença à quitter le lit. Aujourd'hui, non-seulement il est revenu à son état primitif de santé, mais il paraît même plus fort et plus robuste qu'auparavant.

Obs. II. — Pendant que ce premier malade était en convalescence, je fus appelé dans une ville voisine auprès d'un jeune étudiant de 18 ans. N. Mariotti, de tempérament sanguin, nerveux. Il avait souffert d'une pneumonie, que le docteur Vespasiani avait d'abord traitée; mais, quoique l'acuité du mal se fût apaisée et qu'il eût paru guéri, cependant la toux continuait à le fatiguer, la nutrition ne redevenait pas normale, l'appétit et les forces restaient languissants. Au moment où je le vis, la peau *allait s'informer des os*; il se tenait à peine sur ses pieds, toussait fréquemment et expectorait une matière suspecte. La peau était sèche, le pouls très rapide, sueurs nocturnes et partielles, respiration très fatiguée. Le sthétoscope montra que le poumon *donnait tous les signes de cet état qu'on nomme hépatisation.* Les praticiens soupçonnent, et Alibert entre autres, que beaucoup de phthisies dont on croit avoir arrêté les progrès et même qu'on prétend avoir guéries n'étaient que des catarrhes ou des péripneumonies chroniques, et quelques-uns inclineraient peut-être à placer dans cette catégorie le cas que je rapporte en ce moment. *Mais que sont tant d'espèces de pulmonies, sinon des phthisies.* Quant à moi, je caractérisai ainsi la maladie de Mariotti et portai sur elle un pronostic fatal. Cependant, je ne laissai pas d'en entreprendre la cure, et je voulus ici encore essayer l'arsenic. Je fis suivre le même traitement que pour Mattei, et je fus aussi surpris, je l'avoue, que consolé de le voir pas à pas s'acheminer vers la guérison, et au bout de quarante-cinq jours être rendu à une santé parfaite.

(*Il Raccoglitore medico.*)

Nous n'avons pas besoin, sans doute, de rappeler ce que nous disions en commençant sur l'incertitude du diagnostic dans les cas que nous venons de rapporter. Un observateur qui se sert d'expressions telles que celles que nous avons soulignées est évidemment trop peu habitué à nos moyens actuels d'investigation, et trop peu exact dans son langage pour pouvoir inspirer une entière confiance; mais on n'en doit pas moins admettre, dès que l'on croit seulement à la bonne foi de l'auteur, que les affections qu'il a traitées étaient des affections assez rebelles de la poitrine; et sous ce rapport seul, ces deux cas se recommandent à l'attention sérieuse des praticiens.

Volvulus guéri par la gastrotomie, par M. Reali.

Le cas suivant, qui offre déjà beaucoup d'intérêt, en offrirait bien davantage, ainsi que le fait observer notre savant confrère, si le procédé opératoire qu'on a suivi se trouvait décrit avec plus de détails, nous ajouterons si la rédaction de l'observation était dépouillée de ces métaphores prétentieuses qui déparent si souvent encore les observations de nos confrères ultramontains.

Observation. — Luigi Stella, homme fort et bien constitué, âgé de trente ans, avait dans la soirée mangé beaucoup de cerises sans en rejeter les noyaux, lorsqu'il fut le matin suivant obligé de soulever de lourds fardeaux. (Il avait depuis longtemps une hernie inguinale droite qu'il contenait de la manière la plus défectueuse qu'on puisse imaginer.) Sous l'influence de ces efforts, il ressentit une vive douleur à la partie droite du bas-ventre, et delà elle se répandit bientôt dans tout ce côté de l'abdomen, ne lui laissant aucune trêve. On l'envoya de suite à l'hôpital d'Orvieto, où M. Reali reconnut, non pas l'étranglement de la hernie, mais l'existence dans la région iliaque droite d'une tumeur du volume d'un œuf de poule. Quoiqu'il n'y eût encore ni vomissements stercoraux, ni constipation absolue, il soupçonna un valvulus. Le malade eut encore deux petites selles. Mais, malgré les médications les plus actives, il fut ensuite impossible durant cinq jours d'obtenir la moindre évacuation alvine. Il vomit des matières mucoso-bilieuses et des vers lombrics; les douleurs torturantes persistaient; les sueurs devinrent visqueuses, la prostration considérable, le pouls petit et filiforme. Enfin, les vomissements devenus stercoraux et le *désir de n'être pas le dernier témoin des effets de la découverte de Jackson* me déterminèrent à pratiquer la gastrotomie.

Le patient étant donc éthérisé, on fit, à un pouce au-dessous de l'ombilic, une incision de quatre pouces de longueur sur la ligne blanche jusqu'auprès du pubis. Les couches successives furent divisées avec précaution, et l'on ouvrit enfin le péritoine. Les intestins étaient énormément distendus; on les repoussa à gauche. La tumeur, à la recherche de laquelle il fallut procéder avec la main entièrement plongée dans le ventre, était formée au dépens de la fin de l'iléon, au voisinage du cœcum, et ses adhérences péritonéales ne permirent pas de l'amener au niveau de la plaie des parois abdominales. L'étranglement pouvait mériter le nom de *nœud de Salomon*; car une anse de l'iléon, longue d'un pouce et demi, et contenant un noyau de cerise, était celle qui était étranglée, et une autre anse l'embrassant circulairement, la serrait de telle manière que, soit qu'on tirât sur l'une, soit qu'on tirât sur l'autre de ses extrémités, il n'y avait pas moyen de défaire le nœud, bien que cependant l'on parvînt ainsi à le relâcher.

Ne pouvant *dénouer ce nœud mystérieux*, l'opérateur prit le parti de le trancher; il fit dans ce but trois incisions sur l'anneau intestinal; puis une fois la réduction opérée, il ferma ces incisions à l'entéroraphie, et replaça ensuite le paquet intestinal. L'opération avait duré onze minutes.

On rapprocha les lèvres des incisions des parois abdominales au moyen de la suture entortillée, puis d'un bandage unissant. On maintint ensuite de la glace sur le ventre pendant plusieurs jours, et en même temps le malade en prit par la bouche, ainsi que quelques doses d'huile de ricin et d'huile d'amandes amères. Dès le premier jour il y eut sortie de gaz par en bas; le lendemain s'y joignirent des évacuations solides avec une grande quantité de noyaux de cerises.

La fièvre qui se développa dans le commencement rendit une saignée nécessaire; elle dura dix jours avec les signes d'une forte entéro-péritonite. Bientôt le pourtour de la plaie fut frappé de gangrène, qui s'étendit peu à peu à une assez grande distance. Des eschares de tissu cellulaire, parmi lesquelles on crut reconnaître un morceau de péritoine gangréné, se détachèrent. Il sortit aussi quelques matières fécales par la plaie. Mais enfin, malgré ces complications, malgré un écart de régime alimentaire qui mit plus tard ses jours en danger, le malade était guéri au bout de quatre mois et demi. (*Raccoglitore medico.*)

Conjonctivite développée sous l'influence de l'administration du sulfate de quinine.

Observation communiquée par M. le docteur Dieudonné (de Bruxelles).

Obs. — Il y a environ deux ans, je fus mandé chez une dame qui souffrait depuis plusieurs jours d'une névralgie sus-orbitaire et temporale. Les douleurs se manifestant assez régulièrement entre huit et neuf heures du matin, je lui prescrivis 10 grains de sulfate de quinine à prendre en trois doses, le lendemain, plusieurs heures avant le retour présumé de la névralgie. Celle-ci se fit peu ou point sentir; mais les yeux devinrent malades et s'injectèrent fortement.

La malade, attribuant cette nouvelle affection à un froid qu'elle pouvait avoir pris, se contenta de se bassiner les yeux avec une légère infusion de thé vert. A quatre heures après midi, elle ne souffrait plus des yeux.

Quand je la revis le lendemain, elle avait pris encore la même dose de sulfate de quinine, et, peu de temps après, son mal d'yeux était revenu; elle accusa alors elle-même le sulfate de quinine d'être la cause de ce mal. Les conjonctives oculaires étaient d'un rouge carmin, et offraient ce réseau de vaisseaux capillaires caractéristique de la conjonctivite; la malade se plaignait d'une sensation de chaleur, de sécheresse et de sable entre les paupières: la douleur était, du reste, peu intense.

Le troisième jour, la malade ne prit pas le sel de quinine, et la conjonctivite ne reparut pas.

Le quatrième jour, sulfate de quinine. Réapparition de la conjonctivite.

Le cinquième jour, pas de sulfate de quinine. Pas de conjonctivite.

Le sixième jour, sulfate de quinine. Conjonctivite.

Dès ce jour, tous les symptômes de névralgie ayant disparu, je cessai la médication, et la malade n'éprouva plus rien du côté des yeux.

J'ajouterai, enfin, que la conjonctivite disparaissait chaque fois, sans aucun traitement, tantôt plus tôt, tantôt plus tard, mais assez régulièrement vers quatre ou cinq heures de l'après-dîner.

NOUVELLES.

Par décision du 11 janvier :

M. Rohault, chirurgien aide-major de 1re classe au 10e d'artillerie, est désigné pour le 3e du génie.

— Par décision du 18 janvier :

M. Chenu, chirurgien-major de 2e classe, passé de la gendarmerie de la Seine aux ambulances de l'Algérie, est détaché à l'hôpital de perfectionnement;

M. Ciccarelli, chirurgien-major de 2e classe, passé du bataillon de voltigeurs corses au 12e de ligne, est détaché à l'hôpital de perfectionnement;

M. Duhoy, chirurgien-major de 2e classe, passé du 2e du génie au 9e de ligne, est détaché à l'hôpital de perfectionnement;

M. Cooche, chirurgien-major de 2e classe, passé du 3e du génie au 6e chasseurs, est détaché à l'hôpital de perfectionnement;

M. Rihes, chirurgien-major de 2e classe, passé de l'hôpital du Gros-Caillou au 5e léger, est détaché à l'hôpital de perfectionnement;

M. Loyer, chirurgien-major de 2e classe, passé du 4e d'artillerie au 49e de ligne, est détaché à l'hôpital de perfectionnement;

M. Pradier, chirurgien-major de 2e classe, passé de l'hôpital de Lille au 7e de ligne, est détaché à l'hôpital de perfectionnement;

M. Habaïbi, chirurgien-major de 2e classe, passé du 13e d'artillerie au 8e cuirassiers, est détaché à l'hôpital de perfectionnement;

M. Pastoret, chirurgien-major de 2e classe, passé de l'hôpital de Strasbourg au 8e lanciers, est détaché à l'hôpital de perfectionnement;

M. Radat, chirurgien-major de 2e classe, passé de l'hôpital de perfectionnement au 8e lanciers, est détaché à l'hôpital de perfectionnement.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 20 FEVRIER 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 21.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal parait trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS.	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER. . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 19 FÉVRIER 1849.

Proposition de M. Ducoux, tendant à rendre exécutoire le décret du 3 mai sur les officiers de santé militaires.

Voilà une fois encore les justes espérances de nos honorables confrères de l'armée renvoyées à un temps dont il n'est que trop facile de prévoir la durée, en songeant que le ministre de la guerre avait dans sa poche un *projet de loi* tout préparé pour remplacer le décret du gouvernement provisoire. Si l'excellent discours de M. Ducoux n'a pu suffire pour prévenir ce triste résultat, c'est qu'il n'y avait rien à faire, pour le moment, en faveur de la cause qu'il défendait; car ce discours a été, d'un bout à l'autre, aussi inattaquable dans le fond que convenable dans la forme. Nous rapportons textuellement plus loin ce discours remarquable, qui expose, beaucoup mieux que nous ne pourrions le faire ici, le véritable état de la question. Dans quelle pensée intime les généraux et les colonels, membres de l'Assemblée nationale, cherchent-ils à retarder, à empêcher peut-être, l'exécution d'un décret qui répare une injustice qu'eux-mêmes se plaisent à reconnaître? On n'ose, en vérité, le soupçonner, tant on craint de voir percer, à travers leur mauvais vouloir, la vanité et l'ingratitude, tant il serait pénible de trouver ces sentiments chez des hommes qui ont ordinairement pour qualités dominantes la franchise et la générosité.

Du reste, que nos honorables confrères ne se découragent pas; l'ordre du jour du général Lamoricière, tout en autorisant un nouveau retard, est un hommage rendu à la justesse de leur cause. Cet ordre du jour consacre tous leurs droits; c'est à eux à réclamer avec énergie et opiniâtreté, en s'appuyant sur le vœu bien formel de l'Assemblée nationale, et leurs efforts, nous n'en doutons pas, seront tôt ou tard couronnés de succès.

Nous croyons qu'il serait parfaitement inutile d'insister ici sur la pauvreté de cet argument, qui a été reproduit sous toutes les formes par les adversaires du décret : le règlement fait en exécution de ce décret viole des dispositions législatives antérieures.

Il est bien évident que le décret est une loi; que, comme loi, il abroge les lois antérieures qui lui seraient contraires; que le règlement, qui n'est qu'une conséquence du décret, est implicitement contenu dans ce décret; qu'il faudrait, par conséquent, attaquer franchement ce dernier ou l'exécuter loyalement.

Lorsque des raisonnements aussi simples, aussi évidents, sont présentés à des hommes intelligents, et que ces hommes ne s'y rendent point, il est parfaitement prouvé que toute discussion devient désormais inutile avec eux.

Nous avons lu le mémoire annoncé de M. Bouillaud. Comme faits positifs, nous n'y avons trouvé que les faits connus de tout le monde, solennellement discutés à la tribune nationale, et dont nous avons nous-même entretenu nos lecteurs. Comme allégations, nous y avons lu des choses qui ne sont pas de notre ressort. Nous croirions, en conséquence, comprendre mal nos devoirs si nous insistions davantage sur une affaire qui ne peut qu'affliger tous les médecins jaloux de la dignité de notre profession.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

Service de M. le professeur LÉVY.

Considérations sur les pneumonies dites catarrhales et typhoïdes, régnant au Val-de-Grâce.

Par M. MASSELOT, chef de clinique du service.

On a décrit, il y a quelques années, sous la dénomination de pneumonie catarrhale et de pneumonie typhoïde, deux affections pulmonaires dont on a fait deux formes de la pneumonie primitive, en raison de l'apparition de quelques symptômes généraux inaccoutumés, et de l'absence ou des modifications de quelques phénomènes propres à la pneumonie franche.

Nous avons vu, mon ami M. le docteur Parise et moi, en 1847, ces deux affections pulmonaires régner épidémiquement sur la garnison de Versailles, et faire de nombreuses victimes. Cette épidémie a été, de notre part, l'objet de recherches qui paraîtront incessamment.

Les auteurs qui, jusqu'à ce jour, se sont occupés de ces affections ont pensé qu'elles ne différaient de la pneumonie franche que par des modifications survenues dans les causes et dans les symptômes, et par quelques indications thérapeutiques particulières; ils ont gardé le silence sur les lésions anatomiques, qu'ils semblent considérer comme identiques dans tous les cas.

Nos recherches nous ont conduits à un autre résultat, et nous avons constaté que les pneumonies dites typhoïdes, catarrhales, qui, au début, présentent quelques différences dans les symptômes, sont, au fond, une même affection, et que celle-ci ne diffère pas de la pneumonie franche seulement par des modifications survenues dans les causes et les symptômes et par quelques indications thérapeutiques particulières, mais encore par des lésions anatomiques fort distinctes; de telle sorte que la pneumonie franche et la pneumonie typhoïde ou catarrhale qui présentent, il est vrai, beaucoup d'analogie au premier abord, sont cependant séparées par des différences essentielles, bien tranchées, qui les délimitent et les individualisent parfaitement.

J'ai cru devoir établir ces préliminaires, parce que les affections pulmonaires que nous observons depuis bientôt trois mois au Val-de-Grâce, dans le service de M. le professeur Lévy, ont, la plupart, une grande analogie soit avec la pneumonie catarrhale, soit avec la pneumonie typhoïde des auteurs.

Les phénomènes symptomatiques de ces maladies peuvent être partagés en deux ordres principaux :

1° Ceux qui traduisent l'état général, les conditions, les tendances actuelles de l'économie;

2° Ceux qui se rapportent à l'état local, à la lésion pulmonaire.

La plupart des malades qui entrent à l'hôpital, mais particulièrement ceux dont les appareils respiratoire et digestif sont affectés, présentent, soit l'ensemble bien caractérisé des phénomènes du début d'une fièvre typhoïde, soit un état cholériforme, soit enfin un état adynamique plus ou moins dessiné.

L'adynamie est telle parfois, que les forces musculaires sont complétement anéanties; alors les malades, tombés dans l'hébétude, incapables de s'asseoir ou de rester assis sans être soutenus, semblent étrangers à tout ce qui se passe autour d'eux. Couchés les bras ou la tête pendants hors du lit, ils ne demandent ni ne cherchent à changer de position.

Chez le plus grand nombre, se voient des pétéchies ou des taches bleuâtres plus ou moins nombreuses, du diamètre d'une pièce de vingt-cinq centimes à celui d'une pièce d'un franc, tantôt disséminées sur le tronc et les membres, tantôt groupées sous les clavicules, dans les aisselles et les aines. L'ataxie s'est montrée rarement.

Ainsi, ce qui frappe tout d'abord chez les malades, à leur entrée, c'est l'ensemble des phénomènes caractéristiques de l'un des trois états précédents, phénomènes qui, souvent, à eux seuls, semblent suffisants pour établir un diagnostic. Mais, poussant toujours les investigations plus loin, et procédant à l'examen particulier des divers appareils organiques et de chacun des organes qu'ils renferment, il est souvent arrivé que la percussion et l'auscultation, faites avec soin, ont conduit, soit dès l'entrée du malade, soit les jours suivants seulement, à la découverte de la matité et d'un souffle bronchique ou tubaire, qui arrive quelquefois à son maximum d'intensité sans être précédé ni accompagné de douleur thoracique, de toux ou de crachats; sans que rien enfin appelle l'attention sur les organes de la respiration.

Comme il arrive habituellement dans la saison actuelle, la plupart des maladies régnantes sont localisées dans les voies respiratoires, mais les organes affectés ne pré-

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Douleur d'un membre du Conseil de santé des armées. — Histoire du décret du gouvernement provisoire. — Première digression; une opinion de M. Gibert. — Seconde digression: les opérés de l'hôpital Saint-Louis.

M. X. est membre du Conseil supérieur des armées; tout aussi connu dans le monde savant que dans le monde politique, il occupe dans ce dernier une des premières places dans le parti que l'on nomme réactionnaire. Nous ne lui en faisons pas un crime; car la liberté veut que l'on puisse aller même à la messe, ainsi que le proclame notre illustre chansonnier.

Nous avons l'avantage d'être le voisin de notre confrère des armées, et depuis quelque temps, nous le disons pour sa satisfaction personnelle, nous avons remarqué sur sa figure des signes non équivoques de joie et de ravissement. Cependant hier sa physionomie avait complétement changé de caractère; son front ridé était comme obscurci; sa lèvre supérieure avait désappris le sourire; ses yeux ternes et baissés semblaient fuir le contact des objets extérieurs pour ne pas distraire l'esprit de ses préoccupations intérieures; en un mot, chaque trait de son visage reflétait un souci, et chaque mouvement de son corps dénotait un trouble de l'âme.

Nous l'accostâmes dans ces conditions fâcheuses pour une rencontre impromptue, et avant que nous eussions pu sonder la blessure de son for intérieur, notre confrère s'écria :

— Hélas! la cause est perdue, nous sommes battus sur toute la ligne.

Dût Esculape nous frapper de sa colère et nous lancer sa malédiction, nous devons à la vérité de dire que notre cœur se réjouit et que nous fûmes la victime d'une étrange surprise. Comparant à part nous le contentement de la veille à l'air triste et sombre du lendemain, et nous rappelant les diverses transfigurations par lesquelles était passée la physionomie de notre confrère selon les phases diverses de la politique depuis le 24 février, nous crûmes que la politique était encore la cause de cette nouvelle métamorphose, et que le chef de la rouge recommençait pour le moins une seconde édition de ses trop fameuses circulaires.

Heureusement pour le repos de notre confrère il n'en était rien, et la politique était *presque étrangère* à son mécontentement.

Nous disons *presque étrangère*, parce que le coup avait été porté par nos hommes d'état de l'Assemblée nationale contre le corps des officiers de santé de l'armée de terre.

Racontons cette odyssée lamentable qui ne sera pas une des pages les moins curieuses des déceptions révolutionnaires de notre époque.

On connaît la législation sous l'empire de laquelle vivait et vit encore, pour son malheur, le corps médical de l'armée. L'ordonnance royale de 1836, modifiée successivement par les ordonnances royales de 1839 et de 1840, le rend le subordonné et l'esclave de l'intendance militaire, dont les études spéciales permettent de mettre en doute sa compétence en matière de science et de pratique médicale; bien plus, outre cette absence de hiérarchie, le corps des officiers de santé militaires avait une existence complétement en dehors de l'armée, et l'on se rappelle ce général de division se refusant de faire rendre les honneurs militaires à un de nos confrères décédé dans l'exercice de ses fonctions.

Cet état de choses était tout à la fois une injustice et une ingratitude; une injustice, parce que les chirurgiens de l'armée ont acquis une instruction et des connaissances qui leur permettent d'être émancipés et de secouer le joug de l'intendance; une ingratitude, parce que, ainsi que le fait remarquer avec raison le journal *le Peuple*, « les officiers de santé marchent au feu avec nos soldats, les accompagnent dans leurs dangers, leurs fatigues et leurs privations, et poursuivent plus tard leur tâche en les entourant de leurs soins. »

Le gouvernement provisoire eut à cœur de réparer la défaveur dont on payait depuis trop longtemps les services d'hommes instruits et méritants, et la veille même du jour où il remettait ses pouvoirs entre les mains des représentants du peuple, il rendait un décret qui, dans son esprit et dans le texte même du décret, devait être la pierre d'achoppement de toute une législation nouvelle.

Grande fut la joie au sein de la famille médicale militaire; grandes furent aussi ses espérances, et pour que ces dernières ne se changeassent pas en désillusions, l'*Echo du Val-de-Grâce* fut fondé, destiné à soutenir et à faire triompher le décret du 3 mai 1848.

Cependant la politique générale prit bientôt de telles proportions, que toute question spéciale dut être reléguée au second plan, et il est probable que, sans une circonstance tout à fait fortuite et imprévue, l'affaire des chirurgiens militaires serait encore aujourd'hui à l'état d'un beau rêve du gouvernement provisoire.

Nous avons dit dans le temps comment, à l'occasion des réductions proposées par le comité des finances, l'Assemblée nationale, sur la réclamation de deux de ses membres, fut mise en demeure de se prononcer sur le mode de nomination des chirurgiens-élèves. C'était aborder de front un des chapitres de l'ordonnance de 1836; nous avons également analysé dans le temps le rapport de M. le colonel Ambert, qui laissait pressentir la nécessité de réformer la législation régissant la matière.

Les bases de la réforme étaient toutes trouvées : il ne s'agissait plus que d'y bâtir l'édifice. Un de nos confrères a pris l'honorable initiative de cette proposition, et, à la suite du rapport de M. Ambert, M. Ducoux a demandé que le décret du 3 mai fût rendu exécutoire. Renvoyée d'abord au comité de la guerre, qui se trouva on ne peut mieux disposé pour satisfaire les plaintes légitimes des chirurgiens militaires, la proposition de M. Ducoux est revenue samedi

sentent pas, comme dans les temps ordinaires, une lésion bien définie, franchement inflammatoire, ayant une marche régulière, une durée déterminée et une terminaison franche; cette lésion locale se présente aujourd'hui avec des modifications notables importantes à connaître, et qu'il faut évidemment rapporter à l'influence qu'exerce sur le développement et la localisation des maladies un état général et particulier de l'économie.

Cet état particulier de l'économie se révèle, chez ces malades, par des signes aussi certains que nombreux, qui sont : l'anéantissement rapide et complet des forces; la violence et la persistance de la céphalalgie; les épistaxis; les nombreuses pétéchies répandues sur tout le corps; la petitesse et la faiblesse du pouls; l'état imparfait de la circulation cutanée; la tendance au refroidissement; les modifications des produits sécrétés, soit par les muqueuses, soit par la peau dénudée de son épiderme; la grande tendance des vésicatoires, des piqûres de saignées et de sangsues à se recouvrir d'abord d'une couche comme pultacée, puis à s'ecchymoser et à se transformer en ulcère qui gagne en même temps en largeur et en profondeur; l'absence ou le peu de développement de la couenne sur le sang dans les lésions locales où celle-ci existe ordinairement à un haut degré; le peu de consistance ou la diffluence du caillot; enfin, ce sont encore, comme nous allons le voir par la narration des faits, les modifications apportées dans le siége, le développement, les symptômes, la marche et le traitement des lésions locales.

Je ne donnerai, avec tous leurs détails, que quelques-uns des faits les plus tranchés, ceux qui caractérisent parfaitement la maladie; je me bornerai à signaler dans les autres les particularités les plus remarquables. J'énumérerai seulement les faits d'anatomie pathologique sans entrer dans aucun détail, cette question étant longuement traitée dans le travail dont j'ai parlé précédemment. Néanmoins, j'espère que les observations qui vont suivre ne laisseront pas que d'offrir un grand intérêt aux lecteurs, car elles serviront, d'une part, à montrer la puissance de la thérapeutique quand elle est maniée par des mains judicieuses et habiles, et qu'elle repose sur une observation et une interprétation des faits aussi consciencieuses que savantes; d'autre part, à faire ressortir le danger et le peu de fondement qu'il y aurait à croire à l'identité de toutes les pneumonies; à les regarder comme des inflammations franches et à les soumettre systématiquement toutes à un même mode de traitement.

Début semblable à celui de la fièvre typhoïde. — Pneumonie du sommet. — Différences radicales des phénomènes d'auscultation et d'expectoration avec ceux de la pneumonie franche.

Gaultier, âgé de vingt-cinq ans, maçon, de bonne et forte constitution, incorporé au 2e bataillon de la garde mobile il y a dix mois, est entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 22 janvier, quatrième jour depuis l'invasion de la maladie. Au début, horripilation, froid, chute des forces, céphalalgie, vomissements bilieux, insomnie, vertiges, rêvasseries pendant la nuit, épistaxis, diarrhée (trois à cinq selles dans les vingt-quatre heures).

A l'entrée, persistance des mêmes symptômes; de plus, gargouillement iliaque droit, météorisme, bandelette nacrée aux gencives, anéantissement complet des forces musculaires, hébétude; réponses très lentes, incomplètes; pas de regard, yeux un peu excavés, teinte plombée de la face, décubitus dorsal; immobilité absolue du malade, qui est comme une masse inerte, et semble étranger à toutes les questions qui lui sont adressées et à tout ce qui se passe autour de lui. Langue sèche, râpeuse et brunâtre au centre. Pas de toux, ni de crachats; sonorité bonne en avant; pas de râle. L'auscultation n'est pas faite en arrière, à cause de l'extrême prostration du malade.

96 pulsations, à peine perceptibles; pas de chaleur fébrile au tronc; extrémités presque froides et bleuâtres. — Eau gommée, 2 pots; potion avec ipéca, 1 gramme; tartre stibié, 0,05.

Le 23, six vomissements, à la suite desquels la prostration a été moindre. Ce matin, 90 pulsations peu développées, mais résistantes et dures; chaleur sèche et générale de la peau, un peu plus élevée qu'à l'état normal; violente céphalalgie, hébétude, une épistaxis peu abondante; langue oscillante, brusquement sortie, un peu sèche; gencives entièrement recouvertes d'une bandelette nacrée épaisse, ayant l'aspect du marbre blanc; soif, quatre selles, gargouillement iliaque droit, un peu de météorisme, facies sans expression, yeux sans regard.

Percussion, auscultation. — Sub-matité dans les fosses sus et sous-épineuses droites; dans les mêmes régions, souffle bronchique prenant le caractère tubaire très tranché vers le sommet, et ne s'accompagnant d'aucun râle pendant les inspirations ordinaires. Mais dans la toux et les inspirations forcées, on perçoit, avec le souffle, un mélange de râle crépitant et sous-crépitant fin et sec, à bulles disséminées et peu nombreuses. Retentissement éclatant de la voix, nommé *clangor* par M. Lévy, dans la fosse sus-épineuse. Pas de crachats. Toux extrêmement rare, brève et sèche. — Eau gommée, 2 pots; potion stibiée, 0,04; potion gommeuse.

Le 24, en arrière, mêmes phénomènes à l'auscultation et à la percussion; seulement le souffle est plus prononcé, et occupe une étendue un peu plus grande. En avant, sous la clavicule droite, inspiration diminuée de durée, rude; expiration prolongée; souffle bronchique sous la moitié externe de la clavicule; son diminué; résistance au doigt très sensible. Toujours prostration extrême. Trois vomissements; huit selles. Pas de crachats. 100 pulsations peu développées, mais résistantes; insomnie; rêvasseries. — Eau gommée, 3 pots; potion gommeuse, looch; saignée, 250 grammes.

Le 24 au soir, trois crachats de mucus épais, opaque, blanc-jaunâtre, entourés de quelques spumosités, non adhérents au vase, sans caractères pneumoniques.

Le 25, le caillot de la saignée occupe toute la largeur du vase. Sa surface, assez dense, présente çà et là quelques traces de couenne; elle est légèrement irisée. La partie inférieure du caillot est beaucoup moins consistante, et la matière colorante est mélangée au sérum. Proportion de fibrine à peu près normale, 2,6. Grande prostration, hébétude, anéantissement complet des forces musculaires; langue humide, soif, une selle, gargouillement; pas de météorisme. Mêmes phénomènes à l'auscultation, et dans la même étendue du lobe droit supérieur; le râle sous-crépitant, perçu dans la toux seulement, est plus nombreux, mais toujours fin et sec. Un certain nombre de crachats encore distincts, quoique diffluents, assez semblables à une solution de gomme concentrée, semi-transparents ou opaques, plus adhérents entre eux qu'au fond du vase, renferment quelques bulles d'air extrêmement petites. Trois, dans le quart ou le cinquième de leur étendue, présentent une couleur jaune-orangée, assez ressemblante à celle des crachats pneumoniques. La plupart ont leur surface striée ou tachée de sang pur. Toux rare; pas de douleur thoracique. 96 pulsations assez résistantes. — Eau gommée, 3 pots; potion gommeuse; looch; saignée, 300 grammes.

Le 25 au soir, 100 pulsations assez résistantes. Mêmes phénomènes à l'auscultation en arrière. Souffle bronchique dans l'aisselle et sous la clavicule. Chaleur cutanée normale.

Le 26, 200 grammes de sang seulement sont sortis de la veine; caillot de la largeur du vase, mou à sa partie inférieure, sans couenne; quelques points de sa surface sont seulement irisés.

Souffle tubaire sensiblement moins prononcé dans les fosses sus et sous-épineuses; on perçoit, dans les inspirations, du râle sous-crépitant disséminé, à bulles fines et très sèches. Souffle tubaire à son maximum dans le sommet de l'aisselle et sous le tiers externe de la clavicule.

Vingt crachats environ un peu visqueux, opaques, épais, d'un blanc jaunâtre, entourés d'une partie liquide et spumeuse, et présentant quelques stries blanches semblables à du vermicelle cuit. Il n'en est pas un qui offre la couleur jaune-orange notée hier; mais il existe à leur surface soit des stries, soit de petites taches de sang pur. Insomnie, rêves pénibles, moins de prostration, le facies est un peu meilleur; langue humide, couverte d'un enduit jaunâtre; un vomissement, deux selles, langue oscillante.

92 pulsations. Peau sèche, rugueuse, sans chaleur fébrile. — Eau gommée, 3 pots. Potion gommeuse. Potion stibiée, 0,3.

Le 27, facies bien meilleur; le malade regarde et prend part à ce qui se passe autour de lui; il parvient à s'asseoir seul sur son lit.

En arrière, disparition presque complète du souffle, respiration rude, mêlée de quelques bulles de râle sous-crépitant, sec; diminution de la matité, mais résistance au doigt prononcée.

Dans l'aisselle et sous la clavicule, le souffle a notablement diminué depuis hier, mais il s'est étendu en bas et existe très prononcé au-dessus et en dehors du mamelon. Quelques bulles disséminées de râle sous-crépitant, fin et sec.

On n'entend pas de râle sous-crépitant humide, de retour dans les points où le souffle disparait. Mêmes crachats. Langue humide, blanchâtre, vacillante. Pas de vomissements, deux selles; il n'y a plus ni gargouillement, ni météorisme.

90 pulsations assez résistantes; peau aride, sèche, sans chaleur fébrile. Insomnie; un peu d'agitation dans la nuit, rêvasseries fatigantes. — Pomme cuite sucrée. Potion gommeuse. Lait édulcoré, 125 gr. Potion stibiée, 0,3.

Le 28, les forces renaissent; le facies s'épanouit; le malade se trouve mieux; la céphalalgie, décroissante depuis trois jours, a presque entièrement disparu; dans les fosses sus et sous-épineuses, ainsi que dans l'aisselle et sous la clavicule, disparition du souffle; mais l'expansion vésiculaire est incomplète, les bruits respiratoires rudes, mêlés dans la toux seulement de quelques bulles de râle sous-crépitant, sec, et d'un léger souffle rugueux; à la percussion, résistance au doigt, bien que le son reparaisse; diminution du souffle au niveau du mamelon. Pas de vomissement ni de selle.

80 pulsations. Mêmes crachats que le 27, mais encore moins nombreux; peu de toux. — Pomme cuite sucrée. Eau gommée, 2 pots. Potion gommeuse. Lait édulcoré, 125 gr.

Le 28 au soir, une selle, un vomissement, râle sous-crépitant, épars dans l'aisselle et sous la clavicule, à bulles inégales et moins sèches que les jours précédents. Un peu de souffle reparaît sous la moitié externe de la clavicule. Quelques crachats blancs-jaunâtres, opaques, un peu diffluents, entourés d'un liquide transparent, albumineux et spumeux. Les spumosités sont çà et là striées de sang pur. — Potion stibiée, 0,3.

Le 29, expression de langueur et de faiblesse dans le facies et l'attitude du malade; cependant, l'amélioration persiste. Diminution notable du souffle sous-claviculaire; on ne le perçoit plus que dans l'expiration. Mêmes crachats qu'hier soir, au nombre de huit environ.

72 pulsations. Pas de vomissement. Deux selles. — Soupe le matin. Bouillon. Vin édulcoré, 125 gr.

Le 30, 60 pulsations faibles. Langue humide, avec enduit blanc-jaunâtre au centre; sur les gencives, traces de la bandelette nacrée, pas de vomissement ni de selle, ventre souple, indolent; le souffle a disparu partout, mais l'expansion vésiculaire est incomplète; les bruits respiratoires sont rudes. Dans la toux seulement, léger souffle soyeux, mêlé de quelques bulles disséminées de râle sous-crépitant, sec; résistance au doigt assez sensible et léger retentissement de la voix dans tout le sommet du lobe affecté. Six crachats blancs, opaques, diffluents, entourés de quelques spumosités. Il n'y a plus de stries de sang. Le malade se trouve bien, il ne se plaint que d'une grande faiblesse. — Soupe, vermicelle gras, œuf, pomme cuite sucrée. Eau gommée, 2 pots. Potion gommeuse. Vin édulcoré, 125 gr.

Le 31, nuit très bonne : neuf heures de sommeil; facies bon; appétit. — Quart de portion, côtelette, œuf; quart de portion de vin. Eau gommée, 2 pots. Vin édulcoré, 125 grammes.

Le 1er février, langue humide, pâle; une selle. Ce matin, un peu de toux; sept à huit crachats mucoso-salivaires, aérés, plus adhérents au vase que ceux de l'état aigu de la maladie, sans trace de sang. A l'auscultation, mêmes phénomènes que ceux notés le 30, seulement les bulles de râle

---

à l'Assemblée, qui, par un tour de gibecière de M. le général Lamoricière, a décidé de la renvoyer au conseil d'Etat.

Rien de mieux; mais, pour notre satisfaction personnelle, nous demandons qu'on nous montre le conseil d'Etat. Le conseil d'Etat n'existe encore que pour mémoire; il n'est constitué ni par le fait ni par la loi : étrange raisonnement qui, s'il était adopté dans les choses usuelles de la vie, nous conduirait à ceci : toutes les fois que nous aurons à entreprendre quelque chose et que nous serons dans l'indécision, nous devrons attendre les conseils du fils de notre voisine; notre voisine, il est vrai, n'est point mariée et n'est pas même à l'âge de l'être; mais, n'importe, il est une loi de sa nature qui lui permet d'être mère, et nous attendrons qu'elle ait accompli les prescriptions de cette loi.

En fait de raisonnement de cette force, nous ne connaissons que M. Gibert qui puisse le disputer à l'Assemblée nationale. Suivez bien la dialectique de notre académicien, et vous verrez que sa logique vaut celle de M. Lamoricière : une Académie, un corps savant, n'importe, est consulté sur un point litigieux de la science; de la discussion qui s'engage, la lumière ne jaillit point entière et l'esprit des juges reste en suspens. En pareille occurrence, le sage sait parfaitement ce qu'il doit faire : Dans le doute, dit-il, abstiens-toi; mais M. Gibert n'est pas de cette école (nous ne prétendons point enlever à notre honorable confrère le mérite de la sagesse qu'il peut avoir; loin de là; si une place devenait vacante dans l'histoire des sept sages de la Grèce, nous serions des premiers à intriguer et à postuler pour lui) : dans le doute, il ne veut pas s'abstenir, et il pense que le corps savant, doit-il chercher une décision dans le jeu si connu de pile ou face, doit donner une réponse catégorique à la question posée.

Toutes les opinions sont soutenables, voire même celles de M. Gibert et de l'Assemblée nationale; mais il nous est loisible de ne pas plus partager la première que le membre du conseil de santé, auquel nous revenons, n'a adopté celle de M. Lamoricière. Le pauvre homme! avoir nourri depuis neuf mois l'espérance d'être assimilé à un général de brigade et carressé la douce satisfaction d'avoir les honneurs funèbres réservés à ce grade, et se retrouver tout à coup replongé dans l'espèce d'oubli et d'indifférence dont on avait eu tant de peine à sortir est une destinée assez triste pour rendre compte d'un bouleversement peu avantageux dans la physionomie et le caractère! XX.

Nouvelles du choléra.

Quelques cas de choléra ont été remarqués au hameau de Vicoigne, dépendant de la commune de Raismes (Nord). On cite entre autres un fait particulier qui vient de frapper une famille de l'endroit. Une femme et son enfant avaient succombé presqu'en même temps, et l'on remarqua à leurs funérailles le père et l'époux suivant le convoi la pipe à la bouche, et dans un état d'émotion qu'il semblait avoir puisé au cabaret pour se donner une contenance. La tenue de cet homme avait été fortement blâmée par la population. Le lendemain il fut lui-même attaqué du même mal, et il est aujourd'hui dans la situation la plus grave.

— Le bruit circule à Arras, dit le *Progrès du Pas-de-Calais*, que quelques personnes auraient été atteintes du choléra. Nous pouvons positivement affirmer que ces bruits sont entièrement dénués de fondement et qu'absolument aucun cas de choléra asiatique ne s'est encore présenté dans notre ville.

NOUVELLES.

Parmi les travaux publics qui viennent d'être autorisés pour la prochaine campagne par M. le ministre, nous remarquons les suivants :

Le Muséum d'histoire naturelle, pour la somme de 430,000 fr.;

L'Etablissement thermal de Néris, pour une somme de 40,000 fr.;

L'Ecole vétérinaire d'Alfort, pour la somme de 125,000 fr.;

L'Ecole vétérinaire de Lyon, pour la somme de 30,000 fr.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon. — La chaire de chimie médicale et de pharmacie à l'Ecole préparatoire de Lyon est vacante par le décès du titulaire.

Les candidats à cette place doivent être âgés de trente ans. Ils doivent être docteurs en médecine, ou pharmaciens reçus dans une Ecole de pharmacie. Ceux-ci auront en outre à justifier du baccalauréat ès sciences physiques.

Le professeur titulaire sera nommé par le ministre de l'Instruction publique, sur une double liste de candidats présentée, l'une par l'Ecole où la place est vacante, l'autre par la Faculté de médecine de Strasbourg.

Cette présentation aura lieu le 15 mars prochain. Elle sera immédiatement envoyée au ministre.

En se faisant inscrire quelques jours avant cette époque, les candidats produiront leurs titres et leurs travaux scientifiques.

M. Monod nous prie de déclarer qu'étant étranger à la publication du fait de paralysie de la vessie guérie par la galvanisation, et inséré dans notre dernier numéro, il n'a pu vouloir s'attribuer la priorité du mode de traitement suivi dans ce cas, et dont l'idée première appartient à M. Michon.

Une telle déclaration était doublement inutile; d'abord, parce que les soupçons que paraît avoir craints M. Monod ne seraient certainement venus à l'esprit de personne; et, en second lieu, parce que nous avons déjà, dans un de nos précédents numéros, fait allusion aux faits de M. Michon, que nous connaissions parfaitement, et dont nous ferons très prochainement part à nos lecteurs.

sous-crépitant, toujours disséminées, sont un peu moins sèches.

Trois selles dans la nuit du 1er février. Etat très satisfaisant. — Demi-portion le matin, quart de portion le soir. Côtelette, œuf et quart de portion de vin tout le jour. Eau gommée, 2 pots. Vin édulcoré, 125 gr.

Le 2, le malade va de mieux en mieux. Trois selles. — Demi-portion de pain et de vin, côtelette et œuf. Eau gommée. Vin édulcoré, 125 gr.

Le 3 et le 4, le malade est mis au quart de portion à cause de la diarrhée.

Le 4 et le 5, il reçoit la demi-portion, la diarrhée ayant cessé.

Le 6, trois quarts de portion de pain, viande et vin.

Sorti le 7, les bruits respiratoires sont sans mélange de râle, mais ils sont encore rudes, et l'expiration est au moins égale en durée à l'inspiration.

Remarques. — Ce fait est fort instructif sous le rapport du diagnostic et des indications thérapeutiques à suivre. En effet, voilà un malade qui, à son entrée, présente des symptômes si nombreux et si caractéristiques de la fièvre typhoïde, que le doute, au premier abord, ne semble même pas possible, tandis qu'il n'existe pas un seul phénomène morbide apparent capable de faire soupçonner la grave lésion qui occupe les voies respiratoires. Il était donc facile, dans cette circonstance, et la chose fût arrivée à plus d'un médecin, de tomber dans l'erreur, de croire à la réalité d'une fièvre typhoïde qui n'existait qu'en apparence, et de méconnaître la lésion locale la plus importante de la maladie qui a frappé le sujet de cette observation. M. le professeur Lévy insiste sur ce fait pour démontrer combien sont vaines les prétentions des médecins qui s'imaginent saisir à distance, et par un seul coup d'œil divinateur, les éléments d'un diagnostic certain, et combien il importe que pas un seul organe n'échappe à une exploration attentive et complète. Le médecin, dit-il, n'est jamais en droit de considérer comme sain un organe dont il n'a pas constaté avec certitude l'intégrité.

Je ne ferai que signaler, sauf à y insister plus tard, les différences qui existent entre cette pneumonie et la pneumonie franche sous le rapport de l'expectoration et des phénomènes stéthoscopiques. Ces différences sont liées à des lésions particulières du tissu pulmonaire.

En ce qui concerne le traitement, M. Lévy fait remarquer qu'il y a dans le fait précédent plusieurs éléments distincts à prendre en considération. Nous pourrions, dès à présent, expliquer par l'existence de ces divers éléments la thérapeutique dont on a fait usage; mais, pour éviter des répétitions, nous aimons mieux revenir d'une manière générale sur ce sujet important en terminant ces considérations.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 février 1849. — Présidence de M. Boussingault.

M. Junod lit un long travail sur les inconvénients des saignées, et avantages de la ventouse qui porte son nom. Ce travail, entièrement basé sur des considérations théoriques, n'ajoute rien à ce que l'on connaît généralement sur les effets de la ventouse monstre.

— M. Stanislas Julien lit une note dont nous extrayons les passages suivants :

Dans les ouvrages de Hoa-Tho que j'ai cités dans la dernière séance, j'ai trouvé (liv. 112, fol. 7) que ce praticien avait recours dans certains cas à l'hydrothérapie, c'est-à-dire au traitement par l'eau froide, et que souvent il en obtenait les plus heureux résultats. A l'appui de cette assertion, l'historien cite le fait suivant. Il y avait une femme qui était affectée depuis longues années d'un rhumatisme aigu. On était alors en hiver, au onzième mois de l'année. Hoa-Tho la fit asseoir dans une auge en pierre, et ordonna de tirer de l'eau et de l'en arroser à grands seaux. Il faut, dit-il, l'arroser jusqu'à cent fois.

Après la septième et la huitième irrigation, elle commença à trembler de tous ses membres; on eût dit qu'elle allait mourir. Ceux qui l'arrosaient d'eau glacée en furent effrayés, et voulurent s'arrêter; mais Hoa-Tho persista dans sa décision, et leur ordonna de compléter le nombre indiqué. Lorsqu'on allait arriver à la quatrevingtième affusion d'eau froide, il s'opéra en elle une réaction, et la chaleur interne, sortant par tous les pores, forma une sorte de vapeur qui s'éleva de deux à trois pieds au-dessus de sa tête.

Quand le nombre de cent irrigations fut complet, Hoa-Tho ordonna d'allumer du feu, de chauffer le lit de la malade, et de l'envelopper d'épaisses couvertures. Au bout de quelques temps, la sueur ruissela de toutes les parties de son corps, et elle se trouva tout-à-fait guérie.

M. Velpeau. Les communications que M. Julien a faites sont fort intéressantes, et je n'ai nullement l'intention de diminuer leur intérêt; mais je dois faire remarquer à l'Académie que ces communications ne prouvent pas du tout que les Chinois fussent plus avancés que nous sur l'emploi des anesthésiques ou de l'hydrothérapie avant les dernières découvertes; car, dans Hippocrate lui-même, dont les écrits sont bien antérieurs à ceux qu'a cités M. Julien, on trouve l'indication des agents anesthésiques; mais entre cette indication vague et l'usage habituel de ces agents, il y a toute la différence d'une découverte en germe à une découverte accomplie, et je crois que les Chinois en sont encore, au moins dans leurs écrits, à peu près au même point qu'Hippocrate.

— M. Dumas présente, au nom de M. Deville de Besançon, un échantillon d'acide nitrique anhydre et solidifié, que ce chimiste parvient à obtenir facilement par un nouveau procédé.

— M. Bernard lit un Mémoire fort intéressant sur le suc pancréatique; nous en ferons l'analyse prochainement.

— M. Serres lit des considérations sur l'embryogénie. Il nous serait impossible d'en donner une idée bien nette après une simple audition.

— M. Desprès présente au nom de M. Duchêne un appareil électro-médical fort ingénieux, mais trop compliqué pour pouvoir être décrit après un examen nécessairement superficiel. Nous insistons seulement sur l'avantage capital que M. Duchêne reconnaît à son appareil, et qui consiste à pouvoir faire agir isolément le courant inducteur et le courant induit, lesquels ont, d'après les expériences de l'auteur, une action physiologique très différente.

— Au dépouillement de la correspondance, nous avons remarqué :

1° Une réclamation de M. Millon, qui se plaint de ce que M. Péligot n'a fait que reproduire dans sa dernière lecture les faits que lui, M. Millon, avait annoncés dès 1839. M. Péligot ne diffère de M. Millon que sur un seul point, c'est qu'il croit que le son ne peut être utilisé dans la fabrication du pain, et sur ce point M. Péligot aurait tort.

2° Une longue note de M. Wanner sur les bruits du cœur; nous en donnerons l'analyse dans notre prochain numéro.

3° Une lettre de M. Demeaux, dont nous aurons occasion de dire quelques mots après-demain.

4° Une lettre de M. Gaudin sur un nouveau procédé pour appliquer le mercure métallique sur la peau. Ce moyen consiste à tremper le coton-poudre dans une dissolution de nitrate acide mercure, à l'étaler ensuite sur la peau, et à y mettre le feu; tout le coton-poudre se consume et laisse sur la peau une couche de mercure métallique très divisé: le malade n'éprouve aucune sensation de brûlure.

5° Un lettre de M. Reybart, de Lyon, dans laquelle il insiste sur les avantages pratiques de son urétrotome.

6° De nombreuses expériences de M. Coze, de Strashourg, sur le chloroforme; nous en ferons connaître le résumé.

7° Enfin MM. Paul Hervier et Saint-Lager envoient un mémoire sur les variations d'acide carbonique exhalé dans l'état de maladie et dans certaines conditions physiologiques, telles que le sommeil, la digestion, la course, etc.

Nous extrayons de cet intéressant travail les conclusions suivantes :

Etat physiologique.

1° Il existe dans l'exhalation de l'acide carbonique des variations horaires coïncidant avec celles du baromètre, ayant, comme ces dernières, deux maximum, l'un vers neuf heures du matin, et l'autre à onze heures du soir; et deux minimum, l'un vers trois heures du soir, et l'autre à cinq heures du matin. Le maximum du matin est plus grand que celui du soir.

2° Les variations de température et de pression agissent en sens inverse l'une de l'autre; l'une pour diminuer, l'autre pour augmenter l'exhalation du gaz acide carbonique.

3° Pendant le travail de la digestion, il y a moins de carbone brûlé.

4° La nourriture animale diminue la quantité d'acide carbonique; l'usage exclusif des féculents l'augmente.

5° Pendant une course rapide, l'air expiré ne contient plus d'acide carbonique.

6° Il en est de même après les inspirations d'éther et de chloroforme.

7° L'usage des boissons alcooliques produit le même effet.

8° Pendant le sommeil, il se produit moins d'acide carbonique que pendant la veille.

9° La température de l'air expiré à l'état normal ne varie pas sensiblement.

10° L'air expiré par les enfants contient plus d'acide carbonique que celui des adultes.

Etat pathologique.

1° Dans la méningite, la péritonite, la métro-ovarite, et en général dans toutes les phlegmasies bien caractérisées, il y a hypercrinie carbonique.

2° Font exception à cette règle : la pneumonie, la pleurésie, la péricardite et toutes les phlegmasies qui peuvent avoir pour effet de gêner la respiration ou la circulation. Dans ce cas, il y a hypocrinie carbonique.

3° Les sujets atteints de rhumatisme articulaire aigu exhalent plus d'acide carbonique.

4° Il se brûle plus de carbone pendant les accès de fièvre intermittente. L'augmentation est plus marquée dans le stade de la chaleur que pendant le frisson. Vers la fin de la période de sueur, l'air expiré diffère peu de ce qu'il est à l'état normal.

5° Dans toutes les maladies qui ne sont pas accompagnées de fièvre ou de marasme, telles que la chlorose, le diabètes, les affections nerveuses, il n'y a pas de variations dans les proportions de l'acide carbonique expiré.

6° Dans la variole, la rougeole, la roséole, la scarlatine, l'érysipèle, l'érythème, il y a moins de carbone brûlé.

7° Pendant le travail de la suppuration, le poumon exhale moins d'acide carbonique.

8° Dans le scorbut, le purpura, l'anémie, l'anasarque, il y a hypocrinie carbonique.

9° Il en est de même dans les dernières périodes des cachexies cancéreuses, scrophuleuses, syphilitiques.

10° Les individus affectés de fièvre typhoïde, de dysenterie ou de diarrhée chronique exhalent moins d'acide carbonique.

11° Il se brûle moins de carbone par la respiration dans la phthisie pulmonaire.

12° La température de l'air expiré à l'état pathologique est en raison directe du nombre des inspirations.

Hygiène publique.

APPLICATION DES COULEURS A BASE DE ZINC DANS LES ARTS ET L'INDUSTRIE.

La *Société d'encouragement pour l'industrie nationale* est une de celles qui marchent avec le plus d'ardeur et de persévérance au but qu'elle se propose. Aucune n'est plus libérale dans les *encouragements* (1) qu'elle décerne; dans aucune autre, les membres ne sont plus assidus aux séances, plus actifs, plus consciencieux dans l'accomplissement de leurs devoirs. Aussi arrive-t-il rarement qu'une séance de cette Société se passe sans qu'une communication, un rapport intéressant lui soit fait.

Habituellement ces communications, ces rapports, sont trop étrangers à nos études pour qu'il en puisse être question ici; mais d'autres fois nous y trouvons des documents très dignes de notre attention; c'est qu'en effet assez souvent à des questions d'industrie se lient des questions importantes d'hygiène publique; telle est celle sur laquelle M. Chevallier, professeur à l'Ecole de pharmacie, a fait un rapport dans la dernière séance.

Dans ce rapport, que l'auteur a bien voulu mettre à notre disposition, se trouvent, à côté de documents chimiques et industriels, des documents hygiéniques d'une grande importance; ce sont ces derniers que nous avons cru utile de porter à la connaissance de nos lecteurs. Nous savons que l'innocuité complète dont M. Chevallier gratifie les couleurs à base de zinc a été contestée par quelques personnes; mais ce n'est là pour nous qu'une raison de plus pour appeler l'attention des observateurs sévères sur les faits importants que signale M. Chevallier.

Dans un passage de son mémoire, M. Leclaire (2) a fait connaître qu'il avait été conduit, par suite des nombreux accidents qui atteignent les ouvriers qui préparent ou appliquent le blanc de plomb, à rechercher les couleurs salubres; nous avons cru que la Société entendrait avec intérêt le résultat de nos propres recherches sur les avantages que peut avoir, pour la santé des ouvriers, l'application à la peinture de l'oxyde de zinc. Voici le résultat de ces recherches.

Le travail de la céruse, du minium, l'application du blanc de plomb soit dans la peinture, soit dans des opérations diverses, donnent lieu chaque année à une certaine quantité de décès et à de nombreux accidents.

Nous avons été à même de constater qu'en dix ans, de 1838 à 1847 inclusivement, les hôpitaux de Paris (et Paris ne compte que deux fabriques de céruse et de minium) ont reçu 3,142 malades atteints de colique saturnine; que, sur ces 3,142 malades, 2,030 sont sortis des hôpitaux guéris ou soulagés; que 112 ont succombé, et quelquefois, heureusement cela est rare, avec une telle rapidité, qu'ils sont morts le jour de leur entrée à l'hôpital, et sans pouvoir donner de renseignements sur les causes de la maladie; un de ces malheureux a même succombé sur la voie publique, en se rendant à l'hôpital.

Sur ces 3,142 malades, on comptait 1,898 ouvriers travaillant soit au blanc de plomb, soit au minium, 712 peintres (3), 63 broyeurs de couleurs, 10 ouvriers préparant les cartes de porcelaine (4).

Les 112 décès ont porté : 86 sur les ouvriers travaillant au minium et au blanc de plomb; 13 sur les ouvriers peintres; 1 sur les broyeurs de couleurs; 1 sur les lamineurs de plomb; 1 sur les imprimeurs-typographes; 1 sur les ouvriers en papiers peints; 1 sur un ouvrier préparant les cartes en porcelaine; 1 sur un ouvrier potier de terre; 6 sur des ouvriers qui ont été tellement malades qu'on n'a pu avoir de renseignements sur les causes de leur maladie; enfin, ainsi que nous venons de le dire, un ouvrier succomba sur la voie publique en se rendant à l'hôpital.

Les ouvriers qui travaillent à la fabrication et à l'application des préparations saturnines sont encore exposés à de longues maladies; nous donnons ici deux tableaux qui démontrent que, si les maladies saturnines sont quelquefois légères, d'autres fois elles se prolongent considérablement. En effet, on verra qu'en 1841, sur 304 malades atteints de colique saturnine, il en est qui sont restés 114 et 160 jours à l'hôpital.

On n'a pas porté, dans le premier tableau, le nombre de jours de maladie des douze ouvriers qui ont succombé; on trouvera ces renseignements dans le second de ces tableaux.

Durée de la maladie des ouvriers guéris.

292 malades sortis guéris sont restés à l'hôpital, savoir :

JOURS.	NOMBRE DE MALADES.	JOURS.	NOMBRE DE MALADES.	JOURS.	NOMBRE DE MALADES.	JOURS.	NOMBRE DE MALADES.
			155		238		263
1	1	14	9	27	1	43	1
2	4	15	15	28	3	47	1
3	5	16	8	29	2	48	1
4	7	17	11	30	2	49	1
5	8	18	6	31	4	57	1
6	14	19	4	32	2	62	1
7	23	20	3	33	1	64	1
8	14	21	1	34	1	68	1
9	20	22	4	36	2	76	1
10	18	23	8	37	1	95	1
11	9	24	4	38	4	114	1
12	22	25	6	39	1	160	1
13	10	26	4	40	1		
A reporter	155		238		263		275

(1) Elle institue chaque année des prix de *dix mille francs* et plus dans le but de provoquer des recherches utiles, soit aux arts, soit à l'industrie, soit aux sciences, et même à l'hygiène publique. C'est ainsi que cette année elle a proposé un prix de dix mille francs pour celui qui introduirait en France la culture d'une nouvelle plante alimentaire.

(2) C'est le nom de celui qui a appliqué les couleurs à base de zinc à la peinture.

(3) Les ouvriers qui travaillent chez les entrepreneurs qui emploient des *céruses pures* sont plus sujets que les autres à la colique saturnine.

(4) Le nombre de ces ouvriers s'est accru depuis 1847.

Total..	275
Portés présents sur les feuilles mensuelles.............	17
Total des ouvriers guéris et soulagés (1).......	292

Durée de la maladie des ouvriers morts.

JOURS.	NOMBRE DE MALADES.	JOURS.	NOMBRE DE MALADES.
			8
3	2	17	1
10	2	38	1
14	1	47	1
15	2	48	1
16	1		
A reporter.......	8	Total.....	12

Les renseignements que nous avons fait prendre sur les ouvriers qui travaillent à la fabrication du blanc de zinc, nous ont démontré que ces ouvriers sont peu affectés par suite de leur travail; ces renseignements ont été pris :

1° Auprès des ouvriers eux-mêmes;

2° Auprès de M. le docteur Gervais, de Caen, qui avait été à même d'observer ces ouvriers. Quelques ouvriers ont déclaré *avoir quelquefois éprouvé de la sécheresse dans la bouche, de légers maux de gorge, mais que ces légers accidents n'avaient pas persisté.*

Ces assertions sont appuyées :

1° D'un certificat de ses ouvriers peintres, qui déclarent que la plupart d'entre eux ont plus ou moins souffert de la colique des peintres causée par l'emploi de la céruse; mais que, depuis qu'ils n'emploient que le blanc de zinc, aucun d'eux n'a été atteint ni de colique *ni des autres symptômes causés par la céruse;* leur santé s'est au contraire améliorée;

2° D'un certificat de neuf ouvriers travaillant à la fabrication du blanc de zinc, rue Cardinet, aux Batignoles, qui déclarent que, malgré l'état des appareils qui les exposent continuellement à respirer des quantités sensibles de blanc de zinc, ils n'ont jamais éprouvé aucun accident;

3° D'une lettre de M. le docteur Bossu, qui contient les énonciations suivantes :

« Je soussigné, docteur-médecin, demeurant à Paris, rue de Seine, n° 31, déclare et certifie qu'ayant été choisi par M. Leclaire, entrepreneur de peinture, dès l'année 1839, pour donner des soins aux ouvriers peintres malades composant la société que M. Leclaire a organisée et instituée, j'ai, jusqu'à l'année 1846, eu tous les ans plusieurs coliques de plomb à traiter parmi ces ouvriers, mais que depuis cette époque je n'ai pas vu de semblables maladies, bien que je n'aie pas cessé d'être le médecin de la société.

» J'ajouterai même que le nommé Wagner avait été obligé d'abandonner son état, la colique saturnine se répétant souvent et devenant plus intense, et que, depuis qu'il a repris les travaux de peinture à partir de la fin d'avril 1846, je n'ai point été rappelé pour le visiter.

» En foi de quoi, etc. Signé Bossu.

» Paris, le 19 décembre 1848. »

Nous avons insisté sur ces faits, parce que, d'après les écrits de Guyton de Morveau, il semblait que les vapeurs d'oxyde de zinc étaient insalubres.

Assemblée Nationale.

SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1849.

Discussion sur la proposition de M. Ducoux, *tendant à rendre exécutoire le décret du 3 mai 1848 concernant les officiers de santé militaires.*

Le citoyen Ducoux. Citoyens représentants, vous avez compris toute l'importance de la question que je vais essayer de traiter devant vous, lorsque vous avez consenti à suspendre pour un instant une délibération commencée, afin de hâter une solution qu'attendent avec une vive anxiété 1,400 officiers d'un des corps les plus utiles de l'armée.

Permettez-moi de vous exposer la situation de ceux dont je me fais un devoir de plaider ici la cause. Mes explications seront courtes; mais elles me semblent nécessaires pour éclairer ceux d'entre vous qui n'ont pas été à même d'apprécier une organisation qu'il est utile, qu'il est urgent de réformer dans presque tout son ensemble, si on veut que le corps des officiers de santé puisse rendre à l'armée des soins éclairés et toujours intelligents.

Un mot d'abord sur le côté légal de la question. L'organisation des officiers de santé militaires de l'armée, qui, avant 1789, se ressentait des désordres de toutes les administrations alors existantes, ne fut sérieusement et solidement établie que par la République de 1792. Un premier décret du 12 décembre, suivi bientôt après de décrets de 1793, de 1794, de 1795, donnèrent à ce corps des bases solides, une hiérarchie distincte, des chefs chargés de régler l'avancement; en un mot, l'armée eut son corps spécial de médecins militaires comme elle avait déjà son corps spécial d'état-major, d'artillerie et de génie; vous savez si cette création de la République a rendu les services qu'on attendait d'elle; l'histoire est là pour vous apprendre que partout et toujours les chirurgiens de nos armées républicaines surent par leur patriotisme, leur dévouement et leur instruction, se montrer dignes de la mission qui leur fut confiée, et ne restèrent jamais au-dessous des immenses devoirs qu'ils furent appelés à remplir.

Cet état de choses dura jusqu'au 11 novembre 1811, époque à laquelle un décret impérial vint modifier les lois constitutionnelles de la République, et conférait aux ordonnateurs et aux commissaires des guerres un droit de police et de discipline, en ce qui tenait simplement à l'exécution des règlements; la hiérarchie du corps, la dignité professionnelle, la science, enfin, restaient au-dessus des atteintes de ce décret, comme elles auraient dû rester toujours en dessus des atteintes des ordonnances qui l'ont suivi : ce fut la dernière loi sur l'organisation du corps des officiers de santé militaires.

Cependant, je dois le dire, cette modification ouvrit la porte à des abus qui se sont perpétués jusqu'à ce jour avec une fatale persévérance et une infatigable habileté.

Ce premier empiétement du corps des commissaires des guerres sur le corps des officiers de santé a fini par aboutir, au moment où je parle, à l'absorption presque complète du corps médical de l'armée; des ordonnances royales ou ministérielles remplacèrent sous la monarchie les lois de la République de 1792, de 1793, et même le décret impérial de 1811. L'assimilation décrétée par les lois de la République, c'est-à-dire la considération de l'officier de santé, son autorité militaire, disparurent sous le simple régime des ordonnances de bon plaisir. Toutes ces ordonnances, citoyens, il faut bien dire le mot, furent suscitées par une administration toujours jalouse d'augmenter ses prérogatives, et disposée à rehausser le faux état-major de son personnel bureaucratique par l'adjonction d'officiers capables et éclairés. Cette œuvre de destruction fit de si rapides progrès, que déjà, sous la restauration, les officiers de santé de l'armée n'étaient plus considérés comme militaires, car ils n'avaient pas droit à la croix de Saint-Louis, décoration essentiellement militaire.

Ainsi, par une étrange anomalie, par un chef-d'œuvre de conception administrative, les hommes attachés aux régiments, qui les suivent au feu, sur les champs de bataille, dans les siéges, dans les assauts, qui périssent à côté des soldats qu'ils ont mission de soigner, ces hommes n'étaient pas militaires; mais, en revanche, les intendants, qui vivent dans les magasins ou dans les états-majors non combattants, et qui sont à peu près à l'abri de toutes les chances funestes de la guerre, ceux-là se faisaient octroyer par ordonnance l'assimilation militaire qu'ils refusaient au corps des officiers de santé. Les dépouilles légales des opprimés profitaient à leurs oppresseurs.

Les conséquences d'un pareil système ne se firent pas longtemps attendre. Abreuvés d'humiliations de toute espèce, frappés dans leur considération, dans leur dignité d'hommes de science, les chirurgiens militaires abandonnèrent la carrière de l'armée pour aller chercher dans la clientèle civile le respect et les avantages qui leur étaient contestés sous le drapeau.

De là, citoyens, décadence du corps des officiers de santé de l'armée, abaissement du niveau scientifique, et danger pour l'armée, qui, au lieu d'officiers instruits et expérimentés, ne voyait rester dans ses rangs que ceux qui, plus timides dans leurs espérances ou plus défiants d'eux-mêmes, acceptaient l'humiliation d'une existence précaire pour ne pas s'exposer aux hasards d'un avenir incertain.

Cet état de choses, qui a commencé avec ce système d'oppression et d'iniquité, n'a pas cessé de se maintenir jusqu'à présent dans les rangs de l'armée.

C'est en vain que quelques ordonnances, celles de 1836 et de 1841, sont venues améliorer la position matérielle du corps des officiers de santé militaires; une augmentation de solde n'a pu empêcher la désertion, car les hommes de science et d'étude n'ont pas seulement besoin d'argent, ils ont besoin avant tout de la considération qui leur est systématiquement refusée. (Très bien, très bien.)

Cette désertion avait fait de si rapides progrès que, pendant le cours de certaines années, le douzième et le quatorzième du corps total des officiers de santé de l'armée a donné sa démission; et, si j'osais me citer pour exemple, je dirais qu'en 1838 j'ai abandonné une carrière que je suivais depuis treize ans, et que j'ai dû faire violence à mes sympathies pour l'armée, dont j'avais partagé les dangers et les fatigues dans les Indes occidentales et en Algérie, pour me soustraire au système d'oppression administrative.

Du reste, voici des chiffres qui seront plus éloquents que mes paroles.

Le corps des officiers de santé militaires, qui est composé de 1,377 individus, fournit à lui seul, annuellement, plus de démissionnaires que tous les corps réunis de l'armée; tandis que le corps des officiers de l'artillerie, composé de 1,335 individus, se recrute largement par une promotion annuelle de 45 élèves, il ne faut pas moins de 120 élèves, tous les ans, au corps des officiers de santé militaires, qui offre, à 40 individus près, le même effectif.

Et savez-vous, citoyens, à quel prix et par quels merveilleux procédés s'opère le recrutement des officiers de santé militaires?

On a imaginé, pour attirer les jeunes gens dans cette carrière, des espèces de primes de recrutement; ces primes, qui se dissimulent sous le nom de subventions, coûtent à l'État, savoir : 400 francs pour chaque élève dans les écoles d'instruction des départements, et 600 fr. pour l'école d'instruction de Paris. De sorte que MM. les recruteurs du corps des officiers de santé militaires ne sont que les continuateurs des recruteurs de l'ancien régime, qui ne parvenaient à compléter les armées du roi que moyennant finances et par des séduction de toute espèce.

Permettez-moi de vous le dire, je ne sache pas qu'en France il y ait une autre école où il faille payer les élèves pour en avoir. Mais tel est le vice radical de cette organisation que, malgré cette prime d'encouragement, malgré cette subvention pour le moins extraordinaire, la désertion n'en a pas moins continué dans les rangs de la chirurgie française. A l'heure où je parle, non-seulement les cadres sanitaires de l'armée ne sont pas occupés intégralement par des docteurs en médecine, ainsi que le veulent les ordonnances; mais on ne parvient même pas à trouver assez d'officiers de santé commissionnés pour remplir les cadres; de sorte que, par une exception vraiment étrange, la profession de chirurgien militaire est la seule qui, dans notre société actuelle, offre plus de fonctions qu'elle n'a de fonctionnaires pour les remplir.

Ces explications suffiront pour vous faire pressentir avec quelle impatience était attendu et avec quelle faveur fut accueilli le décret du Gouvernement provisoire.

Je dois le dire, lorsque la révolution de février éclata le mal que je signale avait déjà frappé l'attention de M. le ministre de la guerre d'alors, M. le général Trézel. Un travail avait été préparé au ministère de la guerre conformément aux avis motivés du comité d'infanterie et de cavalerie en 1835, et du conseil de santé de l'armée en 1847; ce travail modifiait profondément l'organisation vicieuse dont je parle. On laissait à l'intendance militaire, qui a continué les ordonnateurs de la République et les commissaires de l'empire, on laissait à l'intendance militaire la direction, le contrôle administratif; mais la science ne relevait que d'elle-même, la dignité professionnelle du chirurgien était garantie; le caractère, le mérite et l'aptitude des officiers de santé étaient jugés par des hommes de science capables de les apprécier; leur avancement ne devait plus dépendre des caprices de ceux qui sont chargés aujourd'hui de leurs destinées.

Alors éclata la révolution de février; le travail préparé resta dans les cartons du ministère de la guerre.

Vous savez tous, messieurs, avec quel empressement les élèves du Val-de-Grâce rivalisèrent de zèle avec leurs camarades de l'École polytechnique et de Saint-Cyr pour venir se mettre à la disposition du gouvernement qui dans ces jours difficiles se chargea de protéger les personnes et les propriétés. Certes, le décret du gouvernement provisoire n'avait pas pour but de rémunérer de pareils services. Les élèves du Val-de-Grâce ne demandaient certainement pas de rémunération; mais ce décret était nécessaire pour faire cesser un système d'iniquité qui, commencé avec le décret de 1811, s'était perpétué traditionnellement, et par une chaîne non interrompue, jusqu'au 24 février 1848.

Eh bien, savez-vous quel fut l'effet moral du décret de 1848, de ce décret qui, en faisant disparaître les lois et ordonnances de la monarchie, rétablit le corps médical de l'armée sur les bases qu'avait fondées la première République? Ce décret réveilla les espérances de tous les candidats, et le recrutement médical, si difficile à effectuer en temps ordinaire, s'opéra avec une merveilleuse facilité, parce que les élèves trouvèrent enfin des garanties dans cette carrière qui leur avait été jusque-là fermée soit par l'indifférence, soit par la fâcheuse domination de l'administration de l'intendance. C'était désormais une carrière honorable, elle ne pouvait donc plus rester fermée.

Mais aujourd'hui le découragement recommence à se glisser dans les rangs des officiers du corps médical de l'armée. Il existe bien un décret; mais, par l'introduction d'un article que je serais tenté de déplorer aujourd'hui, il est dit qu'il ne sera exécutoire qu'après un règlement rédigé par une commission nommée par le ministre de la guerre.

Or ce règlement est prêt. Il a été fait par une commission composée de deux officiers généraux, de deux intendants et de deux chirurgiens militaires, présidés par l'honorable général Schramm.

Ce règlement a été déposé dans les bureaux de l'administration de la guerre le 22 septembre 1848, et peut-être y serait-il enfoui encore au moment où je parle, si, usant du droit que me donne mon initiative parlementaire, je n'étais venu le forcer à paraître au grand jour.

Eh bien, messieurs, ce précieux dossier qu'a vu votre comité de la guerre n'a de volumineux que l'apparence, car il n'est que la reproduction textuelle des règlements antérieurs sur la matière et ne contient que 82 ou 83 articles nouveaux.

Ce règlement introduit, dit-on (et c'est là une objection dont on grossit l'importance pour vous effrayer sans doute sur les conséquences des principes que je viens défendre); ce règlement, dit-on, introduit dans le budget du ministère de la guerre des dépenses qui ne sont pas moindres de 800,000 fr.

Vous comprenez, citoyens, que je n'ai pas à discuter ici un règlement administratif. Cet examen m'entraînerait au delà des bornes que je me suis prescrites; mais je m'empresse de vous dire qu'à côté de ce travail réglementaire du ministère de la guerre, le corps des officiers de santé, qui a eu connaissance de ce règlement, vous offre un autre travail complet. Ce travail, je le tiens entre mes mains, et je pourrais le déposer sous les yeux de la commission que vous jugeriez utile de nommer à cet effet. Ce travail, qui met en harmonie la position, la solde, la retraite de tous les officiers de l'armée avec les dispositions réglementaires établies en vertu du décret du 3 août 1848, pourrait être exécuté, non-seulement sans préjudice pour le trésor, mais avec une économie de plus de 50,000 fr.

Mais alors même que cette économie ne pourrait pas se réaliser, l'Assemblée ne voudrait pas pour 6 à 700,000 fr. exposer l'armée à avoir des chirurgiens dépourvus de l'instruction nécessaire; car, vous le savez, citoyens, le militaire n'a pas le choix de son médecin, et vous lui devez, pour prix de son dévouement et de ses services, pour prix de son sang qu'il verse en défendant la patrie, vous lui devez, dis-je, sollicitude et protection. Mais cette considération que je viens d'émettre à la tribune n'existe même pas, car vous avez une économie de 50,000 fr.

Il est vrai qu'on ne se renferme pas tout à fait dans les termes du règlement administratif; mais ce règlement n'est pas une loi, c'est une formalité administrative, qu'une simple ordonnance du ministre peut modifier, s'il le juge nécessaire. Ainsi, au lieu d'augmenter le personnel, on le diminue; on emploie le chirurgien à des spécialités de son ressort, et non à des services qui peuvent être remplis par un simple agent de l'ordre administratif. Vous pouvez donc, dès à présent, appliquer les dispositions du décret du 3 mai 1848, non-seulement (car c'est là une objection qui est faite par l'intendance ou au nom de l'intendance), non-seulement sans augmenter le budget de la guerre, mais en faisant aujourd'hui une réduction de 50 et quelques mille francs.

(*La fin au prochain numéro*).

(1) Nous disons soulagés, parce que nous avons vu des ouvriers qui, sortis de l'hôpital, étaient forcés d'y rentrer presque aussitôt leur sortie.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 22 FEVRIER 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 22.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 21 FÉVRIER 1849.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie, en entendant le dépouillement de la correspondance, en entendant annoncer particulièrement les nombreux ouvrages d'un *brahmane* sur toutes sortes de questions de philosophie transcendante, a pu croire un instant qu'elle allait avoir une séance de circonstance, et elle paraissait d'ailleurs assez disposée à en prendre son parti. Mais bientôt M. Gueneau de Mussy est venu la rappeler à sa gravité habituelle, en lui présentant un rapport sur l'affaire de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, dont nous avons nous-même entretenu nos lecteurs dans nos numéros des 19 octobre et 7 novembre derniers. Dans ce rapport, M. Gueneau de Mussy expose les faits comme nous les avions exposés, et conclut de la même manière que nous, quant aux questions qu'il a examinées; car il a restreint plus que nous ne l'avions fait le cercle de la discussion.

Nous n'avons, en conséquence, rien à dire de ce rapport, qui est un modèle d'exposition, de convenance et de bon jugement. Nous devons nous borner à en reproduire textuellement la partie essentielle, et à dire que les conclusions en ont été adoptées, sans discussion, à l'unanimité moins une voix.

Après que le rapport de M. Gueneau de Mussy a été adopté, M. Bally nous a fait entendre la narration d'un voyage scientifique, historique, littéraire et même un peu poétique, à travers les marais Pontins. L'honorable académicien, qui, à un âge avancé déjà, conserve encore toute la fraicheur de son imagination, s'est plu à répandre sur son discours des couleurs et des images qui perdraient trop à être analysées.

Séance de l'Académie des Sciences.

Comme on a pu le voir, les sciences médicales ont eu une grande part dans la dernière séance de l'Académie des sciences; mais tous ceux qui ont fait ou envoyé des communications concernant la médecine n'ont pas fait sensation au même degré.

On a été moins attentif à la lecture de M. Junod, qui était un peu trop longue.

On a écouté avec intérêt la suite des recherches historiques de M. Stanislas Julien sur la médecine des Chinois, qui paraissent décidément avoir tout inventé, même l'hydrothérapie.

Mais les honneurs médicaux de la séance ont été pour M. Bernard, qui a lu un intéressant mémoire dont nous publierons prochainement le résumé. Disons cependant dès maintenant que M. Bernard a continué dans ce mémoire la guerre victorieuse qu'il a entreprise depuis quelques années déjà contre les iatro-chimistes modernes, qui ne veulent voir dans les organes des animaux que cornues et réactifs. Aujourd'hui encore il leur a montré le peu de fondement de leurs prétentions, ce dont M. Dumas paraissait sensiblement contrarié. On dit toutefois qu'il a pris son parti en homme d'esprit, et qu'il a fait bon marché, devant les faits positifs de M. Bernard, de sa grande théorie de physiologie chimique. Si cela est vrai, il ne manquera plus rien aux titres scientifiques de M. Dumas; car le plus rare de tous ces titres, parmi les savants, est certainement celui de savoir renoncer à une erreur qu'on avait longtemps aressée.

L'Académie a également entendu avec une faveur marquée l'analyse qu'a faite M. le secrétaire perpétuel du mémoire de MM. Hervier et St-Lager. Nos lecteurs ont pu juger, par les conclusions de ce mémoire, que nous avons publiées, que cette faveur était méritée.

Enfin, nous avons promis de dire quelques mots de la lettre de M. Demeaux; voici de quoi il s'agit:

M. Demeaux a trouvé un moyen de guérir la stérilité; il le prétend, du moins. La découverte était assez importante pour en informer l'Académie des sciences, et c'est aussi ce que M. Demeaux a fait. Mais il paraît que le procédé curatif mis en usage par M. Demeaux est d'une description assez épineuse pour que M. Flourens n'ait pas cru pouvoir se hasarder de la faire devant l'Académie, dans la séance où la communication de M. Demeaux lui arriva; il déclara franchement que la décence ne lui permettait pas d'entrer dans des explications sur la méthode fécondante de M. Demeaux. C'est cette déclaration mal comprise, par un journal d'abord et par M. Demeaux ensuite, qui a provoqué une réclamation sans objet de la part de ce dernier.

L'état de la question étant ainsi posé, nous ne croyons pas inutile de dire quelques mots sur la partie sérieuse de la question, s'il y a réellement une partie sérieuse, comme nous sommes disposé à le croire, lorsque nous songeons à l'instruction solide, au caractère honorable de M. Demeaux, que nous connaissons personnellement sous les meilleurs rapports, et dont la plupart des hommes scientifiques de Paris ont été à même d'apprécier le mérite.

Quoiqu'il soit vrai de dire d'une manière générale qu'il n'y a pas de sujet indécent quand il s'agit de science; que la science purifie tout, nous concevons parfaitement les scrupules de M. Flourens, et nous croyons qu'il y a certaines choses qu'il serait fort difficile d'écrire dans un livre, à plus forte raison d'exposer publiquement devant une académie. D'un autre côté, si la découverte de M. Demeaux est réelle, elle nous paraît assez importante pour qu'on n'en fasse pas un secret, et nous ne supposons pas que ce soit là l'intention de notre honorable confrère.

Pour concilier toutes les exigences, il y a un moyen auquel M. Demeaux aurait dû songer; c'est tout simplement de faire la description de son procédé dans le langage de Pline, puisqu'il est reçu que

> Le latin dans les mots brave l'honnêteté.

On sait que dans ce langage les Pères de l'Eglise ont pu discuter, sans blesser leurs propres oreilles ni celles des fidèles, des questions bien plus scabreuses sans doute que ne peuvent l'être celles que pourra soulever M. Demeaux. Peut-être, à l'aide de cet artifice, M. Flourens pourrait-il, sinon faire devant l'Académie, au moins insérer dans les comptes-rendus la description du procédé de notre honorable confrère.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. MICHON.

Traitement de la paralysie de la vessie par la galvanisation.

Deux fois déjà, dans nos numéros du 3 et du 17 de ce mois, nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur les effets avantageux de la galvanisation pratiquée, une fois pour une tympanite avec suppression de règles, une autre fois pour une paralysie de la vessie. A propos de ce dernier fait, nous annoncions que nous avions par devers nous des faits analogues beaucoup plus concluants en faveur de la galvanisation. C'est dans le service de M. Michon que nous avions eu occasion de voir ces faits, dont la publication tranquillisera tout à fait, nous l'espérons, la conscience de M. Monod. On verra en effet, par la date de la première de ces observations, que M. Michon a depuis longtemps eu l'idée d'appliquer l'électrisation aux paralysies de la vessie, et qu'il a avec succès mis son idée en pratique.

OBS. I. — Claude Péroschier, colporteur, âgé de soixante-sept ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Louis, n° 20, le 9 octobre 1848.

Dans la nuit du 1er octobre, après un dîner à la barrière, il fut pris de violents besoins d'uriner, et d'aller à la selle sans pouvoir, malgré de grands efforts, satisfaire ni l'un, ni l'autre. Le lendemain matin il fut sondé; on lui appliqua 25 sangsues au périnée, et on lui fit des frictions excitantes sur la région hypogastrique. Malgré ce traitement, que l'on continua pendant huit jours, moins les sangsues, l'état du malade ne s'améliora pas, et il se décida à entrer à l'hôpital.

Au moment de son entrée il y avait une impossibilité complète d'uriner, et une difficulté assez grande d'aller à la garde-robe; il n'y avait d'ailleurs ni fièvre, ni douleurs à la région hypogastrique, même à la pression. L'exploration du canal de l'urètre ne fit découvrir aucun rétrécissement. Le toucher fit reconnaître que la prostate était parfaitement saine. Il n'a jamais existé de symptômes du côté de la moelle ou du cerveau; la santé du malade a toujours été bonne. Il assure même que le jour qui a précédé l'apparition de sa maladie il a bu très modérément.

De tous ces renseignements, il semblait résulter que la paralysie était une affection bien localisée, et dépendant sans doute d'une atonie des fibres musculaires de la vessie. C'est aussi à cette idée que s'arrêta M. Michon.

En conséquence, pour réveiller la contractilité de ces fibres, M. Michon fit appliquer un vésicatoire sur la région hypogastrique; il prescrivit des frictions excitantes sur la même région, après que le vésicatoire fut desséché; enfin il fit placer dans l'urètre une sonde à demeure pour empêcher l'accumulation de l'urine dans la vessie. Le 1er novembre on ajouta à ces moyens de l'eau de Vichy.

Jusqu'au 6, il ne survint rien de particulier dans l'état du malade; il n'éprouva aucune amélioration.

Le 6 novembre, il fut pris de frissons, de vomissements et de fièvre; les urines étaient devenues purulentes et exhalaient une odeur ammoniacale des plus prononcées. La sonde fut retirée, et des injections acidulées avec du vinaigre furent pratiquées deux fois par jour dans la vessie; les urines cessèrent bientôt d'être purulentes, et les accidents généraux cessèrent; mais la paralysie n'en continuant pas moins, on fut obligé de remettre la sonde à demeure, et l'on continua les injections acidulées, qui eurent constamment pour résultat d'empêcher la décomposition de l'urine.

C'est après avoir en vain continué ce traitement pendant deux mois que M. Michon songea à tenter la galvanisation. Dans les premiers jours de décembre il plaça une sonde en argent dans l'urètre et jusque dans la vessie, une autre sonde (de femme) dans le rectum, et il mit ces deux tubes métalliques en communication avec les deux pôles d'un appareil électro-médical. L'électrisation dura de deux à trois minutes; le malade n'éprouva aucune sensation pendant l'action du courant électrique. A partir du moment de l'électrisation, on cessa de laisser la sonde à demeure; on sonda seulement le malade deux fois par jour.

Le lendemain la galvanisation fut pratiquée de la même manière et pendant le même temps; le malade éprouva cette fois des picotements dans le rectum.

Le surlendemain, nouvelle et semblable électrisation; le malade éprouva les mêmes sensations que la veille.

Dans la nuit qui suivit cette troisième séance, il éprouva le besoin d'uriner et put le satisfaire assez facilement, sans le secours de la sonde.

A partir de ce jour, l'électrisation fut encore pratiquée trois fois; à chaque fois la sensibilité devenait plus grande, de telle façon qu'à la dernière électrisation les douleurs furent assez vives pour que M. Michon crût devoir cesser l'usage du moyen employé.

Du reste, le malade continua à pouvoir uriner seul; la miction devint même de plus en plus facile, de sorte qu'à la sortie, qui n'eut lieu que le 23 décembre, elle se faisait absolument comme à l'état normal.

Trois semaines après sa sortie, le malade a été revu; la guérison avait persisté sans la moindre interruption; elle paraissait définitive.

OBS. II. — Edme Poulard, âgé de soixante-cinq ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Louis, n° 38, le 5 janvier 1849.

Cet homme, ancien soldat de l'empire, a constamment joui d'une bonne santé, quoiqu'il ait eu deux blessures, l'une à la fesse, l'autre à la jambe, dont il porte encore des traces. Il assure n'avoir jamais eu ni chancres ni blennorrhagie, mais avoir été affecté trois fois de la gale pendant qu'il était au service.

En 1844, il fut exposé pendant deux jours entiers à une pluie continuelle; c'est à la suite de cette circonstance qu'il fut pris tout à coup, dit-il, d'une rétention d'urine, sans aucun autre symptôme indiquant une affection du côté du cerveau ou de la moelle. Pendant deux jours le malade resta sans uriner et sans être sondé; on lui prescrivit seulement pendant ces deux jours un bain et de la tisane. Il se sentit néanmoins soulagé par ces moyens; il put uriner, quoique avec difficulté, et, depuis, la rétention ne fut qu'incomplète. Il entra bientôt à l'hôpital des Cliniques, où l'on se contenta de le sonder trois fois par jour et de lui donner de la tisane. Cinquante jours après son entrée, il demanda à sortir, quoiqu'il ne fût pas complètement guéri, et emporta une sonde avec laquelle il se sondait lui-même chaque fois qu'il sentait le besoin de pisser. Il continua ainsi pendant huit jours, après lesquels, assure-t-il, il put se dispenser de l'usage de la sonde. Depuis ce moment jusqu'à la fin de 1848, il jouit d'une très bonne santé.

Dans la dernière quinzaine de décembre, il fut pris, sans s'être exposé à aucune influence inaccoutumée, d'une courbature générale, qui persista en partie jusqu'à la fin du mois. Le 1er janvier, après avoir déjeuné, il voulut uriner, et fut surpris de ne pouvoir y parvenir; il fit alors des efforts, alla à la garde-robe, espérant uriner en même temps; mais ses

efforts furent inutiles. Il envoya alors chercher un médecin, qui le sonda plusieurs fois pendant quatre jours, et lui conseilla d'entrer à l'hôpital.

A son entrée dans le service de M. Michon, la rétention était complète. Il n'y avait d'ailleurs aucune trace de paralysie du tronc ni des membres, ailleurs que dans la vessie. La sonde introduite dans l'urètre ne rencontrait aucune difficulté sur son passage. Le toucher rectal fait reconnaître une légère augmentation de volume dans la prostate. Le lobe droit fait une saillie dans le rectum; sa consistance est un peu plus dure que celle du reste de la glande. Le diamètre antéro-postérieur paraît normal.

Le malade est sans fièvre. — Cathétérisme trois fois par jour; chiendent nitré; trois quarts de portion.

Ce traitement fut continué jusqu'au 9 janvier, sans produire aucune modification dans l'état du malade.

Le 9 au matin, M. Michon pratiqua une première galvanisation de la même manière que chez le malade de l'observation précédente. Pendant l'électrisation, il n'éprouva d'autre sensation qu'une douleur assez vive dans le rectum. L'urine qui s'écoula ensuite par la sonde ne présenta rien de remarquable.

Le soir, on fut obligé de sonder le malade comme d'habitude.

Le 10, on pratiqua une seconde électrisation, qui présenta exactement les mêmes circonstances à noter que la précédente.

Le soir, on fut encore obligé de sonder le malade; mais, cette fois, l'urine parut lancée avec plus de force que les jours précédents, quoique la vessie en contînt moins que d'habitude. Pendant la nuit, le malade éprouva plusieurs fois l'envie d'uriner, et parvint à la satisfaire; il remplit deux crachoirs d'urine.

Le 11, troisième séance d'électrisation. Pendant cette séance le malade éprouve une douleur dans le rectum, et dans l'urètre une sensation semblable à celle produite par le passage de l'urine. De temps en temps, la vessie se contracte énergiquement et projette quelques gouttes d'urine, quoiqu'elle eût été préalablement vidée.

A la visite du soir, le malade avait uriné seul; on ne le sonda plus.

Le 12, quatrième et dernière électrisation, donnant lieu aux mêmes sensations que la précédente. Le malade continue à uriner seul et avec facilité jusqu'au 31 janvier, jour de sa sortie.

Les deux faits qui précèdent sont intéressants à bien des égards, lors même qu'on se borne à les considérer sous le seul rapport thérapeutique. Mais avant d'aborder en peu de mots les quelques points sur lesquels nous devons insister un instant, il ne sera peut-être pas hors de propos de dire quelques mots touchant la priorité de l'application de l'électrisation à la paralysie de la vessie.

La réclamation que M. Monod nous a adressée il y a deux jours semblerait faire croire que l'idée de cette application date d'hier, et qu'elle est la propriété de M. Michon; une opinion ainsi formulée ne serait pas exacte, et ce n'est pas une telle opinion, d'ailleurs, que partage M. Michon. L'application de l'électricité à la cure de toutes les paralysies a été faite depuis longtemps; elle a été faite à la paralysie de la vessie, en particulier, par plusieurs praticiens, et dans le compte-rendu des maladies traitées en 1847 à l'hôpital Saint-Goerges, de Dublin, on trouve un cas de paralysie de la vessie amélioré par l'électrisation du malade. D'ailleurs, en thérapeutique, il ne faut jamais attacher une trop grande importance aux questions de priorité; car c'est surtout en thérapeutique qu'il est vrai de dire : ***nil sub sole novum***. Il faut reconnaître aussi que, si un grand mérite en thérapeutique est d'inventer, un mérite bien plus grand encore est de démontrer la valeur, de vulgariser l'emploi d'un moyen utile qui, bien que plus ou moins anciennement découvert, était encore ou peu usité ou généralement abandonné. Nous croyons que ce sera le mérite de M. Michon, et tous les praticiens apprécieront sans doute ce mérite à un taux bien supérieur à celui de n'avoir eu que l'idée d'une invention demeurée presque stérile.

Cela posé, nous arrivons aux côtés pratiques de la question.

Ce qui frappe surtout dans les faits de M. Michon, c'est l'extrême rapidité de la guérison; cette rapidité a aussi eu lieu et dans le fait que nous avons rapporté dans notre avant-dernier numéro et dans le fait dont il a été question dans notre Revue clinique du 3 février. Sous ce rapport, les faits de M. Michon ont une tout autre importance que ceux qui avaient été observés avant lui; et il semblerait résulter de la comparaison des uns et des autres que les beaux succès obtenus par M. Michon tiennent au mode d'électrisation mis en usage, aux organes sur lesquels on l'a fait agir. C'est là un premier point qui mérite de fixer sérieusement l'attention des praticiens. A la vérité, dans aucun de ces cas, la paralysie ne datait de longtemps, et il était possible, à la rigueur, d'espérer dans un temps plus ou moins rapproché le rétablissement des fonctions de la vessie. Sans vouloir repousser absolument le mérite de cette observation, il nous semble toutefois impossible de ne pas admettre, en présence surtout de l'inefficacité complète du traitement qui avait précédé la galvanisation, que c'est à ce dernier moyen qu'est due au moins principalement, sinon exclusivement, la guérison des malades dont nous venons de résumer l'histoire. Il n'est pas hors de propos d'ailleurs de remarquer que les deux malades étaient âgés de soixante-cinq et soixante-sept ans, et l'on sait combien sont souvent rebelles à cet âge les paralysies de la vessie. Depuis que ces faits ont eu lieu, on a communiqué à M. Michon la guérison, sous l'influence des mêmes moyens, d'une paralysie de la vessie chez un vieillard de plus de quatre-vingts ans.

Si le moyen mis en usage par M. Michon est d'une action prompte et efficace contre la maladie, ses avantages ne sont guère moindres sous le rapport du peu d'inconvénients qu'il a pour les malades. On a vu que ces derniers n'avaient d'abord éprouvé qu'une très légère sensation de picotements dans le rectum; ce n'est qu'à la troisième ou quatrième galvanisation qu'ils ont éprouvé une véritable douleur, très modérée d'ailleurs, c'est-à-dire au moment où l'appareil avait produit un effet suffisant, et où l'on pouvait sans inconvénients en suspendre l'usage.

En résumé, il nous semble difficile de trouver, au point de vue pratique, deux faits plus intéressants que ceux que nous avons pu observer dans le service de M. Michon.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 février 1849. — Présidence de M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. SURVILLE fait part à l'Académie d'un procédé qui lui a toujours réussi pour réduire les hernies étranglées. Ce procédé consiste à frictionner le pourtour de la partie étranglée avec de la pommade de belladone, et à administrer ensuite un purgatif drastique. Ce procédé n'a, comme on le voit, rien de bien nouveau.

— M. RAVIN, correspondant de l'Académie, à Saint-Valery-sur-Somme, envoie un rapport intitulé : *Rapport sur l'épidémie de choléra qui a régné dans le canton de Saint-Valery-sur-Somme en 1832, et les divers cas qui y sont survenus depuis cette époque.*

— M. DEPIERRIS annonce son prochain départ pour la Californie, et demande à l'Académie des instructions médicales.

M. LE SECRÉTAIRE dit que l'Académie recevra avec plaisir les observations que M. Depierris voudra bien lui envoyer; mais qu'elle ne peut rédiger les instructions réclamées par cet honorable confrère.

— M. AUBÉ envoie à l'Académie un Mémoire sur l'importance de la médecine, accompagné de plusieurs ouvrages de philosophie transcendante pour la plupart, intitulés : le *Brahmane* ou l'*Ecole de la raison*.

— M. GUÉNEAU DE MUSSY lit en son nom et au nom de MM. Chomel et Andral un rapport officiel sur le dissentiment survenu entre l'administration des hôpitaux de Bordeaux et M. le docteur Léon Marchant, médecin de l'hôpital Saint-André de cette ville.

M. Guéneau de Mussy trace d'abord un historique circonstancié des débats qui ont provoqué le rapport de l'Académie, historique que nos lecteurs connaissent et qu'on peut résumer en ces quelques mots : M. L. Marchant, avant d'être accepté comme médecin de l'hôpital Saint-André par la commission des hospices, avait pris l'engagement écrit de ne point faire usage dans sa pratique habituelle de l'hôpital de la méthode homœopathique; la commission l'accuse d'avoir manqué à ces engagements, et réclame leur exécution. M. Marchant, de son côté, repousse l'accusation dont il est l'objet; il affirme ne point faire de l'homœopathie dans le service de l'hôpital, tout en regrettant de ne pouvoir en faire. C'est donc pour décider si M. Marchant fait ou non de l'homœopathie dans son service d'hôpital que l'Académie a été consultée. C'est sur cette question que M. Guéneau de Mussy s'exprime comme il suit :

« Vous le voyez, messieurs, c'est une simple question de fait sur laquelle l'Académie est appelée à exprimer son opinion. On peut demander en effet si l'administration pouvait, en agissant prudemment, exiger de M. Marchant un engagement qu'elle savait contraire à ses convictions; si M. Marchant, agissant de bonne foi, devait avec ses convictions souscrire à cet engagement; mais il ne peut être douteux que, la condition ayant été proposée d'une part et acceptée de l'autre, elle devait être remplie. Tout se réduit donc à savoir si elle a été remplie en effet, c'est-à-dire quelle est la nature du traitement introduit dans le service de M. Marchant. Ce médecin lui-même va nous l'apprendre. »

Ici M. Guéneau cite des passages du Mémoire de M. Marchant, dans lesquels ce médecin déclare qu'il proscrit dans son service les doses *massives* de l'allopathie, et qu'il n'emploie, autant que cela lui est possible, qu'une, deux ou trois gouttes d'une teinture étendues dans 100 ou 200 grammes de véhicule inerte, etc. M. Guéneau continue ensuite :

« Nous avons laissé M. Marchant vous exposer lui-même les principes de sa pratique médicale; il l'a fait d'une manière assez nette pour qu'il soit impossible de les méconnaître. Nous voyons en effet ce médecin s'applaudir d'avoir introduit dans son service une méthode de traitement différente de la *méthode ordinaire*, une méthode opposée à l'*allopathie*, caractérisée par une simplicité extrême de thérapeutique, par la proscription systématique de toute association de médicaments, par une telle atténuation des doses des remèdes actifs qu'on peut la regarder comme équivalant à une suppression complète. Or que peut être une telle méthode si ce n'est l'homœopathie?

» Cependant, M. Marchant dit et répète qu'il ne fait pas d'homœopathie; qu'il n'en fait pas, parce qu'il ne peut pas en faire; qu'il ne peut pas en faire, parce que les médicaments dont il peut disposer ne sont pas préparés homœopathiquement, parce qu'ils ne sont pas *dynamisés* par les procédés mystérieux prescrits par Hahnemann.

» Il est vrai que, suivant le père de la nouvelle doctrine, une substance ne jouit de propriétés homœopathiques qu'autant qu'elle a été soumise à des divisions successives opérées par son mélange avec des quantités déterminées de sucre ou d'alcool, et qu'à chaque nouveau mélange on a soin, pour les poudres, de broyer pendant une heure; pour les liquides, d'imprimer deux secousses de l'avant-bras. Il est vrai encore que Hahnemann recommande, dans son *Organon*, *de ne pas porter plus loin cette agitation, de peur que le développement de la force du remède n'aille au delà de toutes bornes.*

» Mais M. Marchant sait bien qu'on peut être homœopathe sans croire à cette vertu *dynamisante* de la trituration et des secousses. Il sait que cette vertu a été niée par plusieurs des premiers et des plus notables disciples de Hahnemann, qui n'en sont pas moins restés fidèles à l'homœopathie; que, suivant eux, ces procédés n'ajoutent rien à la force médicamenteuse; ce qu'ils prouvent d'une manière assez plausible par l'exemple de ces pharmacies de poche qui sont d'un usage si commode, que le médecin homœopathe à pied, à cheval, en voiture, porte partout avec lui, sans que les secousses auxquelles elles sont soumises ajoutent rien à leurs vertus.

» Il est vrai encore que, suivant le mode de préparation imaginé par Hahnemann, les divisions successives qu'on opère sur un grain de substance doivent donner des parties de cent en cent fois plus petites, c'est-à-dire qui représentent les termes successifs d'une progression (1) décroissante dont la raison serait *cent*; que souvent pour obtenir un médicament suffisamment énergique, il faut aller jusqu'au trentième ou quarantième terme de cette progression, c'est-à-dire supposer un grain de matière divisé en un nombre de parties exprimé par 1 suivi de 60 ou 80 zéros; nombre qui effraie l'imagination, que la langue parlée se refuse à énoncer, qui suppose une divisibilité de la matière bien supérieure sans doute à celle qui existe réellement, et qui cependant est celui des médications qu'un médecin homœopathe peut faire avec un seul grain de matière. Ne peut-on pas croire que M. Marchant a jugé qu'il n'était pas absolument nécessaire de porter à ce point l'atténuation des médicaments, et qu'on obtenait une médication suffisamment homœopathique en étendant une goutte de teinture dans 100 à 200 grammes d'un véhicule inerte? Aussi, lorsqu'il nie faire de l'homœopathie aussi exclusivement qu'il le voudrait, il nous paraît évident qu'il ne voudrait pas être cru sur parole, et que, s'il ne fait pas de l'homœopathie aussi exclusivement qu'il le voudrait, il en fait autant qu'il lui est possible, et qu'il aspire à pratiquer complètement ce qu'il appelle la *vraie médecine créée par Hahnemann.*

» S'il pouvait rester quelques doutes sur les principes d'après lesquels a été dirigée la pratique de M. Marchant, le mémoire d'où nous avons extrait plusieurs citations nous fournirait encore les aveux les plus explicites :

« Réduit à employer des médications homœopathiques avec » des remèdes qui ne le sont pas (y est-il dit, page 9), je suis » encore loin d'obtenir dans l'hôpital les résultats que j'ob- » tiens en ville..... La pharmacie de l'hôpital ne fournissant » pas de médicaments convenablement préparés, j'ai recours » aux seules teintures; sous cette forme la puissance curative » y est un peu moins esclave que dans l'état brut. ».

» Plus loin, nous trouvons une longue énumération, mais sans aucun détail, des maladies très nombreuses que l'auteur a guéries, quelquefois en vingt-quatre heures, avec ces gouttes de teinture très étendues.

» Nous devons mentionner cependant comme une preuve, qu'il convient d'avoir guéri plus de rhumatismes par les bains sulfureux et les bains de vapeur que par l'aconit ou la bryone.

» Enfin, et ceci est caractéristique, il dit (p. 14) que, lorsque le chef interne, appelé dans son service par quelque accident, se croit obligé d'intervenir dans un traitement commencé par lui, il peut aggraver le mal qu'il a l'intention de réparer; parce que, *ne connaissant pas la portée de la médication, il pourrait prendre une augmentation salutaire des symptômes, par le remède, pour un plus grand développement naturel de la maladie.* N'est-ce pas là le cachet de l'homœopathie, dont le principe fondamental, en thérapeutique, est d'assigner, comme le remède spécifique d'une maladie, l'agent qui détermine des symptômes analogues à ceux qu'elle produit, et paraît d'abord, en conséquence, aggraver le mal qu'il produira plus tard.

» Nous ne pouvons donc nous refuser à dire que M. Marchant a fait de l'homœopathie dans son service d'hôpital; et nous ajouterons que, tout en s'en défendant, il veut si peu qu'on en doute que, dans sa lettre du 7 août 1848, adressée à la commission administrative, il dit clairement que les résultats obtenus depuis deux ans ont assuré gain de cause à la nouvelle doctrine; que la commission ne peut plus hésiter, et que lui-même se croit autorisé à lui demander franchement de le mettre à même de la pratiquer ouvertement, en mettant à sa disposition une boîte de médicaments homœopathiques.

» Il n'était pas du ressort de la commission administrative d'entrer en discussion sur la valeur de ces résultats, que M. Marchant se plaisait à faire valoir. Elle n'avait pas voulu qu'un mode de traitement repoussé par la généralité des médecins pût être imposé aux malades qui lui étaient confiés; elle voyait là un devoir; elle avait cru en assurer l'accomplissement par l'engagement qu'elle avait demandé à M. Marchant, et que celui-ci avait pris : elle restait dans les limites de ses droits en exigeant que cet engagement fût rempli, et en refusant de suivre M. Marchant dans des explications tendant à prouver qu'il avait bien fait de s'en affranchir. Nous qui ne pouvons négliger le point de vue scientifique, surtout quand il est aussi étroitement lié à l'intérêt des malades, nous avons dû ne pas laisser passer inaperçus ces résultats statistiques apportés par M. Marchant, et examiner s'ils pouvaient être invoqués en faveur de l'homœopathie.

(1) Il faut ajouter : Géométrique ou par quotient. (N. du R.)

« Apprécions d'abord le premier et le plus important des avantages que s'attribue M. Marchant, celui d'une moindre mortalité.

« L'hôpital Saint-André comprend cinq services médicaux. D'après les chiffres donnés par M. Marchant, deux de ces services ont eu, en 1847, une mortalité un peu plus grande que le sien; deux, une mortalité un peu moindre. En réunissant les quatre services autres que le sien pour en avoir la mortalité moyenne et la comparer avec la sienne, il arrive bien à avoir en sa faveur une légère fraction; mais ne sait-on pas que, dans les services d'hôpitaux, des circonstances tout à fait indépendantes du mode de traitement déterminent souvent des variations beaucoup plus considérables dans le chiffre de la mortalité? Et si M. Marchant croyait qu'une mortalité moindre correspond toujours à une meilleure méthode thérapeutique, ne devrait-il pas en conclure qu'il y a à l'hôpital Saint-André deux services où l'on suit une méthode supérieure à la sienne?

« Autant que nous pouvons en juger, il y a plus de réalité dans les autres avantages qu'il s'attribue, savoir: augmentation du mouvement des malades, diminution dans la durée du séjour à l'hôpital, économie sur les médicaments. On ne peut surtout contester à la pratique de M. L. Marchant d'être singulièrement économe de médicaments; mais ce n'est pas seulement en se rapprochant des formes homœopathiques qu'elle produit cette économie; nous nous en sommes convaincu en parcourant des cahiers de visite du service de M. Marchant, faisant partie du dossier mis sous nos yeux. Dans ces cahiers, qui se rapportent au mois d'août 1847 et au mois d'août 1848, nous avons constaté que, s'il y avait constamment des malades traités avec des gouttes de bryone, de soufre, de café, etc., il y en avait aussi un bon nombre dont la médication était tout ordinaire, tout allopathique, mais toujours extrêmement simple, et consistant le plus souvent en quelques verres d'une tisane commune. Or, nous concevons qu'il peut y avoir, dans un service d'hôpital, une classe nombreuse de malades pour qui le repos, joint à quelques boissons, à une alimentation convenable, soit la meilleure médication. Le régime alimentaire n'est pas noté dans les cahiers de M. Marchant; mais nous savons qu'il s'est déclaré l'ennemi de la diète classique: ainsi les résultats qu'il fait valoir, résultats au nombre desquels il ne faut pas oublier de mettre une mortalité égale à celle des autres services, nous paraissent montrer ce qu'on peut attendre d'une simple expectation, plutôt que fournir un argument en faveur de l'homœopathie, qui du reste, lorsqu'elle laisse guérir le malade, ne peut être considérée que comme une méthode d'expectation.

« Nous aurions trouvé de l'intérêt à suivre les effets du traitement homœopathique sur quelques maladies aiguës; nous avons même essayé de le faire; mais l'insuffisance des indications contenues dans les cahiers que nous pouvions consulter nous a obligé de renoncer à ces recherches.

« Pour conclure ce rapport, nous avons l'honneur de vous proposer, messieurs, en nous renfermant dans les questions posées par M. le ministre, de lui répondre:

« 1° Que la doctrine avouée par M. L. Marchant, et suivie par lui, autant que cela lui a été possible dans son service à l'hôpital Saint-André, est la doctrine homœopathique;

« 2° Qu'en conséquence la commission administrative des hospices de Bordeaux paraît fondée à trouver que l'engagement consenti par M. Marchant, et dont elle avait fait une condition de sa présentation comme chef de service, n'a point été rempli, et à en réclamer l'exécution. »

M. Rochoux. Je voudrais qu'à la seconde conclusion, au lieu du mot *paraît* on mît le mot *est*, car cela ne peut être douteux.

Les conclusions, avec la modification demandée par M. Rochoux, sont adoptées à l'unanimité, moins la voix de M. Londe, qui vote contre.

— Le même rapporteur lit un second rapport sur la demande du docteur Clinchamp, qui, ayant une bonne dose de dévouement à dépenser au service de l'humanité, demande au ministre une mission pour aller étudier les effets avantageux de la méthode homœopathique dans le traitement du choléra. Le rapport conclut qu'il n'y a pas nécessité de faire droit à la demande de M. Clinchamp.

— M. Jolly lit plusieurs rapports sur des remèdes secrets.

— M. Bally lit la seconde partie de la relation scientifique d'un voyage à travers les marais Pontins. Ce travail, plus encore littéraire que médical, ne pourrait être analysé sans perdre tout son charme.

Addition au compte-rendu de la dernière séance de l'Académie des sciences.

Voici l'analyse de la note communiquée par M. le docteur Wanner sur les bruits du cœur:

D'après l'auteur, ces bruits seraient le résultat de vibrations produites dans un appareil contenu dans le cœur. Cet appareil, dont le centre correspond à la partie inférieure de la cloison interauriculaire, est composé de parties cartilagineuses très élastiques, qui sont: la partie inférieure de l'artère pulmonaire et surtout de l'aorte, qui s'attache par sa partie inférieure et latérale droite au grand fibro-cartilage; de deux fibro-cartilages, l'un petit, l'autre plus grand, qui donnent insertion aux fibres musculaires du cœur, ainsi qu'aux extrémités de la valvule mitrale et à la partie moyenne du bord supérieur de la valvule tricuspide; ces fibro-cartilages sont situés dans l'intérieur de la cloison interauriculaire à sa partie inférieure; des membranes fibreuses, qui sont: 1° celles qui composent la cloison interauriculaire; 2° la valvule mitrale; 3° la valvule tricuspide; enfin, des cordes tendineuses, qui des bords de ces deux valvules viennent s'insérer en bas aux colonnes charnues du cœur.

A l'aide de cet ensemble des parties, que M. Wanner appelle *un appareil*, cet auteur explique ainsi qu'il suit les bruits du cœur:

Premier bruit. — Il a lieu pendant la systole, pendant laquelle le cœur est porté violemment vers le thorax, entraînant à sa suite l'aorte et les autres vaisseaux élastiques qui sont à sa base. Dans ce mouvement, les fibres musculaires longitudinales des ventricules, en se contractant, tirent en bas les cordes tendineuses, celles seulement qui correspondent à chacune des extrémités de la valvule mitrale et deux ou trois qui s'insèrent sur la partie moyenne de la valvule tricuspide, ce qui abaisse les fibro-cartilages ainsi que les oreillettes; mais les fibres obliques, en se contractant également, font plisser la partie moyenne de la valvule mitrale et les deux côtés de la valvule tricuspide qui se trouvent entre la partie moyenne de chaque extrémité de cette même valvule; tandis que les cordes tendineuses, qui correspondent à la partie moyenne pour la valvule mitrale et celles qui font suite à chaque portion valvulaire placée entre la partie moyenne et chaque extrémité pour la valvule tricuspide, se trouvent distendues et abaissées. Pendant ce temps, le sang, pressé de toutes parts, est forcé de suivre la direction qui lui est imprimée. Dans sa projection, il passe rapidement en frottant sur les cordes tendineuses, sur les fibro-cartilages et sur les membranes fibreuses qui constituent l'appareil, ce qui donne des vibrations qui sont sourdes et profondes, parce qu'elles sont amorties par les colonnes sanguines que chassent les ventricules et qui durent autant que dure la collision du sang.

Second bruit. — Il est produit par le relâchement brusque des fibres musculaires obliques, ce qui permet aux vaisseaux élastiques de retirer à eux le cœur, qui subit alors un écartement, principalement à sa base. Dans ce mouvement, les valvules mitrale et tricuspide, dont les cordes tendineuses sont abaissées comme il a été dit, se trouvent à l'instant relevées, et les parties de ces mêmes valvules, qui sont plissées, se trouvent tout à coup déplissées, ce qui donne des vibrations sèches et claires, semblables à celles que produit un coup de fouet.

A l'appui de sa théorie, l'auteur invoque les expériences suivantes:

En appliquant l'extrémité la plus évasée d'un petit tube sur les parties correspondant aux fibro-cartilages et l'autre extrémité à l'oreille, et faisant ensuite exécuter au cœur par la compression des mouvements de contraction et de relâchement, ce n'est seulement que dans ce point que les bruits se font entendre; si ensuite on coupe les points d'insertion des fibro-cartilages aux membranes fibreuses, il n'y a plus de bruit sec et sonore; on n'entend plus qu'un bruit flasque et sans force, résultat de la mollesse des chairs, qui sont alors relâchées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 7 février 1849. — Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, MM. Lenoir et Michon font observer que M. Huguier n'a pas rendu exactement compte de l'intention de Boyer dans le procédé de taille latéralisée qu'il avait imaginée. C'était pour éviter le rectum que Boyer retirait le lithotome horizontalement; et c'était pour éviter l'artère honteuse interne qu'il le fermait avant de l'amener au dehors, et lorsque la prostate était incisée.

— M. Chassaignac. M. Maisonneuve a dit, dans la dernière séance, qu'on pouvait guérir, avec 3, 4 et 5 grammes d'iodure de potassium, des maladies syphilitiques qui avaient résisté à des doses moins élevées. Cependant, je lis dans la thèse de M. Maisonneuve, sur les tumeurs de la langue, qu'il n'est jamais nécessaire de porter cette dose au delà de 2 grammes.

M. Maisonneuve. Depuis la publication de ma thèse, j'ai observé deux faits qui m'ont confirmé dans l'opinion que j'ai exprimée dans la dernière séance. Il ne s'agit pas, il est vrai, de maladie de la langue; il s'agit d'une tumeur du testicule et d'une tumeur de l'utérus, qui, après avoir résisté à 1 et 2 grammes d'iodure de potassium par jour, ont guéri par l'administration à 4 grammes.

M. Vidal. Il y a, pour le traitement des maladies syphilitiques, un fait général, c'est que celles de ces maladies que j'appelle *tardives* peuvent être guéries par de fortes doses après avoir résisté à de petites doses. Ce fait général n'est pas d'invention moderne; il existe dans la science depuis longtemps. Pour moi, j'emploie l'iodure de potassium, ou comme tonique, ou comme antisyphilitique. Comme tonique, je ne dépasse pas la dose de 1 gramme; comme antisyphilitique, je n'en donne pas moins de 2, et je ne vais pas au de là de six grammes. J'ai obtenu, au moyen de cette dernière dose, en vingt-deux jours, la guérison d'une ulcération du nez avec perforation des os, et j'ai vu disparaître en treize jours une tumeur blanche syphilitique du coude, et une tumeur gommeuse du sourcil, chez un malade qui avait été soumis inutilement à des doses moins élevées.

— M. Monod lit une observation d'extirpation de cancer de la glande parotide. L'auteur fait remarquer la facilité avec laquelle l'opération a pu être achevée, en prenant le soin de disséquer la tumeur de bas en haut. L'artère carotide externe n'a pas été coupée. M. Monod croit qu'elle est rarement intéressée, et qu'en conséquence il n'est pas nécessaire de lier préalablement l'artère carotide primitive. Enfin, M. Monod appelle l'attention sur une douleur assez vive qu'éprouva le malade au moment où il commença à mâcher. Cette douleur est due, sans doute, à ce que les muscles masséter et ptérygoïdien interne avaient été blessés pendant l'opération.

M. Lenoir. Il est dit dans l'observation que la partie supérieure de la glande n'a pas été enlevée. Pourquoi l'a-t-on laissée en place?

M. Monod. C'est parce qu'elle n'était pas malade, et que je n'ai vu aucun inconvénient à la laisser.

M. Nélaton. La douleur dont a parlé M. Monod peut s'expliquer, en effet, par la lésion des muscles; mais on pourrait l'attribuer aussi à une autre cause. Le canal de Sténon a été coupé. Peut-être la portion restante de la glande, ne pouvant se débarrasser de la salive qu'elle fournit au moment de la mastication, devient-elle le siége de ces douleurs.

M. Huguier. En présence de la facilité avec laquelle cette tumeur a pu être enlevée, on doit se demander si c'était bien un squirrhe de la parotide. Ne serait-ce point un ganglion qui aurait refoulé et atrophié la glande?

M. Chassaignac. Cette opinion ne peut être admise avec les détails donnés par M. Monod; car on a vu à nu tous les os, tous les muscles qui limitent l'excavation parotidienne, ce qui n'aurait point eu lieu si la parotide elle-même était restée en place. Ce qui me surprend davantage, c'est que la carotide externe n'ait pas été ouverte. La chose me paraît impossible anatomiquement, puisque l'artère est entourée de tous côtés par la glande.

M. Nélaton. Au moment où M. A. Bérard eut à faire une thèse sur les tumeurs de l'excavation parotidienne, il me pria de faire quelques dissections: je constatai alors que tantôt l'artère était enveloppée de tous côtés; tantôt, au contraire, elle était en rapport seulement avec une gouttière de la glande, d'où il était possible de l'énucléer assez facilement. Je sais d'ailleurs que M. Denonvilliers s'est occupé dernièrement de cette disposition, et qu'il a constaté souvent un résultat semblable.

M. Gosselin. Non-seulement les deux dispositions dont il s'agit existent, mais la seconde, celle dans laquelle l'artère est entourée d'une gouttière de la glande, est certainement la plus fréquente. Ce qui a souvent induit en erreur, c'est que les deux bords de la gouttière se trouvent parfois réunis au côté interne de la glande par du tissu cellulaire qui donne l'apparence d'un canal complet, mais qui n'empêche pas de faire sortir la glande sans toucher à l'artère. Je sais du reste que M. Denonvilliers, qui m'a fait connaître ces détails, se propose de les communiquer à la Société.

M. Monod. Je crois que la rétraction des tissus malades a pour effet de dégager encore davantage l'artère carotide externe. Ce qui d'ailleurs ne doit laisser aucun doute pour le siége du mal dans la glande parotide, c'est que le nerf facial était paralysé, et qu'on a dû le couper pendant l'opération.

M. Maisonneuve raconte l'histoire d'un malade qui avait reçu deux coups de sabre sur la tête, l'un au front, l'autre sur la bosse pariétale droite; plusieurs esquilles furent enlevées, et la dure-mère fut mise à nu; le malade a eu une paralysie du côté gauche, où il conserve encore de l'engourdissement; à part cela, il s'est bien rétabli.

— M. Maisonneuve rend compte en outre d'une opération d'anus artificiel dans la région lombaire qu'il a pratiquée ces jours derniers à un nouveau-né. Cet enfant, âgé de quatre jours, est venu à sept mois; l'orifice anal existe, mais il forme un cul-de-sac, au fond duquel M. Maisonneuve n'a senti aucune tension, aucune saillie qui ait pu faire croire à la présence du rectum. Il a cependant fait une incision et une ponction; mais cette tentative ne l'ayant conduit à rien, il s'est immédiatement décidé à pratiquer l'opération de Callisen. L'incision a été faite transversalement, suivant le précepte de M. Amussat. Elle a conduit sur le rein, qui remplissait toute la région lombaire et descendait jusque dans la fosse iliaque. M. Maisonneuve fut obligé de chercher au côté externe de l'organe, où il trouva un cordon à peine gros comme un tuyau de plume; une ouverture faite à ce cordon laissa sortir du gaz et du méconium; il n'y eut plus de doute alors que c'était bien le colon descendant, et les deux bords de l'incision faite à l'intestin furent réunis à la plaie extérieure au moyen de points de suture. Voilà quatre jours que l'opération a été faite, et l'enfant va bien. M. Maisonneuve cite ce fait comme remarquable sous deux rapports, savoir: par l'étroitesse du colon descendant et par la difficulté de le rencontrer et d'éviter la blessure du rein.

M. Chassaignac. L'exiguïté du colon descendant n'a rien d'extraordinaire, car le gros intestin représente un infundibulum décroissant de haut en bas; d'un autre côté, n'eût-il pas été possible d'introduire une sonde par l'ouverture et de s'en servir ensuite pour aller à la recherche du rectum par le périnée?

M. Nélaton. Dans les imperforations de l'anus, le colon est habituellement dilaté; mais quelquefois, au contraire, il est rétréci; dans certains cas, il est étroit, mais se termine par une ampoule assez volumineuse, comme l'a indiqué M. Bouisson. Quant aux tentatives d'introduction de sonde, M. Nélaton rappelle qu'elles ont été faites plusieurs fois et qu'elles ont toujours échoué. La Société a eu déjà l'occasion de s'entretenir plusieurs fois de cet objet.

M. Guersant. Dans les faits de ce genre, on ne doit pas se hâter d'opérer par la région lombaire, parce que le plus souvent on rencontre le rectum par le périnée. J'ai opéré six fois de ce côté; j'ai toujours rencontré le rectum plus ou moins profondément, et trois des malades vivent encore.

La séance est levée à cinq heures.

Assemblée Nationale.

SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1849.

Discussion sur la proposition de M. Ducoux, tendant à rendre exécutoire le décret du 3 mai 1848 concernant les officiers de santé militaires.

(Suite et fin du numéro précédent.)

Peut-être est-ce l'occasion de dire un mot sur le rapport qui a été

présenté par notre honorable collègue M. le colonel Ambert, et si j'attaque ce rapport dans quelques-unes de ses dispositions, je le fcrai avec d'autant plus de loyauté et d'indépendance, que je suis le premier à rendre un complet hommage aux sympathies que l'honorable colonel Ambert a toujours manifestées pour le corps dont je défends lés intérêts.

Je lis dans le rapport de notre bonorable collègue que ce règlement crée des grades et des assimilations d'un grade à l'armée active, ce qui oblige de coordonner la législation actuelle avec la loi sur l'avancement et sur les retraites. Ici il y a unc erreur évidente; notre bonorable collègue a confondu dans son rapport le règlement avec le décret, dont il n'est que le corollaire et l'accessoire. En effet, l'assimilation n'existe pas en vertu du règlement, mais bien en vertu du décret. Or, jusqu'à présent, vous n'avez pas, que je sache, abrogé le décret du 3 mai 1848; personne n'est venu vous en demander la suppression; il s'agit tout simplement de faire un règlement administratif qui coordonne les différentes parties du service de sauté, qui règle les rapports des cbirurgiens avec le corps des intendants militaires ou avec les officiers de l'armée.

Or, comme ces rapports, depuis 1811, ont été réglés par de simples ordonnances ministérielles, je ne vois pas pourquoi M. le ministre de la guerre n'aurait pas dès à présent la faculté et le pouvoir de modifier par ordonnance, si bon lui semble, les relations qui existaient autrefois en vertu du même titre; car le décret de 1848, ne nous y trompons pas, n'a fait que détruire les ordonnances interprétatives de la loi de 1792.

Ce décret est une loi, et vous ne l'avez pas abrogé, je le répète; tandis que les ordonnances qui se trouvent comprises entre ces deux lois républicaines, de 1792 et de 1848, n'avaient que la force d'un règlement administratif.

Ainsi il y a une confusion que je devais relever, parce que cette confusion pourrait faire croire à l'Assemblée nationale qu'elle a aujourd'bui un décret à discuter, une loi à faire, et vous comprenez tout de suite à quels embarras et à quels retards nous exposerait un tel système.

Je dois déclarer aussi que je ne puis accepter la conclusion du même rapport qui tend à renvoyer devant le conseil d'Etat l'examen de la question qui nous occupe. Le conseil d'Etat, n'ayant pas de loi à nous proposer, n'est pas obligé d'intervenir dans une affaire de réglementation; la loi, je le répète, existe, c'est le décret du 3 mai 1848; c'est la reproduction des lois de 1792, de 1793, de 1794. Que ferait donc le conseil d'Etat? Voyez donc à quels retards vous exposeriez une question dont on attend avec impatience la solution depuis dix mois! Le conseil d'Etat n'existe pas encore; nous avons une commission, il est vrai; mais cette commission, malgré le zèle et l'aptitude des membres qui la composent, a tous les inconvénients d'une organisation provisoire; nous n'avons pas encore nommé le nouveau conseil d'Etat; or cette question, transmise au conseil d'Etat, y serait enfouie pendant des mois, pendant des aunées peut-être, et elle disparaîtrait sous le mauvais vouloir de l'administration, qui veut éluder le décret du 3 mai 1848, parce qu'elle n'ose pas en demander l'abrogation. (Très bien! très bien!) Je le répète donc, cette assimilation, qui est un des reproches les plus graves faits à la réglementation administrative, cette assimilation, vous ne pouvez pas la refuser, vous ne pouvez la détruire qu'en brisant le décret. Permettez que je dise un mot de cette assimilation.

Cette assimilation, citoyens, n'est pas une assimilation qui autorise les officiers de santé à s'immiscer dans le commandement de la troupe; cette prétention serait aussi ridicule de la part des officiers de santé, que sont absurdes et antirationnelles les prétèntions d'une administration qui veut jauger le mérite d'un médecin comme elle jauge une denrée d'bôpital. (Très bien!) Cette assimilation laisse à chacun sa spécialité; elle est indispensable au cbirurgien militaire, parce-que, vivant dans le régiment, au milieu d'officiers dont il partage la table, les fatigues, les dangers, il ne peut convenablement, complétement remplir la mission que vous lui confiez, si vous ne faites rayonner autour de lui cette considération qui élève l'homme. Que serait l'uniforme, si l'autorité morale dont il est le signe distinctif écbappait à celui qui le porte? L'uniforme, réduit à cette proportion, ne serait plus qu'une livrée, et la livrée pèse à la dignité des hommes qui ont le sentiment de leur valeur. (Très bien!)

Vous ne pouvez donc pas refuser l'assimilation, à moins que vous n'ayez le courage de venir ici demander l'annulation du décret du 3 mai 1848.

J'en ai dit assez, je crois, citoyens, pour faire comprendre l'importance de la question qui vous est soumise. Le mal est arrivé aujourd'hui à un degré tel, qu'avant peu le corps des officiers de santé militaires est menacé d'un dépérissement complet si vous n'y portez remède. Voulez-vous que je vous dise aujourd'bui ce qui arrive? Dans tous les hôpitaux, dans tous les établissements hospitaliers, des attributions mal définies, un antagonisme fatalement introduit dans l'administration, soulèvent à chaque instant des conflits dont le soldat est la première victime, et dont le trésor, après tout, paye les fâcbeuses conséquences.

Aujourd'bui un chirurgien major dans un hôpital militaire n'a pas même le droit de punir un soldat infirmier, sans recourir, savez-vous à qui? à l'officier comptable, à l'agent de cette même administration qu'on trouve toujours en présence des cbirurgiens. Le chirurgien major, dans un régiment, ne peut pas punir un simple soldat qui oublierait le respect qu'il doit à celui que vous avez placé près de lui pour le guérir; il faut qu'il s'adresse à un militaire gradé, de sorte qu'il a moins d'autorité qu'un simple caporal. Si l'uniforme n'est rien pour l'officier de santé militaire, détruisez-le, et permettez aux médecins de venir traiter les soldats en habit noir; mais si vous en faites des militaires, soyez conséquents jusqu'au bout.

Voulez-vous un exemple que je cite entre mille, que je choisis parce qu'il a donné lieu à un débat judiciaire qui a eu quelque retentissement dans le pays? Je cboisis cet exemple parce qu'il est un des épisodes les plus significatifs des déprédations administratives de toute espèce qui ont signalé les derniers temps de la monarchie déchue. Je veux parler des malversations de l'bôpital militaire du Gros-Caillou.

En 1847, l'hôpital du Gros-Caillou fut ravagé, pendant plusieurs semaines, par une épidémie qui augmentait la mortalité ordinaire dans une proportion effrayante.

Les chirurgiens militaires, soumis à l'omnipotence administrative, et, conséquemment, placés entre le cri de leur conscience et la crainte de perdre leur emploi, ou de s'attirer la baine de l'administration, n'osaient que très timidement révéler les causes qui produisaient de si funestes effets.

Leurs plaintes ne franchissaient jamais le seuil de l'hôpital; elles arrivaient, non pas à l'administration de l'intendance, que je ne prétends certainement pas rendre responsable, mais elles s'arrêtaient aux agents subalternes de cette administration, qui cherchaient à les étouffer.

Cependant, il arriva un jour que le cbirurgien major d'un des régiments de la garnison, dc ronde de service, pénétra dans l'hôpital du Gros-Caillou, et comprit que la mortalité tenait au manque d'air, à l'entassement des malades, parqués dans des salles étroites, dans le but criminel d'augmenter les bénéfices de l'ordonnateur. Cet agent a été puni par les tribunaux.

Ainsi, j'ai le droit de signaler ce méfait; ce n'est pas une imputation calomnieuse que je me permets, c'est un fait que je rappelle. On évacua les malades sur les autres établissements hospitaliers, et, à l'instant même, l'épidémie cessa de décimer nos soldats.

Une enquête fut ordonnée par M. le ministre de la guerre, qui avait eu enfin avis de cette iniquité; elle mit sur les traces de malversations administratives, et vous savez que l'agent incriminé parvint à se soustraire par la fuite aux sévérités de la justice.

Mais savez-vous quel fut le résultat de tout ceci? et c'est là la morale de l'exemple que je viens de vous citer; c'est que ce cbirurgien major, qui avait si courageusement révélé des détails qui étaient restés trop longtemps enfouis, reçut, quatre mois après, au lieu de la récompense qui lui était due, l'ordre brutal de faire valoir ses droits à la retraite. (Mouvement.) Il est vrai qu'il se trouvait dans des conditions d'âge qui rendaient la mesure parfaitement légale; mais pour qu'il ne pût pas se méprendre sur la portée du coup qui le frappait, la même ordonnance qui l'obligeait à faire valoir ses droits à la retraite donnait de l'avancement à d'autres officiers de santé de l'armée plus âgés que lui. (Nouveau mouvement.)

Voilà ce qui résulte des conflits que vous établissez entre le corps de l'intendance et le corps des officiers de santé militaires. En enlevant à ceux-ci toute initiative, vous leur enlevez tout moyen d'action et de contrôle, et, je le répète, c'est l'armée qui, après tout, est victime de semblables iniquités. (Très bien! très bien!)

Je conclus donc, en terminant, à ce que l'Assemblée nationale déclare que le décret du 3 mai 1848 est immédiatement exécutoire, que la partie purement administrative sera renvoyée à une commission spéciale, qui mettra en barmonie les innovations réglementaires, administratives ou autres soit avec les règlements déjà existants, soit avec notre législation, si toutefois la législation doit intervenir. De cette façon vous ferez cesser les inquiétudes, les anxiétés disparaîtront, vous remédierez au sort des officiers de santé militaires, et votre armée trouvera parmi eux dcs auxiliaires toujours dévoués et convenablement instruits. (Marques nombreuses d'approbation.)

— Après ce remarquable discours, un grand nombre de membres prennent la parole, les uns pour, les autres contre la proposition de M. Ducoux. Les arguments de ces derniers se réduisent à un seul: le règlement prescrit par le décret du 3 mai porte atteinte aux lois existantes sur les traitements, sur les pensions de retraite, sur les conditions d'avancement, sur les attributions des chefs militaires. Donc ce règlement ne peut être mis en vigueur sans que le pouvoir législatif se soit préalablement prononcé.

M. le ministre de la guerre vient même déclarer d'une manière plus catégorique que le décret du gouvernement provisoire est incomplet, et qu'il a préparé *un projet de loi* et un règlement d'administration publique qui sont prêts à être envoyés au conseil d'Etat.

M. Ducoux monte encore à la tribune et démontre qu'il ne peut pas dépendre de l'administration d'éluder pour un temps, peut-être pour toujours, un décret qui a force de loi en prétextant des irrégularités de formes administratives. Il voudrait en conséquence que sa proposition fût envoyée à une commission de l'Assemblée, afin que cette commission fît la part de la partie réglementaire et de la partie législative du décret, et que l'Assemblée ordonnât immédiatement l'exécution de la seconde de ces deux parties.

Malgré la sensation produite par la seconde allocution de M. Ducoux, M. le général Lamoricière, en se déclarant hautement partisan du décret du 3 mai, propose et fait adopter l'ordre du jour suivant, qui semble en effet favorable à l'exécution du décret:

« L'Assemblée invite le ministre de la guerre à renvoyer » *sans retard* au conseil d'Etat le règlement destiné à *assurer* » l'exécution du décret du 3 mai, et passe à l'ordre du » jour. »

Nouvelles du choléra.

M. le sous-préfet de Douai, informé que le cboléra sévissait avec violence dans la commune de Racbes, a voulu s'assurer par lui-même de l'état sanitaire de cette commune. Il s'y est donc rendu jeudi 15 accompagné du médecin des épidémies et du président du conseil de salubrité; il a visité tous les individus en traitement, en ce moment au nombre de dix-sept, leur a porté des paroles d'encouragement et a fait distribuer les secours dont les plus nécessiteux avaient besoin.

Il a en même temps donné des ordres pour qu'il fût remédié au mauvais état d'un fossé dont les eaux croupissantes et infectes pouvaient être considérées comme une des causes de l'épidémie, car c'était dans le voisinage de ce fossé que l'on comptait le plus grand nombre de malades. Le bureau de bienfaisance, réuni sur sa demande, a été immédiatement invité par lui à pourvoir immédiatement aux besoins des indigents qui pourraient être encore frappés du fléau. Il n'a pas voulu quitter la commune sans donner des éloges aux citoyens qui se sont dévoués à soigner les malades, et sans témoigner à M. Blanc, médecin de la commune, sa satisfaction pour le zèle, le dévouement, la capacité dont il a fait preuve dans ces pénibles circonstances. Sur 27 individus atteints jusqu'à ce moment, 9 ont succombé.

NOUVELLES.

Concours pour cinq places d'agrégés près la Faculté de médecine de Montpellier. — Les docteurs en médecine ou en chirurgie sont avertis qu'il y aura un concours public, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour cinq places d'agrégés vacantes dans cette Faculté, savoir:

Trois pour la section de médecine;

Une pour la section de cbirurgie;

Une pour la section des sciences accessoires.

Ce concours sera ouvert le 11 avril 1849.

Les candidats qui obtiendront le titre d'agrégé entreront immédiatement en exercice.

Les qualités requises pour être admis à concourir sont:

D'être Français; de jouir des droits civils; de présenter un diplôme de docteur en médecine ou en chirurgie, obtenu devant une Faculté française; d'avoir l'âge de vingt-cinq aus accomplis.

Le concours se composera de trois épreuves, ainsi qu'il suit:

1° Une composition écrite, faite à huis clos, sur une question mixte relative aux diverses matières d'enseignement de cbaque section d'agrégation;

2° Une leçon faite après vingt-quatre heures de préparation;

Une leçon faite, après trois beures de préparation, sur un des objets d'enseignement de la section pour laquelle les candidats auront opté.

« Les concurrents devront subir, en outre, les épreuves pratiques » déterminées par le règlement. »

3° Une thèse ou dissertation, dont le sujet sera cboisi conformément au règlement.

Les candidats qui désireront se présenter à ce concours sont invités à remettre ou à envoyer, au secrétariat de la Faculté de médecine de Montpellier, les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité exigées, savoir:

1° Unc copie légalisée de leur acte de naissance;

2° Leur diplôme de docteur.

Ces pièces devront être déposées au secrétariat de la Faculté, au plus tard le 11 mars 1849, époque où le registre sera clos définitivement.

— On lit dans la *Gazette médicale de Turin*:

« Notre compatriote M. le docteur Cerise vient d'être décoré de la croix du Mérite de l'Ordre Civil de Savoie. »

On dit qu'aux décorations de cet ordre est attachée une rémunération fort respectable.

— Il paraît que les craintes que nous exprimions récemment toucbant l'avenir de l'Ecole de médecine et de l'Ecole de pbarmacie seraient plus sérieuses que nous ne l'avions pensé. Quoique l'Assemblée n'ait probablement pas le temps de discuter le budget, le comité des finances paraît décidé à faire tout ce qu'il pourra pour faire voter par l'Assemblée les économies dont nous avons parlé. Dans le système d'économies adopté par le même comité entre aussi la suppression des médecins sanitaires d'Orient, qui paraît irrévocablement arrêtée et consentie par le ministre.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 24 FEVRIER 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 23.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 23 FÉVRIER 1849.

Revue clinique hebdomadaire.

Phlegmon des ligaments larges. — Nous avons eu déjà à plusieurs reprises occasion de parler, tant dans nos *Revues cliniques* que dans d'autres parties de ce journal, des phlegmons des ligaments larges, et de nous appesantir sur le traitement que leur oppose, avec un succès qui ne s'est pas souvent démenti, M. Nonat, qui s'est occupé de l'étude de cette affection avec un soin tout particulier. Voici un nouveau fait à ajouter à ceux qui existent déjà, et sur lequel nous voulons fixer l'attention en raison de quelques singularités qu'il a présentées.

Il s'agit d'une femme de vingt-deux ans, journalière, couchée au n° 19 de la salle Saint-Philippe, entrée le 8 janvier dernier pour un engorgement des plus considérables des deux ligaments larges et du tissu cellulaire péri-utérin. La matrice était si complétement environnée par cet engorgement que l'on ne pouvait par le toucher vaginal reconnaître que le museau de tanche. Cependant, on constatait encore en avant un léger relief médian, qui paraissait correspondre à la paroi antérieure de la matrice. Ce n'est pas sans dessein que nous signalons l'existence de ce relief sur la partie antérieure et inférieure de la tumeur. Il a permis de soupçonner l'engorgement des ligaments larges et du tissu cellulaire avoisinant. M. Nonat nous faisait remarquer que, s'il n'avait point eu la sensation de la présence du corps de la matrice au milieu de la tumeur, il aurait pu conserver des doutes sur la nature de l'affection, et qu'il lui aurait été impossible de poser un diagnostic certain. Déjà, dans plusieurs circonstances, c'est à l'aide de ce relief qu'il est arrivé à pouvoir établir sans incertitude le siége et la nature d'affections de ce genre.

Un fait qu'il ne faut pas ignorer, c'est que l'on retrouve plus souvent ce relief en avant qu'en arrière; il est d'observation que le tissu cellulaire péri-utérin se prend plus complétement et plus facilement dans la région qui correspond à la face rectale de la matrice, condition qui explique le refoulement de l'organe en avant. Ainsi, chez cette femme, c'est par la constatation de ce relief que l'on a pu affirmer qu'il n'y avait là ni grossesse, ni corps étranger dans la matrice, en un mot que ce n'était pas la matrice elle-même qui constituait la tumeur. De là au diagnostic il n'y avait pas loin. Si la tumeur n'était pas formée par la matrice, ce ne pouvait être que le tissu cellulaire péri-utérin qui fût le siége de la maladie. Or, c'est ce qui existe habituellement tantôt avec, tantôt sans engorgement inflammatoire des ligaments larges.

Dans le cas actuel, il y avait évidemment engorgement des ligaments larges; la tumeur remplissait tout le bassin. L'utérus était appliqué aux pubis; la tumeur remontait jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; au niveau du détroit supérieur du bassin, elle s'irradiait dans tous les sens; elle était immobile, et l'on ne pouvait lui imprimer aucun mouvement. Il y avait de la douleur à la moindre pression, de la fièvre; la maladie avait commencé, au dire de la malade, le 26 décembre, à la suite des règles, c'est-à-dire quinze jours avant son admission à l'hôpital.

Pour les antécédents, M. Nonat se rappela que, huit mois auparavant, en avril ou mai 1848, cette femme était déjà venue se faire soigner pour une affection à peu près pareille, bornée au côté droit, de laquelle elle était sortie guérie, du moins en apparence. Il y avait donc grande probabilité ou qu'il était resté un petit noyau de subinflammation, ou que le travail phlegmasique s'était reproduit avec d'autant plus de facilité que les tissus étaient déjà prédisposés par une attaque antérieure. Comme causes déterminantes, on n'a pu constater que les fatigues excessives, cette femme ayant soigné pendant plusieurs mois sa mère malade; ce n'était qu'à la fin de décembre qu'elle avait été obligée de suspendre ses occupations. Une circonstance qui aggravait singulièrement la position de la malade, c'était celle-ci : que l'affection aiguë était venue se greffer sur une maladie subaiguë déjà existante. Cependant, M. Nonat fut loin de désespérer de la guérison.

Le traitement se composa de petites saignées générales, d'applications de ventouses scarifiées répétées plusieurs jours de suite, d'onctions mercurielles; puis, on revint encore aux émissions sanguines. En somme, la malade fut saignée du bras neuf fois, et perdit environ dix à douze palettes de sang par les saignées locales. Deux vésicatoires volants sur le ventre furent enfin employés. Nonobstant ce traitement, auquel on ne peut refuser une grande énergie, la fièvre persista longtemps, et ce ne fut qu'au bout de quinze jours que l'on constata sérieusement un peu d'amélioration après l'application du vésicatoire placé sur le côté droit. L'amendement ne s'est pas soutenu. La fièvre reparut au bout de peu de jours.

La palpation fit reconnaître près de la ligne médiane, à droite, au niveau du détroit supérieur, une tumeur fluctuante, suivant à peu près la même direction que le ligament de Fallope. A gauche, la tumeur avait diminué de volume, était rentrée dans le bassin, au-dessus duquel on ne la sentait plus. La fièvre, bien évidente, n'était cependant pas très forte. On n'avait pas noté, et la malade ne disait pas avoir ressenti ce frisson qui précède ou accompagne la formation du pus. Du reste, pas de diarrhée, pas de phénomènes généraux graves. M. Maisonneuve, appelé en consultation, reconnut les mêmes symptômes, la résistance au toucher dans certains points, et la fluctuation. M. Nonat avait pris la résolution d'ouvrir la tumeur, et n'attendait plus que le moment le plus favorable, lorsqu'un matin, sans cause connue, on s'aperçoit que la tumeur s'affaisse, les parois abdominales deviennent de moins en moins dures; l'état général s'améliore, et en peu de jours la tumeur a presque entièrement disparu.

Que s'était-il passé? Il serait assez difficile de le dire, et aujourd'hui encore que la malade est complétement guérie, M. Nonat est resté dans l'incertitude. On a vu de ces abcès s'ouvrir dans la vessie, et le pus s'évacuer avec les urines. Chez cette femme les urines n'ont jamais été troubles, et dès le lendemain de l'affaissement de la tumeur, l'examen le plus attentif n'a rien pu démontrer qui fît soupçonner la présence du pus. Plus souvent que dans la vessie, ces abcès peuvent s'ouvrir dans le rectum. Mais alors il y a nécessairement un peu de diarrhée. Ici la malade n'en a point eu, et les selles sont restées ce qu'elles étaient auparavant.

On voit que la difficulté reste entière. Y a-t-il eu là collection purulente? Et s'il y en avait une, qu'est devenu le pus? S'est-il échappé par les urines ou l'intestin, ou s'est-il résorbé? On ne peut faire que ces trois suppositions; car de croire qu'il se serait répandu autre part, c'est inadmissible; il aurait donné lieu à des accidents beaucoup plus graves, et probablement mortels. Dans le cas où les choses se seraient passées régulièrement, M. Nonat avait l'intention d'ouvrir l'abcès, et l'espoir de réussir. Quoi qu'il en soit, la guérison est aujourd'hui parfaite, et la malade n'a plus rien à craindre, à moins de commettre des imprudences. Pendant quelques temps encore seulement on lui recommandera de s'observer au moment des règles.

Suppression des mèches dans le pansement des abcès. — Nous avons été témoin dans le même service d'un nouveau mode de pansement des abcès, mode dont le résultat sera dans beaucoup de cas la suppression des mèches de charpie que l'on introduit après leur ouverture pour empêcher la réunion des lèvres de la plaie. L'emploi des mèches a plusieurs inconvénients. D'abord, leur introduction est très douloureuse, puis elles forment en quelque sorte bouchon, et emprisonnent dans la cavité qui le contient le pus, que l'on ne peut en faire sortir qu'après avoir retiré la mèche. Pour éviter ce double inconvénient, M. Nonat introduit dans l'ouverture, à la profondeur d'un demi-centimètre ou d'un centimètre au plus, un crayon de nitrate d'argent qu'il retire aussitôt. La douleur causée par cette cautérisation superficielle des lèvres saignantes ne dure qu'une ou deux minutes, et est très supportable. La formation de l'eschare mince qu'elle détermine empêche la réunion des parois du trajet, et un obstacle mécanique ne s'opposant plus à l'écoulement du pus, le liquide anormal s'épanche au dehors au fur et à mesure de sa formation. Cet écoulement continuel s'oppose à la distension de la cavité pathologique par le pus, et permet aux parois de cette cavité de se rapprocher plus rapidement, partant, à la guérison d'être plus prompte et plus complète. Il n'est, du reste, pas besoin de répéter la cautérisation plus souvent que tous les deux ou trois jours.

C'est surtout dans les abcès du sein, assez fréquents dans le service de nourrices dont il est chargé à l'hôpital Cochin, que M. Nonat a l'occasion d'employer fréquemment ce procédé. Nous le lui avons vu mettre en usage dans sept ou huit cas, et toujours avec le même succès. En moins de sept à huit jours, les abcès les plus profonds sont complétement guéris dans la grande majorité des cas.

Emplâtre de Vigo dans la variole. — Chacun sait que l'emplâtre de Vigo jouit de la singulière propriété de prévenir et même d'arrêter la germination et la suppuration des pustules varioliques. Cette substance a-t-elle dans le cas présent une action vraiment spécifique? ou bien cette action lui est-elle commune avec d'autres corps gras? M. Champouillon a expérimenté cette double proposition, et voici ce qu'il a observé.

Chez 108 varioleux de l'âge de vingt et un à vingt-huit ans, l'emplâtre de Vigo a été appliqué sur la face; la peau du cou a été enduite simultanément chez les mêmes malades d'une couche d'axonge, ou d'huile d'olives, ou de diachylon. Quatre fois seulement l'éruption variolique a avorté sur cette dernière partie, tandis qu'elle ne s'est produite que onze fois sur la figure. Ce résultat, conforme à celui qu'ont obtenu d'autres praticiens, prouve évidemment que le Vigo est, de toutes les matières grasses, celle dont l'efficacité est la plus constante.

A quelle époque de l'évolution variolique convient-il d'appliquer l'emplâtre de Vigo? Le plus promptement possible; c'est-à-dire aussitôt que la germination des boutons devient apparente. Cependant M. Champouillon a souvent observé qu'une couche de Vigo suspend immédiatement la suppuration, lorsqu'elle s'est déjà établie. Le pus alors se concrète, se dessèche, forme une croûte de consistance tuberculeuse qui persiste longtemps après la desquamation générale. Cette croûte finit par se détacher à son tour, et laisse à nu le derme plus ou moins intact, suivant qu'il a été plus ou moins intéressé dans le travail de suppuration antérieure à l'application de la masse emplastique.

L'adhérence parfaite de l'emplâtre avec la peau n'est point une condition absolue de l'action du Nigo. Il arrive fréquemment que celui-ci se dessèche et se détache des anfractuosités de la face. Cet accident n'amoindrit en rien l'effet prophylactique; ce qui semblerait prouver que celui-ci n'est pas dû à l'absence de l'air et de la lumière, mais à une sorte d'émanation, de rayonnement mercuriels qui constitueraient, suivant M. Champouillon, toute la spécificité du remède. Néanmoins les effets sont plus sûrs quand le masque reste appliqué d'une manière complète.

La méthode de MM. Serres et Briquet a-t-elle une efficacité pareille dans les cas de variole discrète et dans ceux de variole confluente? Tous les insuccès notés dans le service de M. Champouillon se rapportent à l'espèce confluente.

Un autre avantage de cette méthode, c'est de diminuer la fréquence des abcès des paupières et l'intensité du délire. Cet avantage se trouve confirmé par les observations recueillies au Val-de-Grâce.

Tubercules du testicule. — Faut-il amputer le testicule tuberculeux? Telle est la question éminemment pratique qu'agitait il y a quelques jours devant nous M. Vidal (de Cassis). Toute simple qu'elle paraît au premier abord, elle présente quelques difficultés; et la preuve en est que tous les auteurs ne sont pas d'accord sur sa solution.

On comprend que nous n'avons nullement dessein de faire ici l'histoire de l'affection tuberculeuse du testicule, renvoyant aux travaux spéciaux d'A. Cooper, de Dupuytren, d'Auguste Bérard, et à l'excellent article publié par le chirurgien de l'hôpital du Midi, dans son *Traité de Pathologie chirurgicale.* Cependant, il est un point que nous devons examiner d'abord, parce que nous ne pouvons, sans l'avoir élucidé, posséder les éléments nécessaires à la solution du problème. C'est celui-ci: l'affection tuberculeuse du testicule est-elle simplement locale ou se rattache-t-elle toujours, et fatalement, à une tuberculisation générale, et en particulier à la tuberculisation pulmonaire, laquelle serait presque toujours une contre-indication de l'opération?

« En considérant, dit A. Bérard, que les tubercules des testicules affectent surtout les individus d'un tempérament lymphatique, et qu'ils se développent à un âge où la phthisie pulmonaire est fréquente, on peut craindre que cette fâcheuse complication n'existe, sinon dans tous les cas, du moins dans le plus grand nombre. Cependant, on ne pourrait citer que quelques observations où la même maladie eût à la fois envahi les poumons et les testicules. Dans tous les autres, ces derniers organes ont paru seuls affectés, et après la guérison les malades n'ont offert aucun signe d'affection tuberculeuse.» Cette coïncidence de la tuberculisation pulmonaire et du testicule tuberculeux a été également reconnue rare par M. Vidal; mais ce chirurgien l'explique d'une autre façon. Les chirurgiens, pense-t-il, ont peut-être vu des tubercules quelquefois là où il n'y en avait pas. Si l'on se rappelle certains détails de l'histoire des tubercules, on sera porté à excuser le doute que j'exprime. On sait, en effet, que les glandes sont très rarement tuberculeuses; le testicule ferait donc exception. Il ne serait pas étonnant qu'on eût pris pour des tubercules de petits abcès du testicule. On sera bien tenté d'adopter cette opinion si l'on songe qu'il est très rare que la phthisie pulmonaire marche avec la prétendue affection tuberculeuse du testicule. Si réellement il y avait des tubercules dans le testicule, presque toujours on en trouverait dans les poumons; or, *cette coïncidence est l'exception et non la règle.*

Que l'on ne s'y trompe pas. M. Vidal ne prétend pas que l'affection tuberculeuse du testicule n'existe pas. Il nous en a montré des exemples dans son service. Mais il croit que peut-être a-t-on un peu abusé de cette dénomination et a-t-on pris pour des tubercules ce qui n'en était pas. Quoi qu'il en soit, ce qui résulte de tout ceci, c'est que le plus souvent le tubercule du testicule est une affection purement locale.

Maintenant on sait que le tubercule, dans cet organe comme

dans les autres, finit au bout d'un certain temps par se ramollir et se faire jour au dehors. Lorsque l'on ouvre cet abcès tuberculeux, il s'en échappe un pus caractéristique mal lié contenant quelques parties concrètes. Si l'incision est faite trop tôt, il pourra s'en échapper de la matière concrète ; Bérard rapporte que l'on a vu dans un cas une masse tuberculeuse du volume d'une châtaigne se présenter à une ouverture que le chirurgien avait pratiquée pour donner issue au pus d'un abcès et sortir d'elle-même au bout de 24 heures. Il y a cinq semaines environ, nous avons vu un fait presque pareil dans les salles de M. Vidal. Ce chirurgien plongea une lancette dans un testicule volumineux où il avait cru reconnaître une fluctuation profonde. Sur le moment, il ne sortit rien, et M. Vidal crut presque avoir commis une erreur de diagnostic. Le lendemain, de la matière tuberculeuse s'échappait de la plaie ; il avait eu affaire à un tubercule.

Arrivons à la question que nous avons posée en commençant cet article. La présence des tubercules dans les organes de la génération doit-elle entraîner la nécessité de la castration afin de prévenir le développement d'une affection semblable dans des organes plus importants, le poumon, par exemple ? Non, répond Bérard, car rien ne prouve que la matière tuberculeuse résorbée jouisse de la funeste prérogative de provoquer dans les mêmes organes la formation de tumeurs de même nature ; et, dans tous les cas qu'a vus cet auteur, la guérison de l'altération locale n'a été suivie d'aucune affection tuberculeuse générale.

Dans les cas cependant où la substance tuberculeuse ramollie et évacuée a déterminé la formation d'un grand nombre de fistules dont la cicatrisation reste rebelle, doit-on recourir à la castration ? Cette opération, en substituant une plaie simple faite aux dépens de tissus sains à une tumeur creusée de cavernes tuberculeuses, devra procurer une prompte guérison, et soustraire le patient aux ennuis d'une longue maladie et aux dangers d'une suppuration intarissable. Cependant, si l'on considère que la castration n'est jamais une opération sans danger et que dans aucun cas de tuberculisation testiculaire on n'a vu la maladie revêtir de mauvais caractères, que la santé générale est restée bonne, on concevra quelques doutes sur la nécessité de l'ablation du testicule.

Comme Bérard, M. Vidal résout la question que nous avons posée par la négative. Dans une discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie, un de ses collègues, M. Nélaton, lui opposait l'argument suivant : Ce qu'il faut sauver avant tout, c'est l'autre testicule ; or le seul moyen presque de le sauver, c'est d'amputer celui qui est malade. Mais il est un fait auquel on n'a pas songé en faisant cette objection, et que signale M. Vidal, c'est que, lorsqu'un testicule est assez malade pour être amputé, le plus souvent l'autre est déjà pris. Aussi pense-t-il qu'il vaut mieux s'en tenir à une cure purement palliative. Il ne coupe pas le testicule ; il tâche seulement de rétablir la santé du malade assez pour qu'il puisse sortir de l'hôpital, dont le séjour, c'est un fait d'observation, lui serait funeste.

Le traitement qu'emploie M. Vidal est celui par l'iodure de potassium à dose tonique, 1 gramme par jour environ. Il traite le tubercule ramolli comme un abcès simple. Si l'on pouvait faire à ces malades une opération qui n'exigeât pas leur séjour à l'hôpital, M. Vidal en serait très partisan. Cependant il nous a dit avoir quelquefois trouvé dans l'épididyme des masses tuberculeuses, qu'il a extirpées, ne revendiquant pas pour lui la priorité de l'idée de cette manière d'agir, qui lui a été suggérée par cette phrase du Mémoire de Bérard auquel nous avons fait allusion : « Ne serait-il pas plus avantageux de prévenir cette terminaison en incisant de bonne heure les masses tuberculeuses et en les extrayant de leurs kystes comme de véritables corps étrangers ? Les plaies résultant de ces opérations ne seraient-elles pas disposées à une prompte cicatrisation et la substance du tubercule ne se trouverait-elle pas plus sûrement préservée de la désorganisation que la fonte des tubercules fait trop souvent éprouver ? » Cette méthode avait, croyons-nous, été une fois mise en usage dans un cas pareil par M. P. Bérard, aujourd'hui doyen de la Faculté, lorsqu'il faisait le service de chirurgien à l'hôpital Saint-Antoine. Z...

Nous avions signalé deux sortes de dangers dans le rapport de la commission du chloroforme. Le premier a été confirmé par le fait observé dans l'hôpital de Lyon ; le second se confirme aujourd'hui par l'accusation d'impéritie qui est dirigée contre M. Barrier, à propos de ce fait. Nous examinerons, dans notre prochain numéro, la valeur de cette accusation.

HOPITAL COCHIN. — M. Maisonneuve.

Nouveau procédé pour réduire les luxations du coude en arrière.

Obs. — *Luxation du coude en arrière, datant de six semaines. Réduction facile par un nouveau procédé.*

Pichard (François), âgé de quinze ans, demeurant rue Saint-Médard, n° 19, à Plaisance, entre à l'hôpital Cochin le 7 novembre 1848, pour une lésion grave du coude gauche, qui l'empêchait entièrement de se servir de son membre.

Le 20 septembre, dit-il, il fit une chute d'environ deux mètres de haut, et ressentit immédiatement une violente douleur dans l'articulation du coude gauche. Tout mouvement de l'avant-bras était devenu impossible. Les parents, néanmoins, ne crurent devoir réclamer les secours de l'art que quatre jours après, alors que le gonflement était fort considérable. Le chirurgien auquel il s'adressa crut à l'existence d'une fracture de l'un des condyles de l'humérus, et mit le membre dans un appareil dextriné, où il resta cinq semaines. A la levée de l'appareil, le membre, à demi étendu, restait fixe dans cette position ; toute flexion spontanée était impossible ; les pressions les plus fortes ne pouvaient le ramener à l'angle droit. C'est dans cet état que le petit malade fut rendu à ses parents. C'est aussi dans cet état qu'il vint à l'hôpital Cochin réclamer de nouveaux secours.

M. Maisonneuve reconnut promptement l'existence d'une luxation complète du coude en arrière, caractérisée par la saillie considérable de l'olécrane en arrière, — le relief du tendon du triceps dans les efforts de flexion, — la présence, sous la peau, de la cupule du radius, que l'on pouvait sentir rouler, et dans laquelle le doigt pénétrait ; — le raccourcissement de la face antérieure de l'avant-bras ; et enfin, l'impossibilité du mouvement d'extension complète et de flexion, même à l'angle droit, ce qui rendait le membre à peu près inutile au malade.

Malgré le temps considérable écoulé depuis l'accident, M. Maisonneuve, convaincu que, livré à lui-même, le petit malade était voué à une infirmité incurable, résolut de tenter la réduction.

Un lacs fut passé sous l'aisselle, un autre fixé au-dessus du poignet ; le malade fut soumis au chloroforme, puis on commença les tractions. Celles-ci furent assez énergiques, mais n'amenèrent aucun résultat.

C'est alors que, tout à coup, M. Maisonneuve, inspiré par une idée heureuse, fit enlever les lacs extenseurs et contre-extenseurs, pour les replacer d'une manière aussi rationnelle qu'ingénieuse.

1° Au lieu de passer sous l'aisselle, le lacs contre-extenseur fut fixé au bras lui-même, immédiatement au-dessous du deltoïde dont la saillie lui servait de point d'appui.

2° Au lieu d'embrasser le poignet, et par conséquent de n'agir sur le cubitus que par l'intermédiaire des articulations radio-cubitales, le lacs extenseur fut fixé directement sur l'olécrane ; les deux chefs, ramenés en avant, furent croisés sur la face antérieure de l'avant-bras, puis ramenés en arrière et croisés une seconde fois sur la face postérieure de cette partie. Ce lacs embrassait ainsi l'avant-bras dans un double cercle représentant un 8.

Tout étant ainsi disposé, les tractions commencèrent, avec douceur d'abord, puis un peu plus fort, et la luxation se trouva réduite bien avant que l'on eût porté les tractions aussi loin que la première fois.

Aucun accident ne suivit cette réduction heureuse ; il fallut seulement exercer l'articulation pendant une quinzaine de jours pour lui rendre sa souplesse, et le malade sortit parfaitement guéri le 14 décembre.

Le procédé dont nous venons de faire usage, dit M. Maisonneuve, ne me paraît ressembler à aucun de ceux que l'on emploie habituellement, et cependant il me paraît avoir sur eux de notables avantages.

Les procédés anciens ont pour base :

1° Des tractions exercées sur le poignet et sur l'aisselle ;

2° Une pression exercée sur l'olécrane par les pouces de l'opérateur.

Il en résulte :

1° Que des forces extensives, appliquées sur le radius et le poignet, ne peuvent arriver au cubitus qu'en traversant les articulations radio-carpienne ou radio-cubitale dont la résistance est insuffisante ;

2° Que les forces contre-extensives, quoique plus efficaces, perdent encore une partie de leur puissance en traversant l'articulation scapulo-humérale.

Aussi ne faut-il pas s'étonner si, sous l'influence de semblables moyens, un grand nombre de luxations anciennes du coude restent irréductibles.

Dans le procédé nouveau, le point d'appui de l'extension est à l'humérus lui-même. La saillie que forme le deltoïde lui donne un degré de fixité absolu.

Rien n'est donc perdu dans la puissance contre-extensive ; aucune articulation ne peut avoir à souffrir de l'énergie des tractions. L'action des forces extensives est mieux dirigée encore ; ces forces agissent directement sur l'os déplacé ; elles agissent par l'impulsion au lieu d'agir par traction, ce qui leur donne un immense avantage, et ce qui en empêche la moindre déperdition.

Il ne serait donc point étonnant, dit M. Maisonneuve, qu'à l'aide de ce simple procédé, il nous soit permis de réduire les luxations du coude les plus anciennes et les plus réfractaires.

Obs. — *Imperforation de l'anus. — Anus artificiel dans la région lombaire.*

Le 3 février 1849, on apporte à l'hôpital Cochin un enfant du sexe masculin, âgé de quatre jours, et qui paraissait être au huitième mois de vie intra-utérine. Cet enfant n'avait point eu depuis sa naissance d'évacuations alvines : le ventre était tendu comme un ballon ; la peau de cette région était rouge et parcourue par de nombreux vaisseaux, ce qui donnait à l'abdomen l'aspect d'une tumeur érectile. Depuis deux jours l'enfant ne prenait plus rien ; la respiration était courte : tout annonçait une mort imminente.

L'anus, bien conformé, se terminait en un cul-de-sac d'un centimètre de profondeur.

Il était urgent de procurer une issue aux matières fécales. L'existence de l'anus fit espérer à M. Maisonneuve qu'il pourrait, par cet orifice, rencontrer l'extrémité inférieure de l'intestin, ordinairement terminé en ampoule. Il fit en conséquence, et successivement, trois ponctions d'un centimètre à un centimètre et demi de profondeur sans rien rencontrer.

Il fendit ensuite l'orifice anal en avant pour pouvoir y introduire le petit doigt et explorer le fond du cul-de-sac. Cette exploration ne permit de reconnaître ni la présence de matières fécales, ni celle d'une ampoule intestinale au-dessus de l'incision.

M. Maisonneuve se décida alors à pratiquer immédiatement l'anus artificiel dans la région lombaire gauche, suivant la méthode de M. Amussat.

L'enfant étant placé sur le côté droit et maintenu par un aide, M. Maisonneuve fit immédiatement au-dessus de la crête iliaque une incision transversale longue de cinq centimètres, et commençant, en arrière, à trois centimètres de la ligne des apophyses épineuses. Cette incision comprit la peau d'abord et le tissu cellulaire, puis les muscles oblique et transverse. Alors on aperçut le rein, qui occupait tout le champ de l'incision et descendait dans la fosse iliaque. L'opération se faisait à la lumière, les tissus étaient peu distincts ; M. Maisonneuve eut d'abord quelque doute sur l'identité du rein ; il le piqua légèrement avec le ténaculum et reconnut bientôt l'organe. Il fallut décoller le péritoine en dehors, puis revenir au-devant du rein, et là seulement M. Maisonneuve put rencontrer le colon descendant, qui se présentait sous forme d'un cordon gros comme un tuyau de plume ; on ne le voyait pas, le doigt seulement reconnaissait sa présence. Malgré le défaut de distension de cet intestin, M. Maisonneuve, guidé seulement par la position et la direction qu'affectait cet organe, jugea que ce devait être le colon descendant ; il glissa une pince à griffe sur le doigt qui explorait ; il saisit le cordon par sa face postérieure, et l'amena au niveau de la plaie. On pénétra dans l'intérieur de l'organe à l'aide d'une incision en T, par laquelle s'écoulèrent une notable quantité de méconium et beaucoup de gaz. Le péritoine n'avait point été ouvert ; il était évident que l'intestin amené au dehors était le colon descendant. On le fixa aux lèvres de la plaie cutanée au moyen de trois points de suture ; puis l'enfant fut, sans autre pansement, abandonné à sa nourrice.

En considérant le peu de développement de ce malheureux enfant, qui paraissait avoir au plus huit mois de vie intra-utérine, et qui, par surcroît de malheur, était élevé au biberon, on n'avait que trop de raisons de craindre qu'il ne résistât pas à l'opération.

Le lendemain cependant, il avait pris quelque peu de lait coupé ; les évacuations alvines s'étaient bien faites ; le ventre était revenu à l'état normal ; toute cette vascularisation singulière de la peau du ventre avait disparu.

Le cinquième jour, l'enfant avait pris des forces ; la plaie commençait à se rétrécir ; mais le rein faisant un peu de saillie par la plaie, M. Maisonneuve fit deux points de suture pour hâter la cicatrisation. Cette suture cependant ne remplit qu'imparfaitement son but, en ce que les fils coupèrent, dès le surlendemain, les tissus qu'ils embrassaient.

Quatorze jours se passèrent ainsi ; l'enfant allait bien, et les parents, jugeant convenable de le reprendre avec eux, vinrent le chercher le samedi 17 février, quinze jours après l'opération.

Nous tâcherons de tenir nos lecteurs au courant des suites définitives qu'aura cette grave opération.

Théorie ou mécanisme de la migraine.

Par M. le Dr AUZIAS-TURENNE,
Professeur particulier d'anatomie et de médecine opératoire.

(*Mémoire lu à l'Institut.*)

La migraine est une douleur de tête qui résulte de la compression du nerf trijumeau, et plus particulièrement de sa branche ophthalmique, par du sang accumulé, sous l'influence de causes très diverses, dans les sinus de la base du crâne, et spécialement dans les sinus caverneux.

Cette définition précise exclut, comme étant distinctes de la migraine, des douleurs qu'on a souvent confondues avec elle, tandis qu'elle fait entrer dans l'acception du mot *migraine* d'autres douleurs qui ne sont pas bornées à un seul côté de la tête. C'est qu'en effet, contrairement au sens étymologique et usuel de ce mot, de vraies douleurs de migraine, c'est-à-dire des douleurs dépendant d'une seule et même cause (celle que je signale), et présentant les mêmes caractères, occupent tantôt une partie plus ou moins étendue et plus ou moins circonscrite de la tête, et envahissent, tantôt plus ou moins complétement, les deux côtés de la tête. Il est même de ces douleurs qui, pendant un seul accès, se généralisent et se localisent, se *latéralisent*, si je puis dire, alternativement.

Cette définition de la migraine est bonne si la théorie dont elle est l'expression elle-même l'expression des faits. Or, je ne pense pas qu'aucun fait bien constaté soit réfractaire à cette théorie. Je ne puis, dans une courte lecture, que présenter le résumé de mes recherches sous forme de propositions. Je diviserai ces propositions en deux groupes : 1° celui des faits et des raisonnements sur lesquels s'appuie la théorie que j'annonce ; 2° celui des objections qui lui ont été faites.

Premier groupe de faits ou preuves de la théorie.

1° Des trois branches du nerf trijumeau, la branche ophthalmique et ses ramifications sont le siége principal de la migraine. Or, cette branche et ses ramifications sont situées dans la paroi externe du sinus caverneux, à laquelle les unissent des adhérences vasculaires, et y sont séparées du sang renfermé dans ce sinus par une lame très mince.

2° Néanmoins, les branches maxillaires supérieure et inférieure du trijumeau sont quelquefois le siége de douleurs hémicraniques, surtout lorsqu'un mouvement de la tête en arrière tend à déplacer celles qui occupent le département de l'ophthalmique. Ce mouvement dirige le sang du sinus caverneux dans un plexus veineux que j'ai décrit sous le nom de *sus-pétro-sphénoïdal*, à cause de sa situation, et vers les extrémités antérieures des sinus pétreux supérieur et inférieur. Or, ces deux extrémités de sinus et le plexus sus-pétro-sphénoïdal sont en rapport avec le ganglion de Gasser. La compression occasionnée par le sang veineux est même parfois suffisante en portant sur la portion motrice du nerf trijumeau pour provoquer des mouvements spasmodiques de la mâchoire inférieure, et surtout le serrement involontaire de cette mâchoire contre la supérieure.

3° Des nausées et des vomissements compliquent souvent la migraine. C'est parce qu'alors il y a compression de la huitième paire de nerfs dans le golfe de la veine jugulaire interne ou le long du col. Ne sait-on pas que dans cette dernière région, les artères carotides primitive ou interne, le nerf pneumogastrique et la veine jugulaire interne sont dans la même gaîne aponévrotique, et que la veine peut se dilater considérablement? La compression du nerf pneumogastrique doit donc résulter de cette dilatation. Cela est si vrai, que c'est surtout en portant la tête en arrière pendant la migraine, que l'on provoque les envies de vomir et les vomissements, bien que ce mouvement soit propre à diminuer l'acuité des douleurs.

4° Pendant la migraine la veine frontale est développée, les yeux ou l'œil du côté malade sont rouges, comme gonflés, douloureux, larmoyants; quelquefois même la vue est trouble. Cela résulte de l'engorgement de la veine ophthalmique, qui se décharge difficilement dans l'extrémité antérieure du sinus caverneux (1), et de la compression qu'éprouvent vers le tronc du nerf les ramifications non encore dissociées de l'ophthalmique de Willis qui vont à l'œil, à la conjonctive, à la glande lacrymale et aux paupières.

5° Dans la migraine, chaque pulsation de la carotide interne correspond à un élancement de la douleur. C'est parce que la dilatation et le redressement de la carotide interne rétrécissent la cavité destinée au sang veineux dans le sinus caverneux.

6° Les hémorrhagies nasales sont souvent critiques de la migraine; or, les veines des fosses nasales, et plus particulièrement les veines sphéno-palatines, communiquent largement avec les sinus caverneux.

7° On a vu des migraines disparaître quand la menstruation s'établissait pour reparaître à l'âge critique. On comprend qu'un raptus sanguin vers le bassin, diminuant la quantité de sang que la veine cave inférieure conduit dans l'oreillette droite du cœur, laisse plus de place à celui qui vient des sinus dans cette même oreillette en suivant le canal des veines jugulaires et du tronc brachio-céphalique veineux. On comprend aussi que, quand ce raptus cesse, l'engorgement, les *varices* des sinus (qu'on me passe le mot) puissent et doivent reparaître. C'est dans un mécanisme analogue que se trouve l'explication des bons effets des lavements, des vomitifs, etc., contre la migraine. Ces moyens modèrent l'activité du sang qui chemine de bas en haut dans la veine cave inférieure, en même temps qu'ils en diminuent la quantité. Ils ont aussi fréquemment pour résultat d'améliorer l'état du tube digestif et de le placer ainsi dans des conditions bien favorables à la curation de la migraine.

8° Les hémicraniques, pendant leurs accès, sont enclins à deux actes provoqués en partie par le nerf pneumogastrique, des bâillements et des pendiculations. Eh bien! la physiologie nous démontre : 1° que les premiers de ces actes sont soumis à l'influence de la portion motrice du nerf trijumeau, et les seconds à l'influence de la portion motrice des nerfs vertébraux en rapport à leur passage par les trous de conjugaison, comme nous le dirons plus loin, avec des veines ayant elles-mêmes de larges communications avec les sinus veineux de la base du crâne; 2° qu'ils ont tous les deux pour effet l'introduction dans la poitrine d'une plus grande quantité d'air et de sang veineux. Peut-on dans ce cas méconnaître l'intervention d'un instinct salutaire dont le mécanisme s'opère sous nos yeux? J'ajouterai aux données fournies par les physiologistes quelques remarques.

D'une part, à l'intérieur du crâne, le sinus caverneux et le plexus que j'ai nommé sus-pétro-sphénoïdal communiquent largement ensemble, d'où résulte un premier réservoir assez large de sang veineux. D'une autre part, à l'extérieur du crâne, les plexus ptérygoïdien, massétérin et alvéolaire communiquent aussi largement entre eux et constituent un second réservoir de sang veineux. Ces deux réservoirs communiquent l'un avec l'autre par des veines qui traversent la fente sphénoïdale, le trou maxillaire supérieur, le trou maxillaire inférieur, le trou sphéno-épineux (c'est la veine méningée moyenne, quelquefois double, qui traverse ce dernier trou), le canal carotidien, et enfin par d'autres veines émissaires, innominées, qui passent par des trous innominés eux-mêmes. Dès que les muscles ptérygoïdiens se contractent impriment des mouvements à la mâchoire inférieure, un vide s'effectue dans le réservoir inférieur et se trouve à l'instant comblé par du sang qui vient du réservoir supérieur et par conséquent du sinus caverneux.

9° Les douleurs de migraine diminuent pendant l'inspiration; elles augmentent pendant l'expiration ou pendant qu'on retient la respiration, c'est-à-dire qu'elles diminuent pendant que le sang veineux arrive vers le cœur et augmentent dans les circonstances opposées.

10° Je sais la réserve avec laquelle il faut accepter les récits des malades, mais ces récits deviennent précieux quand ils s'accordent avec ceux des hommes de l'art. D'un côté, plusieurs malades se plaignent de ce qu'on leur fend la tête *comme avec un coin*, disent-ils. Ce sont les lieux occupés par quelques sutures et plus particulièrement par la suture sagittale qu'ils désignent comme sièges de ces sortes d'*écartements*. D'un autre côté, des médecins ont cité des cas, et j'en ai vu moi-même deux, dans lesquels on sentait une séparation des deux pariétaux au travers du cuir chevelu et du muscle occipito-frontal. D'autres médecins ont constaté, à l'autopsie de personnes qui avaient souffert de migraines, la disjonction des pièces de cette suture et de la suture pétro-occipitale (2). S'agissait-il de sutures qui n'avaient point pu se former à cause de la dilatation des sinus ou bien de bords osseux articulaires qui avaient été résorbés? J'opterais volontiers pour cette dernière explication. Mais, quoi qu'il en soit de leur explication, les faits sont eux-mêmes positifs, concluants; ma théorie basée sur l'engorgement des sinus peut seule s'en accommoder.

11° Sans entrer dans le détail des différentes positions de la tête qui allègent les douleurs de migraine, je dirai que ce sont celles qui désemplissent les sinus caverneux, tandis que les positions contraires aggravent ces mêmes douleurs. Ainsi, qu'on porte la tête en avant et la douleur sera vive; qu'on la porte en arrière, et qu'on l'y maintienne durant quelques minutes, et la douleur disparaîtra ou tout au moins diminuera. On la combattra plus efficacement encore si, en même temps qu'on porte la tête en arrière, on la dirige du côté douloureux, parce qu'alors le lobe moyen du cerveau cesse de peser sur le sinus caverneux de ce côté. En effet ce sinus, ainsi que tous les autres, se laisse comprimer : j'ai pu m'en assurer sur le cadavre en y faisant mouvoir le sang par de très légères pressions.

En portant la tête en arrière avec tout le corps, comme, par exemple, quand on s'incline sur un fauteuil, on obtient un soulagement moins prompt et moins complet que quand on l'y porte par un mouvement de bascule ou d'extension qui, de l'aveu de tous les chirurgiens, fait redouter, pendant les opérations qui se pratiquent sur le cou, l'introduction de l'air dans les veines béantes, et surtout par un mouvement combiné d'extension et de rotation. C'est un fait d'observation, et, après l'avoir constaté, j'en ai justifié le résultat par l'épreuve suivante : J'ai enlevé sur la nuque d'un cadavre tous les muscles qui recouvrent les os, et j'ai ainsi mis à découvert les trous mastoïdiens et condyliens postérieurs. Cela fait, j'ai porté la tête de ce cadavre en arrière par un mouvement de totalité du tronc; mais c'est à peine si quelques gouttes de sang se sont écoulées par les trous précités. J'ai ensuite dirigé cette tête en arrière par un mouvement d'extension, et le sang a coulé abondamment par les quatre trous; il a coulé plus abondamment encore, et jusqu'à la déplétion presque complète des sinus latéraux auxquels ces trous aboutissent, lorsqu'enfin j'ai combiné ce mouvement d'extension avec un léger mouvement de rotation.

Quelle que soit l'explication qu'on doive donner de ce phénomène, il n'en demeure pas moins établi, qu'en tenant compte soigneusement de la position, de la direction, de l'inclinaison des sinus, des communications qu'ils ont entre eux et avec les veines extérieures du crâne et de leurs variétés anatomiques, on peut arriver à la détermination précise de positions et de mouvements propres à conjurer souvent, à rendre moins intenses toujours et à faire disparaître quelquefois des accès de migraine. Il ne m'est pas arrivé de manquer de réussir, lorsque j'ai voulu indiquer aux hémicraniques une ou plusieurs positions dans lesquelles ils puissent rester durant un accès sans éprouver de vives douleurs. Il m'a maintes fois paru avantageux de leur faire faire des promenades et exécuter des mouvements saccadés, dont l'influence sur le dégorgement des sinus était manifeste. Je me contente d'indiquer ces moyens; d'autres développements m'entraîneraient hors de mon sujet actuel dans le domaine de la thérapeutique.

12° Des douleurs semblables à celles de la migraine ont été causées par un engorgement consécutif à des contusions, ou bien par la présence de boutons, de petits furoncles dans des parties voisines des ramifications du nerf ophthalmique. Une simple compression avec la pulpe d'un doigt sur l'une des ramifications crâniennes du trijumeau, l'usage d'une coiffure un peu serrée, surtout pendant les chaleurs qui dilatent les tissus, occasionnent des douleurs passagères comme les causes qui les produisent, et semblables aussi à celles de la migraine. Ignore-t-on que la simple congestion dans le coryza de la membrane pituitaire, dont les rapports avec les ramifications du trijumeau sont incontestables, est suffisante pour donner une pseudo-migraine? L'accès de cette pseudo-migraine est plus rebelle que les accès de migraine ordinaire, parce qu'on ne peut pas en enlever immédiatement la cause; mais, comme cette cause est passagère ou plutôt accidentelle, l'espèce de migraine, fort modérée d'ailleurs, qui en résulte ne se reproduit pas souvent.

13° Je me suis deux fois donné la migraine par la compression établie contre la colonne vertébrale des deux veines jugulaires internes; une autre fois, je me la suis donnée en pressant entre deux doigts une seule de ces veines. Ces migraines artificielles n'ont pu résister longtemps aux moyens gymnastiques précédemment indiqués. La migraine n'a souvent d'autre cause qu'une cravate un peu serrée. Ces faits s'expliquent d'eux-mêmes dans la théorie de la migraine considérée comme dépendant de l'engorgement des sinus.

14° Les fatigues intellectuelles, les travaux de cabinet, surtout pendant qu'on digère; les émotions vives, profondes; la respiration d'un air chargé d'acide carbonique, etc., provoquent l'apparition de la migraine. Toutes ces circonstances ne sont-elles pas cause d'accumulation dans la tête de sang veineux?

15° Les vieillards sont généralement exempts de migraine; c'est parce que chez eux les sinus de la base du crâne, et en particulier les sinus caverneux, pétreux inférieurs, circulaire et transverse de la selle turcique, et transverse de la gouttière basilaire, sont énormément développés : il en résulte que le sang ne s'y trouve jamais à l'étroit. Les parois de ces sinus sont en outre, chez les vieillards, endurcies et parfois ossifiées. Le nerf trijumeau et sa branche ophthalmique, d'ailleurs moins sensibles à cet âge, se trouvent plus efficacement protégés.

16° La migraine a de la prédilection pour le côté gauche de la tête. C'est effectivement ce côté qui est plus susceptible de manquer de débouchés pour le sang veineux; car les sinus latéral et pétreux inférieur et la veine jugulaire interne du côté droit sont souvent plus développés que les mêmes parties du côté opposé. Les trous condyliens postérieur et mastoïdien manquent souvent à gauche, ou sont moins grands qu'à droite. Il arrive fréquemment aussi que tout le sang qui coule dans le sinus longitudinal supérieur va se jeter dans le sinus latéral droit et en précipiter la circulation. D'ailleurs, la veine jugulaire interne droite est continuée en ligne presque droite par le tronc brachio-céphalique veineux et la veine cave supérieure. Il n'en est pas ainsi du côté gauche. C'est une garantie de plus en faveur de la circulation veineuse du côté droit.

Cette prédilection de la migraine pour le côté gauche n'est pas générale, puisque même il arrive quelquefois que cette maladie sévit plus contre le côté droit. Mais on sait que les différences anatomiques que je viens de signaler entre les deux côtés de la tête peuvent manquer ou bien être transposées, de façon que ce soit du côté gauche que se trouvent les conditions plus complètes de circulation veineuse.

17° Il y a dans la migraine un contraste frappant entre l'intensité de la douleur et le peu de gravité du pronostic. Ce contraste s'explique aisément dans la théorie que je donne; une compression bien faible, et conséquemment sans danger, est suffisante pour mettre en jeu la sensibilité de nerfs qui sont éminemment sensibles (1).

Deuxième groupe de faits ou objections à la théorie.

1° Les nerfs moteur oculaire commun et pathétique sont dans la paroi externe du sinus caverneux avec l'ophthalmique de Willis. Pourquoi, dans toutes les migraines, leur compression ne provoque-t-elle pas des mouvements involontaires de la part des muscles qu'ils animent? — *Réponse.* On l'a vu quelquefois, mais bien rarement, parce que la plus légère compression exercée sur un nerf sensible, suffit pour y faire naître de la douleur; tandis qu'une compression même assez forte sur un nerf moteur n'est pas suffisante pour agiter les muscles qui reçoivent leurs ramifications de ce nerf. La pression du nerf cubital ou du nerf médian fait naître des douleurs, mais non pas des spasmes, à moins que la volonté ne perde son empire. On sait que la sensibilité est involontaire, et que le mouvement de la vie animale ne l'est pas.

2° On a vu des migraines qui étaient entretenues par des dents cariées, et qui cessaient après l'avulsion de ces dents. — *Réponse.* C'est que la douleur est un élément d'irritation qui, dans l'espèce, est souvent cause de fluxions. Les douleurs, surtout celles de ce genre, provoquent en outre des insomnies, causes, à leur tour, de congestions vers la tête. Souvent du reste les douleurs qu'occasionnent les dents cariées ressemblent aux douleurs de migraine sans leur être identiques. Le diagnostic de la migraine, telle que je l'ai définie, présente quelquefois des difficultés.

3° Souvent, pendant la migraine, on éprouve des bourdonnements d'oreille, des susceptibilités ou des faiblesses d'ouïe. — *Réponse.* Cela s'explique par les rapports du ganglion de Gasser avec le plexus sus-pétro-sphénoïdal; par les rapports des nerfs auditif et facial avec le sinus pétreux inférieur et surtout par les rapports du glosso-pharyngien qui envoie des ramifications à la trompe d'Eustache, et à l'oreille moyenne avec le golfe de la veine jugulaire interne. Je dirai, en outre, 1° que la partie mastoïdienne du temporal est criblée de trous dont les uns aboutissent aux cellules mastoïdiennes, et dont les autres, en moins grand nombre, conduisent dans le sinus latéral; 2° qu'il existe, entre la face supérieure du rocher et la portion écailleuse du temporal, des trous livrant passage à des veines tributaires du même sinus; 3° que les conduits nommés aqueduc du vestibule et aqueduc du limaçon sont parcourus par deux veines aboutissant au golfe de la veine jugulaire interne ou très près du golfe de cette veine dans le sinus latéral. La circulation tympanique est donc étroitement liée à celle des sinus latéraux et de la veine jugulaire interne. Les rapports du facial avec le sinus pétreux inférieur rendraient compte aussi de contractions involontaires des muscles de la face, dont quelques auteurs ont parlé.

4° On éprouve quelquefois, durant la migraine, des douleurs dans le département du grand nerf occipital et même tout le long du col et de la première moitié du membre supérieur. — *Réponse.* De grosses veines passent par les trous de conjugaisons cervicaux, remplissent ces trous conjointement avec les nerfs cervicaux, et ont des communications avec les sinus de la base du crâne. Pourquoi leurs rapports avec les parties sensibles des nerfs vertébraux ne donneraient-ils pas la clef de phénomènes identiques à ceux qui s'expliquent sans effort par les rapports des sinus avec les parties sensibles des nerfs crâniens? Et d'ailleurs les anostomoses nerveuses ne doivent-elles compter pour rien dans l'explication de la propagation des douleurs?

5° Puisque tout le tronc du trijumeau ou au moins de l'ophthalmique est comprimé, comment se fait-il que la douleur ne se propage pas suivant toute l'étendue des ramifications du nerf comprimé? — *Réponse.* Il pourrait se faire, à la rigueur, que la compression ne portât que sur les filaments nerveux non encore isolés du tronc, qui vont se distribuer à la partie douloureuse; mais d'ailleurs des faits semblables, et tout aussi inexplicables quand il s'agit d'autres maladies, abondent dans les archives de la science. Par exemple, toute la plèvre est enflammée, et il se manifeste un seul point pleurétique. La moelle épinière est malade profondément et dans une grande étendue, et pourtant la douleur se localise dans une partie d'un membre.

6° La migraine est souvent un symptôme des difficultés de digestion. — *Réponse.* Je pense que cela a lieu dans la majorité des cas. Mais n'admet-on pas que de mauvais aliments déposés dans l'estomac, ou que de bons aliments déposés dans un estomac malade y déterminent une stimulation anormale? Il s'ensuit un travail incomplet, d'où résulte un chyle de mauvaise nature. Or le chyle se convertit en sang. Eh bien, n'est-ce point assez d'une stimulation incomplète de l'estomac et par suite des autres organes ou d'un sang de mauvaise qualité pour frapper la circulation de langueur, et si c'est vers les sinus du crâne que cette circulation languit, pour produire la migraine? Si donc les personnes qui sont sujettes aux dérangements d'estomac ne sont point toutes sujettes à la migraine, c'est parce que chacun a ses prédispositions morbides. Ce qui chez l'un peut être cause de migraine, peut être, chez l'autre, cause d'un mal différent. Je suis donc bien loin de méconnaître les relations de la migraine avec les souffrances de l'estomac. Je ne les nie pas plus que je n'ai nié les relations de la migraine avec la susceptibilité nerveuse des individus; je sais même que parfois la migraine éclate immédiatement ou presque immédiatement après l'ingestion d'aliments dans l'estomac; mais je ne voudrais pas affirmer que dans maintes circonstances la migraine et l'embarras gastrique ne fussent pas sous l'influence d'une même cause, et par conséquent sans rapport de causalité entre eux.

7° L'emploi à l'intérieur d'infusions de café ou d'autres excitants a chassé ou tout au moins conjuré des accès de migraine. — *Réponse.* C'est que ces excitants ont donné à l'estomac, et plus particulièrement aux organes circulatoires, l'activité qui leur manquait. Une congestion artérielle aurait été augmentée par eux; une congestion veineuse devait être diminuée. Les rapports des artères vertébrales, et surtout carotides avec les grands réservoirs veineux de la tête et du col, montrent au surplus combien la circulation de ces artères accélérée par les excitants doit réagir sur la circulation veineuse.

8° De bons aliments pris modérément et bien mâchés ont fait cesser des accès de migraine. — *Réponse.* C'est pour la même raison, et en outre parce que, comme je l'ai dit, les mouvements de la mâchoire inférieure produisent un vide dans le plexus veineux ptérygoïdien, vide à l'instant comblé par du sang qui vient du sinus caverneux.

9° Des narcotiques ont, dit-on, guéri des accès de migraine. — *Réponse.* Je croirais plutôt qu'ils ont dû soulager les douleurs en frappant les nerfs de stupeur. Ils ont dû agir sur l'effet sans modifier favorablement la cause, à moins qu'ils n'aient pu déplacer la congestion existante. Je n'ai, du reste, pas dit que tout engorgement des sinus était accompagné ou suivi de migraine; mais j'ai dit que la migraine est sous la dépendance de l'engorgement des sinus. Ce n'est pas nier l'existence dans les nerfs d'un certain état prédisposant qui pourrait être modifié par l'action des médicaments. Au surplus, les narcotiques donnent plus sûrement la migraine qu'ils ne l'enlèvent.

10° Il est des migraines qui passent d'un côté à l'autre du crâne ou de la partie antérieure à la partie postérieure de cette région, etc. — *Réponse.* Beaucoup d'autres espèces de douleurs sont sujettes à ces sortes de migrations, sans qu'on sache pourquoi. Ici, au contraire, les communications des sinus d'avant en arrière et d'un côté à l'autre ne laissent aucun doute sur l'explication qu'il convient de donner de la plupart des migraines erratiques. Ces migraines sont en général peu tenaces, parce que le déplacement facile du sang des sinus, quelle qu'en soit la cause, régularise la circulation veineuse intra-crânienne et en assure l'intégrité.

11° Le lendemain de la migraine on se sent mieux, et à l'abri du mal pour quelque temps. — *Réponse.* Il n'en est pas toujours ainsi; mais d'ailleurs cela s'explique par le repos forcé et salutaire auquel se sont trouvés condamnés les organes du souffrant.

CONCLUSIONS.

1° L'idée de migraine implique celle de compression très modérée d'un nerf sensible et du trijumeau en particulier.

2° Les agents de cette compression sont quelques réservoirs veineux gorgés de sang, et bien plus particulièrement les sinus caverneux (1).

3° Le traitement de la migraine doit donc avoir pour objet, A, de

---

(1) « On a vu des veines de l'extérieur de la tête se rompre dans de violentes céphalalgies. » (Bichat, *Anatomie générale*, page 176, édition de l'*Encyclopédie des Sciences médicales.*)

(2) « Dans les douleurs invétérées, les sutures s'écartent quelquefois, comme on l'a observé au crâne du savant Pascal après son décès; on a encore des exemples dans Hippocrate, Galien et d'autres auteurs. » (Palfin, *Anatomie chirurgicale*, tome I[er], p. 49.)

(1) Un anatomiste dont personne ne contestera la sévère exactitude, M. Blandin, a observé que les prétendues glandes de Pacchioni abondent dans les sinus crâniens des personnes qui ont souffert de migraines. Ces granulations sont-elles *cause* ou *effet*, ou bien sont-elles indifférentes et accidentelles? Dans la première supposition, c'est-à-dire si elles sont causes, elles doivent plonger dans l'intérieur des sinus et gêner la circulation.

(1) Il y a probablement dans certains cas une véritable congestion des troncs du trijumeau.

prévenir cette compression. Cette partie du traitement constitue la prophylaxie de la migraine. Elle emprunte à l'hygiène générale ses moyens d'actioo, B. D'en pallier les effets par des mouvements, des positions de la tête, etc. Cette partie du traitement constitue le traitement palliatif de la migraine ; elle emprunte donc à la gymnastique ses moyens d'action, C; de faire disparaître ces effets. On obtient ce résultat par le concours de moyens gymnastiques et de substauces médicamenteuses stimulantes, évacuantes et révulsives.

4° Mais dans aucun de ces trois points de vue on ne doit négliger la cause de l'accumulation du sang dans les grands réservoirs veineux de la base du crâne.

Observation d'hémorrhagie mortelle ayant eu lieu par diverses voies à la suite d'extraction de dents.

Par le Dr Lucien Papillaud,
médecin à Porto-Allègre (Brésil).

Alexandre Fragoso, jeune homme de vingt-cinq à vingt-huit ans, paraissait d'une honne constitution et avait toujours joui d'une bonne santé; la seule incommodité qu'il dit éprouver était une chaleur anormale à la région dorsale, ce qui l'obligeait à rechercher les couchers durs et froids. Ce jeune homme habitait la campagne, était marié et père de famille. Vers la fin de février 1847 il fut atteint de douleurs intenses dans toute la mâchoire inférieure, et qui de là s'irradiaient dans toute la tête. Selon le malade, elles avaient eu leur point de départ dans la deuxième grosse molaire droite, laquelle était tachée de noir à son centre et légèrement perforée. Soit par l'effet de la douleur, soit en raison d'un travail morbide occulte, ce sujet était depuis sa maladie constamment baigné d'une sueur intarissable, surtout à la tête. Après avoir essayé en vain des narcotiques à l'intérieur et à l'extérieur, ce malade vint nous demander de lui extraire sa dent. Après l'extraction la douleur cessa, et la plaie donna du sang sans interruption pendant deux jours; mais cette hémorrhagie, qui ne paraissait nullement grave, céda à des applications froides. Presque immédiatement après la cessation de l'hémorrhagie les douleurs reparurent plus fortes que jamais, et ne cédèrent à aucun des nombreux moyens qu'on employa contre elles. Le malade, qui se trouvait dans la maison du docteur Moracs, son oncle, reçut dans cette circonstance les soins les plus assidus et les plus variés, tant qu'il fut possible de soulager ses souffrances. En dernier lieu, on en vint à examiner les dents pour voir si elles ne recélaient pas quelque carie inaperçue, et le docteur Moracs crut découvrir une perforation sous-gengivale à la première grosse molaire droite au moyen d'un fil métallique qui pénétra profondément. Sur la demande du malade, et d'après l'assurance que nous donna notre confrère d'avoir trouvé une perforation, nous fîmes l'extraction de cette nouvelle dent, qui se trouva parfaitement saine.

Cette dent fut extraite huit jours après la première; elle ne présenta rien de particulier, sioon que, comme sa voisine, elle était solidement enchâssée dans l'alvéole et qu'elle fut suivie d'un petit fragment adhérent du maxillaire, chose très commune et sans importance, comme on sait. Après cette opération, le sang coula abondamment pendant huit jours en donnant les plus graves inquiétudes pour la vie du malade. Pendant l'hémorrhagie, la douleur ne se faisait pas sentir; mais, par intervalles, elle cessait pendant quelques heures, et alors les douleurs reparaissaient. Une foule de moyens hémostatiques furent mis en usage inutilement. Les irrigations froides, les cautérisations avec le nitrate d'argent et l'acide sulfurique, divers tamponnements, le seigle ergoté à l'intérieur et en topiques échouèrent complétement. On avait remarqué cependant qu'un tamponnement avec du coton chargé de colophane et de charbon en poudre avait procuré quelque répit au malade. On reprit ce moyen, et l'hémorrhagie dentaire céda enfin. Il était temps, le sujet était épuisé et ne pouvait résister longtemps. Après la suppression de l'hémorrhagie, les douleurs se faisaient sentir encore, mais faibles et à iotervalles éloignés. Cet écoulement de sang une fois tari, les forces semblèrent revenir, le hesoin de l'alimentation se faisait sentir avec énergie et la guérison paraissait certaine, quand tout à coup il se déclara une épistaxis abondante qui vint remplacer l'hémorrhagie dentaire. Nous ne sommes point au fait des moyens qui furent dirigés contre cette épistaxis; nous savons seulement qu'après plusieurs jours elle cessa et fut remplacée presque immédiatement par uue hématurie, qui à son tour dura quelques jours et ne se supprima que par le retour d'épistaxis. Ces trois dernières hémorrhagies occupèrent une quinzaine de jours; le malade était déjà exsangue et succomba trente-six heures après la réapparition de l'épistaxis, qui ne donnait plus que de la sérosité colorée. Nous apprîmes plus tard que ce jeune homme rendait quelquefois de l'urine couleur de café. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Le rédacteur fait observer avec raison que cette observation condamne sans appel ceux qui croient encore que toutes les hémorrhagies dépendent exclusivement de lésions locales. Il est bien évident, en effet, qu'on peut méconnaître, dans toutes ces hémorrhagies qui ont eu lieu sur des organes si divers, l'existence d'une cause générale prédominante, d'un véritable *molimen hemorrhagicum*. Mais précisément à cause de l'existence positive de cette cause générale, à cause aussi de l'insuffisance des renseignements recueillis sur l'état du malade antérieurement à l'extraction des dents, il ne nous paraît pas qu'il y ait des raisons suffisantes de croire que ce soit l'extraction des dents qui ait déterminé les hémorrhagies consécutives à cette extraction, à l'exception, bien entendu, de celles qui ont eu lieu par les alvéoles mêmes. Les hémorrhagies ont bien eu lieu après l'avulsion; mais il est très probable qu'elles avaient eu lieu aussi auparavant.

Chimie médicale.

Dosage de l'acide phosphorique au moyen d'une liqueur normale; par M. E. Cottereau, chimiste.

La recherche de l'acide phosphorique ou des phosphates dans les aliments, les engrais et les terres, est, ainsi qu'on le sait, de la plus grande utilité pour les physiologistes et les agronomes, depuis que l'on connaît le rôle important que jouent ces combinaisons dans le développement des animaux et des plantes. Cependant leur détermination par l'analyse chimique est restée jusqu'à ce jour enveloppée de heaucoup de lenteur et de difficultés; c'est dans le but de remédier à ces inconvénients et d'arriver à la solution prompte et facile du problème en question que M. Cottereau vient de faire connaître le procédé suivant :

« Les carbonates de potasse ou de soude transforment à la température de l'ébullition les phosphates insolubles ou phosphates de potasse ou de soude solubles, lesquels sont précipités en blanc par le nitrate d'argent, en formant un composé parfaitement défini qui contient une proportion d'acide phosphorique pour deux proportions d'oxyde d'argent (PhO5,2AgO), et qui a la propriété, dès qu'il est complétement formé, c'est-à-dire dès que les dernières portions d'acide phosphorique sont précipitées, de tomber au fond du vase où se fait l'expérience, en laissant alors surnager le liquide qui reste parfaitement clair, circonstance qui permet d'apprécier promptement et facilement le moment où l'on a versé une quantité de nitrate d'argent suffisante pour précipiter la totalité de l'acide phosphorique. »

Telles sont les réactions chimiques sur lesquelles l'auteur a basé sa méthode d'analyse, qui s'exécute ainsi que nous allons le dire en peu de mots :

Veut-on connaître la quantité d'acide phosphorique contenue dans une substance alimentaire ? on en prend un poids connu, et après avoir détruit par le feu la matière organique, on traite le résidu fixe par l'eau distillée bouillante qui enlève les parties solubles. Le nouveau résidu qui a refusé de se dissoudre, et qui renferme les phosphates insolubles, est mis à bouillir pendant un quart d'heure environ, avec quatre fois son poids de carbonate de soude pur dans huit à dix fois son volume d'eau distillée. On jette ensuite le tout sur un filtre pour séparer le résidu insoluble, et, après avoir lavé le filtre avec de l'eau distillée bouillante, ce qui du reste s'opère avec une grande rapidité, on réunit les eaux de lavage au liquide primitif, on sature l'excès de carbonate de soude par une quantité suffisante d'acide nitrique pur, et on y verse centimètre cube par centimètre cube en agitant chaque fois une dissolution d'azotate d'argent contenant 48 grammes 57 centigrammes de ce sel par litre. On s'arrête lorsque le liquide est éclairci, et chaque centimètre cube de liqueur d'argent qu'on a versé représente un centigramme d'acide phosphorique.

L'auteur recommande d'opérer la précipitation dans un petit matras d'essai que l'on a soin de tenir presque rempli de liquide; même dans une partie du col, lequel, en raison de ce qu'il est très étroit, permet de saisir avec une grande facilité le moment où la liqueur devient transparente.

Quelquefois il arrive que les substances analysées renferment des phosphates solubles, dont le départ s'effectue en même temps que les matières solubles. Un excès de chlorure de calcium qu'on ajoute à l'eau qui renferme ces dernières précipite alors ces phosphates solubles à l'état de phosphate de chaux insoluble, dont on recherche le quantum en acide phosphorique par une nouvelle expérience.

Enfin, il est bon d'ajouter que le phosphate d'argent précipité dans tous ces essais peut être recueilli et transformé lui-même, au moyen du carbonate de soude, en phosphate soluble de soude et en carbonate d'argent insoluble que l'on transforme en azotate au moyen d'acide azotique, et que l'on peut faire servir à de nouvelles analyses.

Nouvelles du choléra.

Paris continue à être préservé de l'épidémie.

— Notre correspondance d'Arras dément le bruit qu'on avait fait circuler touchant l'invasion du choléra dans cette ville.

— On nous écrit de Guines que le choléra a enlevé, dans cette commuoe et celles environnantes, une centaine de personnes. On a compté jusqu'à huit décès et six enterrements dans un seul jour. On ne connaît pas, depuis sa réapparition, de localité qui en ait autant souffert. En ce moment, on regarde l'épidémie comme ayant cessé ses ravages.

— On écrit de Constantinople, 5 février :

« Dieu merci, le choléra a disparu entièrement de tous les points de l'empire qu'il avait envahis. »

NOUVELLES.

Par décision du 19 janvier :

M. Robillard, chirurgien-major de 1re classe, désigné pour le 6e escadron du train des parcs d'artillerie, reste au 29e de ligne.

— A quelle heure commence la nuit pour les médecins? Telle est la question qui a été posée au tribunal de Hall (Belgique). Le tribunal, après avoir entendu plusieurs arbitres, a décidé que l'on devait considérer comme visites de nuit toutes les visites depuis neuf heures du soir jusqu'à six heures du matin.

— On trouve dans un excellent article de M. Baude sur les côtes de Flandre, publié dans la *Revue des Deux-Mondes*, le passage suivant, qui met dans tout son jour l'esprit de spéculation de nos voisins d'outre-Manche :

« Des cargaisons de pommes allaient partir de Gravelines pour Londres: on reçoit ordre de les ranger daos des caisses de dimensions uniformes. Sept planches et un trait de scie, quelques clous, quelques coups de marteau, voilà une caisse faite, et l'arrimage à bord devient aussi rapide que régulier. On n'aperçoit jusqu'ici rien qui ne soit à la portée des marchands de pommes du continent...... Mais l'Aoglais a commandé ses caisses à pommes de la dimension requise pour loger un mort de taille ordinaire; à peine vidées, il les passe à l'entrepreneur des inhumations; celui-ci les place, fait resservir les vieux clous, et 300/100 sont gagnés sur l'économie des familles où l'on se fait enterrer à hon marché. Toutes les provisions de la côte, ajoute M. Baude, à qui nous laissons la responsabilité de cette assertion, s'expédient aujourd'hui sous cette ingénieuse enveloppe, et chaque saison de l'aonée apporte aux consommateurs de Londres son tribut de comestibles et de caisses de morts. »

L'impresssion de l'*Annuaire Médical et Pharmaceutique* a été retardée de quelques jours par la vérification des listes générales du corps médical de France; il paraîtra positivement dans les premiers jours de mars.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 27 FEVRIER 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 24.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal parait trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois
PARIS.	24 FR. —	13 FR. —	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR. —	14 FR. —	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR. —	16 FR. —	9 FR.

OBSTÉTRIQUE.

Malformation du bassin par luxation congénitale ou accidentelle non réduite de l'un des fémurs. — Variété du bassin oblique de M. Nægélé.

PAR A. LENOIR,

Chirurgien de l'hôpital Necker.

Le bassin oblique ovalaire que le professeur Nægélé a si bien décrit, et dont la cause réside presque toujours dans la soudure complète de l'une des articulations sacro-iliaques, que cette soudure soit ou non congénitale, est, dans tous les cas, caractérisé par un défaut de symétrie entre les deux moitiés droite et gauche de la cavité pelvienne. Nous retrouvons ce même caractère dans un certain nombre de bassins dont la mauvaise conformation reconnaît pour cause la luxation congénitale ou accidentelle non réduite de l'un des fémurs; aussi croyons-nous simplifier le sujet en rapprochant l'une de l'autre des malformations qui impriment aux bassins qu'elles affectent une figure à peu près semblable, et en faisant de la première un genre distinct dont la seconde ne serait qu'une variété.

Les malformations du bassin par luxations congéniales du fémur ont été signalées depuis plusieurs années par quelques chirurgiens, au nombre desquels il faut surtout citer Dupuytren (*Leçons orales de clinique chirurgicale*); M. Vrolik (*Essai sur les effets produits dans le corps humain par la luxation congénitale et accidentelle non réduite du fémur*); et M. Sédillot (*De l'anatomie pathologique des luxations anciennes du fémur dans la fosse iliaque externe;* mémoire présenté à l'Académie des Sciences en 1835). Mais aucun accoucheur n'en a fait jusqu'ici le sujet d'une étude spéciale au point de vue des obstacles qu'un pareil vice de conformation peut opposer au travail de la parturition; et depuis la rédaction de cet article, nous n'avons trouvé que MM. Cazeaux et Jacquemier qui s'en soient occupés dans leurs Traités d'accouchement; encore se sont-ils bornés, dans le chapitre qu'ils ont consacré à ce genre de bassin vicié, à résumer le seul travail de M. Sédillot, et ont-ils passé sous silence la distinction importante que nous allons établir entre les bassins à luxation simple et double, ainsi que le rapprochement que nous faisons entre l'un de ces bassins et celui qu'on connait sous le nom d'oblique ovalaire.

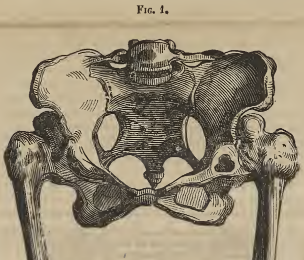
Dupuytren est le premier, à notre connaissance, qui ait parlé de la conformation que présente le bassin des individus affectés de luxations congéniales des fémurs; mais, suivant M. Gerdy (Rapport sur deux Mémoires de M. Pravaz, expériences, t. IV), il se serait gravement trompé en avançant que, « dans ces luxations, le bassin » acquiert les dimensions les plus favorables à l'exer- » cice des viscères qu'il renferme, et qu'il est aussi pro- » pre à recevoir, à conserver et à transmettre au dehors » le produit de la fécondation, que chez les personnes » le mieux conformées. » Il résulterait, au contraire, de l'étude faite par ce dernier professeur de plusieurs bassins déposés dans nos musées, que, dans tous les cas de luxations originelles du fémur, le détroit supérieur est vicié, soit en plus, soit en moins, dans ses diamètres antéro-postérieur et transverse, et que le détroit inférieur est toujours élargi dans le dernier de ces diamètres, par suite du renversement en dehors des tubérosités de l'ischion, renversement dû à l'action des muscles jumeaux, obturateurs et carré crural qui s'insèrent sur ces tubérosités, et qui les entraînent en dehors quand ils suivent les fémurs dans leurs mouvements d'ascension.

Nous ne pouvons adopter comme générale la critique que M. Gerdy fait ici de l'opinion de Dupuytren; de même que nous ne pouvons adopter cette opinion elle-même dans ce qu'elle a d'absolu; et nous croyons que, pour donner de la valeur à l'une et à l'autre, il convient de faire des bassins affectés de luxations congéniales deux catégories distinctes, dont l'une comprend ceux où existe une luxation double, et l'autre, ceux où le déplacement du fémur n'existe que d'un seul côté; car, dans les bassins de ces deux catégories tout est différent. Dans les uns, on trouve à peine des traces de déformation; dans les autres, au contraire, toujours un des côtés est le siége d'une atrophie d'où résulte une conformation spéciale.

Or, pour ce qui regarde les bassins de la première catégorie, nous nous rangeons complétement à l'opinion de Dupuytren; car nos recherches sur ce point d'anatomie pathologique, confirmées par celles de M. Pravaz, nous ont toujours montré, jusqu'ici du moins, que, dans les luxations congéniales doubles, tous les diamètres du détroit et de l'excavation du bassin affectés présentent une étendue, sinon supérieure, au moins égale à celle du bassin normal; en sorte que l'accouchement est plutôt facilité qu'entravé dans ces sortes de bassins. Si quelquefois un résultat contraire a été observé en pareil cas, il a tenu, selon nous, bien moins à un obstacle dépendant d'un rétrécissement, qu'à une obliquité utérine, ou bien à une déviation du bassin caractérisée par une trop grande inclinaison en avant et en bas du plan du détroit supérieur; déviation qui accompagne fréquemment la luxation double du fémur, comme nous le dirons en traitant de cette déviation.

Nous avons sous les yeux le bassin d'une femme adulte affectée pendant sa vie d'une luxation congéniale des deux fémurs. Nous allons, à l'appui de nos assertions, donner la mesure exacte de tous ses diamètres; et pour faciliter la comparaison, nous mettrons en regard la mesure des mêmes diamètres d'un bassin normal.

FIG. 1.



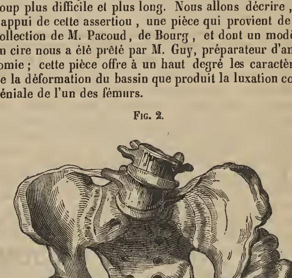
DIMENSIONS DU BASSIN AFFECTÉ D'UNE LUXATION CONGÉNIALE DOUBLE. (Fig. 1.)				DIMENSION D'UN BASSIN NORMAL.		
Grand bassin.						
Diamètre transverse mesuré du milieu	mill.	p.	l.	mill.	p.	l.
d'un iléum à l'autre.	244	9	»	271	10	»
Même diamètre mesuré d'une épine antéro-supérieure à l'autre. . . .	239	8	10	217 à 244 8 à 9 p.		
Petit bassin. — Détroit supérieur.						
Diamètre antéro-postérieur.	115	4	3	108	4	»
— transverse	135	5	»	135	5	»
— oblique.	126	4	8	122	4	6
Circonférence.	411	15	2	406	15	»
Détroit inférieur.						
Diamètre antéro-postérieur mesuré du pubis au sommet du sacrum. . . .	122	4	6	108	4	»
Diamètre transverse.	131	4	10	108	4	»
— oblique.	122	4	6	108	4	»
Base de l'arcade des pubis.	108	4	»	95	3	6
Excavation pelvienne.						
Hauteur de la paroi postérieure mesurée de la base du sacrum. . . .	119	4	5	108	4	»
Hauteur de la paroi antérieure derrière la symphyse.	45	1	8	41	1	6
Profondeur de la concavité du sacrum.	14	»	6	18	»	8

Il résulte de ces mesures que le bassin que nous venons de décrire, quoiqu'il offre une double luxation congéniale des fémurs, diffère à peine d'un bassin bien conformé, pour tout ce qui a rapport à la capacité de ses détroits et de son excavation; le seul diamètre transverse de son grand bassin est plus court de 27 millim. (1 pouce) que celui d'un bassin bien conformé, ce qui tient sans doute au redressement des iléum que la pression des têtes des fémurs a produit pendant la vie. Dans le petit bassin, tout le détroit inférieur présente un élargissement qui ne varie qu'entre 10 et 12 millim.; mais c'est là toute la différence qui existe. Parmi les nombreux bassins qu'il a décrits, M. Sédillot en cite un de femme adulte qui ne s'écarte pas davantage de l'état normal; mais nous savons qu'on en a signalé d'autres où de plus grandes différences ont été notées. M. Sédillot lui-même, en mesurant les divers diamètres de plusieurs de ses bassins, a donné des chiffres différents de ceux que nous venons d'indiquer, et il a trouvé, entre autres choses, que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur était, dans quelques-uns, plus long que le transverse; mais cet auteur n'a pas toujours été en mesure de pouvoir affirmer que les bassins affectés de luxation congéniale double qu'il a étudiés appartinssent à des hommes ou à des femmes, distinction indispensable à faire ici, puisqu'on sait que le bassin de l'homme offre normalement les dispositions indiquées plus haut. Ajoutons que, dans la pièce que nous possédons, les os ont un peu moins d'épaisseur que de coutume, et que la hauteur de sa cavité intérieure est un peu moindre que dans l'état normal; de sorte que l'aspect de ce bassin rappelle celui du bassin vicié que nous avons désigné et décrit ailleurs sous le nom de *bassin trop bas.* En résumé, cette conformation seule ne peut produire aucun obstacle sérieux à l'accouchement, et, comme le dit Dupuytren, avec raison dans ce cas particulier, « le » bassin qui la présente est aussi propre à transmettre » au dehors le produit de la conception que celui des » personnes les mieux conformées. »

Il n'en est plus tout à fait de même quand la luxation congéniale n'occupe qu'un des côtés du bassin.

Dans ce cas, il y a arrêt de développement ou atrophie plus ou moins grande de tout le côté de cette cavité qui répond au fémur luxé, et cette atrophie amène une telle déformation des deux détroits et de l'excavation, qu'on peut assurer que, si l'accouchement n'est pas toujours rendu impossible, le travail en est au moins beaucoup plus difficile et plus long. Nous allons décrire, à l'appui de cette assertion, une pièce qui provient de la collection de M. Pacoud, de Bourg, et dont un modèle en cire nous a été prêté par M. Guy, préparateur d'anatomie; cette pièce offre à un haut degré les caractères de la déformation du bassin que produit la luxation congéniale de l'un des fémurs.

FIG. 2.



Sur ce bassin, qui a appartenu à une femme adulte et qui est représenté dans la fig. 2, la luxation existait à gauche. La tête du fémur s'était creusé de ce côté une cavité nouvelle sur la face externe de l'os coxal, tout près de son bord antérieur. Cette articulation, de nouvelle formation, occupait l'espace sur lequel s'insère

habituellement le petit fessier, et répondait en bas à l'épine iliaque antérieure et inférieure, et en haut au milieu de l'échancrure qui existe entre les deux épines iliaques. Le rebord osseux de la nouvelle cavité articulaire, proéminant de 23 millim. (10 lignes) en arrière et en haut, était nul en avant, et n'offrait là d'autre partie résistante que les restes de la capsule de l'articulation ancienne. La cavité cotyloïde de celle-ci était triangulaire et diminuée de moitié en largeur et en profondeur; une déviation latérale gauche devait exister dans la région lombaire de la colonne vertébrale : en effet, les deux dernières vertèbres de cette région, qui sont restées unies à la base du sacrum, sont déjetées à gauche et en avant, et affaissées de ce côté, ainsi que la base du sacrum ; de plus, elles ont subi un léger mouvement de torsion par suite duquel l'angle sacro-vertébral, au lieu de regarder directement la symphyse du pubis, est tourné du côté droit, en regard de l'éminence iléo-pectinée de ce côté.

Le sacrum est composé de cinq pièces comme à l'ordinaire; mais la moitié gauche de sa vertèbre supérieure est moins élevée que la droite de 9 millim. (4 lignes) environ, et est aussi plus portée en avant. Du reste, les deux articulations sacro-iliaques sont à l'état normal et non ankylosées.

L'os iliaque gauche, qui supporte la nouvelle articulation, est dans toutes ses parties plus mince et plus grêle que le droit ; il a, en outre, une conformation particulière qui s'éloigne sensiblement de celle de l'os iliaque du côté opposé : c'est ainsi que sa portion supérieure (iléum) est redressée et presque verticale, au lieu d'être inclinée et comme renversée en dehors, et que sa crête iliaque présente une ondulation, très sensible lorsqu'on la regarde de face ou de profil ; c'est ainsi que sa portion ischiatique est anguleuse, relevée et dirigée plus en dehors et en avant que l'autre, de manière à venir se placer à la fois en avant, sur le même plan que la symphyse pubienne, et en dehors, immédiatement au-dessous de la crête iliaque; c'est ainsi, enfin, que sa portion pubienne est moins élevée et plus portée en dehors que celle de l'autre os. De tout cela, il résulte que l'arcade des pubis a peu de hauteur de ce côté, en même temps qu'elle est plus droite et plus directement inclinée en dehors, et que le côté gauche de cette arcade est plus large et plus court que son côté droit.

Voici la mesure exacte de ces deux côtés du bassin :

OS ILIAQUE GAUCHE.	OS ILIAQUE DROIT.			DIFFÉR.		
	mill.	p.	l.	mill.	p.	l.
1° De l'ischion à la partie la plus élevée de la crête iliaque, 185 mill. — 6 p. 10 l.	198	7	10	14	»	6
2° Du sommet de l'arcade pubienne à l'épine du même nom, 41 mill. — 18 l.	56	»	25	16	»	7
3° De l'ischion à l'éminence iléo-pectinée, 68 mill. — 2 p. 6 l.	95	3	6	27	1	»
4° de la symphyse pubienne à l'épine postérieure et supérieure de l'os des îles, 176 mill. — 6 p. 6 l.	194	»	72	18	»	8

Pour terminer tout ce qui a trait à l'atrophie du côté gauche de ce bassin, disons que le fémur de ce côté, mesuré au-dessous du petit trochanter, a une circonférence de 79 millim. (2 pouces 11 lignes) et que son diamètre transverse a 23 millim. (10 lignes), tandis que le fémur droit, mesuré à la même hauteur, présente 104 millim. (3 p. 10 lignes) de circonférence et un diamètre transverse de 38 millim. (15 lignes) ; que les éminences du premier de ces os sont moins développées que celles du second, et qu'enfin la longueur de ces deux os devait présenter une différence tout aussi grande. Mais nous ne donnons ce dernier résultat que comme une probabilité, par l'examen des deux fémurs, sciés à leur partie moyenne, que nous avons sous les yeux, ne nous permet pas une affirmation positive à cet égard.

En étudiant ce bassin en général, on trouve que l'espace compris entre le pubis et l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire a 100 millim. (6 p. 8 lig.); que celui qui existe entre la partie la plus élevée des deux crêtes iliaques, et qui mesure le diamètre transverse du grand bassin, est de 244 millim. (9 pouces), et qu'une semblable distance existe entre l'épine iliaque antéro-supérieure d'un côté et celle du côté opposé ; anomalie qui tient à ce que l'os iliaque gauche est presque droit et ne forme pas de fosse iliaque interne.

Les diamètres des détroits et de l'excavation offrent les dimensions suivantes :

AU DÉTROIT SUPÉRIEUR :

Le diamètre sacro-pubien a 108 mill. — 4 p. (Normal.)
— bis-iliaque a 135 mill. — 5 p. (Normal.)
— oblique droit a 140 mill. — 5. p. 2 l.
— oblique gauche a 108 mill. — 4 p.
— sacro-cotyloïdien droit a 79 mill. — 2 p. 11 l.
— sacro-cotyloïdien gauche a 99 mill. — 3 p. 8 l.
La circonférence de ce détroit a 433 mill. — 16 p. (Normal.)

AU DÉTROIT INFÉRIEUR :

Le diamètre sacro-pubien a 95 mill. — 3 p. 6 l.
— bis-iliaque a 90 mill. — 3 p. 4. l.
— oblique gauche a 90 mill. — 3 p. 4. l.
— oblique droit a 115 mill. — 4 p. 3 l.

Enfin, l'excavation pelvienne offre tous ses diamètres entièrement semblables, en haut, à ceux du détroit supérieur, et, en bas, à ceux du détroit inférieur. La hauteur de sa paroi antéro-latérale gauche est moins grande que celle du côté opposé de 27 millim. (1 pouce).

En résumé, on voit que le vice de conformation résulte, sur ce bassin, de l'atrophie de l'os iliaque gauche, et, qu'offrant par là quelques points d'analogie avec le bassin oblique ovalaire de M. Nægélé, il en diffère cependant sous plus d'un rapport. Ainsi, les analogies sont surtout dans la forme oblique ovalaire que présentent à la fois les deux détroits et l'excavation; mais cette forme ovale a ici une direction inverse de celle du bassin décrit par le professeur de Heidelberg. En effet, dans le bassin affecté de luxation de l'un des fémurs, la grosse extrémité de l'ovoïde répond au côté qui est atrophié; tandis que, dans le bassin vicié par ankylose de l'articulation sacro-iliaque, elle répond au côté sain; il résulte dans les deux cas de cette forme du bassin qu'un des diamètres obliques est plus court que l'autre; mais, tandis que dans le bassin de M. Nægélé le plus court correspond au côté vicié, dans celui-ci, au contraire, c'est le diamètre correspondant au côté normal qui offre le moins d'étendue.

Dans ce bassin, il n'y a pas développement incomplet de l'un des côtés du sacrum et rétrécissement de tous les trous sacrés antérieurs; mais l'aileron du sacrum qui correspond au côté luxé est déprimé et comme tassé sur lui-même dans sa partie supérieure, d'où résulte une légère déformation des premiers trous sacrés.

Dans ce bassin, comme dans le bassin oblique ovalaire, l'angle sacro-vertébral ne correspond plus directement à la symphyse pubienne; mais, au lieu de regarder l'éminence iléo-pectinée du côté malade, il regarde celle du côté sain.

Dans le bassin que nous étudions, l'os coxal qui supporte l'articulation anormale descend moins bas que celui du côté opposé, toutes ses parties sont moins développées qu'à l'état normal, tandis que dans le bassin de M. Nægélé la seule partie postérieure qui correspond aux surfaces ankylosées descend moins bas et se trouve atrophiée. Il résulte de cette différence : 1° qu'il y a un élargissement de l'arcade pubienne dans le premier de ces bassins, et au contraire un rapprochement ou rétrécissement de la même arcade dans le second; 2° que la tubérosité ischiatique du côté malade est plus élevée que celle du côté sain dans le bassin déformé par une luxation, et que toutes deux se trouvent à peu près au même niveau dans le bassin ankylosé.

Enfin l'autre moitié du bassin, celle qui répond à l'articulation saine, n'est pas non plus comme dans le bassin de M. Nægélé dans un état de bonne et régulière conformation. Sa forme est altérée, mais différemment de ce qu'elle est du côté où l'articulation est luxée; ainsi, tandis que de ce côté la demi-circonférence du détroit supérieur décrit une courbe régulière dont le rayon serait normal ou à peu près, de l'autre côté la demi-circonférence du même détroit est en arrière plus et en avant moins courbe que sur un bassin régulier; de sorte qu'en réalité c'est de ce côté que se trouve la difformité et l'obstacle à l'accouchement.

Telles sont les analogies et les différences que présentent ces deux malformations du bassin : les premières sont assez grandes pour légitimer le rapprochement que nous en avons fait; les secondes sont assez nombreuses et assez tranchées pour empêcher de les confondre l'une avec l'autre. Au reste, la difformité n'est jamais portée dans notre bassin au point où elle a été observée dans le bassin de M. Nægélé, et l'on peut dire d'une manière générale que le pronostic est moins grave dans le premier cas que dans le second.

On conçoit que, cette conformation vicieuse du bassin étant la conséquence de l'atrophie de l'un des os iliaques, et cette atrophie étant elle-même la conséquence forcée de la luxation non réduite de l'un des fémurs, on devra rencontrer cette conformation dans tous les cas de luxation non réduite d'un fémur, que cette luxation ait été la suite d'un accident traumatique ou bien qu'elle ait été la suite d'une altération organique de l'articulation coxo-fémorale ; mais on conçoit aussi que le degré de la viciation variera suivant l'âge auquel la maladie sera survenue et le temps qu'elle aura duré. Dans ce cas, toutes choses égales d'ailleurs, le vice de conformation se rapprochera d'autant plus de celui que nous avons rencontré dans le bassin affecté d'une luxation congéniale que l'accident qui l'aura produit aura eu lieu à une époque plus rapprochée de celle de la naissance. Pour cette raison, on peut prévoir que rarement les luxations traumatiques ou spontanées d'un fémur amèneront des changements aussi profonds des détroits et de l'excavation que des luxations congéniales; cependant, il existe au Musée Dupuytren le bassin d'une adulte affectée de luxation spontanée, probablement dès son enfance, qui diffère peu de celui que nous avons décrit en commençant ce chapitre.

Des altérations du membre inférieur autres que des luxations peuvent-elles produire une déformation semblable ou analogue du bassin? Une amputation de la cuisse, par exemple, pratiquée dans le jeune âge peut-elle avoir ce résultat? M. Jacquemier l'affirme, et cite Herbiniaux et madame Lachapelle comme ayant observé de pareils faits. Malgré l'autorité de noms si justement célèbres, nous doutons de l'exactitude de l'observation; la déformation que subit le bassin dans la luxation congéniale du fémur ne provient pas seulement de l'atrophie de l'os iliaque, mais encore de l'augmentation de volume et d'action de certains muscles, de l'atrophie et de l'inaction de certains autres : c'est ainsi que l'ischion est entraîné en haut et en dehors par l'action des muscles carré crural et jumeaux, qui suivent la tête du fémur dans son déplacement vers la fosse iliaque externe; or, rien de semblable ne peut avoir lieu à la suite de l'amputation de la cuisse. Au reste, nous reconnaissons que cette objection est plus théorique que pratique, car nous n'avons pu jusqu'à présent nous procurer un de ces bassins provenant d'une femme amputée dans son enfance, et nos Musées parisiens, que le hasard bien plus que la science s'est chargé jusqu'ici de pourvoir, en sont entièrement privés. Nous n'avons donc pu encore vérifier la valeur de notre critique.

Le bassin oblique ovalaire résultant d'une ankylose de l'articulation sacro-iliaque, n'a jamais été diagnostiqué sur le vivant, non-seulement avant l'accouchement, mais encore pendant le travail plus ou moins difficile auquel il a exposé les femmes qui le portaient; il n'en sera probablement pas de même du bassin vicié par suite de la luxation de l'un des fémurs; cette luxation étant toujours accompagnée d'une claudication évidente et d'une déformation de la hanche, qui est caractéristique, il suffira que celle-ci existe pour qu'on soit en droit de soupçonner l'existence de la déformation qui en est la conséquence.

M Pravaz, qui, dans son *Traité théorique et pratique des luxations congéniales du fémur*, a décrit aussi le bassin dont nous nous sommes occupé dans cette note, mais au seul point de vue de l'étude des luxations congéniales, termine en disant que la plus grave des anomalies qu'il présente est certainement la viciation de la cavité pelvienne, viciation qui, sans réduire sensiblement les principaux diamètres de cette cavité, leur imprime une direction fort éloignée de l'état normal. Cependant il pense que, dans ce cas, la nature conservatrice tend à remédier, pendant l'acte de la parturition, à ce défaut de régularité en dirigeant la tête du fœtus dans le sens le plus favorable à son expulsion. Nous ne nions pas qu'il en soit ainsi dans beaucoup de cas; toutefois, si les renseignements que nous avons recueillis sur la malade de M. Pacoud sont exacts, il est bien avéré qu'elle avait eu plusieurs grossesses, qui toutes s'étaient terminées heureusement, mais il faut ajouter, ce qui est la vérité, qu'ils ont exigé les secours de l'art; ces secours sont donc au moins quelquefois nécessaires. Quels doivent-ils être? dans quelles directions faut-il les porter? Il suffira à l'accoucheur pour résoudre ces questions d'avoir une connaissance exacte des modifications que nous avons reconnues à la forme normale de l'excavation dans les bassins affectés de luxation originelle d'un des fémurs, et la plus courte réflexion le mettra en mesure d'y parer promptement. L'importance de cette conclusion doit nous faire pardonner d'avoir traité un peu longuement ce sujet.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MOREL-LAVALLÉE.

Quoique le conseil ait été bien souvent donné d'avoir recours à un traitement antisyphilitique dans les affections de nature douteuse où plusieurs autres traitements ont été administrés en vain, et malgré la négation, de la part des malades, de tout antécédent vénérien, rien n'est moins rare que les cas qui montrent l'importance de ce précepte. C'est à ce titre surtout que l'observation suivante offre de l'intérêt.

Ulcération chronique du pharynx — Plusieurs traitements inutiles. — Proto-iodure de mercure associé à l'iodure de potassium. — Guérison très rapide.

(Observation recueillie par M. MARGERIE, élève du service.)

Marie-Esther L....., couturière, âgée de quarante ans, entre à l'hôpital, salle Sainte-Rose, n° 16, le 29 janvier 1849.

La malade qui fait le sujet de cette observation est une femme d'un tempérament sanguin. Elle a été atteinte à différentes reprises de fièvres, de maladies dites inflammatoires, et en particulier d'érysipèles. Elle assure n'avoir jamais eu de maladies syphilitiques. Toujours elle a été régulièrement réglée; seulement, chaque apparition menstruelle a toujours été, dit-elle, précédée d'une éruption qui, d'après la description de la malade, paraît être un eczéma.

Cet eczéma restait en général borné au poignet, à la face dorsale de la main et des doigts; il se manifestait deux ou trois jours avant l'écoulement des règles, et disparaissait deux ou trois jours après.

Il y a sept ans, la malade a eu un enfant. A partir de ce moment l'éruption cutanée a cessé d'avoir lieu pendant l'espace de cinq années consécutives; depuis dix-huit mois environ elle s'est manifestée de nouveau avec la même régularité, mais avec une intensité beaucoup moindre qu'auparavant.

Au mois de février dernier cette éruption a été remplacée par une douleur à la gorge, consistant en un sentiment d'âcreté continuel, en des picotements et des élancements comparables à ceux que produiraient des piqûres d'aiguille; elle augmentait sous l'influence de la fatigue, quelle qu'en fût la cause, et à l'occasion du passage des boissons et des aliments, surtout lorsque ces boissons et ces aliments possédaient des propriétés excitantes. Il s'y joignait une difficulté plus ou moins grande, suivant les moments, dans la déglutition.

Inquiétée par ces phénomènes, la malade chercha à examiner le fond de sa gorge au moyen d'une glace; elle constata dans toute l'étendue de l'arrière-bouche une rougeur et un gonflement très prononcés; sur la muqueuse ainsi enflammée s'élevaient une foule de petites vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle, nombreuses et très rapprochées les unes des autres; elles étaient remplies d'un liquide séreux et transparent.

Cette éruption, très analogue d'ailleurs à l'eczéma de la main, paraissait et disparaissait, comme ce dernier, deux ou trois jours avant, deux ou trois jours après l'époque menstruelle. Elle s'est reproduite avec la même régularité pendant la durée de trois ou quatre mois; au bout de ce temps la malade a remarqué, indépendamment des lésions que nous venons de décrire, de petites ulcérations à fond blanchâtre, entourées d'un cercle rouge, et au nombre de trois ou quatre seulement.

Dès ce moment, les accès de toux assez rares auxquels la malade était sujette sont devenus plus fréquents et plus intenses à la fois; les autres symptômes se sont plus fortement prononcés; il s'est déclaré une salivation presque continuelle et fort abondante, une grande difficulté de respirer, et enfin une impossibilité à peu près complète d'avaler les aliments et même les boissons.

La malade s'est adressée alors à un médecin (dans le courant du mois d'août); elle a suivi un traitement général dont elle ignore la nature. De temps en temps des cautérisations étaient pratiquées dans le fond de la bouche avec un crayon de nitrate d'argent. Elles produisaient un soulagement momentané; mais la marche générale n'en continuait pas moins dans un mauvais sens. Elle abandonna le traitement qu'elle suivait, et consulta sans plus de succès plusieurs autres médecins, qui lui ordonnèrent des médications dont elle ne peut indiquer la nature.

Le 29 janvier, époque de son entrée à l'hôpital, tous les phénomènes dont il a été question existaient à un degré très marqué; seulement les ulcérations n'en formaient plus qu'une seule; elle avait le diamètre d'une pièce de 1 franc; son fond était grisâtre, ses bords taillés à pic; elle avait une grande ressemblance avec les ulcères syphilitiques. Elle était située à l'entrée du pharynx, et ne pouvait être aperçue qu'à un moment déterminé, lorsque les mouvements naturels des organes de l'arrière-bouche aidaient à abaisser la langue.

Un gargarisme au sublimé a été prescrit; on a donné pour pour boisson de la tisane de la salsepareille additionnée de 1 gramme d'iodure de potassium, que l'on faisait alterner avec 5 centigrammes de proto-iodure de mercure; deux cautérisations ont été pratiquées avec un pinceau de charpie imbibée de nitrate acide de mercure, à un intervalle de huit jours.

Cette médication a été suivie d'une amélioration tellement rapide, qu'au bout d'une douzaine de jours la malade a demandé sa sortie. Elle s'est présentée ces jours derniers à l'hôpital; toute trace d'ulcération a disparu; la déglutition s'accomplit à peu près sans douleur. Il reste seulement un peu de rougeur et de salivation et quelques rares accès de toux. La malade a son appétit accoutumé.

Remarques. — Il serait difficile de trouver un fait qui montrât d'une manière plus frappante l'importance du précepte thérapeutique que nous avons émis en commençant, précepte dont l'aspect et le siége de la lésion, malgré les dénégations de la malade, rendaient d'ailleurs l'oubli assez difficile. Cependant, soit que ce précepte eût été oublié par les médecins qui avaient déjà traité la malade, soit que celle-ci n'eût pas observé rigoureusement les prescriptions qui lui avaient été faites, les symptômes s'étaient constamment aggravés jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital; on a vu avec quelle rapidité ils ont disparu une fois qu'un traitement antisyphilitique suivi a pu être institué. Quant à la manière dont ce traitement a été dirigé, M. Morel-Lavallée, sans prétendre se prononcer encore d'une manière absolue sur la supériorité de la combinaison qu'il a adoptée, dit cependant s'être bien trouvé d'administrer alternativement cinq centigrammes de proto-iodure de mercure et un gramme d'iodure de potassium.

Maintenant, est-ce bien à une affection syphilitique que l'on a eu affaire dans ce cas? Les rapports qui, d'après le dire de la malade, ont paru exister entre l'éruption de la peau et les phénomènes morbides de la gorge dénotent-ils une identité de nature entre les deux affections, et la maladie de la gorge était-elle *dartreuse*, ou bien celle de la peau syphilitique? Voilà autant de questions sur lesquelles il est impossible de se prononcer, en l'absence de renseignements précis sur les antécédents de la malade et sur les caractères positifs de l'éruption cutanée. Le prompt succès du traitement employé ne prouverait pas, en effet, péremptoirement en faveur de la syphilis, car on sait bien que les mercuriaux sont quelquefois très avantageux dans le traitement des maladies de la peau non syphilitiques. Mais, quelques suppositions que l'on fasse à cet égard, ce fait ne perd rien de son importance sous le point de vue où nous l'avons d'abord envisagé.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 février 1849. — Présidence de M. Boussingault.

M. Froberville lit une note sur les *ostro-nègres*, race de l'Afrique orientale, au sud de l'équateur. Cette race, que l'auteur divise en plusieurs groupes, dérive, selon lui, de la souche nègre, et ont surtout de l'analogie avec les races congo-guinéenne, cafro-bechuane et océanique.

— M. Dumas lit un rapport sur le Mémoire lu dans la dernière séance par M. Bernard. Nous rendrons compte de ce rapport, ainsi que de la courte discussion à laquelle il a donné lieu, dans la prochaine analyse que nous ferons du Mémoire lui-même.

Le rapport conclut à l'insertion du Mémoire de M. Bernard dans le *Recueil des Savants étrangers*. — Cette conclusion est adoptée.

— M. Powels envoie une communication qui appuie les opinions de M. Flon touchant l'influence des émanations ammoniacales comme préservatif du choléra.

— M. de Quatrefages envoie une lettre dans laquelle il annonce que ses recherches ainsi que celles de M. Blanchard lui ont démontré que les huîtres ne sont point hermaphrodites, comme on le croit généralement; mais qu'au contraire les sexes sont distincts.

— L'Académie procède à la nomination d'une commission de neuf membres pour examiner les travaux destinés au concours de médecine et de chirurgie. Sont nommés :

MM. Velpeau, Rayer, Serres, Roux, Magendie, Andral, Duméril, Flourens et Lallemand.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 14 février 1849. — Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, M. Huguier revient sur l'extirpation de la parotide, dont M. Monod a entretenu la Société dans la dernière séance. Je conserve encore des doutes, dit M. Huguier, sur la réalité de cette extirpation. La facilité avec laquelle la tumeur a pu être isolée, sa forme globuleuse, me font penser qu'il s'agissait là d'un ganglion et non pas d'un cancer de la parotide. On a objecté, il est vrai, qu'après l'ablation, on avait vu tout à nu dans la région parotidienne; mais il est une disposition anatomique dont on ne tient pas compte, et qui n'est pas assez connue, c'est qu'il existe dans cette région trois espèces de ganglions, savoir :

1° Des ganglions superficiels sous-cutanés :

2° Des ganglions un peu plus profonds, qui se trouvent entre les granulations superficielles de la glande parotide;

3° Des ganglions profonds en rapport avec la partie interne de la glande, et qui reçoivent les vaisseaux lymphatiques du voile du palais et de ses piliers. Ces derniers vaisseaux lymphatiques n'ont point été mentionnés; je les ai vus en faisant des préparations sur les vaisseaux lymphatiques de la tête; ils se trouvent, non pas dans l'épaisseur de la glande, mais entre elle et le bouquet de Riolan. Or, s'ils devenaient malades, et qu'on en pratiquât l'extirpation, on verrait à nu tous les éléments de la région, comme s'il s'agissait de la parotide elle-même. Je regrette que M. Monod ne nous ait pas fait savoir si le voile du palais était malade ou non. D'ailleurs, on a dit qu'il était resté vers la partie supérieure une portion glanduleuse; c'était probablement la parotide qui avait été refoulée par les ganglions tuméfiés.

M. Nélaton. Je ne connaissais pas les ganglions profonds dont vient de parler M. Huguier; mais pour accepter son opinion, il y a toujours une difficulté, c'est de savoir ce qu'était devenue la parotide. On aurait dû la trouver aplatie sous la peau; elle n'a été rencontrée nulle part; et les granulations qui sont restées vers la partie supérieure étaient beaucoup trop petites et trop peu nombreuses pour qu'on puisse les regarder comme formant la glande entière, même refoulée et aplatie. Je comprends les doutes de ceux qui n'ont point assisté à l'opération; mais ceux qui, comme moi, en ont été témoins n'ont pu conserver aucun doute sur l'ablation de la parotide.

M. Lenoir. J'ai fait aussi la préparation des vaisseaux lymphatiques de la tête, et je n'ai pas trouvé les ganglions profonds dont a parlé M. Huguier. J'ai vu les planches que M. Bonmy publie en ce moment; cet anatomiste n'a pas non plus rencontré ces ganglions.

M. Huguier. C'est qu'en effet ces ganglions sont difficiles à démontrer; on n'y parvient qu'en injectant les vaisseaux lymphatiques de la gorge; or, on les manque souvent; il faut y revenir à plusieurs reprises. Pour moi, je suis certain de les avoir vus.

M. Monod. Je répondrai d'abord à M. Huguier que la gorge avait été examinée et qu'elle ne présentait certainement aucune altération; il est en outre un fait important dont j'ai parlé, c'est la paralysie du nerf facial; avant l'opération, les muscles, animés par la branche inférieure de ce nerf, étaient tous paralysés; après l'opération, ceux de la branche supérieure l'étaient aussi; dans l'épaisseur de la tumeur, on a trouvé même un morceau du nerf facial. Quant à la facilité de l'opération, je dois dire qu'elle a été relative; je m'attendais à une dissection très pénible; elle l'a été moins que je ne le croyais; mais cependant ce n'est pas sans peine et sans fatigue que l'opération a pu être terminée.

— M. Denonvilliers fait voir l'articulation huméro-cubitale d'un malade auquel il a pratiqué l'amputation du bras. Ce malade avait eu une fracture de l'olécrane avec plaie; consécutivement, l'articulation s'était enflammée et avait suppuré. On voit sur la pièce plusieurs foyers purulents qui communiquaient avec la cavité articulaire; mais le fait le plus important, c'est que le foyer de la fracture était séparé du reste de la jointure par une cloison pseudo-membraneuse solide étendue de la partie antérieure du crochet olécranien à la cavité olécranienne de l'humérus.

— M. Maisonneuve. L'enfant dont j'ai parlé dans la dernière séance n'est point mort; il s'est présenté une circonstance particulière, c'est que le rein s'est engagé dans la plaie, et présente un tiers de son étendue à la surface de la plaie.

M. Guersant revient sur ce qu'il a dit dans la dernière séance à l'occasion des anus contre nature. Il a trouvé six fois le rectum en opérant par le périnée. Dans deux autres cas, il n'est point arrivé à l'intestin; mais comme dans l'un d'eux, le seul dont l'autopsie ait été faite, il a trouvé le rectum descendant jusqu'à la base du sacrum, c'est un fait de plus à ajouter aux six qui l'ont engagé à poser le précepte qu'il faut chercher toujours et longtemps par le périnée.

— M. Huguier présente un kyste de la mamelle enlevé dernièrement à une jeune femme accouchée il y a quatre ans et qui avait essayé inutilement de nourrir. Ce kyste renferme une matière semblable à du beurre et à du lait coagulé; au microscope, on a trouvé des globules de lait et des globules de colostrum. C'est donc un exemple de kyste laiteux.

M. Giraldès fait observer que ces kystes ont été décrits avec beaucoup de soin par Brodie, qui les a regardés comme formés par la distension des canaux galactophores à la suite de l'accouchement. Brodie a même dit que ces kystes s'enflammaient quelquefois et que leur fond pouvait donner naissance à des bourgeons fongueux capables de faire croire à un cancer.

— La séance est levée à cinq heures.

Surdité guérie par l'introduction dans le conduit auditif externe d'une éponge préparée.

Par M. ABEILLE,

Médecin en chef de l'hôpital de Givet (Ardennes).

Nos lecteurs n'ont peut-être pas oublié l'observation intéressante que nous avons publiée, d'après la *Lancette anglaise*, dans notre numéro du 18 janvier, non plus que la réclamation non moins intéressante dont cette observation fut l'objet de la part de M. Deleau. Notre honorable confrère, M. le docteur Abeille, nous communique l'observation suivante, relative au même sujet, et qui n'offre pas un moindre intérêt pratique.

M. Manesse, de Vireux-Valleron, à deux lieues de Givet, âgé de vingt-huit ans, fort et robuste, était affecté depuis nombre d'années d'une double otorrhée peu grave en apparence, puisque l'ouïe n'en avait été nullement altérée. Cette otorrhée, suivant le malade, remonterait à une chute faite sur la tête huit ans auparavant. Dans le courant de juin 1848, des douleurs vives se firent sentir dans l'oreille droite, s'irradiant à la région temporale et à toute la portion droite du coronal. Un médecin de son pays fut consulté. Pendant quelque temps, les douleurs devenaient de plus en plus vives, nonobstant les traitements employés, et la suppuration était fort abondante de ce côté. En juillet, ces douleurs étaient atroces; le sommeil était perdu; le malade était livré au désespoir. Il me fut adressé par un de ses parents.

Au premier examen, je pus constater un polype cellulo-vésiculaire qui obstruait le conduit auditif externe et empêchait de voir plus loin.

Je prescrivis une application de vingt sangsues autour du pavillon externe de l'oreille, et des injections émollientes pour modérer la violence des douleurs. Cette médication obtint le résultat desiré. Les douleurs, pour être continues, n'étaient plus si déchirantes.

Le polype, qui me parut être le résultat d'une altération osseuse, fut excisé au moyen de petits ciseaux courbes sur leur tranchant. Cette opération me permit de constater la destruction presque complète de la membrane du tympan. La suppuration était toujours fort abondante et répandait une odeur fétide.

J'appliquai quatre moxas à la région mastoïdienne, et fis continuer les injections émollientes et chlorurées.

Cinq jours après, les douleurs avaient repris une violence insolite pendant la nuit. En examinant le conduit auditif et l'explorant avec un stylet, je pus sentir un corps dur qui y était engagé. J'en fis l'extraction; c'était une esquille lenticulaire, mince, de deux lignes et demie de diamètre. Cet os ne me parut pas appartenir à la chaîne des osselets.

A partir de ce moment, le malade fut calme; mais la suppuration ne diminuait pas.

Pendant trois semaines, je fis pratiquer une injection tous les jours avec une solution d'azotate d'argent au 10e.

Plus tard je portai, au moyen d'une sonde percée aux deux extrémités, du nitrate d'argent en pâte dans le fond du conduit.

Ces cautérisations, très douloureuses, furent exercées huit fois en un mois, et produisirent d'assez bons résultats. La suppuration diminuait; mais l'ouïe, perdue depuis plus de trois mois de ce côté, ne revenait pas.

Pendant les deux mois suivants, je fis pratiquer tous les jours une injection avec de la solution de teinture d'iode à moitié, puis avec de la teinture sans mélange.

Ces injections ne produisirent que peu d'effet.

Enfin, le 15 décembre, cherchant à faire tarir cette suppuration, qui était encore abondante par moments, j'introduisis dans l'oreille un morceau d'éponge préparée à la cire. Ce morceau d'éponge avait bien un pouce de longueur, était taillé en pointe, et put être enfoncé en entier sans causer de douleur.

Le lendemain, M. Manesse me dit avoir un peu entendu de cette oreille.

Tous les jours un pareil morceau fut placé, et dès le troisième jour notre malade entendait fort distinctement. Le même résultat n'a cessé d'avoir lieu jusqu'à présent.

Je ne cherchais, par l'introduction de l'éponge préparée, qu'à faire cesser la suppuration que je croyais être le résultat du ramollissement de la membrane interne, puisque l'esquille osseuse qui avait causé de si vives douleurs était sortie, et que le bien-être complet du malade semblait annoncer l'arrêt dans le travail morbide des os. Avec la cessation de la suppuration, j'ai obtenu, sans m'en douter, le retour de l'ouïe.

Mais, dans ce cas, s'offre une particularité digne de remarque.

Le malade entend bien et très bien quand il a le morceau d'épon

ge dans l'oreille ; il paraît qu'il entend encore passablement pendant un certain temps quand il le retire. C'est ainsi qu'une fois, ayant cessé de le porter pendant huit à dix heures, l'ouïe ne s'est affaiblie que vers les deux dernières heures.

Hygiène.

SUR QUELQUES PROPRIÉTÉS HYGIÉNIQUES DU CHARBON ANIMAL.

La propriété désinfectante du charbon est depuis longtemps connue, généralement appréciée et mise à profit. Il n'en est pas tout à fait de même d'une propriété plus récemment découverte, celle d'enlever aux eaux les sels calcaires et même la majeure partie des matières salines qu'elles contiennent. C'est sur cette propriété, qui n'est guère moins précieuse que l'autre, que M. Mozière vient d'appeler l'attention. Cette propriété, ainsi que le reconnut M. Payen, qui la découvrit en 1822, appartient exclusivement au charbon animal.

Cette propriété, disons-nous, n'est guère moins précieuse que la propriété désinfectante ; car beaucoup d'eaux sont rendues impotables et impropres aux usages domestiques, aussi bien par l'excès de sels qu'elles contiennent que par leur mélange avec des matières putrides. Tout le monde sait même que certaines eaux qui ne sont pas tout à fait assez chargées pour être impropres aux usages culinaires et au blanchissage ont cependant un mauvais goût et sont nuisibles, et nuisent à la régularité des fonctions de la digestion. Ces derniers inconvénients existent également pour les hommes et les animaux ; et dans bien des fermes, pendant que les habitants trouvent une eau salubre dans une source voisine, il arrive que l'on est obligé de faire abreuver les bestiaux dans des réservoirs ou des mares très insalubres. Rien n'est donc plus important que d'avoir un moyen certain et peu dispendieux d'assainir toutes ces eaux. Le charbon animal paraît remplir complètement ce but. M. Girardin, de Rouen, est parvenu, en jetant quelques kilogrammes de ce charbon dans des citernes, à corriger la mauvaise saveur saline ou alcaline de l'eau qu'elles contenaient. D'après M. Mozière, il serait possible d'obtenir le même effet dans des réservoirs d'une médiocre capacité, et, dans tous les cas, il est très facile de purifier une grande quantité d'eau calcaire de ces réservoirs en la faisant passer à travers un filtre très simple que M. Mozière conseille de construire de la manière suivante :

« Un tonneau serait placé sur un de ses fonds ; on le diviserait en trois compartiments, au moyen de deux diaphragmes, parallèles au fond ; on verserait dans le compartiment supérieur de l'eau à filtrer ; le deuxième contiendrait une couche de noir animal placée entre deux couches de sable, le tout renfermé dans une étoffe de laine ; le compartiment inférieur serait destiné à l'eau filtrée, et, afin de lui faire reabsorber l'air enlevé par le charbon, on ménagerait à la partie supérieure du compartiment inférieur des ouvertures par lesquelles il y aurait un appel d'air quand l'eau du compartiment moyen viendrait à tomber sur un disque ou champignon fixé au fond inférieur du tonneau, et qui contribuerait aussi, en divisant l'eau, à lui faire reprendre l'air qu'elle doit contenir pour être potable. A la partie inférieure du compartiment supérieur, on placerait une espèce de pompe d'arrosoir qui aurait pour but d'arrêter les corps solides que l'eau pourrait contenir. Un robinet placé à la partie latérale du compartiment inférieur servirait à tirer l'eau lorsqu'on en aurait besoin.

» L'eau qui a subi une pareille filtration possède un goût agréable ; elle ne produit pas la moindre sensation pénible sur l'estomac ; elle conserve sa transparence quand on la fait bouillir ; elle cuit très bien les légumes et dissout parfaitement le savon. »

(*Journ. de Chim. médic.*, février 1849.)

Revue pharmacologique.

Note sur la cause de la prompte altération des tisanes des hôpitaux, et indication d'un nouveau moyen pour préparer celle de réglisse (dite *tisane commune des hôpitaux*).

M. Grandval, pharmacien de l'Hôtel-Dieu de Reims, vient de publier sous ce titre un petit travail dont tous ceux qui connaissent les services des hôpitaux apprécieront facilement l'utilité. Nous ajouterons seulement aux remarques de l'auteur sur les causes de l'altération des tisanes une observation dont nous avons malheureusement trop souvent constaté l'exactitude, c'est qu'une de ces causes les plus fréquentes réside dans la malpropreté des vases à tisane. Nous espérons que cette cause disparaîtra à Paris avec la nouvelle organisation de l'assistance publique. Dans tous les cas, nous ne manquerons pas de la signaler au chef de l'administration si elle se perpétue.

Cette remarque faite, nous reproduisons textuellement le travail de M. Grandval.

Il est peu de personnes fréquentant les hôpitaux qui n'aient remarqué la rapidité avec laquelle s'y altèrent la plupart des tisanes, et le goût détestable qu'elles y acquièrent souvent après quelques heures de préparation, surtout si on les observe en été après un court séjour dans les salles.

La cause de cette altération est due en partie à l'emploi de la racine de réglisse comme édulcorant. Cette racine, en effet, contient une si grande quantité d'albumine végétale que la fermentation s'y développe rapidement, à plus forte raison dans la tisane dite *commune des hôpitaux*, qui ne contient aucun autre principe.

La prompte altération des tisanes est un très grave inconvénient qui a exercé la sollicitude de beaucoup de pharmaciens des hôpitaux sans qu'on soit cependant parvenu à quelque résultat un peu satisfaisant. J'ai eu aussi le désir de faire quelques expériences dans l'espoir d'être plus heureux ; c'est ce dont je veux vous rendre juges par l'exposé de mon travail et en soumettant à votre appréciation divers produits comparatifs.

Jusqu'à présent, on n'a traité la racine de réglisse pour tisanes que par macération ou par infusion, quelquefois par ces deux modes simultanément, enfin par ébullition.

Assurément, le traitement par macération et infusion paraît être le plus rationnel ; cependant, ce n'est pas le plus avantageux sous le rapport de la conservation des tisanes. En effet, dans l'infusion, il se trouve une proportion beaucoup plus considérable d'albumine dissoute que dans la décoction, où elle a été en grande partie coagulée ; mais par la décoction la racine est moins complétement épuisée de ses principes solubles que par l'infusion ; en outre, on a dissous de l'huile âcre et un peu d'amidon.

Ces deux modes de traitement ont ainsi chacun ses inconvénients, et tous les deux sont loin de satisfaire aux conditions d'économie et de bonne conservation des produits.

Guidé par le but qu'on se propose relativement aux principes à introduire dans cette tisane, je me suis attaché à en éliminer ceux dont la présence y est inutile, et qui, au contraire, peuvent lui devenir préjudiciables.

Les seuls principes contenus dans la racine de réglisse qu'on ait en vue d'obtenir sont : la glycyrrhyzine d'abord, l'asparagine et les sels solubles ensuite ; ceux que l'on en doit séparer autant que possible sont : la fécule, l'huile résineuse âcre et l'albumine. Pour obtenir ce résultat, voici comment je procède :

Je prends de la poudre de racine de réglisse (1 kilo) passée au travers d'une toile métallique un peu grosse ; je la traite dans un appareil à lixiviation avec de l'eau à 30° ; je mets à part le premier litre de liqueur obtenue, et je continue le traitement jusqu'à parfait épuisement. Vers la fin, je fais passer à travers la poudre 1 litre 1/2 d'eau bouillante, et le traitement est terminé.

Excepté le premier litre de la liqueur obtenue, tout ce produit du traitement est employé à la préparation de la tisane commune destinée au service du matin. On porte à l'ébullition le litre de liqueur concentrée, pour en coaguler l'albumine ; on passe au blanchet et on lave les écumes avec 5 à 6 litres d'eau chaude, en ayant soin de les bien diviser à chaque lavage. Par ce traitement des écumes, on retire de 1/5 à 1/4 de la liqueur dépurée.

Le produit du lavage des écumes est employé à la préparation de la tisane commune pour le service du soir.

La liqueur dépurée est plus particulièrement employée pour sucrer les infusions et les décoctions. Elle peut se conserver plusieurs jours à la cave sans altération sensible, même en été. La même liqueur, non séparée de son albumine, est profondément altérée après vingt-quatre heures ; mais ce qui est très remarquable dans l'altération de ces deux liqueurs différentes, c'est que celle qui n'a pas été dépurée éprouve la fermentation putride, avec dégagement de gaz, tandis que celle qui a été privée de la plus grande partie de son albumine éprouve seulement la fermentation lactique sans dégagement de gaz, et se prend en une masse gélatiniforme très épaisse ; une petite quantité de glycyrrhyzine est précipitée avec de l'acide lactique et un peu d'albumine altérée.

Ce produit gélatineux, porté à l'ébullition, reprend son état de fluidité primitif, sans que sa saveur en soit à peine altérée ; l'acidité qu'a acquise la liqueur n'est guère manifeste qu'au contact des couleurs bleues végétales ; aussi, après ce traitement, peut-on l'employer encore avec avantage à la préparation des tisanes.

Sous le rapport économique, l'emploi de l'appareil à lixiviation l'emporte de beaucoup sur les autres modes. La racine, par ce traitement, est complétement épuisée de ses principes solubles, résultat qu'il est impossible d'obtenir par les autres moyens. Aussi avec une quantité donnée de racine, traitée par lixiviation, fait-on deux fois et souvent deux fois et un quart autant de tisane que lorsqu'elle est traitée par les autres procédés.

On obtient encore, à l'aide de ce nouveau procédé, deux autres avantages assez importants. Le premier consiste en une économie de temps et de soins ; en effet, cinq à six minutes suffisent pour disposer la poudre de réglisse dans un appareil à lixiviation ; le traitement se fait seul ; il suffit de remplir d'eau une fois ou deux l'appareil pour que l'opération soit terminée, et enfin on peut préparer de la liqueur forte pour plusieurs jours. L'autre avantage consiste en une économie de combustible, puisque la tisane se fait à froid.

Il résulte des observations qui précèdent :

1° Que la préparation de la tisane de réglisse par le traitement de sa poudre dans l'appareil à lixiviation donne une économie de plus de moitié sur la matière première ;

2° Que, par la séparation de l'albumine végétale du produit, la tisane est rendue beaucoup moins altérable ;

3° Que les solutions des principes solubles de la réglisse pouvant se conserver pendant plusieurs jours sans éprouver d'altération, il est facile, et surtout très avantageux pour les malades de préparer les tisanes deux fois par jour au moment des distributions du matin et du soir ;

4° Que, par cette raison, et par le mode de préparation à froid, qui est beaucoup plus expéditif que tous les autres, on obtient une grande économie de temps, de combustible et de soins.

(*Journ. de Chim. méd.*, février 1849.)

Nouveau narcotique.

On a découvert depuis peu un nouveau narcotique qui produit, lorsqu'on le fume, les mêmes phénomènes que l'opium. On l'a nommé *deiambe* ou *tabac du Congo* ; ce végétal croît dans les marécages du Congo et de Zaïra. Il en est fait un grand usage dans les colonies portugaises de l'Afrique.

(*Geneeskundige courant.* — Hollande.)

NOUVELLES.

Par arrêté du président de la République, MM. Duché (Jacques-Martin) et Person (Henri-Eulalie), chirurgiens de 1re classe de la marine, ont été admis, sur leur demande, à faire valoir leurs droits à la retraite pour ancienneté de service.

— Par décision ministérielle, les chirurgiens aides-majors de 1re classe dont les noms suivent, ont été nommés :

M. Lapeyre, du 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique, à l'hôpital militaire de Phalsbourg ;

M. Comte, du 26e de ligne, à l'hôpital militaire de Sédan ;

M. Féron, du 70e de ligne, au dépôt de 1er secours à Rocroi ;

M. Cordier, du 9e dragons, à l'hôpital militaire de Briançon ;

M. Nicolas, du 4e lanciers, au 1er d'artillerie ;

M. Delaunay, des ambulances de l'Algérie, au 3e du génie ;

M. Rey, du 53e de ligne, au 13e d'artillerie ;

M. Lantelme, du 20e léger, au 2e du génie.

— M. le docteur Trélat, représentant du peuple, en descendant de son appartement pour se rendre à Bicêtre, où ses soins étaient réclamés, a fait une chute grave. Le bras droit est fracturé en plusieurs endroits. L'état général de notre célèbre confrère est d'ailleurs satisfaisant.

— *Il Progresso di Scienze mediche e naturale* de Florence nous apprend que le palais de la *Crocetta* a été transformé, par ordre du gouvernement provisoire, en hospice de la vieillesse.

— Le même journal annonce que le professeur Ferdinand Zanetti a été nommé général de la garde nationale.

— Le docteur Huhlgu a fait paraître un mémoire sur une maladie remarquable, offrant beaucoup de ressemblance avec le crétinisme, régnant dans un petit village situé à la partie orientale de l'Angleterre. Ce village, nommé Chiselburg, compte 450 habitants, situé dans une petite vallée, bornée à l'est par des montagnes de 4,500 pieds de hauteur.

Le village voisin, placé sous les mêmes conditions, offre les mêmes phénomènes, tandis qu'un autre village voisin, mais situé sur les hauteurs, est remarquable par la florissante santé des habitants. On avait regardé comme cause du crétinisme dans certains cantons de la Suisse, l'eau qui tombait des montagnes mêlée à de la neige fondue ; cette cause ne paraît pas être applicable au village de Chiselburg.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 1er MARS 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 25.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 28 FÉVRIER 1849.

Séance de l'Académie de Médecine.

Les meilleures choses ont leurs mauvais côtés ; les meilleurs esprits ont leurs mauvais jours : c'était hier celui de M. Soubeiran. Cet honorable académicien, dont nous avons eu si souvent l'occasion de louer les rapports pour leur lucidité, leur précision, l'excellent esprit pratique qu'on y voyait régner, a surpris hier toute l'Académie par un rapport où dominaient, jusqu'à l'exagération, tous les défauts opposés aux qualités que nous venons d'énumérer.

M. Soubeiran ne s'était proposé, dans son rapport, rien moins que de résoudre à tout jamais cette importante question de physiologie :

Une substance quelconque peut-elle être absorbée à l'état d'insolubilité?

L'entreprise, quoique tant soit peu difficultueuse, n'était peut-être pas au-dessus des forces de M. Soubeiran, et l'Académie s'attendait pour le moins à trouver dans son œuvre, à défaut d'une solution complète et irrévocable, au moins de nombreux documents propres à hâter cette solution. L'Académie a été bien trompée. M. Soubeiran a fait avaler du charbon pulvérisé à trois ou quatre poules ; il les a sacrifiées ensuite ; il a cherché dans leur sang s'il y avait du charbon ; il n'y en a point trouvé. Et c'est appuyé sur ces faits qu'il s'est cru en droit de venir annoncer à l'Académie que l'absorption des substances non dissoutes était impossible, et condamner devant cette société les expériences de Oesterlen, dont il a avoué, sur l'interpellation de M. Gaultier de Claubry, ne point avoir une connaissance exacte.

A ce grave et premier tort, M. Soubeiran a ajouté celui de vouloir défendre le rapport contre des reproches d'une évidente justesse, et de chercher à soutenir une discussion à laquelle il n'était nullement préparé. L'Académie, au lieu de voter les aphorismes de M. Soubeiran, ne pouvait que renvoyer son travail à la commission ; c'est ce qu'elle a fait, en adjoignant trois nouveaux membres à la commission primitive. Nous aurons donc prochainement un nouveau rapport sur cette grave et difficile question de l'absorption, et nous attendrons ce moment pour nous mêler à la discussion. Nous ferons cependant, dès aujourd'hui, une observation que nous voyons avec regret être surtout applicable à un savant des plus distingués, à M. Bérard : c'est qu'il s'est produit, parmi les membres qui ont pris la parole, une tendance marquée à trancher les questions physiologiques par des données mécaniques et physiques qui se trouvent bien rarement applicables d'une manière rigoureuse aux phénomènes de la vie.

La doctrine contraire, un instant mise en faveur par le Collége de France, tombe chaque jour plus bas devant des observations plus rigoureuses, et il nous serait pénible de voir un esprit comme M. Bérard s'associer aux erreurs de cette doctrine, qu'il a souvent combattue avec succès.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

Service de M. le professeur LÉVY.

Considérations sur les pneumonies dites catarrhales et typhoïdes, régnant au Val-de-Grâce.

Par M. MASSELOT, chef de clinique du service.

Symptômes typhoïdes au début. — Pneumonie du sommet, puis de tout le poumon. — Symptômes physiques et caractères anatomiques spéciaux.

Gloaguen, fusilier au 23e de ligne, âgé de vingt-un ans, incorporé depuis six mois, d'une bonne constitution, ayant le système musculaire assez développé, est entré à l'hôpital le 2 janvier, le quatrième jour de l'invasion de la maladie. Au début, alternative de froid et de chaud, céphalalgie, vertiges, perte complète des forces, deux épistaxis, diarrhée, toux sèche et peu fréquente, douleur vague et obtuse dans le côté droit.

Le jour de l'entrée, le malade, après avoir été réchauffé dans son lit, présente l'état suivant : face d'un rouge sombre uniforme, décubitus dorsal, immobilité absolue, hébétude, céphalalgie, yeux excavés, prostration extrême, lipothymie lorsqu'on fait mettre le malade sur son séant; gémissements plaintifs, peau chaude et sèche, cyanosée, surtout aux extrémités; pétéchies sur les membres et le tronc; 100 pulsations assez développées, mais très molles, sans résistance ; réponses très lentes, incomplètes; langue couverte d'un enduit blanchâtre, bandelette nacrée couvrant complétement les gencives ; soif vive, météorisme, gargouillement iliaque ; toux brève, sèche et rare; pas de crachats. Du côté droit, en arrière, diminution du son dans la moitié supérieure du thorax. Expansion pulmonaire presque nulle dans la fosse sus-épineuse droite. Dans l'expiration, léger souffle bronchique ; bruits respiratoires rudes, égaux en durée, et mêlés de quelques bulles de râle sous-crépitant sec dans le reste de l'étendue de la paroi postérieure.

Le 3, une saignée de 250 grammes a été faite hier soir. Le sang est recouvert d'une pellicule grisâtre sans consistance; le caillot, de la largeur du vase, est noir et de consistance presque sirupeuse; la matière colorante est mêlée au sérum. Fibrine, 2,8. Signes fournis par la percussion et l'auscultation, les mêmes qu'hier, mais plus tranchés. 96 pulsations très petites; moins de chaleur à la peau. Sur le fond du crachoir, cinq crachats isolés diffluents, peu adhérents au vase, semblables à une solution de gomme très concentrée, laissant voir quelques bulles d'air très petites. Deux, dans le quart à peu près de leur étendue, présentent une légère teinte rouillée. Langue fissurée, couverte d'un enduit grisâtre assez épais; gargouillement iliaque, une selle depuis hier; grande prostration; anéantissement complet des forces musculaires. — Eau gommée; potion stibiée, 0,3; potion gommeuse; looch.

Le soir, 108 pulsations; chaleur de la peau plus élevée; face animée, langue humide ; ni vomissements, ni selles.

Le 4, pétéchies beaucoup plus nombreuses et plus apparentes. Face violacée; une épistaxis peu abondante. Dix selles et quatre vomissements depuis hier à trois heures. Gargouillement iliaque et météorisme; matité et souffle bronchique dans la moitié postéro-supérieure droite; quelques bulles de râle sous-crépitant fin et sec, éloignées de l'oreille et perçues avec le souffle dans l'espace interscapulaire. Dans le creux axillaire, submatité et souffle accompagné, pendant les secousses de toux seulement, de râle crépitant et sous-crépitant fin, sec et disséminé. Quelques crachats à peu près comme ceux de la veille. 104 pulsations très faibles. — Eau gommée, 3 pots; potion stibiée, 0,3 ; opium, 0,05.

Le 5, 100 pulsations très faibles. Même état. Pas de vomissements, 2 selles. — Eau gommeuse, 2 pots; potion gommeuse; tartre stibié, 0,3; opium, 0,025.

Le 6, 96 pulsations faibles; moins d'oppression. Le souffle n'existe presque plus dans l'aisselle, il persiste au sommet en arrière. Dans toute l'étendue du côté malade, postérieurement, râle sous-crépitant sec, disséminé, perçu dans l'inspiration surtout; expansion vésiculaire diminuée. Il semble qu'une partie des vésicules ne reçoit plus d'air ; le son est peu altéré ; mais en quelques points très circonscrits, on perçoit de la résistance au doigt. Crachats peu abondants formés de deux parties, l'une albumineuse, transparente, spumeuse, finement aérée, et dont les spumosités sont colorées çà et là en rouge assez vif ; l'autre, d'un blanc jaunâtre, opaque, épaisse, tachée de sang pur, et laissant voir quelques bulles d'air très petites. Pas de vomissements; une selle. — Bouillon; eau gommée, 2 pots; potion gommeuse; potion stibiée, 0,4; opium, 0,05.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Correspondance de l'Académie des Sciences. — Réveil du magnétisme. — Initiation à la science de Mesmer. — Un petit livre.

Il n'est personne au monde qui ait une correspondance aussi excentrique que l'Académie des Sciences ; dès que le plus simple mortel a l'esprit traversé par une idée baroque, il éprouve le besoin de la communiquer à un corps savant ; si encore, dans sa belle ardeur à faire progresser la science, à secourir ses semblables et à sauvegarder *ses frères*, il s'adressait tantôt à l'Académie de Carpentras et tantôt à celle de Quimper-Corentin, le mal serait moindre, car, ainsi que le dit M. de La Palisse, le fardeau partagé est moins lourd à porter ; mais, règle générale, plus l'idée est baroque, plus la communication est excentrique, et plus le malheureux auteur a besoin d'une Société en grand renom.

Ab ! s'il nous était permis de jeter un regard indiscret dans les cartons de la bibliothèque de l'Institut, que de choses, bon Dieu ! que de choses désopilantes nous rencontrerions ! ! Nous trouverions sans peine de la matière à défrayer cinquante feuilletons, sans parler *des distractions mathématiques* de M. Cauchy, qui n'étaient pas celles de l'Académie, selon la version qui nous en a été faite. Mais laissons de vains regrets, car la pâture qui nous a été offerte lundi est assez abondante pour contenter l'appétit du plus vorace feuilleton.

Il s'agit de la science de Mesmer, cette rivale de la science d'Hippocrate, et que nous croyions emportée, comme tant d'autres choses, par le flot révolutionnaire, tant était déjà loin de nous le récit merveilleux des soirées de Monte-Christo. Nous nous trompions, le silence qui enveloppait la doctrine mesmérienne s'explique tout naturellement: « Aujourd'hui, dit un de ses adeptes les plus fougueux, aujourd'hui que s'est produite une révolution nouvelle dont la marche tortueuse préoccupe tous les esprits, l'attention se trouve quelque peu détournée du magnétisme, vers lequel cependant elle fera certainement un immense retour aussitôt que seront calmées les agitations politiques » ; et, pour rappeler cette attention *quelque peu détournée*, M. Gentil lance dans le public et adresse à l'Académie des Sciences un petit livre qui, à défaut d'autres mérites, possède celui d'un titre comme on n'en voit guère. Nous le donnons comme modèle à tous les auteurs présents et futurs : « *Initiation aux mystères secrets de la théorie et de la pratique du magnétisme, rendue simple et facile quant à la pratique, simple et explicative quant aux principaux phénomènes dérivant du somnambulisme, etc.; suivie, etc., etc.* » Vient une longue énumération d'expériences et de visites faites au fameux Alexis.

En présence de cette heureuse innovation introduite dans l'intitulé d'un ouvrage, nous regrettons vivement de n'avoir aucun livre sur le chantier ; mais nous nous promettons bien, s'il nous arrivait jamais d'en commettre un, de profiter de l'exemple que nous donne M. Gentil, heureux encore si, comme lui, nous pouvions mettre le fond à la hauteur de la forme.

M. Gentil, en effet, nous initie à des mystères dont bien peu de gens ont sondé la profondeur. Qui se serait jamais douté que le triomphe du magnétisme était une conséquence directe du triomphe du socialisme? C'est ainsi que s'expliquent les résultats douteux de la science de Mesmer au milieu de la société malthusienne, qui établit en principe la nécessité de la misère comme punition de l'imprévoyance et châtiment de l'oisiveté. « Le magnétisme est une vérité-mère, s'écrie M. Gentil; il porte en lui des vérités thérapeutiques au suprême degré, et il est appelé à faire révolution à travers l'ordre des choses actuelles ; mais, pour qu'il soit praticable sympathiquement et produise des résultats généralement satisfaisants sur quiconque se trouvera conduit à réclamer son action, il faut se hâter de moraliser l'homme et de le parfaire, ce qui ne peut avoir lieu qu'en l'instruisant d'abord et en organisant tout à la fois la société de telle sorte que chaque individu y soit assuré de son pain et de son gîte. L'indispensable étant une fois assuré à chacun, il deviendra plus facile de rendre les masses meilleures et de prêcher avec fruit la pratique de la vertu.

» Que si, au contraire, les uns gémissent sous le poids de leur intolérable pauvreté, tandis que ceux qui ont ne se trouvent posséder jamais assez, chacun en ce monde cédant à l'inspiration de ses besoins réels ou factices, il est impossible que les idées et les désirs de bienfaisance que provoque la connaissance du magnétisme se traduisent dans la pratique. »

Il résulte évidemment de ce passage que les magnétiseurs sont les gens qui ont le plus d'aspirations vers la vertu et qui pratiquent le mieux la sagesse ; nous voulons bien le croire ; mais comment se fait-il que parmi toutes ces jeunes vierges qui jouissent du don de seconde vue pas une n'ait encore été couronnée rosière ou remporté le prix de vertu institué par feu Montyon? On nous répondra peut-être que dans notre société exécrable tout se fait par l'intrigue et que l'intrigue est essentiellement antipathique à la véritable vertu. Nous laissons au digne magistrat de Nanterre et aux vénérables académiciens le soin de répondre à cette objection, qui nous paraît captieuse ; car, à côté de cette belle morale digne des premiers temps du christianisme, nous nous heurtons contre un matérialisme que ne révoquerait pas l'école sceptique de Voltaire ; nous citons : « Le magnétisme prouve aujourd'hui que Dieu a pourvu à tout, parce que l'homme peut passer sur la terre une vie moins douloureuse que celle qu'il s'est faite. Toujours grand et généreux, ne bornant pas ses bontés, Dieu a mis à la disposition de l'homme tout ce qui l'entoure : santé, bonheur, peines, plaisirs, tout dépend de lui.

» Quand un homme est malade ou qu'il vient en secourir un autre, ce n'est point à Dieu qu'il doit s'adresser pour avoir la santé, c'est à lui-même ou à son semblable. »

Voile ta face, Ambroise Paré, Dieu ne guérit pas celui que tu panses ! !

Cependant, au milieu de cette espèce d'athéisme, le magnétisme possède une prière que les somnambules récitent au moment de s'endormir : « Dieu d'amour et de fraternité, disent-ils, essence lumineuse et intelligente, je te rends hommage, car c'est toi qui me pénètres et m'inspires, et c'est dans tes flots que je m'agite chaque fois que je vois radier par mes paroles ou par mes actes la lumière dont il te plaît de m'inonder. »

Toutes ces choses se disent et se pratiquent sans rire ; bien plus, la gravité ordinaire de la science ne suffit pas; dans le magnétisme, « il ne faut pas d'engouement, pas d'empressement, pas d'enthousiasme, et, quand on n'a ni engouement, ni empressement, ni enthousiasme, cela ne suffit pas, ce n'est rien encore : il faut être grave, réfléchi, silencieux, observateur, désintéressé, généreux, compatissant, charitable. »

C'est sans doute à cause de toutes ces qualités indispensables qu'on trouve si peu de magnétiseurs habiles.

Décidément, nous ne sommes pas né pour la science de Mesmer, et nous nous connaissons certains petits défauts qui nous en interdisent pour toujours l'entrée, à moins cependant que le socialisme, qui doit régénérer le monde, ne nous rende meilleur et nous en ouvre la porte, ce dont nous ne désespérons pas, tant notre époque est fertile en phénomènes bizarres et extraordinaires.

XX.

Le 6 au soir, 108 pulsations. Chaleur âcre de la peau, face cyanosée, oppression, mains violacées, bras pendants hors du lit; un peu d'anxiété et d'agitation; rêvasseries.

Le 7, 96 pulsations. Le malade est mieux qu'hier soir, et cependant la lésion du poumon droit est aussi étendue; on perçoit même, de plus, quelques bulles de râle crépitant et sous-crépitant sec sous la clavicule droite. Pas de vomissements; une selle. — Eau gommée, 3 pots; potion stibiée, 0,4; opium, 0,05.

Le 9, 84 pulsations très faibles. Mal de gorge depuis hier; pas de vomissements; deux selles. Entre la colonne vertébrale et le bord interne de l'omoplate droite, le souffle a presque entièrement disparu et le son est en partie revenu; il est remplacé par une respiration un peu rude mêlée de râle sous-crépitant sec et assez fin. Le reste comme hier. — Bouillon; eau gommée, 2 pots; potion gommeuse; potion stibiée, 0,4; opium, 0,05.

Le 10, état général, le même. Face cyanosée. Pour la première fois on entend du râle sous-crépitant sec à la partie postérieure du poumon gauche. Les crachats, semblables à ceux du 6, renferment de plus une matière blanche, opaque, striée, ayant l'apparence du vermicelle cuit. 90 pulsations très faibles; peu de chaleur à la peau; pas de vomissement; deux selles; 28 inspirations. — Bouillon; eau gommée, 3 pots; potion gommeuse; potion stibiée, 0,3; opium, 0,05.

Les 11 et 12, pas de changement dans l'état du malade, si ce n'est un peu de délire le 12 au soir et une augmentation de la cyanose. — Même prescription.

Le 13. Ce matin, 108 pulsations, 28 inspirations. Prostration extrême; le malade est comme une masse inerte. Il refuse de prendre le bouillon qu'on lui offre; amaigrissement remarquable depuis l'entrée à l'hôpital. *En arrière à droite*, on constate un souffle tubaire qui occupe la moitié externe du lobe supérieur, et ne s'accompagne, ni dans la respiration ordinaire, ni pendant la toux, d'aucun râle; on ne perçoit que du souffle pur. Au niveau de la moitié interne du même lobe, entre la colonne vertébrale et le bord interne de l'omoplate, le son est presque normal; on perçoit très bien les deux bruits respiratoires, seulement ils sont un peu rudes et mêlés de quelques bulles de râle sous-crépitant sec et fin. Dans tout le reste de l'étendue du poumon, postérieurement, on constate par places une diminution variable du son et une absence plus ou moins complète de murmures vésiculaires; ailleurs, un râle sous-crépitant sec et assez nombreux. Le même râle sous-crépitant s'entend aussi dans le poumon gauche en arrière; mais il est beaucoup moins nombreux. Crachats peu abondants offrant les caractères déjà notés. Toux peu fréquente, langue croûteuse, sèche; deux selles; pas de vomissements; un peu de météorisme. Peau sèche, aride, cyanosée, sans chaleur fébrile au tronc, fraîche aux extrémités. — Bouillon; eau gommée, 3 pots;

potion avec	vin édulcoré,	60
	potion gommeuse,	60

vésicatoire sur les fosses sus et sous-épineuses.

Les 14 et 15, pas de changement notable. — Bouillon; eau gommée, 3 pots; potion gommeuse; potion stibiée, 0,4; opium, 0,05.

Le 16, 120 pulsations imperceptibles à la radiale; 36 inspirations à l'auscultation, et à la percussion mêmes phénomènes que ceux notés le 13. Le souffle qui occupe la partie postérieure et externe du sommet droit existe toujours seul, sans accompagnement de râle crépitant ni sous-crépitant. Matité absolue au niveau du souffle; respiration presque pure dans l'espace interscapulaire. Cyanose générale; l'expectoration a presque entièrement cessé. — Bouillon; eau gommée, 3 pots; looch; potion digitale, 20 gouttes.

Le 17, mort.

Autopsie. — *Cavité thoracique.* — A l'ouverture du thorax les poumons s'affaissent très peu, notamment le poumon droit. Tous deux présentent le caractère d'un léger emphysème vésiculaire. Le tissu pulmonaire, surtout dans le poumon droit, est comme œdématié et conserve l'impression du doigt.

Poumon droit. — Il est le siége d'une vive congestion sanguine beaucoup plus prononcée en arrière qu'en avant. Ecchymoses sous-pleurales de la largeur d'une pièce de vingt-cinq centimes.

On remarque que toute la moitié externe et postérieure du lobe supérieur droit ne s'est point affaissée sur elle-même comme le tissu pulmonaire environnant, et qu'elle forme une masse saillante, mamelonnée, résistante, et très dure au toucher. Les mamelons qui révèlent parfaitement à l'extérieur la structure lobulaire des poumons, sont, les uns de couleur gris-cendré, les autres de couleur gris-rouge ou gris-rosé; ils donnent au toucher la sensation de corps durs et consistants, et résistent à la plus forte pression de la pulpe du doigt. Si l'on fait une coupe soit verticale, soit transversale, on obtient une surface lisse, très consistante, sur laquelle se reconnait encore assez bien la structure lobulaire. Cette surface présente un grand nombre de taches de 5 à 20 millimètres de diamètre, circonscrites et coupées par les cloisons interlobulaires. Parmi ces taches, celles qui touchent et avoisinent le bord postérieur et le sommet du lobe sont d'un gris blanc uniforme; celles qui s'en éloignent ont une couleur gris-rosé ou acajou-clair qui résulte du mélange en proportion variable de très petites taches blanches et rouges. Cet état du tissu pulmonaire lui donne l'apparence de l'hépatisation grise qui caractérise le troisième degré de la pneumonie franche; mais en réalité cette altération n'existe pas. En effet le tissu pulmonaire n'est point friable; il ne se laisse ni déchirer, ni pénétrer par le doigt, et il est facile de s'assurer qu'il a conservé sa consistance, sa texture celluleuse, et que dans le cas qui nous occupe ce sont les vésicules pulmonaires qui se trouvent remplies par une matière blanche, plastique, semi-concrète, que la pression et le lavage font sortir des vésicules ouvertes à la surface de la coupe.

Cette même matière se trouve également à l'état concret dans les dernières ramifications bronchiques qui se rendent aux lobules malades. Ainsi donc l'altération qui occupe à peu près la moitié postérieure et externe du lobe droit supérieur ne consiste pas dans l'inflammation, le ramollissement et l'infiltration purulente du tissu pulmonaire, mais bien dans la réplétion des vésicules et des dernières ramifications bronchiques par un produit de sécrétion. C'est cette même altération, mais beaucoup plus tranchée et plus générale, que le professeur Parise et moi avons constatée dans l'épidémie de Versailles. Tous les lobules contigus ne sont pas altérés au même degré. L'insufflation fait encore arriver l'air dans des lobules qu'à la simple inspection on croirait complétement remplis. Le toucher fait reconnaître dans la partie antérieure du lobe l'engorgement de quelques lobules. En arrière, une ligne verticale sépare d'une manière tranchée la moitié saine de la moitié malade, et l'on constate ce fait remarquable qu'une série verticale de lobules durs, saillants, dont les vésicules sont à peu près toutes remplies d'une exsudation couenneuse, est contiguë à une autre série de lobules mous, crépitants, pleins d'air, présentant tous les caractères du tissu pulmonaire à l'état normal, si on excepte une légère hypérémie. Ajoutons que dans ce lobe la congestion pulmonaire sanguine et séreuse est beaucoup moins prononcée que dans les lobes inférieurs et le poumon gauche, et qu'il ne présente nulle part de ramollissement ni de friabilité.

Dans divers points du poumon droit, on constate la présence de noyaux durs formés par des lobules isolés, remplis de la matière déjà ci-dessus indiquée et qu'il est possible de faire refluer dans les bronches. D'autres lobules ne sont que congestionnés ou ecchymosés. Tous ces lobules ont encore une résistance remarquable.

Dans quelques points, le tissu pulmonaire, fortement congestionné, infiltré de sang ou rempli par la matière puriforme, se laisse écraser sous une pression un peu forte.

On trouve sur le tiers moyen du bord postérieur du poumon droit une très légère couche molle, pseudo-membraneuse. Au sommet et au bord postérieur du lobe supérieur la plèvre est sèche et comme ratatinée.

Le poumon gauche, postérieurement dans toute sa hauteur, renferme seulement quelques lobules semblables à ceux que nous venons de décrire.

Cœur. — Les cavités droites renferment des caillots fibrineux peu consistants, qui se prolongent dans l'artère pulmonaire et ses ramifications, ainsi que dans les veines caves.

Estomac sain. — Dans l'intestin grêle, un mètre au-dessus de la valvule iléo-cœcale, se voient dispersées çà et là de petites ulcérations faites comme par un emporte-pièce, n'atteignant pas la membrane musculaire et n'ayant aucun des caractères des ulcérations de la fièvre typhoïde.

Remarques. — Il serait inutile sans doute d'insister longuement sur les caractères qui différencient la maladie dont nous venons de rapporter l'histoire de la pneumonie franche. Nous avons insisté, en commençant ce Mémoire, sur ces différences, qui portent à la fois sur les symptômes, sur la marche, sur la gravité, sur les lésions anatomiques, sur les effets thérapeutiques. Nous nous contenterons, pour le moment, de signaler de nouveau ces différences, qui ont été très tranchées dans le fait précédent, et nous passerons à l'examen d'un troisième fait qui présente la même maladie sous un aspect différent des deux précédents.

Accidents cholériformes graves au début. — Lipothymies. Pneumonie latente du lobe droit supérieur. — Guérison de la pneumonie. — Etat couenneux et travail ulcératif du vésicatoire et des piqûres de sangsues. — Hémorrhagies nasales. — Mort.

Herberet, du 10e régiment d'artillerie, âgé de vingt-quatre ans, au régiment depuis deux ans et demi, d'une constitution médiocre, à système musculaire peu développé, a été apporté à l'hôpital le 27 novembre à la suite d'accidents cholériformes graves, précédés d'une légère indisposition de trois jours. A la caserne, vomissements répétés, selles nombreuses, refroidissement de tout le corps et crampes dans les membres. Trois heures après l'entrée, le malade est dans l'état suivant : Décubitus latéral; les membres et le tronc pelotonnés, repliés sur eux-mêmes; face pâle et cyanosée; yeux excavés, entourés d'un cercle noir; voix presque éteinte, extrémités froides et violettes, chaleur du tronc à peu près normale; cependant, le malade se plaint d'être glacé. Langue violacée, humide, soif; ventre rétracté, indolent. 92 pulsations à peine perceptibles à la radiale.

Le 28, ce matin, pas de vomissement; le malade ne ressent de douleur nulle part; mais il est dans une prostration extrême, et présente une légère teinte ictérique générale.

Peau aride, chaleur normale au tronc, extrémités froides et violacées; quelques taches pétéchiales plombées sur le tronc. Langue sèche, rapeuse, soif; trois selles depuis hier soir. 70 pulsations très faibles. — Limonade gazeuse édulcorée, 2 pots. Limonade citrique. Potion gommeuse. Frictions avec flanelle chaude.

Le 29, circulation cutanée un peu ranimée; chaleur normale. 70 pulsations moins faibles. Langue humide, blanche; trois selles; pas de vomissements. — Crême de riz. Limonade gazeuse édulcorée, 2 pots. Limonade citrique. Potion opiacée, 0,05. Un quart de lavement amylacé opiacé.

Le 30 et le 1er décembre, même état; même prescription.

Le 2 et le 3, amélioration notable dans l'état général; le malade se sent mieux et demande à manger. — Soupe de pain, panade, œuf. Eau gommée, 2 pots.

Le 4, 96 pulsations; sécheresse et chaleur de la peau; langue visqueuse, sèche, safranée; soif assez vive; trois selles; pas de météorisme; ventre souple, indolent. Quelques crachats salivaires tachés par le sang qui s'échappe des gencives. L'expansion vésiculaire, normale dans le poumon gauche, semble un peu faible en arrière dans le poumon droit. Pas de râle ni de diminution sensible du son. Le malade est retombé dans la prostration. — Bouillon. Riz gommé édulcoré. Un quart de lavement amylacé opiacé. Potion gommeuse.

Les 5, 6 et 7, langue sèche, brunâtre; vomituritions, inappétance, soif; deux ou trois selles dans les vingt-quatre heures. — Mêmes prescriptions que le 4. 12 sangsues ont été appliquées à l'épigastre, 6 dans la soirée par le chirurgien de garde.

Le 8, face cyanosée avec plaques violacées sur les pommettes; larges ecchymoses autour des piqûres de sangsues; yeux éteints, prostration extrême, anéantissement des forces musculaires; narines pulvérulentes; réponses lentes, incomplètes; le malade affirme ne souffrir nulle part. Pendant la nuit, délire, agitation; le malade est sorti de son lit. Hier soir lipothymie (accident qui s'est déjà manifesté dans la soirée du 6); langue sèche, fendillée, soif vive; trois selles. 86 pulsations très faibles. De loin en loin quelques secousses de toux rare, sèche et brève.

L'auscultation et la percussion font reconnaître au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate une diminution sensible du son et l'existence d'un souffle, moins rude, moins éclatant que le souffle tubaire accompagnant les deux temps de la respiration; il semble que l'expansion vésiculaire, en grande partie effacée, est remplacée par une respiration soufflante. Pendant les secousses de la toux seulement, on perçoit quelques bulles disséminées de râle crépitant et sous-crépitant à petites bulles perçues dans les deux temps.

Ce matin, le crachoir contient quelques crachats diffluents, encore distincts, ressemblant à une solution de gomme très concentrée, plus adhérents entre eux qu'au vase. Parmi ces crachats, plusieurs présentent des filaments blancs, opaques, disposés sous forme de stries plus ou moins allongées; trois présentent, dans le cinquième environ de leur étendue, une légère teinte jaune-orangé qui les rapproche des crachats pneumoniques. — Bouillon; eau de riz édulcorée; décoction blanche; large vésicatoire sur la fosse sous-épineuse; deux quarts de lavement amylacé et laudanisé.

Le soir, trois vomissements bilieux, 96 pulsations, délire, agitation; peau sèche, aride, sans chaleur fébrile. — Potion stibiée, 0,3; opium, 0,05.

Le 9, délire la nuit, insomnie; langue visqueuse, noirâtre; soif, ventre météorisé, une selle. Diminution du son jusqu'à la base; souffle un peu plus prononcé; râle sous-crépitant plus nombreux, mais toujours sec à bulles petites. Crachats non rouillés, un peu plus nombreux, de même caractère que ceux du 8; plusieurs sont tachés ou striés de sang pur. — Bouillon; eau gommée, 2 pots; potion stibiée, 0,4; potion gommeuse, looch.

Le 10, 72 pulsations. Pas de délire. Trois selles. — Même prescription.

Le 11, le souffle bronchique et la submatité, diminués à la base, existent dans les fosses sus et sous-épineuses sans mélange de râle crépitant ni sous-crépitant, même pendant la toux. Dans l'aisselle, pendant les fortes inspirations, souffle léger, diffus, avec râle crépitant sec, rare et disséminé. Crachats formés d'une partie liquide, transparente et spumeuse, tenant en suspension de petits corps blancs, opaques, analogues à des fragments pelliculaires ou à des débris pultacés, toujours oblongs, d'une autre partie épaisse, semi-transparente, jaune ou d'un blanc jaunâtre, renfermant des stries blanches, opaques, filamenteuses, dont les plus développées présentent à peu près le diamètre et l'aspect du vermicelle cuit et un peu aplati. Aucun de ces crachats n'offre véritablement les caractères des crachats pneumoniques; quelques-uns ont une teinte jaune, d'autres sont striés ou tachés de sang à leur surface. Langue humide au centre, recouverte sur ses bords d'une exsudation blanche diphthéritique; bandelettes nacrées sur les gencives; pustules stibiées sur les piliers du voile du palais et la luette; 60 pulsations très faibles; anéantissement complet des forces. — Soupe, bouillon, pruneaux; eau gommée, 2 pots; looch; vin sucré, 125 gr.

Les 12 et 13, même état. — Même prescription.

Le 14, facies assez bon, épanoui; les forces reviennent. Depuis hier soir, disparition presque entière du souffle dans les fosses sus et sous-épineuses; il ne reste plus qu'une respiration rude, mêlée de râle sous-crépitant assez fin, peu nombreux, sec, disséminé, et bien différent du râle sous-crépitant humide de retour de la pneumonie franche. Huit crachats offrant les caractères déjà notés le 11.

Vésicatoire couenneux, entouré d'une rougeur érysipélateuse. Tuméfaction et sensibilité des ganglions de l'aisselle. — Soupe de pain et bouillon, pruneaux; eau gommée, 2 pots; vin édulcoré, 125 gr.; potion gommeuse.

Le 15, même état. Cinq crachats. Ganglions de l'aisselle très douloureux. — Même prescription, plus huit sangsues au creux axillaire.

Les 16, 17 et 18, expectoration presque nulle; bruits respiratoires bien perçus, mais rudes et égaux en durée; 48 pulsations. — Quart de portion de pain, panade, pruneaux; eau gommée, 2 pots; vin sucrée, 125 gr.

Le 20, frisson dans la nuit, insomnie, prostration, facies exprimant la langueur et l'abattement, pâleur livide de la face. Hier, le malade n'a pas touché à ses aliments. L'ulcération, depuis deux jours, a envahi les piqûres de sangsues, ainsi que le vésicatoire dont elle a déjà dépassé les bords. Répugnance pour les aliments. 56 pulsations très faibles. — Panade, pruneaux, limonade vineuse; vin sucré, 125 gr.; sulfate de quinine, 0,4; potion gommeuse.

Du 21 au 25, l'ulcération du vésicatoire et des piqûres de sangsues fait des progrès continuels, malgré la cautérisation avec le nitrate d'argent. Taches ecchymosiques sur plusieurs points du vésicatoire. Deux épistaxis légères. Gencives saignantes, recouvertes d'une exsudation blanche, pultacée. Anéantissement complet des forces. Le malade, dont la température est au-dessous de l'état normal, est comme une masse inerte sur son lit, et ne veut prendre ni aliments, ni boissons. Pouls imperceptible à la radiale. Langue sèche, brunâtre. — Même prescription que le 20, plus 4 décigram-

mes de sulfate de quinine dans 100 grammes d'infusion de café.

Le 26, langue sèche, rouge; deux vomissements dans la nuit, délire tranquille, yeux très excavés, face plombée, refroidissement général, oppression; respiration rude, sans râle ni souffle; pas de crachats depuis le 20; 80 pulsations imperceptibles à la radiale. — Même prescription.

Le 27, hier, dans l'après-midi et la soirée, hémorrhagie nasale répétée qui a nécessité le tamponnement (sang perdu, environ 250 gram.); pouls imperceptible, somnolence, faiblesse extrême, refroidissement général, saignement des gencives, ecchymoses plus nombreuses à la surface du vésicatoire; pas de réponses.

Mort dans la nuit du 27 au 28.

AUTOPSIE. — Poumons décolorés, anémiés dans leur moitié antérieure, congestionnés postérieurement. Ils sont partout crépitants, et surnagent même lorsque les parties les plus congestionnées sont divisées en fragments du volume d'une petite noix. Il n'y a nulle part de friabilité, ni de congestion bien tranchée dans la muqueuse bronchique, ni de mucus dans les bronches.

A la partie moyenne et postérieure du lobe droit supérieur, presque immédiatement sous la plèvre, se trouve une seule masse de matière tuberculeuse non ramollie, du volume d'une grosse noisette. Nulle autre part, soit dans le poumon droit, soit dans le poumon gauche, on ne rencontre de trace de tubercule.

Trois ganglions placés près de la bronche droite sont transformés en noyaux tuberculeux ayant le volume d'une noix.

Pas d'épanchement ni d'adhérence dans les plèvres.

Tissu du cœur mou, flasque, décoloré.

Les cavités gauches ne renferment pas de sang.

Le ventricule droit contient un caillot jaunâtre, peu consistant, baignant dans une petite quantité de sang noir. L'oreillette et les grosses veines ne renferment qu'une très petite quantité de sang liquide et noir.

Foie pesant, volumineux, sans congestion, de bonne consistance.

Rate consistante; 18 centimètres de longueur sur 8 de largeur.

Reins. Le gauche est beaucoup plus gros que le droit, et beaucoup plus congestionné. On distingue les deux substances à la surface de la coupe.

Tube digestif. Rien à noter dans l'estomac ni dans le gros intestin. Psorentérie bien développée dans la moitié inférieure de l'intestin grêle, d'autant plus confluente que l'on arrive plus près de la valvule iléo-cœcale. Tout l'intestin est rétracté, pâle et resserré sur lui-même. Le larynx et le pharynx ne présentent aucune trace de fausse membrane.

Cerveau. — Rien à noter ni pour la substance cérébrale, ni pour les méninges.

Le tissu cellulaire sous-dermique subjacent au vésicatoire est épaissi, dur, feutré; il est, ainsi que le derme, les muscles grand-dorsal, grand-dentelé et intercostaux, fortement congestionné et le siége de nombreuses ecchymoses.

REMARQUES. — Les médecins qui regardent encore presque toutes les maladies comme des phlegmasies locales auraient certainement trouvé, dans les deux premières observations, les lésions pulmonaires suffisantes pour expliquer l'adynamie et l'état général du malade; mais la troisième observation, rattachée aux précédentes par l'identité de symptômes généraux mieux dessinés, et d'une lésion pulmonaire beaucoup moins tranchée, me semble démontrer que ces vues théoriques, encore si généralement admises et si stériles au lit des malades, n'ont pas un fondement solide; et que, dans les deux cas précédents comme dans celui-ci, l'état général a joué peut-être le rôle le plus important. Pour s'en convaincre, il suffit de bien constater l'apparition, l'enchaînement et l'ordre de succession des phénomènes morbides. En effet, ce qui frappe tout d'abord chez notre malade, c'est une adynamie générale bien dessinée et une perturbation profonde dans presque toutes les grandes fonctions organiques, puis quelques accidents graves propres au tube digestif. Ceux-ci disparaissent bientôt, l'appétit renaît un peu, et les aliments, bien supportés, ne provoquent pas les vomissements et n'augmentent pas la diarrhée. Cependant, les caractères de langueur et d'adynamie, bien que moins prononcés, persistent. Après quelques jours d'amélioration, il survient un léger mouvement fébrile intermittent, de la sécheresse de la langue, des vomiturations, des lipothymies, de l'agitation pendant la nuit, et aucune lésion locale apparente ne rend compte de cette recrudescence de la maladie; ce n'est que le troisième jour après le retour de ces accidents qu'on constate l'existence d'une affection pulmonaire qui envahit rapidement, et de bas en haut, toute la face postérieure du poumon droit et la partie latérale du même poumon au niveau de l'aisselle. Cette affection a bien offert les phénomènes stéthoscopiques de l'hépatisation pulmonaire; mais l'absence presque complète de râle crépitant dans les points qui allaient être envahis par le souffle, l'absence du râle sous-crépitant humide de retour, la nature des crachats, la rapidité de la marche et la promptitude de la résolution rappellent les caractères de l'inflammation érysipélateuse plutôt que ceux de la pneumonie franche arrivée au deuxième degré de l'hépatisation. Cette lésion pulmonaire, en apparence très grave en raison de son étendue, s'est néanmoins guérie sans émission sanguine, et bien que le malade prît du vin sucré et une alimentation légère; peut-être même a-t-elle disparu sous l'influence de ce régime. Les symptômes de langueur et d'adynamie qui s'étaient amendés après la guérison de la lésion pulmonaire s'aggravèrent de nouveau, et les fâcheuses tendances de l'économie se révélèrent bientôt par la perte de l'appétit, par une répugnance invincible pour les aliments et même les boissons, par le travail ulcératif du vésicatoire et des piqûres de sangsues, par des ecchymoses autour et à la surface des ulcères, par des exsudations pultacées sur le vésicatoire et les gencives, par les hémorrhagies nasales et par la terminaison fatale de la maladie.

Il résulte évidemment de l'apparition de la marche et de l'ordre de succession des phénomènes morbides que les accidents développés du côté des voies digestives et respiratoires ne constituaient pas la maladie principale, et ne tenaient pas sous leur dépendance l'état général, puisque nous venons de voir cet état morbide de toute l'économie précéder, accompagner ces lésions locales, puis leur survivre, s'aggraver et causer la mort, qu'il a été impossible, ainsi que le prouve l'autopsie, de rapporter à l'altération d'un organe. En résumé, il me paraît bien établi par cette observation, que les lésions locales, loin de constituer toute la maladie, peuvent n'être qu'une de ses traductions; que, chez notre malade, il existait un état morbide de toute l'économie, antérieur aux accidents locaux, et qui leur a imprimé des caractères symptomatiques particuliers; qu'enfin, le médecin, tout en accordant aux lésions locales l'importance qu'elles méritent, doit surtout donner une grande attention à l'état général; car il fournit souvent les indications thérapeutiques les plus importantes.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 février 1849. — Présidence de M. VELPEAU.

M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE envoie un rapport de M. le docteur ROUSSEL sur la pellagre.

— M. LE MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DU COMMERCE adresse un Mémoire de M. BAYARD, de Cirey, sur l'*abaissement des cataractes par l'angle interne de l'œil.*

Le même ministre envoie un Mémoire de M. TUEFFERD sur une épidémie de fièvres typhoïdes qui a régné à Bart (Doubs).

— M. MAISONNEUVE se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

— M. PERDRIX, secrétaire de l'Association de Prévoyance, envoie plusieurs exemplaires du compte-rendu annuel des actes de cette Association.

— M. BALLY transmet les renseignements suivants qu'il a reçus de Lille:

Du 12 au 23 février, il y a eu à Lille 26 décès causés par le choléra, savoir: 13 à l'hôpital général, 9 en ville, 4 à l'hôpital militaire.

— M. WANDER-HOEVEN, professeur à l'université de Leyde, et correspondant de l'Académie, envoie les documents suivants sur le choléra.

Le choléra-morbus a régné à Leyde environ dix semaines. Le premier malade a été atteint le 1er novembre 1848, et depuis le 3 janvier, il n'y en a plus eu un seul cas. Le nombre total des malades a été de 359 sur une population de 39,189 habitants. En 1832, le nombre des cas a été de 1,087.

Presque tous les malades appartiennent à la classe pauvre, mais sans distinction de sexe ni d'âge; mais la mortalité diffère considérablement suivant l'âge. Entre dix et trente ans, les sept neuvièmes des malades ont guéri; au contraire, les malades âgés de cinquante-cinq ans ou au delà ont succombé dans la proportion de 11 sur 12.

Le nombre des morts a été relativement plus grand dans les cinq premières semaines que dans les cinq dernières; c'est pendant la troisième et la quatrième qu'il y a eu le plus de malades.

La durée de la maladie a été, en général, de peu de jours; quelquefois, de huit à neuf heures.

Lorsqu'on était appelé pendant la durée des prodrômes, on a cru remarquer qu'une petite saignée et les sudorifiques combinés avec les frictions et les fomentations sur la peau ont paru avoir des avantages réels; mais une fois la maladie bien développée, tous les moyens ont paru inutiles.

L'autopsie n'a montré presque aucune désorganisation constante. Le colon transverse était souvent rétracté, et les glandes de Peyer altérées.

— M. ROMANOWSKI, médecin à Bédouin (Vaucluse), envoie *des notes sur le choléra*, et demande un rapport.

— M. le docteur MARTIN, de Saint-Martin (Calvados), annonce qu'il a employé, avec un succès *complet*, le chlorure de plomb à l'état humide contre les verrues, les cors aux pieds, les végétations et les inflammations qui ont de la tendance à se terminer par gangrène ou par induration.

Le procédé consiste à appliquer sur le siége de la maladie une couche de sel humide, non lavé, de l'épaisseur d'un centime, et à la renouveler deux fois par jour pendant quatre ou huit jours.

— MM. HOMOLLE et QUÉVENNE envoient un Mémoire sur la digitale.

— Plusieurs Mémoires ont été envoyés pour les concours des prix de l'Académie.

— M. H. GAULTIER DE CLAUBRY lit deux rapports sur des remèdes secrets.

— M. HONORÉ lit un rapport sur un remède secret. Il s'agit d'une soie préparée sous forme de ouate, et que l'inventeur propose comme un préservatif contre le choléra. C'est, de plus, un excellent moyen pour guérir et prévenir les rhumatismes et les douleurs névralgiques.

M. HONORÉ propose de déclarer que le moyen soumis à l'examen de la commission ne doit nullement être considéré comme un préservatif du choléra, mais qu'il peut avoir les meilleurs résultats dans tous les cas où il est nécessaire de préserver la surface cutanée d'un froid humide.

M. MOREAU. Je trouve que les conclusions du rapport sont beaucoup trop favorables. M. le rapporteur sait parfaitement que les inventeurs de remèdes secrets sont toujours disposés à abuser du nom de l'Académie; qu'ils ne se font pas faute de supprimer certaines expressions des rapports pour ne conserver que celles qui leur conviennent, et de faire jouer ainsi à l'Académie un rôle indigne d'elle. C'est aussi ce qui arrive aux médecins qui ont la faiblesse d'accorder leur approbation à certaines inventions; on enlève certaines expressions et l'on dénature ainsi, pour tromper le public, les attestations que les médecins ont eu la faiblesse de donner. C'est ce qui m'est arrivé pour le racahout des Arabes. J'avais attesté qu'il pouvait constituer un aliment pour la classe pauvre dans les temps de disette, et, en supprimant quelques mots, on me fait dire que c'est un excellent aliment.

M. LE PRÉSIDENT. Il me semble que la seconde conclusion n'était pas demandée par le ministre et qu'on pourrait se contenter de voter sur la première.

La première conclusion est adoptée. La seconde est supprimée.

— M. SOUBEIRAN lit un rapport sur un Mémoire de M. Mialhe, intitulé: *Une substance peut-elle être absorbée à l'état insoluble?* L'honorable rapporteur, après s'être livré à quelques expériences sur les poules et avoir constaté qu'en donnant à ces animaux des aliments mêlés à une certaine quantité de charbon réduit en poudre impalpable et en les sacrifiant ensuite, on ne trouvait pas la moindre trace de charbon dans le sang, conclut que l'auteur du Mémoire a rendu un grand service à la thérapeutique en démontrant d'une manière plus précise ce que l'on savait déjà depuis longtemps: *Corpora non agunt, nisi soluta*, et en montrant la fausseté des expériences de Oesterlen, qui tendraient à prouver le contraire.

M. ORFILA. Je demanderai à M. le rapporteur s'il s'est borné à chercher le charbon dans le sang ou bien s'il l'a aussi cherché dans les différents organes?

M. SOUBEIRAN. Je me suis borné à chercher le charbon dans le sang des poules.

M. ORFILA. Alors j'aurai une objection grave à adresser aux expériences de M. Soubeiran, c'est que pour trouver une substance toxique, par exemple, dans le sang des animaux, alors même que cette substance existe en abondance dans tous les organes de l'économie, il faut arriver à une heure, que dis-je! à une *minute* donnée, faute de quoi le poison n'existe plus dans le sang, quoiqu'il existe partout ailleurs.

M. SOUBEIRAN. Mais je ferai remarquer à M. Orfila que, lorsque nous cherchions le charbon dans le sang des poules, le canal intestinal était gorgé de charbon; par conséquent, si l'absorption s'était faite sur ce charbon, elle aurait eu lieu constamment, et nous aurions trouvé le charbon dans le sang à quelque moment que nous eussions examiné ce liquide.

M. ORFILA. La réponse de M. Soubeiran, je regrette de le lui dire, n'en est pas une, car c'est précisément à des cas dans lesquels le tube intestinal est gorgé de poison que j'ai fait allusion; car dans ces cas-là même on ne trouve le poison dans le sang qu'à un certain moment donné et toujours très court. Je ne veux cependant pas combattre l'opinion de M. le rapporteur, que je crois vraie; mais je dis qu'on ne peut tirer aucune conclusion rigoureuse de ses expériences.

M. PIORRY. Il ne faut pas confondre l'absorption avec la pénétration. Les substances non solubles ne peuvent pas être absorbées par des surfaces normales; mais elles peuvent pénétrer à travers des surfaces dénudées, ramollies, etc. C'est ainsi que le pus peut pénétrer par la surface des plaies et infecter l'économie.

M. BÉRARD. Pour qu'une substance pût être absorbée à l'état solide, il faudrait qu'il y eût des orifices béants aux surfaces dermoïdes; or, ces orifices qu'on a autrefois décrits sont imaginaires; les vaisseaux sont bien fermés de toutes parts: donc une telle absorption est impossible. Il n'y a dans les parois des vaisseaux que des porosités, et par conséquent les liquides seuls peuvent passer dans le torrent circulatoire.

M. H. GAULTIER DE CLAUBRY. Sans vouloir étendre la question en dehors du cadre même où l'a renfermée l'honorable rapporteur, je me demande seulement si les expériences qu'il a faites sont bien suffisantes pour autoriser les conclusions qu'il a formulées. M. Soubeiran a condamné les expériences de Oesterlen. Mais d'abord a-t-il une connaissance exacte, complète de ces expériences, ou bien ne les connaît-il que par l'extrait qui en a été fait dans le Bulletin? Ensuite, M. Soubeiran s'est-il placé exactement dans les mêmes conditions que l'expérimentateur allemand? dans quel état était le charbon qu'il a administré? etc.

M. SOUBEIRAN. Je ne connais point en détail les expériences de Oesterlen; mais je crois que lorsqu'un observateur dit, comme le fait Oesterlen, qu'il a trouvé dans le torrent circulatoire un grain de charbon de *cinq centièmes* de millimètre de diamètre, on peut être certain que ses observations ne méritent aucune confiance. (*De toutes parts:* Oh! oh! c'est un peu exagéré.) — Quant au charbon que nous avons employé, il était réduit en poudre impalpable, et mélangé aux aliments des poules.

M. H. GAULTIER DE CLAUBRY. Ces détails me paraissent parfaitement insuffisants pour édifier l'Académie sur la valeur des expériences de M. le rapporteur; et quant à celles de Oesterlen, je persiste à croire qu'il n'est pas rationnel de les condamner sans même en avoir lu la relation exacte. (*Plusieurs membres:* Il faut renvoyer le travail à la commission.)

M. P. DUBOIS parle en faveur du renvoi à la commission.

M. LE PRÉSIDENT. Il me semble évident que la grande ma-

jorité de cette assemblée n'a pas été convaincue par les expériences de M. le rapporteur; je dois, en conséquence, mettre aux voix le renvoi à la commission.

Ce renvoi est prononcé à la presque unanimité.

M. LE PRÉSIDENT. Je prierai MM. Gaultier de Claubry, Orfila et Bérard de vouloir bien s'adjoindre à la commission.

— M. le docteur THOMAS est admis à lire un long travail sur la fièvre jaune. Ce travail ne pourrait être analysé dans un simple compte-rendu.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Nouvelles du choléra.

On nous écrit de Rouen, à la date du 27 février :

« Le choléra est à Rouen. Quatre cas ont été bien constatés, et trois ont déjà amené la mort ; le quatrième malade n'est pas encore sans danger. La commission sanitaire a sur-le-champ organisé huit bureaux de prévoyance. »

— On nous écrit de Vienne (Autriche) à la date du 21 février :

« Le choléra semble nous avoir quittés, car depuis quelques jours il n'y a plus aucun cas nouveau. »

Nouvelles considérations pratiques sur l'ophthalmie de l'armée.

PAR M. F. HAIRION,

médecin militaire dirigeant l'Institut ophthalmique de Louvain.

Les nombreux efforts de nos confrères de Belgique n'ont encore pu débarrasser cette contrée de cette ophthalmie dite militaire qui a fait tant de ravages dans l'armée, et qui aujourd'hui sévit sur une grande partie de la classe ouvrière pauvre. Quoique la France continue à être à peu près complétement préservée de ce fléau, notre intérêt, et surtout celui de la science, exigent que nous méditions attentivement les documents qui sont publiés sur cette maladie. C'est à ce titre que nous reproduirons aujourd'hui le tableau statistique du mémoire dont on vient de lire le titre. Ce tableau résume tous les cas traités par M. Hairion à l'hôpital militaire de Louvain depuis le mois de mars 1836 jusqu'au mois d'octobre 1847 inclusivement.

Dans le cours de son mémoire, M. Hairion soulève quelques questions de pathologie et surtout de thérapeutique, et les résout d'une manière qui n'est peut-être pas à l'abri de tout reproche; mais, comme nous aurons prochainement à revenir sur ces questions à propos de l'examen d'un remarquable mémoire de M. Cunier sur la même maladie, nous les passerons aujourd'hui sous silence, et nous nous contenterons de reproduire le tableau de M. Hairion et les quelques mots qui en sont l'explication.

Il résulte de ce tableau, dit M. Hairion :

1° Que pendant l'espace de douze ans il a été reçu à l'hôpital militaire de Louvain, dans le service ordinaire des ophthalmiques, 1,871 malades. 271 d'entre eux, atteints de granulations palpébrales, ayant été dirigés, par suite d'ordres supérieurs, sur les dépôts généraux des granulés établis à Namur et à Ypres, et 2 autres ayant succombé à la fièvre typhoïde, le chiffre des malades qui ont subi un traitement complet dans notre service, et sur lesquels doivent seulement porter nos observations, se trouve réduit à 1,598, dont 1,093 étaient atteints d'ophthalmie militaire et 505 de différentes affections oculaires comprises sous la dénomination d'ophthalmies non militaires.

2° Que 12 hommes seulement ont été dirigés sur le dépôt de leur corps, à l'effet d'y être proposés pour la réforme ou la pension. De ces 12 hommes, 7 étaient entrés à l'hôpital, porteurs d'altérations au-dessus des ressources de l'art, pour lesquelles ils avaient pour la plupart déjà subi divers traitements dans d'autres établissements sanitaires de l'armée.

3° Parmi mes insuccès, je ne dois mentionner que les 5 cas suivants :

Un cas de perte de l'œil gauche avec altération dans la transparence de la cornée de l'œil droit, survenu à la suite d'une ophthalmie gonorrhoïque;

Un cas de perte de l'œil droit, résultat d'une ophthalmie arthritique;

Enfin, trois cas d'altérations légères des cornées transparentes (1).

En résumé donc, un cas de cécité incomplète et la perte d'un œil, résultats d'ophthalmies non militaires; trois cas d'altérations légères des cornées, occasionnés par l'ophthalmie de l'armée : tels sont les insuccès que nous comptons sur un nombre de 1,598 ophthalmiques entrés dans notre service au début de la maladie.

En appelant l'attention des médecins militaires sur le danger attaché à l'application de quelques mesures, ou à l'emploi de certains moyens thérapeutiques, nous avons rempli un devoir que nous prescrivait notre position à l'Institut ophthalmique. Puisse ce travail, dicté par le désir d'être utile, jeter quelques nouvelles lumières sur une question de médecine qui intéresse le gouvernement à un si haut point, et qui a causé le malheur de tant de soldats!

(1) L'un d'eux, le nommé Geyers, du régiment d'élite, que nous avons reçu il y a quelque temps, a, depuis sa sortie de l'hôpital de Louvain, perdu complétement l'usage de l'œil droit, et présente une grande irritabilité de l'œil gauche.

EXTRAIT des rapports mensuels adressés par le médecin en chef de l'hôpital militaire de Louvain, à M. l'inspecteur général du service de santé, sur les ophthalmiques traités au susdit établissement.

NOMBRE DES OPHTHALMIQUES

ANNÉES.	RESTANT au 1er MARS 1836.		ENTRÉS EN TRAITEMENT. Atteints d'ophthalmie.		ENTRÉS EN TRAITEMENT. Par évacuation atteints d'ophthalmie.		SORTIS DE TRAITEMENT. Complétement guéris de l'ophthalmie.		SORTIS DE TRAITEMENT. Par évacuation sur les hôpitaux ou sur les dépôts, atteints d'ophthalmie.		SORTIS DE TRAITEMENT. Pour se rendre en permission atteints d'ophthalmie.		Pour se rendre aux dépôts à l'effet d'être proposés pour la réforme ou la pension, Ayant la vue intacte à la suite d'ophthalmie.		Avec perte D'un œil à la suite d'ophthalmie.		Avec perte Des deux yeux à la suite d'ophthalmie.		RESTANT au 1er JANVIER 1848.	
	ophth. milit.	ophth. non milit.	milit.	non milit.	milit.	non milit.	milit.	non milit.	milit.	non milit.	milit.	non milit.	milit.	non milit.	milit.	nou milit.	milit.	non milit.	milit.	non milit.
1836	10	3	164	55	65	8	86	45	1	3	127	5	»	»	2	»	»	»	»	»
1837	»	»	435	151	»	»	360	145	4	1	17	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1838	»	»	397	100	»	»	309	91	130	11	»	»	»	»	»	«	»	2	»	»
1839	»	»	71	30	144	26	138	50	114	6	1	»	»	»	1	1	»	»	»	»
1840	»	»	12	25	»	»	11	21	1	»	»	»	1	1	»	»	»	2	»	»
1841	»	»	1	22	1	3	1	29	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»
1842	»	»	7	12	»	»	7	11	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1843	»	»	13	16	»	»	7	13	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»
1844	»	»	16	16	»	»	18	16	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1845	»	»	13	18	»	»	16	19	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1846	»	»	4	3	1	»	10	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1847	»	»	12	17	»	»	11	14	»	»	»	»	»	»	«	»	»	»	5	»
	10	3	1145	465	211	37	974	457	250	23*	145	5	1	2	2	3	»	4	5	»
	1871						1871													

* Ces vingt-trois hommes sont entrés à l'hôpital atteints d'ophthalmie non militaire; plus tard, des granulations palpébrales s'étant développées chez eux, nous avons dû, pour la régularité, les faire sortir de la colonne des ophthalmies non militaires dans laquelle ils avaient été inscrits à leur entrée.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 3 MARS 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 26.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tons les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR. —	13 FR. —	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR. —	14 FR. —	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR. —	16 FR. —	9 FR.

PARIS, 2 MARS 1849.

Des inconvénients du régime administratif et scientifique des eaux minérales en France.

Dans notre numéro du 15 février, à propos du rapport de M. Isidore Bourdon, nous avons promis de signaler les abus et les inconvénients qui existent dans les établissements, dans la vente et la fabrication des eaux minérales. Il était d'autant plus important d'insister sur ce sujet que l'administration prépare un projet de réorganisation dont les vices nombreux de la législation actuelle ont fait sentir depuis longtemps la nécessité.

Pendant que nous mettions en ordre les observations que nous avons pu faire sur ce sujet, une communication importante nous a été faite par M. Poumarède, qui, en qualité de chef des travaux chimiques de l'Académie de médecine, a eu de si nombreuses occasions de constater les abus et les inconvénients du régime actuel. Nous donnerons donc dès aujourd'hui une place dans nos colonnes à la communication de M. Poumarède, sans nous interdire cependant de revenir sur le même sujet lorsqu'il deviendra l'objet d'une discussion publique.

L'hygiène et la thérapeutique présentent peu de questions aussi intéressantes que celles qui se rattachent aux établissements, à la vente et à la fabrication des eaux minérales. Tout le monde connaît l'importance qu'elles ont acquise en France, mais bien des gens ignorent les nombreux et graves abus qui se sont depuis longtemps glissés dans leur administration et qui se produisent journellement sous les yeux de l'autorité sans que celle-ci puisse les réprimer. Avant d'indiquer les dispositions à l'aide desquelles on peut y parvenir, qu'il me soit permis d'en signaler quelques-uns qui sont trop saillants pour qu'on ne s'efforce de les faire disparaître.

I.

Pour procéder avec méthode dans cette longue énumération, je diviserai en trois classes toutes les eaux minérales qui sont tous les ans plus ou moins fréquentées par les malades. Dans la première, je placerai les eaux minérales peu connues et non autorisées; dans la seconde, toutes celles qui sont reconnues seulement par tradition et dont la vente est tolérée loin de la source; enfin, la troisième sera formée par les eaux minérales approuvées par l'Académie et légalement autorisées; celles-ci constitueront le groupe le plus important dont nous aurons à nous occuper.

A. Quoique les connaissances chimiques soient déjà assez répandues et quoiqu'il soit très facile en apparence de faire examiner une eau minérale par l'Académie nationale de Médecine, il existe en France un très grand nombre d'eaux qui, en raison de leur action sur l'économie, s'écartent plus ou moins des eaux potables qui jouissent, même dans les contrées qui avoisinent leurs sources, d'une certaine réputation curative et dont cependant la composition chimique est restée jusqu'à ce jour parfaitement inconnue.

Le plus souvent, il est vrai, ces eaux s'écartent trop peu par leur composition des eaux ordinaires pour que leur libre administration puisse produire de bien fâcheux résultats sur les malades parfois assez nombreux qui viennent les prendre à la source; mais quelquefois aussi elles sont assez actives pour occasionner des désordres graves dans l'économie. Ayant eu l'occasion d'aller examiner sur les lieux plusieurs de ces eaux, que les bonnes femmes et les empiriques de la contrée recommandent en général comme d'excellents purgatifs, j'ai constaté dans la plupart des cas que ce sont des eaux qui arrivent à la surface du sol après avoir traversé des couches gypseuses et qui se trouvent ainsi presque toujours essentiellement minéralisées par d'assez fortes proportions de sulfate de chaux, et personne n'ignore qu'à certaines doses ce sel peut produire des effets toxiques. Quelquefois aussi ces eaux m'ont présenté une composition tellement curieuse et tellement anormale que je me serais expliqué difficilement pourquoi l'Académie n'a pas encore été appelée à les examiner et à en faire l'analyse, si les nombreux abus de pouvoir commis par MM. les préfets à cet égard ne m'en avaient bientôt fourni une explication.

Dans tel département que je pourrais citer, si un membre du conseil général ou un personnage influent venait à demander au préfet l'examen officiel d'une eau minérale découverte dans sa propriété, les formalités administratives étaient bien vite remplies, et l'Académie se trouvait bientôt appelée à en faire exécuter l'analyse, et à faire un rapport qu'on cherchait, bien entendu, à obtenir le plus favorable possible. Mais si un pauvre diable du département venait solliciter la même justice, la réponse du préfet, ou tout au moins les lenteurs administratives venaient contre-carrer ses projets. Je connais des personnes très recommandables, qui à la vérité n'avaient point une grande influence dans les élections, qui ont longtemps réclamé un semblable droit, et qui n'ont pu arriver à aucun résultat.

B. Les eaux minérales reconnues seulement par tradition, et dont la vente est tolérée, sont assez nombreuses en France. Presque toujours elles sont dignes de fixer l'attention des praticiens. En général ce sont des eaux fort anciennement connues, et qui sont particulièrement fréquentées par les habitants des contrées qui les avoisinent. Le plus souvent si elles ne sont pas régulièrement autorisées, c'est parce que les propriétaires des sources se sont crus assez forts de la notoriété publique pour n'avoir pas à invoquer une approbation ou un jugement qu'ils redoutent bien souvent à tort.

Il peut résulter cependant, et il résulte de cet état de choses, d'assez graves inconvénients qu'il importe, je crois, de bien mettre en évidence.

Il existe en France un certain nombre d'eaux minérales fort avantageusement connues, dont la réputation remonte même assez souvent à des époques très reculées, qui sont tous les ans fréquentées par un grand nombre de malades, qui se trouvent dotées d'un médecin inspecteur, et dont cependant les propriétaires ne pourraient produire la moindre autorisation d'exploitation. S'il n'y avait qu'une source dans chacune des localités où ces eaux se rencontrent, l'inconvénient ne serait pas très grand; mais presque toujours il y en a plusieurs, et parmi ces sources, qui présentent toutes une certaine analogie de composition, il en est quelquefois qui renferment si peu de principes minéralisateurs qu'on peut les considérer comme tout à fait inertes; tandis que d'autres fois il s'en trouve qui en renferment une si grande quantité, qu'elles en sont beaucoup trop actives, et qu'elles ont pu dans des cas rares, il est vrai, occasionner de très graves accidents. D'un autre côté toutes les eaux ont, comme on peut bien le penser, bien souvent changé de propriétaire; aujourd'hui elles appartiennent ordinairement à trois ou quatre personnes qui cherchent, chacune de son côté, à faire valoir outre mesure la source qui lui appartient, et qui ne manque jamais d'affirmer que c'est la meilleure et la seule autrefois usitée. De là, grand embarras pour les malades, quelquefois même pour le médecin inspecteur, seul juge en pareil cas, et qui pourrait bien, s'il n'était pas d'une intégrité à toute épreuve, se laisser guider dans ses préférences par quelques motifs d'intérêts, et recommander la source de M. B., qui est presque inerte, plutôt que celle de M. C., qui est peut-être beaucoup plus efficace. Une erreur ou un passe-droit peut être commis avec d'autant plus de facilité en pareille circonstance, que la notoriété publique apprend peu de choses à cet égard; car telle source qui était très en vogue il y a un demi-siècle, ne l'est plus guère aujourd'hui, et les diverses publications, chartes ou autres pièces authentiques qui font mention de ces eaux se bornent en général à les désigner par le nom de la localité la plus voisine, et sans donner des détails topographiques qui seuls auraient pu prévenir une pareil confusion.

Qu'on ne pense pas que les inconvénients que je signale soient de simples suppositions, car il me serait facile d'établir qu'ils se produisent dans plusieurs localités à la fois et de prouver qu'aujourd'hui même, dans tel pays que je pourrais nommer, ils sont la cause de procès *ruineux* qui embarrassent singulièrement les juges qui vont être appelés à trancher la question.

Il importe donc que l'Académie soit bientôt consultée, non pour savoir quelle est la meilleure des sources de chacune de ces diverses localités, mais pour faire connaître d'abord la composition de chaque source en particulier en prenant toutefois la précaution, un peu trop négligée jusqu'à ce jour, de bien préciser la position topographique de chacune d'elles, et pour décider quelles sont celles qui doivent être autorisées.

C. Parmi les établissements légalement autorisés, il en est quelques-uns qui, je dois le reconnaître, laissent peu de chose à désirer : ils ont été si bien servis par la nature et par les circonstances, et surtout si bien administrés, qu'on ne trouverait véritablement que de légers abus de détails à signaler. Mais il en est d'autres aussi qui en présentent au contraire de très graves.

Un des plus saillants que j'ai pu constater dans les diverses pérégrinations que j'ai eu occasion de faire et qui se pratique assez souvent, c'est le mélange de l'eau minérale avec l'eau ordinaire. Souvent cette fraude est pratiquée parce que l'eau de la source est insuffisante pour le grand nombre de malades qui, à une époque de l'année, viennent la prendre; souvent aussi c'est parce que le propriétaire a négligé de faire exécuter des travaux convenables pour la recueillir, de telle sorte qu'une grande partie se trouve gratuitement perdue.

Un inconvénient non moins grave, c'est celui qui résulte de l'aménagement imparfait de l'eau et exécuté à l'encontre de toute idée théorique, comme cela arrive dans la plupart des cas. Pour en faire comprendre toute la gravité, qu'il me soit permis d'indiquer en quelques mots les altérations profondes où les métamorphoses qui s'effectuent dans les eaux dont on est obligé de faire une certaine provision et qu'on laisse en

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité complet de l'art des accouchements; par M. Paul-Antoine DUBOIS, professeur de clinique d'accouchement à la Faculté de médecine de Paris, professeur et chirurgien en chef à l'hospice de la Maternité, membre de l'Académie nationale de médecine, etc.

(Première livraison.)

Ils sont rares aujourd'hui les livres dont l'apparition est impatiemment attendue. Les préoccupations du dehors nous atteignent nous-mêmes praticiens, professeurs ou journalistes, et combien d'œuvres méritantes peut-être dont les feuilles s'entassent sur nos rayons pour être nées quelques mois trop tard !

Le traité dont nous allons analyser la première partie est un de ces ouvrages rares. La réputation de l'auteur a de longtemps devancé cette publication, et s'être résolu à commencer une telle œuvre est un dévouement dont tous les médecins tiendront compte à M. Paul Dubois.

Chirurgien d'un hôpital illustré par les Baudelocque, les Chaussier, les Antoine Dubois, M. Dubois n'a pu être mu en écrivant que par les plus nobles mobiles des actions humaines, le soin de sa réputation, l'amour de la science et de ses semblables.

Examinons donc ce que renferme cette première livraison; mais qu'on nous permette d'abord quelques mots nécessaires, bien qu'il nous répugne singulièrement de parler de nous. Peut-être trouvera-t-on notre position défavorable pour dire notre sentiment tout entier sur un livre de M. P. Dubois. Il est vrai que nous tenons à honneur de puiser, il y a longtemps déjà et aujourd'hui encore, à ses leçons des enseignements précieux; mais s'il est quelque chose que nous honorons chez notre maître à l'égal de son talent, c'est sans contredit son caractère, et nous sommes persuadé qu'il regarderait comme une grave injure les chaînes dont nous chargerions par avance l'indépendance de notre pensée.

Tout d'abord, M. Dubois a replacé l'obstétrique sur le véritable terrain qu'elle eût dû toujours occuper. L'art des accouchements est défini par lui, cette branche des sciences médicales qui traite de la reproduction de l'espèce humaine, envisagée surtout dans la part importante qu'y prend la femme. « Rendre possible, facile, régulier, exempt de toute souffrance anormale et de tout danger l'accomplissement des actes organiques nombreux qui touchent directement ou indirectement à la génération depuis la nubilité de la femme jusqu'à l'âge où la faculté procréatrice s'éteint naturellement chez elle; surveiller, diriger et défendre de toute atteinte fâcheuse la santé délicate et précaire de l'enfant pendant les premières périodes de son existence et surtout pendant toute la durée de l'allaitement, telle est sa double mission. »

Il a été difficile jusqu'à présent, ajoute M. Dubois dans son introduction, de faire comprendre, même à quelques esprits éminents, l'étendue rationnelle du domaine scientifique de l'art des accouchements. Il lui appartenait de démontrer qu'en obstétrique surgissent des questions aussi nombreuses, aussi variées, aussi graves, aussi délicates au moins, aussi importantes, quant aux intérêts qu'elles concernent, et enfin d'un ordre aussi élevé qu'aucune de celles que soulèvent et discutent les autres parties de l'art.

Physiologie, pathologie, hygiène, thérapeutique, médecine légale, tératologie, psychologie, il n'est aucune de ces branches si variées des sciences médicales qui ne donne et n'emprunte tour à tour des connaissances diverses à l'art si étendu des accouchements. « Aussi l'opinion très généralement adoptée, qui voit dans l'obstétrique une science toute faite et l'une des branches de la chirurgie, ne lui paraît-elle pas plus fondée que ne le serait celle (et ce préjugé disparu a longtemps existé) qui, méconnaissant l'étendue et l'importance de cette dernière, n'en ferait aujourd'hui encore qu'une annexe manuelle de la médecine. »

La division établie par M. Dubois est tellement logique qu'on s'étonne qu'elle n'ait pas été de tout temps celle des auteurs, nous ne l'avons jamais comprise autrement. Il divise l'art des accouchements en deux grandes sections :

1° La *génération considérée dans son état normal ou physiologique ;*

2° La *génération considérée dans son état anormal ou pathologique;*

La première section comprendra l'*anatomie*, la *physiologie* et l'*hygiène.*

La seconde, la *pathologie* et la *thérapeutique.*

Dans cette première livraison se trouve exposée l'anatomie obstétricale de la femme, c'est-à-dire l'histoire du bassin, de l'utérus, de ses annexes, des ovaires et des mamelles.

En France, jusqu'à présent, on n'avait point étudié le bassin d'une manière aussi complète, aussi large et aussi élevée que vient de le faire M. Dubois. Ce n'est plus cette description sèche, invariablement copiée en tête de tous nos traités; c'est une monographie si sagement étendue qu'il n'est pas un aspect, quel qu'il soit, sous lequel ce canal important n'ait été envisagé.

contact direct avec l'atmosphère, comme cela arrive presque toujours.

Si elles sont sulfureuses, l'hydrogène sulfurique libre s'échappe, et le soufre des sulfures et des sulfo-sels passe successivement par une série de degrés d'oxydation, et ne jouit plus sous ces divers états de l'efficacité qu'elle possédait auparavant.

Si elles sont acidulées, c'est-à-dire si elles doivent leurs propriétés à des matières minérales tenues en dissolution par le gaz acide carbonique, celui-ci se dégage, les matières minérales se déposent et l'eau devient inerte.

Si elles sont ferrugineuses, le fer, qui se trouve en général à l'état de protoxyde, passe à l'état de peroxyde, et celui-ci n'ayant plus l'acide nécessaire pour satisfaire sa capacité de saturation, se dépose à l'état de combinaison insoluble, et l'eau perd encore ses propriétés.

Enfin, si elles sont salines et qu'elles possèdent ce caractère onctueux auquel on attache vulgairement tant d'importance, et qu'on attribue à tort à la présence d'une matière organique, mais qui est plutôt un indice de l'existence d'un silicate ou d'un aluminate alcalin, ceux-ci, par le contact d'un air plus ou moins chargé d'acide carbonique, se trouvent décomposés; la silice et l'alumine se déposent d'une manière peu apparente, et l'eau, qui le plus souvent ne renfermait pas d'abord de carbonate, en renferme dès ce moment, et peut présenter de grandes différences dans son action sur l'économie, ou tout au moins ne plus jouir de ses propriétés primitives.

Tous ces inconvénients, que des inspecteurs instruits et intelligents pourraient en très grande partie prévenir, me semblent mériter au plus haut point l'attention de l'administration.

Dans ce rapide examen, je crois devoir signaler encore une fraude coupable qui est en pratique dans quelques établissements. Dans certaines contrées, il existe des eaux qui, en arrivant à la surface du sol, déposent un sédiment plus ou moins abondant; ce sédiment, appliqué à l'extérieur en cataplasmes ou en suspension dans l'eau des piscines, est considéré comme un remède assez actif, ce qui ne doit pas étonner, car, outre les produits insolubles auxquels l'eau minérale peut donner naissance, on rencontre de plus, dans ces dépôts, des quantités d'arsenic assez sensibles pour avoir pu être appréciées à la balance.

La différence de composition par trop tranchée que des échantillons de ces dépôts puisés à la même source, à des heures différentes, m'ont indiquée, un jour que j'y recherchais l'arsenic, m'a mis sur la voie de la supercherie que je veux signaler. Les parties intéressées à cette fraude me l'ont, du reste, avouée plus tard. Elle consiste tout simplement, lorsque le dépôt de la source ne peut suffire à la consommation outre mesure qu'on en fait ordinairement, à aller puiser dans la mare la plus voisine une vase infecte qui lui est substituée.

Maintenant que je crois en avoir assez dit pour faire comprendre la nécessité de certaines réformes que j'aurai bientôt occasion d'indiquer, je vais passer en revue les abus ou fraudes qu'entraîne avec elle la vente des eaux minérales de la source.

(La suite à un prochain numéro).

Revue clinique hebdomadaire.

De la contagion de la variole. — Quand il s'agit de contagion, les faits négatifs sont loin d'avoir la même valeur que les faits positifs dans le sens opposé. Nous avons reçu de notre honorable confrère et ami le docteur Miquel (de Tours) une communication très curieuse relative à la contagion de la variole, et dont nous voulons reproduire en quelques mots le sens principal, ainsi que le résumé des faits qui viennent à l'appui de son opinion. Cette communication est d'autant plus importante qu'elle se rattache en partie à la question si longtemps et si souvent controversée, et non encore définitivement résolue actuellement, de la contagion de la fièvre typhoïde.

Notre confrère débute par un exemple parfaitement applicable et d'une analogie parfaite avec les faits dont il est question dans sa lettre.

Supposons, dit-il, un vieux soldat qui, après trente ans de campagnes, après avoir assisté à de nombreuses batailles et pris sa part de dangers, rentre dans ses foyers sans avoir reçu une seule blessure; supposons encore que cet homme, se prenant pour exemple, vienne à déclarer qu'il n'y a aucun danger à s'exposer aux balles de l'ennemi. Comment pourrait-on qualifier cette singulière assertion? On la qualifiera d'*absurde*, et l'on n'aura pas tort. Et cependant, cet homme sera-t-il moins logique que les médecins qui, citant des observations innombrables d'individus fréquemment exposés à contracter la fièvre typhoïde, et ayant traversé plusieurs épidémies sans être atteints eux-mêmes de cette maladie, prétendent arguer de ces faits pour démontrer la non-contagion de l'affection typhoïde? Evidemment non. On pourrait en dire autant pour bien d'autres maladies auxquelles on veut refuser la faculté de se transmettre par contact.

« J'ai toujours pensé, dit M. Miquel, qu'un *seul cas bien avéré de contamination* ne pouvait être annulé par des milliers de faits contraires. Que prouvent les observations de non contamination, sinon qu'un contact n'est pas toujours suivi d'effet, et qu'il y a des conditions d'éclosion? Un jardinier voit-il toutes ses graines lever, toutes ses boutures prospérer? N'est-il pas déplorable de voir tant d'intelligences d'élite s'user en efforts pour nier la contagion? Ceux-là ne font-ils pas reculer la science, qui, au lieu de chercher quelles sont les conditions qui peuvent l'amoindrir ou la prévenir, et même la rendre profitable à l'humanité, la nient, ce qui est plus facile? »

Sous ce rapport, nous partageons complétement la manière de voir de notre confrère, et nous pensons que nos lecteurs nous sauront gré de leur transcrire les passages suivants de la lettre de M. Miquel; par leur nature, les renseignements qu'il nous transmet rentrent de droit dans le domaine de la clinique, et c'est cette considération qui nous engage à leur donner place dans notre *Revue hebdomadaire.*

« Si les maladies les plus généralement reconnues pour contagieuses ne le sont pas toujours aussi facilement une fois que d'autres, pourquoi donc être plus exigeant pour celles qui le sont un peu moins? Lacépède est mort à quatre-vingt-huit ans de la variole; sans doute qu'il n'avait pas été vacciné, et que dans sa longue et glorieuse carrière il s'était plus d'une fois trouvé exposé à contracter cette maladie éruptive. Mais comme ce fait, qui appartient à l'histoire, pourrait être discuté sur quelques points, passons à d'autres plus concluants.

» En 1833, je vaccine M. Amoureux, âgé de soixante-dix ans; je fais huit piqûres, et j'obtiens huit boutons magnifiques. Il n'avait jamais eu la variole, et on eut quelque peine à le décider à se laisser faire, parce qu'il s'était souvent exposé à la contagion sans avoir été atteint. Dans le même temps, je vaccinai mademoiselle L. M., fille d'un pharmacien d'Amboise; elle l'avait été quatre fois, dont trois de bras à bras, sans succès. Elle n'eut de boutons que sur un bras..... Si je voulais vous citer les individus réfractaires, je ne ferais que répéter ce que tous les vaccinateurs connaissent; je me contenterai de ceux-ci, qui prouvent, selon moi, que, même chez des personnes qui peuvent être contaminées, la transmission n'est pas toujours également facile.

» Passons à une autre série d'observations tout aussi dignes d'attention. Il s'agit de variole, cette maladie qu'une lancette qui a piqué un seul bouton peut transmettre à plusieurs individus, sans être retrempée dans le virus. — Le 2 janvier 1849, Louis Gaumé, âgé de plus de vingt ans, entre à l'hôpital de Tours pour une variole confluente. Le 8, il est visité par son père, âgé de quarante-deux ans, et par son frère. Le père *seul* devient varioleux, quoique le frère n'ait pas été non plus vacciné.

Ce dernier malade se rend à Cormery où il demeure, et subit les conséquences de la visite qu'il a faite à son fils. Pendant la maladie, qui ne fut pas confluente, il fut visité quelques instants par François Foussier, qui devient varioleux douze jours après. Il est visité également, mais plus fréquemment, par Fr. Gaumé, son frère, âgé de quarante-quatre ans, lequel est en ce moment atteint de variole. Mais il a été visité, de plus, par la femme Piochet et ses cinq enfants, par deux ou trois autres personnes encore. Eh bien! dans tout ce village, où il y a bon nombre d'individus non vaccinés, la variole n'est pas encore propagée. Pourquoi? Je l'ignore; je le cherche, sans vouloir rendre à mes adversaires la pareille. Contagioniste avoué, j'attends, pour ne plus l'être et le dire, qu'on m'oppose d'autres arguments que ceux par trop usés dont on se sert depuis si longtemps, et qui portent complétement à faux (1). »

(1) Nos lecteurs savent qu'en maintes occasions la *Gazette des Hôpitaux* a mis en évidence l'erreur des observateurs qui, trompés par quelques faits aussi rares que peu concluants, croient encore à la contagion de la fièvre typhoïde. Il est donc inutile sans doute de déclarer que la rédaction ne prend nullement la responsabilité des opinions de notre honorable confrère. *(Note du Réd. en chef.)*

Froissement d'un membre pris dans une mécanique. Infiltration sanguine. — Nous avons vu hier, dans le service de M. le professeur Velpeau à la Charité, un fait intéressant sous plusieurs rapports. Il s'agit d'un homme de vingt-six ans, imprimeur, qui, en poussant les feuilles sous les cylindres de la mécanique, s'est laissé prendre le bras entre les deux rouleaux. Le membre a été pour ainsi dire passé à la filière jusqu'à l'épaule. Heureusement, à ce moment, on a pu subitement arrêter la marche de la machine, et l'accident n'a pas été plus grave. Si l'on n'avait pu y parvenir d'une manière instantanée, le bras aurait été arraché du tronc, et l'on aurait eu probablement une seconde édition de ce fait fameux de Samuel Wood, d'arrachement du bras sans hémorrhagie.

Au moment de l'entrée du malade, le bras est noir, gonflé, presque doublé de volume; les téguments sont écorchés dans plusieurs points; il y a une infiltration de sang énorme sous la peau, dans le tissu cellulaire, tout le long du bras et de l'avant-bras, un peu moindre à la partie inférieure qu'à la partie supérieure. Une chose bien digne de remarque, c'est que, malgré la pression entre les deux cylindres, séparés, il est vrai, par un intervalle de quelques centimètres, les os du membre n'ont pas été fracturés dans leur longueur. Il n'y a eu que fracture de l'épicondyle, fracture que l'on constate en appliquant le pouce sur cette apophyse, et, imprimant avec l'autre main des mouvements de latéralité à la saillie osseuse, on sent alors manifestement le fragment glisser sous la peau. Nous avons dit qu'il y avait quelques légères écorchures auxquelles on ne peut même accorder le nom de plaies. Toute la lésion se réduit donc à un froissement violent, et l'on a lieu de s'étonner, lorsque l'on a vu les mécaniques dont il s'agit, que les désordres ne soient pas plus considérables.

Une des preuves les plus évidentes de l'intensité du froissement dont nous parlons, c'est l'épanchement de sang qui s'est fait dans le tissu cellulaire; et à ce propos, il est important de distinguer la manière dont se comporte le sang hors des vaisseaux, suivant qu'il s'est épanché dans les mailles du tissu cellulaire, ou en collection, en foyer. Suivant ces deux circonstances, le pronostic et le traitement varient. Dans le fait actuel, faisait observer M. Velpeau, il y a peut-être plus de 500 grammes de sang épanché hors des vaisseaux; mais ce sang est à l'état d'infiltration. Malgré la quantité, tout indique que la résorption se fera complétement, sans accidents, et que d'ici à une quinzaine de jours tout sera, à peu de chose près, terminé; le membre aura repris son volume naturel; le sang sera résorbé en grande partie, et cela, sans que l'on soit obligé de faire la plus petite opération, sauf le cas où, ce qui est possible, il surviendrait des accidents inflammatoires.

Si, au contraire, et au lieu d'être ainsi infiltré dans les mailles du tissu cellulaire, le sang était épanché sous la peau ou dans l'épaisseur des tissus profonds, et réuni en collection, la quantité en fût-elle beaucoup moins considérable, d'un demi-verre seulement, par exemple, il y aurait tout lieu de craindre qu'il ne restât à l'état de dépôt, et qu'il ne fallût en faire l'incision. Voici la raison de ces différences. Lorsque le sang est épanché et réuni dans un foyer, il est, qu'on nous passe cette expression, il est mort, et passé à l'état de *cadavre;* il faut qu'il soit éliminé; du moins, il en est ainsi dans la plupart des cas. Si, au contraire, il reste disséminé dans les mailles du tissu cellulaire, il repasse très facilement à travers les pores de ce tissu pour rentrer dans le torrent circulatoire; il n'a pas encore eu le temps de devenir *cadavre, corps étranger*, dont l'économie doive se débarrasser. Le point important et essentiel de ce fait est donc celui-ci : c'est que, malgré l'étendue de la lésion, malgré sa gravité apparente, et faisant abstraction de la fracture, ce malade pourra être guéri en quinze ou vingt jours, tandis qu'un épanchement dix fois moins considérable de sang réuni en un seul foyer exigerait peut-être le double de temps pour être complétement terminé, et nécessiterait probablement l'emploi de l'instrument tranchant.

Manie suraiguë jugée par un abcès profond de la fesse. — Déjà, à plusieurs reprises, nous avons eu occasion de parler de la terminaison de l'aliénation mentale par les crises. Dans une autre de nos *Revues*, nous avons dit quel-

---

Aux points de vue de ses éléments osseux séparés, de ses articulations en particulier et considérées en général, de son ensemble, de ses dimensions, de ses directions, de ses inclinaisons, de ses conséquences à l'état osseux, de ses relations par rapport aux autres parties du squelette, aux individus, aux races, aux sexes, aux espèces, à ses usages, aux parties molles qui le recouvrent, et enfin au point de vue des modifications que ces parties molles entraînent avec elles, l'auteur a tellement agrandi l'horizon anatomique, que cette étude du bassin normal, si vieille et si répétée par les accoucheurs, apparaît comme un ensemble de connaissances rajeunies et presque nouvelles.

Des notions neuves à propos de l'influence du sacrum sur les viciations pelviennes, une appréciation savamment sévère de la théorie de Weber, un parallèle entre le bassin de l'homme et des mammifères, une description des aponévroses chez la femme, question jusqu'ici incompréhensible et qu'une exposition claire aidée de figures heureuses a rendue facile, le sentiment partout présent de l'application finale de ces connaissances diverses, et enfin, jeté sur le tout comme un verni, un style qui rappelle les qualités de la parole épurée des inégalités inséparables de l'improvisation, tel est ce qui frappera particulièrement dans ce premier chapitre. Si nous avons cru devoir signaler le style dont il est écrit, c'est que les accoucheurs ne nous ont point encore habitué à ce luxe, et que, dans les sciences en général, il semble, en notre pays, qu'en disant des choses savantes, on acquiert le droit de les mal dire.

Le second chapitre, qui ne commence qu'à la page 133 de la livraison, s'occupe des organes de la génération.

Ce sont des parties dont l'étude a été poussée si loin, et surtout dans ces derniers temps, que M. P. Dubois a dû se contenter d'exposer les connaissances actuelles; il l'a fait d'une manière très claire et très complète.

Il lui a fallu nécessairement emprunter à tous les auteurs qui s'en sont occupés. L'histoire des ovaires a été faite à part, l'auteur pensant que c'est à tort qu'on les décrit d'ordinaire comme des annexes de la matrice. Nous signalerons ici, non point une lacune, mais un oubli. A propos des ovaires, M. Dubois n'a point du tout parlé du corps jaune. Nous présumons qu'il se réserve de l'étudier comme manifestation de la menstruation ou de la fécondation; un mot qui l'aurait indiqué n'eût peut-être pas été inutile, l'habitude ayant prévalu jusqu'ici de les décrire avec l'ovaire.

Dans ce chapitre, on lira surtout avec intérêt les pages qui font connaître les nouvelles idées de M. Coste, le savant professeur du collége de France, au talent et à la bienveillance duquel nous sommes trop redevable pour que nous ne saisissions pas avec empressement cette occasion de lui témoigner notre gratitude. Les travaux de M. Robin et de notre ami M. A. Richard, dont nous dirions le bien que nous en pensons s'il n'était pas notre ami, ceux de MM. Robert et Huguier, et beaucoup d'autres, ont été mis à profit par M. Dubois.

On remarquera particulièrement : un petit article sur les propriétés de l'utérus en état de vacuité, une comparaison très frappante par le texte et les planches de l'utérus nullipare et de l'utérus multipare; l'étude, pleine de précision, des rapports des organes génitaux les uns avec les autres et avec les viscères voisins; enfin l'introduction faite pour la première fois de l'histoire des follicules vaginaux et des glandes vulvo-vaginales dans un traité d'accouchement, et par-dessus tout dans cette seconde partie, une excellente description de la mamelle, pleine d'érudition et d'aperçus ingénieux et nouveaux.

L'on peut voir par cette analyse rapide que M. P. Dubois vient de se tracer un champ vaste à parcourir, et si nous avons une conviction profonde, c'est que personne plus que lui, à notre époque, n'est apte à remplir les conditions de son immense et brillant programme.

Cette conviction, qui n'est point un de ces actes d'adulation basse que nous méprisons chez les autres nous ne la puisons pas seulement dans l'examen de cette première partie; par sa nature elle ne nous paraît pas destinée à mettre autant en relief que certaines autres les véritables qualités du maître. Cette conviction est née chez nous dans la fréquentation assidue de l'enseignement clinique de M. P. Dubois. C'est dans l'étude des questions difficiles et délicates de la pratique que ceux de nos lecteurs qui ne connaissent pas le chirurgien de la Maternité seront à même de le juger.

Cette première livraison n'en est pas moins plus qu'une promesse consciencieuse et savante, c'est une première pierre solide et largement assise, c'est une base digne enfin de supporter un édifice sur lequel on lit ce pieux souvenir à une mémoire illustre et vénérée :

Memoriæ patris optimi
ANTONII DUBOIS
Piæ venerationis monumentum.

PAJOT.

M. Edouard ROBIN ouvrira le lundi 5 mars, par la physique expérimentale, la chimie et l'histoire naturelle, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès sciences et au premier examen de médecine. Il les continuera tous les jours, le dimanche et le jeudi exceptés, dans son amphithéâtre, rue de La Harpe, n° 90.

ques mots de la doctrine des crises; nous avons rapporté l'opinion des auteurs, et nous avons cité un cas de manie jugée par des parotides. Comme les faits de ce genre ne sont pas, après tout, extrêmement communs, et qu'il est des auteurs recommandables qui nient presque complétement l'influence des maladies intercurrentes sur la folie, nous nous empressons de publier dans tous ses détails, vu l'intérêt qu'elle présente, l'observation suivante, que nous a adressée ce matin même notre ami, le docteur Mérier, médecin en chef de l'Asile de aliénés de Blois. Dans les journaux non spéciaux, on ne s'occupe peut-être pas assez de l'étude des maladies mentales. Sans en faire l'objet d'articles trop fréquents, nous voulons cependant prouver à nos lecteurs que, dans la *Gazette des Hôpitaux*, cette lacune n'existe pas.

Le 11 juin 1848, est amenée à l'Asile de Blois la femme B..., âgée de quarante-deux ans, qui présente un état de trouble général et d'agitation extraordinaire. Ses cheveux sont épars, ses vêtements en désordre, ses yeux hagards et animés; le facies est celui que l'on observe ordinairement dans la manie. Elle est attachée par les pieds et les mains sur la charrette qui l'a transportée. Depuis huit à dix jours, elle n'a pas dormi un seul instant, n'a pas mangé, presque point bu, ne cessant de crier, de se débattre, déchirant tout ce qu'elle peut saisir, cherchant à frapper ceux qui l'approchent.

Les parents racontent que, depuis les événements de février, cette femme, d'un caractère violent et emporté, a été en proie à une grande exaltation politique et religieuse. Elle s'est mêlée à toutes les agitations de la rue, surtout à l'époque des élections. Dans son délire, elle profère encore des cris où l'on retrouve des traces de ces impressions. Après son entrée, elle refuse tout aliment, toute boisson, frappe les femmes avec lesquelles elle habite. On la met dans un bain où elle reste cinq heures; elle en sort plus calme, mais persiste à refuser de rien avaler.

Même état pendant les sept à huit premiers jours, au bout desquels on parvient à lui faire prendre quelques aliments. On lui met entre les mains une quenouille, et elle file assez bien, mais sans savoir ce qu'elle fait, et machinalement. Elle est préoccupée de cette idée, qu'on veut lui faire du mal, la noyer, la brûler, la faire dévorer par les chiens, etc. Mais à toutes ses conversations se mêle toujours un souvenir des déclamations républicaines qu'elle entendait dans les clubs où elle se rendait fréquemment. Malgré des bains prolongés de cinq et six heures, pendant lesquels l'eau froide coule constamment sur sa tête, elle reste troublée et agitée pendant les quinze premiers jours, refusant de prendre aucun médicament, dans la crainte de se laisser empoisonner. Elle mange et boit peu, passe les nuits sans sommeil; met le désordre dans le dortoir par ses cris et ses mouvements. On est obligé de lui mettre la camisole de force.

Au bout de ce temps, des furoncles nombreux se montrent sur plusieurs régions du tronc et des membres; et peu de jours après, une énorme tuméfaction apparaît dans la région fessière gauche, avec chaleur et douleurs vives. La malade qui, à partir de ce moment, devient beaucoup plus calme, est forcée de rester au lit, où son séjour s'est prolongé près de trois mois. A dater de ce moment, la maladie mentale fut jugée, et dans l'intervalle d'un jour à l'autre, pour ainsi dire, le délire cessa complétement. Chose singulière, pendant tout le temps que dura cette nouvelle et très grave affection, qui mit les jours de la femme B... dans le plus grand danger, le délire ne reparut pas une seule fois, malgré une fièvre considérable dont cette maladie fut accompagnée.

Cependant, la tumeur fit des progrès énormes, égala bientôt le volume des deux poings d'un adulte; au bout de huit à dix jours, une fluctuation obscure, profonde, difficile à percevoir, fut néanmoins constatée, et il devint évident qu'il faudrait donner issue au pus qui siégeait dans la profondeur des muscles fessiers. La malade souffrait considérablement; les nuits étaient sans sommeil, agitées, mais sans délire. L'opération était absolument nécessaire, mais refusée par la malade, qui avait montré toute sa raison, et *que dès lors il fallait consulter*. Le caractère irritable et nerveux de cette femme ayant convaincu M. Mérier qu'il ne pourrait jamais obtenir son consentement; et d'autre part, les progrès que faisait l'affection le portant à redouter des désordres irremédiables si l'on tardait plus longtemps, notre confrère fit mettre la camisole de force à la femme B..., et lui enfonça dans la tumeur un bistouri droit à la profondeur de dix à onze centimètres. Ce ne fut qu'à cette distance que l'on rencontra le foyer purulent, duquel sortit environ un litre de pus. Deux jours après, pour donner une libre issue au pus, qui s'écoulait toujours en grande quantité, M. Mérier pratiqua à la partie la plus déclive, et à environ vingt centimètres de la première, une seconde ouverture qu'il fit communiquer avec l'autre, en y passant une mèche qui, plus tard, fut remplacée par une bandelette à séton, et fut renouvelée tous les jours pendant deux mois.

Des accidents très francs et de toute espèce survinrent. La malade s'affaiblit, maigrit; quelques frissons firent craindre la résorption purulente. Un large et profond débridement fut jugé nécessaire et pratiqué, qui réunit presque les deux premières ouvertures; la suppuration allait toujours en augmentant, et son caractère devenait de plus en plus fâcheux; elle était fétide, de mauvaise nature; cependant les os n'étaient pas et ne furent jamais atteints. Inutile de dire, on le comprend de reste, que tous ces accidents furent traités avec la plus grande attention et le plus grand soin, que l'on n'épargna ni lavages, ni injections toniques, astringentes et excitantes; tous moyens qui ne parurent pas agir bien efficacement sur les bords de la plaie, qui restaient boursouflés, blafards, avec imminence de gangrène. L'hypochondre et l'épaule étaient devenus le siége d'une douleur opiniâtre et qui avait résisté aux sinapismes, aux frictions rubéfiantes. Un vésicatoire de 20 centimètres de diamètre fut enfin appliqué sur le point où existait le maximum de la douleur, qui disparut tout à fait. Des injections iodées, aidées d'une légère compression, finirent enfin par amener le rétrécissement du foyer. Ce ne fut qu'après trois mois, pendant lesquels se succédèrent les plus graves péripéties, que ce vaste abcès fut complétement guéri; il ne restait plus qu'une petite ouverture fistuleuse à travers laquelle suintait un peu de sérosité.

La malade, bien que très faible encore et très amaigrie, désira vivement sa sortie, à partir de ce moment. Le 1er octobre on la lui accorda, et cette femme, qui s'ennuyait beaucoup depuis plusieurs mois de voir son séjour se prolonger dans une maison où elle sentait bien avoir eu besoin d'être amenée, mais où, disait-elle avec raison, elle ne devait pas être maintenue après avoir montré son intelligence, rentra chez elle parfaitement rétablie de l'affection mentale pour laquelle elle était entrée trois mois auparavant. Aujourd'hui elle se souvient parfaitement du début et des principales circonstances de sa maladie, rend compte des causes qui l'ont occasionnée, et reconnaît que des préoccupations politiques et religieuses l'ont sans doute troublée. C'est à la suite d'un pèlerinage coïncidant avec les agitations électorales que s'est déclarée sa folie. Elle dit encore avoir eu à l'âge de dix-huit à dix-neuf ans, une fièvre cérébrale qui pourrait bien n'avoir été autre chose qu'un accès de manie. J'ai revu cette femme tout récemment, nous écrit M. Mérier à la date du 27 février; elle a repris de l'embonpoint, et jouit d'une parfaite santé, au physique comme au moral. La guérison de la maladie mentale paraît devoir être aussi solide et aussi complète que celle de la maladie chirurgicale, qui, à n'en pas douter, a été l'agent le plus efficace et peut-être unique de cette guérison.

Voici donc encore un cas de manie aiguë jugée par une crise. De cette observation on est en droit, ce nous semble, d'induire logiquement que la nature seule a fait les frais de la guérison, et que, dans la cure des aliénations mentales, la méthode révulsive est peut-être celle qui offre le plus de chances de succès. Mais peut-on espérer que les révulsions artificielles puissent jamais remplacer celles qui se produisent spontanément et par les seuls efforts de la nature médicatrice? Voilà ce qui nous semble fort douteux, et même, il faut le dire, malheureusement peu vraisemblable.

Torticolis ancien par rétraction du cléido-mastoïdien seul. — On se rappelle peut-être que, dans notre *Revue clinique* du 10 février, nous avons rapporté un fait de torticolis ancien par rétraction du faisceau claviculaire *seul* du muscle sterno-cléido-mastoïdien, recueilli par nous dans le service de M. Vidal (de Cassis), fait sur lequel nous avons appelé l'attention d'autant plus que, d'après le silence gardé par les auteurs, nous étions en droit de regarder les faits analogues comme rares et presque exceptionnels. Dans son Mémoire sur le torticolis ancien, disions-nous, M. J. Guérin ne cite pas de fait de la nature de celui-ci. Cependant, sa publication remontant à plus de dix ans, il est possible de supposer que depuis il en aura rencontré dans son immense pratique. C'est un point sur lequel il jugera peut être plus tard à propos de revenir; nous serions heureux de lui avoir fourni l'occasion de communiquer au monde médical les faits de cette nature qu'il pourrait posséder.

Depuis le jour où nous écrivions ces lignes, nous avons eu l'occasion d'entretenir M. J. Guérin de ces faits, et nous nous empressons de faire savoir à nos lecteurs que nos prévisions ne nous avaient pas trompé. M. J. Guérin, en effet, a rencontré plusieurs fois des cas analogues à celui de M. Vidal. Quelques-uns d'entre eux ont été consignés dans un volumineux travail encore inédit communiqué à l'Académie des Sciences, et cette circonstance explique comment nous ne les connaissions pas. Mais en faisant des recherches dans le rapport adressé il y a quelques semaines à l'administration des hôpitaux par la commission chargée d'examiner les traitements orthopédiques de ce chirurgien à l'hôpital des Enfants, nous avons rencontré des observations qui viennent confirmer ses opinions sur la nature et le mécanisme des différentes variétés de torticolis.

Nous y avons trouvé cinq faits, dont voici l'intitulé : 1° Torticolis latéral à droite par rétraction exclusive du sterno-mastoïdien droit; 2° torticolis congénital latéral à gauche par rétraction du cléido-mastoïdien; 3° torticolis ancien latéral à gauche par rétraction simultanée des cléido et sterno-mastoïdiens; 4° torticolis latéral considérable par rétraction des muscles cléido et sterno-mastoïdiens droits, du peaucier et d'une portion du trapèze du même côté; état fibreux de ces muscles; 5° torticolis ancien composé par rétraction simultanée des splénien et grand oblique droit et petit oblique gauche. Ces cinq cas ont été présentés par M. Guérin comme une confirmation de ses vues sur les rapports étiologiques entre les variétés de siége de la rétraction et les variétés de difformités qu'elle occasionne. On sait que, quant aux principes, M. Guérin considère le torticolis comme un produit de la rétraction primitive des muscles du cou, lequel est susceptible de varier, de se modifier, de se compliquer en raison du siége, du degré et de la combinaison de la rétraction dans tels ou tels muscles.

Dans le second fait, le seul dont nous voulions donner ici une idée, il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans, qui présentait un torticolis latéral gauche par rétraction du seul cléido-mastoïdien. Cette difformité était congéniale, disent les parents; cependant, elle n'était devenue très manifeste qu'à l'âge de sept ans, à la suite de convulsions douloureuses qui avaient laissé une fluxion des membres inférieurs. Nous n'entrons ici, ce serait inutile, dans le détail ni des mesures indiquées par M. Guérin, ni des déformations osseuses, suite inévitable et fatale de la rétraction musculaire. Contentons-nous de dire que la suture du cléido-mastoïdien, puis du sterno-mastoïdien et l'emploi d'appareils convenables ont en moins de trois mois amené une guérison complète.

Un mot seulement sur un point important à noter. Quel que soit le faisceau rétracté, il est très rare que l'on ne soit pas obligé de faire la suture des deux, et cette nécessité est facile à comprendre. La rétraction du muscle malade, modifiant la position de la tête, met pendant longtemps l'autre faisceau dans un relâchement exagéré; dès lors, rien d'étonnant qu'il perde, lui aussi, un peu de sa longueur, de son élasticité, et qu'il soit nécessaire de le couper comme celui qui est primitivement malade. Z...

MALADIES DES YEUX. — M. Tavignot.

Des cataractes traumatiques.

Trois cas peuvent se présenter par rapport au mode de formation de la cataracte traumatique, et jamais division ne fut plus pratiquement justifiée, ainsi qu'on le verra bientôt.

1° La capsule antérieure du cristallin n'a été lésée qu'à un faible degré; le mal qu'elle a souffert se réduit à une simple piqûre ou à une plaie fort minime.

2° La capsule antérieure du cristallin a été ouverte dans une étendue appréciable, et surtout d'une manière irrégulière. L'une des lèvres de la plaie, formant en quelque sorte soupape, est projetée en avant, libre ou adhérente à la marge pupillaire elle-même intacte ou divisée.

3° La capsule antérieure du cristallin a été largement ouverte; le cristallin s'est engagé par cette ouverture dans la chambre post érieure, qu'il a considérablement agrandie en refoulant l'iris en avant; ou bien le cristallin a franchi la pupille et est venu se loger dans la chambre antérieure.

Qu'observe-t-on dans ces differents cas?

1° Le plus ordinairement, lorsque la capsule antérieure du cristallin n'a été que piquée ou effleurée à peine par un instrument tranchant, on voit se réparer très rapidement la solution de continuité; seulement, on aperçoit bientôt dans le point blessé une tache opaline plus ou moins bien limitée. Cette opacité capsulaire reste quelquefois parfaitement circonscrite; dans d'autres cas elle s'étend, en diminuant d'intensité, à une plus grande étendue de la capsule, qu'elle rend ainsi impropre à la vision dans toute sa portion pupillaire.

Dans le cas le plus simple, l'opacité circonscrite de la capsule n'abolit pas nécessairement la vision; car elle n'entraîne nullement l'opacité du cristallin.

Dans le cas le plus grave, l'opacité diffuse de la capsule produit, au contraire, d'autres conséquences que nous allons indiquer.

Dans les trois premiers jours qui suivent l'accident, et en même temps que l'opacité capsulaire fait des progrès, on manque rarement de voir l'appareil cristallinien se déplacer, en quelque sorte en avant, de manière à envahir non-seulement le faible espace qui le sépare de l'iris, mais à refouler cette membrane vers la chambre antérieure. L'iris, devenu convexe vers la cornée, est en quelque sorte paralysé par la pression qu'il subit; la pupille, plus ou moins dilatée, est presque complétement immobile.

Voici ce qui a eu lieu :

L'appareil cristallinien n'a subi, en réalité, aucun déplacement; mais il s'est formé, sous l'influence de l'inflammation de la cristalloïde, une hydropisie intracapsulaire assez analogue aux épanchements séro-purulents qui surviennent dans d'autres régions du corps. Cette petite quantité de liquide anormal placé entre le cristallin et la capsule antérieure a fait naturellement proéminer davantage cette dernière membrane en avant.

A cette période de la cataracte traumatique, l'opacité de l'appareil cristallinien est telle, que la vision est complétement abolie. Cependant, le cristallin a encore conservé d'ordinaire sa transparence, et ce n'est qu'ultérieurement, et par suite sans doute de son contact prolongé avec un liquide de nouvelle formation, qu'il devient lui-même opaque.

Cette marche successive de la maladie est, pour moi, bien établie; car j'ai pu suivre pour ainsi dire pas à pas ses différentes phases sur plusieurs malades chez lesquels l'opacité capsulaire partielle et le liquide intra-capsulaire à demi opalin permettaient de distinguer les modifications subies par le cristallin. De plus, j'ai tenu entre les mains la preuve expérimentale, en quelque sorte, de la réalité des faits indiqués plus haut.

Lorsque j'étais interne de M. le professeur A. Bérard, en 1842, ce chirurgien opéra à l'hôpital Necker, le 27 avril, le nommé Anquenaut, âgé de dix-huit ans, affecté d'une cataracte traumatique présentant précisément tous les caractères que je viens d'énumérer : opacité et hydropisie de la capsule antérieure, etc.; l'accident remontait à quatorze jours. M. A. Bérard pratiqua l'extraction, malgré les difficultés particulières qu'un pareil cas devait naturellement offrir; le cristallin, encore diaphane, avait son volume normal.

2° Lorsque la capsule antérieure du cristallin a été divisée de manière à ce que son ouverture reste béante et n'ait pas de tendance à se cicatriser, voici ce que l'on observe : d'abord, la membrane déchirée devient rapidement opaque; les lèvres de la solution de continuité se recoquillent en quelque sorte sur elles-mêmes, viennent contracter des adhérences avec les tissus environnants ou restent libres et flottantes; mais, dans tous les cas, l'ouverture qui met à nu la lentille cristalline est plutôt agrandie que diminuée. Le cristallin, placé ainsi dans des conditions tout à fait nouvelles, mal protégé par une capsule devenue opaque, en contact avec un liquide nouveau, l'humeur aqueuse, peut-il échapper à la destruction? Voici à cet égard mon opinion, telle que je l'ai déjà formulée : Dans quelques cas, le cristallin conserve sa vitalité normale lorsque la capsule est opaque ou a été détruite. Pellier rapporte l'histoire d'un jeune homme de dix-huit ans qu'il opéra par extraction d'une cataracte antéro-capsulaire traumatique; le cristallin, qui était transparent, fut laissé en place et ne devint point opaque. D'autres chirurgiens ont encore vu le cristallin, dépourvu de sa capsule, rester transparent pendant un temps plus ou moins long, soit qu'il ait conservé sa position normale, soit qu'il ait été luxé dans la chambre antérieure. Cammerer a rencontré un cristallin déplacé depuis deux ans dans la chambre antérieure et resté néanmoins diaphane. Tant que le cristallin conserve sa transparence, il ne saurait disparaître par absorption; tandis qu'une fois opaque il se ramollit, et est absorbé en un temps varia-

ble selon la place qu'il occupe, l'âge du malade, l'état de l'œil lui-même. (*Traité clinique des maladies des yeux*, p. 431, art. *Phakite*.)

Mais il n'en est pas moins vrai de dire que, dans la majorité des cas, le cristallin ainsi mis à nu s'opacifie un peu plus tôt, un peu plus tard; il prend une teinte d'un blanc laiteux, se coagule en quelque sorte, comme dit Mackenzie; puis il se ramollit d'ordinaire, spécialement chez les enfants et les adultes, et finit par disparaître d'une manière complète.

La résorption du cristallin opaque peut se faire de deux manières différentes, ainsi que nous en avons recueilli des exemples :

Ou l'absorption s'opère sur place dans l'intérieur de la capsule cristalline, et elle est alors beaucoup plus lente;

Ou bien le corps opaque se divise en fragments, qui se séparent spontanément et d'une manière successive du noyau principal, tombent dans la chambre antérieure par l'ouverture de la capsule, et là sont absorbés avec la plus grande rapidité.

Par l'un ou l'autre de ces deux procédés, la résorption d'un cristallin opaque peut s'effectuer, comme on vient de le voir; reste la capsule, qui peut être encore un obstacle à la vision : il faut remarquer, toutefois, que cette capsule présente une ouverture correspondant à la pupille, et que, par conséquent, elle n'est pas un obstacle absolu à l'arrivée des rayons lumineux sur la rétine. Bien plus, avec le temps, il n'est pas rare de voir cette ouverture accidentelle s'agrandir peu à peu, de manière à égaler plus tard l'étendue de la pupille elle-même; en d'autres termes, le malade guérit complétement par disparition de l'opacité capsulaire.

3° C'est surtout après l'action des corps contondants sur le globe oculaire que l'on rencontre de vastes déchirures à la capsule antérieure du cristallin et une luxation de la lentille. Dans le cas particulier, l'ouverture faite à l'enveloppe cristalline n'est plus, comme précédemment, l'unique cause du déplacement du cristallin; l'impulsion communiquée à la lentille par le corps contondant a fait basculer le cristallin, qui a déchiré lui-même sa propre capsule, comme la tête du fémur, par exemple, perfore la capsule articulaire dans la luxation de la cuisse.

L'ouverture de la capsule est quelquefois insuffisante pour livrer passage à la lentille; on voit alors dans cette espèce de luxation incomplète, si je puis employer cette expression, le cristallin engagé dans l'ouverture accidentelle de son enveloppe et comme étranglé par elle; M. Lenoir, chirurgien très expérimenté dans la pratique des maladies des yeux, m'a montré dernièrement dans son service à l'hôpital Necker un exemple remarquable de cette variété de déplacement lenticulaire.

La luxation de la lentille, après l'ouverture de la capsule, est très fréquente à la suite de contusions plus ou moins violentes du globe de l'œil; nous devons signaler comme exceptions quelques cas dans lesquels l'appareil cristallinien est déplacé en masse; alors, dit Mackenzie, « le cristallin se dissout, la capsule s'épaissit et devient opaque, et cétte cataracte cystique nage derrière la pupille dans une humeur aqueuse surabondante. »

Le déplacement de la lentille peut se faire en arrière ou en avant, car je n'ai pas à m'occuper des cas dans lesquels le cristallin se luxe sous la conjonctive à la suite d'une plaie pénétrante de l'œil.

La luxation en arrière du cristallin suppose nécessairement 1° la déchirure de la capsule postérieure, qui est d'ailleurs beaucoup plus mince que la capsule antérieure; 2° la dilacération plus ou moins étendue des cellules hyaloïdiennes par l'action directe du corps vulnérant.

Lorsque le cristallin se luxe en avant, il franchit d'ordinaire avec facilité l'ouverture de la capsule cristalline, et ensuite la pupille pour tomber dans la chambre antérieure; mais il peut cependant être arrêté au passage par l'orifice pupillaire plus ou moins rétréci.

Le contact du cristallin avec l'iris donne alors naissance à des accidents inflammatoires de longue durée, et qui compromettent sérieusement les fonctions ultérieures de l'œil.

Mais une fois arrivé dans la chambre antérieure de l'œil, le cristallin peut agir de deux façons différentes : ou il détermine bientôt une vive inflammation de l'œil, ou bien sa présence n'est accusée que par une réaction très modérée et par quelques douleurs circumorbitaires.

Dans les deux cas, la lentille ne se comporte pas de la même manière.

En effet, s'il y a inflammation plus ou moins vive de la cornée ou de l'iris, on ne tarde pas à voir le cristallin se pacifier rapidement dans la chambre antérieure de l'œil, tandis que l'absence de réaction phlegmasique coïncide parfois avec la transparence de la lentille. Mackenzie a vu un cristallin rester ainsi neuf semaines dans la chambre antérieure sans perdre sa diaphanéité, et tout en conservant son volume normal (page 271).

Marche et terminaisons. — Les cataractes traumatiques ont toujours une durée assez longue, et cela est d'autant plus vrai, qu'étant le plus ordinairement compliquées d'autres lésions produites par la même cause, chacune des complications ajoute naturellement et à l'intensité de la maladie, et par suite à sa durée. D'ailleurs, il faut distinguer dans la marche des cataractes traumatiques deux périodes distinctes : 1° une période de développement, 2° une période de résolution.

La première période dure peu; car nous avons déjà dit que l'opacité de l'appareil cristallinien se produit très rapidement sous l'influence d'une cause traumatique; mais le plus souvent la période de résolution n'arrive pas d'emblée, parce que l'œil reste d'ordinaire plus ou moins enflammé dans l'un ou dans plusieurs de ses éléments, et qu'il est impossible que la résorption s'opère dans ces conditions morbides. On ne peut d'ailleurs rien établir de fixe relativement à la durée de cette deuxième période; cela dépend du siége de la cataracte, de l'âge du malade, de l'état de l'appareil cristallinien lui-même.

Enfin nous devons dire que pour un certain nombre de cataractes traumatiques la guérison spontanée n'a pas lieu, et que l'opacité de l'appareil cristallinien persiste indéfiniment ou à peu près avec les mêmes caractères.

Pronostic. — La plupart des auteurs s'accordent pour dire que le pronostic de la cataracte traumatique est plus grave que celui de la cataracte spontanée. Gendron s'exprime ainsi : « En général, les cataractes de cause interne sont moins fâcheuses que celles de cause externe, attendu que tout corps dur qui aura pu déranger le cristallin par sa violence aura pu aussi endommager les parties voisines, comme le ligament ciliaire et l'iris. Les suppurations qui suivent ces solutions de continuité ou ces contusions agglutinent le plus souvent le cristallin à la partie postérieure de l'iris, où les parties intérieures de l'œil se trouvent confondues, détruites ou beaucoup altérées. C'est ce qui rend le plus souvent ces cataractes incurables. » (Tome II, page 263.)

Marc-Ant. Petit est aussi du même avis; il ajoute : « Les cataractes qui sont le résultat d'un coup reçu présentent plus de difficultés dans l'opératon, comme adhérences du cristallin issue du corps vitré, exfoliation de l'iris, épaississement de la cristalloïde postérieure, » etc. (Page 75.)

A propos des cataractes traumatiques qui surviennent plusieurs mois après un coup reçu sur l'œil, Mackenzie s'exprime ainsi : « Ce sont des cas défavorables à l'opération, parce que la rétine n'est presque jamais saine. » (Page 269.)

Nous ajouterons encore, que toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic est d'autant plus grave que l'œil a été plus longtemps enflammé.

Cependant il y a des cas plus favorables, non-seulement pour la réussite de l'opération, mais même pour la guérison sans opération. Demours en rapporte un exemple, page 360, et il ajoute que passé l'âge de l'enfance la guérison spontanée est plus rare. Gerson (de Milan) a vu guérir d'une cataracte traumatique, produite par la pointe d'un stylet, un enfant de cinq ans. (Tome III, page 301, *Med. chirurg.*)

Mondière a insisté sur la guérison spontanée des cataractes traumatiques, et il a joint à son travail deux observations à l'appui. Il ajoute que la guérison a lieu très souvent du vingtième jour au huitième mois après l'accident. Ce qui revient à dire, en d'autres termes, que la guérison peut s'opérer très rapidement ou se faire attendre longtemps. (*Arch. de Méd.*, 1837, tome II, page 351.) M. Guersant a également rapporté deux observations de cataracte traumatique chez des enfants qui ont guéri sans qu'il ait été nécessaire de recourir à une opération. (*Gazette des Hôpitaux*, 1847, page 613.)

Le docteur Roussille a vu un malade atteint de cataracte traumatique guérir spontanément, quoique avec une lenteur extrême.

Un reproche que l'on peut adresser à tous les auteurs, Mackenzie excepté, c'est de n'avoir pas indiqué les conditions anatomo-pathologiques qui rendent possible ou impossible la guérison spontanée des cataractes traumatiques. Ces conditions ne dépendent pas seulement de l'âge des malades; car l'âge rend la guérison plus ou moins rapide quand elle doit avoir lieu, mais il n'est pas la condition nécessaire pour que la guérison puisse s'opérer par les seuls efforts de la nature. Nous avons dit que ces conditions matérielles sont la dilacération de la capsule antérieure du cristallin, ou la continuité de cette membrane restée intacte.

Après avoir constaté l'un ou l'autre de ces deux états, le praticien sait désormais quelle devra être sa détermination ultérieure. Si la capsule est ouverte, et si cette même ouverture persiste, il doit tout attendre des seuls efforts de la nature. Son rôle doit se borner alors à favoriser l'absorption des parties opaques par des moyens appropriés, et à combattre les complications qui existent ou qui surviennent parfois d'une manière intercurrente.

Lorsqu'au contraire la capsule est intacte, ou quand la solution de continuité qu'elle a éprouvée s'est oblitérée, il ne reste plus qu'à préparer le malade à l'opération en combattant les accidents phlegmasiques qui coexistent le plus souvent.

Projets de modifications des écoles de pharmacie.

Grâce au bon sens d'une sous-commission des finances, dans laquelle se trouvaient quelques honorables confrères représentants, les écoles de médecine et de pharmacie de Paris paraissent être à l'abri de l'orage qui les menaçait; elles échapperont à toute espèce de mutilation. Mais si l'on a renoncé aux projets que l'on avait conçus dans ce sens, on n'a point renoncé à toute idée de modification; et, si nous sommes bien informé, le ministère serait à peu près d'accord avec l'Assemblée pour en adopter une qui semble plutôt favorable que contraire aux véritables intérêts de la science et de la profession pharmaceutique. Voici ce dont il s'agirait.

L'école de Paris resterait telle qu'elle est quant à son personnel. Quant à ses attributions, elle continuerait à enseigner et à délivrer des diplômes pendant toute l'année, comme elle l'a fait jusqu'ici; et, de plus, elle enverrait un délégué aux autres écoles à l'époque des examens.

Les écoles de pharmacie de Strasbourg et Montpellier, celles préparatoires de Bordeaux, Lyon, Rennes et Toulouse, seraient fondues dans la faculté des sciences des mêmes villes, et auraient seules le privilége de délivrer des diplômes à une époque déterminée de l'année, toutefois, avec le concours et sous la surveillance d'un délégué de l'école centrale de Paris.

La dispersion de ces écoles sur les divers points du territoire permettrait de supprimer les jurys pharmaceutiques, et par conséquent il n'y aurait plus qu'un seul ordre de pharmaciens.

Quant à la raison qui a engagé à confondre les écoles de pharmacie avec la Faculté des sciences plutôt qu'avec la Faculté de médecine, elle nous paraît excellente : on voudrait prévenir ainsi toute promiscuité entre les études médicales et pharmaceutiques, et par suite, s'il est possible, ces empiétements de la profession pharmaceutique sur la profession médicale, et réciproquement, qui ne s'observent que trop souvent aujourd'hui. Il nous semble qu'on ne peut qu'applaudir à de tels projets.

La question des embaumements a été jugée par l'Académie nationale de médecine; on veut aujourd'hui faire prendre le change à l'opinion publique. Voyons les faits.

M. Gannal insinue qu'un rapport de l'Institut infirme celui de l'Académie de médecine, qui condamne ses procédés. Il n'en est rien.

Ce rapport a pour objet un avant-bras desséché dans ses anciennes expériences. Ce n'est point un avant-bras seulement qu'il fallait montrer; un avant-bras se conserve sans injection. C'est le corps entier qu'il eût fallu exhumer. M. Gannal ne l'a pas fait et ne le fera pas.

M. Gannal parle souvent de M. de Quélen, et voudrait laisser croire que ses procédés actuels auraient le même résultat. Rien n'est moins vrai.

M. de Quélen a été embaumé par la méthode arsénicale. La loi interdit aujourd'hui l'emploi de ce procédé, et l'Académie de médecine a constaté que les moyens actuels de M. Gannal, sans arsenic, ne conservent plus.

M. Gannal informe le public des opérations pratiquées en 1848. Cela ne prouvera pas d'avantage.

Au nombre de ces opérations pratiquées en 1848, se trouvent les victimes de février trouvées en décomposition au mois d'août. La pharmacie Roques, rue Saint-Antoine, 166, a fourni son liquide conservateur pour leur désinfection.

La question a été bien jugée et se juge encore tous les jours. Sur les indications des membres les plus honorables du corps médical, la méthode du docteur Sucquet a été appliquée déjà 212 fois.

Parmi les opérations, nous remarquerons celles du prince Galitzin, du prince Elim Mitcherski, de S. A. madame Adélaïde d'Orléans, du prince de Beauveau, du prince Mustapha-Bey, etc.; du maréchal Oudinot, des généraux Nègre, Jamin, Duchaud, etc.; du duc de Larochefoucauld-Liancourt, de madame de Larochefoucauld-Doudeauville, du docteur Guersent, de la comtesse de Bar, de Casa-Riera, Marescalchi, etc., etc.

Nous ajouterons que la pharmacie Roques a été appelée à des distances considérables pour y pratiquer des opérations : à Tours, à Orléans, et qu'enfin, sur la réquisition des tribunaux de Paris et de Versailles, elle a dû conserver les victimes inconnues de certains assassinats pour faciliter les recherches de la justice.

Le rapport de l'Académie nationale de Médecine produit ses conséquences naturelles.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 6 MARS 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 27.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 5 MARS 1849.

Des inconvénients du régime administratif et scientifique des eaux minérales en France.

(Suite et fin du n° précédent.)

II.

Je disais tout à l'heure que l'eau minérale se trouvait parfois étendue d'eau à la source. La fraude est poussée beaucoup plus loin sur les lieux de consommation, où le marchand d'eaux et le pharmacien la fabriquent très souvent de toutes pièces, sans même se préoccuper beaucoup de sa véritable composition.

Quoique ces fraudes se pratiquent journellement à Paris sur une assez grande échelle, c'est surtout en province qu'elles sont le plus répandues. Pour en donner une preuve, je me bornerai à citer un fait assez significatif pour me dispenser d'en signaler d'autres.

Dans une cité populeuse où les eaux d'un établissement thermal voisin sont en grande réputation, où il se consomme annuellement plus de 1,000 litres d'eau qui est censée provenir de cet établissement, eh bien! j'ai constaté sur les livres du fermier de ces eaux qu'il n'avait pas été délivré, en 1846 et 1847, 100 litres d'eau à la destination de la ville en question.

Ces fraudes, un peu plus difficiles à accomplir à Paris qu'en province, y ont été cependant, et sont encore l'objet d'assez grandes exploitations. En ce moment même, M. le ministre du commerce est obligé de poursuivre devant les tribunaux un industriel qui a été surpris en flagrant délit d'une fraude semblable.

Quoique les limites de ce rapide aperçu ne me permettent guère de chercher à établir les différences qui peuvent exister entre une eau minérale factice et une eau naturelle, qu'il me soit permis cependant d'entrer dans quelques courts développements à ce sujet, ne fût-ce que pour éclairer les personnes qui, profitant de quelques notions imparfaites de chimie, se livrent à la fabrication de ces eaux artificielles, et croient, par ce genre de synthèse, ne faire d'autre tort aux malades que de leur subtiliser leur argent, sans nuire à leur santé.

Lorsqu'on admet, comme on le fait généralement après avoir, je suppose, constaté dans une eau minérale la présence de la soude et de la magnésie, du chlore et de l'acide sulfurique, on admet, dis-je, en exprimant les résultats de l'analyse, que cette eau renferme du sulfate de soude et du chlorure de magnésium, on fait là une supposition tout à fait gratuite; car rien ne prouve que les mêmes éléments ne soient pas combinés de manière à constituer du sulfate de magnésie et du chlorure de sodium, arrangement qui pourrait bien ne pas être sans importance pour les propriétés médicales de l'eau.

D'un autre côté, des faits d'observation portent à penser que ce sulfate de soude ou de magnésie et ce chlorure de magnésium ou de sodium n'existent pas dans l'eau à leur état normal, qu'ils s'y trouvent, au contraire, dans un état particulier, ou qu'ils y constituent même probablement une combinaison double, analogue à celle dont MM. Berthier et Boussingault ont signalé l'existence, et dont les propriétés physiques paraissent indépendantes des deux sels qui les composent. Or, on conçoit que de pareilles combinaisons puissent donner à l'eau des propriétés thérapeutiques.

Je suis chargé, en ce moment, d'examiner une eau dont la composition et les caractères viennent tout à fait à l'appui de cette manière de voir. Cette eau tient en dissolution, concurremment avec un carbonate alcalin, une quantité notable d'un sel de chaux. Ne faut-il pas que ce dernier sel se trouve engagé dans quelque combinaison double particulière pour qu'il puisse ne pas obéir à la loi des doubles décompositions.

Des considérations d'une autre nature viennent d'ailleurs s'ajouter à celles qui précèdent. J'ai déjà eu occasion de parler des silicates et aluminates alcalins qui existent dans les eaux et peut-être même beaucoup plus souvent qu'on ne le pense. A cet égard, je dois faire remarquer que nous savons si peu de choses sur ces produits, et en général sur l'état de la silice et de l'alumine dans les eaux, qu'il est très probable que les personnes qui se livrent à la contrefaçon qui nous occupe n'ont jamais cherché et ne chercheront probablement jamais à imiter la nature de ce côté.

Enfin, ce qui ne permet guère d'admettre qu'on puisse imiter les eaux minérales dans leur composition sans porter préjudice à leurs propriétés médicales, c'est la présence dans ces eaux de quantités infiniment petites de certains corps qui ne sont peut-être pas étrangers à leur action thérapeutique, tels que l'arsenic, le phosphore, etc., qu'on y trouve dans des états qui nous sont inconnus, ainsi que certains produits organiques qu'on y rencontre aussi fort souvent.

Les faits qui précèdent me semblent donc démontrer d'une manière péremptoire que la substitution d'une eau minérale artificielle ou factice à une eau minérale naturelle, alors surtout que celui qui l'achète et le médecin qui l'a prescrite n'en ont pas été prévenus, est un acte coupable qui lèse à la fois les intérêts du malade et compromet sa santé.

Les inconvénients qui résultent de la falsification des eaux minérales ne sont pas les seuls que l'on ait à constater dans le commerce assez étendu dont elles sont l'objet; il en est d'autres qui tiennent particulièrement à leur plus ou moins grande altérabilité.

Il y a des eaux minérales qui sont susceptibles de s'altérer avec la plus grande facilité; il existe, par exemple, certaines eaux sulfureuses dont les éléments sont si peu stables, et qui sous certaines influences encore peu connues s'altèrent si vite que les sulfures ou sulfo-sels qu'on y rencontre à la source sont presque complétement oxydés et transformés en hyposulfites, sulfites ou sulfates lorsqu'elles arrivent au consommateur; c'est-à-dire que, de très actives qu'elles étaient, elles sont devenues à peu près inertes.

Dans quelques circonstances encore mal appréciées, certaines eaux salines éprouvent une altération ou métamorphose en quelque sorte inverse à la précédente, sous l'influence sans doute de quelques traces de matière fermenticide qui vient allumer, pour ainsi dire, un genre tout particulier de combustion : les sulfates qu'elles renferment se trouvent réduits par les quelques produits organiques qu'on y rencontre ou par ceux que leur cède le bouchon de la bouteille, et sont transformés en sulfure, de telle sorte que l'eau contracte par cette réaction une odeur et une saveur fort désagréables, et probablement aussi des propriétés qui ne doivent plus permettre de les administrer.

On voit donc qu'il y a encore quelque chose à faire de ce côté. Je sais très bien que, si l'on cherche à arrêter le cours de ces abus, les marchands d'eaux minérales ne manquent pas d'objecter qu'étant étrangers à ces altérations il serait peu juste de leur faire supporter les pertes qu'elles pourraient entraîner; mais est-il plus juste de faire supporter ces pertes aux malades et de leur faire avaler en outre des eaux fétides ou complétement inertes! Il y a là, je le répète, des mesures à prendre et une surveillance active et éclairée à exercer.

Maintenant que j'ai donné une idée du mal, je vais chercher à mettre en lumière l'insuffisance des moyens qu'on a conçus jusqu'à ce jour pour l'arrêter ou le prévenir.

III.

Les médecins inspecteurs sont seuls chargés de prévenir, à la source, les abus qui pourraient y être commis; je dois le dire immédiatement, ces médecins me paraissent dans de très mauvaises conditions pour bien remplir leur mission.

D'abord on reconnaîtra parfaitement avec moi, et ils reconnaissent d'ailleurs eux-mêmes, qu'en général ils ne possèdent jamais assez bien les connaissances spéciales nécessaires pour constater et prévenir les altérations spontanées et les sophistications dont j'ai parlé. Pour pouvoir s'occuper avec succès de ces questions, il y a à pratiquer quelques opérations de chimie assez délicates pour être exclusivement du ressort des hommes spéciaux.

On pourra craindre ensuite que le médecin inspecteur

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL

Moralisation des annonces. — Perfectionnement de l'art du diagnostic.

Un des plus grands moralistes de notre temps, le citoyen Emile de Girardin, n'avait point dédaigné, à une époque où les préoccupations politiques lui laissaient quelques loisirs, de porter ses idées réformatrices jusque sur les annonces : il trouvait qu'elles offusquaient trop souvent les regards pudiques, et il avait formé le projet de les moraliser. Le 24 février vint malheureusement déranger ces plans vertueux. Mais l'idée du célèbre réformateur n'a point été perdue. Un de nos honorables confrères, qui s'occupe avec le plus grand succès de moraliser tout ce qui de près ou de loin, matériellement ou moralement, intéresse la profession médicale, a eu l'heureuse inspiration de recueillir l'idée de son illustre maître et de la féconder dans sa sphère d'action. C'est dans ce but qu'il vient d'adresser à l'Académie nationale de Médecine la pétition suivante :

A messieurs de l'Académie nationale de Médecine.

« Messieurs,

» Vous savez trop avec quelle ardeur je me livre à la pratique de la vertu pour qu'il y ait nécessité d'insister sur ce point. Tout soupçon malveillant sera donc impossible lorsque je viendrai vous dire, moi en personne :

» Faut de la vertu, pas trop n'en faut.

» Eh bien! messieurs, s'il est une chose indubitable et certaine, c'est que vous avez trop de vertu; je puis d'autant plus vous adresser ce reproche sans craindre de vous blesser que j'ai eu moi-même le tort de tomber dans un pareil excès, et qu'à peine depuis quelques mois je suis rentré dans les limites de cette vertu traitable qui est le cachet du vrai sage. Je pourrais vous citer plusieurs preuves à l'appui de mon reproche; je me contenterai d'un seul : vous êtes trop austères à l'encontre des inventeurs de remèdes secrets. Votre excès de vertu a beaucoup d'inconvénients : d'abord, elle décourage les honorables industriels qui comptent et qui devraient toujours compter avec raison sur votre haute protection; puis, elle dérange très notablement mes honnêtes petits calculs : comme j'avais fait serment de ne céder le pas à personne en fait de vertu, je me serais bien gardé d'annoncer au public un remède, un procédé, un instrument, une chose quelconque que l'Académie n'aurait pas jugée digne de son approbation; or, votre haute intelligence vous fera comprendre facilement que si l'Académie n'approuve rien, moi je ne pourrai qu'annoncer zéro, ce qui est un métier beaucoup trop ingrat par cet affreux temps de matérialisme social qu'on appelle fraternité.

» Quant aux conclusions de cette pétition, elles sont faciles à deviner. Si l'Académie, dédaignant mes conseils, persistait dans son austérité exagérée, si elle ne voulait pas moraliser les annonces en les approuvant, je me verrais, avec le plus grand respect, obligé de me séparer d'elle; et, lui laissant le rôle farouche d'Alceste, de prendre le rôle plus sociable de Philinte. J'espère d'ailleurs que cet avertissement arrêtera l'Académie sur la pente extra-vertueuse qui l'entraîne, et qu'elle préviendra une scission qui, soit dit sans vanité, lui ferait le plus grand tort.

» Je termine en rappelant à Messieurs de l'Académie cet article du catéchisme de mon illustre maître, dont la vérité est aussi éclatante que la lumière du soleil :

« Supprimer et éteindre l'annonce est impossible; il faut donc la moraliser.

» OE...,

» professeur de morale spéciale. »

L'Académie doit délibérer sur cette importante pétition. Nous aurons soin de tenir nos lecteurs au courant des résultats de sa délibération.

Pendant que les uns s'occupent du perfectionnement du diagnostic (ce n'est point cependant de MM. Rostan, Louis ou Piorry que nous voulons parler ici, pas plus que d'auscultation ou de percussion), il s'agit d'un moyen beaucoup plus ingénieux enfanté par les profondes méditations de M. X...

M. le docteur X. habite un des quartiers les plus populeux de Paris; ses revenus médicaux sont, bon an, mal an, de cent mille fr. au moins. Il ne donne que des consultations, et va rarement en ville. Son cabinet, outre la richesse des tentures et de l'ameublement, présente dans son milieu une immense table couverte d'un tapis et surchargée d'un nombre infini d'instruments; on en a compté jusqu'à 400. Le salon d'attente est toujours encombré d'une foule compacte et causeuse de visiteurs. Lui, le célèbre Esculape, sans cesse accablé sous le poids de ses fatigues, trône dans son cabinet en manches de chemise, et reçoit ses malades avec toute la supériorité qui appartient au génie. Ne me parlez pas, commence-t-il à leur dire; je veux acquérir votre confiance pleine et entière; je n'ai besoin pour reconnaître votre maladie ni de l'historique des antécédents, ni de l'exposition des symptômes; tout cela, je dois le trouver dans le pouls. Si je me trompe (car l'homme est faillible), vous pourrez aller voir un autre médecin, car je ne pourrais plus rien pour vous; si je devine juste, au contraire, vous êtes sûr de votre guérison.

Et s'emparant du bras du malade, il consulte ou plutôt feint de consulter le pouls durant un quart d'heure, dans le plus profond silence et la plus religieuse concentration.

L'épreuve finie, l'Esculape se trompe rarement dans l'énumération des symptômes passés et présents, il raconte avec une exactitude désespérante toutes les souffrances qu'a supportées le malade et toutes les douleurs qui le tourmentent encore. Le malade, tout à la fois surpris, charmé et enthousiasmé de la science du médecin, se donne à lui corps et âme, sans oublier la bourse; car son sauveur le lui rappellerait au besoin.

Cette surprenante facilité de diagnostic nous rappelle celle que possédait un médecin de Pise, le docteur Poggi, fort renommé dans son pays. L'Italien, lui, se contentait de la vue du malade et ne se permettait jamais d'autre examen. Nous avons appris plus tard que d'habiles et discrets confidents étaient les bases sur lesquelles reposait toute la science véritablement extraordinaires.

Des envieux ou des calomniateurs peut-être nous ont assuré que notre confrère de Paris avait dans son cabinet d'attente un assez grand nombre de compères et de commères qui, outre l'avantage de faire foule, avaient le talent de faire causer les malades immédiatement inscrits après eux sur la liste de réception.

Dans tous les cas, nous devons reconnaître qu'en dehors de cette supercherie notre confrère, homme très instruit du reste, soigne admirablement ses malades et tient assez souvent les promesses qu'il a faites. Tout son charlatanisme, si charlatanisme il y a, consiste à impressionner vivement ses malades à la première visite, car il connaît toute l'importance et toute la vérité du proverbe : La première impression ne s'efface jamais.

XX.

alors même qu'il aurait les connaissances spéciales voulues pour découvrir ces fraudes ou ces altérations, n'ait pas l'indépendance nécessaire pour les signaler à l'administration. Je m'explique.

Le médecin inspecteur d'une eau minérale a, en général, sollicité son emploi, non à cause du traitement plus que modeste qui s'y trouve attaché, mais bien parce que cela lui crée presque toujours, pendant une certaine époque de l'année, une nombreuse et quelquefois riche clientèle. Mais il lui est souvent bien difficile d'acquérir cette clientèle sans sacrifier une partie de son indépendance; en effet, s'il lui arrivait de contrarier trop fréquemment ou trop violemment le propriétaire ou fermier des eaux dans ses petits moyens d'exploitation, son but principal se trouverait manqué, c'est-à-dire sa clientèle singulièrement compromise; cela se conçoit facilement, lorsqu'on sait qu'en même temps qu'il débite ses eaux, le propriétaire ou fermier exploite le plus souvent le principal ou unique hôtel-restaurant de la localité, où les malades un peu aisés ne manquent jamais de descendre, ne serait-ce que dans l'espoir bien fondé d'être mieux traités dans le service médical de l'établissement.

Le fermier ou le propriétaire acquiert donc, par cette double position, une influence réelle sur tout le personnel de l'établissement; de telle sorte que si l'inspecteur cherchait à lutter contre lui, ce médecin se trouverait bientôt éloigné du contact direct et journalier des malades, parce qu'un autre serait appelé dans l'hôtel-restaurant, qu'on ne manquerait pas de prôner, de recommander et d'imposer, pour ainsi dire, et qui, à coup sûr, ne manquerait pas d'enlever au moins une bonne partie de la clientèle à son trop consciencieux confrère.

Il est rare qu'un médecin inspecteur qui est mal avec le propriétaire ou fermier des sources puisse longtemps soutenir la lutte, et ne finisse pas par donner sa démission. J'en connais un cependant qui a résisté en pareil cas, sinon avec avantage, du moins avec entêtement, et qui a pu conserver sa position; mais plus d'une fois il a été obligé de donner ses consultations en plein vent, et d'aller chercher, à plus de trois kilomètres des sources, un gîte que le propriétaire lui faisait refuser dans toutes les maisons avoisinant l'établissement.

Au surplus, les médecins inspecteurs et les propriétaires ou fermiers des eaux sont trop intéressés à s'entendre pour que, le plus souvent, ils ne soient en parfait accord. Qu'on juge alors de ce qui doit arriver, sinon très souvent, pour le moins quelquefois. Pour s'en faire une juste idée, qu'on se figure un établissement éloigné de toute habitation, à l'abri de tout regard indiscret, fréquenté par des malades dont le moral est déjà affaibli par les souffrances, et dont l'administration et la surveillance sont exclusivement abandonnées à deux hommes qui ont un égal intérêt à commettre certains abus.

Si les moyens employés jusqu'à ce jour pour réprimer les abus qui se produisent dans les établissements d'eaux minérales paraissent insuffisants, ceux que l'on met en œuvre pour arrêter les fraudes qui se pratiquent dans le commerce des eaux le paraîtront bien davantage encore.

La surveillance, dans ce cas, est pour ainsi dire nulle; car si les jurys médicaux qui vont tous les jours inspecter les médicaments ne peuvent rien contre les eaux, et s'ils étaient parfois tentés d'outrepasser leurs pouvoirs à leur égard en les considérant comme remèdes du Codex, ils ne pourraient invoquer aucune pénalité contre le sophisticateur. D'ailleurs, les jurys médicaux ne fonctionnent qu'une fois l'an; et parmi les hommes qui le composent, en général ceux de province, il s'en trouve bien peu qui soient assez familiarisés avec l'analyse chimique pour pouvoir établir l'identité d'une eau minérale et prévenir les abus dont il a été question.

Paris possède, il est vrai, une inspection particulière d'eaux minérales, composée de deux inspecteurs médecins; mais ces honorables fonctionnaires ne possèdent, dit-on, aucune des connaissances indispensables au sérieux accomplissement de leurs devoirs. Si les renseignements qui nous sont parvenus sont exacts, ces médecins se contenteraient d'aller chez les marchands d'eaux minérales vérifier sur le goulot des bouteilles les cachets des divers établissements. On avouera que si cette inspection doit se borner à une simple vérification des cachets, M. le préfet de police aurait mieux fait de confier ces fonctions à un agent de police, qui les aurait probablement mieux remplies et surtout à moins de frais. Mais si au contraire on veut que cette inspection soit sérieuse, il faut la confier à des hommes capables d'exécuter les analyses chimiques indispensables pour lui faire produire les résultats qu'on est en droit d'en attendre.

Maintenant que j'ai passé en revue les principaux inconvénients ou abus du système qui régit actuellement les eaux minérales, je vais essayer d'indiquer qu'elles seraient les dispositions réglementaires qui pourraient prévenir ces abus. Je me contenterai d'indiquer sommairement chacune de ces dispositions, sauf à développer plus tard, s'il y avait lieu, tous les motifs sur lesquels elle est fondée.

Art. 1er. La vente et l'usage d'une eau réputée minérale qui n'aura pas été approuvée par l'Académie nationale de Médecine et légalement autorisée, sont interdits.

Art. 2. Toute personne qui désirera faire examiner par l'Académie, et faire régulièrement autoriser s'il y a lieu une eau minérale qui coule sur sa propriété, devra à cet effet adresser une demande au préfet du département, que celui-ci transmettra sans retard au ministre, pourvu toutefois que la demande soit approuvée par deux médecins et un pharmacien de l'arrondissement dans lequel se trouve la source, et que le demandeur ait déposé une somme de 300 francs destinée à couvrir les divers frais que la demande occasionnera.

Art. 3. Les propriétaires de sources minérales qui sont depuis longtemps fréquentées par des malades et qui sont reconnues par tradition, doivent, dans le délai de..., régulariser leur position. Ils seront tenus de se conformer aux formalités prescrites par l'article 2, sans toutefois avoir besoin de l'approbation des médecins et du pharmacien.

Art. 4. L'Académie ne pourra être appelée à faire un rapport sur une eau minérale qu'après avoir reçu du ministre, avec les formalités déjà en usage, une quantité d'eau égale au moins à quinze litres, et qu'après avoir envoyé sur les lieux et aux frais du propriétaire un chimiste pour exécuter certains travaux qu'il y a toujours à faire à la source, et pour bien établir la position géologique et topographique de celle-ci.

Art. 5. Une eau minérale approuvée par l'Académie ne pourra dans aucun cas être livrée aux malades que tout autant que l'établissement sera pourvu d'un médecin, qui prendra le titre de *médecin directeur*. La nomination de celui-ci sera faite par le ministre, qui choisira entre trois candidats que le propriétaire sera obligé de présenter au préfet, et avec lesquels il aura réglé d'avance la question du traitement, qui reste complètement à sa charge, et dont n'a pas à s'occuper l'administration.

Art. 6. Le médecin directeur sera tenu de résider trois jours de la semaine au moins dans l'établissement, de se soumettre à toutes les prescriptions de l'administration centrale, et de concourir à toutes les mesures administratives qu'elle croira devoir lui indiquer dans l'intérêt des malades, de la science et de l'établissement. Il sera en outre tenu de donner gratuitement ses soins aux indigents.

Art. 7. Le propriétaire d'eaux minérales sera désormais tenu de faire exécuter à ses frais tous les travaux nécessaires pour prévenir la perte ou l'altération d'une eau dans le cas où celle-ci aurait besoin d'être aménagée pour suffire à toutes les demandes. Dans aucun cas il ne pourra faire exécuter des travaux aux sources qui lui appartiennent sans que ceux-ci n'aient préalablement été approuvés par l'administration.

Art. 8. Les eaux minérales ne pourront désormais être expédiées et vendues loin de la source que dans des vases de verre noir ou de grès verni et cachetés de manière à ce qu'une lanière de papier détachée d'une souche commune portant le nom des établissements, le numéro d'ordre et l'époque du puisement, soit liée au col de la bouteille, et prise par une de ses extrémités dans la cire du cachet. Le livre-souche devra être expédié tous les mois à l'administration centrale.

Art. 9. Les eaux minérales exportées à plus de trois kilomètres des sources sont désormais frappées d'un droit de cinq centimes par litre, que le fermier ou le propriétaire sera chargé de percevoir et de verser dans la caisse du receveur.

Art. 10. Il est créé au ministère de l'agriculture et du commerce une inspection générale d'eaux minérales, composée de quatre inspecteurs pris exclusivement parmi des chimistes qui auraient donné la preuve, par des travaux antérieurs à leur nomination, qu'ils sont déjà exercés à l'analyse des eaux minérales. Ils seront chargés de parcourir, pendant la saison des eaux, les divers établissements d'eaux minérales, afin de constater et de signaler les abus qui pourraient se produire pendant toute l'année. Ces inspecteurs resteront chargés de surveiller la vente des eaux minérales, non seulement à Paris, mais dans toute la France.

Art. 11. Dans les cas de contravention aux articles ci-dessus, le ministre, sur le rapport de l'inspecteur ou des inspecteurs, devra pouvoir mettre un établissement en régie, révoquer un médecin directeur, en nommer un autre d'office, et faire condamner à des peines qui seront ultérieurement indiquées les personnes qui se rendront coupables de fraudes.

Art. 12. Un comité de prévoyance sera désormais attaché à chaque établissement régulièrement autorisé. Ce comité aura principalement pour mission de signaler à l'administration les dispositions particulières qu'il y aurait à prendre dans chaque établissement en faveur des indigents et des personnes peu aisées qui les fréquentent. A cet égard, il devra surtout examiner avec impartialité s'il n'y a pas lieu à imposer certaines obligations aux propriétaires des sources, et à demander des secours ou une allocation annuelle à la commune, au département ou à l'administration centrale. Le comité se réunira, au moins une fois par an, sur la convocation du préfet, dans la mairie de la commune où se trouve l'établissement. Ce comité sera composé du médecin directeur, du maire de la commune ou de son adjoint, du membre du conseil général nommé dans le canton, et enfin, du préfet ou d'un conseiller de préfecture qui présidera le comité.

Art. 13. Les eaux minérales appartenant à l'Etat sont soumises aux mêmes régimes que toutes les autres. L'Etat devra toujours en conférer l'exploitation à un fermier qui sera responsable des contraventions, et qui, lorsque ces contraventions seront judiciairement établies, pourra se voir condamner à l'amende, et, au besoin, à la résiliation des traités qui lient l'Etat envers lui.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. Baudens, chirurgien en chef.

Considérations pratiques sur l'adénite chronique.

Par le Dr Didiot, aide de clinique.

Les engorgements ganglionnaires chroniques sont fréquents chez les soldats, et ils semblent se développer de préférence à la région cervicale et sous-maxillaire.

Presque toujours il reconnaissent pour cause l'impression d'un froid humide, une carie profonde des dents, ou quelque autre affection de la cavité buccale, une irritation du cuir chevelu (eczéma, érysipèle, etc.).

Quelquefois leur apparition est liée à un état général constitutionnel, à la diathèse scrophuleuse. Enfin chez quelques-uns l'usage d'un col un peu dur n'est pas étranger à leur développement. Si ce développement paraît souvent se faire sans cause connue, c'est qu'on ne réfléchit peut-être pas assez aux conséquences de l'infection miasmatique à laquelle sont exposés nos jeunes soldats dans les casernes et les corps-de-garde, surtout en hiver.

Placés plus ou moins profondément, agglomérés en masse ou sous forme de chapelet, les ganglions acquièrent quelquefois un volume très considérable, et envoient des prolongements jusque sur les vertèbres cervicales, sous le muscle sterno-mastoïdien, et le long de la gaine des vaisseaux carotidiens. Ceux de la région parotidienne déterminent l'atrophie de la glande; on voit ceux du cou gêner la respiration, la déglutition, et mettre obstacle à la circulation.

Traitement. — Parmi les moyens curatifs mis en usage par M. Baudens, les uns constituent le traitement général ou préparateur, les autres le traitement local.

Dans la grande majorité des cas, M. Baudens dispose en effet par un traitement général (saignée du bras et eau de Sedlitz) ses malades aux diverses médications spéciales que comporte la nature de chaque affection. Il fait judicieusement observer que dans les hôpitaux militaires, où les malades atteints de lésions externes sont pour la plupart des hommes adultes ou bien constitués, une saignée déplétive ou un léger purgatif, et quelquefois même ces deux moyens ensemble rendent plus libre la circulation, favorisent l'absorption et facilitent le traitement local.

Ce dernier varie ensuite selon le mode de terminaison (résolution, suppuration, induration).

La terminaison par résolution est rare; elle doit toujours être tentée par l'emploi des frictions avec la pommade mercurielle camphrée, ou la pommade d'iodure de potassium par les vésicatoires, et l'application sur la tumeur de flanelle et de taffetas ciré qui entretiennent la région dans un bain de vapeur permanent.

Si la suppuration est inévitable, M. Baudens conseille de n'ouvrir les abcès qui se forment alors qu'après un ramollissement bien complet des glandes. Il donne issue au pus par une simple ponction avec le bistouri, et laisse revenir peu à peu, de jour en jour, la tumeur sur elle-même, pour la ponctionner de nouveau.

Lorsqu'au contraire c'est l'induration qui est persistante, et qu'on n'a plus l'espoir d'une prompte résolution, afin de ne pas prolonger le séjour des malades à l'hôpital, il est préférable de recourir au moyen extrême, l'extirpation. Comme la tumeur a le plus souvent des adhérences profondes, des massages continuels de la part des malades, et des frictions avec la pommade à l'iodure de plomb, suffisent pour obtenir toute la mobilité désirable pour l'exécution plus facile de l'opération.

Les préceptes donnés par M. Baudens pour la pratiquer sont les suivants:

Une incision simple ou semi-elliptique est faite aux téguments avec un bistouri, et suivant le plus grand axe de la tumeur. Le kyste étant mis à nu et ouvert, l'opérateur fait écarter les lèvres de la plaie par un aide, et détruit avec une spatule les adhérences qui existent entre la face interne du kyste et les ganglions, de manière à faire l'énucléation de ceux-ci, qui ne restent plus alors attachés que par les nerfs et les vaisseaux destinés à leur nutrition, comme par une sorte de pédicule. On pratique ensuite la torsion de ce pédicule, et pour cela on se sert de deux érignes doubles dont on rapproche les manches, et on procède à la torsion jusqu'à ce que la glande vienne à tomber.

Par ce procédé, imaginé par M. Baudens, il n'y a ni hémorrhagies, ni ligatures à faire. On comprend qu'il est préférable à la dissection avec le bistouri sous tous les rapports, mais surtout au point de vue de l'hémostasie.

Selon les remarques de M. Baudens, quand, au lieu de procéder par énucléation et par torsion, on dissèque les ganglions avec le bistouri, on s'expose alors à des hémorrhagies fort difficiles à arrêter à cause d'une disposition particulière que cet habile chirurgien a fait connaître. En effet, les vaisseaux qui ont grossi avec la tumeur traversent pour y arriver les parois d'un kyste résultant du refoulement des lames du tissu cellulaire et du feutrage de ces lames entre elles. Après leur incision ils se rétractent en dehors du kyste par leur élasticité propre; le fond du kyste est une espèce de crible qui fournit constamment du sang. On saisit les ouvertures du kyste sans prendre en même temps les vaisseaux, et alors des difficultés pour suspendre le cours du sang sont d'autant plus grandes qu'on ignore le mécanisme suivant lequel il est produit et entretenu.

Lorsque le ganglion présente une texture serrée, ferme, la torsion s'opère facilement et promptement à l'aide des érignes. Mais l'état suppuré des ganglions ou leur fonte partielle rend quelquefois la torsion assez difficile, parce que leur tissu se déchire à la moindre traction; les doigts de l'opérateur doivent alors venir en aide à l'instrument pour saisir en même temps la tumeur à sa racine.

Quant au pansement fait par M. Baudens, il présente une particularité fort importante : il consiste dans la réunion de la plaie, l'application d'un linge fenêtré et cératé, et d'une éponge fine extérieurement placée du volume de la tumeur enlevée, afin de faire une douce et élastique compression, de faire disparaître le vide et de mettre en contact permanent les surfaces traumatiques de la poche que renfermait la glande enlevée; le petit appareil est maintenu par quelques tours de bande.

M. Baudens est partisan de la réunion immédiate : il la pratique ordinairement en plaçant un seul point de suture au moyen d'une aiguille courbe. Il est vrai qu'on a objecté à cette pratique que le vide apporté par l'enlèvement de la tumeur ganglionnaire s'oppose à ce qu'on réapplique les parties, et qu'il rend nécessaire l'interposition de quantités variables de charpie entre les parois. Mais cette méthode n'aurait-elle pas pour inconvénient de provoquer des suppurations abondantes et prolongées, souvent des inflammations très vives et de retarder la guérison ?

L'application d'une éponge fine et douce, imbibée d'eau froide, a, au contraire, l'avantage de rapprocher les parties superficielles des parties profondes, et d'empêcher la formation d'un cul-de-sac où s'accumulerait la suppuration.

Quelques circulaires de bande servent à la maintenir; pendant quelques jours, on a soin de l'arroser d'eau froide. Il arrive souvent qu'ainsi on obtient des cicatrisations en trois ou quatre jours et sans la moindre réaction inflammatoire.

Parmi les nombreux cas que nous avons observés à la cli-

nique du chirurgien en chef du Val-de-Grâce, en voici deux qui, en résumant tous les autres, pourront démontrer la supériorité de son procédé opératoire.

Obs. I. — Curin, soldat au 6e d'artillerie, âgé de vingt-quatre ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique sanguin, est entré à l'hôpital le 1er mai 1848.

Il porte sous l'angle de la mâchoire, à gauche, une tumeur de la grosseur du poing, à surface très inégale, bosselée, adhérant profondément par une base assez large qu'il n'est pas possible de circonscrire : elle paraît même s'étendre sous le muscle sterno-mastoïdien. La peau qui la recouvre n'est nullement altérée; elle ne présente ni rougeur ni amincissement. On ne perçoit du reste aucune fluctuation, et la tumeur, indolore à la pression, ne gêne que les mouvements de la mâchoire.

Rien n'annonce chez le malade les caractères d'une disposition aux scrophules : il fait remonter à quatre mois l'apparition de son engorgement, qu'il n'attribue qu'à des fatigues souvent répétées.

Le jour de son entrée à l'hôpital, on prescrit une bouteille d'eau de Sedlitz; on fait ensuite usage des frictions mercurielles, des frictions avec la pommade d'iodure de potassium; puis on emploie les vésicatoires entretenus huit à dix jours; les frictions mercurielles camphrées et enfin la pommade avec l'iodure de plomb sont reprises. La résolution ne s'étant pas faite complétement, le vingt-cinquième jour M. Baudens se décida à pratiquer l'extirpation de la tumeur par son procédé, après avoir préalablement *mobilisé* les masses ganglionnaires par un massage continuel pour détruire les larges adhérences profondes. Six ganglions furent successivement énucléés et extraits, et la cicatrisation de la plaie, complète le huitième jour, n'était marquée que par une ligne régulière peu apparente.

Obs. II. — Demaisière, fusilier au 16e léger, d'une constitution vigoureuse, d'un tempérament lymphatique sanguin, est entré à l'hôpital, le 26 janvier 1848, porteur d'une adénite sous-maxillaire à droite, qu'il déclare consécutive à une fluxion de la joue.

La peau est légèrement rouge et chaude sur les points tuméfiés; il y a un peu de douleur à la pression; au toucher, on reconnaît facilement un ganglion engorgé. Les prescriptions sont : une saignée du bras et des frictions avec la pommade mercurielle camphrée; pendant dix jours, les moyens locaux indiqués plus haut sont mis en usage sans succès : l'extirpation est préparée pendant quelques jours par des massages répétés de la tumeur, et elle est pratiquée selon les règles ordinaires le 15 février.

Quatre jours après, le malade sortait guéri avec une simple cicatrice linéaire.

HOPITAL SAINTE-MARGUERITE. (Hôtel-Dieu annexe.)

M. Valleix.

Observation de névralgie générale, suivie de considérations importantes sur le diagnostic de cette maladie.

La névralgie générale, dit M. Valleix, est une affection encore très peu connue. Chaque jour nous en avons la preuve en observant des cas traités ailleurs, et dans lesquels cette maladie a passé inaperçue. Il est donc du plus grand intérêt d'étudier tous les cas qui se présentent, afin de mettre complétement en lumière une affection facile à guérir quand on sait la distinguer; se perpétuant indéfiniment quand on la laisse livrée à elle-même, et simulant des maladies très graves des centres nerveux.

C'est pourquoi j'appelle votre attention sur le fait que nous avons sous nos yeux, bien que le refus de traitement de la part du malade le rende incomplet. Ce qu'il y a d'important, en effet, dans les cas de ce genre, c'est le diagnostic. Si on porte le diagnostic avec précision, le reste n'est plus rien; car l'application du traitement en découle rigoureusement.

Au n° 4 de la salle Saint-Augustin est couché un homme nommé Margorie (Alexandre), âgé de quarante-sept ans, serrurier.

Depuis un an environ, ce malade, manquant d'ouvrage, a été obligé de quitter son état de serrurier pour s'occuper à des travaux de terrassement. Déjà avant ce changement de profession, il ressentait depuis huit ou dix mois une certaine faiblesse dans les membres, faiblesse qui a augmenté et s'est compliquée de douleurs lorsqu'il s'est livré à des travaux plus pénibles. Le bras droit, qui a été fracturé, le fait souffrir davantage que l'autre, et principalement, dit-il, aux changements de temps.

Il y a une quinzaine de jours environ, il a perdu l'appétit. Il se trouve maigri depuis quelque temps, surtout des jambes, qui sont le siége de légères douleurs. Des douleurs de la même nature existent également au dos et au côté. Il prétend ne plus souffrir lorsqu'il est couché au lit, bien qu'autrefois cette position elle-même fût douloureuse.

Ce malade a cessé toute espèce de travail depuis six semaines, faute d'ouvrage. Il éprouvait, en dernier lieu, des maux de tête violents et tellement fréquents qu'il les considérait comme une chose habituelle; sa vue se trouble facilement lorsqu'il veut lire, et il a souvent des bourdonnements d'oreilles.

Depuis le commencement de l'hiver il tousse un peu. Il n'a, actuellement, ni constipation, ni dévoiement; mais il a eu, il y a quelque temps, un peu de dévoiement, qu'il attribue à son changement d'habitation (il avait quitté Paris pour aller à Neuilly). Il affirme ne s'être jamais livré à des excès de boissons; sans être ivrogne, il prend un peu de vin blanc ou d'eau-de-vie assez souvent le matin avec ses amis. Il s'est toujours assez bien nourri, prenant du vin, mais en petite quantité, à tous ses repas.

Lorsqu'il est couché, sa face paraît assez naturelle, et les traits n'offrent aucune déviation appréciable; on ne remarque pas un amaigrissement aussi notable que celui que le malade indiquait; lorsqu'il se lève, on voit, en effet, que les jambes sont maigries.

La mémoire est bonne; le malade répond avec assez de précision aux questions qui lui sont adressées, et paraît jouir complétement de l'usage de ses facultés intellectuelles.

La langue est souple, humide, avec sa couleur naturelle.

Le ventre est souple, non douloureux. Les garde-robes ont lieu journalièrement. Quelquefois la soif est plus vive que d'habitude.

La poitrine n'offre rien de remarquable. Le pouls donne 120 pulsations. Le premier bruit du cœur, qui se perçoit assez nettement au sommet, est un peu voilé à la base; respiration calme.

Le malade accuse à la pression des douleurs des deux côtés des premières vertèbres cervicales; il ne se trouve pas de points douloureux dans le voisinage des dernières.

La même douleur existe entre la deuxième et la troisième vertèbre dorsale; elle est plus vive entre la cinquième et sixième, et plus forte du côté droit que du gauche; elle est moins violente entre la sixième et la septième, diminue encore entre la septième et la huitième, et va ainsi toujours diminuant jusqu'aux dernières vertèbres dorsales. A gauche, le maximum d'intensité de la douleur se trouve entre la huitième et la neuvième vertèbre dorsale, en un point très limité et que l'on peut couvrir avec la pulpe du doigt.

La même douleur existe encore tout le long de la crête iliaque postérieure et supérieure, et se prolonge même vers la partie antérieure. Le maximum d'intensité de cette douleur se trouve limité, dans une étendue de cinq centimètres environ, sur le trajet d'une ligne qui serait tirée verticalement du creux de l'aisselle du côté droit; sur cette même ligne verticale, on constate de la douleur entre les huitième et septième côtes, septième et sixième, sixième et cinquième, et dans le creux de l'aisselle.

Du côté gauche, on trouve un point douloureux le long de la crête iliaque et entre les neuvième et dixième côtes, mais sur une ligne verticale tirée de l'angle inférieur de l'omoplate; cet angle lui-même présente un point douloureux limité, et des douleurs moins vives se font sentir entre les côtes environnantes.

A la partie antérieure, il existe une douleur excessivement faible dans les espaces intercostaux qui entourent le mamelon.

Un peu de douleur existe également au niveau du trou sous-orbitaire du côté droit; un peu à la partie externe et moyenne du bras droit. On ne remarque rien à gauche.

A la cuisse, des deux côtés, on constate la douleur en arrière et au-dessus du grand trochanter, d'une part, de l'autre, au-devant de la symphyse sacro-iliaque et sur toute la ligne qui réunirait ces deux points. On la trouve encore un peu au-dessus du jarret, en dehors et au-devant du tendon du muscle biceps crural.

Quand le malade essaie de tenir les bras et les mains étendus, on voit immédiatement les doigts s'agiter d'un léger tremblement qui va toujours en augmentant peu à peu.

Il n'éprouve pas d'étourdissement; en marchant, il appuie le pied sur le sol avec assez d'aplomb, mais il paraît s'appliquer à marcher et à apporter dans ses mouvements la roideur d'un homme qui craint de chanceler; cependant il ne vacille pas et ne traîne pas la jambe.

Ce malade présume n'avoir jamais suivi de traitement mercuriel et n'avoir point travaillé au milieu des préparations mercurielles; il a été seulement occupé pendant longtemps à limer du cuivre. Il accuse, pour toute maladie antérieure, un écoulement blennorrhagique guéri depuis au moins vingt ans.

On lui propose la cautérisation transcurrente, après éthérisation; il refuse le traitement, et quitte l'hôpital.

— Voilà assurément un cas qu'on serait bien embarrassé de placer convenablement dans le cadre nosologique, si on n'avait pas connaissance des recherches qui m'ont fait reconnaître la nature de la maladie.

C'est seulement en 1848 que j'ai publié les premiers cas de ce genre qui m'aient frappé, et que j'ai désignés sous cette dénomination : *névralgie générale simulant une affection grave des centres nerveux*. Vous voyez, en effet, combien le cas que nous avons sous les yeux peut facilement donner lieu à une semblable erreur. Faiblesse des membres très considérable, forçant le malade à abandonner ses travaux; tremblement, démarche sans titubation, il est vrai, ce qui prouve que, dans ce cas, l'affection était moins avancée que dans plusieurs autres que j'ai observés, mais ayant quelque chose de roide et contraint; étourdissements, amaigrissement progressif, céphalalgie permanente; en faut-il davantage pour faire croire, au premier abord, à une maladie de l'encéphale?

Eh bien! ce sont précisément ces symptômes qui, me rappelant mes observations antérieures, me mettent sur la voie, et alors, si je trouve des points douloureux multipliés, le diagnostic n'est plus douteux pour moi. Or, nous venons de voir qu'il n'était pas une seule partie du corps, chez ce malade, qui ne présentât des points névralgiques.

Quelle serait d'ailleurs l'affection cérébrale qui pourrait exister dans un cas semblable? Il n'en est évidemment aucune qu'on puisse admettre, sous les réserves les plus grandes; et d'ailleurs, l'expérience m'a prouvé que, dans ces cas, la cautérisation transcurrente fait disparaître en très peu de jours tous les symptômes, et rend aux malades la force et la gaieté. Aussi, je regrette beaucoup de n'avoir pas pu appliquer ce traitement sous vos yeux. Ses effets auraient levé tous les doutes; car, évidemment, une affection cérébrale caractérisée par de semblables symptômes ne peut pas disparaître sous l'influence de quelques raies de feu.

Il est une autre affection que j'ai signalée tout d'abord comme pouvant être confondue avec celle que présente ce malade; c'est le *delirium tremens*. Le hasard a voulu que, pendant que nous observions ce cas, un sujet affecté du *delirium* entrât dans le service : il est couché au n° 4, salle Saint-Augustin. Eh bien! loin de trouver dans l'étude de ce cas des signes propres à nous faire porter un diagnostic très précis, j'y ai trouvé de nouveaux motifs d'hésitation. Aussitôt, en effet, que les symptômes aigus se sont dissipés, le malade nous a offert tous les signes de la névralgie générale : faiblesse, tremblement, air triste et hébété, étourdissements, démarche vacillante, et enfin, points névralgiques très vifs, très évidents, le long de la colonne vertébrale, sur les côtés et sur les membres.

Est-ce que cette névralgie générale ne serait que le delirium tremens passé à l'état chronique? Ou bien le delirium tremens donnerait-il lieu, seulement dans quelques cas, à cette affection, qui pourrait se produire également sous d'autres influences? Voilà des questions bien importantes que nous ne pouvons pas encore résoudre définitivement.

Cependant, je peux vous faire remarquer que dans les faits que j'ai observés, je n'ai trouvé que peu d'ivrognes, et que, généralement, les malades ont affirmé qu'ils ne faisaient pas d'excès de boissons alcooliques, ou qu'ils n'en faisaient que rarement. D'un autre côté, il est vrai, je vois que les cas observés jusqu'à présent l'ont tous été chez des hommes. Voilà donc quelques doutes à éclaircir.

Il est à regretter, je le répète, que le traitement par excellence, la cautérisation, n'ait pas pu être mis en usage. Je me proposais, après avoir éthérisé le malade, de lui faire une raie de feu le long de la colonne vertébrale, plusieurs transversales sur le tronc, une le long de chaque bras et de chaque jambe. Il a eu peur. C'est ce qui arrive assez souvent lorsque les malades n'ont pas vu la cautérisation pratiquée sur d'autres. Dès qu'ils en ont été témoins, ils réclament d'eux-mêmes ce traitement, et ils ont raison; car on peut dire qu'il est de beaucoup le plus doux qu'on puisse leur appliquer. Deux vésicatoires sont certainement beaucoup plus douloureux et désagréables que ces raies de feu qu'on ne sent pas, qui ne demandent aucun pansement, qui n'empêchent pas de vaquer à ses occupations. Pour ma part, je ne doute pas que ce moyen puissant ne se généralise, et qu'à une époque qui n'est pas éloignée, le plus grand nombre des névralgies ne soit traitées par la cautérisation transcurrente. Dans la névralgie générale, la multiplicité des points sur lesquels il faut agir la rend indispensable.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 mars 1849. — Présidence de M. Boussingault.

Après plusieurs communications et rapports sur des sujets étrangers à nos études, l'Académie nomme une commission chargée d'examiner les ouvrages relatifs aux arts insalubres.

Sont nommés membres de cette commission :

MM. Dumas, Rayer, Chevreuil, Payen et Commes.

L'heure avancée de la séance fait renvoyer à la séance prochaine le dépouillement de la correspondance.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

séante rue d'Anjou-Dauphine, 6.

Séance du 21 février 1849. — Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. le secrétaire donne lecture d'une lettre par laquelle M. Sappey fait savoir qu'il a injecté les vaisseaux lymphatiques du voile du palais et de la base de la langue, et que ces vaisseaux se rendent à des ganglions situés dans l'espace compris entre la glande parotide, l'apophyse styloïde et les muscles qui en partent. M. Sappey offre de montrer à la Société les pièces qui justifient cette assertion.

— M. Morel-Lavallée. J'ai eu l'occasion de voir ces jours derniers une orchite parenchymateuse sur un étudiant en médecine âgé de dix-neuf ans. Cette orchite était blennorrhagique; elle donnait lieu à une tumeur volumineuse, dont la plus grande partie était formée par le testicule lui-même. Les douleurs étaient excessivement violentes et avaient résisté aux sangsues et aux moyens ordinaires. J'ai fait sur le testicule un débridement d'une étendue correspondant à une largeur et demie de la lancette; il ne s'est pas écoulé de sérosité, ce qui m'a bien démontré encore que la plus grande partie de la tumeur était formée par le testicule lui-même. Immédiatement après l'opération, les douleurs ont été supprimées et n'ont pas reparu.

L'absence de sérosité dans la tunique vaginale me fournit l'occasion de dire à la Société que j'ai fait dernièrement la ponction du scrotum peu de jours après l'opération de l'hydrocèle; j'ai été étonné de la petite quantité de sérosité qui

est sortie, et je suis disposé à penser que souvent à la suite de cette opération le gonflement est dû surtout à l'infiltration des couches extérieures du scrotum.

M. Chassaignac. Une autopsie serait nécessaire pour démontrer la dernière assertion que vient d'émettre M. Morel-Lavallée; car, s'il y a peu de liquide dans la tunique vaginale, elle peut renfermer une certaine quantité de lymphe plastique, dont la présence contribue pour beaucoup au gonflement.

M. Morel-Lavallée. Après l'évacuation du liquide, j'ai introduit un stylet, et je me suis assuré qu'on le promenait librement dans la cavité; cela n'aurait sans doute pas eu lieu si la tunique vaginale avait renfermé une quantité notable de lymphe plastique.

M. Vidal. J'appelle l'attention sur l'âge du malade observé par M. Morel, car j'ai établi que l'orchite parenchymateuse se montrait particulièrement sur les jeunes sujets de dix-huit à vingt-cinq ans.

M. Robert. J'ai fait plusieurs fois la ponction du scrotum quelques jours après l'opération de l'hydrocèle par injection, ainsi que l'avait conseillé Lisfranc; dans tous les cas, j'ai trouvé une grande quantité de liquide; sans doute il survient une inflammation dans les couches extérieures à la tunique vaginale, tout le monde a pu l'observer; mais les phénomènes inflammatoires intra-vaginaux sont toujours prédominants.

M. Marjolin. Je crois que la ponction du testicule dans l'orchite parenchymateuse peut avoir des dangers, et qu'en conséquence tous les faits doivent être soigneusement recueillis; c'est pourquoi je demande que l'observation de M. Morel soit renvoyée au comité de publication.

M. Maisonneuve. J'ai pratiqué dernièrement l'opération de l'hydrocèle par incision, et j'ai insufflé de l'amidon dans la tunique vaginale; il est survenu un gonflement considérable, et j'ai pu constater, au moyen de l'incision, que la plus grande partie de ce gonflement occupait, comme dans le fait de M. Morel-Lavallée, les couches extérieures.

M. Chassaignac. Je ne m'étonne pas qu'il en ait été ainsi dans le fait dont vient de parler M. Maisonneuve; car il a fait une incision à la tunique vaginale qui a pu facilement revenir sur elle-même, et qui, se trouvant réduite à de très petites dimensions, ne s'est pas laissé distendre consécutivement autant qu'ont pu le faire les autres enveloppes.

M. Morel-Lavallée. En parlant du fait qui est actuellement en discussion, je n'ai pas prétendu dire que dans tous les cas l'inflammation intra-vaginale contribuât moins au gonflement que l'inflammation extra-vaginale. J'ai voulu établir seulement que dans certains cas il en était ainsi, et qu'une tumeur présentant la forme du testicule peut être constituée par le gonflement des couches extérieures, et non par le testicule lui-même, ainsi qu'on pourrait être porté à le penser. Personne n'a dit, par exemple, qu'à la suite de l'hydrocèle opérée par injection, il pouvait y avoir deux pouces d'épaisseur entre la peau et la tunique vaginale; c'est ce qui avait lieu dans une de mes observations, dans laquelle l'inflammation s'était terminée par suppuration.

M. Chassaignac. Ce dernier fait est exceptionnel; car du moment où il se forme du pus, on conçoit le gonflement considérable de toutes les enveloppes du scrotum; mais s'il s'agit de savoir si dans les cas d'inflammation non suppurative, le travail de phlegmasie extérieure à la tunique vaginale donne plus de gonflement que le travail de phlegmasie intérieure.

M. Gosselin. J'admettrais volontiers l'exactitude de ce fait avancé par M. Morel, savoir : que la tumeur formée par les couches extérieures peut en imposer et être prise pour une tumeur appartenant au testicule et à la tunique vaginale. Cependant deux objections se présentent à moi : d'abord il est habituellement assez facile de distinguer la tuméfaction produite par l'infiltration et l'œdème du scrotum; on trouve le plus souvent un empâtement caractéristique. Ensuite, je me demande si M. Morel a pu s'assurer que la surface interne de la tunique vaginale n'était pas doublée de couches pseudo-membraneuses qui, en augmentant l'épaisseur de cette tunique, pourraient diminuer d'autant les dimensions de la cavité. Ces couches pseudo-membraneuses ne peuvent-elles pas se déposer ici comme après l'inflammation de toutes les séreuses, et comment aurait-on distingué la part qu'elles auraient prise à la tuméfaction?

M. Morel-Lavallée. Je réponds à M. Gosselin que dans les cas où le scrotum est très tendu, il est fort difficile de sentir l'empâtement et de reconnaître la tuméfaction appartenant aux couches extérieures. D'un autre côté, si des fausses membranes avaient existé, sans doute elles auraient établi des adhérences au moins filamenteuses entre le testicule et le feuillet pariétal de la tunique vaginale. Or je répète que le stylet a pu parcourir très librement toute la cavité. Enfin c'est en écartant les deux lèvres de la plaie qu'il m'a été possible d'apprécier l'augmentation d'épaisseur.

La séance est levée à cinq heures.

Epidémie de mutilations volontaires.

Au mois de février 1844, trois cent cinquante hommes du 3e bataillon du 1er régiment de la légion étrangère étaient campés à Sidi-bel-Abbès, dans la province d'Oran. Un soldat s'étant mutilé en se tirant volontairement un coup de fusil dans le poignet, treize autres se mutilèrent de la même manière dans l'espace de vingt jours. Aucun de ces militaires ne voulut avouer que cette mutilation fût volontaire; tous affirmaient que c'était un pur accident arrivé pendant qu'ils nettoyaient leur arme, et tenaient imprudemment la main appliquée sur l'extrémité du canon. Il ne fut possible, dans aucun cas, de découvrir un motif plausible qui pût expliquer des faits si étranges. Le commandant Manselon, justement effrayé de cette épidémie, et craignant de lui voir prendre plus d'extension, leva le camp, et pour changer les habitudes de ses soldats et opérer une diversion, il les conduisit au camp d'Aïn-Tiffrit, distant de sept à huit lieues de Sidi-bel-Abbès, et occupé par le 10e bataillon des chasseurs de Vincennes, commandé par M. Boëte. Quel ne fut pas l'étonnement du commandant Manselon, en apprenant de M. Boëte que huit de ses soldats s'étaient mutilés depuis très peu de jours en se tirant aussi des coups de fusil dans la main, comme ceux du camp de Sidi-bel-Abbès.

M. le colonel Manselon et le docteur Caumont, qui nous ont transmis ce fait, affirment qu'il n'y avait entre les deux camps aucune communication, et qu'on n'a pu savoir dans l'un ce qui se passait dans l'autre. Mais en admettant même que l'épidémie de Sidi-bel-Abbès ait pu être connue au camp d'Aïn-Tiffrit, elle n'en est pas moins très curieuse, et digne de figurer parmi les exemples déjà nombreux qui démontrent combien est puissante sur l'esprit l'influence de l'imitation. (*Annales médico-psychologiques.*)

Note explicative sur l'emploi des caustiques dans le traitement des affections cancéreuses.

Une erreur que je ne pouvais pas rectifier s'est glissée dans le compte-rendu des séances de la Société de médecine pratique inséré dans le n° 17 de la *Gazette des Hôpitaux* (10 février).

Je ne crois pas avoir dit que *tous les caustiques sont essentiellement contraires* dans le traitement de ces maladies, attendu que j'en fais journellement usage et même en ce moment sur des malades que j'ai présenté à cette réunion de praticiens. Voici toute ma pensée à cet égard; elle répondra à quelques omissions ou fausses interprétations qui se trouvent dans le même procès-verbal. Le fer rouge est d'une très grande utilité dans le traitement de certains écoulements, de certaines ulcérations du col de la matrice, ou pour arrêter certaines hémorrhagies provenant de cet organe; mais, quand il s'agit d'un cancer, c'est tout autre chose, et je ne pourrais m'expliquer sans prendre beaucoup plus de place que je n'en peux occuper ici; relativement aux cancers du sein, j'affirme que ce moyen est essentiellement mauvais; outre que le fer est éteint promptement par l'humidité des parties malades, il brûle à une faible profondeur, et les eschares qui en résultent peuvent retenir le pus et contribuer ainsi à l'infection générale. Quant aux autres caustiques, ils sont tous utiles suivant leur degré d'action; ceux qui sont liquides ont l'avantage de pénétrer profondément, d'imbiber les tissus, et d'aller ainsi parfois jusqu'à ceux qui sont sains; les caustiques qui sont plus ou moins solides sont également utiles, mais ils n'agissent ni de la même manière ni ne conviennent dans les mêmes cas; en général, il faut baser son choix sur le degré de réaction qu'on veut produire, car celle-ci est souvent nécessaire; mais je répète encore que le fer rouge est de tous les cautères le plus mauvais dans le cancer; il ne convient même pas pour modifier les surfaces, parce qu'il enflamme trop les parties sur lesquelles on l'applique.

Tanchou.

Nouvelles du choléra.

Depuis la publication du dernier numéro de ce journal, de le *Charleston medical journal*, le choléra s'est manifesté à New-York et à la Nouvelle-Orléans, et s'est étendu au loin en remontant la vallée de Mississipi.

Après avoir annoncé le fait, le rédacteur fait remarquer, entre autres choses, que l'extension du choléra s'est faite de l'Inde jusqu'en Amérique en suivant les grandes lignes commerciales. Il constate que les premiers cas qui se sont développés dans les deux villes précédentes ont été observés chez des individus nouvellement débarqués de navires récemment arrivés de contrées infectées.

NOUVELLES.

Après un concours que l'on s'accorde à regarder comme très brillant, M. Desgrange a été reçu chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

— La Société nationale de médecine de Lyon a tenu, le lundi 26 février, sa séance annuelle. On y a entendu un discours de M. le docteur Viricel, président, l'éloge de feu Gabillot par le docteur Gubian, une lecture médico-littéraire de M. le docteur Candy, secrétaire général de la Société, l'éloge de Mermet par M. de Polinière, et le rapport de la commission de vaccine par M. Roy.

— Nous lisons dans le *Journal de Fécamp* :

« Un empoisonnement assez étrange a eu lieu le 18, aux Grandes-Ventes.

» Un officier de santé avait prescrit à la dame L... un remède dans lequel devait entrer du cyanure de potassium. La dose était trop forte, et, à peine l'injection était-elle faite, que la dame L... était prise de douleurs affreuses révélant tous les indices d'un empoisonnement. Un médecin appelé, ayant examiné l'ordonnance et d'autres bouteilles contenant une préparation semblable à celle qui avait été introduite dans le corps de la victime, déclara que c'était bien en effet un empoisonnement, qu'il n'y avait pas de corps humain capable de résister à une pareille dose. La violence du poison avait été si terrible que la mort avait été presque instantanée.

» Les fioles ont été saisies, et le parquet de Dieppe instruit sur cette affaire. »

— M. le docteur Cullen, professeur de médecine théorique et pratique à *Hampden Sydney College*, a été obligé, pour cause de maladie, de renoncer momentanément à son cours. Il a été remplacé par M. le docteur Meredith Clymer, de Philadelphie.

— M. le docteur Boling a pris possession de la chaire de matière médicale et de thérapeutique, et M. Gardner, de la chaire de chimie à *Memphis medical College*.

— M. le docteur Hamilton s'est démis de ses fonctions de professeur de chirurgie à *Geneva medical College*, et a été remplacé par M. James Bryan, de Philadelphie.

— M. Bullit a également résigné ses fonctions de professeur de médecine légale à l'Université de Saint-Louis, et a été remplacé par M. Holmes.

M. M'Phechters a été nommé professeur de clinique médicale e d'anatomie pathologique à la même Université.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 8 MARS 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 28.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS.	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER. . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 7 MARS 1849.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance d'hier s'est distinguée par la grande variété des sujets qu'on y a traités. M. Londe en a fait l'ouverture par une remarquable dissertation géologique sur la découverte d'un squelette humain dans les plâtrières des buttes Saint-Chaumont, à Belleville. Dans cette dissertation, que nous regrettons de ne pouvoir reproduire à cause de sa longueur et du peu de rapport qu'elle a avec les objets habituels de nos études, M. Londe adopte franchement l'opinion de ceux qui croient que l'apparition de l'homme sur la surface du globe est postérieure au cataclysme diluvien, du moins d'après toutes les observations connues, avec lesquelles le fait de Belleville concorde parfaitement. On sait, en effet, que toutes les recherches faites jusqu'à ce jour n'ont pas encore permis de découvrir un squelette humain dans les terrains anté-diluviens.

M. Londe a lu un second rapport sur un sujet qui nous intéressait plus directement, mais auquel il n'a pu donner le développement nécessaire. Il s'est contenté d'apprécier avec une bienveillante et juste convenance le travail de M. Belhomme, intitulé : *De l'influence des événements politiques sur le développement de la folie*.

M. Patissier a été beaucoup plus explicite sur un travail de M. Belloc, travail qui avait pour objet l'étude des avantages du charbon dans les affections nerveuses du tube digestif. Mais M. Patissier n'a pas été heureux dans l'accueil qu'ont éprouvé les conclusions de son rapport. L'Académie semble devenir difficile en fait de rapports, et nous ne croyons pas que personne l'en blâme. M. Soubeiran s'est particulièrement efforcé de signaler les imperfections des conclusions et d'empêcher l'Académie de s'engager dans une voie qui pouvait la compromettre. On aurait presque dit que M. Soubeiran tenait à prendre sa revanche sur M. Patissier de l'échec qu'il avait subi dans la séance précédente; mais, cette fois il avait raison, et il a servi les intérêts de l'Académie, comme tous les orateurs qui ont pris la parole contre les conclusions.

Ces orateurs ont pleinement démontré les inconvénients qu'il y aurait pour l'Académie à reconnaître une vertu spéciale au charbon de peuplier avant d'avoir expérimenté comparativement et suffisamment tous les autres charbons; nous n'avons donc rien à ajouter à leurs arguments. N'oublions pas cependant de mentionner le conseil judicieux donné par M. Guibourt à la commission nommée dans la dernière séance; ce conseil doit être pris en sérieuse considération.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Sur la méningite rachidienne.

(Leçon clinique rédigée par MM. LAFOND, PESCHAUD et LEGENDRE.)

Dans sa clinique du mardi dernier 27 février, M. Piorry a appelé l'attention sur une épidémie de méningite rachidienne, semblable à peu près à celle observée par MM. Forget et Tourdes, à Strasbourg. On sait que, d'après les intéressants travaux de ces auteurs, cette épidémie sévit plus spécialement sur les soldats, ou sur les gens demeurant en grand nombre dans un même local.

Il y a trois semaines environ, M. le professeur Piorry fut appelé à Corbeil par M. le docteur Lionnet pour visiter quelques malades alors convalescents d'une méningite rachidienne. L'épidémie sévissait dans la campagne aux environs de Corbeil, et dans Corbeil même. Elle avait fait des victimes à Petit-Bourg, où sont les jeunes détenus. Les malades observés par M. Lionnet éprouvaient une céphalalgie intense, des fourmillements et de la douleur dans les membres; la percussion le long de la moelle occasionnait de la douleur. Des convulsions, du coma, des contractures, et quelquefois la paralysie des extrémités, tels étaient les symptômes de la maladie bien observée par M. Lionnet, auquel plusieurs nécropsies ont démontré la présence de pus épanché entre l'arachnoïde et la pie-mère à la région cervicale. L'encéphale n'offrait rien de particulier.

OBS. I. — Quelques jours après la visite de M. Piorry à Corbeil, dans les premiers jours de février, entra, salle Saint-Raphaël, lit n° 25, un jeune homme de vingt-deux ans, retenu comme prisonnier dans les casemates depuis l'insurrection de juin. Ce malade offrait les symptômes suivants : douleur dans le cou, roideur extrême de cette partie, mouvements convulsifs des bras; les doigts des pieds et des mains étaient roides et à demi fléchis; la station était presque impossible. Il accusait au cou et au dos une douleur excessive, augmentée par la percussion; les douleurs étaient plus fortes la nuit que le jour. Ses traits décelaient une stupeur évidente; la rate était volumineuse. M. Piorry diagnostiqua une méningite rachidienne.

Traitement. 40 sangsues au cou; vésicatoires le long de l'épine; sulfate de quinine, 1 gramme.

Le lendemain le malade éprouvait un peu de mieux. — Nouvelles sangsues; lavement purgatif.

Pendant plusieurs jours le malade accusa un mieux sensible; cependant les douleurs revinrent, et un matin, à la visite, on trouva le malade dans un état alarmant, quoiqu'il le fût moins qu'à l'époque de son entrée. — Nouvelles sangsues; vésicatoires réitérés tous les deux ou trois jours.

Bientôt, mieux sensible; convalescence. Le malade sortit complètement guéri le 22 ou 23 février.

OBS. II. — Quelques jours après l'entrée du précédent malade, le 9 février, on reçut au lit n° 37 de la salle Sainte-Geneviève une jeune fille de seize ans, habitant la Glacière. Elle présentait les symptômes suivants : douleur et roideur dans le cou tellement violentes, qu'il lui était impossible de remuer la tête. Engourdissement des extrémités supérieures, stupeur; gargouillement dans la fosse iliaque droite; taches septicémiques. La percussion indique une rate grasse (splénomacrosie) et une accumulation de matières dans les intestins. Le diagnostic suivant est formulé : fièvre typhoïde (iléo-spilosie septicémique) et méningite rachidienne. Le traitement fut le suivant : pendant trois jours on appliqua des sangsues derrière le cou, le long de l'épine; vingt le premier jour, dix le second, dix le troisième. On fit des applications de chloroforme pour diminuer la douleur. La malade éprouva un grand soulagement; on donna en même temps 1 gramme de sulfate de quinine, et des lavements purgatifs chaque jour.

Après ce traitement énergique, la malade, épuisée par la perte du sang, tomba dans une faiblesse extrême; le pouls était faible, la face pâle, etc. On donna du vin et des aliments pour réparer le sang perdu.

Il se refit du sang, et la méningite rachidienne reparut, mais à un plus faible degré; on appliqua alors le long de l'épine, au cou, des vésicatoires que l'on renouvela tous les trois ou quatre jours.

Aujourd'hui la malade est convalescente, sans être tout à fait hors de danger; car les ulcérations des plaques de Peyer ne sont pas encore cicatrisées.

OBS. III. — Le 24 février fut placée au lit n° 26 de la salle Sainte-Geneviève une femme de trente-cinq ans environ. Cette femme a habité avec son mari, qui est garde républicain, la caserne de la rue des Tournelles; elle habite maintenant vis-à-vis la caserne de la rue Saint-Victor. Cette femme n'offre point d'état septicémique. Elle accuse une violente douleur dans le cou; lorsqu'on presse sur le trajet des nerfs du plexus brachial, elle pousse des cris et accuse une douleur atroce; elle a de l'engourdissement des membres supérieurs, des contractures légères. La rate n'est pas volumineuse; il n'y a aucun symptôme de fièvre typhoïde (iléo-spilosie septicémique). Le diagnostic est donc marqué : méningite rachidienne. Le traitement est : 30 sangsues à la région cervicale.

Le lendemain, mieux marqué; vésicatoire à la même région.

Le mardi 27, la malade est bien mieux; lorsqu'on presse les nerfs du plexus brachial, elle n'éprouve plus qu'une légère douleur.

Le mercredi 28, la malade est tout à fait bien.

Le jeudi 1er mars, elle est convalescente.

OBS. IV. — Le 24 février, on amena le matin, pendant la visite, un malade que l'on coucha au lit n° 28 de la salle Saint-Raphaël.

C'est un jeune homme de vingt ans, faisant partie des gardes mobiles licenciés depuis plusieurs jours. Chez cet homme l'apparence septicémique existe à un haut degré. Il offre de la stupeur, de la diarrhée, des matières dans l'intestin en grande quantité; des taches septicémiques sont répandues sur le corps, mais plus spécialement à la région sacrée; la rate est volumineuse. Il accuse en outre une violente douleur du cou et de l'engourdissement dans les membres supérieurs. Le diagnostic est : iléo-spilosie septicémique (fièvre typhoïde), méningite rachidienne. On ordonne 30 sangsues le long de l'épine, 1 gramme de sulfate de quinine.

Le malade meurt le soir.

Nécropsie. — Les plaques de Peyer, dans les deux tiers inférieurs de l'intestin grêle, sont congestionnées; les deux ou trois dernières sont superficiellement exulcérées. La rate a 12 centimètres dans son grand diamètre. Le cerveau ne présente rien de remarquable; la surface du cervelet est un peu ramollie. Du côté de la moelle, on trouve, à la région cervicale entre l'arachnoïde et la pie-mère, du pus concrété et formant une fausse membrane. A la partie inférieure de la moelle, toujours entre l'arachnoïde et la pie-mère, il y a trois à quatre cuillerées de pus liquide. La moelle n'est pas ramollie.

De ces observations, dit M. Piorry, ainsi que de celles publiées sur la méningite cérébro-spinale par MM. Faure-Villar, à Versailles, en 1839, Chauffart, à Avignon, Tourdes et Forget, à Strasbourg, il résulte que la cause de la méningite rachidienne est l'encombrement des prisons, des casernes, etc.; que l'agent est un poison inconnu, comme le poison du choléra et de beaucoup d'autres maladies du même genre.

Les observations précédentes tendent à prouver aussi qu'un traitement énergique employé dès le début peut prévenir une terminaison fatale, qui a été moins fréquente dans les cas qui se sont passés sous nos yeux que dans ceux observés par les savants praticiens que nous avons cités.

HOPITAL BEAUJON. — M. HUGUIER.

Sur les plaies d'armes à feu à bout portant.

Il y a un point fort intéressant de l'histoire des plaies d'armes à feu, indiqué plutôt qu'étudié par les chirurgiens, et qui mérite cependant d'être soumis à des recherches sérieuses à cause des applications médico-légales qu'il peut avoir. Il s'agit des blessures faites à bout portant. Nous n'entendons point, par ce mot, des blessures faites à une distance de quelques pieds ou même de quelques pouces, mais bien de blessures produites par une arme à feu dont le canon porte, s'appuie directement sur les parties. Quelques auteurs ont avancé que, lorsque le gaz produit par la combustion de la poudre trouve un obstacle quelconque à l'embouchure du canon, qu'il ne peut, par conséquent, se développer librement à l'extérieur, les projectiles ne sortent qu'avec une très légère force d'impulsion, et qu'ils ne produisent que des plaies peu profondes.

Cette assertion, toutefois, et les faits qui lui servent de base ont fait assez peu de sensation pour que les auteurs de médecine légale aient complétement négligé de s'en occuper. Il nous paraît donc utile d'attirer l'attention des observateurs sur un fait qui se trouve actuellement dans nos salles, ainsi que sur un autre analogue que nous avons observé il y a peu de temps.

OBSERVATION. — Mig..., chapelier, âgé de trente-deux ans, tenta de se suicider le 12 février dernier, en se tirant un coup de pistolet dans la gorge. Quelque temps après la détonation, il fut trouvé étourdi et transporté à l'hôpital Beaujon, salle Ambroise-Paré, n° 189.

A l'examen de la plaie, on trouva le voile du palais à son insertion et la partie correspondante perforés et détruits dans dans une étendue circulaire d'environ quatre centimètres de diamètre. Une chevrotine d'un centimètre de diamètre fut trouvée appliquée contre la muqueuse palatine, et fut crachée par le malade sans aucun effort. La plaie ni l'état du malade n'offraient d'ailleurs rien de particulier. Une saignée, la diète, une tisane adoucissante, furent les seuls moyens employés. Le lendemain ou le surlendemain, une seconde chevrotine, à peine déformée, du même volume que la précédente, fut crachée par le malade; et enfin, une troisième un peu plus déformée que les deux autres, quoique à un degré modéré, a été rendue aujourd'hui (2 mars). Depuis une huitaine de jours, le malade a un érysipèle léger, étendu à la plus grande partie de la face, qui n'est que médiocrement tuméfiée, et qui ne doit, par conséquent, inspirer aucune crainte sérieuse. Le pouls est à 70; il n'y a point de chaleur à la peau; le malade commence à avoir de l'appétit; il mange avec plaisir des potages. Tout permet d'espérer une terminaison heureuse. Il restera seulement une perforation du voile du palais.

Ce qui frappe tout d'abord dans ce fait, c'est cette singularité remarquable, que les balles ou grosses chevrotines n'aient pas pénétré plus avant dans les tissus mous et solides de la face. Toutefois, avant d'expliquer ce fait par l'occlusion de l'ouverture du canon au moment de la détonation, il ne sera peut-être pas inutile faire remarquer que l'arme dont s'est servi Mig... était un pistolet d'arçon chargé de trois chevrotines enveloppées dans un morceau de papier. Il serait très possible que ces projectiles, qui formaient nécessairement par leur réunion un corps assez irrégulier, ne remplissent que très imparfaitement le calibre du vaisseau, et qu'ainsi le gaz expulsif ait pu s'échapper par les côtés du projectile. On s'expliquerait jusqu'à un certain point, de cette manière, comment ce projectile n'a dû avoir qu'une très légère force d'impulsion. Cependant, peut-être l'explication ne serait-elle pas complète à l'aide de cette seule circonstance, et il nous semble bien probable d'admettre que l'occlusion de l'extrémité du canon a été une condition auxiliaire, sinon suffisante elle-même pour produire les effets observés. Au reste, nous avons dernièrement observé un fait qui appuie bien plus encore cette manière de voir : chez un homme qui s'était également tiré un coup de feu dans la bouche avec un pistolet de poche, l'extrémité du canon de cette arme avait porté sur la face interne de la joue, et la balle, qui paraissait parfaitement proportionnée au calibre de l'arme; s'était arrêtée dans l'épaisseur même de la joue sans la traverser. Voilà assurément deux faits des plus curieux, qui ne sont certainement pas sans analogues dans l'histoire de l'art, et sur lesquels on s'étonne à bon droit de voir qu'on n'a pas insisté d'une manière spéciale. Les conséquences médico-légales qui en découlent sont trop naturelles pour qu'il soit nécessaire de faire autre chose que de les signaler à l'attention des observateurs.

Quant à l'explication, à la théorie de ces faits, elle découle nécessairement de données physiques sur lesquelles nous avons besoin de réfléchir encore avant de les formuler nettement.

HOPITAL DE NAMUR. — M. Cambresy.

Spermatorrhée guérie sans cautérisation.

M. ..., âgé de trente-quatre ans, d'un tempérament nervoso-bilieux, irascible, marié depuis dix ans, et père de trois enfants, fut atteint, il y a deux ans, après avoir éprouvé des chagrins domestiques, de pertes séminales qui se répétaient à chaque défécation, sans érection et jouissance. Traité sans succès pendant un an par une médication interne sur laquelle je n'ai pu recueillir de renseignements, et plongé dans une mélancolie profonde, le malade se disposait à se rendre à Paris pour y consulter deux médecins célèbres, lorsque, à mon arrivée dans la ville où il réside, il se décida à recourir à mes soins. Il m'avoua que pendant un an, de seize à dix-sept ans, il s'était livré à l'onanisme avec fureur. Passé cette époque, ayant eu des femmes à sa disposition, il avait renoncé à ses funestes habitudes. Entré depuis au service, qu'il a quitté au bout de cinq ans pour se marier, il s'est, pendant cinq autres années, livré fréquemment à l'acte du coït, acte auquel il a renoncé depuis un an. Du reste, il n'a jamais éprouvé d'autres maladies antérieures, si ce n'est une fièvre intermittente tierce dont le sulfate de quinine a eu promptement raison, et deux blennorrhagies peu intenses qui n'ont pas laissé de traces. Je crois devoir ajouter que le malade était habituellement constipé.

La maladie a débuté spontanément pendant une évacuation alvine difficile, et s'est depuis reproduite à chaque selle. Cette spermatorrhée l'a peu affaibli physiquement, mais, jointe à l'irritabilité due à son tempérament et aux contrariétés qu'il éprouve dans son intérieur, elle l'a jeté dans un abattement moral très grand.

Je cherchai d'abord les causes de la maladie. Parmi les causes prédisposantes, j'avais à noter le tempérament nerveux, l'habitude de la masturbation à laquelle le malade avait cependant renoncé depuis plusieurs années, et la constipation habituelle. Parmi les causes occasionnelles, fallait-il compter les excès vénériens et les impressions morales ? Les blennorrhagies n'avaient-elles pas laissé de traces? Je m'assurai du contraire en passant avec facilité une sonde de diamètre moyen dans la vessie, et par l'introduction du doigt dans le rectum, je pus me convaincre que la prostate n'était ni engorgée, ni indurée. Procédant par voie d'exclusion, je conclus que la maladie était due à ces trois causes réunies : l'affaiblissement produit par les excès vénériens, les impressions morales et la constipation.

Je m'attachai d'abord à cette dernière, que je fis facilement céder par quelques laxatifs. Je prescrivis ensuite, comme toniques, le quinquina et le fer; mais ce dernier étant mal supporté en substance ou sous forme saline, j'administrai l'eau de Spa. Après trois mois de ce traitement, associé au vieux vin de Bordeaux, j'eus la satisfaction de guérir une affection qui datait de deux ans, qui minait les jours du malade et le plongeait dans des idées de suicide.

On me demandera peut-être si c'est bien à une spermatorrhée que j'ai eu affaire? A cela je répondrai que l'odeur spermatique *sui generis* offerte par le liquide, sa couleur, sa consistance, sa propriété de mousser entre les doigts, les taches sur le linge, ne laissaient aucun doute. Pour mieux me convaincre encore, je soumis au microscope une gouttelette du liquide retiré de la verge en la comprimant de la racine vers le gland; cette gouttelette, placée sur le porte-objet, m'a permis d'y reconnaître des animalcules spermatiques n'ayant plus de queue, ce qui tenait sans doute à l'ancienneté de la maladie.

Cette observation m'a paru intéressante en ce qu'elle prouve qu'on peut parfois guérir en trois mois par l'emploi des laxatifs d'abord, puis du quinquina, et surtout de l'eau minérale ferrugineuse de Spa, une affection si souvent rebelle avant l'emploi du procédé de cautérisation mis en usage par M. le professeur Lallemand, traitement auquel je me proposais de recourir, mais que les craintes du malade, auquel je l'avais proposé, m'ont fait ajourner et remplacer par celui que je viens d'indiquer (1).

(1) Archives de Médecine militaire belge.

Observation de mort subite à la suite d'une injection d'eau chlorurée dans la matrice, faite dans le but de faciliter l'expulsion d'une portion de placenta retenue dans cet organe. — Présence de l'air dans les veines.

Par M. le Dr BESSEMS,
Membre de la Société de Médecine d'Anvers.

La discussion entre Hourmann et M. Vidal sur les dangers des injections intra-utérines dans le traitement des affections de la matrice, dans l'état de vacuité de cet organe, est probablement encore présente à la mémoire de tous les praticiens. On sait que M. Vidal a défendu ces injections des reproches qu'on leur avait adressés, pourvu toutefois qu'on les pratique avec certaines précautions qu'il a indiquées. L'importante observation que nous empruntons aux *Annales de la Société de Médecine d'Anvers* nous semble prouver que les injections, pratiquées dans l'état puerpéral, et qu'on a conseillées dans les cas analogues à celui qu'on va lire, ne jouissent pas de la même immunité.

M. Bessems a d'ailleurs fait suivre ce fait de remarques très judicieuses, auxquelles nous donnons complétement notre approbation, et qui nous dispensent d'insister nous-même sur ce fait important.

Le 14 octobre 1841, je reçus à l'hôpital Sainte-Elisabeth une femme atteinte d'hémorrhagie utérine. Voici les renseignements qu'elle me donna. Elle était âgée de trente-cinq ans et mère de trois enfants. Enceinte de nouveau, et parvenue au cinquième mois de sa grossesse, elle eut, à la suite d'une forte émotion morale, une perte pour laquelle elle ne réclama pas les secours de l'art, mais qui, après une durée de quinze jours, fut suivie d'avortement, le 10 octobre précédent. La femme, seule et sans secours, tira elle-même sur le cordon et le rompit. Une accoucheuse survint, introduisit la main pour opérer la délivrance; mais, ne pouvant y réussir, elle prit le parti de s'en aller. La femme resta dans cet état jusqu'au 14 octobre, n'ayant que peu ou point d'hémorrhagie; mais ce jour, elle perdit une assez forte quantité de sang pour la déterminer à se faire conduire à l'hôpital.

Son état général était assez satisfaisant, le facies légèrement décoloré, le pouls assez fort encore, quoique un peu fréquent. Du côté du ventre, aucun symptôme marqué, si ce n'est le volume de la matrice fort bien appréciable à l'hypogastre. Le col, très mou, était encore entr'ouvert; deux doigts pouvaient y pénétrer facilement et arriver au placenta; mais, quoique secondés par des contractions de la matrice, ils ne parvinrent pas à entraîner le gâteau, qui probablement avait contracté des adhérences avec la paroi utérine. Les pinces de Levret n'amenèrent que de très petites portions de placenta. La perte avait presque complétement cessé. Craignant de trop irriter la matrice par des manœuvres prolongées, je finis par faire une injection d'eau légèrement tiède dans la cavité de l'organe, et je prescrivis à l'intérieur les moyens ordinairement employés en pareille circonstance, pour favoriser l'expulsion de la portion restante du placenta et prévenir toute hémorrhagie ultérieure.

Le lendemain, 15 octobre, l'état de la malade était meilleur; elle n'avait perdu que peu de sang; le pouls, plus calme, s'était soutenu. M. Stevens, dans le service duquel cette femme était placée, après avoir encore en vain essayé d'extraire la portion restante du placenta, ordonna, outre les moyens prescrits la veille, trois injections d'eau chlorurée à 2°. Ces injections furent faites dans la matinée, le midi et le soir, par le chirurgien de garde, au moyen d'une sonde en gomme élastique appropriée à cet usage et portée jusque dans la matrice, à laquelle venait s'adapter la canule d'une seringue à lavement remplie d'eau chlorurée, et soigneusement privée des bulles d'air qui pouvaient s'y être glissées.

Le 16 octobre, peu de changement dans l'état de la femme. — Même traitement.

Dans la nuit du 16 au 17, la malade eut, vers quatre heures du matin, une perte considérable. A la visite, à huit heures, elle avait cessé; mais le facies était sensiblement plus décoloré et plus jaunâtre, le pouls plus petit et plus fréquent. M. Stevens touche la femme, trouve le col toujours dilaté, le placenta s'y engageant un peu; il en extrait quelques fragments, et finit par faire une injection d'eau chlorurée avec le même appareil et avec les mêmes précautions que les deux jours précédents. Aussitôt la femme, qui était couchée dans son lit, se projette sur son séant, les bras étendus, en s'écriant qu'elle étouffe; la tête se renverse en arrière, la face pâlit, les yeux se convulsent en haut, le regard se fixe, quelques mouvements convulsifs se manifestent à la gorge et font croire un moment à un état hystérique; mais la respiration devient saccadée, se ralentit et ne se fait plus qu'à des intervalles de plus en plus longs; le corps retombe en arrière, le pouls s'enfuit, et, malgré les aspersions d'eau froide, les excitants appliqués sur la peau et sur les différentes muqueuses, les frictions et tous les autres moyens connus pour remédier à la syncope, que nous avons pu mettre en usage, la femme expira tout au plus trois minutes après l'injection.

Une mort aussi instantanée et aussi inattendue nous frappa de consternation. Malgré moi, je pensai à une observation que j'avais lue quelque part, et dans laquelle de l'eau simple injectée dans le cordon ombilical pour opérer le décollement du placenta, passa dans le torrent circulatoire de la mère et donna lieu à des accidents graves, si même pas à la mort, et je me demandai si de l'eau chlorurée de l'injection n'avait pas pu pénétrer dans l'un ou l'autre des sinus utérins qui avaient fourni l'hémorrhagie deux à trois heures auparavant, se mêler au sang de la mère, l'altérer et produire ainsi des accidents cérébraux terminés par la mort.

L'autopsie vint donner une autre direction à mes idées. Elle fut faite vingt-huit heures après la mort.

Le cadavre était encore roide, et ne présentait aucune trace de putréfaction.

L'abdomen étant ouvert, le péritoine, l'estomac, le foie, les intestins, successivement examinés, ne présentent rien de morbide.

La matrice offre le volume d'un bon poing; dans ses parois n'existe aucune trace d'inflammation, ni de suppuration. La cavité contient encore une portion de placenta de la grandeur d'un petit œuf de poule, en partie fortement adhérente et en partie détachée.

La veine cave inférieure, distendue, contient dans son parcours abdominal plusieurs bulles assez fortes de gaz, très visibles à travers les parois de ce vaisseau.

Les plèvres, les poumons, le péricarde sont sains. Le cœur est volumineux; mais en y regardant de plus près, on voit que l'augmentation de volume est due surtout à la distension des cavités droites de cet organe, qui présentent une élasticité toute particulière.

Les différents vaisseaux qui viennent s'aboucher au cœur ayant été liés, cet organe fut ouvert sous l'eau, et laissa échapper une grande quantité de gaz mêlé à du sang.

Les cavités gauches en contiennent aussi quelques bulles.

Les organes encéphaliques ne présentent rien de morbide.

En présence des résultats fournis par l'autopsie, on ne peut hésiter à attribuer la terminaison fatale à l'introduction de l'air dans les sinus veineux de la matrice, au moment de l'injection pratiquée dans ce viscère. Quelle autre cause, en effet, aurait pu donner lieu, dans ce cas, à une mort aussi subite? Serait-ce une syncope? Mais celle-ci n'amène aussi promptement la suspension du principe vital que lorsqu'elle est déterminée par une hémorrhagie considérable ou par une émotion morale très vive. Or, six injections pratiquées les deux jours précédents avec le même liquide et avec le même appareil ont dû familiariser assez la femme avec ce moyen pour permettre de croire qu'elle a vu, sans la moindre émotion, procéder à une nouvelle injection. D'ailleurs, elle n'en avait témoigné aucune lors des injections précédentes. — Quant à l'hémorrhagie, celle-ci, il est vrai, avait été assez forte à quatre heures du matin. Mais alors même elle n'avait pas donné lieu à une syncope; comment supposer qu'elle l'ait provoquée deux heures après avoir cessé?

On ne peut invoquer non plus une douleur excessive et longtemps continuée qui épuise et anéantit l'action du système nerveux; car la femme n'en a accusé aucune pendant les différentes injections qu'on lui a faites, ni durant tout son séjour à l'hôpital.

Serait-ce une maladie avancée dans un organe important qui aurait subitement causé la mort? C'est ce qu'on ne peut admettre encore, puisque l'examen le plus minutieux de tous les viscères importants n'a fait découvrir aucune altération de cette espèce.

Serait-ce une affection nerveuse, intermittente, asthme, etc.? Les renseignements pris auprès des différents membres de sa famille et des personnes qui l'ont connue ne permettent pas de croire à cette supposition.

Il ne reste donc plus que l'introduction de l'air dans les veines, constatée par la présence de ce fluide dans les vaisseaux et dans le cœur sur le cadavre. Il est vrai que les gaz trouvés dans ces organes n'ont pas été analysés chimiquement; mais cette épreuve ne nous semblait pas tout à fait nécessaire pour nous faire croire que ce fluide ne provenait pas de la décomposition, puisque le cadavre n'offrait aucune trace d'altération putride, tandis que sur d'autres cadavres, dont la putréfaction était bien plus avancée, nous n'avons pas rencontré de gaz dans le cœur.

Après avoir fait remarquer que ce fait n'est pas sans analogue dans la science, et que Legallois fils avait signalé des observations du même genre faites par son père sur des femelles de lapins, M. Bessems continue :

Ce fait nous présente encore une haute importance sous le point de vue pratique. En effet, les auteurs sont pour ainsi dire unanimes pour conseiller de faire des injections d'eau simple ou chlorurée dans le cas de rétention d'une portion de placenta après l'accouchement ou l'avortement. Or s'il peut arriver, comme nous en avons fait la triste expérience, qu'une injection dans pareille circonstance peut tuer la femme au bout de deux ou trois minutes, quel est le praticien qui osera encore y recourir sans la plus grande circonspection?

Ce funeste accident nous semble surtout à craindre, quel que soit le temps écoulé depuis l'avortement, alors que l'existence récente d'une hémorrhagie considérable doit nous faire présumer que l'un ou l'autre sinus veineux se trouve encore béant. La femme dont nous venons de tracer l'histoire est morte le huitième jour après l'avortement. Pour la même raison, nous croyons devoir proscrire les injections d'eau froide conseillées par quelques auteurs dans les cas d'inertie utérine immédiatement après la délivrance.

Observation d'accidents graves produits par le chloroforme et dissipés presque instantanément.

Dans le but de faire passer sous les yeux de nos lecteurs toutes les pièces qui peuvent éclairer l'importante question du chloroforme, nous reproduisons le fait suivant communiqué à la *Revue médico-chirurgicale* par M. le Dr Ripart, de Bourges.

M. N..., jeune homme de vingt-six ans, fort et robuste, vint à ma consultation le 26 décembre 1847. Il avait la partie interne du prépuce et la couronne du gland couvertes de végétations en si grand nombre et tellement volumineuses qu'elles remplissaient complétement la cavité du prépuce et que le gland était comme atrophié. Il avait eu précédemment, me dit-il, des chancres qu'il avait gardés très longtemps et qu'il avait fait soigner par un pharmacien. Je lui proposai de faire l'excision de ces végétations, ce qu'il accepta. Je lui en enlevai quelques-unes séance tenante, mais je fus obligé de remettre le reste à un autre jour.

Quand il revint, il me dit qu'il voulait être endormi par le chloroforme, à cette époque récemment mis en vogue, pour que je pusse enlever tout le reste en une seule séance et pour éviter la douleur qu'il redoutait beaucoup. J'y consentis, et, le 3 janvier 1848, il vint chez moi avec un de ses amis qui devait me servir d'aide, car il n'avait pas voulu d'autre témoin.

L'appareil dont je me suis servi est celui que M. Charrière a construit pour l'éther, auquel j'avais fait seulement subir la modification suivante : le robinet était entouré d'une éponge imprégnée de chloroforme, de telle sorte que l'air extérieur, arrivant par en bas, était obligé de traverser l'éponge pour pénétrer dans le tuyau qui le conduisait dans la poitrine. Les narines étaient fermées par la pince comme à l'ordinaire. J'ai depuis renoncé à cet appareil, qui a le grave inconvénient de trop gêner la respiration. Je chargeai l'ami de M. N... de tenir l'embouchure de l'appareil appliquée sur la bouche du patient, dont il appuyait la tête sur sa poitrine. Comme il y avait une certaine quantité de chloroforme dans l'éponge, je n'en ajoutai pas d'autre d'abord. Mais, au bout de quelques minutes, je m'aperçus que la dose était insuffisante, et j'interrompis l'opération. M. N... n'était, du reste, nullement fatigué ; il était, suivant son expression, ému comme s'il avait bu un peu trop de champagne. J'envoyai chercher 4 grammes de chloroforme chez un pharmacien, et il y eut environ un quart d'heure d'interruption. Je versai les 4 grammes sur l'éponge, et nous recommençâmes l'inhalation de la même manière que la première fois. Au bout de deux minutes, il y eut insensibilité absolue, et je commençai l'opération; mais, comme je supposais qu'elle devait être un peu longue, je recommandai à mon aide de continuer à tenir l'appareil appliqué pendant quelques instants encore. A dater de ce moment, étant occupé à pratiquer l'excision des végétations, il me serait assez difficile de dire au juste pendant combien de temps on persista à faire respirer à M. N... les vapeurs du chloroforme; nous l'avons estimé approximativement à une minute ou une minute et demie au plus.

Quoi qu'il en soit, je fus bientôt effrayé des symptômes que présentait M. N....., et je fis immédiatement enlever l'appareil. Il était dans un état de résolution complet, les bras pendants, la tête renversée en arrière. Refroidissement des mains; pouls à peine perceptible. La face était très pâle et couverte d'une sueur froide; les traits tirés en dehors et sans expression; les yeux étaient tournés en haut et la pupille cachée sous la paupière supérieure; les lèvres étaient décolorées, la bouche ouverte, et il s'en écoulait une certaine quantité de salive spumeuse. Mais ce qui m'effrayait le plus, c'était l'état de respiration ; elle était bruyante, l'air semblait ne pénétrer que dans la trachée, et les mucosités dont elle était pleine produisait à chaque inspiration et à chaque expiration ce bruit particulier de mauvais augure que j'avais entendu maintes fois dans la dernière période des affections pulmonaires. C'était une véritable scène d'agonie.

J'étais au comble de la désolation, et je ne savais trop que faire pour combattre ces redoutables accidents. Je me bornai à établir un courant d'air autour du malade, à desserrer ses habits pour que la respiration fût le moins gênée possible, et à lui mettre sous le nez un flacon contenant de l'acide acétique concentré pour stimuler la muqueuse nasale. Peu à peu la respiration devint moins pénible ; le pouls remonta. M. N... éternua une fois, et à partir de cet instant tous les symptômes effrayants que j'ai décrits plus haut diminuèrent de gravité et se dissipèrent graduellement.

M. N.... est resté au moins un grand quart d'heure avant de reprendre connaissance. Quand il revint à lui, sa physionomie reprit son expression habituelle ; il ne lui restait plus qu'un peu de pâleur. Il parut fort étonné de nos questions, et avait complétement perdu la mémoire de ce qui s'était passé avant l'opération ; il ne se rappelait même pas être venu chez moi. Il manifesta son contentement de ce que l'opération était terminée. Lorsqu'il me quitta, il était environ trois heures de l'après-midi. A six heures, il dîna comme à son ordinaire.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 mars 1849. — Présidence de M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce envoie un rapport de M. Cavaroc, médecin inspecteur des eaux minérales de Vic (Cantal), contenant des observations sur les maladies traitées dans les eaux minérales de cet établissement pendant l'année 1847.

— Lettre du ministre de l'agriculture et du commerce avec envoi d'un rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Poligny, sur une épidémie de fièvre typhoïde dont la commune d'Aigle-Pierre a été affligée depuis le 1er juin jusqu'au 23 décembre 1848.

— M. le préfet adresse une lettre, dans laquelle il rappelle que ses prédécesseurs ont soumis à l'examen de l'Académie la question suivante, occasionnée par l'emploi fréquent du seigle ergoté par les sages-femmes :

« Quelle peut être l'influence du seigle ergoté sur la vie des enfants et la santé des mères? »

— M. LE PRÉSIDENT invite M. Paul Dubois, rapporteur de la commission nommée pour examiner cette question, de hâter la terminaison de son rapport.

— M. le docteur POULLIOT envoie un travail sur les préparations ferrugineuses.

— M. le docteur BARTHEZ, médecin en chef du Gros-Caillou, répond à une question qui lui avait été adressée par l'Académie pour savoir si l'*eau de la fontaine de l'hôpital de Vichy éprouve quelques changements aux différentes heures de la journée; si*, par exemple, *son acide carbonique ne diminue pas sous l'influence du soleil*, ou au contraire *si la présence de l'oxygène augmente sous la même influence*.

Voici la réponse de M. Barthez : « Je ne pense pas que l'eau de cette source éprouve quelques changements aux différentes heures de la journée, en temps ordinaire bien entendu; car on a remarqué depuis longtemps qu'à l'approche des orages et pendant que l'atmosphère était violemment agitée, les sources devenaient plus tumultueuses; ce qui indique que les parties gazeuses s'échappent alors avec plus d'abondance.

— M. GIUSTI, médecin à Tripoli, de Syrie, envoie une note sur le traitement du choléra.

— M. POISEUILLE donne lecture d'un rapport officiel sur un appareil clarificateur que la commission n'a pas trouvé digne de fixer l'attention du ministre. L'opinion de la commission est adoptée par l'Académie.

— M. LONDE lit un rapport sur un squelette humain trouvé dans les carrières de plâtre de La Villette. Après une étude et une discussion approfondies sur le terrain où se trouvait le squelette, ainsi que sur l'état du squelette lui-même, M. Londe conclut que ces débris humains, comme tous ceux qu'on a trouvés jusqu'à ce jour, appartiennent à une période géologique post-diluvienne, et que ce fait ne peut que confirmer l'opinion qui considère l'apparition de l'homme sur la surface du globe comme postérieure au cataclysme diluvien.

— Le même membre lit un second rapport sur un travail de M. Belhomme, intitulé : *De l'influence des événements politiques sur le développement de la folie.* En analysant les quelques observations que M. Belbomme a rapportées dans son mémoire, M. Londe trouve que tous les malades qui en font l'objet avaient déjà été aliénés avant les événements qui ont coïncidé avec une rechute, à laquelle par conséquent ces événements pourraient être parfaitement étrangers. Il propose à l'Académie d'adresser des remercîments à l'auteur, et de déposer son travail dans les archives de l'Académie.

Ces conclusions sont adoptées.

— M. PATISSIER lit un rapport sur un Mémoire de M. Belloc sur l'emploi de la poudre de charbon végétal dans les affections nerveuses de l'estomac et des intestins. M. Belloc n'emploie pas le charbon ordinaire simplement pulvérisé : il a reconnu une vertu particulière à un charbon préparé de la manière suivante :

« Nous prenons, dit-il, des pousses de trois à quatre ans extrêmement vertes, qui n'ont jamais été émondées et dont l'écorce n'a pas souffert. Nous mettons de côté le peuplier qui croît dans un terrain trop bas et humide et qui est peu exposé au soleil; son bois est plus compacte, son écorce est couverte de mousse, le charbon en est très nuisible, il irrite beaucoup l'estomac et impressionne la bouche désagréablement. Le bois coupé au moment de la sève est aussi bien préférable. Nous faisons placer ces branches de peuplier, coupées, dépouillées de leur enveloppe, dans des vases en fonte bien clos, que l'on fait chauffer jusqu'au rouge blanc ; on en extrait alors un charbon extrêmement léger et brillant sans formation de cendre, que l'on place dans des vases pleins d'eau pendant trois ou quatre jours en ayant soin de changer l'eau plusieurs fois; on le fait sécher, après quoi on le réduit en poudre avant qu'il soit parfaitement sec. »

M. Patissier, après avoir analysé quelques observations rapportées par M. Belloc, après avoir fait connaître quelques autres faits observés par des membres de la commission elle-même, conclut que le charbon, préparé avec les précautions indiquées par M. Belloc, est un médicament précieux dans le traitement des affections nerveuses gastro-intestinales.

M. MOREAU. Je demanderai à M. Patissier si l'auteur a spécifié les espèces d'affections nerveuses qu'il a traitées et auxquelles il pense que le moyen qu'il indique est applicable, car tout le monde sait qu'il y a des affections nerveuses de nature diverse.

M. PATISSIER. L'auteur n'a parlé que de névrose en général, et je n'ai pas voulu spécifier davantage dans mes conclusions.

M. CAVENTOU. Quoique membre de la commission, et ayant signé de confiance les conclusions du rapport, je prierais cependant l'Académie de surseoir à l'adoption de ces conclusions jusqu'à ce que de nouvelles observations aient été faites comparativement avec le charbon ordinaire et avec le charbon de peuplier préparé comme l'indique M. Belloc. Au point de vue chimique, il n'y a absolument aucune différence entre ce charbon et tous les charbons possibles; il ne faudrait donc pas que l'Académie lui accordât trop légèrement une préférence exclusive.

M. SOUBEIRAN. J'appuierai d'autant plus l'observation et la proposition de M. Caventou, que j'ai eu l'occasion d'envoyer dans quelques services des hôpitaux, n'ayant pas à ma disposition des pousses de peuplier, de la braise de boulanger, et que cette braise a produit, si je suis bien informé, les mêmes effets thérapeutiques que le charbon de M. Belloc; on a observé cependant que la poudre de braise produisait quelques symptômes d'irritation du côté de l'estomac; ce que l'on peut attribuer avec vraisemblance aux substances salines que renfermait la poudre de braise qu'on n'avait point lavée, ainsi que le pratique M. Belloc pour son charbon de peuplier. Pour toutes ces raisons, je pense que l'Académie ne doit pas se prononcer légèrement en faveur d'une seule espèce de charbon avant d'avoir fait des essais comparatifs.

M. H. GAULTIER DE CLAUBRY. Tout en reconnaissant que des propriétés différentes peuvent appartenir à des corps composés chimiquement d'une manière identique, ce dont nous connaissons plusieurs exemples, je ne crois pas que l'Académie puisse adopter les conclusions du rapport avant d'avoir fait de nouvelles expériences.

M. GUIBOURT. Je n'insisterai pas sur les observations qui viennent d'être faites et qui me paraissent parfaitement justes. Mais je demanderai la permission à l'Académie de dire qu'il serait à désirer que la commission actuelle et la commission nommée dans la dernière séance expérimentassent le charbon animal. On sait que les charbons diffèrent beaucoup sous le rapport de la facilité qu'il y a à les pulvériser. Or on comprend que celui qui se divise le plus soit celui qui se prête le mieux à l'absorption. Sous ce rapport le charbon animal est infiniment préférable aux charbons de bois, et surtout aux charbons de bois dur; il se pulvérise beaucoup mieux, et de plus, comme il contient environ la moitié de parties salines, solubles dans les liquides de l'estomac, il s'ensuit que l'extrême division dans laquelle il se trouve après la porphyrisation augmente encore de moitié par la dissolution des matières salines après son ingestion dans l'estomac.

M. BÉGIN appuie encore les observations des précédents orateurs, et malgré quelques observations de M. le rapporteur, qui dit qu'il n'a fait qu'exprimer dans ses conclusions le résultat de ses observations, le renvoi à la commission est prononcé.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er février 1849. — Présidence de M. BELHOMME, vice-président.

Envoi du *Bulletin médical du Nord;* d'une *Notice des travaux de la Société de médecine de Bordeaux*, par M. Borguet, et du programme des prix de la Société de médecine de Bordeaux.

— M. BERGLIA, de Turin, demande le titre de correspondant.

— MM. FLEURUS, LÉGER et TORRAC demandent le titre de membres honoraires.

— M. TANCHOU demande l'avis de la Société sur deux malades que chacun reconnaît affectées de cancer et par conséquent d'un pronostic à peu près fatal. Le traitement paraît être très incertain. La première, femme de quarante ans, porte à la houppe du menton, naturellement très prononcée chez elle, une plaie de la grandeur d'une pièce de 5 francs. Cette plaie ou plutôt cet ulcère date de quelques mois; il est inégal, chagriné à sa surface; ses bords sont renversés ; il est recouvert de chairs exubérantes. La malade y éprouve des démangeaisons et des douleurs lancinantes; elle porte en outre des engorgements autour du cou ; la peau est jaune et safranée, et la constitution est languissante. Le seconde, âgée de cinquante-trois, porte un ulcère qui lui a dévoré tout le sein gauche ; il n'y a plus de mamelon, la plaie offre une peau mince, peu mobile et presque adhérente aux côtes, inégalement circonscrite et parsemée de tubercules ulcérés ou non, dont quelques-uns sont durs, rouges et quasi livides; cette maladie a commencé à dix-huit ans par une glande qui s'est développée d'un coup que la malade a reçu au sein. La constitution de cette malade est affaiblie par de longues souffrances. La malade, qui est très amaigrie, a été adressée à M. Tanchou par un confrère qui a épuisé sur elle toutes les ressources de l'art.

M. GUERSANT. Ces deux malades me paraissent affectées de cancer, et chez toutes deux il y aura récidive quoi qu'on fasse. Cependant, je ne m'opposerais pas à l'emploi d'un traitement actif et j'emploierais de préférence le caustique à l'instrument tranchant. J'y joindrais un traitement interne par l'iodure de potassium, et j'espérerais à l'aide de ces moyens améliorer leur état, si toutefois cela est encore possible.

M. DUPERTHUIS partage l'avis de M. Guersant; mais, à l'égard de la seconde malade, il préférerait l'ablation par le histouri, fondé sur l'ancienneté d'une maladie qui n'a pas encore produit l'engorgement des ganglions de l'aisselle ni des ganglions voisins. Le cancer lui paraît isolé, et il croit que la malade guérira par l'amputation ; toutefois, il ne rejette pas l'emploi concomitant d'un traitement interne.

M. PÉDELABORDE considère ce cancer du sein comme une affection locale, et il pense qu'aucune contre-indication à l'amputation ne saurait exister dans un cancer local, alors même qu'on suppose la récidive probable. Il regrette cependant qu'on n'ait pas opéré cette femme avant l'ulcération du cancer. Quant à l'autre, qui porte une ulcération au menton, l'hypertrophie d'un ganglion devenu fluctuant lui fait croire à la possibilité d'une ulcération syphilitique, et il serait d'avis d'essayer chez elle l'effet d'un traitement mercuriel, comme une pierre de touche pour assurer le diagnostic.

M. SERRURIER cite l'observation d'une tumeur ulcérée au sein, que Boyer et Dupuytren refusèrent d'opérer; elle envahissait une si grande étendue, que son ablation totale avait paru impossible; elle fut réduite au volume d'une pièce de 6 francs par les applications répétées de cataplasmes et fomentations avec une forte décoction de ciguë, combinée à l'acétate de morphine.

M. LUCIEN BOYER. L'affection est incontestablement cancéreuse et ne permet pas d'espérer la guérison. Cependant, si je me décidais à employer un traitement, je pratiquerais l'ablation de la tumeur par le bistouri. Quant à la tumeur du menton, l'aspect de cet ulcère environné d'élevures rouges et de desquamations qui s'étendent sur les parties voisines, me fait croire que la maladie a surtout le caractère dartreux, et que c'est plutôt le lupus qu'un cancer proprement dit: aussi j'en propose la destruction avec le fer rouge ou le caustique de Vienne, secondé d'un traitement interne par les amers et les antiscorbutiques.

M. DUHAMEL. L'affection du menton envisagée sous le point de vue du doute entre la nature cancéreuse ou syphilitique de la maladie, il serait préférable d'essayer les préparations d'or. Celles-ci ne sont pas funestes au cancer, et sont essentiellement applicables aux ulcérations dartreuses ou scrophuleuses. La préparation préférable est l'emploi de l'oxyde d'or par l'étain. (Stannate d'or de Berzélius.)

M. GUERSANT. Je suis à peu près seul de mon avis au sujet de l'amputation du sein, que j'ai repoussée; mon opinion est cependant fondée sur l'expérience. J'ai opéré bon nombre de cancers du sein, et je les ai constamment vus récidiver. Je pense donc que l'ablation n'est jamais un obstacle à la récidive, et je préfère l'emploi des caustiques, dont l'absorption modifie nécessairement les tissus voisins et présente les seules chances possibles d'amélioration.

M. PEDELABORDE ne comprend cependant pas, s'il y a toujours récidive, pourquoi l'on agirait plutôt avec le caustique qu'avec le bistouri.

M. GUERSANT. Quel que soit le pronostic fatal du chirurgien, son devoir est d'espérer, et partant d'essayer les moyens qui présentent le plus de chances de succès. Si par le bistouri ou par le caustique, des parties malades échappent à nos moyens d'investigations, le caustique seul présente les chances de faire suppurer ces reliquats d'engorgements et par suite de les faire disparaître.

M. Duperthuis ne voit là aucune trace de diathèse générale, et cependant il reconnaît un cancer local très ancien, qui est pour lui l'indication précise pour l'amputation.

M. Guersant. Il en est du cancer comme de la scrophule ; la disposition génératrice existe à l'intérieur, et la contusion qui les développe n'en est que l'occasion.

M. Duhamel ne verrait aucun obstacle à faire suivre l'amputation de l'emploi du caustique de Vienne pour détruire les restes épargnés par le bistouri.

M. Coursserant partage l'avis de M. Duhamel. Le cancer a une action d'irradiation, une tendance incessante d'envahissement vers les tissus voisins, et telles parties qui nous paraissent encore saines sont déjà atteintes par le cancer, de telle manière que l'inflammation déterminée par l'amputation accélère les progrès du mal.

Si dans les cancers de l'œil, par exemple, on employait au début ce double procédé de l'amputation et de la cautérisation, on parviendrait à sauver des malades infailliblement condamnés quand on laisse la maladie faire des progrès. J'ai vu un cas de ce genre dans les salles de M. Bérard, chez un enfant portant un encéphaloïde qui remplissait une partie de la chambre postérieure. Les caractères de l'encéphaloïde au début se décèleut, avant la déformation de l'œil, par la cécité et une tache blanche au fond de l'œil enveloppée et sillonnée de signes rouges. Quelques personnes croient souvent alors à des cataractes ; mais ce sont les débuts de l'encéphaloïde de la rétine, et c'est alors que l'amputation suivie de la cautérisation amène la guérison.

On fait observer à M. Coursserant que son diagnostic, si précis qu'il puisse être, ne rencontrera jamais de parents assez dociles pour consentir en pareil cas au sacrifice qu'il propose ; et quel que soit le mérite de ce diagnostic et du traitement, il ne saurait trouver d'application à cause du refus nécessairement prévu chez tous les malades.

— M. Lucien Boyer demande la parole pour quelques éclaircissements au sujet des observations faites par M. Coursserant sur son Mémoire de l'entraînement des parties antérieures du corps vitré pendant l'opération de la cataracte par abaissement, entraînement qu'il pense plus rare que je ne l'ai dit. J'ai fait de nombreuses expériences sur le cadavre, et j'ai toujours vu que le cristallin entraînait avec lui le corps vitré, quand la capsule n'avait pas été assez largement ouverte ou déchirée pour livrer passage au cristallin. Ce n'est donc pas un fait exceptionnel qui m'a conduit à décrire le procédé que j'ai conseillé, et qui semble d'une pratique plus difficile à M. Coursserant que l'abaissement ordinaire. L'abaissement ordinaire n'est pas lui-même une opération sans délicatesse, et cependant il en résulte souvent que le cristallin n'est point déplacé d'une manière stable; tandis que, par l'opération à l'aide de laquelle vous déchirez la capsule en arrière et en bas, vous arrivez nécessairement à un déplacement durable du cristallin. M. Coursserant a insisté sur le diagnostic des cataractes dures et molles pour savoir si l'on doit pratiquer l'abaissement ou l'extraction ; ce diagnostic, tout important qu'il serait, m'a paru très difficile dans beaucoup de cas, et je n'ai pas trouvé que la présence de cataractes molles fût une contre-indication au procédé que j'ai conseillé.

M. Coursserant. L'importance de la distinction a pour but de ne pas laisser l'opération incomplète; dans certains cas, le cristallin ramolli conserve un noyau résistant au centre, d'une substance demi-solide, glutineuse et opaline, qui l'enveloppe; si dans ce cas vous déchirez la capsule, vous entraînez le noyau, mais non cette matière opaline ramollie, qui laissera un voile impénétrable pour la vue ; cette substance elle-même deviendra un obstacle à l'achèvement de l'opération ; vous ne verrez plus votre aiguille, et vous ne saurez pas où est passé le noyau du cristallin.

M. L. Boyer. Cette observation tendrait évidemment à faire préférer l'extraction à l'abaissement; mais je pense que, dans ce cas comme dans les cas ordinaires, toutes les parties seraient résorbées dans l'humeur aqueuse et l'humeur vitrée.

M. Coursserant. Le noyau peut alors passer dans la chambre antérieure et y rester.

M. L. Boyer. Dans ce dernier encore, il s'y trouverait résorbé à la longue.

Dr Louis Terrier, *secrétaire annuel.*

CORRESPONDANCE.

Observation de grossesse triple.

Monsieur le Rédacteur,

Les grossesses triples n'étant pas communes, j'ai cru devoir livrer à la connaissance de vos lecteurs l'observation suivante, qui mérite d'autant plus d'attention qu'elle a été traversée, sans en être influencée, par un plus grand nombre de maladies de gravité diverse.

La femme Douarre Chatagner est âgée de quarante-six ans. Mariée à l'âge de quarante ans, elle a eu d'abord quatre couches assez heureuses ; je dis assez heureuses, parce que la première nécessita l'application du forceps.

Je fus appelé près d'elle au milieu du mois de juin dernier. Elle n'avait pas eu ses règles depuis deux mois, et elle se croyait grosse depuis cette époque. Le matin, après un travail pénible, elle se sentit mouillée ; elle perdait. Je lui prescrivis des boissons acidulées, des lavements laudanisés et le repos horizontal ; cette dernière prescription ne fut point observée, et la perte continua pendant trois semaines, accompagnée parfois de coliques. Les moyens précédents étant restés sans résultat, j'administrai dans une potion un gramme d'extrait de seigle ergoté, et, le repos aidant, la perte cessa complétement. Je crus que la malade s'était blessée ; le toucher m'avait fait reconnaître le col utérin très mou, la lèvre antérieure tuméfiée, l'ouverture du col permettant l'introduction du bout du doigt.

Rappelé près de la malade vers le milieu d'octobre, je fus très étonné d'apprendre que la grossesse avait continué; le ventre était développé. La malade, depuis une quinzaine de jours, avait senti les mouvements de son enfant; elle souffrait du ventre. Je lui fis une saignée qui la soulagea.

Le 29 décembre, elle se crut en travail; son ventre avait le développement qu'il présente au neuvième mois; elle perdait des eaux depuis huit jours, et, de plus, elle avait une toux des plus pénibles, sans expectoration, une dyspnée extrême ; le pouls était à 128 par minute; la respiration était extrêmement fréquente et bruyante; il y avait de la matité dans l'hypochondre droit. Je pratiquai une saignée de quatre palettes; j'administrai une potion calmante. Le lendemain, la malade était un peu soulagée; le sang était couenneux. Je renouvelai deux fois la saignée les jours suivants. La malade se rétablit; mais le ventre prit un volume énorme, sans qu'il survînt jamais, dans les membres inférieurs, ni œdème, ni varices. Depuis lors, la malade garda le lit; l'écoulement des eaux fut tari; les douleurs cessèrent.

Le 15 janvier, il survint de la diarrhée avec ténesme; des quarts de lavements amidonnés et laudanisés la firent cesser, et la malade alla bien jusqu'au 18 février. Ce jour-là, je fus appelé à neuf heures du matin, et à midi elle avait mis au monde trois enfants mâles : les deux premiers étaient vivaces; le troisième, affecté d'un commencement d'asphyxie, revint à la vie après un quart d'heure de soins assidus.

Depuis ce temps, la mère va parfaitement bien, et les enfants ont paru très vivaces pendant quarante-huit heures ; mais le troisième jour ils se sont peu à peu affaiblis, et sont morts à douze heures d'intervalle.

On sera peut-être tenté de révoquer en doute la persistance de la grossesse pendant la métrorrhagie; mais l'état détaillé de ces enfants ne pourra permettre aucun doute à cet égard ; car si l'inspection de ces enfants prouve qu'ils sont à terme, il faudra bien admettre qu'au 15 juin la femme était grosse d'un mois, et que la grossesse n'a pas cessé depuis ; et dans l'hypothèse opposée, la grossesse n'aurait commencé qu'en juillet, et alors ces enfants n'auraient que sept mois et demi, ce qui est inadmissible. Voici, du reste, l'état de ces enfants constaté après la mort. Il est très probable qu'alors leur poids avait diminué.

	No 1.	No 2.	No 3.
Longueur du vertex aux talons.	45 cent.	46 cent.	48 cent.
— de l'ombilic aux tal.	21 id.	20 id.	22 id.
Poids	2125 gr.	2125 gr.	2375 gr.

Les ongles atteignent, chez tous trois, l'extrémité des doigts. Chez aucun, les testicules ne sont descendus dans les bourses. La recherche du point d'ossification caractéristique, au centre du cartilage fémoral, faite seulement sur le plus fort des trois enfants, a encore prouvé sans réplique que ces enfants sont nés à terme, et que, par conséquent, une perte utérine qui a duré plus de trois semaines, au commencement de la grossesse, n'a pas empêché celle-ci d'arriver à bien.

Agréez, etc.,

Mavel,
Doct.-Médecin à Ambert.

Revue thérapeutique.

Dangers de l'emploi des vésicatoires chez les enfants.

La plupart des médecins qui se sont occupés d'une manière spéciale des maladies de l'enfance, se sont accordés à proscrire l'emploi des vésicatoires du traitement de ces maladies. Bien que presque tous les praticiens acceptent ce point de doctrine, au moins en ce qui touche les enfants du premier âge, et y conforment leur conduite, bien des cas se présentent cependant où, après avoir vainement essayé des autres méthodes, ils sont toujours tentés de recourir à une médication qui, dans d'autres conditions, a une incontestable utilité. Nous n'oserions cependant pas blâmer, d'une manière absolue, ces infractions à une loi générale qui a pour base une expérience aussi étendue ; car nous-mêmes avons pu plus d'une fois constater l'heureux succès de cette pratique hardie ; mais ces exceptions ne sauraient infirmer la règle de prudence que nous venons de rappeler, et c'est pour fixer de nouveau l'attention des médecins sur ce point important de pratique, que nous publions la présente note.

Nous ne passerons point en revue les nombreux accidents que peut entraîner à sa suite l'application intempestive des vésicatoires chez les enfants : ces accidents sont d'autant plus fréquents et d'autant plus redoutables que les enfants chez lesquels est mis en usage ce mode de révulsion sont moins âgés. Mais, abstraction faite de cette cause générale d'exclusion de la médication révulsive employée d'une manière un peu énergique, il faut encore admettre que cette thérapeutique doit être sévèrement proscrite dans quelques états particuliers de l'organisme. C'est ainsi, par exemple, que l'emploi des vésicatoires devient fort dangereux, même chez les enfants qui ont dépassé les deux premières années de la vie, lorsqu'on y a recours à une période avancée d'une maladie qui a profondément débilité l'organisme, et ceci est fort simple. Dans quelles conditions cette maladie, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature, a-t-elle placé l'économie? Précisément dans les conditions de faiblesse où se trouve naturellement l'enfant, alors qu'il ne jouit encore que d'une vie toute parasite, que les liens d'une étroite dépendance le rattachent à sa mère. Une affection prolongée qui exténue l'enfant le place encore, bien que d'une manière indirecte, dans les conditions que réalise directement l'affection typhoïde. Dans l'un et l'autre cas, l'intensité de la vie a baissé, et une irritation un peu vive et surtout un peu prolongée sur un point quelconque de la peau suffit à y suspendre la circulation sanguine et nerveuse, parce que les tissus manquent de la réaction nécessaire à la résolution de toute congestion locale. Il suffit d'avoir suivi avec quelque attention les salles dans lesquelles sont recueillis les enfants malades pour avoir remarqué avec quelle facilité la gangrène se développe dans les diverses conditions que nous venons de rappeler.

Voilà pourquoi aussi tous les auteurs qui ont traité, après une suffisante expérience, des maladies de l'enfance, recommandent avec tant de soin de surveiller les divers points de l'enveloppe cutanée que la gangrène peut plus particulièrement envahir.

L'auteur de cet article cite deux cas où l'emploi des vésicatoires fut suivi de la gangrène du derme et de la mort des enfants.

(*Bulletin de thérapeutique.*)

Aphonie datant de cinq mois, guérie par l'inhalation de la vapeur d'iode, la quinine et l'acide iodique étant en même temps administrés à l'intérieur; par M. Monks.

Cette aphonie, survenue à la suite d'un catarrhe, avait été inutilement traitée par les vomitifs, les apéritifs, les mercuriaux, l'iodure de potassium, etc. L'inhalation de la vapeur d'iode, répétée quatre ou cinq jours de suite, et deux fois par jour pendant un quart d'heure, eut bientôt rendu la voix naturelle. La malade avait pris en même temps tous les jours une mixture contenant : sulfate de quinine, 0,50 ; acide iodique, 0,15 ; eau, 30 grammes.

Plusieurs mois après, la guérison ne s'était pas démentie.

(*Medical Times.*)

Sur l'emploi de la digitale dans le traitement de l'épilepsie ; par M. Edmond Sharkey.

M. Sharkey rapporte un cas de guérison d'épilepsie fort remarquable. Le malade, qui souffrait depuis longtemps de cette terrible affection, prit pendant près de cinq mois une très grande quantité d'infusion de digitale. On lui donnait en même temps, une fois par semaine, une douche chaude sur la tête, et de temps en temps on avait recours aux purgatifs. La guérison s'est maintenue depuis le commencement du traitement, et les accès n'avaient point reparu plus d'un an après la cessation de toute médication.

(*London medical Gazette.*)

Sur l'emploi des narcotiques et d'autres médications employés dans le but de produire le sommeil chez les aliénés.

Ce travail, d'un auteur anonyme, est l'expression des idées d'un praticien sans observations à l'appui. Il ne renferme d'ailleurs rien de nouveau. D'après l'auteur, l'insomnie n'est point un symptôme essentiel des aliénations mentales, et sa cessation n'est pas toujours suivie d'une amélioration de la maladie.

Ainsi formulée, cette proposition nous paraît parfaitement conforme aux faits.

L'auteur pense que les narcotiques, rarement utiles dans la folie, sont surtout contre-indiqués dans la période aiguë de la manie.

La manie puerpérale, le *delirium tremens*, et toutes les formes chroniques d'aliénation mentale qui se rapprochent le plus par leurs symptômes de cette dernière affection, sont, d'après l'auteur, les maladies dans lesquelles l'opium produit les résultats les plus avantageux. Dans les autres formes, l'insomnie est plus utilement combattue par l'exercice en plein air, la fatigue musculaire, les distractions, etc. Nous nous associons pleinement à cette manière de voir.

(*Dublin medical Press*).

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 10 MARS 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 29.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 9 MARS 1849.

Projet de loi sur l'assistance publique en France.

La commission chargée de préparer un projet de loi sur l'organisation de l'assistance publique en France vient de déposer son rapport. Quoiqu'il ne soit pas probable que l'Assemblée nationale ait le temps de le discuter et surtout de l'adopter avant sa dissolution, nous avons cru nécessaire cependant d'en faire connaître à nos lecteurs la partie qui peut les concerner, et qu'ils seront probablement appelés à mettre en œuvre, si, comme tout porte à le croire, ce projet de loi est adopté, soit par l'Assemblée nationale, soit par celle qui lui succédera. (*Voir* plus bas.) Ne pouvant rapporter tout entier le rapport et le texte de la loi, qui ne forment pas moins de dix-neuf grandes colonnes du *Moniteur*, nous avons dû nous borner à reproduire ce qui nous intéresse spécialement, et à donner une rapide analyse du reste. On trouvera d'ailleurs, dans ce que nous reproduirons, des détails d'un grand intérêt.

Quant à l'économie générale du rapport, toutes les questions qu'il soulève, au point de vue de l'administration des secours médicaux, ayant déjà été traitées à plusieurs reprises dans ce journal, nous n'aurons que peu de chose à en dire ici.

Comme fondements de la loi, ce projet invoque trois principes dominants :

1° La décentralisation ;

2° La création d'une administration de l'assistance publique distincte de toutes les autres ;

3° Enfin le troisième principe, qui n'est guère que la conséquence du premier, veut que les ressources de l'assistance soient fournies autant que possible par chaque commune, et que l'administration centrale ne puisse pas imposer l'Etat ni même les départements en cas d'insuffisance de ces ressources.

Un de nos collaborateurs a traité avec détails la question de la centralisation, qui a d'ailleurs occupé les hommes les plus distingués. Les arguments qu'il a fait valoir en sa faveur nous paraissent péremptoires, et nous nous rallions complétement à son opinion sous ce rapport. Pour les mêmes raisons, nous croyons qu'il serait préférable de laisser à l'Etat le soin de subvenir aux besoins de l'assistance publique, plutôt que d'exposer cette importante administration à tous les inconvénients qu'entraîneront sans doute, plus tard comme aujourd'hui, le dénûment de certaines communes, les tiraillements, les longueurs, l'hétérogénéité, quelquefois le mauvais vouloir et le défaut de lumières spéciales des conseils municipaux et même des conseils départementaux. Les raisons que la majorité a fait valoir à l'appui du principe qu'elle a adopté ne nous paraissent avoir aucun fondement, au moins en ce qui concerne l'administration des secours médicaux. Ainsi, dire qu'on craint de créer une espèce de droit pour un pauvre malade d'être soulagé et de ne pas mourir sans secours, c'est aller, selon nous, beaucoup au delà des justes antipathies que doit inspirer le principe du droit au travail.

Quant à la croyance où paraît être la majorité de la commission, que l'adoption d'un impôt spécial pour l'assistance publique aurait refroidi le zèle de la charité privée, rien ne justifie cette croyance. Nous ne pensons pas le moins du monde que la charité privée soit le résultat d'un calcul, et pour cette raison il nous semble très peu probable que le sentiment qui la produit puisse être modifié par une loi.

Des trois principes adoptés par la commission, il n'y en a donc qu'un qui nous paraisse à l'abri de tout reproche.

Quant aux détails, aux moyens d'assurer l'administration des secours médicaux, le projet, comme on l'a vu, adopte cette institution des médecins et pharmaciens cantonaux, dont les avantages ont été si vivement contestés.

Lorsque la question des médecins cantonaux a été débattue devant la Chambre des pairs, nous avons cru devoir prendre parti, aussi bien dans l'intérêt de l'indépendance professionnelle que dans l'intérêt des pauvres malades eux-mêmes, contre une pareille institution. L'expérience fort heureuse, dit-on, qui se continue dans le département du Bas-Rhin, ne peut suffire encore pour nous faire changer d'opinion. Les objections que nous avons faites lors de la discussion de la Chambre des pairs restent tout entières, et le rapporteur de la nouvelle commission n'a rien fait pour les dissiper. Il a montré les avantages de l'institution des médecins cantonaux, avantages que nous reconnaissons volontiers ; mais il a passé sous silence les inconvénients, et il aurait été juste, avant de se prononcer, de faire la balance des uns et des autres.

Revue clinique hebdomadaire.

Commotion de l'œil. — Il est entré hier dans le service de M. Lenoir, à l'hôpital Necker, un homme atteint d'une maladie qui, sans être excessivement rare, n'est cependant pas assez fréquente pour que tous les praticiens aient eu l'occasion de la rencontrer.

Cet homme, nommé Marie, âgé de quarante-huit ans, d'une bonne santé habituelle, est sujet aux étourdissements depuis six semaines seulement. Ces étourdissements étant devenus assez incommodes pour le gêner beaucoup dans son travail, il alla consulter, il y a trois semaines, un médecin qui lui prescrivit dix-huit sangsues et un purgatif : cette prescription fut exécutée exactement ; mais les étourdissements ne furent que peu ou point modifiés.

Dimanche dernier, en descendant quelques marches d'escalier, il tomba sans qu'aucun obstacle apparent fût cause de la chute ; cependant, il ne perdit point connaissance ; et quoiqu'il attribue cet accident à un éblouissement passager, attendu que les jours précédents il en avait éprouvé plusieurs en travaillant qui le forçaient à suspendre son travail et à s'asseoir ; il ne peut cependant se rendre un compte exact de la manière dont il a eu lieu. Quoi qu'il en soit, dans cette chute, le côté gauche de la face a violemment porté ; trois solutions de continuité ont été produites, l'une à la partie gauche du bord adhérent de la lèvre supérieure, l'autre à la partie supérieure gauche du nez, et la troisième à la partie externe et supérieure de l'arcade orbitaire du même côté. Ces lésions ont fourni du sang en assez grande abondance, suivant le malade, et se sont promptement accompagnées d'un gonflement considérable.

Toutefois, l'œil de ce côté n'a éprouvé aucune altération matérielle ni fonctionnelle ; mais ce qu'il y a de curieux, c'est que l'œil du côté opposé, où l'on n'observe absolument aucune lésion, a cessé de voir immédiatement après la chute, et n'a nullement recouvré ses facultés jusqu'à présent.

Aujourd'hui, le gonflement du côté gauche de la face est presque entièrement dissipé ; les petites plaies sont recouvertes de croûtes et environnées d'une légère coloration jaunâtre ecchymotique ; l'œil gauche est parfaitement normal sous tous les rapports ; le droit paraît aussi dans les mêmes conditions ; on remarque seulement que la pupille est un peu moins contractile que celle du côté opposé ; toutes les deux ont d'ailleurs un diamètre assez considérable (environ 4 à 5 millimètres).

Malgré cette apparence, la vue est complétement perdue du côté droit. Le malade n'éprouve d'ailleurs aucune douleur, ni aucune sensation anormale, soit dans l'œil, soit dans le voisinage de cet organe ; aucune trace de paralysie n'existe ni à la face, ni à la langue, ni aux paupières ; il n'y a non plus aucune trace de céphalalgie. Le malade assure d'ailleurs, à plusieurs reprises, que jamais il n'a éprouvé la moindre faiblesse dans la vue, ni du côté droit, ni du côté gauche.

Quel diagnostic, et surtout quel pronostic convient-il de porter en présence d'une pareille affection ? Le diagnostic que nous avons inscrit en tête de cette observation nous semble le plus probable, ainsi qu'à M. Lenoir. Ce chirurgien a déjà vu quelques exemples de commotion de l'œil sans altération matérielle appréciable, et, dans tous ces cas, les fonctions se sont rétablies au bout d'un certain temps, qui a toujours dépassé un septenaire. Le pronostic serait donc peu fâcheux si, comme nous le croyons, le diagnostic de M. Lenoir est exact.

Il ne faut pas oublier, toutefois, qu'il est un accident fort curieux qui se développe dans les mêmes conditions que la commotion, et que M. Lenoir a eu l'occasion de constater par l'autopsie ; cet accident est un épanchement sanguin au-dessous de la rétine, qui décolle cette membrane, détruit ses propriétés et abolit par conséquent la vue d'une manière définitive. L'absence de toute sensation anormale dans le fond de l'orbite nous semble donner peu de probabilités à l'existence d'un pareil accident ; mais nous avouons que ce n'est là qu'une opinion rationnelle, et que les faits dans lesquels cette lésion a été constatée ne sont ni assez nombreux ni assez complétement décrits pour permettre un diagnostic tout à fait certain.

Une saignée et une diète modérée ont été prescrites au malade, et l'avenir ne tardera pas à lever toute incertitude touchant la véritable nature de la lésion.

Diagnostic et traitement des calculs biliaires. — Le diagnostic des calculs biliaires est ordinairement ou très facile ou très obscur ; il est très facile lorsque, outre l'existence de symptômes fonctionnels du côté du foie, on peut constater la présence, dans les selles, de concrétions biliaires qui viennent rendre compte de ces symptômes ; il est fort obscur quand on est privé de ce dernier signe, et qu'on n'a pour s'éclairer que les douleurs de la région hépatique, les troubles de la digestion et même la teinte ictérique de la peau. A plus forte raison est-on embarrassé, lorsqu'on n'observe encore que des coliques hépatiques, à des intervalles indéterminés, et très éloignées les unes des autres. C'est dans ce cas surtout qu'il est important de pouvoir constater l'existence d'un signe sur lequel on n'a que peu appelé l'attention, nous avons eu l'occasion de l'observer chez un malade dont nous allons résumer l'histoire, et que nous a fait remarquer M. Martin-Solon.

Mais il y a chez ce malade un sujet d'étude non moins intéressant que le diagnostic ; c'est le traitement.

On sait que le traitement des calculs biliaires a pour objet de remédier aux accidents aigus produits par les calculs, ou bien de prévenir ces accidents, en facilitant l'expulsion ou même en opérant la dissolution des calculs eux-mêmes. C'est sur la dernière de ces deux espèces de traitement, la moins avancée quoique la plus importante, que le malade de M. Martin-Solon nous offrira un grand intérêt.

OBS. — Collard (Louis), bonnetier, âgé de vingt-quatre ans, homme d'une bonne constitution et d'une bonne santé apparente, vint consulter M. Martin-Solon au commencement de janvier de cette année, et donna alors les renseignements suivants qu'il confirme aujourd'hui.

Il y a sept ans il fit une maladie des plus graves, ou plutôt deux ou plusieurs maladies successives qui le retinrent six mois au lit ou dans la chambre. Il croit se rappeler que ces maladies ont été une fièvre typhoïde et une fluxion de poitrine. En tous cas, il se rappelle parfaitement n'avoir éprouvé alors aucun phénomène analogue à ceux dont il va être question. Depuis la guérison de ces maladies jusqu'au mois de février 1848, c'est-à-dire pendant six ans, la santé du malade fut excellente.

A cette dernière époque il fut pris de coliques excessivement violentes qui s'exaspéraient par accès, mais sans cesser jamais complétement ; elles durèrent pendant six semaines environ, avec des alternatives d'augmentation et de diminution, et cessèrent un jour tout à coup sans aucune raison appréciable ; il y eut en même temps une jaunisse modérée, pendant laquelle le malade remarqua que ses gardes-robes étaient blanches. L'ictère se dissipa après la disparition des douleurs.

Depuis le moment de leur disparition jusqu'au mois de juin, la santé redevint à peu près aussi bonne qu'auparavant ; mais à dater de cette dernière époque, des douleurs sourdes, un malaise vague se fixa dans la région épigastrique et hypochondriaque droite ; ce malaise augmentait par les mouvements, et gênait beaucoup le malade dans son travail ; les digestions devinrent pénibles, et tous ces symptômes augmentant, le malade vint consulter M. Martin-Solon au commencement de janvier 1849.

Dès cette époque, M. Martin-Solon constata un signe qui se perçoit encore aujourd'hui, et sur lequel il fonda exclusivement le diagnostic : c'est une sorte de crépitation sourde, se produisant sous la pression un peu intense de la main à la région de la vésicule biliaire, laquelle semble d'ailleurs un peu développée. Cette espèce de crépitation a beaucoup d'analogie avec celle que l'on rencontre quelquefois dans les cas d'hydatides superficielles du foie ; seulement, elle existe exclusivement à la région de la vésicule, ce qui n'a pas lieu habituellement pour les kystes hydatiques. Le malade ne s'est d'ailleurs jamais aperçu d'avoir rendu des calculs par les selles ; mais il est vrai de dire qu'il n'a jamais cherché à s'en assurer avec précaution.

On prescrivit au malade un mélange d'éther et de térébenthine dans les proportions qui seront indiquées ; mais il ne put suivre que fort irrégulièrement ce traitement ; il rendit néanmoins un calcul biliaire vers la fin de janvier. Voyant qu'il ne pouvait pas se soigner convenablement chez lui, il se décida à venir séjourner pendant quelque temps à Paris, et entra dans les premiers jours de mars à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Lazare, n° 3, dans le service de M. Martin-Solon.

A son entrée, on put constater le bruit dont nous avons déjà parlé, ainsi que tous les phénomènes dont il a déjà été question. On administra au malade un mélange de 10 gram-

mes d'essence de térébenthine et de 5 grammes d'éther à prendre en deux jours. La première dose a été prise le samedi 3 mars et la deuxième le dimanche 4. Le lundi matin, en allant à la garde-robe, le malade a rendu cinq calculs à facettes de 7 à 10 millimètres de diamètre sans éprouver aucune douleur soit dans la région hypochondriaque droite, soit ailleurs.

Quoique ce fait soit encore bien incomplet et que nous nous proposions d'en observer les suites, il nous semble utile cependant de dire quelques mots dès à présent de la médication employée par M. Martin-Solon. On n'ignore pas que cette médication, proposée par Durande, médecin de Dijon, vers la fin du siècle dernier, jouit d'abord d'une grande réputation, qui s'affaiblit peu à peu, et qu'elle tomba totalement dans l'oubli; il faut dire cependant que, si les succès qu'elle donna furent loin de répondre aux espérances qu'on avait fait concevoir, les insuccès ne furent ni assez nombreux ni assez concluants pour permettre d'en juger définitivement la valeur. Il faut reconnaître aussi que l'expérimentation est difficile sur ce point: Durande recommande de continuer l'administration du remède jusqu'à ce que les malades en aient pris 400 grammes, ce qui exige de leur part une constance de plus de cinquante jours. Or, il y en a très peu qui aient le courage nécessaire pour arriver au terme d'un pareil traitement, tant est désagréable le mélange en question. Le malade que nous avons vu chez M. Martin-Solon est doué d'une telle force de volonté, que tout nous fait espérer qu'on pourra obtenir chez lui une expérimentation complète, d'autant plus que les effets déjà obtenus, et dont on a pu sans se faire trop d'illusion rapporter le bénéfice au médicament, ont donné à ce malade la plus grande confiance dans l'efficacité du traitement. Ce fait promet donc de sortir de la ligne commune et deviendra sans doute d'un grand intérêt clinique.

Affection organique de la prostate. — Rétention d'urine. — Fausse route. — Ponction de la vessie. — Cicatrisation de la fausse route et grande amélioration chez un vieillard de soixante-dix ans. — Le malade dont il va être question, et que l'on peut observer encore dans le service de M. Huguier (salle Ambroise-Paré, hôpital Beaujon), est un de ceux qui peuvent faire ressortir avec le plus d'évidence les brillants succès d'une thérapeutique chirurgicale bien exécutée. Ce vieillard est arrivé à l'hôpital dans un état extrême de dépérissement, tant ses fonctions générales avaient été altérées par une affection organique de la prostate compliquée d'une rétention d'urine habituelle, mais qui n'était complète que depuis environ vingt-quatre heures. Après ce même laps de temps, les effets de l'ischurie se développèrent avec beaucoup d'intensité; l'indication du cathétérisme était des plus pressantes. Cette opération fut en effet tentée; mais les difficultés qu'elle offrait la rendirent impossible, et l'opérateur eut le malheur de faire fausse route. Lorsque M. Huguier vit le malade, l'état des parties était tel que, toutes les fois qu'on introduisait la sonde dans l'urètre, elle s'engageait forcément dans la fausse route; on dut perdre l'espoir d'arriver à la vessie par cette voie, et M. Huguier se décida sans plus tarder à faire la ponction hypogastrique. Cette opération eut les meilleurs résultats; le dégorgement de la vessie calma les symptômes généraux; on laissa le trocart à demeure, et les jours suivants l'état du malade devint sensiblement meilleur qu'avant son entrée à l'hôpital. Au bout de quelques jours même, les désordres locaux produits par la fausse route éprouvèrent une complète réparation, et l'on put introduire une sonde dans l'urètre jusque dans la vessie.

On enleva alors le trocart, qui fut remplacé par la sonde laissée à demeure dans l'urètre. La plaie hypogastrique se cicatrisa en quelques jours, et l'expulsion des urines put se faire librement par la sonde urétrale. A dater de ce moment, l'état général du malade éprouva une amélioration rapide; aujourd'hui il mange et dort à peu près comme dans l'état normal, et n'éprouve presque aucune douleur dans la région malade; son facies a repris un excellent teint; il n'offre pas de différence notable avec un vieillard de son âge jouissant d'une bonne santé.

Ce fait porte avec lui son enseignement: nous ne voudrions pas dire précisément que l'on ait eu tort dans ce cas de pousser trop loin les tentatives de cathétérisme; car lorsqu'on n'a pas soi-même senti du doigt les difficultés, il est fort difficile d'exprimer une opinion sur un cas particulier. Mais d'une manière générale quand on considère, d'une part, l'innocuité presque constante de la ponction hypogastrique, d'autre part la fragilité possible des tissus dégénérés, surtout pendant que les efforts occasionnés par une ischurie y appellent un afflux momentané des fluides, ne pensera-t-on pas que l'on doit, dans ces cas, se contenter de tentatives très modérées de cathétérisme, et recourir à la ponction lorsque ces tentatives restent infructueuses? Malgré la respectable autorité de Desault, qui n'a jamais été obligé de faire une seule ponction hypogastrique, nous croyons fermement que tous ceux qui n'ont pas son habileté doivent se prononcer pour l'affirmative, et l'on conviendra facilement que c'est le plus grand nombre.

Quant au malade qui est l'occasion de ces remarques, on ne peut espérer que l'amélioration extrême qu'il éprouve doive modifier l'issue définitive de la maladie; mais c'est toujours une grande satisfaction pour l'art chirurgical d'avoir obtenu un aussi beau succès, même lorsque ce succès ne peut être que momentané.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Phlegmon du cuir chevelu. Traitement.

Il sort aujourd'hui du n° 3 un homme entré depuis onze jours, et dont l'histoire est assez curieuse. A la suite d'une plaie de tête, il était venu réclamer nos soins il y a un mois, et il était sorti guéri après huit jours de séjour dans notre salle. Il revint dix jours après sa sortie avec une inflammation à la tête beaucoup plus intense que la première fois. Il n'y a que onze jours de cela, et cependant, à cette époque, tout le crâne était en suppuration; le cuir chevelu était décollé; il y avait des bosselures; tous les téguments crâniens étaient disséqués par le pus jusque vers les parotides; il y avait de la fièvre, mais pas de délire.

Cela devait paraître très grave; car un décollement du crâne aussi étendu est une chose très sérieuse. Vous voyez cependant, par le résultat, que tout s'est passé heureusement. Huit jours après son entrée, cet homme aurait pu sortir guéri, et le résultat n'a été aussi favorable qu'à cause du traitement employé.

J'ai fait des incisions larges et multiples; j'ai ouvert partout où j'ai senti la fluctuation; j'ai ouvert non-seulement pour donner issue au pus, mais encore pour débrider; c'est-à-dire que j'ai pratiqué des incisions comme on les pratique avec tant d'avantage dans les phlegmons diffus.

En dehors des dangers de la suppuration, il y avait ici une crainte assez grande à avoir: les téguments étant décollés, amincis sur une foule de points, il fallait se demander si la mortification ne pourrait pas avoir lieu.

Une raison anatomique m'a rassuré en grande partie à cet égard; c'est l'intégrité des vaisseaux des téguments crâniens. Quand on considère les téguments d'un membre, on voit que les vaisseaux y arrivent en venant des parties profondes. A la jambe, par exemple, les artères tibiale et péronière envoient des branches en dehors, et il en résulte, pour les suppurations sous-cutanées de cette partie, que, si la peau est décollée par le pus, les vaisseaux sont détruits, rompus ou oblitérés; la peau se trouve privée de vaisseaux, et tend à se gangréner. Dans le crâne, les vaisseaux ne se distribuent pas ainsi; les artères qui arrivent aux téguments ne viennent pas des parties profondes aux parties superficielles; elles rampent entre les parois et se trouvent dans l'épaisseur des téguments; ainsi sont situées les artères temporales et occipitales. Il en résulte qu'une force peut décoller les téguments sans nuire à leur vitalité; car les artères sont aussi décollées et continuent à ramper dans leur épaisseur.

Vous voyez pourquoi je n'ai pas tant redouté la mortification des parties, et comment les phlegmons diffus avec une grande suppuration doivent être envisagés différemment au crâne et dans les autres régions.

Il y a encore au crâne une particularité toute mécanique sur laquelle, je crois, on n'a pas encore insisté, c'est la forme du crâne lui-même.

S'il existe au crâne un décollement d'une grande étendue, si l'on est obligé de pratiquer des incisions ou que la mortification des tissus amène une perte de substance, la rétractilité des téguments tend à augmenter l'étendue de la perte de substance ou de l'incision, et si c'est au sommet, la plaie s'aggrave. Supposez qu'un globe soit enfermé dans une vessie et qu'on saisisse la vessie par le fond en laissant son ouverture libre; si l'on tire suffisamment au fond de la vessie, le globe en sortira par l'ouverture comme par une boutonnière. Le crâne, enveloppé de ses téguments avec une boutonnière au-dessus donne cette idée; tout résiste, excepté l'ouverture. Il y a une rétractilité naturelle des tissus qui tendent à s'épaissir; les téguments ainsi divisés tirent dans tous les sens par leur propre rétractilité et par l'adjonction des fibres musculaires qui viennent de l'occipital et du temporal; et puis il faut ajouter l'action de la pesanteur. Or, comme on ne peut changer la position de la tête, il est évident que la pesanteur, ajoutée à l'action musculaire et à la forme du crâne, tend à tirer les téguments en bas. Tout cela explique pourquoi les plaies s'agrandissent au sommet du crâne. Ce que je viens de dire pour le sommet peut s'appliquer à toutes les autres saillies du crâne, bosses frontales, occipitales ou pariétales, et cela, par les raisons que j'ai données de la forme du crâne, de la rétractilité des tissus et de la pesanteur. Il en résulte que, quand un décollement considérable existe dans cette partie, il vaut mieux pratiquer plusieurs incisions qu'une seule, parce qu'alors ces causes n'ont pas d'action sur une seule partie, mais sur plusieurs. Chez le malade dont je parle, si j'avais pratiqué une seule incision sur la bosse pariétale gauche, cette saillie n'aurait pas manqué de faire saillie à travers l'incision en écartant les téguments; les téguments sont restés en place.

Blessure du nez. — Des fractures de la face et du crâne.

Chez le n° 30 existe une lésion qui présente quelque apparence de gravité, et qui pourtant n'offre rien de sérieux. Cet homme a reçu une blessure au nez; les os du nez ont été brisés, ainsi qu'une partie des os de la face, c'est-à-dire l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur et l'os unguis. Tout s'est passé très simplement et d'une manière très bénigne. Il est entré le 1er février, et il sort en se considérant comme guéri, quoique les os ne soient pas encore solides.

Voici en quoi ces blessures ont besoin d'être bien comprises: Quand la blessure a lieu à la tête, si c'est le crâne qui est atteint, on est généralement effrayé, et on l'est moins si c'est la face. Ce n'est pas que la fracture et la plaie soient par elles-mêmes plus redoutables au crâne qu'à la face, mais parce que la violence qui a occasionné une fracture du crâne produit un retentissement qui peut avoir des conséquences fâcheuses. Il se peut que cette violence donne lieu à un épanchement entre l'os et les membranes du cerveau, entre les membranes, ou dans le cerveau, ou qu'il amène une contusion, une commotion de l'encéphale. Si bien que la fracture du crâne est redoutable par ses effets, mais non par elle-même; faites abstraction des complications, la fracture du crâne est très simple. En effet, il n'y a pas de déplacement, à moins qu'il y ait enfoncement; il n'y a pas de mobilité, et dès lors on n'a pas à craindre de déplacement, on n'a pas besoin d'appareil: la nature guérit les fractures du crâne. A la face, c'est la même chose; les fractures ont lieu ordinairement sans déplacement, parce que les os sont courts, et elles sont moins redoutables, parce qu'elles ne donnent que rarement lieu à des complications. Il y a cependant à la face des fractures qui sont suivies de déplacement, et qui peuvent occasionner la lésion de certains organes; celles de la mâchoire inférieure nécessitent l'application de bandages, et celles des os propres du nez amènent une dépression, une difformité considérable, à laquelle il faut remédier par le redressement.

Vous avez occasion en ce moment de constater ces divers faits, et sur le malade qui s'en va, et sur celui qui est entré au n° 4. Ce dernier est atteint d'une fracture des os du crâne qui n'est pas dangereuse comme fracture, mais qui cependant s'accompagne de complications très graves. La fracture a été la conséquence d'une chute d'un quatrième étage. Quand le malade est arrivé, on constatait des symptômes d'une violente commotion et des symptômes de compression; les accidents de commotion dissimulaient ceux de compression; mais à mesure que les premiers se sont dissipés, les seconds se sont mieux dessinés. Aujourd'hui, cet homme offre d'autres accidents qui tiennent à l'inflammation qui s'établit dans le foyer d'un épanchement interne; mais il y a ici une disposition telle que l'épanchement de l'intérieur communique avec un autre épanchement formé à l'extérieur, à cause de la longueur de la fracture; il en résulte que l'hémisphère droit, quoique comprimé, ne l'est pas de manière à faire naître la paralysie comme si l'épanchement avait lieu à l'intérieur des membranes. La compression, dans ce cas, n'amène pas de paralysie; cela tient, d'une part, à ce que le liquide est situé entre la dure-mère et les os, et, d'autre part, à ce que le côté droit peut s'écarter en dehors, et le foyer s'étendre à l'extérieur en refoulant les os qui cèdent. Supposez que le crâne fût solide, le liquide, exerçant alors son action compressive à l'intérieur du crâne dont les parois résistent, ne pourrait évidemment faire céder que les organes mous, et amènerait de toute nécessité la paralysie.

Tous ces accidents sont indépendants de la fracture proprement dite, et s'il n'y avait ni plaie, ni épanchement, on n'aurait rien de plus à redouter dans ce cas-ci que dans l'autre. A. Bernard.

Urétrorrhagie considérable à la suite d'une blennorrhagie. Applications de l'eau froide et des astringents. Guérison.

Par M. LEROY-DUPRÉ,

Chirurgien aide-major au 55e de ligne.

Rien n'est plus commun que les hémorrhagies urétrales à la suite de la blennorrhagie; mais ces hémorrhagies se maintiennent habituellement dans des limites très modérées; elles ne deviennent pas inquiétantes et ne réclament même pas, le plus souvent, de médication spéciale. Ce n'est que dans de très rares exceptions que les hémorrhagies dont il s'agit se montrent avec une grande abondance; mais précisément alors elles effraient d'autant plus le malade et le médecin, qu'elles sont plus inaccoutumées, et qu'elles s'accompagnent véritablement aussi, dans ces cas, de symptômes généraux alarmants. Il est donc intéressant d'être prévenu de la possibilité de ces hémorrhagies, ainsi que des suites qu'elles peuvent avoir.

Obs. 1. —Eugène ..., fourrier au 7e régiment de dragons, âgé de vingt-un ans, taille de 1 mètre 820 millimètres, vigueur athlétique, tempérament sanguin, eut, il y a quatre ans, une urétrite qui guérit, après trois mois de traitement, par l'usage du poivre cubèbe. Six mois après, il en contracta une autre, qui, faute de soins, passa à l'état chronique. Au mois d'août dernier elle durait encore, mais n'était caractérisée que par une goutte d'un jaune pâle qui se montrait au méat urinaire chaque matin. C'était ce qu'on a si justement appelé goutte militaire. Après avoir eu des rapports avec une femme, l'urétrite passa à l'état aigu, ne fut pas traitée; et chaque fois que le malade pratiquait le coït, il avait un pissement de sang quelques minutes après.

Le 12 novembre de cette année, il se rendit en voiture d'Avesnes à Maubeuge (17 kilomètres).

Arrivé dans cette ville, il but une telle quantité de bière et de vin qu'il s'enivra; c'est dans un tel état de surexcitation qu'il eut des rapports avec une femme. Après avoir passé un jour et une nuit à Maubeuge, il revint à pied et précipitamment à Avesne, vit une autre femme en arrivant et se coucha ivre.

Le lendemain, 14 novembre, à sept heures, douleurs aux aines, difficulté dans la progression, écoulement de quelques gouttes de sang après avoir uriné. Eugène fait néanmoins son service jusqu'à dix heures; c'est alors que l'écoulement de sang persiste goutte à goutte, sans douleur, sans besoin d'uriner. L'hémorrhagie continuant, le malade nous fait demander à trois heures de l'après-midi. Il avait perdu près de deux kilogrammes d'un sang riche et se coagulant facilement. Nous prescrivons: position horizontale, repos absolu, réfrigérants sur la région hypogastrique, les aines et le périnée; limonade sulfurique du Codex; potion avec 2 grammes d'extrait de ratanhia.

L'hémorrhagie diminua, mais pour augmenter bientôt d'une manière sensible. A huit heures du soir, le malade perd encore du sang; sa face est pâle; il accuse une faiblesse générale, des nausées, de la douleur à l'épigastre. L'intelligence est parfaite; les pupilles sont dilatées; le pouls offre 50 pulsations; l'onde sanguine perçue à l'artère radiale est large, mais sans force, et se laisse déprimer facilement. Il semble que le vaisseau, en se contractant, s'affaisse sur une colonne de liquide qui ne présente plus de résistance; les battements du cœur sont réguliers; les carotides ne donnent pas de bruit de souffle. Le périnée est très chaud; la région hypogastrique n'est point douloureuse et ne présente pas de saillie. Bientôt le malade est pris d'un tremblement général, déterminé par l'application réitérée des réfrigérants largement appliqués. Syncope passagère. Nouvelle potion avec l'extrait de ratanhia; injections dans le canal de l'urètre plusieurs fois répétées avec 2 grammes de tannin dissous dans 60 grammes d'eau.

A huit heures et demie du soir, l'écoulement cesse; le malade avait perdu une grande quantité de sang, qui, pesée, a fourni le chiffre de 2 kilog. 500 grammes.

Aussitôt après les injections, besoin irrésistible d'uriner; l'injection de tannin est seule expulsée sans mélange de sang ni d'urine. Deux heures après la cessation de l'hémorrhagie, la chaleur revient, le pouls monte à 73, le malade se sent mieux et est plus rassuré. Cependant, pour modérer l'influence du système nerveux après une

perte sanguine aussi abondante, nous prescrivons une potion avec 2 grammes d'éther à prendre par cuillerées d'heure en heure.

A onze heures du soir, le besoin d'uriner se fait de nouveau sentir; cet acte physiologique a lieu sans effort, sans écoulement de sang, et donne la quantité de 250 grammes environ d'urine ordinaire.

Ainsi, pendant tout le temps qu'avait duré l'urétrorrhagie, le sphincter, en se contractant, avait empêché le sang de s'écouler dans la vessie. Les réfrigérants sont continués toute la nuit, et le calme où se trouve le patient lui procure une demi-heure de sommeil.

Le lendemain 15 novembre, mieux sensible, bien-être général; le pouls est à 59; il reste seulement un peu de faiblesse, de la pâleur au visage; la faim se déclare; bouillon froid, aliments vinaigrés. La limonade sulfurique est continuée pendant vingt-quatre heures.

Le 16, le rétablissement est complet, l'urétrite n'a pas reparu. (*Gaz. méd. de Paris*, 10 février 1849.)

L'observateur fait suivre cette narration des réflexions suivantes :

Les excès auxquels Eugène s'était livré et surtout la marche longue et précipitée qu'il entreprit pendant son état de surexcitation alcoolique déterminèrent une congestion sanguine des plus intenses vers la région qui était déjà le siége d'une inflammation aiguë. L'écoulement de muco-pus se supprima brusquement, comme il disparaît toutes les fois qu'une plaie devient le siége d'une irritation trop vive. L'hémorrhagie accidentelle, en amenant la guérison de l'urétrite, s'est comportée à la manière des antiphlogistiques, et d'autant mieux que la soustraction du sang s'est opérée dans la région qui était elle-même le siége de la phlogose.

Ces réflexions paraissent rationnelles, quoiqu'elles envisagent d'une manière beaucoup trop restreinte les questions qu'on peut agiter à propos de l'observation; mais, en y insistant davantage, on voit bientôt que, si elles sont très rationnelles au premier abord, elles sont encore bien loin d'être démontrées. Voici les réflexions auxquelles se livrait M. de Castelnau après avoir rapporté l'observation la plus complète qui existe d'hémorrhagie grave suite de blennorrhagie; ces réflexions feront envisager ces hémorrhagies sous leurs véritables points de vue.

« Le point capital de cette observation est sans contredit l'hémorrhagie urétrale dont le malade a été affecté; si ce cas n'est pas unique dans la science, ceux de son espèce sont au moins extrêmement rares, puisque tous les auteurs que j'ai pu lire traitent comme un accident sans conséquence la complication hémorrhagique de la gonorrhée; c'est une raison suffisante pour que nous lui accordions toute notre attention. Ce n'est pas seulement sous le rapport pratique que l'hémorrhagie urétrale est importante à considérer, c'est aussi sous le rapport doctrinal, et ce dernier point de vue est d'autant plus intéressant à étudier qu'il a jusqu'à ce jour entièrement échappé à l'œil, souvent peu pénétrant d'ailleurs, de nos prédécesseurs en syphilographie. Cependant, pour qu'à ce point de vue s'attache tout l'intérêt possible, il est important que l'hémorrhagie soit ce qu'on a appelé une hémorrhagie essentielle, c'est-à-dire qu'elle ne soit produite par aucune déchirure, par aucune lésion physique appréciable des tissus. Or le fait de toute absence de lésion physique appréciable ne pourra guère paraître douteux si l'on songe que l'écoulement de sang s'est montré à une époque où il n'existait plus aucune douleur le long de l'urètre, que la palpation et plus tard le cathétérisme ne firent reconnaître aucun point sensible ou induré le long du canal, et que d'ailleurs aucune violence ne précéda l'apparition de l'hémorrhagie; d'autres considérations décisives confirmèrent encore cette manière de voir. Nous avions donc affaire ici à une hémorrhagie par exhalation; reste à déterminer quelle était la cause qui pouvait ainsi forcer le sang à franchir ses limites physiologiques. Était-ce cette disposition particulière de l'organisme que l'on a désignée plutôt que caractérisée sous le nom de diathèse hémorrhagique?

» Les antécédents du malade sont de nature à faire repousser une semblable opinion. Jamais il n'avait eu d'hémorrhagie antérieure, si ce n'est de rares et faibles épistaxis à une époque déjà fort éloignée; rien ne pouvait non plus faire présumer chez lui un état scorbutique, même le moins avancé; la marche de la maladie n'offrait au reste aucune analogie avec les hémorrhagies scorbutiques. Faut-il attribuer notre urétrorrhagie à la violence de l'inflammation, comme le font dans certains cas quelques syphilographes?

» Cette supposition est encore moins soutenable que les précédentes, dans le cas particulier qui nous occupe, alors même qu'à un point de vue plus général elle ne constituerait pas une grave erreur pathogénique. En effet, outre qu'on ne comprendrait pas très bien comment la violence de l'inflammation produirait l'issue du sang hors des vaisseaux, aucun fait assez général n'a établi un rapport entre ces deux phénomènes pathologiques. Si donc on ne peut attribuer l'hémorrhagie ni à la violence de l'inflammation, ni à une diathèse dite hémorrhagique, ni à ce que l'on entend dans le langage courant par une lésion physique, n'est-il pas rationnel de voir dans ce phénomène le résultat de l'action du principe morbide, soit sur la localité affectée, soit sur le système général, soit à la fois de l'une et de l'autre manière? Expliquons-nous clairement sur tous ces points, qui peuvent paraître obscurs au premier abord, mais qui ne demandent pour être parfaitement compris qu'un peu de cette attention nécessaire à l'intelligence de toutes les vérités d'un ordre supérieur.

» Il paraît rationnel, ai-je dit, d'attribuer à l'action du virus blennorrhagique l'écoulement du sang observé chez notre malade; mais en produisant cet écoulement sanguin, le virus a-t-il simplement ajouté une nouvelle action à celle qui causait déjà une sécrétion muco-purulente, ou bien l'une de ses actions s'est-elle suspendue pendant que l'autre s'est établie? Y a-t-il eu par conséquent changement du mode d'action du virus plutôt que développement d'une action nouvelle? C'est ce que l'étude attentive des faits va nous permettre de décider.

» Nous avons vu, et je tiens à cette observation, qui paraît avoir échappé à tous les syphilographes, nous avons vu que pendant la durée de l'hémorrhagie l'écoulement muco-purulent s'est arrêté, et par durée de l'hémorrhagie je n'entends pas seulement le temps pendant lequel le sang s'échappait de l'urètre, mais bien celui qui s'est écoulé depuis l'apparition de l'hémorrhagie jusqu'à sa cessation définitive. Or si l'hémorrhagie avait été simplement le résultat d'une nouvelle action ajoutée à celle qui produisait déjà l'écoulement, il est clair que les deux effets auraient persisté, c'est-à-dire que l'on aurait observé à la fois et un écoulement sanguin, résultat de l'action nouvelle, et un écoulement muco-purulent, résultat de l'action préexistante; c'est ce qui n'avait pas lieu chez notre malade, et c'est ce qui me fait croire qu'il y a eu chez lui modification de l'action morbide. La même raison doit faire rejeter l'opinion qui voudrait voir dans l'hémorrhagie la conséquence d'une diathèse, de quelque lésion physique, etc.; car, dans tous ces cas, il s'agirait de l'intervention d'une action nouvelle, et l'on ne s'expliquerait pas conséquemment la suspension de l'écoulement puruleut. Cette considération, ainsi que je l'avais annoncé, vient donc corroborer ce que je disais en commençant touchant l'improbabilité de ces causes. Enfin le retour de l'écoulement blennorrhagique après la cession définitive de l'hémorrhagie parle encore dans le même sens.

» Étant admis, maintenant ce fait, que l'hémorrhagie étant produite par un changement dans la manière d'agir de la cause qui déterminait l'écoulement blanc, serait-il possible de pénétrer plus avant, et découvrir en quoi consistait ce changement? Il faut avouer qu'arrivés à ce point nous ne pouvons plus progresser sans nous engager dans des questions insolubles actuellement, sans nous lancer dans des hypothèses qu'on ne peut ni accepter, ni rejeter par des raisons suffisantes. Broussais a bien pu imaginer une irritation inflammatoire, une irritation sécrétoire, une irritation hémorrhagique, etc.; mais aujourd'hui, fort heureusement, nous ne nous contentons plus d'affirmations gratuites, alors même que ces affirmations auraient elles-mêmes un sens bien intelligible; ce qui n'est pas ici le cas. Laissons donc aux progrès de la science le soin d'éclairer ces questions obscures, et sachons nous arrêter sur les confins de la lumière plutôt que de nous perdre en nous avançant dans les ténèbres. » (*Annales des maladies de la Peau et de la Syphilis*, tome II, page 147.)

Traitement des maladies des yeux par l'occlusion des paupières à l'aide du collodium.

En 1838, M. Pétrequin imagina de pratiquer l'occlusion des paupières pour guérir une ulcération de la cornée, et il obtint un succès rapide. Il s'était servi, pour produire cette occlusion, de bandelettes de taffetas anglais. De nouveaux essais faits par quelques ophthalmologistes ne justifièrent cependant point les espérances qu'on avait pu concevoir, et malgré la modification peu heureuse de M. Hip. Larrey, le procédé de M. Pétrequin a été généralement abandonné. M. Hairion, de Louvain, vient de communiquer à l'Académie royale de Belgique une série d'observations destinées à remettre en honneur l'occlusion des paupières, mais en remplaçant le taffetas d'Angleterre par le collodium. Voici comment il conseille d'appliquer cette substance :

Les paupières étant rapprochées, j'applique sur la fente palpébrale, au moyen d'un pinceau de poils de blaireau, trempé dans le collodion, une couche légère de cette substance. La dessiccation qui s'en opère rapidement lui donne l'aspect d'une pellicule mince, grisâtre et très adhérente, laquelle se détache ordinairement au bout de quarante-huit heures, quelquefois plus tôt, rarement plus tard, ce qui dépend d'ailleurs non-seulement de son degré d'épaisseur, mais aussi de l'état des bords palpébraux plus ou moins fournis de cils, et de l'abondance des matières sécrétées par l'œil. Il est généralement avantageux de ne pas laisser trop longtemps les paupières en liberté, et de pratiquer de nouveau, sans tarder, l'occlusion. Le plus souvent les deux yeux étant malades, je n'applique le traitement que d'un seul côté à la fois; cependant il est quelques circonstances où il devient nécessaire de l'appliquer des deux côtés en même temps.

Quant aux matières sécrétées par l'œil, elles trouvent une issue facile au dehors, soit qu'elles s'échappent immédiatement de l'œil en se frayant, sur un point quelconque de la fente palpébrale, une voie à travers la couche de collodium non encore solidifiée, soit qu'elles s'en échappent seulement plus tard en soulevant à l'angle interne de l'œil la pellicule qu'elle forme après sa dessiccation. On pourrait d'ailleurs laisser libre un des angles palpébraux, sans nuire à l'immobilité des paupières.

L'occlusion palpébrale au moyen du collodium n'a aucun des inconvénients attachés aux procédés précédents, et remplit mieux qu'aucun d'eux les différents buts pour lesquels on peut y avoir recours. Ainsi, elle met les paupières dans l'impossibilité de nuire par leurs mouvements; elle les maintient assez exactement fermées pour empêcher toute action nuisible de l'air sur les tissus enflammés; elle permet avec ceux-ci un contact suffisamment prolongé du remède pour qu'on puisse compter sur les résultats de son absorption; on n'a pas à craindre par cette méthode ni une pression fâcheuse de l'œil, ni une concentration trop grande de chaleur vers cet organe; enfin, les dangers de l'accumulation des matières sécrétées par l'œil dans la cavité oculo-palpébrale, résultat d'une occlusion trop hermétiquement faite, n'est pas non plus, comme nous l'avons vu plus haut, à redouter dans ce procédé.

Le seul effet qui résulte de l'emploi du collodium dans l'opération de l'occlusion palpébrale est une sensation de froid aux paupières due à l'évaporation rapide de l'éther; cette sensation est remplacée et en quelque sorte étouffée par une douleur cuisante très vive, mais passagère, si les bords palpébraux présentent des ulcérations, et dans le cas encore où le collodium est mis en contact avec les conjonctives. Enfin, lorsque conjointement avec l'occlusion palpébrale l'on a recours à la cautérisation, soit de la cornée, soit de la conjonctive, ou à l'application des pommades dont j'ai parlé plus haut, il résulte de ces diverses opérations une douleur dont l'intensité et la durée varient beaucoup. Je l'ai vue cesser entièrement au bout de quelques minutes, et d'autres fois se prolonger pendant plusieurs heures; dans un cas même elle fut assez violente pour m'engager à procéder au décollement des paupières, ce que j'obtins facilement et sans effort en passant sur la pellicule de collodium un pinceau trempé dans l'éther.

Il n'est pas douteux que, malgré les avantages incontestables de l'occlusion palpébrale permanente dans le traitement des kératites, bien des personnes cependant refusent de s'y soumettre pendant la journée. Dans ce cas on pourra encore, avec un avantage notable sur le mode ordinaire de traitement, borner l'occlusion des paupières à la durée de la nuit. Ce temps suffira toujours pour obtenir une absorption des pommades introduites dans la cavité oculo-palpébrale.

Après cette exposition générale, M. Hairion rapporte plusieurs observations qui, malheureusement, laissent beaucoup à désirer sous le rapport de la précision des détails. Nous nous contenterons d'en rapporter quelques-unes pour en donner un échantillon, puis nous énumérerons les diverses catégories d'affections dans lesquelles l'application du procédé a été faite.

1° La première catégorie se compose de maladies de la cornée. Voici seulement deux des observations que l'auteur rapporte :

Vanhoorebeke (Charles), soldat au 1er régiment de chasseurs à pied, est entré à l'Institut le 17 mars 1848, présentant une ophthalmie scropbulo-abdominale chronique, et ayant les cornées entièrement vascularisées. Pendant huit mois, le traitement opposé à cette maladie reste sans effet.

Le 3 décembre, il est soumis à l'usage de la pommade de nitrate d'argent et à l'occlusion des paupières. Aujourd'hui, après vingt applications à droite et treize à gauche, les cornées ont à peu près repris leur transparence normale, et il ne reste plus d'ailleurs de l'ophthalmie dont il était atteint depuis vingt mois environ, qu'un léger degré de sensibilité des yeux.

— Pierret (François), soldat au 2e régiment d'artillerie, est entré à l'Institut ophthalmique le 1er juillet 1848, dans l'état suivant : saillie des globes, vascularisation et opacité des cornées permettant à peine au malade de se conduire.

Le 9 décembre, l'état du malade a peu changé; j'ai recours à la pommade de nitrate d'argent et à l'occlusion palpébrale.

Le 25 janvier, après vingt et une applications, on remarque à peine quelques vaisseaux au segment supérieur des cornées.

Les autres catégories sont formées :

2° Par les inflammations de la conjonctive;

3° Par le trichiasis et le distichiasis;

4° Par l'entropion;

5° Par l'ectropion.

6° Enfin, M. Hairion pense que, dans certaines affections où l'on a conseillé de tenir les paupières closes, on pourra avec avantage substituer le collodium aux moyens généralement adoptés pour obtenir ce résultat.

Analyse du rapport et du projet de loi sur l'assistance publique en France (1).

Dans une première partie de son rapport, M. le rapporteur établit avec beaucoup de sens les règles générales qui doivent présider à l'assistance publique; il n'y a là rien qui puisse nous intéresser directement. Il pose ensuite cinq grandes divisions dans l'assistance publique, savoir, trois divisions principales qui se résument par ces mots : *prévoyance*, *travail*, *secours*, et deux divisions secondaires, les *monts-de-piété* et le *patronage*. De toutes ces divisions que le rapporteur étudie dans autant de chapitres particuliers, une seule doit être rapportée ici, c'est celle des secours. Voici comment M. Coquerel s'exprime à ce sujet :

« Les secours, ou l'assistance proprement dite, embrassent les distributions de secours à domicile; le traitement de malades indigents, soit dans les hôpitaux, soit à domicile; l'institution des médecins et des pharmaciens cantonaux; les établissements destinés aux enfants, aux infirmes, aux vieillards; les salles d'asile et les institutions pour les enfants trouvés, abandonnés ou orphelins pauvres.

» Notre rapport ne peut qu'effleurer tous ces points divers, dont chacun a une importance évidente et réclame une étude spéciale. Nous nous rallions d'ailleurs aux considérations si justes et si claires, parfaitement exprimées dans l'exposé des motifs. Ces établissements d'assistance sont pour la plupart en pleine activité; mais tous ont besoin de recevoir une extension qui leur donne moyen de soulager plus de souffrances, et des améliorations de différents genres depuis longtemps réclamées, que les préoccupations continues de nos gouvernements et de nos législatures ne cessent de différer.

» Il existe en France seulement 1,164 administrations hospitalières dirigeant 1,338 hôpitaux ou hospices, dont les revenus ordinaires sont d'environ 53,633,000 francs.

» Nos chefs-lieux de département possèdent 180 hôpitaux ou hospices.

» 318 sont situés dans 254 chefs-lieux d'arrondissement.

» 840 dans 824 chefs-lieux de canton.

» 23 chefs-lieux d'arrondissement n'ont encore ni hôpitaux ni hospices.

» Il est certain aussi que les hôpitaux et hospices sont malheureusement répartis. Dans tel département, ces établissements sont peut-être trop nombreux; dans d'autres, on parcourt plusieurs myriamètres sans en trouver.

» Cette inégale répartition territoriale n'est nullement compensée par une répartition mieux proportionnée des revenus; 80 administrations hospitalières possèdent 38 millions de revenus; 669 n'en ont pas 5 millions, ce qui donne à chacune de ces dernières un revenu moyen de 4,500 fr. environ.

» Tel hôpital, dans une ville de 2,500 âmes, possède 92,000 fr. de revenus et reçoit sept malades par an; la commune voisine, portant le même nom, n'a point d'hôpital.

» Dans le même département, une autre ville de 1,700 âmes a un hôpital dont les revenus dépassent 60,000 fr.

» Cette situation d'inégalité est grave; elle soulève nécessairement la difficile et importante question de savoir jusqu'à quel point la législation peut permettre que le denier du pauvre et de l'orphelin, du malade et du vieillard dégénère en un bien de main morte que l'on accumule au lieu de le dépenser.

» C'est aussi dans ces établissements que les aveugles, les sourds-muets et les aliénés trouvent l'éducation ou un asile.

» Le nombre des aveugles est estimé de 12 à 15,000, et celui des sourds-muets de 20 à 25,000. Ces chiffres ne sont qu'approximatifs, et probablement fort au-dessous de la vérité. Leur degré d'exactitude suffit malheureusement pour montrer combien il nous reste à faire.

» Une seule institution, à la charge de l'État, s'occupe de l'éducation des aveugles, celle de Paris, qui renferme 220 enfants, 140 garçons et 80 filles.

» 39 institutions, dans 28 départements, reçoivent les sourds-muets et comptent 1,675 élèves des deux sexes; deux seulement, celles de Paris et de Bordeaux, sont à la charge de l'État.

» Le service des aliénés, organisé par la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839, donne des résultats de plus en plus satisfaisants, et suffirait pour prouver combien la législation peut utilement s'occuper de l'assistance publique sans compromettre les ressources de l'État et sans sortir des règles que sanctionne une économie politique bien entendue. 12,286 aliénés, dont 5,935 hommes et 6,351 femmes, et dont le département de la Seine compte à sa charge plus du cinquième, sont secourus par les départements, et coûtent une somme annuelle de 4,800,000 fr. environ. Paris, Rouen, La Rochelle, Bordeaux, Nantes, Lyon possèdent les établissements les plus remarquables. Le chiffre, même approximatif, des aliénés indigents est très incertain; mais les autorités les plus compétentes s'accordent à penser que les asiles ouverts à cette grande infortune sont loin d'être suffisants, et le plus funeste résultat qui se déclare est le renvoi prématuré des malades avant une guérison complète, renvoi qui alors amène presque constamment une rechute.

(1) La commission était composée de MM. Rivet, Drouyn de Lhuis (remplacé par M. Goudchaux), Vergnes, Louvet, Depasse, Wolowski (secrétaire), Bidart, Poille-Desgrange, de Beaumont (de la Somme), Brillier (2e secrétaire), Bérenger (de la Vienne), Delaporte, Chauffour (Victor), Garnier-Pagès et Coquerel, président et rapporteur.

» A toutes ces misères qui viennent demander un soulagement aux hôpitaux et hospices, il faut ajouter la plus grande de toutes : celle des enfants trouvés. Leur nombre, *au-dessous* de douze ans, est calculé à 123,394, et la dépense, en 1844, s'est élevée à 6,707,829 fr.

» Le nombre annuel des expositions ou abandons d'enfants est d'environ 34,000.

» Ici, nous écartons une difficile et pénible question, celle des *tours d'exposition* dans les hospices, que l'on a si vivement débattue dans ces dernières années, et qui ne peut, à notre sens, être résolue que par les faits. Déjà l'expérience acquise semble incliner en faveur de la suppression, ou tout au moins de la réduction du nombre des tours. Les juges les plus éclairés, dans les ouvrages publiés sur cette matière, M. de Bondy, M. Remacle, M. Curel, attestent que la suppression des tours n'a point amené les résultats fâcheux que l'on redoutait. D'un autre côté, il est vrai de dire que cette mesure n'a que faiblement diminué le nombre des enfants trouvés. Il en est de même du système récemment adopté, de déplacer, d'éloigner les enfants. C'est que toutes ces mesures sont des expédients et ne s'adressent point à la racine du mal. Secourir les mères pauvres, en s'arrêtant à cette moyenne de secours qui suffit pour sauver l'enfant, sans donner de facilité, sans servir de prime au relâchement des mœurs ; secourir toujours à un taux plus élevé, pour ainsi dire, la mère dont l'enfant est légitime et qui le nourrit, voilà les seuls moyens d'arriver graduellement à la suppression complète des tours et à la diminution du nombre des enfants trouvés.

» A tous ces détails, vous reconnaîtrez, citoyens représentants, qu'il est loin de notre pensée de méconnaître ou de dissimuler les précieux soulagements que les hôpitaux et les hospices offrent aux classes pauvres. Ces établissements sont indispensables ; bien des maladies aiguës, bien des opérations difficiles et redoutables dans leurs suites ne peuvent se passer dans la demeure de l'indigent, où trop souvent l'air, la lumière, la chaleur, le silence et les soins, la place même manqueraient ; diverses infirmités, l'enfance, la vieillesse, entraînent souvent un tel dénûment et un tel abandon, qu'il leur faut l'asile d'un hospice. Et cependant nous mettons en première ligne dans cet article de la loi le secours à domicile.

» Nous sommes demeurés convaincus, après mûr examen, que ce dernier genre de secours est de tous le meilleur ; il offre divers précieux avantages qu'aucun autre système ne réunit.

» C'est le moyen le plus économique de secourir ; avec moins, on fait plus ; le secours en *argent* ou en *nature* profite toujours entre les mains du *bon pauvre* au delà de ce que les donateurs feraient avec des valeurs égales ; il saura en tirer davantage.

» C'est le moyen le plus prudent, parce qu'il appelle la surveillance ; on peut suivre le bienfait accordé et savoir ce qu'il devient.

» Enfin, c'est le moyen le plus moral, parce qu'au lieu de relâcher le lien de la famille il le resserre ; il n'éloigne pas de la famille un de ses membres ; tout entière, elle profite de ce qu'il reçoit ; la part de chacun, dans les humbles ressources du ménage, devient meilleure, et ainsi le secours à domicile rend les devoirs mutuels plus faciles en rendant le fardeau commun plus léger.

» Ces secours sont actuellement distribués par les bureaux de bienfaisance qu'une loi de l'an 5 a réorganisés. En 1844, sur 37,000 communes environ, entre 7 et 8,000 seulement, avaient des bureaux de bienfaisance ; le nombre de ces établissements s'élève à 7,599, dont le revenu annuel et ordinaire monte à environ 13,550,000 fr.

» Mais, sur ce total des bureaux de bienfaisance, moins de 4,000 fonctionnent réellement. Beaucoup ont été formés par occasion pour toucher quelque legs modique d'un habitant de la commune, et qu'attendre alors de comités de ce genre possédant moins de 20 fr. de revenus ?

» On voit que les bureaux de bienfaisance sont, à vrai dire, trop et trop peu nombreux ; il y en a trop, si l'on considère les ressources presque nulles que beaucoup d'entre eux possèdent et le montant des budgets de plus de 3,000 communes qui n'ont pas 150 fr. de revenus et ne peuvent rien allouer en secours aux indigents ; il y en a trop peu, si l'on regarde aux chiffres des communes qui n'en ont point.

» Il est évident qu'une réorganisation sur un plan nouveau est nécessaire, et c'est un des objets de la présente loi.

» Notre juste préférence pour le secours à domicile nous a portés à faire mention expresse dans cet article des salles d'asile et de l'établissement des médecins et des pharmaciens cantonaux.

» Les salles d'asile, qui attendent encore des perfectionnements divers, et une littérature, une musique, choses qui existent en Angleterre et que nous n'avons pas encore suffisamment importées, les salles d'asile rendent le grand service de dégager le travail de la mère sans lui enlever tout à fait ses enfants, sans les lui rendre étrangers, sans la dispenser de tout devoir maternel ; elles font à vrai dire du temps ce trésor des classes ouvrières. On ne saurait trop les propager, et surtout on ne saurait avec trop de soin et d'activité se hâter de former un personnel de surveillantes qui n'acceptent cette tâche utile, mais délicate, qu'après l'avoir bien étudiée et bien comprise. Nous ne possédons qu'un établissement pour cet enseignement.

» L'institution de médecins et de pharmaciens cantonaux serait un immense bienfait ; elle aura pour résultat de diminuer le nombre des malades dans les hôpitaux ; de réduire d'autant les dépenses de ces établissements ; de prévenir dans une foule de cas qu'une maladie prise à temps dégénère en maladie grave que l'hôpital devrait traiter ; de susciter la seule concurrence efficace contre cette multitude d'empiriques et de charlatans qui infestent les campagnes de leurs prétendus remèdes, et de faire traiter sur place des malheureux, blessés par ces mille accidents journaliers qu'aggrave trop souvent le transport à l'hôpital le plus voisin. Nous croyons indispensable que ces médecins reçoivent un traitement qui pourrait être peu élevé ; le titre de médecin cantonal serait bientôt très désiré ; mais des honoraires offrent le seul moyen de donner aux familles pauvres la confiance que la visite sera faite en temps utile. Il y a ici, évidemment, toute une organisation à créer, et ce sera rentrer dans l'esprit de la loi de vendémiaire, qui institue des officiers de santé *salariés pour secourir les indigents du canton* (titre III, article 16).

» Il est presque superflu d'ajouter que cette création ne tend nullement à la suppression des consultations gratuites offertes dans tous les hôpitaux et dont l'utilité est incontestable.

» On comprend aisément combien cette nouvelle institution serait favorable à la vie de famille, et combien elle s'accorde avec le principe de la favoriser, que l'assistance publique ne doit jamais perdre de vue.

» Nous devons ajouter que, dans diverses parties du pays, notamment dans le Bas-Rhin, depuis 1815, l'institution existe et donne les meilleurs résultats. »

Après avoir jeté un coup d'œil assez rapide sur les *monts-de-piété*, sur le *patronage* et sur les conditions et la durée des secours, le rapporteur aborde d'une manière générale l'organisation des secours publics qu'il croit devoir fonder avec la majorité de la commission sur trois principes fondamentaux, qui sont ;

1° L'absence de toute centralisation (1) ;

2° La création d'une administration distincte de l'administration municipale ;

3° L'interdiction, pour l'administration centrale et pour les préfets qui la représentent, d'imposer d'office des centimes additionnels pour compléter les ressources de l'assistance publique, lorsque les subventions accordées par les conseils municipaux seront insuffisantes.

Sur ce point, le projet du gouvernement consacrait un principe opposé.

Ces principes une fois posés et développés, le rapporteur adopte avec quelques modifications légères le projet de loi du gouvernement, dont nous extrayons les articles suivants :

TITRE Ier.

L'assistance publique comprend :

3° La distribution des secours à domicile ;

Le traitement des malades indigents, soit dans les hôpitaux, soit à domicile ;

L'institution de médecins et de pharmaciens cantonaux ;

Les établissements destinés aux enfants, aux infirmes, aux vieillards ;

Les salles d'asile ;

Et les institutions pour les enfants trouvés, abandonnés ou orphelins pauvres ;

4° Les monts-de-piété ;

5° La tutelle et le patronage.

Art. 2. Les administrations spécialement préposées à l'assistance publique sous l'autorité du préfet sont :

Un comité cantonal pour chaque canton ;

Un comité local par commune ou par réunion de communes ;

Les commissions administratives ou de surveillance pour les établissements publics, tels que les hospices, hôpitaux et les asiles d'aliénés ;

Les administrations chargées de la direction des institutions de prévoyance et autres légalement autorisées.

Art. 3. Un conseil supérieur d'assistance publique est établi auprès du ministre de l'intérieur.

TITRE II.

Du conseil supérieur.

Art. 6. Le conseil supérieur de l'assistance est composé de vingt membres nommés par le président de la République, et dont quatre sont choisis dans l'Assemblée nationale ;

Deux dans le conseil d'Etat ;

Un dans la cour de cassation ;

Un dans la cour des comptes.

Art. 7. Le conseil supérieur est présidé par le ministre de l'intérieur.

Art. 8. Le conseil supérieur exerce son initiative en soumettant au ministre de l'intérieur des vœux, des avis ou des propositions sur toutes les questions que soulève l'assistance publique.

TITRE III.

Des comités d'assistance publique.

Art. 9. Il sera créé dans chaque canton un comité chargé, sous l'autorité du préfet et la surveillance du conseil général du département, de l'organisation, de la direction et de la surveillance de l'assistance publique.

(Les fonctions de ce conseil sont principalement de surveillance, et analogues à celles du conseil de surveillance de l'assistance publique dans la ville de Paris).

Art. 11. Lorsque le canton comprendra dans sa circonscription des communes rurales, le comité cantonal se composera de sept membres, indépendamment du curé ou desservant et d'un ministre de chaque culte légalement reconnu exercé dans le canton.

Art. 12. Lorsque le canton ne comprendra qu'une population urbaine, le comité sera composé, indépendamment du maire de la commune, président-né, ou à son défaut d'un de ses adjoints :

D'un curé ou desservant, et d'un ministre de chaque culte légalement reconnu et exercé dans le canton ;

D'un médecin ;

De deux membres des comités locaux de secours ;

D'un membre de la commission administrative des hospices du canton ;

De deux membres du conseil des prud'hommes ;

Et de cinq citoyens membres ou non du conseil municipal.

Tous les membres du comité seront désignés par le conseil municipal.

Art. 13. Dans les villes qui formeront plusieurs cantons, il n'y aura qu'un seul comité d'assistance publique, qui se composera, indépendamment du maire, président, ou à son défaut d'un de ses adjoints :

D'un curé ou desservant, et d'un ministre de chaque culte légalement reconnu et exercé dans le canton ;

De deux membres du conseil des prud'hommes ;

D'un médecin ;

D'un membre de chaque comité local de secours ;

D'un membre de la commission administrative des hospices de la ville.

Tous les membres du comité seront désignés par le conseil municipal.

TITRE V.

Des ressources attribuées aux comités d'assistance publique.

Art. 31. Les ressources dont l'assistance publique dispose sont :

Les dons et souscriptions des particuliers ;

Les revenus des biens propres des comités locaux, ainsi que les prélèvements et autres ressources qui leur sont attribués par les lois ;

Les subventions votées par les communes ;

Les centimes spéciaux votés par les conseils généraux et les subventions de l'Etat qui seront réparties entre tous les départements par un décret du pouvoir exécutif rendu sur l'avis du conseil supérieur et inséré au *Bulletin des Lois*.

Art. 32. En cas d'insuffisance des ressources ordinaires des communes, les subventions qui pourront être votées par les conseils municipaux en faveur des comités locaux seront soumises à l'autorisation du préfet lorsqu'elles n'excéderont pas 2 centimes additionnels au principal des contributions directes.

Art. 33. Les conseils généraux sont autorisés à voter, chaque année, jusqu'à concurrence de 2 centimes spéciaux, la somme qu'ils croiront nécessaire d'affecter à titre de subvention à l'assistance publique.

(1) Il y aura, toutefois, auprès du ministère de l'intérieur un *conseil supérieur de l'assistance publique*, mais qui n'aura d'autres attributions que de *donner des avis*, d'émettre des *vœux*, et de faire des *propositions*.

Nouvelles du choléra.

On nous écrit de Saint-Saëns (Seine-Inférieure), 7 mars :

Le choléra a fait invasion à Saint-Saëns depuis deux jours. Quatre cas bien caractérisés se sont déjà produits ; il n'est malheureusement pas permis de mettre en doute la présence du fléau.

Cependant la maladie ne paraît pas avoir le caractère foudroyant qu'elle a montré à une autre époque. Il n'y a eu jusqu'à présent qu'un seul décès ; les autres malades sont dans un état alarmant, sinon sans espoir.

Aussitôt que l'existence du choléra parmi nous a été bien constatée, des mesures hygiéniques ont été arrêtées par l'autorité, de concert avec les médecins. Dès demain, jour du marché, la poissonnerie sera portée hors du bourg, et des visites domiciliaires seront faites dans le but de faire disparaître tout ce qui pourrait nuire à la salubrité publique et entretenir les causes du mal.

Moins heureux qu'en 1832, Saint-Saëns, qui n'en avait à cette époque subi aucune atteinte, voit aujourd'hui cet horrible mal s'abattre sur lui avec une certaine rigueur. Espérons au moins que sa présence parmi nous sera de peu de durée.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 13 MARS 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 30.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine!
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR. —	13 FR. —	7 FR.
DÉPARTEMENTS.	26 FR. —	14 FR. —	8 FR.
ÉTRANGER . .	30 FR. —	16 FR. —	9 FR.

PARIS, 12 MARS 1849.

Le choléra à Saint-Denis.

Dès le 28 février, la municipalité de Saint-Denis était instruite, malgré la réserve que l'administration des prisons avait jugé à propos de garder, que le choléra s'était manifesté dans le dépôt de mendicité qui existe dans cette ville. Cette triste nouvelle nous arriva bientôt; mais nous-même nous crûmes devoir garder le silence, uniquement pour ne pas exposer à d'injustes soupçons des employés qui avaient scrupuleusement observé les ordres de l'administration. Aujourd'hui que les membres du conseil de santé se sont rendus sur le théâtre de la maladie, que plusieurs d'entre eux même ont commis des indiscrétions (si indiscrétion il y a); que le président du conseil a, dit-on, annoncé publiquement, dans son cours au Collége de France, l'apparition de l'épidémie, il ne pourrait plus y avoir que des inconvénients à garder le silence; il y a, au contraire, tout intérêt à faire connaître le véritable état des choses. Nous raconterons donc sans plus tarder ce que nos informations nous ont appris.

Les premiers cas de choléra se sont déclarés le 25 ou 26 février à la maison du dépôt de mendicité de Saint-Denis (1). Le nombre des cas a été de un, deux, trois, quatre et même, dit-on, cinq par jour (un seul jour); mais à partir du troisième ou quatrième jour, un ou deux jours se sont quelquefois écoulés sans qu'aucun nouveau cas se soit développé.

Aujourd'hui, quatorzième ou quinzième jour de l'épidémie, le nombre total des cas est de 23. Sur ce nombre, 12 sont morts; 11 sont ou guéris ou en bonne convalescence.

La marche de la maladie a été d'une extrême rapidité; la plupart des malades ont succombé dans les premières 24 ou 48 heures avant que la période de réaction se fût manifestée. La convalescence, de son côté, a été aussi rapide que possible, puisque la plupart des individus affectés et qui ne sont pas morts sont revenus à un état complet de santé. Quelques-uns seulement ont offert, après l'établissement de la période de réaction, divers phénomènes cérébraux, en général légers, mais auxquels cependant un des convalescents a succombé assez brusquement.

Deux autopsies ont été faites en présence des membres du conseil supérieur de santé; sur l'un des cadavres, on n'a trouvé que des lésions très légères du tube intestinal, et, sur l'autre, des caractères d'une inflammation prononcée dans le gros intestin. Le sang présente, comme lésion capitale, une diminution considérable dans la quantité des globules.

(1) Nous donnerons un peu plus loin un aperçu succinct de l'état sanitaire et de la population de cet établissement.

L'épidémie a débuté par le quartier des femmes, séparé du quartier des hommes seulement par un mur et un corps de bâtiment, et ce n'est qu'après quelques jours qu'elle s'est déclarée dans ce dernier quartier. Dans l'un comme dans l'autre sexe, elle a sévi exclusivement sur les vieillards; un seul cas a été observé sur une femme adulte, et cette femme était convalescente d'une maladie assez grave.

Depuis plusieurs jours l'épidémie paraît être en voie de déclin; il y a cependant eu deux nouveaux cas avant-hier.

Outre les cas de choléra bien dessinés, on a observé, avant et pendant l'épidémie, une foule de diarrhées accompagnées d'un certain degré de refroidissement, et même d'une certaine altération des traits. Ces symptômes, qui ont été assez souvent les préludes d'une attaque bien caractérisée de choléra, se sont ordinairement dissipés sous l'influence des lavements laudanisés, d'un régime tonique et d'une température élevée, et n'ont point été considérés comme de véritables accidents cholériques, quoique plusieurs le fussent probablement devenus en l'absence de soins assidus.

Le traitement qui paraît avoir produit les meilleurs effets est un traitement fortement excitant et tonique au début, en partie tonique, en partie adoucissant pendant la convalescence. — Fomentations chaudes, frictions sèches, potions avec l'eau de menthe et de mélisse, vin chaud avec de la canelle; puis vin de Bagnols, tisane de riz, bouillons et potages aussi bons que possible.

Dans la population de la ville de Saint-Denis, nous n'avons entendu parler que de deux cas, qui auraient été traités à l'hôpital et dont l'un se serait terminé par la mort.

Aucun cas n'a eu lieu dans la garnison, qui est en ce moment considérable. Seulement, deux cas se sont manifestés dans un régiment qui arrivait d'un des départements du nord et qui avait fait de longues marches depuis plusieurs jours. L'un des deux malades a succombé.

Si, après avoir exposé sommairement les faits précédents, nous cherchons à en tirer quelques conséquences pratiques, voici les résultats auxquels nous sommes conduit :

1° Sous le rapport des conditions qui ont favorisé le développement de l'épidémie, il est évident que ces conditions ont été toutes celles que l'on considère comme mauvaises, hygiéniquement parlant, c'est-à-dire le défaut d'aération convenable, la mauvaise nourriture, l'insuffisance des vêtements, les constitutions faibles et épuisées par les excès ou la misère.

Toutes ces conditions, en effet, se trouvent réunies dans le dépôt de mendicité de Saint-Denis, qui n'est que le réceptacle de tous les vagabonds, de tous les malheureux sans asile, sans distinction d'âge ni de sexe, que la police ramasse chaque jour dans le département de la Seine. L'état topographique et architectural de l'établissement n'est que trop en harmonie avec la population qu'il renferme. Situé dans une des parties les plus basses de la vaste plaine de Saint-Denis, à l'extrémité nord de la ville, composé de vieux bâtiments mal clos, et de cours peu spacieuses et entourées de tous côtés par de hautes clôtures, le dépôt est constamment plongé dans une atmosphère humide et stagnante, qui en fait un des lieux les plus malsains qu'on puisse imaginer. Malgré ces mauvaises conditions hygiéniques qui pèsent sur tous les habitants du dépôt, il n'y a eu cependant que les vieillards et une jeune femme épuisée qui aient été atteints par le choléra; nouvelle preuve du rare concours de circonstances défavorables qu'il a fallu pour déterminer le développement de la maladie.

2° La fréquence des cas, malgré l'existence de toutes ces conditions, a été jusqu'à présent assez peu considérable. La population du dépôt était de plus de 800 habitants, le nombre des individus atteints de 23 et celui des morts de 12; c'est à peu près un malade sur 35 et un mort sur 70; c'est là un chiffre assez peu élevé, surtout si l'on considère que le nombre des vieillards est proportionnellement plus élevé dans la population du dépôt que dans une population normale.

3° Quant au rapport du nombre des morts à celui des malades, ce rapport, quoique assez élevé, l'est cependant beaucoup moins qu'en 1832, car à cette époque on perdit près de trois malades sur quatre; tandis que jusqu'à présent on n'en a perdu qu'un sur deux.

En résumé, tout fait espérer qu'à Saint-Denis et à Paris, comme dans toutes les villes et dans toutes les contrées qu'il vient de parcourir, le choléra sera infiniment moins meurtrier qu'en 1832.

Nous ne tirerons aucune induction des résultats fournis par la médication qui a été mise en usage : d'abord parce que cette médication ne nous est pas assez exactement connue dans ses détails, parce que le nombre des cas traités est insuffisant, et ensuite parce que les malades du dépôt sont dans des conditions trop spéciales pour qu'on puisse conclure de ce que l'on observe chez eux à ce qu'on doit observer chez des malades ordinaires.

Le choléra à Paris.

On n'en saurait plus douter, le choléra a franchi les murs de Paris et envahi la capitale. Un cas des plus caractérisés se trouve en ce moment dans le service de M. Honoré, à l'Hôtel-Dieu; un autre non moins évident dans le service de M. Andral à la Charité; un troisième a succombé dans le service de M. Jobert, à l'hôpital Saint-Louis; un quatrième est en traitement à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, et un cinquième s'est présenté aujourd'hui au Bureau central.

En ville, un cas a été traité par M. le docteur Lebled chez un homme de soixante-deux ans vivant dans de très mauvaises conditions hygiéniques (logement obscur et insalubre, mauvaise nourriture, excès de travail). Ce malade a été saisi brusquement samedi à une heure de relevée et a succombé à huit heures du soir; il a éprouvé les crampes les plus violentes.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Susceptibilité singulière d'un feuilletoniste célèbre. — Représailles de la médecine contre la pharmacie. — Inauguration prochaine de la statue d'Ambroise Paré à l'Hôtel-de-Ville.

Le temps, cher lecteur, n'est guère au feuilleton ; nous voilà en plein choléra ou à peu près, et la plume qui commence cet article pourrait bien s'échapper de ma main avant qu'il ne soit terminé. N'importe, puisque le Français aime à causer et à rire, même au milieu des plus grandes calamités (et nous n'en sommes pas encore là), causons et rions si nous le pouvons. J'ai d'ailleurs à vous raconter une petite nouvelle qui me rendrait le silence très désagréable, car on ne rencontre pas toujours une pareille bonne fortune. Vous allez en juger.

Si par un hasard bizarre, comme le sont tous les hasards, l'idée vous est venue de jeter un coup d'œil sur mon dernier *Courrier*, vous avez vu une certaine épître adressée à l'Académie nationale de médecine, et vous avez sans doute pensé que cette épître n'était qu'une pure fiction inventée pour vous amuser, et qui n'avait d'autre tort que de manquer son but. J'ai pensé cela comme vous. Vous serez donc assez surpris que moi d'apprendre que, dès le jour même où a paru cette malencontreuse épître, j'ai reçu une missive adressée au rédacteur en chef de ce journal, et conçue à peu près en ces termes :

« Monsieur,

» J'ai l'honneur de vous prévenir que j'ai envoyé mes deux amis, » MM. N..., pour vous demander des explications sur le feuilleton » qui a paru aujourd'hui dans la *Gazette des Hôpitaux*.

» J'ai l'honneur de vous saluer.

» Le rédacteur en chef de l'*Union médicale*,

» LATOUR (Amédée). »

Cette missive, je ne le cèlerai point, m'avait un tant soit peu abasourdi; mais ce fut bien autre chose quand je lus dans le journal précité un gros entre-filet dont voici à peu près le texte :

« Un homme d'honneur, parlant à un *idem*, demande si c'est le » rédacteur en chef de l'*Union médicale* que l'on a voulu person- » nellement attaquer dans le feuilleton en question. »

Même signature que dessus.

Donc, comme je vous le dis, cette apostrophe me causa beaucoup d'étonnement et même un peu d'autre chose, Mais après l'étonnement vint la réflexion, et je me tins à peu près ce langage :

M. Amédée est un homme d'esprit par droit de naissance et par droit de profession; c'est de plus un très facétieux feuilletoniste; il ne peut donc avoir de projets sérieusement feuilletonicides; il veut plutôt faire quelque espièglerie, apprendre quelque tour de bissac à un confrère simple et novice; c'est évidemment contre des projets de ce genre qu'il faut se mettre en garde.

M. Latour, en effet, me demande si c'est bien lui que j'ai voulu *attaquer*; d'abord, je n'ai *attaqué* personne et *désigner* vaudrait peut-être mieux; mais passons sur la grammaire, et parlons logique.

Pour répondre à la question de M. Latour, il me manque plusieurs renseignements que M. Latour possède seul, c'est-à-dire qu'il m'adresse précisément la question que j'aurais à lui faire pour pouvoir lui répondre. C'est là évidemment une facétie ou un piége dont je remercie le ciel de m'avoir montré toute la malice, et que, malgré mon innocence, j'aurai le bonheur d'éviter. En dépit de mon ardent désir d'être agréable à un confrère et surtout à un homme d'esprit (dont je voudrais, pour d'excellentes raisons, me concilier toujours les sympathies), je ne pourrai rien répondre à mon aimable inquisiteur avant qu'il n'ait lui-même répondu au moins aux deux questions suivantes :

1° M. Latour a-t-il réellement écrit une épître à l'Académie?

2° M. Latour est-il ou a-t-il jamais été, se qualifie-t-il ou s'est-il jamais qualifié du titre de *professeur de morale spéciale?*

Jusqu'à ce que je sois édifié sur ces deux points, je serai sourd aux insinuantes paroles de mon spirituel questionneur, et je me méfierai plus que de l'eau et du feu de ses gentilles et urticantes méchancetés.

Si, en attendant, il voulait me prêter sa fine plume péloponésique, je vous ferais une bonne petite gloserie sur le commerce pharmaceutique d'un de nos honorables confrères, qui a eu l'heureuse idée de venger les intérêts professionnels des atteintes qu'ils reçoivent chaque jour de la part de nos quasi-confrères les pharmaciens.

Personne n'ignore avec quelle ardeur certains de ces honorables savants se livrent à la consultation médicale. Il y en a particulièrement un, dans la rue ci-devant Royale-Saint-Martin, qui traite, à lui tout seul, plus de chancres et de blennorrhagies que tous les syphiliographes réunis. Les médecins, bonnes gens, supportent, en général, fort bien cette concurrence illicite, et les robes noires, pour lesquelles, tous tant que nous sommes, nous n'avons pas une grande passion, ne sont guère importunées de nos plaintes. Mais un de nos confrères a pris le bon moyen : il a appliqué à MM. les pharmaciens la peine du talion, et il s'acquitte en conscience de sa mission. Achalandé d'une nombreuse consultation gratuite, il ne se contente pas de délivrer des ordonnances à ses malades et de les envoyer chez le pharmacien; pour être plus sûr des effets de ses médicaments, il les prépare et les distribue lui-même; mais il paraît qu'il met un tel soin à ses préparations, qu'elles lui reviennent à un prix exorbitant, et que, nonobstant ses sentiments philanthropiques, il est obligé de vendre *quinze francs* un flacon contenant environ *soixante grammes* d'infusion de bourgeons de sapin. Quelle douleur pour un cœur philanthrope!

La généreuse pensée adoptée par l'ancien conseil municipal de la ville de Paris va être mise à exécution, et nous allons enfin pouvoir contempler bientôt, sur la façade de l'Hôtel-de-Ville, la magnifique figure d'Ambroise Paré. Cet hommage rendu à l'une des plus grandes gloires de la chirurgie française est une première réparation à notre profession, qui compte dans le passé tant de talents et tant de dévouements restés sans récompense.

Mutations dans le corps des officiers de santé. — Par décisions ministérielles :

M. Peytral, chirurgien-aide-major de 1re classe à l'hôpital de Belle-Isle-en-Mer, désigné pour l'hôpital de Cambrai, est détaché à l'armée des Alpes;

M. Miramont, chirurgien-aide-major de 2e classe au 36e de ligne, est désigné pour le 2e chasseurs;

M. Rol, chirurgien-sous-aide à l'hôpital de Givet, est désigné pour être détaché à celui de Popincourt, à Paris;

M. Quillaut, chirurgien-sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital de Longwy;

M. Méder, chirurgien-élève de 2e classe à l'hôpital d'instruction de Metz, est désigné pour celui de Strasbourg.

Un second cas a été traité le même jour par M. le docteur Frémy chez une femme qui vivait également dans de mauvaises conditions hygiéniques; l'accès, quoique violent, a été conduit heureusement jusqu'à la période de réaction, et tout fait espérer qu'il se terminera d'une manière favorable.

Quant aux deux cas qui se trouvent à l'Hôtel-Dieu et à la Charité, le premier a eu lieu sur un homme de trente-deux ans, assez vigoureux, mais qui depuis quelque temps cependant était sujet aux nausées et aux vomissements. Il est dans la période de réaction, et on a le plus grand espoir de le sauver.

La malade de la Charité est une femme enceinte vivant dans des conditions hygiéniques peu favorables. Elle a néanmoins traversé heureusement la période algide, et se trouve aujourd'hui en assez bon état, quoiqu'un accouchement, d'ailleurs naturel, soit venu compliquer la maladie. On a employé dans ce cas la galvanisation; elle paraît avoir eu la plus heureuse influence sur les crampes, qui ont été promptement calmées.

Le traitement d'ailleurs, dans tous ces cas, a consisté à calorifier et à exciter d'abord les malades par tous les moyens possibles, et à leur administrer ensuite les adoucissants.

M. Andral, outre ces moyens, a administré, dès le début, l'opium à haute dose. M. Lebled a suivi la même pratique, qui paraît avoir produit quelques bons effets chez la malade de la Charité, mais qui a complétement échoué chez le sien.

Un honorable confrère d'Argenteuil, M. le docteur Béringier, a été appelé à Saint-Gratien pour donner des soins à une vieille femme et à sa petite-fille, atteintes du choléra. Toutes deux ont succombé en moins de vingt-quatre heures.

Une tendance fâcheuse à dissimuler tous les malheurs qui peuvent menacer le public se perpétue dans l'administration à travers toutes les commotions politiques. Nous avons déjà eu l'occasion de combattre ce système, qu'on a justement qualifié de *système à l'étouffoir;* nous ne manquerons pas de le combattre encore aujourd'hui. Nous croyons volontiers que l'administration, en gardant ce silence obstiné, agit ordinairement dans de bonnes intentions, et qu'elle n'a d'autre but que d'éviter au public de pénibles émotions. Mais évidemment l'administration s'abuse. Toutes les précautions qu'elle peut prendre ne sauraient empêcher une partie de la vérité de transpirer au dehors et de circuler de bouche en bouche. Or on sait ce que devient au bout de quelques jours un fait mal connu, colporté de maison en maison, et de ville en ville. Non-seulement l'imagination publique en augmente outre mesure la gravité, mais encore il devient souvent difficile ensuite de le faire accepter tel qu'il est à des esprits passionnés, et qui ont réellement quelques raisons de l'être. Les scènes horribles de 1832 ont prouvé les graves inconvénients qui peuvent résulter de cette ignorance calculée dans laquelle on se plaît à laisser la population. Nous espérons que l'administration, mieux inspirée, ne voudra pas contribuer à renouveler de pareils malheurs. Pour cela, il importe qu'elle fasse connaître exactement, et jour par jour, tous les faits qui arriveront à sa connaissance.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. Lévy.

Considérations sur les pneumonies dites catarrhales et typhoïdes, régnant au Val-de-Grâce.

Par M. Masselot, chef de clinique du service.

Adynamie au début. — Pneumonie pétéchiale du lobe droit supérieur. — Léger épanchement pleurétique. Guérison.

Rose, âgé de dix-neuf ans, de faible constitution, incorporé depuis dix mois au 8e bataillon de gardes mobiles, a été pris, il y a deux jours, sans cause connue, de frissons, de malaise général, de céphalalgie, bientôt suivis de refroidissement, d'épistaxis, de diarrhée et de perte complète des forces, de toux rare et sèche, d'oppression et d'une douleur obtuse audessous et en arrière du mamelon droit.

A l'entrée à l'hôpital, le 13 janvier : état algide, cyanose des membres, du tronc et particulièrement de la face; taches pétéchiales plombées, réunies en groupes au nombre de sept à huit sous les clavicules, dans les aisselles et les aines, disséminées à la surface du tronc et des membres; yeux excavés; décubitus latéral; les membres et le tronc repliés sur eux-mêmes; anéantissement des forces; voix presque éteinte; céphalalgie; soif; langue pâle; diarrhée (quatre à cinq selles dans les vingt-quatre heures); impossibilité, pour le malade, de se tenir assis sans être soutenu.

Dans la région latérale droite moyenne, près du bord externe de l'omoplate, submatité, souffle faible, éloigné, perçu seulement dans la toux; pas de crachats; pouls presque imperceptible, 100 pulsations. — Infusion de tilleul édulcorée chaude; frictions cutanées; potion gommeuse.

Le 14, 96 pulsations faibles; un peu moins de prostration; chaleur du tronc normale, extrémités fraîches; pétéchies mieux dessinées; souffle dans les deux temps de la respiration étendu au creux axillaire, accompagné de quelques bulles de râle sous-crépitant fin et disséminé, perçu dans la toux seulement. Dans le tiers inférieur du poumon droit, diminution du son et de l'expansion vésiculaire; douleur vague; cinq crachats diffluents, jaunâtres, semblables à une solution très concentrée de gomme, tous tachés ou striés de sang pur à leur surface; un seul, dans le cinquième de son étendue seulement, présente une teinte rouille qui se rapproche de celle des crachats de la pneumonie franche. Inappétence, soif; bandelettes nacrées sur les gencives; langue blanche, humide. Trois selles. Pas de météorisme. — Eau gommée, 3 pots; potion stibiée, 0,3; potion gommeuse.

Le soir, cinq vomissements, six selles. Prostration extrême, face cyanosée; abaissement considérable de la température; le malade se plaint d'être glacé; voix éteinte; souffle plus prononcé et plus étendu; léger bredouillement de la voix à la base latérale droite. — Suspension de la potion stibiée (moitié a été prise).

Le 15, 80 pulsations très faibles; chaleur de la peau normale; moins de prostration. Dans l'aisselle, murmure vésiculaire remplacé, dans les deux temps de la respiration, par un souffle particulier qui n'offre ni la rudesse, ni le timbre spécial et éclatant du souffle tubaire; il est accompagné de râle sous-crépitant sec, plus fin dans l'inspiration que dans l'expiration. Pendant la toux, on perçoit dans l'inspiration seulement des bulles de râle crépitant éparses et superficielles. Il n'y a pas un seul crachat pneumonique. Répugnance pour les aliments. — Diète; eau gommée, 2 pots; potion stibiée, 0,3; opium, 0,05; potion gommeuse.

Les 16 et 17, 92 pulsations, sans chaleur fébrile. Aux signes fournis hier par l'examen du thorax, il faut ajouter la diminution du son et de l'expansion vésiculaire sous la clavicule droite. — Bouillon; eau gommée, 2 pots; potion stibiée, 0,3; opium, 0,05.

Le 18, circulation un peu ranimée; cependant les caractères de langueur et d'adynamie persistent. Le souffle, bien diminué dans l'aisselle, existe, avec les caractères notés le 15, dans les fosses sus et sous-épineuses, et s'accompagne, dans l'inspiration seulement, de râle sous-crépitant à bulles assez petites, inégales, sèches et disséminées; quelques-unes diffèrent fort peu du râle crépitant, mais elles ne sont pas confluentes comme dans la pneumonie franche. Crachats peu nombreux, opaques, jaunâtres, épais, offrant des stries blanches et des taches de sang pur à leur surface; l'un d'eux, dans sa moitié, est d'un jaune rougeâtre. 96 pulsations. — Bouillon; eau gommée, 2 pots; potion gommeuse.

Le soir, 104 pulsations moins faibles, un peu de chaleur à la peau, souffle plus prononcé, pétéchies encore bien visibles. — Potion stibiée, 0,3; opium, 0,05.

Le 19, ni vomissements, ni selles; 84 pulsations; sueurs nocturnes assez abondantes et générales; une très légère épistaxis ce matin; souffle diminué; en quelques points reparaît l'expansion vésiculaire rude; pas de râle sous-crépitant humide de retour, mais un certain nombre de bulles de râle sous-crépitant à timbre sec dans les deux temps. Huit crachats blanc-jaunâtre, opaques, laissant voir quelques bulles d'air très fines, entourés d'une petite quantité de liquide transparent et un peu spumeux. — Bouillon; eau gommée 2 pots; potion gommeuse.

Les 20 et 21, très légère amélioration. — Bouillon; vermicelle; lait; potion gommeuse; eau gommée; vésicatoire à la base latérale droite du thorax.

Du 22 au 25, légère amélioration dans l'état local et général. — On donne le quart de portion de pain, côtelette, vin sucré.

Le 26, il ne reste plus qu'une respiration rude, sans râle, et une légère diminution du son; épanchement pleurétique résorbé; un peu de crépitation pleurale à la base. Depuis hier, pour la première fois, le malade a véritablement de l'appétit; il n'y a plus de crachats; quelques pétéchies encore visibles.

Du 26 janvier au 2 février, jour de la sortie, le malade reçoit les trois quarts de portion de pain, de viande et de vin, plus 125 gram. de vin sucré.

Remarques. — Ce fait, comme le précédent, vient démontrer combien il était nécessaire de diriger le traitement d'après les indications fournies par l'état général, et de n'accorder ici qu'une importance secondaire aux lésions locales. Nul doute qu'une perte de sang n'eût augmenté l'adynamie, ralenti encore le jeu des fonctions organiques, favorisé la flexion pulmonaire et rendu la résolution plus lente ou peut-être impossible. Nous avons vu l'amendement coïncider avec une légère réaction générale, des sueurs, et c'est sous l'influence de l'alimentation et du vin sucré, que s'est opérée la guérison de la lésion pulmonaire chez nos deux malades, et que s'est rétablie promptement la santé chez le sujet de cette observation. L'autre, qui perdit l'appétit et refusa obstinément tous les aliments, succomba autant à l'inanitiation qu'à l'adynamie.

Pneumonie du lobe supérieur droit. — Ataxie. — Léger épanchement pleurétique. — Guérison.

Delgrange, du 24e léger, ayant les apparences du tempérament nerveux-sanguin, a été amené à l'hôpital le quatrième jour de l'invasion de la maladie. Au début, frisson et douleur dans le côté droit.

A la visite du soir, le 9, jour de l'entrée, état suivant : Face vultueuse, anxiété; peau chaude, sèche; 96 pulsations petites, mais résistantes; 60 inspirations, oppression non expliquée par la lésion locale. Sub-matité dans les régions sus et sous-épineuse et sous-claviculaire droites. En arrière, dans la moitié supérieure du même côté, souffle avec râle crépitant disséminé perçu dans la toux; souffle soyeux dans le creux axillaire et sous la clavicule; douleur assez vive près du mamelon droit. Crachats en nombre suffisant pour recouvrir à peu près complétement le fond du crachoir; ils sont formés par une matière blanche assez épaisse, peu visqueuse, entourée de spumosités à bulles inégales. Quelques-uns sont seulement tachés ou striés de sang pur; d'autres sont rouillés dans une partie de leur étendue, et ressemblent assez aux crachats pneumoniques. Langue humide; soif; constipation de cinq jours. — Eau gommée, 2 pots; saignée, 350 gram.; quatre ventouses; l. d.

Le 10, sang pris en caillot assez consistant, recouvert d'une couenne épaisse; pas de sueur; 86 pulsations; matité plus étendue sous la clavicule; souffle plus prononcé, mêlé de râle sous-crépitant assez nombreux, à bulles inégales et à timbre sec et clair; mêmes crachats, seulement l'aspect rouillé est moins prononcé; 34 inspirations. — Diète; eau gommée, 2 pots; potion stibiée, 0,3.

Le soir, 96 pulsations; sous-crépitation plus générale.

Le 11, 78 pulsations assez résistantes, agitation et délire pendant toute la nuit. Crachats moins nombreux (cinq à six), blancs, opaques, très finement aérés, visqueux; un seul est en partie rouillé. Matité et souffle dans la moitié postéro-supérieure droite et sous la clavicule jusqu'à la quatrième côte. Le souffle, qui n'offre pas partout le même timbre ni la même intensité, est accompagné de râle sous-crépitant éclatant, à bulles très inégales. — Eau gommée, 3 pots; saignée, 350 gram.; potion stibiée, 0,4.

Le 12, 76 pulsations, délire et agitation violente pendant la nuit, lucidité à la visite. Caillot assez consistant; couenne très mince, grisâtre. Mêmes signes fournis par l'examen du thorax; de plus, submatité à la base latérale droite et sous-crépitation au-dessous du mamelon droit, siége de la douleur; face moins colorée; faiblesse générale. — Eau gommée, 2 pots; potion gommeuse; potion stibiée, 0,4, 0,05.

Le soir, 96 pulsations, délire, chaleur fébrile, peau sèche.

Le 13, délire violent pendant toute la nuit; on a été obligé d'attacher le malade : cris, vocifération, sortie du lit. Oppression, anxiété; secousses de toux assez fréquentes, suivies de l'expectoration de crachats formés par une matière blanche ou jaune, çà et là striée de sang pur et entourée de spumosité abondante, offrant des bulles de toutes les grandeurs. Matité et souffle, plus prononcés sous la clavicule. Encore un peu de délire; langue humide, peu de soif, pas de vomissement. 84 pulsations assez résistantes; 48 inspirations. — Bouillon. Potion opiacée, 0,1. Potion gommeuse. Deux sinapismes.

Le soir, la potion opiacée a été prise en cinq fois à une heure d'intervalle environ. Cessation du délire à une heure. Ce soir, 100 pulsations; pouls développé, sueur générale, lucidité, abattement. Mêmes crachats. Le souffle, notablement diminué partout, est remplacé par une respiration rude, soufflante, mêlée de râle sous-crépitant à timbre sec et éclatant, perçu dans les deux temps. — Eau gommée, 2 pots. Bouillon. Potion gommeuse. Potion opiacée, 0,05.

Le 14, nuit bonne. A peu près même état. 24 inspirations. — Bouillon. Eau gommée, 2 pots. Potion gommeuse, looch.

Le soir, 92 pulsations. Sueur générale, abondante. Disparition presque complète du souffle en arrière.

Le 16, 72 pulsations faibles. Sommeil, sueur nocturne; langue humide, blanchâtre, bouche mauvaise; constipation; crachats mucoso-salivaires, finement aérés, un peu visqueux. Souffle disparu; bruits respiratoires rudes, égaux en durée, mêlés de râle sous-crépitant au niveau du lobe supérieur. Frottement pleural en différents points de la moitié inférieure du poumon. — Bouillon. Potion. Eau gommée. Lait. Lavement émollient.

Le malade va de mieux en mieux. L'alimentation est augmentée chaque jour; on donne du vin.

Le 20, le malade reçoit la demi-portion, et les trois quarts de portion le 23.

Le retour à la santé s'est fait rapidement. Le râle sous-crépitant a disparu; les bruits respiratoires sont restés rudes; le frottement pleural s'entendait encore en quelques points le 31 janvier, jour de la sortie.

Remarques. — Nous voyons dans cette observation un ensemble de symptômes assez distinct de ceux que nous ont présentés les observations précédentes. La thérapeutique a été aussi différente. La coloration de la face, la chaleur fébrile, la résistance du pouls, les phénomènes stéthoscopiques, la similitude de quelques crachats avec les crachats de la pneumonie franche, semblaient indiquer l'emploi des antiphlogistiques. Deux saignées de 350 grammes chacune furent faites; la première donna un caillot recouvert d'une couenne assez épaisse; dans la seconde, la couenne était molle et imparfaite.

Non-seulement ces deux saignées ne procurèrent pas d'amendement, mais la lésion pulmonaire continua à se développer; le délire, qui apparut après la première saignée, devint bien plus violent après la seconde. M. le professeur Lévy, prenant en considération ces faits, et insistant particulièrement sur le contraste qui existait entre le calme de la circulation et l'accélération de la respiration et l'anxiété du malade, contraste dont la lésion pulmonaire ne pouvait rendre raison, déclara qu'il serait plus qu'inutile de recourir à une nouvelle saignée, et que nous étions en présence d'une pneumonie qui demandait à être traitée par l'opium ou par le musc. Ce pronostic ne tarda pas à se réaliser complétement. Bientôt après l'administration de l'opium, on vit le délire cesser, les fonctions reprendre leur harmonie et leur régularité, puis la résolution pulmonaire s'opérer avec une marche rapide. On voit donc qu'ici, malgré une certaine réaction fébrile, le délire et la persistance de la fluxion pulmonaire n'étaient point subordonnés au travail inflammatoire local.

Les observations que je viens de rapporter suffisent pour justifier ce que j'ai dit au début de ce travail des particularités offertes par les pneumonies régnantes; mais elles ne peuvent donner qu'une idée incomplète de ces maladies. En effet, elles présentent tant de variétés, que, pour en tracer une histoire fidèle, il aurait fallu prendre pour point de départ ceux des cas dans lesquels

le mode d'invasion, le siége, les phénomènes stéthoscopiques du début, les crachats, la marche et les lésions anatomiques présentent les différences les plus tranchées avec ce qu'on observe dans la pneumonie franche; puis rapporter ensuite un nombre suffisant de faits convenablement classés pour faire voir comment chaque forme de l'affection, chaque variété symptomatique se lie d'une manière intime à des lésions anatomiques particulières. Nous aurions ainsi parfaitement montré quo c'est une erreur profonde de croire à l'identité de toutes les pneumonies, et qu'il importe beaucoup, sous le rapport du pronostic, et surtout du traitement, de bien distinguer ces divers états symptomatiques et anatomiques.

Il est arrivé qu'on a confondu avec le troisième degré de la pneumonie une lésion pulmonaire très grave, parfois rapidement mortelle, mais bien différente de celle de la pneumonie franche. Nous aurions encore reconnu que, pendant le règne d'une même affection, la lésion des poumons chez les divers malades qui succombent peut offrir des différences tranchées de siége, de nature, d'étendue, et comment ces différences extrêmes sont rattachées par des altérations intermédiaires et complexes. Ainsi nous aurions trouvé dans un même poumon, tantôt un produit de sécrétion remplissant les vésicules et les petites bronches, sans altération de texture ni de résistance du tissu pulmonaire, tantôt ce même produit de sécrétion associé à une congestion sanguine plus ou moins intense, ou bien à une infiltration de sang et à de véritables ecchymoses; tantôt enfin associé à la fois à la congestion sanguine et séreuse, aux ecchymoses et à une véritable inflammation disséminée çà et là dans le tissu pulmonaire, qu'on trouve alors granulé et friable à peu près comme dans la vraie pneumonie. La lésion anatomique peut donc porter seulement sur l'un ou sur plusieurs des tissus élémentaires du poumon, ou sur tout le tissu pulmonaire en même temps. Toutes ces questions, que je ne voulais qu'indiquer ici, ont été l'objet d'un travail fait en collaboration avec le docteur Parise, et qui paraîtra prochainement.

Je signalerai la fréquence des angines, des otorrhées, des corizas, des flux intestinaux, venant attester que la maladie, bien que spécialement localisée dans le poumon, affectait encore les autres muqueuses. La disposition aux hémorrhagies a été révélée par l'exhalation du sang à la surface des muqueuses nasales et bronchiques, par les ecchymoses dans le tissu pulmonaire et par les pétéchies dans la peau. La pleurésie a été une complication assez fréquente.

Traitement. Il est encore un grand nombre de médecins qui, préoccupés exclusivement de l'affection locale, regardent toutes les pneumonies comme identiques et ne voient pas entre elles des différences de nature, mais seulement des différences de quotité dans la lésion pulmonaire. C'est toujours une inflammation, variable seulement par son degré et par son étendue, dont la saignée est le spécifique. Comme conséquence de cette opinion, il faudrait voir la principale source des indications thérapeutiques dans le plessimètre et le stéthoscope. Ces vues, purement spéculatives, sont en contradiction manifeste avec la rigoureuse observation des faits, et M. le professeur Lévy, dans ses leçons cliniques sur les pneumonies régnantes, s'est attaché à démontrer combien est erronée et funeste cette doctrine qui voudrait réduire à une si grande simplicité la science si difficile des indications thérapeutiques, combien il faut se garder d'adopter une méthode exclusive de traitement et de croire à l'infaillibilité d'une formule absolue applicable dans tous les cas. Ayant soumis tous les faits à une discussion aussi lumineuse que logique, l'habile clinicien établit clairement que, chez des individus vivant cependant dans des conditions à peu près identiques, la même cause morbide ne produit pas des effets semblables; que la même maladie est susceptible de revêtir des formes symptomatiques bien différentes, et qu'il y a une incontestable nécessité de modifier la thérapeutique pour répondre aux indications diverses fournies par chaque malade. C'est qu'en effet, ajoute-il, la médecine recommence presqu'au lit de chaque malade; et si la pneumonie existe, il est vrai de dire qu'il existe surtout des pneumoniques.

Aussi pour chaque malade, le traitement fut-il institué d'après des considérations mûrement réfléchies et déduites d'un examen portant sur la forme de la maladie et la nature de sa cause, sur l'état général de l'économie et les qualités du sang, sur la constitution du sujet et sa santé habituelle, sur l'état fonctionnel de chacun des appareils organiques et sur les lésions locales.

Voyons maintenant, par un examen rapide des faits que j'ai rapportés, quelles indications ont dicté le choix et la dose des agents thérapeutiques, quelle a été l'influence de ces moyens de traitement.

Saignées. — Les indications de la saignée ont été fournies à la fois par la forme de la maladie et par l'état de la lésion locale. En général, la forme typhoïde qui s'est présentée dans la grande majorité des cas commandait une grande réserve dans l'emploi des émissions sanguines. Mais dans la forme typhoïde il s'est présenté deux états adynamiques très différents signalés par M. le professeur Lévy, et qu'il est très important de distinguer l'un de l'autre. Dans l'un les forces ne sont qu'opprimées, et l'affaiblissement n'est qu'apparent; dans l'autre l'adynamie est réelle.

L'observation première nous offre un exemple du premier cas. Chez ce malade, en effet, les symptômes typhoïdes et l'adynamie développés au plus haut degré semblaient repousser toute médication débilitante; cependant M. le professeur Lévy, prenant en considération la température de la peau, la bonne constitution du malade, l'invasion récente de la maladie au milieu d'une bonne santé habituelle, les contractions énergiques du cœur et la résistance du pouls, jugea que l'adynamie n'était qu'apparente, qu'elle ne contre-indiquait point ici l'emploi des émissions sanguines réclamées par la lésion du poumon. Une première saignée de 250 grammes fut pratiquée.

L'adynamie n'ayant pas augmenté, et le caillot, sans être couenneux, ayant présenté assez de consistance, on fit une seconde saignée de 200 grammes. On appréciera facilement, en lisant l'observation, la part d'influence que ces émissions sanguines ont exercée sur la marche et la terminaison de la maladie.

Les observations III et IV nous offrent des exemples d'une adynamie réelle bien caractérisée par l'état du pouls, par la langueur de toutes les fonctions, par la grande prostration des forces, et par la perversion de la nutrition. Si dans ces cas les émissions sanguines semblaient réclamées par la lésion pulmonaire, elles étaient d'un autre côté formellement contre-indiquées par l'état général de l'économie. Or, de ces deux indications, la plus importante n'aurait certainement pas été celle qu'on aurait fondée sur l'examen physique, qui ne nous apprenait que l'étendue de la lésion pulmonaire, mais bien celle qu'on pouvait baser sur l'examen des lésions fonctionnelles qui nous indiquaient la mesure de la résistance vitale, et par conséquent le mode d'action thérapeutique que l'on devait opposer à la maladie. Ce sont ces principes qui ont été appliqués, et les résultats obtenus en ont démontré l'exactitude et l'utilité. Chez ces deux malades la lésion pulmonaire s'est dissipée, et l'un d'eux est revenu promptement à la santé. L'autre, qui, un instant, avait paru marcher vers la convalescence, est retombé dans l'affaissement; la nutrition s'est pervertie, puis complétement anéantie, et la mort est arrivée autant par *inanitintion* que par adynamie.

Dans la forme ataxique, il faut encore se tenir dans une grande réserve sur l'usage des saignées. On cherchera avec soin les rapports ou les contrastes qui peuvent exister entre l'état de la circulation, de la lésion locale, et l'état des fonctions respiratoires et du système nerveux. Dans les formes de pneumonies dont nous nous occupons, l'élément nerveux prime souvent l'élément sanguin, et les pertes de sang amènent une aggravation dans la dyspnée, l'agitation générale et le délire; c'est ce qui semble être arrivé chez le sujet de l'observation V.

Il existe entre la pneumonie franche et les affections pulmonaires que nous avons observées des différences symptomatiques et anatomiques telles, que nous nous sommes déjà demandé, au commencement de ce travail, s'il est bien rationnel de comprendre indistinctement sous la même dénomination de *pneumonie* toutes ces maladies. C'est ici le cas de revenir un instant sur cette question. Dans les deux cas, on a toujours affaire, il est vrai, à deux maladies générales spécialement localisées dans les poumons. Mais l'une de ces maladies, ordinairement bornée à un seul lobe, ou au moins à un seul poumon, de nature éminemment inflammatoire, liée à un excès constant de fibrine dans le sang, tendant à la suppuration, est très heureusement combattue par la médication antiphlogistique; l'autre, souvent disséminée dans les deux poumons, sans tendance à la suppuration, rebelle à la médication antiphlogistique, n'a pas des caractères anatomiques constants. On trouve tantôt des congestions pulmonaires plus ou moins intenses, quelquefois fugaces et se comportant à la manière des inflammations érysipélateuses; d'autres fois, plus persistantes, lentes à se résoudre, accompagnées ou suivies de l'expectoration de crachats albuminiformes; tantôt ce sont des congestions accompagnées d'ecchymoses et d'une expectoration mucoso-sanguine; tantôt c'est la sécrétion d'une matière blanche ou jaunâtre, opaque, épaisse et visqueuse, ayant plus ou moins de tendance à se concréter dans le lieu même de sa naissance; tantôt enfin on trouve avec ces divers états quelques portions de tissu pulmonaire véritablement enflammées. On peut voir, dans une même épidémie, ces altérations, réunies ou isolées, offrir une foule de nuances et de degrés, d'où résulte une grande différence dans la gravité, la marche et la durée de la maladie.

Si donc la pneumonie franche et ces affections pulmonaires présentant entre elles quelques analogies, ont quelques signes stéthoscopiques communs, elles sont séparées par des différences symptomatiques et anatomiques profondes.

Je n'ai pu faire qu'un petit nombre d'analyses du sang. Quand la forme typhoïde dominait, et qu'il y avait en même temps peu ou pas de réaction fébrile, la proportion de fibrine restait à peu près normale (Obs. I et II); elle augmentait dans les cas où la fièvre prenait un certain développement, et où l'affection pulmonaire tendait à se rapprocher de la pneumonie franche; mais le caillot était toujours de la largeur du vase, la couenne molle, ordinairement grisâtre, et les deux tiers inférieurs du caillot peu consistants, quelquefois diffluents.

De l'examen que nous venons de faire des formes de la maladie et de ses lésions locales, résulte l'impossibilité d'établir une règle générale applicable soit aux indications des saignées, soit à leur dose. C'est au lit du malade seulement que le médecin trouvera les éléments du traitement et des raisons souvent imprévues pour le modifier. Voici cependant quelques-uns des principes généraux qui ont servi, et qui pourront encore servir de guide pour instituer un traitement rationnel.

Tartre stibié. — Le tartre stibié a été administré pour remplir plusieurs indications. Donné à dose vomitive, à l'entrée des malades, lorsqu'ils étaient plongés dans la prostration et l'affaissement, il a souvent provoqué une réaction très utile qui permettait de mieux apprécier la position du malade et les indications à remplir.

Le tartre stibié a encore été donné comme modificateur spécial de la lésion pulmonaire, particulièrement dans les cas où, la saignée n'étant pas praticable, on ne voulait pas cependant abandonner à elle-même l'affection du poumon. Il serait très difficile de décider quelle part d'influence il conviendrait de lui attribuer sur la marche et la durée de la maladie, tant ses effets ont été peu tranchés. Mais on peut affirmer qu'on n'a rien obtenu du tartre stibié quand la maladie, caractérisée surtout par la sécrétion vésiculaire et bronchique, était disséminée, soit dans un poumon, soit dans les deux. La dose à laquelle il a été donné a variée entre 3 et 5 décigrammes. Quand il n'était pas toléré, on en faisait cesser l'usage après trois ou quatre vomissements ou après autant de selles. Les vomissements, dans ces cas, ont été très rarement suivis de réaction et de sueurs critiques. Chez quelques malades, deux ou trois cuillerées seulement de la potion stibiée augmentaient considérablement la prostration et l'abaissement de la température cutanée; le vin sucré dissipait rapidement ces accidents. Quand les malades étaient agités, excités, l'addition de l'opium au tartre stibié ramenait un calme assez complet.

Opium. — Chez beaucoup de malades, le malaise général, l'excitation fébrile, la dyspnée et la fréquence de la respiration étaient sans proportion avec la lésion anatomique des poumons. Il y avait tendance au délire, rêves pénibles pendant la nuit, insomnie, céphalalgie vive et fatigante; tous ces accidents étaient calmés par l'opium. Dans trois cas d'ataxie bien tranchée (Obs. V), il a très heureusement modifié l'état morbide.

Vésicatoires. — On s'est tenu dans une grande réserve sur l'emploi des vésicatotres, à cause de leur tendance à s'ulcérer et à passer à l'état de pourriture d'hôpital. Dans les cas où ils ont été employés, ils ne m'ont pas paru avoir exercé une influence bien marquée sur l'état du poumon.

Régime. — Dès que l'appétit se faisait sentir, et même parfois auparavant, dès le deuxième ou le troisième jour de l'entrée, quand l'adynamie était prononcée, les malades recevaient une légère alimentation, du bouillon plusieurs fois par jour, du vin sucré; puis on arrivait assez rapidement, mais avec prudence, à donner une nourriture plus abondante et plus substantielle. Une diète trop prolongée devient la cause d'une foule d'accidents interminables. Quelques malades, en raison de l'état stationnaire de la lésion locale, de la chaleur et de la sécheresse de la peau, de l'excitation fébrile, de la résistance assez prononcée du pouls et de l'anxiété qu'ils continuaient à présenter après les émissions sanguines, avaient été tenus à la diète pendant quelques jours sans qu'on obtînt aucun changement dans leur état; il se joignit même aux accidents qu'ils éprouvaient déjà un amaigrissement de la face, du délire, de l'affaissement; on commença alors à les nourrir et à leur donner du vin sucré. Vingt-quatre heures après il existait chez eux une amélioration bien remarquable qui fit des progrès continuels avec l'augmentation de l'alimentation. M. le professeur Lévy attache dans cette maladie, comme dans toutes les autres, du reste, une haute importance au régime alimentaire.

Il nous reste maintenant à faire connaître le nombre exact des malades que nous avons vu traiter depuis le moment où les pneumonies ont pris un caractère spécial bien dessiné.

Du 1er décembre au 1er mars il est entré dans le service de M. le professeur Lévy 43 malades atteints de pneumonies analogues à celles dont nous venons de donner l'histoire, à l'exception de deux qui ont offert à peu près tous les caractères de la pneumonie franche.

Le côté droit a été affecté 27 fois; chez 17 malades, la pneumonie siégeait dans le lobe supérieur et le sommet; chez les autres elle occupait soit la base, soit la région moyenne.

Le côté gauche a été affecté 11 fois; trois fois la pneumonie siégeait dans le lobe supérieur. Dans les autres cas, elle occupait la base ou la partie moyenne.

Dans 5 cas la pneumonie a affecté les deux poumons. Trois de ces derniers malades succombèrent et présentèrent à peu près les altérations anatomiques que j'ai décrites dans l'observation II.

Chez tous les malades, l'étendue de la lésion pulmonaire dépassa toujours plus de la moitié du lobe affecté.

35 malades furent saignés; 22 une seule fois; 9 deux fois; 3 trois fois; 1 cinq fois. Toutes les saignées furent de 300 à 400 grammes.

En résumé, sur 43 malades entrés depuis le 1er décembre 1848 au 1er mars 1849, 31 sont sortis guéris, 3 sont morts, et il en reste 9 à l'hôpital, dont 7 reçoivent les trois quarts de portion et 2 la demi-portion.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. P. Guersant.

Taille bilatérale chez un enfant de trois ans. — Particularités remarquables de l'opération.

Il y a peu de temps, nous avons reproduit dans divers numéros de notre journal les leçons que faisait M. Guersant sur la taille et la lithotritie; l'observation suivante démontrera la justesse des préceptes que nous avons donnés.

Cette observation offre surtout de l'intérêt sous le rapport :

1° De la difficulté de l'introduction du lithotome dans la vessie;

2° De l'absence de lésion des canaux éjaculateurs pendant l'opération;

3° De la mort rapide qui est survenue sans cause appréciable.

Au n° 19 de la salle Saint-Côme était couché un enfant de trois ans que les parents avaient amené à l'hôpital comme affecté d'un calcul de la vessie. Nourri huit mois par sa mère, dont les parents ainsi que ceux du père n'avaient jamais eu la pierre, cet enfant avait ensuite été envoyé en nourrice, où il avait passé cinq mois. A un an, il a commencé à souffrir en pissant et à rendre de petits graviers; les souffrances ont toujours continué, et voici dans quel état nous le trouvons aujourd'hui :

Il est pâle, chétif, langoureux; l'émission de l'urine est précédée de trépignements et de souffrances très vives; il y a d'ailleurs incontinence fréquente des urines, et le rectum sort pendant leur émission. L'exploration de la vessie par le cathéter démontra la présence de plusieurs calculs, et on se décida à faire l'opération de la taille huit jours après l'entrée du malade à l'hôpital.

C'était le 1er mars dernier. Avant de commencer aucune manœuvre, l'enfant a été soumis à l'influence du chloroforme, et, après dix inspirations de cet agent, l'insensibilité a été obtenue; l'opération n'a rien présenté de particulier jusqu'au moment de l'introduction du lithotome dans la vessie; mais, alors que le chirurgien introduisait l'extrémité du lithotome dans la canelure du cathéter, il a éprouvé une résistance très grande pour arriver dans la vessie; il s'agissait de la taille bilatérale.

On donna à chacune des branches du lithotome un écartement de cinq lignes; l'incision fut pratiquée, et on introduisit les tenettes. A la première fois, le chirurgien chargea deux calculs, qu'il enleva; mais il y en avait d'autres; la vessie s'était vidée, et les manœuvres furent longues et laborieuses; il fallut introduire huit fois les tenettes pour débarrasser complétement le malade, qui avait six calculs dans la vessie. Après avoir fait deux injections dans cet organe, le malade fut porté dans son lit, et peu de temps après mis dans un bain, où il était parfaitement content. Il n'y avait pas eu d'écoulement de sang; dans la journée, point de réaction; le soir, on donna un autre bain, et après des cataplasmes émollients furent placés sur le ventre. Pendant la nuit, survinrent des vomissements; à la visite du lendemain, le malade était pâle, cyanosé; son pouls était petit et très fréquent; ils mourut à dix heures du matin, sans vomissements, sans douleur et sans coliques; c'était juste vingt-quatre heures après l'opération.

L'autopsie, qui a été faite avec beaucoup de soin, n'a rien fait reconnaître de particulier dans l'appareil cérébral. Le cerveau était ferme; le liquide contenu dans les ventricules n'était pas en plus grande quantité qu'à l'état normal; la moelle épinière était ferme et résistante.

Dans l'appareil digestif, on constatait les signes d'une entéro-colite peu intense; les reins étaient pâles, décolorés; leur cavité était dilatée, et on trouvait dans l'un des masses de sel, que l'on écrasait entre les doigts. Les uretères étaient assez larges, la vessie offrait les signes d'une inflammation légère et un peu d'hypertrophie, comme cela arrive dans les autres cas.

L'examen des parties sur lesquelles avaient porté les incisions démontrait que l'opération avait été bien faite, et on remarquait de plus une chose très importante, c'est que les canaux éjaculateurs avaient été respectés de chaque côté.

Nous l'avons dit, il est trois points principaux par lesquels cette observation mérite de fixer l'attention des praticiens. Et d'abord l'introduction difficile du lithotome après que son extrémité avait été placée dans la canelure du cathéter. L'incision de la vessie avait été bien faite, le chirurgien sentait bien libre dans la canelure de son cathéter l'extrémité du lithotome, et quand il voulait ramener en avant le pavillon du cathéter pour permettre au lithotome de glisser dans la vessie, il était arrêté. M. Guersant l'a dit, on ne peut expliquer cela que par la présence des nombreux calculs que contenait la vessie, et qui arrêtaient le cathéter; quand les efforts que le chirurgien faisait sur cet instrument ont fait glisser un calcul, le cathéter a été libre et a pu glisser à son tour. C'est d'ailleurs la première fois que ce fait arrive à ce chirurgien, qui a fait un grand nombre de tailles, et il est bon que les chirurgiens en soient avertis.

Les canaux éjaculateurs n'ont été lésés ni d'un côté, ni de l'autre; c'est un fait qui vient encore à l'appui de ce que disait M. Guersant dans ses leçons cliniques sur la lithotomie en parlant des inconvénients de cette opération. « L'impuissance est un des accidents les plus graves et les plus malheureux; on en a cité des observations, et on en verra encore; mais, pour notre part, nous n'en avons point rencontré jusqu'ici. Au contraire, je dois dire que sur deux des sujets que nous avons perdus j'ai trouvé parfaitement intacts et sans la moindre blessure les deux canaux éjaculateurs. De plus, il m'a été donné de rencontrer à l'hôpital des Vénériens, dans le service de M. Vidal, un homme, âgé aujourd'hui de vingt-deux ans, que j'avais opéré dans son jeune âge, et qui nous a donné des preuves non équivoques de puissance procréatrice, quant à ce qui est de l'éjaculation du sperme. » (*Gazette des Hôpitaux*, numéro du 25 novembre 1848.)

A quoi attribuer maintenant le résultat funeste de l'opération? Le malade est mort vingt-quatre heures après; l'autopsie n'a démontré aucune lésion appréciable qui pût amener ce résultat. A quoi peut-il tenir? Ce serait d'autant plus important à connaître que, sur quarante-trois opérés par M. Guersant, pas un de ceux qui ont succombé n'est mort aussi rapidement et dans de pareilles circonstances. Pendant l'opération le malade n'a pas souffert, puisqu'il était sous l'influence du chloroforme. Après l'opération l'enfant jouait dans son bain. L'autopsie n'a démontré aucune trace d'inflammation aiguë. Il semble donc juste de se ranger à l'opinion du chirurgien, qui pense que la mort a été la conséquence d'un épuisement du fluide nerveux.

M.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 mars 1849. — Présidence de M. Boussingault.

M. Audouard lit un travail intitulé : *Documents sur la fièvre jaune*. Les conclusions auxquelles l'auteur arrive sont : que la fièvre jaune n'est originaire d'aucun pays, mais qu'elle se développe exclusivement dans les vaisseaux négriers par suite des conditions d'infection qui existent dans ces vaisseaux. En faisant cesser la traite des noirs, on détruirait la fièvre jaune.

— M. Wanner communique une note dans laquelle il attribue le choléra à une régurgitation du chyle et de la lymphe provenant tous deux du canal thoracique ou de Pecquet, régurgitation qui aurait lieu dans l'intestin par l'orifice des vaisseaux chylifères. Cette régurgitation serait elle-même due à une affection des vaisseaux chylifères.

D'après ces données, M. Wanner pense que le traitement du choléra doit être institué de la manière suivante :

Contre les vomissements, usage fréquent de la glace.

Contre le dévoiement, laudanum en lavements à la dose d'un à deux gros (cette dose n'est nullement à craindre, parce que l'absorption par les chylifères ne se fait pas).

Emploi de l'ammoniaque pour exciter les fonctions respiratoires.

— M. le docteur Ollivet envoie un Mémoire sur la goutte, avec annonce d'un traitement efficace. Ce confrère annonce qu'il pourrait en ce moment être dangereux de livrer le nom de son remède à la publicité; mais il le fera connaître à la commission.

— M. Haxo, secrétaire perpétuel de la Société d'émulation des Vosges, réclame, au nom de deux pêcheurs, MM. Gehin et Remy, auxquels la Société a décerné une récompense en 1844, la priorité de l'idée des fécondations artificielles des œufs de poisson. Ces deux pêcheurs mettent aujourd'hui leur idée en pratique dans une vaste pièce d'eau où l'on estime qu'ils ont fait éclore un nombre de truites qui ne monte pas à moins de 5 à 6,000,000, qu'ils peuvent déjà livrer aux consommateurs.

— M. Carnot (Hector) écrit de nouveau à l'Académie que la mortalité a augmenté depuis la découverte de la vaccine.

M. Ch. Dupin fait quelques observations au sujet de cette communication, et montre que l'auteur a confondu, dans les tables de M. Demonferrand, la table de la mortalité avec la table des survivances. Dans la prochaine séance, dit M. Dupin, je donnerai quelques détails intéressants sur des questions statistiques se rattachant au sujet soulevé par M. Hector Carnot.

— M. L. Fleury, agrégé à la Faculté de Médecine, adresse une note sur l'emploi des douches froides, locales et générales, internes et externes, appliquées au traitement des engorgements et des déplacements de la matrice, ainsi que des accidents généraux qui accompagnent souvent ces affections.

Les résultats que lui a fournis l'hydrothérapie dans le traitement des engorgements de la rate et du foie, dans celui de plusieurs affections articulaires, l'ont engagé à combattre par des moyens analogues certaines maladies utérines, telles que les déplacements et les engorgements. Dix malades présentant des accidents locaux et généraux très graves, affectées depuis un espace de temps qui a varié entre un an et treize ans, d'un engorgement hypertrophique ou induré du col de la matrice, d'un déplacement utérin simple ou multiple, ont été traitées à Bellevue par les douches froides, locales et générales, internes et externes. Ces dix malades ont guéri. La durée du traitement a été au maximum de sept mois, au minimum de six semaines, et en moyenne de trois mois et demi. Voici les conclusions auxquelles est arrivé l'auteur de ce mémoire :

1° Les douches froides ne guérissent point directement les ulcérations utérines.

2° Les douches froides permettent d'obtenir la résolution complète d'engorgements, soit hypertrophiques, soit indurés, de la matrice, alors même que ces engorgements sont anciens, considérables, qu'ils ont résisté aux différentes médications usuelles, et notamment à l'application du fer rouge.

3° En résolvant l'engorgement de l'utérus, les douches froides permettent d'obtenir la cicatrisation d'ulcérations qui, liées à l'engorgement et entretenues par lui, ont résisté à des applications réitérées de divers caustiques, et même au cautère actuel.

4° Les douches froides amènent la guérison complète de déplacements utérins anciens, considérables, ayant rendu nécessaires l'application de procédés mécaniques, et envisagés par les praticiens les plus éminents comme des infirmités.

5° L'action exercée par les douches froides est double : elle s'adresse simultanément aux accidents locaux et mécaniques, et aux symptômes généraux et sympathiques; elle combat directement, et l'un par l'autre, ces deux ordres de phénomènes.

6° En ramenant l'utérus à sa direction normale, les douches froides font disparaître une cause fréquente ds stérilité.

7° Par l'action qu'elles exercent sur l'organe de la gestation et sur l'organisme tout entier, les douches froides éloignent plusieurs causes fréquentes d'avortement.

8° Les douches froides convenablement administrées sont le meilleur remède de l'hyperesthésie utéro-vulvaire.

9° Les douches froides générales peuvent être administrées, non-seulement sans danger, mais encore avec avantage, pendant l'écoulement menstruel, sur lequel elles exercent une action régulatrice.

10° En raison de l'action qu'elles exercent sur la circulation locale et générale, les douches froides sont le modificateur le plus efficace que l'on puisse employer pour prévenir ou combattre la congestion utérine; cause si puissante et si commune des engorgements et des déplacements de la matrice.

— M. Aug. Durand, médecin ordinaire à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, envoie un mémoire dans lequel il résume les observations qu'il a faites sur les variations du volume de la rate examinée le matin et le soir. Il a observé matin et soir en Algérie pendant une année (du 1er juin 1846 au 31 mai 1847), 2,176 rates, et a fait par conséquent 4,352 observations. L'auteur résume ainsi ses observations :

Le volume de la rate diminue pendant le jour dans les quatre cinquièmes des cas.

Cette diminution est plus considérable dans le semestre d'hiver que dans le semestre d'été.

Les influences atmosphériques entrent pour quelque chose dans cette variation du volume des rates.

En supposant que les accès de fièvre intermittente soient produits par les déplétions d'une rate injectée de miasmes et versant les matériaux délétères qui sont élaborés en elle dans le reste de l'organisme, il est clair que la périodicité de ces accès provient, au moins en partie, de la périodicité des influences solaires.

— L'Académie procède à la nomination de la commission chargée d'examiner les Mémoires destinés au concours de physiologie expérimentale.

Cette commission est composée de MM. Flourens, Magendie, Rayer, Edwards et Serres.

Nouvelles du choléra.

Les journaux du département du Nord signalent l'irruption du choléra dans plusieurs communes; à Villers-en-Cauchies, où il a déjà fait huit ou dix victimes, il y a une quinzaine de jours, huit nouveaux cas se sont déclarés la semaine dernière.

A Lallaing, près Douai, le fléau sévit avec violence.

Dans le département de la Seine-Inférieure, le choléra a fait aussi son apparition; quatre cas bien caractérisés se sont produits à Saint-Saëns, ainsi que nous l'avons déjà dit; il n'est malheureusement plus permis de mettre en doute la présence du fléau.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 23 février 1849, M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, inspecteur général de l'Université, est chargé de l'inspection de la Faculté de médecine, de l'école supérieure de pharmacie de Montpellier et d'un certain nombre d'écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 15 MARS 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 31.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 14 MARS 1849.

Marche du choléra.

Jusqu'à présent tout confirme les prévisions de la science sur la bénignité de l'épidémie cholérique. Depuis avant-hier six nouveaux cas seulement ont été reçus dans les hôpitaux; savoir :

Trois à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Rostan, dont on a fait mention hier à l'Académie de médecine (voir le compte-rendu); un à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Gendrin; un à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Bazin, et un à l'hôpital des Cliniques.

Des trois malades de M. Rostan (trois femmes), une seule paraît aujourd'hui en danger; c'est celle qui est dans l'hôpital depuis dix mois, et qui tout récemment encore était affectée d'érysipèle.

Le malade de M. Gendrin a succombé le lendemain de l'attaque.

Le malade de M. Jobert, dont nous avons parlé dans le dernier no, a succombé plus promptement encore.

Tous les autres sont en bonne voie, y compris la malade de M. Andral, qui, malgré un accouchement intercurrent, continue à marcher vers une solution heureuse.

Nous n'avons entendu parler en ville que de deux nouveaux cas; tous les deux sont en voie de guérison.

Au dépôt de Saint-Denis, aucun nouveau cas ne s'est manifesté depuis vendredi; il paraît en être de même de la ville et de la garnison.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance d'hier a prouvé encore une fois avec quelle sérénité d'esprit les médecins accueillent les fléaux épidémiques qui effraient souvent à un si haut degré l'imagination publique. Les doctes orateurs ont appliqué avec beaucoup de bonheur les préceptes du législateur du Parnasse; ils ont passé du grave au doux, et du plaisant au sévère; quelquefois même, ils ont trouvé le moyen d'être graves et plaisants tout à la fois; c'est ce qui est arrivé, par exemple, à M. Bally, lorsque, nouveau Cicéron, il a, sans préambule, lancé à l'Académie l'apostrophe suivante :

Pourquoi l'Académie a-t-elle nommé une commission du choléra?

La question, il faut en convenir, ne laissait pas que d'être un peu embarrassante, et M. le président ne l'a que trop éprouvé. Heureusement pour lui, M. le secrétaire perpétuel est venu à son aide, et il a pleinement calmé M. Bally en lui annonçant que M. le rapporteur de la commission avait dans sa poche de quoi le satisfaire. M. Martin-Solon, effectivement, a aussitôt exhibé un rouleau et a lu une instruction populaire fort sage, qui a excité une approbation à peu près générale, à laquelle nous nous sommes volontiers associé.

Toutefois, cette lecture n'a répondu qu'incomplètement à une seconde question de M. Bally, qui avait demandé ce que la commission se proposait de faire, et à quel titre elle entendait prendre la parole. Sur ce point, il est vrai, la réponse était plus difficile, et il ne sera peut-être pas hors de propos d'insister un instant sur l'embarras qu'a dû éprouver le président à ces questions inattendues.

Parmi les attributions assignées à l'Académie par l'ordonnance qui l'a constituée, se trouve celle de conseiller et d'éclairer l'autorité sur tout ce qui peut intéresser la santé publique, et spécialement sur les précautions à prendre dans les cas d'épidémie. Or, depuis l'apparition du choléra en Europe, et même en France, l'Académie, soit oubli, soit dédain de la part de l'autorité, n'a point été consultée. Le conseil de santé a seul été saisi de toutes les questions, de toutes les missions sanitaires officielles, souvent même de documents scientifiques relatifs à ces questions, documents que le conseil s'est fait un devoir de soustraire le plus possible aux regards de l'Académie. Que devait faire l'Académie en pareille conjoncture? Nous croyons que sa position n'avait rien d'embarrassant. Puisque l'autorité l'oubliait, elle n'avait qu'à montrer qu'elle n'oubliait point ses devoirs envers la société, et qu'elle veillait avec une constante sollicitude à la santé publique. Les conseils de l'Académie n'empruntent nullement leur autorité de l'administration; que celle-ci les demande ou non, qu'elle s'y associe ou qu'elle y reste étrangère, ils n'en produiront ni plus, ni moins de bien. Seulement, nous qui avons toujours défendu les justes prérogatives de l'Académie, nous avons dû regretter que la commission du choléra ne se soit pas hâtée un peu plus de présenter son rapport, de manière que ce rapport fût prêt à être adopté au moment où l'épidémie ferait invasion sur le territoire français.

Nous avons regretté aussi hier que les instructions formulées par M. Martin-Solon ne fussent pas discutées séance tenante, quand bien même cette séance eût dû se prolonger jusqu'à huit ou neuf heures du soir. C'est seulement en montrant un zèle ardent pour les intérêts de ses concitoyens que l'Académie se créera des droits imposants à la considération publique, et qu'elle se vengera noblement des vaines et dédaigneuses jalousies de la bureaucratie. L'Académie a en elle tous les éléments de gloire scientifique et humanitaire : c'est à elle à savoir les utiliser.

La discussion du rapport de M. Martin-Solon ayant été renvoyée à mardi prochain, ce que l'on a dit sur ce rapport n'a guère été qu'une causerie demi-scientifique. M. Moreau, partant de cette considération que l'instruction préparée par la Commission du choléra était surtout une instruction populaire, n'aurait pas été fâché qu'on l'eût rédigée en bouts rimés; cette forme de rédaction se gravant beaucoup plus facilement dans la mémoire. Il profite de cette occasion pour égayer un instant l'Académie, en lui récitant les aphorismes hygiéniques rimés que nous rapportons au compte-rendu de sa séance. Ces aphorismes ont, suivant M. Moreau, l'avantage d'être à la fois justes, brefs et faciles à retenir. Puisque M. Moreau aime les aphorismes rimés, il ne sera peut-être pas fâché que nous lui rappelions ceux que M. Rochoux, dans sa brochure sur le choléra (1832), a empruntés à Montaigne, qui les avait empruntés nous ne savons trop à qui.

S'il nous est permis de dire notre avis, nous avouerons même que ceux de Montaigne sont à la fois plus courts, plus rationnels et plus philosophiques que ceux de M. Moreau, qui nous paraîtraient un peu sévères, pris au pied de la lettre. En tout cas, le lecteur jugera.

Voici ceux de Montaigne :

> Tenez chauds les pieds et la teste ;
> Au demourant, vivez en beste.

L'Académie a entendu avec intérêt les documents présentés par M. Baillarger, qui, nonobstant leur brièveté, ont jeté une vive lumière sur la question de l'influence des événements politiques sur le développement de la folie.

Enfin, on a aussi écouté avec faveur la lecture de M. Boudin sur la méningite cérébro-rachidienne, qui a fait tant de victimes depuis quelques années parmi nos braves soldats. Dans cette courte lecture, l'auteur n'a fait, pour ainsi dire, que poser quelques questions importantes, et a montré ses tendances bien prononcées en faveur de la contagion. Les exemples assez nombreux de cette maladie que nous avons pu observer depuis quelque temps nous fourniront l'occasion de revenir prochainement sur les questions soulevées par M. Boudin.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

Service de M. BAUDENS.

Des lésions traumatiques du genou avec ou sans déchirure de la capsule synoviale. — Bons effets de la glace.

Nous avons épuisé dans nos leçons cliniques précédentes, dit le professeur, toutes les considérations pratiques importantes qui découlent des blessures par armes à feu récentes. Notre intention n'est pas d'y revenir; nous voulons examiner aujourd'hui les blessures à un autre point de vue, à celui des infirmités qu'elles entraînent après elles et des inductions que le chirurgien doit en tirer pour la thérapeutique, en commençant par celles du genou.

Les nos 10, 17, 28, 41 et 50 de la salle 28 portent des traces de lésions profondes du tissu spongieux des condyles du tibia. Ces blessés sont guéris pour la plupart; quelques-uns conservent encore de la roideur dans l'articulation tibio-fémorale; chez d'autres, les plaies se rouvrent de temps en temps, il y a hypertrophie du tissu spongieux, et le stylet pénètre profondément en donnant la sensation d'un ramollissement de l'os.

A l'occasion des blessés appartenant à cette catégorie, M. Baudens se livre aux considérations suivantes :

Vous remarquerez dans nos salles, dit-il, un bon nombre de blessés chez lesquels le tissu spongieux de l'extrémité supérieure du tibia a été entamé; vous n'en trouverez aucun présentant une lésion analogue sur les condyles du fémur. Serait-ce que le plomb a respecté ceux-ci? Nullement. Cela tient à la différence de gravité et aux accidents survenus dans l'un et l'autre cas. Quand une balle traverse de part en part et à son centre le condyle du tibia, il peut n'exister qu'un simple canal, ce qui est rare; ou bien la tête articulaire a éclaté en cinq ou six gros fragments renversés, ce qui est plus souvent observé. Dans le premier cas, il faut tenter la conservation du membre, et les chances de succès sont grandes; dans la seconde hypothèse, il faut amputer.

Mais il peut encore arriver, ces cas sont les plus fréquents, et c'est sur eux spécialement que je veux appeler votre attention, que le plomb tombe obliquement et se creuse une gouttière dans le tissu spongieux à un centimètre au plus de l'article. Beaucoup de chirurgiens croient alors avoir affaire à une plaie d'articulation; ils sont dans l'erreur. Comme ces blessures, quoique fort graves, guérissent néanmoins assez généralement, ils donnent comme guéries des plaies d'articulation du genou, quand ces blessures sont en réalité situées en dehors des surfaces articulaires, et avec la meilleure foi du monde ils propagent des préceptes funestes; l'erreur provient de ce qu'ils oublient que la capsule synoviale remonte très haut sur les condyles du fémur, tandis qu'elle se fixe et s'arrête sur le tibia dans un point très rapproché de la surface articulaire.

Cette disposition anatomique explique pourquoi, de deux coups de feu reçus, l'un sur la face externe des condyles du fémur, l'autre sur la face externe des condyles du tibia, le premier sera compliqué d'une pénétration dans l'articulation, et l'autre n'aura que la gravité d'une lésion du tissu spongieux de l'os.

Or, le degré de gravité diffère si essentiellement dans l'une et l'autre hypothèse, que l'une, celle où il y a fracture compliquée de plaie articulaire, exige l'amputation; tandis que l'autre permet de tenter avec de grandes chances de succès la conservation du membre. Voilà, dit M. Baudens, pourquoi nous n'avons pas un seul blessé à vous montrer porteur de traces même d'une simple écornure des condyles du fémur.

Des blessés appartenant à cette dernière catégorie se sont présentés à notre observation comme à celle des chirurgiens qui ont reçu les blessés de juin. Voulez-vous savoir ce que sont devenus ces blessés? Parmi ceux qui ont été amputés immédiatement, la moitié, sinon les deux tiers, comme cela résulte de nos remarques personnelles sur les blessés amputés de la cuisse, ont pu être sauvés. Quant à ceux chez lesquels on a tenté la conservation du membre, ou ils ont été amputés consécutivement, et c'est à peine alors si un sur cinq a été sauvé; ou bien ils n'ont pas été amputés du tout, et c'est tout au plus si, sur quarante blessés de cette catégorie, on est parvenu à obtenir une seule guérison.

Voilà ce qu'une expérience prolongée m'a appris, voilà la vérité sur cette grande et importante question. Ebranlé dans mes convictions par des assertions opposées faites par des praticiens éminents, j'ai voulu, au 24 juin, tenter de conserver le membre à quatre militaires dont le condyle externe du fémur n'avait été que légèrement entamé; tous quatre ont succombé, et j'ai regretté vivement d'avoir eu plus de foi en l'expérience des autres qu'en la mienne propre. Je voudrais parvenir à vous convaincre, comme je le suis moi-même, dans l'intérêt de l'humanité et de nos pauvres soldats. Mes convictions se sont encore fortifiées par ce fait important que, sur 1500 à 2000 blessés examinés à l'Hôtel-de-Ville par la commission médicale dont je fais partie, plusieurs ont offert à notre observation, sur les condyles du tibia, des stigmates de lésions du tissu spongieux; pas un seul n'en a présenté d'analogues sur les condyles du fémur.

Ces considérations concernant la différence de gravité, selon que le projectile atteint les condyles du tibia ou les condyles du fémur, me sont personnelles; elles n'ont encore été publiées nulle part; j'appelle sur elles votre attention la plus sérieuse.

Quand, au lieu d'une balle, c'est une pointe acérée qui a pénétré dans l'articulation tibio-fémorale, le pronostic est

fort grave sans doute, mais il l'est beaucoup moins; la guérison peut même être obtenue en peu de jours, sans accident aucun, si, pour combattre l'arthrite traumatique, on a le courage d'en finir avec des doctrines usées et qui ont fait leur temps; avec des préjugés malheureusement encore profondément enracinés non-seulement dans le peuple, mais encore parmi des chirurgiens, nous voulons parler des sangsues et des cataplasmes.

A ces moyens, que nous condamnons, nous avons substitué la méthode par la glace; méthode repoussée généralement parce qu'elle n'est pas comprise, méthode qui finira néanmoins par triompher et par devenir d'une application générale. Le précepte de combattre toutes les grandes lésions par cause traumatique par la glace seule ou combinée au sel marin, n'a été formulé par nul autre que nous. Cette méthode de traitement nul ne saurait nous en contester la priorité. Sans doute, le traitement par l'eau froide n'est pas né d'hier; il a été employé il y a plusieurs siècles, et dans les temps modernes, les Percy, les Guthrie, les Josse (d'Amiens) en ont conseillé et propagé l'emploi; nous ne revendiquons pas cet honneur.

Ce que nous tenons à constater, c'est que les réfrigérants, avant nous, n'avaient été employés en chirurgie qu'à l'état liquide pour des cas particuliers et tout à fait exceptionnels. Il faut bien croire qu'on n'a pas su tirer de cette manière de traiter tout le parti possible et qu'elle n'a pas eu tout le succès désirable, puisqu'elle soulève aujourd'hui encore tant de répulsion, puisqu'elle n'est même pas parvenue à dissiper les craintes soulevées à l'endroit de la répercussion, puisqu'elle n'a pas su démontrer que la répercussion n'est pas possible, attendu que les réfrigérants ne soutirent du foyer morbide que du calorique pathologique et non du calorique normal; attendu que les téguments, malgré un contact avec la glace prolongé pendant plusieurs jours, conservent une chaleur exagérée, appréciable au toucher et plus appréciable encore pour le blessé, qui, tout en témoignant des bons effets de la glace, déclare que la partie couverte par elle est plus chaude que toute autre région de son corps.

Mais laissons parler les faits : ils donneront à notre parole une autorité irrécusable.

Deux militaires sont entrés, il y a peu de temps, dans nos salles de clinique; l'un, en descendant brusquement un escalier, est tombé sur une pointe de fer appartenant à la rampe. Cette pointe de fer a pénétré dans l'articulation du genou gauche sur le côté externe de la rotule. A l'entrée du malade à l'hôpital, quelques heures après l'accident, nous constatons une plaie déchirée susceptible d'admettre le bout du petit doigt et fermée par des caillots sanguins; il y a un commencement d'arthrite traumatique, chaleur, douleur vive; en comprimant la rotule, on sent dans l'intérieur du genou une crépitation due soit à la présence de caillots sanguins, soit à l'entrée de l'air. Cette pression donne issue par la plaie à un peu de synovie, et le blessé déclare qu'il s'est écoulé par la plaie une quantité notable de sang mélangé à un liquide semblable à du blanc d'œuf; il ne pouvait y avoir aucun doute sur le diagnostic : nous avions affaire à une arthrite traumatique avec plaie de l'articulation tibio-fémorale. Traitement général : saignée du bras, diète, purgatif salin, limonade; traitement local : une grosse éponge, comme la tête d'un adulte, est déchirée à moitié et à sa partie moyenne de manière à former une gouttière sur laquelle le jarret est déposé; quelques brins de charpie recouvrent l'articulation du genou, et sur ceux-ci sont mis une vingtaine de glaçons gros comme la moitié d'un œuf de poule. Un morceau de toile imperméable, repliée sur les bords afin de diriger vers un vase mis près du lit l'eau provenant de la fonte de la glace et placé sous le genou, complète l'appareil. Après huit jours de ce traitement non interrompu, le blessé, dont l'arthrite avait été enrayée, commença à éprouver, au lieu des bons effets de la glace, un peu de refroidissement; on supprima peu à peu la glace, et au bout de quinze jours il était radicalement guéri.

Le second exemple de plaie de l'articulation tibio-fémorale vient de se passer sous vos yeux. Il y a vingt jours, un infirmier, couché au lit 14, salle 31, reçut à la barrière, vers dix heures du soir, un coup de couteau en dehors du bord interne de la rotule droite avec pénétration dans la capsule synoviale et issue de la synovie visible encore dans le caleçon du malade quand nous l'avons reçu à l'hôpital. L'arthrite arrachait des plaintes incessantes, les accidents marchaient rapidement; une saignée générale, de la glace avec addition de sel pendant quarante-huit heures et puis appliquée sans sel, comme plus haut, pendant huit jours ont suffi pour prévenir tout accident et amener en douze jours une guérison sans laisser la moindre trace de l'arthrite, sans épanchement d'aucune nature.

Nous livrons ces faits aux détracteurs de notre méthode. Nous comprenons leurs scrupules, ils tiennent à ce qu'ils ne connaissent pas la puissance et les bons effets thérapeutiques de la glace; ce que nous ne leur pardonnons pas, c'est de ne pas vouloir s'éclairer, c'est de ne pas vouloir apprendre, et de continuer à combattre une médication dont ils n'ont encore effleuré que la surface.

LAUR,
Aide de clinique.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 mars 1849. — Présidence de M. VELPEAU.

M. BAILLARGER demande la parole à l'occasion du procès-verbal. A propos du rapport de M. Londe sur le mémoire de M. Belhomme, j'ai fait quelques recherches pour savoir si, effectivement, les commotions politiques ont l'influence qu'on leur a attribuée sur le développement de la folie; voici les résultats auxquels je suis arrivé :

En 1848, il est entré à la Salpêtrière et à Bicêtre 1354 aliénés. En 1847, il en est entré 1230, ce qui donne, à l'avantage de 1848, une différence de 124. Mais il faut remarquer que, par suite des revers de fortune qu'a occasionnés la révolution, 32 aliénés qui ne pouvaient plus être entretenus à Charenton par leurs familles, ont été dirigés sur Bicêtre et à la Salpêtrière. En outre, il y a eu, en 1843, 1335 entrées et en 1846, 1331, dans ces deux derniers établissements, c'est-à-dire un nombre supérieur à celui de 1848, si l'on fait abstraction des 32 aliénés évacués de Charenton.

Je ne voudrais pourtant pas conclure de ces résultats que les événements politiques ne puissent pas déterminer la folie chez quelques individus prédisposés; mais évidemment ils n'augmentent pas le chiffre des aliénés, ce que l'on s'explique d'une manière assez satisfaisante en songeant que, si les révolutions exagèrent certaines causes d'aliénation, elles en diminuent ou font disparaître certaines autres, telles que les excès de bien des genres et certaines passions domestiques, et qu'il s'établit une sorte de compensation.

M. FERRUS. Je viens de visiter plusieurs établissements d'aliénés, et dans aucun d'eux je n'ai vu que le nombre des entrées se soit accru en 1848. Je ne puis donc que confirmer les résultats obtenus par M. Baillarger.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL a la parole pour le dépouillement de la correspondance :

M. le ministre de l'instruction publique envoie un mémoire sur les causes et la nature du choléra, rédigé par M. le docteur d'Agar de Bus (d'Issoudun), et sur les moyens propres à en arrêter les ravages. Ces moyens consistent à administrer aux malades de l'eau albumineuse et du tritoxyde de fer, qui jouissent de la propriété de neutraliser les miasmes métalliques qui produisent l'*empoisonnement cholérique*.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie un rapport rédigé par les officiers de santé en chef de l'hôpital militaire de Barèges, sur les maladies traitées dans l'établissement thermal de cette ville pendant l'année 1847.

M. Campenon, médecin adjoint de l'hôpital de Tonnerre (Yonne), annonce que la localité où il exerce est, depuis près d'une année, sous l'influence d'une épidémie de variole, et qu'aucun des sujets qu'il a vaccinés depuis six ans n'a été atteint. Il a remarqué que la fièvre typhoïde, dont il constatait chaque année 40 ou 50 cas, tant en ville qu'à l'hôpital, a complétement disparu depuis que la variole règne, ce qui semblerait indiquer qu'il y a une certaine analogie entre les deux maladies.

M. Bonnafont, correspondant de l'Académie, envoie la relation d'une épidémie de variole qu'il a observée aux environs de Bayonne. M. Bonnafont signale d'une manière spéciale que la variole s'est montrée sur trois anciens variolés, dont un a succombé.

M. Durand, médecin à Saint-Aubin (Calvados), envoie une seconde copie d'un mémoire sur le développement de la rate dans les fièvres d'accès, qu'il avait déjà fait parvenir à l'Académie, et pour l'examen duquel une commission avait été nommée. M. Bouillaud, rapporteur de cette commission, à qui il a écrit, lui a répondu « qu'il n'a pas *encore* mis le pied » depuis longtemps, soit à la Faculté, soit à l'Académie de » médecine; qu'il ne sait pas encore quand ça finira; que, » dans son déménagement précipité, ses papiers ont été tel- » lement dérangés, qu'il serait fort embarrassé pour trouver » le rapport qu'il avait préparé... »

— M. ROCHOUX demande la parole à l'occasion de la correspondance. L'auteur, qui a observé l'épidémie de variole à Bayonne, signale plusieurs cas de cette maladie chez d'anciens variolés. Je crois devoir rappeler à ce sujet qu'on a observé aussi dans les épidémies graves que les vaccinés étaient également atteints, et même en plus grand nombre que les anciens variolés; mais, chose singulière, que la maladie était moins grave chez les premiers que chez les seconds.

— M. BALLY. Avant que l'Académie ne passe à son ordre du jour, je serais bien aise d'adresser une question à M. le président. Pourquoi l'Académie a-t-elle nommé une commission du choléra? Que se propose-t-elle de faire? Aujourd'hui le choléra n'est plus à nos portes, il est dans nos murs. Il me semble qu'il serait temps ou jamais qu'elle fît connaître ses intentions.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL. La commission s'est réunie plusieurs fois; elle avait d'abord décidé qu'elle ferait connaître à l'Académie la marche complète du choléra depuis sa dernière apparition en Europe. Plus tard, voyant le choléra s'approcher, elle renonça à une entreprise qui demandait un si long travail, et elle se décida à ne rédiger qu'une courte notice suivie d'une instruction populaire sur les moyens de prévenir le choléra et sur les premiers soins à donner aux malades atteints par l'épidémie. Il pense que M. Martin-Solon, rapporteur de cette commission, est prêt à faire la lecture de cette instruction; mais auparavant, je crois devoir informer l'Académie que le conseil avait accordé un tour de faveur à MM. Boudin et Lévy, pour faire une lecture sur une maladie importante qui règne en ce moment dans la garnison de Paris, et je lui demanderai si elle ne jugerait pas à propos, avant d'entendre M. Martin-Solon, d'accorder la parole au moins à l'un de nos honorables confrères.

Après quelques mots échangés entre divers membres, la parole est donnée à M. Boudin, médecin en chef de l'armée des Alpes, qui donne lecture d'un mémoire intitulé :

Recherches sur la nature de la méningite cérébro-spinale, et sur ses rapports avec la grande manifestation épidémique de 1814.

Nous extrayons de ce mémoire la substance suivante :

Une maladie effrayante par son invasion soudaine et par la rapidité de sa marche, par sa gravité et son grand développement dans ces dernières années, a surgi en 1837 dans le midi de la France. Circonscrite alors dans un petit nombre de villes, elle embrasse aujourd'hui la totalité de la France, à l'exception du plateau central. Elle multiplie ses foyers à la circonférence, dans les villes de garnison.

Chose très digne de remarque, elle épargne l'Espagne, l'Italie, la Suisse, le grand-duché de Bade, la Bavière et la Prusse rhénane, et jusqu'à la frontière de Belgique, alors que d'un seul bond elle s'élance avec nos colonnes au delà de la Méditerranée, pour inaugurer en 1840 ses ravages en Algérie. A l'exemple du choléra, elle a jusqu'ici épargné presque entièrement la Corse.

Ordinairement sa manifestation coïncide avec les migrations de troupes, avec l'arrivée d'un corps antérieurement atteint ou venant d'une localité où règne la maladie.

Les diverses dénominations adoptées disent assez que les historiens de la maladie (à l'exception peut-être de M. Cayol) ont vu jusqu'ici dans cette dernière une phlegmasie des enveloppes du cerveau et de la moelle.

De nombreuses considérations semblent protester contre cette interprétation.

Comment en effet, avec l'idée d'une inflammation des méninges et les autopsies négatives signalées d'une manière si explicite par M. Tourdes, et les localisations séro-purulentes sur la presque totalité des séreuses, y compris les synoviales articulaires, les complications vermineuses et la fréquence des phénomènes typhoïdes, souvent avec des pétéchies et des taches pourprées, violacées et noires;

Comment, d'un autre côté, avec l'idée *épidémie*, concilier a concentration de la maladie ici dans la population civile, comme à Aigues-Mortes et Rochefort; là dans la population militaire comme dans la plupart des villes de guerre;

Comment, avec cette hypothèse, expliquer ici la concentration de la maladie dans un bagne avec immunité de la garnison (Rochefort)? là ses ravages dans une grande garnison avec immunité des prisons militaires? Comment, avec l'idée *épidémique*, concilier et la reproduction obstinée de la maladie dans certains régiments, malgré les nombreux changements de séjour, et son respect pour les états limitrophes de la France continentale, contrastant avec les ravages de la maladie en Algérie?

En présence de ces grandes manifestations observées sur une large échelle et de notoriété publique, *les faits de localités* perdent une grande partie de leur importance. Nous n'en rapporterons donc que quelques exemples.

En 1841, le troisième bataillon du 62e de ligne quitte Pont-Saint-Esprit, où règne la méningite, pour se rendre à Marseille. Peu de temps après les bataillons de guerre arrivent d'Afrique dans cette dernière ville, et ils ne tardent pas à fournir leur contingent à la maladie de Pont-Saint-Esprit.

A Avignon, M. Chauffard signale parmi les victimes une sœur, une infirmière et une lingère, toutes trois attachées à l'hospice où sont traités les militaires malades.

A Orléans, deux décès seulement sont constatés au dehors de la garnison. Mais un décès porte sur l'enfant d'une cantinière habitant la caserne du 7e léger; l'autre frappe une jeune fille maîtresse d'un soldat et enceinte de lui.

A Aigues-Mortes, sur dix personnes habitant la même maison, cinq sont atteintes et quatre succombent.

A Strasbourg, M. Tourdes signale parmi les victimes:

Deux chirurgiens,
Un élève en médecine,
Cinq infirmiers,
Sept enfants de troupes,
Plusieurs ouvriers civils travaillant *ensemble* à l'arsenal.

Enfin dans peu de temps six cas se manifestent dans les rues voisines de ce bâtiment militaire.

A Schelestadt, la maladie est importée par le 29e de ligne venant de Strasbourg; et M. Mistler signale comme premières victimes dans la population civile, d'abord l'enfant d'un cabaretier dont la maison est exclusivement fréquentée par les soldats, puis les deux enfants d'un boucher qui fournit à la troupe.

Sans admettre que ces faits puissent dès à présent légitimer des conclusions rigoureuses sur le mode de propagation de la maladie, M. Boudin pense qu'ils auront au moins l'avantage d'appeler l'attention des médecins sur l'importance des investigations étiologiques trop négligées jusqu'ici.

La méningite est-elle une maladie nouvelle?

Jusqu'ici les historiens de la maladie n'avaient émis que de simples opinions, auxquelles manquait une démonstration rigoureuse. Peut-être cette question est-elle aujourd'hui définitivement résolue.

On lit dans l'ancien journal de Sédillot (année 1816) une relation du typhus observée dans la garnison de Grenoble en 1814. L'auteur, M. Comte, décrit une maladie caractérisée par une invasion subite, la céphalalgie générale, la rachialgie, le délire bruyant, et le renversement de la tête en arrière, bref, offrant l'identité la plus complète avec la méningite. Il y a plus, M. Comte pousse ces investigations jusque dans le canal vertébral, et il constate, dans toutes les autopsies, une exsudation séro-purulente de l'arachnoïde cérébro-spinale.

En 1815, M. Rampont observe à Metz une maladie entièrement semblable à celle de Grenoble, que M. Comte déclare être en tout semblable à la maladie de Dresde, de Leipsick, de Mayence.

Mais voici peut-être le trait le plus curieux des investigations rétrospectives de M. Boudin : il se rapporte au typhus de 1814 observé à Paris même par un homme depuis devenu célèbre.

Il y avait alors à l'hôpital Saint-Louis, qui recevait des évacuations incessantes de militaires malades, un jeune chirurgien, excellent observateur et zélé anatomiste; il s'appelait Biett. Après avoir observé de nombreux malades dont toute la symptomatologie rappelle d'une manière frappante la maladie actuelle; après avoir pratiqué avec soin de nombreuses autopsies, dans lesquelles lui aussi avait examiné la moelle, le jeune chirurgien soutenait, le 14 juillet, à la Faculté de Paris, une thèse inaugurale, dont la teneur peut se résumer ainsi qu'il suit : La maladie qui décime l'armée n'est pas un typhus, mais bien une méningite cérébro-spinale.

La science a enregistré les faits anatomo-pathologiques constatés par le jeune chirurgien; mais elle n'a pas sanctionné les déductions médicales qu'il avait cru pouvoir en tirer sur la nature de la maladie et la meilleure dénomination à lui donner.

Conclusions. — Des considérations qui précèdent et que nous n'avons données que par extrait, M. Boudin déduit les conclusions générales suivantes :

1° La dénomination de méningite cérébro-spinale n'est en rapport ni avec l'extrême dissémination des manifestations séro-purulentes sur les diverses séreuses et sur les synoviales articulaires, ni avec quelques autopsies entièrement négatives dans lesquelles les investigations les plus attentives n'ont pu constater aucune lésion matérielle appréciable ;

2° Il n'existe aucune différence appréciable entre la maladie observée en 1814 à Grenoble et à Paris par MM. Comte et Biett et en 1815 à Metz par M. Rampont;

3° Enfin, la maladie qui depuis 1837 règne en France et dans une grande partie de l'Algérie doit être considérée *comme une des formes* de la grande manifestation épidémique qui, dans les dernières années de l'Empire, a sévi en France et dans une grande partie de l'Europe.

— Lorsque M. Boudin est descendu de la tribune, M. Martin-Solon prend la parole au nom de la commission du choléra. L'honorable rapporteur, après avoir tracé un aperçu rapide des progrès et de la marche du choléra depuis son départ des bouches du Gange jusqu'à son arrivée dans les murs de Paris, arrive à formuler l'instruction populaire arrêtée par la commission. Il établit d'abord qu'il ne saurait y avoir aucun danger à approcher les cholériques, qu'il faut par conséquent se dépouiller de toute pusillanimité inhumaine et ne pas abandonner les malades à leur triste sort.

Il expose ensuite que les travaux d'assainissement exécutés dans la capitale depuis quinze ans diminueront les ravages de l'épidémie, qui s'annonce d'ailleurs avec beaucoup moins de gravité qu'en 1832.

Mais il ajoute que, pour tirer tout le parti possible des améliorations introduites dans l'état sanitaire de la ville, il faut se conformer à certaines règles qu'il formule de la manière suivante :

Ces règles, dit-il, concernent l'habitation, les vêtements, les aliments et les occupations.

1° Le premier soin, le plus important sans contredit, doit être d'entretenir autour de soi un air pur. L'expérience a montré que ceux qui négligeaient ces précautions en temps d'épidémie étaient les plus exposés à être atteints. En conséquence, on évitera autant que possible de coucher en trop grand nombre dans la même pièce et de s'enfermer dans des rideaux. Dès le matin, on renouvellera l'air de la chambre en ouvrant les fenêtres, en établissant un courant, dans lequel toutefois on évitera de se placer. On répétera cette opération dans la journée plus ou moins souvent, suivant le nombre des personnes qui habitent la pièce. On s'abstiendra d'y faire sécher du linge. On en éloignera soigneusement tout ce qui pourrait y répandre de mauvaises odeurs ou des émanations humides ou malsaines. Les eaux ménagères seront emportées au fur et à mesure qu'elles seront produites; les plombs qui les reçoivent, les tuyaux qui les conduisent au dehors seront tous les jours lavés à grande eau. Toutes les parties de la maison, les escaliers, les cours, seront entretenues dans une exacte propreté; les ruisseaux lavés et balayés chaque jour afin que les eaux infectes n'y séjournent pas.

2° Le refroidissement ayant été noté comme une circonstance qui a favorisé le développement du choléra, on se couvrira de vêtements chauds et on ne les quittera pas légèrement au premier changement de température. Le ventre et les pieds doivent surtout être protégés contre le froid, et à cette fin on a sagement recommandé l'usage des chaussures et d'une ceinture de laine.

3° La sobriété, si favorable en tout temps à l'entretien de la santé, devient en temps de choléra d'une nécessité rigoureuse. On ne peut s'en écarter sans s'exposer à payer chèrement cet écart. Ceux qui s'en sont fait une heureuse habitude et qui ont un régime qui les maintient dans un bon état de santé n'ont rien à y changer. Chacun doit s'abstenir des aliments dont il a reconnu par son expérience propre que la digestion était difficile. Ceux qui en général ne conviennent pas sont les viandes et les poissons salés, les viandes très grasses, la charcuterie mal préparée, les pâtisseries lourdes, les crudités, les légumes aqueux pris en certaine quantité.

Le vin mêlé d'eau, la bière, le cidre sont des boissons convenables. Ce qui doit être redouté surtout, ce sont les excès de vin, de liqueurs fortes. On se gardera aussi plus qu'en tout autre temps de prendre des boissons froides lorsqu'on est échauffé par le travail ou par la marche.

4° Les excès dans les travaux de corps ou d'esprit ne sont pas moins à éviter que les excès d'aliments ou de boissons. Chacun doit continuer ses occupations ordinaires, mais d'une manière réglée et sans qu'il en résulte une trop grande fatigue. Les veilles, les travaux de nuit doivent être évités. Si des travaux accidentels exigeant une grande dépense de forces corporelles faisaient sentir le besoin d'un supplément d'alimentation, il vaudrait mieux faire en plus un léger repas que de charger à la fois son estomac d'une grande quantité de nourriture.

Premiers signes du choléra et premiers soins à donner a ceux qui en sont atteints.

Il est d'une extrême importance de se rendre attentif aux premières atteintes du choléra, afin de l'attaquer dès son début. L'expérience acquise en 1832 a appris que les secours étaient d'autant plus efficaces qu'ils étaient administrés plus promptement et plus près du moment de l'invasion.

Rarement le choléra se déclare d'une manière soudaine; presque toujours il est annoncé par des signes précurseurs, tels qu'un sentiment subit de lassitude et de brisement des membres, de la pesanteur de tête, des étourdissements, de la douleur au creux de l'estomac avec oppression, etc. Mais les plus fréquents de ces symptômes avant-coureurs sont des borborygmes ou des grouillements d'entrailles, suivis de dévoiement, le plus souvent accompagné de coliques, mais quelquefois tellement exempt de toute douleur qu'il dure plusieurs jours sans qu'on y fasse presque attention.

Ces symptômes ne sont pas inévitablement suivis de choléra, mais il suffit qu'ils puissent l'être et qu'ils le soient en effet souvent, pour que ceux qui les éprouvent s'empressent d'y remédier.

On diminuera d'abord beaucoup la quantité d'aliments ; on les supprimera même tout à fait, s'il y a dégoût ou défaut d'appétit; on prendra quelques infusions chaudes de camomille, de mélisse, quelques demi-tasses d'eau de riz avec addition de gomme arabique; des quarts de lavement avec l'eau de riz ou l'eau blanchie par l'amidon, auxquels on ajoutera quatre ou cinq gouttes de laudanum ou deux grammes de diascordium. Ces petits lavements seront répétés plus ou moins souvent, suivant que le dévoiement sera lui-même plus ou moins fréquent. Un bain de jambes chaud avec addition de sel, de savon ou de farine de moutarde, et enfin la chaleur du lit, en excitant les fonctions de la peau, complètent la série des moyens à employer contre les premiers symptômes.

S'ils persistent et surtout s'ils s'aggravent, le malade, lorsqu'il ne pourra être soigné chez lui, sera conduit sans délai dans l'un des hôpitaux désignés par l'autorité. Dans le cas contraire, le médecin sera aussitôt averti, et, en l'attendant, des soins assidus continueront d'être donnés au malade.

Les symptômes que l'on peut voir alors se développer plus ou moins rapidement sont les suivants:

Les douleurs d'entrailles deviennent plus aiguës, plus fréquentes ; le dévoiement prend un nouveau caractère; les matières rendues perdent l'odeur de matières fécales, deviennent blanchâtres comme de l'eau de riz, mêlées de quelques flocons.

Des vomissements de même nature se déclarent; la soif augmente; les urines diminuent et même se suppriment tout à fait.

Le malade ressent dans le creux de l'estomac une barre qui l'oppresse, et y détermine souvent un sentiment d'angoisses insupportable.

Des crampes douloureuses se font sentir aux membres inférieurs, et quelquefois aux membres supérieurs.

En même temps tout le corps se refroidit; la peau prend une teinte violacée.

On doit s'appliquer d'abord à réchauffer le malade : on le couchera dans un lit chaud et bien couvert. Des bouteilles remplies d'eau chaude ou des sachets de son ou de sable bien chauffé seront placés près de lui ; on frictionnera les membres avec une flanelle imbibée d'eau-de-vie camphrée pure ou mélangée avec parties égales d'essence de térébenthine ; on appliquera des sinapismes sur les membres, sur le ventre, sur la région de l'estomac, en observant de ne pas les laisser plus de vingt minutes à la même place. Si l'on en a la facilité, on se trouvera bien de mettre le malade dans un bain chaud où l'on aurait délayé un kilogramme de farine de moutarde.

En même temps on lui fera prendre toutes les demi-heures, et par demi-tasses, des infusions chaudes de mélisse, de menthe, de thé, de café ; et si les boissons étaient vomies, on se contentera de donner de petits morceaux de glace, plus ou moins souvent, suivant le désir des malades. Si la glace manque, on la remplacera par des gorgées d'eau froide.

On combattra les crampes par des frictions sur les mollets avec de la glace pilée renfermée dans un linge, ou avec une flanelle imbibée d'un mélange d'essence de térébenthine et de laudanum.

Ces soins seront continués sans relâche jusqu'à l'arrivée du médecin, à qui seul il appartiendra de décider s'il y a lieu d'employer des moyens plus actifs. On se gardera surtout d'accueillir sans son conseil quelques-uns de ces prétendus spécifiques qui sont vantés comme ayant produit des guérisons nombreuses, et qui, mis à l'épreuve, tromperaient les intentions de ceux qui les emploieraient, et feraient perdre un temps précieux.

Si quelque remède nouveau vraiment efficace venait à être découvert, l'Académie, fidèle à sa mission, s'empresserait de le signaler en lui donnant la publicité désirable.

M. Honoré. Ce que j'ai vu depuis vendredi m'autorise à appuyer ce que vient de dire M. le rapporteur touchant le pronostic favorable qu'on doit porter sur la gravité de l'épidémie.

L'honorable académicien raconte l'histoire du malade qui se trouve dans son service, et dont nous avons parlé dans notre dernier numéro. Il résulte de cette narration que la maladie, qui s'était présentée avec les symptômes les plus graves, était déjà très améliorée dès le lendemain matin. Aujourd'hui le malade est dans l'état le plus satisfaisant.

J'ai vu ce matin, ajoute M. Honoré, trois autres cas chez M. Rostan ; une femme enceinte, une femme âgée, et un troisième développé dans l'hôpital chez une femme d'environ trente-quatre ans qui se trouve dans les salles depuis un an, et qui y a été affectée de plusieurs maladies, entre autres, d'une fièvre typhoïde grave. Malgré ces fâcheuses conditions, cette malade n'a point succombé, non plus que les deux autres.

En 1832, après que le premier cas fut constaté, il y en avait le lendemain 100 et plus à l'Hôtel-Dieu ; tandis que, depuis vendredi, il n'est entré que deux malades nouveaux.

Enfin, je ferai observer qu'en 1832, dès que le choléra eut paru, toutes les autres maladies aiguës cessèrent, tandis que, jusqu'à présent, la fréquence de ces maladies ne paraît nullement modifiée.

Toutes ces circonstances doivent porter à croire que nous n'aurons affaire qu'à une épidémie très bénigne.

M. Rochoux. M. Martin-Solon dit que les bouches du Gange sont le foyer du choléra. Cette assertion me paraît en opposition avec ce que M. Martin-Solon a dit de la non-contagion de la maladie ; car, si le foyer de la maladie se trouvait exclusivement dans une localité quelconque, elle ne pourrait se propager qu'à l'aide de la contagion, et elle devrait faire des ravages partout où passent ceux qui la transportent, ce qui n'a point lieu. D'où il faut nécessairement conclure que le foyer du choléra se trouve partout.

M. Martin-Solon. J'ai dit que le foyer du choléra était aux bouches du Gange, parce que, dans tous les cas, il s'est montré là avant d'envahir les autres pays. C'est là un fait incontestable; c'est ce fait seulement que j'ai voulu exprimer, et en cela je ne crois pas m'être prononcé pour la contagion, ni par conséquent m'être mis en contradiction.

M. J. Cloquet fait, à l'appui de l'opinion de M. Martin-Solon, quelques citations qui n'offrent rien de particulier.

M. Moreau. Puisque l'instruction est une instruction populaire, peut-être ne serait-il pas hors de propos d'y intercaler quatre petits bouts rimés que j'ai découverts dans un fabliau du dix-septième siècle. Ils expriment réellement les meilleures précautions à prendre pour se préserver de l'épidémie, et sont ainsi conçus :

Tiens tes pattes en chaud ;
Tiens vides tes boyaux ;
Ne vois pas Marguerite ;
Du choléra tu seras quitte.

M. Bussy. En répétant dans une instruction populaire ce qui se trouve déjà dit partout ailleurs, ce que l'autorité a mission de faire répandre partout, peut-être l'Académie n'entre-t-elle pas dans une voie qui soit à la hauteur de son rôle. Il me semble qu'elle aurait mieux rempli sa mission en envisageant la question au point de vue scientifique, et en adressant des conseils aux médecins et non au public.

M. Martin-Solon. En rédigeant ces instructions, la commission n'a prétendu faire rien de nouveau. Mais elle a pensé qu'en présence d'une épidémie qui menace la population, il était du devoir de l'Académie d'instruire le public des meilleurs moyens qu'il y a à employer pour se mettre à l'abri du fléau et pour en amoindrir les dangers; elle a pensé aussi qu'il était du devoir de l'Académie d'indiquer le véritable caractère de l'épidémie pour rassurer la population; elle a pensé, enfin, que les conseils et les avis donnés par l'Académie pourraient inspirer plus de confiance, et par conséquent produire plus de bien que ceux émanant de toute autre autorité.

Sur la demande de quelques membres, l'Académie décide que les instructions de la commission seront imprimées et discutées dans la prochaine séance.

— Pendant la séance, l'Académie a procédé à la nomination de trois commissions pour examiner les Mémoires destinés au concours des prix. Ont été nommés membres de ces commissions, savoir :

Commission des prix de l'Académie (La fièvre typhoïde). — MM. Louis, Chomel, Gaultier de Claubry, Bricheteau, Mélier.

Commission du prix Civrieux (De la chorée). — MM. Fouquier, Bouvier, Baillarger, Jolly, Collineau.

Commission du prix Portal (De la cirrhose). — MM. Cornac, Cruveilhier, Rochoux, Husson, Nacquart.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 28 février 1849. — Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. Vidal (de Cassis) interpelle M. Marjolin sur les dangers qu'il attribue à la ponction du testicule dans l'orchite parenchymateuse. M. Vidal demande surtout que l'on cite les faits sur lesquels on s'appuie pour prononcer que ce mode de traitement est dangereux.

M. Marjolin. Je connais les deux faits dont la Société s'est déjà entretenue à diverses reprises, celui de M. Deguise et celui de M. Robert. Dans tous deux, si j'ai bonne mémoire, le testicule a été perdu à la suite de la ponction. A l'hôpital Saint-Antoine, j'ai vu un malade qui sortait de la Pitié, où il avait été traité d'une autre orchite par la ponction. J'ai employé pour la nouvelle inflammation le traitement ordinaire, qui a réussi aussi promptement. Pour moi, d'ailleurs, je n'ai pas encore vu d'orchite parenchymateuse; je n'ai rencontré que des épididymites et des vaginalites. Mon père, dont j'ai consulté l'opinion à ce sujet, n'a vu aussi qu'un très petit nombre d'orchites parenchymateuses, et il est d'avis que la méthode par la ponction peut avoir des dangers. Je ne comprends donc pas comment M. Vidal a pu être conduit à pratiquer maintes et maintes fois l'opération dont il s'agit.

M. Vidal (de Cassis). Il y a ici deux questions, une question d'abus et une question de danger. Pour la première, je suis convenu déjà qu'en effet il m'était arrivé de débrider pour de simples épididymites; mais il n'en est résulté aucun inconvénient. Quant à la question de danger, je laisserai de côté l'autorité de M. Marjolin père, et je m'en tiendrai seulement aux deux faits cités; celui de M. Deguise est connu, c'était un cas particulier et tout exceptionnel. Celui de M. Robert n'a pas eu de suites fâcheuses; le testicule n'a point été perdu ni compromis. Ces deux faits, d'ailleurs, n'ont pas empêché divers chirurgiens d'adopter la méthode, et je tiens à constater que M. Marjolin n'en a pas d'autres à invoquer.

M. Robert. Pendant au moins vingt années, je n'ai observé aucune orchite qui ait entraîné la suppuration ou la perte du testicule. Deux fois, depuis cette époque, j'ai constaté l'atrophie de l'organe dans des cas où la douleur avait été extrêmement vive. Plus récemment j'ai observé à la suite d'une contusion violente des douleurs intenses qui m'ont paru être causées par l'étranglement du testicule; j'ai fait la ponction ; la substance séminifère est sortie entre les deux lèvres de la plaies, et une portion très petite s'est mortifiée; il n'y a eu qu'une diminution légère du volume de l'organe. Deux autres fois j'ai fait la ponction pour des orchites parenchymateuses, et les malades ont été soulagés très vite. Ces trois faits m'ont donc confirmé dans l'idée qu'en effet, dans certaines orchites parenchymateuses, les douleurs étaient causées par un étranglement.

M. Giraldès. Je voudrais savoir si, dans les deux derniers faits que vient de citer M. Robert, il est sûr que le testicule

ait été touché réellement ; voici pourquoi je fais cette question. L'année dernière je fus appelé pour un officier de la garde mobile qui avait été pris, pendant le cours d'une orchite, de douleurs extrêmement intenses et de vomissements. J'ai fait une ponction ; je suis certain que le testicule n'a pas été touché, et cependant immédiatement après l'écoulement de la sérosité les douleurs ont disparu.

M. Maisonneuve. Dans un cas d'orchite très douloureuse, après l'emploi inutile de trois saignées et de quarante sangsues, j'ai fait à la tunique vaginale une incision de trois centimètres ; j'ai bien constaté que le testicule était volumineux ; je l'ai incisé à son tour, et le malade était soulagé deux heures après.

M. Chassaignac. Certains accidents nerveux donnent lieu à des symptômes analogues à ceux de l'étranglement du testicule. Peut-être la névralgie du testicule pourrait-elle être guérie par la ponction.

— M. Cullerier. Je rappelle à la Société ce fait dont je l'ai déjà entretenue, dans lequel les saignées, les bains, les narcotiques avaient échoué. Les accidents étaient sérieux ; la ponction du testicule les a fait cesser au bout de deux heures. Je crois donc que cette méthode peut être très bonne comme sédative dans certains cas. Quant au fait de M. Giraldès, il confirme ce que nous voyons assez souvent, savoir, le soulagement produit par une incision de la tunique vaginale ; mais, dans l'orchite parenchymateuse, cette incision serait insuffisante.

M. Nélaton. Il y a, pour le traitement de l'orchite, deux méthodes, l'ancienne et la nouvelle, ou le débridement. Ces deux méthodes ne sont pas rivales l'une de l'autre ; chacune d'elles a son utilité. Pour moi, je n'ai pas encore eu l'occasion d'employer le débridement ; mais je crois qu'il faut y recourir seulement dans les cas où l'ancienne méthode aurait échoué.

M. Vidal. La réponse de M. Robert est toute favorable à la ponction du testicule ; je n'ai donc rien à lui objecter. M. Giraldès a suivi, dans le fait dont il nous a parlé, la pratique de M. Velpeau ; mais il aurait tort d'en conclure que l'incision de la tunique vaginale suffit toujours pour abattre la douleur. J'ai vu, pour mon compte, à la suite d'une vaginalite, l'orchite parenchymateuse survenir ; la tunique vaginale avait d'abord été ouverte ; il a fallu, plus tard, inciser à son tour la tunique albuginée. Maintenant, par quel mécanisme agit la ponction ? Je croirais volontiers, avec M. Chassaignac, que souvent elle s'adresse à des douleurs purement nerveuses ; car j'ai débridé le testicule dans certains cas où il n'y avait qu'épididymite, et j'ai supprimé les douleurs. J'ai obtenu le même résultat dans des orchites chroniques qui ne devenaient douloureuses que de temps à autre. Maintenant, faut-il recourir d'emblée au débridement ? C'est mon avis, et je m'appuie sur les faits dont j'ai été témoin ; mais je comprends que M. Nélaton ne s'y décide qu'après l'emploi des autres moyens. On peut d'ailleurs être rassuré sur les fonctions des testicules ; car je connais déjà cinq individus qui ont été ponctionnés des deux côtés, et qui sont revenus, plus tard, avec des maladies vénériennes contractées après les opérations.

— M. Chassaignac rend compte d'une observation d'anévrisme poplité qu'il a opéré ces jours derniers. Il s'est occupé de chercher si, dans ce cas, les battements pouvaient être confondus avec ceux de l'anévrisme variqueux, ainsi qu'on l'avait prétendu dans une récente discussion. Or, il s'est assuré que le bruit de souffle occupait exclusivement le jarret et ne se prolongeait pas longitudinalement sur le trajet des veines, comme cela a lieu dans l'anévrisme variqueux. En outre, une hémorrhagie est survenue le soir par la plaie de la ligature qui avait été faite au triangle de Scarpa. M. Chassaignac pense que cette hémorrhagie a été fournie par une artériole voisine du couturier, et que peut-être la congestion ou l'arrivée d'une plus grande quantité de sang dans ce petit vaisseau a été le résultat de l'interception de la circulation dans le tronc principal.

M. Nélaton. Au signe différentiel donné par M. Chassaignac, il faut ajouter que, dans l'anévrisme variqueux, le bruit est continu ; daus l'anévrisme ordinaire, il est intermittent.

— M. Musset, interne à l'hôpital de la Charité, lit une observation de fracture du fémur causée par une altération organique de l'os chez une malade cancéreuse. Cette observation est renvoyée à une commission composée de MM. Morel, Giraldès, Gosselin.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Nouveau dilatateur de l'urètre.

Dans notre compte-rendu de la séance de l'Académie de médecine du 6 février, il est question d'un nouveau dilatateur de l'urètre, imaginé par M. Gouyon, chirurgien aide-major de la garde nationale de Clermont-Ferrand. Notre honorable confrère nous adresse aujourd'hui un modèle de cet instrument ingénieux avec une description que nous avons jugé utile de reproduire.

Cet instrument, dit M. Gouyon, est assez simple par lui-même : il ressemble assez bien à une sonde ordinaire divisée jusqu'à sa portion courbe en deux moitiés semi-cylindriques superposées l'une à l'autre.

Il se compose de deux appareils bien distincts :

1° De l'appareil de dilatation proprement dit ;

2° De la sonde droite dite dilatatrice.

L'appareil de dilatation se compose de trois parties :

1° D'une portion supérieure ;

2° D'une portion inférieure ;

3° D'une portion intermédiaire.

Pour l'intelligence de cette description, il faut supposer l'instrument dans la position de la sonde placée dans la vessie.

Je commence par la portion inférieure, qui est la plus compliquée. Elle se compose d'une partie droite et d'une partie courbe. La partie droite ressemble à une moitié de canule semi-cylindrique ; elle a la longueur des portions droites des sondes ordinaires ; elle se termine à son extrémité externe par un petit appareil portant une vis. L'autre se confond avec la portion courbe de l'instrument, et, au niveau de cette réunion, est pratiquée une mortaise d'un à deux centimètres de longueur ; cette mortaise est assez semblable à celle du lithotriteur ; à la portion courbe, qui n'a pas besoin d'être creuse, je considère une base et un sommet ; à la base est pratiquée la mortaise, le sommet est conique et aussi mince qu'on peut le désirer.

La portion supérieure se compose d'une autre moitié de canule semi-cylindrique du même diamètre que l'inférieure ; elle joue sur la portion inférieure à l'aide de deux appareils placés à ses extrémités ; son extrémité externe joue avec l'inférieure par le petit appareil à vis ; l'autre extrémité vient s'articuler dans l'angle supérieur de la mortaise par un petit appareil caché dans celle-ci ; à l'aide de ce double mécanisme, on peut lui imprimer des mouvements d'élévation et d'abaissement sur la portion inférieure.

Enfin, la troisième partie de l'instrument consiste en un mandrin en fer placé entre les deux portions de canule, dont l'extrémité interne vient se fixer dans l'angle inférieur de la mortaise et dont l'autre extrémité est libre et dépasse même un peu les extrémités externes des deux moitiés de canule ou plutôt dépasse le petit appareil à vis.

La sonde dilatatrice est un tube droit cylindrique d'un certain diamètre, car dans cet appareil on doit avoir des sondes droites de plusieurs numéros différents. Une extrémité de ce tube se termine par une petite portion conique, l'autre extrémité porte deux oreilles.

Mode d'action de l'instrument.

On introduit l'instrument dans la vessie en le tenant comme on tient une sonde ordinaire, et, s'il est bien fait, les deux moitiés de canule ne doivent nullement ballotter l'une sur l'autre ; une fois placé, on ouvre la vis, on introduit une sonde droite en ayant soin de faire pénétrer dans son calibre l'extrémité du mandrin qui dépasse ; on la prend par l'extrémité qui porte les oreilles, on la fait entrer en poussant et en lui imprimant des mouvements de vis ; une fois introduite, ce que l'on reconnaît lorsque l'urine passant par la mortaise sort par la sonde droite assez librement, on ferme la vis pour fixer cette sonde dans l'appareil.

Au moyen de cet appareil, le rétrécissement du canal de l'urètre n'est plus une maladie longue ni dangereuse, car dans moins de huit jours on peut faire passer tous les numéros des sondes droites.

Notre honorable confrère nous demande notre opinion sur l'utilité de l'instrument dont il vient de tracer la description. *A priori*, notre opinion ne peut que lui être favorable, car l'examen auquel nous nous sommes livré nous fait penser que cet instrument remplira le but auquel il est destiné. Toutefois, M. Gouyon est un praticien trop expérimenté pour ne pas nous approuver si nous attendons d'avoir observé quelques applications de son instrument avant de formuler un jugement définitif.

Nouvelles du choléra.

Le gouvernement anglais a reçu la nouvelle de l'apparition du choléra dans le sud de l'Irlande.

— On lit dans la *Gazette officielle du Caire* :

« Le 9 de ce mois, l'avant-garde de la caravane de la Mecque, composée de 150 pèlerins maghebins, est arrivée à Bir-Ket-el-Hadj, près du Caire, après une marche de vingt-neuf jours. Une visite officielle des médecins du gouvernement ayant constaté que ces voyageurs jouissaient d'une bonne santé, et que personne d'entre eux n'avait été atteint du choléra, ni d'aucune autre maladie dangereuse, on leur a permis d'entrer librement dans la ville du Caire. »

Le procès en police correctionnelle intenté à M. Le Roy-d'Etiolles par M. Deguise vient de se terminer heureusement, grâce à l'officieuse médiation des conseils de famille des Sociétés médicales du 1er et du 2e arrondissement.

Nous avions retardé de quelques jours, sur la demande de M. Le Roy-d'Etiolles, la publication du procès-verbal des conseils de famille, parce que cet honorable confrère nous avait manifesté le désir de faire réviser une des phrases de ce procès-verbal. Aujourd'hui M. Le Roy nous invite lui-même à faire cette publication, en nous priant de faire connaître ce qu'il aurait désiré que l'on ajoutât au procès-verbal :

Les conseils de famille de l'Associatiou des Médecins des 1er et 2e arrondissements se sont réunis le 28 février 1849, sous la présidence de MM. A. Devergie et Trousseau.

MM. Deguise et Le Roy-d'Etiolles ont été priés de se rendre dans le sein de ces conseils.

M. Deguise a déclaré que la déposition qu'il avait faite devant la commission d'enquête de l'Assemblée nationale, à l'occasion de l'ambulance des Tuileries, n'avait reçu qu'une publicité *incomplète et tronquée* ; que cette phrase « *tout le personnel a été chassé* » ne s'appliquait ni à M. Le Roy-d'Etiolles, ni au personnel médical de l'ambulance.

De son côté, M. Le Roy-d'Etiolles reconnaît *vraie en tous points* la déposition de M. Deguise devant la commission d'enquête, et déclare qu'elle ne contient *rien de faux ni de calomnieux* (1).

M. Deguise prend dès lors l'engagement, vis-à-vis des deux conseils de famille, de mettre à néant, à l'égard de M. Le Roy-d'Etiolles, toute action en justice à raison du fait de diffamation dont il s'agit.

MM. Deguise et Le Roy-d'Etiolles déclarent en outre, d'un commun accord, qu'il ne sera donné aucune suite à cette affaire, soit par des actes, soit par des écrits ou publications, et qu'ils la considèrent dès à présent comme non avenue.

Paris, ce 28 février 1849.

Ont signé : MM.

Le Roy-d'Etiolles. Deguise.
A. Devergie. Trousseau.

Chailly-Honoré, A. Chereau, Fauconneau-Dufresne, Foissac, Horteloup, Marotte, Piorry, Sandras.

Vu et certifié conforme à l'original :
A. Devergie.

(1) Après cette phrase, M. Le Roy-d'Etiolles voudrait qu'on ajoutât la suivante :

« M. Le Roy-d'Etiolles fait des réserves contre toute solidarité avec M. Deguise à l'égard des tiers pour le fait de cette déposition. »
(*Note du Rédacteur.*)

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 17 MARS 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 32.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 16 MARS 1849.

Marche du choléra.

Le choléra continue lentement sa marche, sans trop augmenter ou diminuer d'intensité. Tout jusqu'à présent confirme les espérances partagées par tous les médecins touchant la bénignité de la maladie. Cependant quelques faits, à la vérité bien rares encore, sont de nature à inspirer quelques craintes.

Ainsi les trois malades du service de M. Rostan, sur deux desquelles au moins on avait généralement porté un pronostic favorable, sont aujourd'hui dans un état assez inquiétant. L'une surtout, jeune femme d'environ vingt-cinq ans, est en ce moment sous l'influence de symptômes cérébraux survenus après la période de réaction, et qui s'annoncent avec assez de gravité.

Le malade de M. Honoré continue à marcher vers la convalescence.

Mais un fait qui s'écarte un peu de ceux qui précèdent a été observé cette nuit. Hier, à sept heures du soir, un artilleur de la ligne qui se trouvait de service à l'Hôtel-de-Ville et qui était dans un parfait état de santé, qui était aussi d'une forte constitution, ainsi que sa profession le fait supposer, a été saisi tout à coup par la maladie. On lui a d'abord donné sur place les premiers soins, puis on l'a transporté vers onze heures du soir à l'Hôtel-Dieu, où il est mort à trois heures du matin.

A l'hôpital Saint-Louis, deux cas légers se sont manifestés parmi les malades, et un troisième chez un employé affecté déjà d'une pneumonie parvenue au quatrième jour et déjà en voie de décroissement.

Ce malade, traité par M. le docteur Moissenet, médecin de l'hôpital Saint-Louis, avait parfaitement surmonté les dangers de la période d'asphyxie; il allait même assez bien pour avoir essayé de se lever le lendemain de son attaque; mais à partir du moment où il a quitté son lit, quelques phénomènes cérébraux se sont manifestés; ces symptômes se sont bientôt un peu calmés; puis, dans la nuit du deuxième jour de l'attaque, le malade, qui paraissait assez bien le soir, est mort tout à coup.

Ce malade avait présenté comme symptôme extrêmement remarquable, avant l'attaque confirmée, une dyspnée excessive, sans que l'auscultation ou la percussion eussent permis de constater aucune lésion importante du côté du cerveau.

A la Pitié, aucun nouveau cas ne s'est déclaré ou n'y est entré. Nous avons appris seulement que l'autopsie du malade qui a succombé dans le service de M. Gendrin avait offert au plus haut degré les lésions caractéristiques du choléra asiatique.

Rien de nouveau à la Charité et à la Clinique.

A la Maison nationale de santé, un cas léger a été observé ; il est déjà en bonne voie de guérison.

Au Val-de-Grâce, deux cas ont été observés; l'un chez un convalescent, l'autre sur un artilleur fort et bien portant de la garnison de Vincennes. Ce dernier a succombé vingt-quatre heures après son entrée à l'hôpital.

Les prisons de Paris, dont quelques-unes ne se trouvent guère dans des conditions sanitaires plus favorables que le dépôt de Saint-Denis, ont, jusqu'à présent, été préservées de l'épidémie.

Dans cet dernier établissement, aucun nouveau cas s'est manifesté.

Dans la population de la ville, nous n'avons entendu parler que de quelques cas isolés, et sur lesquels nous manquons de renseignements suffisants.

En résumé, quoique l'épidémie ne sorte pas des limites que l'on était autorisé à prévoir, d'après la marche qu'elle a suivie dans les autres contrées, il y a cependant une espèce d'accidents qui avaient déjà été observés au dépôt de Saint-Denis, que nous avions signalés dès le principe, mais auxquels nous n'étions pas disposés à accorder autant d'importance qu'ils en mériteraient, s'ils devaient continuer avec la fréquence qu'ils semblent devoir acquérir. En effet, ces accidents menacent de faire périr autant de malades que la période asphyxique elle-même.

Enfin, si nous ajoutons aux cas que nous avons recueillis deux cas publiés dans un autre journal, nous arrivons au résultat suivant :

Nombre de malades atteints, tant en ville que dans les hôpitaux : 19.

Sur ce nombre, 8 sont morts, et 11 sont en traitement; mais parmi ces derniers quelques-uns succomberont sans aucun doute aux suites de l'attaque. Chez les malades qui ont succombé, six fois la mort est arrivée pendant la période asphyxique ou au moins avant l'établissement bien franc de la période de réaction; deux fois elle a eu lieu par des accidents consécutifs qui ont toujours paru avoir leur siége dans le cerveau.

Revue clinique hebdomadaire.

Constitution médicale. — En dehors de l'influence prédominante qui vient de se manifester, on ne peut méconnaître d'autres influences qui, depuis plusieurs semaines, se font sentir avec plus ou moins d'intensité sur beaucoup de malades de la ville et sur la plupart de ceux des hôpitaux. Ces conditions pathologiques ont-elles quelques rapports avec celle qui produit l'épidémie cholérique; seraient-elles les avant-coureurs de cette dernière, ainsi que bien des observateurs l'ont pensé de la grippe de 1831-32? Nous n'oserions répondre à ces questions, qui soulèvent les problèmes les plus élevés d'étiologie médicale, et qui sont par conséquent entourées des difficultés les plus graves que présente l'étude si difficile de notre science.

Mais sans chercher à pénétrer dans ces questions, obscures autant qu'importantes, on peut tirer des faits qui se passent sous nos yeux quelques inductions pratiques qui ne sont pas sans intérêt. C'est seulement à ce point de vue modeste, mais utile, que nous envisagerons ces faits.

Des dangers des vésicatoires. — La marche toute particulière qu'affectent les vésicatoires est une des circonstances qui traduisent avec le plus d'évidence l'existence d'une influence morbide générale et inaccoutumée; c'est aussi une des plus utiles à connaître, à cause de l'usage fréquent que l'on fait de ce moyen thérapeutique.

Depuis environ deux mois, les surfaces des vésicatoires se recouvrent souvent d'une suppuration abondante, sanieuse, quelquefois même d'une véritable gangrène qui revêt tantôt la forme de pourriture d'hôpital, tantôt et plus souvent la forme ordinaire.

D'autres fois, soit concurremment avec la suppuration ou la gangrène, soit isolément, se manifestent des ecchymoses, et même des hémorrhagies qui ne sont pas toujours sans danger. Ces ecchymoses se bornent quelquefois à la partie la plus superficielle du tégument; quelquefois, au contraire, elles forment de véritables épanchements sanguins dans une profondeur assez considérable. M. Masselot nous a fait voir au Val-de-Grâce le cadavre d'un homme sur la poitrine duquel on avait appliqué un vésicatoire, et qui avait les muscles intercostaux disséqués par un épanchement sanguin.

Ces accidents s'observent dans toutes les régions ; nous les avons observés également et sur le tronc et sur les membres ; nous avons même vu une fois, sur ces derniers organes, un cataplasme sinapisé qu'on avait laissé un peu trop longtemps, déterminer une gangrène. Le malade était un enfant d'une dizaine d'années, assez chétif et affecté de symptômes cérébraux qui paraissaient sans gravité; la maladie s'est terminée par la mort, au moins autant par l'influence des accidents développés sur la surface sinapisée que par l'influence de la maladie primitive.

Les accidents fâcheux que nous venons d'indiquer s'observent, bien entendu, de préférence chez les individus cacochymes, ou qui ont vécu dans de mauvaises conditions hygiéniques ; ils s'observent aussi de préférence chez les individus affectés d'une de ces maladies à forme typhoïde, dont M. Masselot a si bien tracé la description dans le travail qu'il vient de publier dans ce journal. Mais on se tromperait étrangement si l'on croyait que là se bornent les effets si remarquables de l'influence que nous constatons. Nous les avons observés dans des cas où il était impossible de les prévoir, et où l'on aurait eu le plus de raisons de croire au premier abord qu'ils ne se seraient point développés. C'est ainsi qu'ils ont eu lieu une fois chez un malade robuste, affecté d'un rhumatisme articulaire aigu, sur l'articulation duquel on avait appliqué un vésicatoire, et une autre fois chez un individu affecté d'une névralgie sciatique qu'on avait voulu traiter par les vésicatoires volants.

Les conséquences pratiques de ces faits sont trop naturelles pour que nous ayons à y insister. Evidemment elles commandent une grande réserve dans l'emploi des vésicatoires chez tous les malades en général, mais particulièrement chez ceux qui sont affectés d'une de ces maladies à forme dite typhoïde, et chez ceux qui sont d'une constitution faible ou altérée par les mauvaises conditions hygiéniques.

Erysipèles régnants. Efficacité de la pommade au nitrate d'argent dans le traitement de cette maladie. — Ce n'est pas une chose bien rare à Paris que de voir l'érysipèle régner endémiquement dans les hôpitaux, et particulièrement dans quelques-uns d'entre eux. Cependant, il ne sera peut-être pas tout à fait sans intérêt de constater que cette constitution *érysipélateuse* coexiste concurremment avec toutes celles qui règnent en ce moment. Or, non-seulement cette constitution existe, mais jamais nous ne l'avons vue plus générale qu'elle ne l'est en ce moment. On l'a constatée dans tous les hôpitaux importants de Paris, quelque éloignés qu'ils fussent les uns des autres. Elle rappelle presque celles qu'on a décrites en 1828 et en 1835.

Ces sortes de petites épidémies érysipélateuses sont, en général, assez peu remarquées, sans doute parce qu'on est trop habitué à les voir; elles sont cependant de nature à jeter un certain jour sur des questions de pathogénie d'une grande importance; et, pour cette raison, elles mériteraient que l'on s'en occupât davantage. Il y a encore aujourd'hui bien des praticiens, bien des chirurgiens surtout, qui croient à l'existence d'un érysipèle traumatique local, distinct de l'érysipèle spontané, et réclamant un traitement tout différent. Cette opinion est fondée principalement sur ce que l'érysipèle se déclare quelquefois à la suite des lésions traumatiques et des opérations, et d'une manière isolée. Dans ces cas, la cause occasionnelle est seule appréciée; la cause générale passe inaperçue, et par cela même reste souvent méconnue. Dans les constitutions érysipélateuses, au contraire, la cause générale prédomine; elle devient évidente; on voit facilement que la cause traumatique n'est alors que secondaire, qu'elle ne fait que porter l'étincelle sur des éléments morbides toujours prêts à faire explosion. Cependant, il faut le reconnaître, cette cause locale n'est pas moins secondaire dans le premier cas que dans le second; car, dans l'un comme dans l'autre, elle est impuissante à produire seule la maladie; elle ne lui imprime aucun caractère particulier; elle n'est la source d'aucune indication spéciale pour le traitement. C'est avec une vive satisfaction que nous avons entendu exprimer ces principes de saine pathologie à M. Jobert, à propos des érysipèles qui ont régné dans son service, ainsi que dans tous les autres. Pour lui, il n'y a pas d'érysipèle traumatique. Il se développe bien quelquefois autour des plaies, autour des blessures et des contusions, au-dessous des topiques irritants, des rougeurs érythémateuses, qui peuvent même, quoique bien rarement, arriver jusqu'à la suppuration; mais ces sortes d'érythèmes n'ont ni la même marche, ni la même durée, ni la même terminaison que l'érysipèle, et ne s'accompagnent pas des mêmes phénomènes généraux. On ne saurait, à notre avis, professer de meilleures doctrines.

Cet ordre de faits, avons-nous dit, est de nature à jeter de la lumière sur des questions intéressantes de pathogénie; ils conduisent, en effet, à comprendre combien peuvent être différents les résultats d'une cause physique quelconque, suivant la prédisposition organique qu'elle rencontre, puisque nous voyons que la même lésion qui, dans d'autres conditions, ne produirait aucun effet général appréciable, peut être, sous la constitution actuelle, le point de départ d'affections générales qui ne sont pas toujours sans gravité. En définitive, tous ces faits tendent à nous éloigner de plus en plus de cette fausse doctrine des localisations, remise en honneur par Broussais, soutenue encore par un grand nombre de ses adeptes plus ou moins avoués, mais qui perd chaque jour du terrain, à mesure que l'attention des observateurs se concentre moins exclusivement sur un seul tissu, sur un seul organe ou sur une seule portion d'organe.

Nous ne terminerons pas ce que nous avons à dire de la constitution érysipélateuse sans mentionner les bons résultats que nous avons vu obtenir des onctions, sur les parties enflammées, avec la pommade au nitrate d'argent. Ce moyen a déjà plusieurs fois été signalé à l'attention des praticiens; mais il n'est pas encore assez généralement usité pour qu'il soit inutile de le rappeler de temps en temps à leur souvenir.

Méningite cérébro-spinale. — Pour compléter le tableau des constitutions médicales régnantes, plutôt que pour discuter les différentes questions qui se rattachent à l'histoire de la méningite cérébro-spinale, signalons cette singulière et terrible affection sur laquelle M. Boudin a appelé l'attention dans la dernière séance de l'Académie, et qui semble vouloir établir son domicile parmi nous, et surtout parmi nos soldats. Paris, qui jusqu'à ce jour en avait été préservé, au moins depuis un nombre considérable d'années (en admettant que l'opinion de M. Boudin sur le typhus de 1814 soit exacte), Paris en subit en ce moment les atteintes. Comme dans toutes les villes où elle a sévi, la méningite cérébro-spinale attaque à Paris la population militaire plutôt que la population civile;

parmi les militaires, elle choisit les hommes forts et robustes. Ce ne serait pas à la vérité la même chose, si les quatre faits observés par M. Piorry, et rapportés dans le numéro du 8 mars de ce journal, étaient l'expression de la règle générale; mais ce ne sont au contraire là que des exceptions. Au Val-de-Grâce, où nous avons pu voir un grand nombre de ces malades, nous avons pu nous assurer que la maladie choisissait ses victimes parmi les soldats les mieux constitués.

De même que dans les autres villes où elle a régné, la maladie est très heureusement peu fréquente; mais en revanche elle est d'un pronostic excessivement grave, puisqu'au Val-de-Grâce, sur seize ou dix-huit cas qu'on y a observés depuis deux mois, deux seulement sont guéris, et trois ou quatre se trouvent dans une convalescence assez douteuse. Si la maladie était plus fréquente, une telle mortalité aurait vraiment de quoi effrayer. M. Piorry a été beaucoup plus heureux, puisque sur ces quatre malades, il n'en a perdu qu'un; mais on voit par les observations que la maladie s'était annoncée d'une manière bien moins violente que dans la presque totalité des cas qui ont été observés au Val-de-Grâce. Au reste, si M. Lévy n'a pas obtenu des résultats plus satisfaisants, ce n'est pas faute d'avoir agi promptement et énergiquement; car il a le plus souvent employé les émissions sanguines locales continues (cinq sangsues renouvelées à mesure qu'elles tombent, jusqu'à ce que l'on en ait employé soixante), quelquefois les saignées générales; la glace sur la tête, le calomel, les lavements purgatifs et les vésicatoires. A propos de ce dernier moyen, il est digne de remarque qu'aucun des malades atteints de méningite n'a éprouvé les accidents que nous avons signalés en commençant.

Quelques remarques sur la coexistence des diverses constitutions médicales qui précèdent. — Après avoir indiqué sommairement les influences morbides sous lesquelles nous vivons, qu'il nous soit permis de faire une remarque sur leur existence simultanée, et sur une erreur généralement accréditée à ce sujet. S'il y a une opinion médicale qui ait éprouvé peu de controverses, c'est assurément celle qui admet que toutes les affections développées pendant le règne d'une constitution médicale, et à plus forte raison d'une épidémie, empruntent de cette constitution ou de cette épidémie un cachet particulier qui leur enlève leur physionomie propre, et les rend jusqu'à un certain point méconnaissables. Or, si cette opinion a été exacte dans quelques circonstances, il est bien évident qu'elle ne l'est point relativement à ce qui se passe sous nos yeux. Il n'est pas moins évident que les conséquences pratiques qu'on ne manquait jamais de tirer de ce principe regardé comme vrai, et qui consistaient à appliquer à toutes les maladies nées sous une même constitution médicale un traitement uniforme, seraient tout aussi erronées que le principe lui-même. Traiter, par exemple, les pneumonies dites typhoïdes ou catarrhales comme une pleurésie franche serait s'exposer à de graves mécomptes, et surtout faire une bien mauvaise thérapeutique. C'est donc là un de ces aphorismes d'épidémiologues dont une observation plus attentive est appelée à faire justice.

Commotion de l'œil. — Après la saignée qui a été prescrite il y a huit jours, M. Lenoir a fait appliquer des vésicatoires sur la tempe du côté affecté; la vue est bientôt revenue en partie, et elle se rétablit chaque jour davantage. Il est très probable maintenant que cet accident n'aura pas de suites. (*Voir* la dernière *Revue clinique.*)

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Nélaton.

Nouvelle méthode pour opérer les tumeurs fibreuses de la base du crâne.

Il y a deux mois environ, M. Nélaton fit connaître à la Société de chirurgie de Paris un nouveau procédé opératoire pour obtenir la cure radicale des tumeurs de la base du crâne. Le fait qu'il communiqua à cette époque ayant aujourd'hui acquis une plus grande importance à cause du temps qui s'est écoulé depuis l'opération, nous avons pensé qu'il serait très utile, au point de vue pratique, de le faire connaître dans tous ses détails, ainsi que les considérations fort judicieuses dont ce savant chirurgien en a fait l'objet dans ses conférences cliniques.

La partie de la base du crâne, dit M. Nélaton, formée par la face inférieure de l'apophyse basilaire, par le sommet du rocher et par la face inférieure du corps du sphénoïde, est revêtue d'une couche fibreuse, serrée, qui fournit très souvent une insertion solide aux polypes fibreux qui se développent dans cette région.

Rien n'est plus difficile, lorsqu'on opère ces sortes de tumeurs, que d'enlever la totalité de leur pédicule, lorsque ce pédicule n'est pas assez mince pour pouvoir être arraché par la torsion, ce qui, pour les polypes fibreux, est à beaucoup près le cas le plus fréquent. Et cependant, laisser sans l'enlever une partie, quelque faible qu'elle soit, de la tumeur, c'est s'exposer presque avec certitude à une récidive. Tous les chirurgiens ont pu observer de ces récidives; et, pour mon compte, je n'ai jamais vu un seul opéré qui ait pu y échapper, même quand l'opération avait été faite par les praticiens les plus éminents. La fréquence et la gravité de ces récidives ont été si généralement appréciées que, pour les éviter, plusieurs chirurgiens ont donné le précepte d'enlever avec la tumeur *la portion d'os qui lui fournit une surface d'implantation.* Ce précepte a été mis plusieurs fois en pratique par Flaubert et Dupuytren. Mais il est bien évident qu'il n'a été appliqué que lorsque le polype était implanté sur des os faciles à enlever, et qu'il est complétement inapplicable dans les cas de polypes de la base du crâne. Non-seulement, dans les tumeurs de cette région, il faut renoncer à enlever les os, mais il a été impossible, jusqu'à présent, d'agir directement sur eux, soit par la rugine, soit par les caustiques ou par le cautère actuel, de manière à détruire toutes les racines du mal et à suppléer ainsi à l'impossibilité du procédé conseillé par Dupuytren et beaucoup d'autres.

Quelques chirurgiens, parmi lesquels Ledran et M. Roux, ont cherché à atteindre ce but en pratiquant préalablement la division du voile du palais; mais cette division, quoique rendant la manœuvre plus facile, ne permet cependant d'agir que très incomplétement sur les os.

C'est cette indication importante que je me suis proposé de remplir à l'aide du procédé opératoire dont vous voyez aujourd'hui les premiers résultats, et qui, jusqu'à présent, a complétement répondu aux espérances que nous avions fondées sur lui.

Mais avant de vous faire connaître en détail l'histoire du malade que vous avez sous les yeux, et de vous tracer la description du procédé opératoire mis en usage, il ne sera pas inutile de dire quelques mots de l'opportunité de cette opération, envisagée d'une manière générale.

Au premier abord, il peut paraître un peu aventuré de tenter une opération qui semble assez compliquée et même assez grave, pour guérir un polype des fosses nasales; mais, il faut le dire, cette apparence ne tarde pas à faire place à une réalité toute différente lorsqu'on observe attentivement les faits. Dans les fosses nasales, il y a polypes et polypes. Ceux pour lesquels je propose le nouveau procédé opératoire, malgré leur dénomination, constituent une affection fort gênante d'abord, et qui finit par être funeste plus tard, soit par les hémorrhagies qu'elle produit, soit par les désordres qu'elle finit par entraîner dans diverses fonctions, et particulièrement dans les fonctions respiratoires. Quant à l'opération, elle est beaucoup moins compliquée, beaucoup moins difficile, beaucoup moins douloureuse qu'on ne pourrait le supposer; et quant à sa gravité, tout me fait croire qu'elle doit être assez légère. Voici d'ailleurs la manière dont cette opération doit être pratiquée :

Le malade, assis sur une chaise la face tournée vers le grand jour, et la tête renversée en arrière, est maintenu dans cette position par un aide.

Le chirurgien traverse avec un bistouri droit le voile du palais à la partie moyenne de son bord adhérent, et, une fois la perforation effectuée, prolonge l'incision en bas, de manière à diviser en deux parties égales le voile et la luette.

Ce premier temps de l'opération accompli, l'incision est prolongée en avant jusqu'à la partie moyenne de la voûte palatine, en appuyant fortement le bistouri contre cette voûte, de façon à inciser à la fois la muqueuse et le périoste. A l'extrémité antérieure de cette incision on en pratique une seconde qui lui est perpendiculaire, et qui forme avec la première un T, dont chaque branche doit avoir environ un centimètre et demi de longueur.

Ces incisions faites, on décolle, à l'aide du crochet mousse d'Astley-Cooper, ou de tout autre instrument analogue, la muqueuse palatine doublée du périoste; ce décollement se fait avec la plus grande facilité, en commençant par les deux angles que forment les incisions en T, jusqu'au bord postérieur de la voûte palatine. Arrivé à ce bord postérieur, la muqueuse palatine se trouve retenue par la muqueuse nasale à laquelle elle se réunit, et l'on est obligé d'inciser celle-ci avec un bistouri, à mesure que le décollement s'opère; ce qui est d'ailleurs très facile, moyennant quelques précautions.

Tous ces temps exécutés, on a deux lambeaux membraneux formés dans leur moitié antérieure par la muqueuse palatine seule, et dans leur moitié postérieure par les deux muqueuses palatine et nasale, dont la réunion et le prolongement forment le voile du palais. On écarte alors ces lambeaux, et l'on se dispose à agir sur les parties osseuses.

A l'aide d'un perforateur ou d'un poinçon quelconque, on perfore la voûte palatine à un centimètre de chaque côté de la ligne médiane et tout près de l'incision transversale antérieure; cette perforation s'exécute avec la plus grande facilité. Lorsqu'elle est effectuée, on introduit dans chaque trou chacune des lames d'une paire de cisailles de Liston de petite dimension, et en fermant l'instrument on réunit les deux trous par une incision.

Ce temps de l'opération une fois accompli, il semblerait qu'il faut maintenant scier ou exciser de chaque côté la partie de la voûte palatine mise à nu; mais il n'en est rien. Le jeu des cisailles, joint à la fragilité naturelle des os, fait que ces os éclatent toujours à peu près précisément vers les points où il conviendrait de les réséquer; on n'a qu'à les prendre avec une pince et à les détacher de la muqueuse de Schneider, à laquelle ils tiennent très peu. Si quelques fragments angulaires font saillie dans le champ de l'ouverture pratiquée, on les enlève très facilement avec les mors de la pince à pansement.

Lorsque la partie de la voûte mise à nu par le décollement de la muqueuse est enlevée, tantôt la membrane de Schneider reste intacte, tantôt, au moins sur le cadavre, elle est entraînée avec la portion de voûte palatine qu'on enlève. Si elle persiste, il suffit de l'inciser pour mettre à nu la tumeur et le champ de l'opération. On ne saurait s'imaginer, *à priori*, combien il est facile de manœuvrer à travers l'échancrure pratiquée, laquelle pourrait paraître au premier abord insuffisante; ce qu'il y a de certain, c'est qu'une fois cette échancrure effectuée, le regard plonge avec facilité dans toute la profondeur des fosses nasales, et peut inpecter parfaitement tous les points de ces aufractuosités.

Une fois que les yeux peuvent ainsi diriger les instruments, on n'a qu'à enlever la tumeur par les procédés usités.

Chez Engerer, l'opération a été assez longue, à cause des interruptions fréquentes, nécessitées par l'écoulement du sang, écoulement du reste peu abondant, et par la conformation de la tumeur dont le pédicule était plus large que la partie moyenne; mais au demeurant, cette opération a plutôt été désagréable, gênante, que véritablement douloureuse.

Après avoir rapporté les considérations sur lesquelles M. Nélaton fonde l'opportunité de la nouvelle opération qu'il propose, faisons connaître en détail l'histoire du malade chez lequel il a si heureusement appliqué une innovation hardie, et que quelques personnes auraient pu considérer comme téméraire, si elle était venue d'un esprit moins sage que celui du savant chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

Observation. — Engerer (Louis), âgé de seize ans, charpentier, né à Paris, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marthe, nº 6, le 13 décembre 1848.

Il y a environ dix-huit mois que les premiers symptômes d'un polype des fosses nasales se manifestèrent. Ils allèrent en augmentant progressivement d'intensité; et, au bout de quelques mois, les quatre symptômes suivants avaient surtout fixé l'attention du malade :

1° Difficulté de respirer par les fosses nasales, par la gauche notamment; bruit de ronflement pendant le sommeil;

2° Douleur au palais pendant la déglutition;

3° Voix et parole modifiées, nasillardes;

4° Enfin, céphalalgie frontale.

Précédemment, le jeune Engerer n'avait offert rien de spécial; toutefois, il accuse avoir eu, il y a plusieurs années, une otorrhée double assez rebelle et qui finit par céder à des injections; de plus, il était sujet aux douleurs de tête.

Ce fut seulement huit jours avant d'entrer à l'hôpital que les hémorrhagies commencèrent, et, pendant ces huit jours, il y en eut une chaque jour. Toutes eurent une certaine importance; mais la dernière, celle qui le força d'entrer à l'hôpital, fut de toutes la plus abondante; le malade affirme avoir perdu un litre et demi de sang.

Le 13 décembre, le malade est pâle, anémique; sa figure exprime un sentiment de frayeur et de faiblesse; céphalalgie frontale très vive; respiration impossible par les fosses nasales, bruyante, même à l'état de veille, quoique beaucoup moins que pendant le sommeil; déglutition très difficile; il ne peut avaler que les liquides et les potages, tant est grande la douleur qui se fait sentir au voile du palais et à l'extrémité supérieure du pharynx pendant les mouvements de déglutition.

La nuit du 13 au 14, une nouvelle hémorrhagie survint pendant le sommeil; le malade perdit douze pleins crachoirs de sang en partie liquide et en partie coagulé sous forme de gros caillots.

Le lendemain, il y eut encore un léger écoulement sanguin, mais qui fut beaucoup moins considérable que les précédents.

Cependant, le malade s'affaiblissant rapidement et les hémorrhagies résistant à toutes les ressources de l'art (applications froides et astringentes, tamponnement, révulsifs, position élevée de la tête) et menaçant les jours du malade, M. Nélaton se décide à pratiquer l'ablation de la tumeur d'après le procédé qui vient d'être décrit.

L'opération est faite le 27 décembre.

Le 28, la muqueuse de la voûte et du voile du palais est réunie par première intention; on la divise avec un stylet.

Le lendemain, elle se réunit encore; on la divise de nouveau.

Le 30, le malade, qui s'était trouvé parfaitement bien et qui avait à peine de la fièvre, est pris d'une vive douleur à la région précordiale; la respiration devient excessivement anxieuse pendant un quart d'heure environ et se calme ensuite en partie; elle reste médiocrement gênée.

Le 31, frissons à cinq heures du matin; fièvre, douleur modérée au niveau du sein gauche, augmentée par les mouvements; bruit de frottement, matité dans une étendue à peu près normale. Pouls régulier. M. Grisolle constate tous les signes de la péricardite. — Six ventouses scarifiées sur la région précordiale. Poudre de digitale, 0,15. Tisane émolliente. Diète.

Le 1er janvier, battements du cœur réguliers, un peu profonds; bruit de frottement (sorte de lapement) le long du bord gauche du sternum, rendant les deux bruits normaux plus difficiles à percevoir, mais ne les masquant pas entièrement; légère matité sans voussure sensible; pouls régulier, à peine fréquent, sans petitesse; chaleur modérée, pâleur chlorotique, bruit de souffle dans les carotides. Absence d'anxiété.

Aucun accident du côté des parties intéressées dans l'opération. — Même prescription.

Le 3, depuis hier amélioration ; très peu de fièvre ; le bruit de lapement a fait place à un frottement doux à l'oreille, dont le siége est le même et qui est très peu étendu. Légère diarrhée. — Potage.

Le 5, bruits du cœur superficiels, réguliers comme le pouls ; sans fièvre.

A partir de ce moment, la convalescence a marché franchement et rapidement ; aucun nouvel accident ne s'est montré. Pendant la durée de ceux qui précèdent comme pendant la convalescence, on n'a rien fait en vue de traiter la maladie qui a nécessité l'opération.

Le 15, le malade se retrouvant dans de bonnes conditions, ayant repris de l'embonpoint, étant même moins pâle qu'avant l'opération, quoique présentant toujours le souffle carotidien, on commença à pratiquer des cautérisations énergiques avec le caustique de Vienne solidifié sur la surface d'implantation du polype. Depuis ce jour jusqu'au 5 février dix cautérisations ont été faites. Elles étaient peu douloureuses, et pouvaient se faire avec une extrême facilité par l'ouverture pratiquée sur le voile du palais et la voûte palatine. Cette large échancrure, en effet, permettait de voir et de toucher non-seulement l'extrémité supérieure du pharynx, mais encore le bord postérieur de la cloison et l'extrémité postérieure des cornets.

Le 12 février, quoique le caustique de Vienne paraisse bien avoir porté son action sur les parties osseuses, M. Nélaton cependant, voulant plutôt détruire trop que trop peu, pratique une onzième et profonde cautérisation, en ayant soin de protéger les bords de l'ouverture artificielle avec les manches de deux cuillers. Malgré cette précaution, le bord droit de cette ouverture est légèrement touché ; mais cet accident n'a aucune suite.

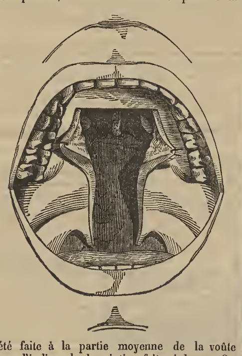
Le 27. Aujourd'hui que l'eschare pelliculeuse qui en résulte est complétement détachée, il est fort difficile de s'apercevoir qu'il y a eu déperdition de substance sur la base du crâne.

Le 15 mars, le malade va parfaitement bien ; afin d'observer attentivement ce qui se passe à la surface d'implantation du polype, M. Nélaton n'a pas encore voulu tenter la réunion des lambeaux de la plaie, qui du reste depuis quelques jours se sont réunis spontanément dans toute l'étendue de l'incision transversale et dans le centimètre antérieur de l'incision antéro-postérieure. Aucun travail morbide d'ailleurs ne s'effectue sur le théâtre de l'opération.

M. Nélaton nous a fait observer sur ce malade un phénomène physiologique des plus intéressants, relatif à la déglutition. Nous en ferons l'objet d'une note particulière, lorsque la cicatrisation du voile du palais nous aura permis d'en observer mieux la véritable signification. Ce phénomène se trouve d'ailleurs indiqué dans le *Traité de Physiologie* que publie en ce moment M. le professeur Bérard.

Nous avons cherché à représenter dans la figure suivante le champ de l'opération. Mais l'exécution du dessin offre des difficultés telles, que quelques explications seront nécessaires pour l'intelligence de la figure que nous donnons. Ces difficultés viennent de ce que, pour bien voir le champ de l'opération, il faut se placer sous deux angles visuels différents, et que le dessin ne peut représenter qu'un seul plan : tantôt, en effet, l'opérateur regarde la voûte palatine et la base du crâne ; tantôt, au contraire, la partie supérieure du pharynx.

Ces explications posées, il sera facile de comprendre la figure qui présente quelques défauts de perspective devenus nécessaires pour représenter dans un seul plan ce qu'on ne voit réellement que dans deux plans différents. Ainsi, quoiqu'il y ait un très petit espace apparent entre l'incision transversale et les dents supérieures, cette incision a réellement été faite à la partie moyenne de la voûte palatine, ainsi que l'indique la description faite ci-dessus. On a aussi été obligé, pour montrer la division de la luette, de ne pas faire voir les lambeaux trop en raccourci, c'est-à-dire trop tirés en dehors de la ligne médiane, ce qui rétrécit l'ouverture pratiquée à la voûte du palais, laquelle est réellement plus large sur le vivant qu'on ne l'a représentée ici ; car, d'après l'ouverture qu'on voit sur la figure, on serait disposé à croire que la manœuvre opératoire n'est pas aussi facile que nous l'avons dit.



Une particularité qu'il n'est pas inutile de faire observer, c'est l'épaisseur de la muqueuse palatine, épaisseur qui se trouve parfaitement représentée dans le dessin, et qui rend compte de la tendance extrême qu'a cette muqueuse à revenir sur elle-même, de la tendance par conséquent qu'ont les lambeaux à se mettre en contact et à se cicatriser, même en l'absence de toute suture et contre la volonté du même chirurgien.

Cette circonstance donne à peu près la certitude que la réunion des parties divisées sera obtenue dès qu'on essaiera de la provoquer.

A la partie inférieure de la figure se trouvent indiquées seulement les dents du maxillaire inférieur et une portion de la langue, afin de bien indiquer la situation de la bouche ; mais on comprendra facilement que ces organes ne se voient pas pendant l'opération, puisqu'alors la tête est complétement renversée en arrière, et qu'on la regarde presque perpendiculairement à la base du crâne.

Les cornets inférieurs ne sont qu'indiqués vers les angles supérieurs de la solution de continuité ; mais ils se voient parfaitement dans toute leur étendue sur la nature.

Source du sucre dans l'économie animale ;

Par M. Bernard.

L'auteur, après avoir rappelé succinctement les diverses espèces de sucre et les conditions chimiques dans lesquelles ce principe se forme à l'air libre par la réaction de matières non vivantes, rend compte de la manière suivante des expériences qu'il a entreprises pour déterminer comment ce sucre se forme dans l'économie animale.

Première série d'expériences. — On a observé que pendant la digestion d'une matière saccarine ou amylacée le sang contient du sucre, et l'on en a conclu que le sucre est fourni par les aliments. Ce résultat de l'expérience, pris en lui-même, est exact ; mais l'expérience est incomplète, et par conséquent la conclusion est fausse, ainsi qu'on va le voir.

Première expérience. — J'ai injecté 30 grains d'amidon, dissous dans une pinte d'eau, dans l'estomac d'un lapin qui avait été nourri de carottes et d'avoine. Cinq heures après, l'animal a été tué, et 30 grains de sang ont été recueillis dans le cœur. Après la coagulation, le sucre a été très facilement retrouvé dans le sérum. L'estomac et les intestins contenaient aussi du sucre produit par les carottes et la transformation de la farine.

Deuxième expérience. — Je fis tuer un fort chien cinq heures après qu'il avait mangé 300 grains de gelée d'amidon. Le sérum du sang recueilli dans le cœur contenait une quantité notable de sucre. Les matières de l'estomac étaient acides, et ne renfermaient aucune partie sucrée ; celles des intestins étaient alcalines et fortement saccarines.

Troisième expérience. — Un chien qui avait mangé une tête de mouton fut tué sept heures après. On trouva très positivement du sucre dans le sérum du sang, mais on n'en trouva pas du tout dans le canal intestinal.

Quatrième expérience. — On tua un chien qui avait jeuné pendant deux jours, et l'on trouva du sucre dans le sérum.

Ces expériences ont été répétées plusieurs fois, et ont toujours présenté les mêmes résultats. Un fait est donc bien positivement établi, c'est que le sucre se trouve constamment dans le sang des animaux, quelle qu'ait été leur nourriture.

Seconde série d'expériences. — D'où provient le sucre lorsque les animaux ont été nourris de viande, et lorsqu'ils ont été soumis à une diète de deux jours avant leur mort ? Telle est la question pour la solution de laquelle de nouvelles expériences étaient nécessaires.

Première expérience. — Un chien grand et fort ayant été tué sept heures après un copieux repas composé de viande assaisonnée et d'os, la digestion fut trouvée en pleine opération. J'ai recueilli ; 1° un peu de sang à la jonction de la veine splénique avec la veine-porte ; 2° un peu de chyle du canal thoracique ; 3° du sang pris dans les cavités du cœur. J'ai séparé soigneusement les matières provenant de l'estomac et des intestins, et, dans chacune séparément, j'ai reconnu le sucre ; j'ai, en outre, constaté les résultats suivants :

1° Les matières alimentaires de l'estomac et des petits intestins avaient une réaction acide, et ne présentaient aucun indice de la présence du sucre.

2° Le sérum laiteux produit par la coagulation du chyle était aussi dépourvu de sucre.

3° Après la coagulation du sang de la veine-porte, le sérum en était légèrement opalin et alcalin. J'y ai positivement reconnu la présence d'une forte quantité de sucre.

4° Le sang du cœur présentait aussi du sucre, mais moins abondamment.

L'expérience a été répétée plusieurs fois et toujours avec le même résultat, mais sans qu'il me fût possible de comprendre comment il se faisait que le sang de la veine-porte contînt une si grande quantité de sucre, tandis qu'il ne s'en trouvait pas dans les petits intestins. Pour tâcher de le découvrir, j'ai procédé de la façon suivante. Ayant tué un chien que l'on avait alimenté quelques heures avant avec des substances dénuées de sucre et de fécule, j'ai ouvert la cavité abdominale, et j'ai posé des ligatures : 1° sur les branches des veines mésentériques qui avoisinent les petits intestins ; 2° sur les veines spléniques qui avoisinent la rate ; 3° sur les veines pancréatiques ; 4° sur le tronc de la veine-porte, lorsqu'elle entre dans le foie.

J'ai ensuite recueilli du sang de chacun de ces organes, et je l'ai examiné. 1° Il n'y avait pas de sucre dans le sang des intestins, ni dans les matières qu'ils contenaient ; 2° il n'y avait pas de sucre dans le sang des veines splénique et pancréatique ; 3° le sang de la veine-porte contenait une grande quantité de sucre, ainsi que le tissu du foie.

Il est donc prouvé par ces expériences que le foie est la source de la matière saccarine. Mais on se demande comment il se fait qu'on trouve le sucre dans les veines portales ; car, en supposant qu'il se forme dans les glandules des glandes hépatiques, il devrait être emporté dans la circulation générale par les veines hépatiques, et non pas reflué dans les branches portales. Ce reflux est, à mon avis, facile à comprendre ; car, dans le fait, la circulation dans la porte s'effectue principalement par la pression des *parois abdominales* pendant la vie. Si donc la pression est déplacée par l'ouverture de l'abdomen, il y aura immédiatement un reflux par l'absence de valvules dans le système portal.

Afin que d'autres puissent confirmer ou réfuter les résultats importants auxquels nous sommes arrivé, nous allons décrire les moyens dont nous avons fait usage dans nos investigations.

Preuve que le sucre existe dans le foie même :

Il faut piler une portion de foie dans un mortier, puis la faire bouillir dans une petite quantité d'eau que l'on filtrera ensuite. Le liquide filtré possède toutes les propriétés d'un fluide saccarin. Il devient plus noir si on le fait bouillir avec une liqueur potassée, et il réduit le double tartrate de potasse et de cuivre. Si l'on y ajoute à une certaine température du yeast, la fermentation s'ensuit ; si le fluide est distillé après la fermentation, on obtient de l'alcool. On a essayé d'obtenir du sucre en substance en opérant sur une partie plus considérable du foie ; mais, quoiqu'on ait obtenu un fluide ayant la consistance du sirop, on n'a pas pu arriver à la cristallisation.

C'est chose fort simple que de reconnaître le sucre dans le sang ; il faut laisser le sang se coaguler ; puis on renferme le sérum dans un tube à ampoule ; on y ajoute un seizième de tartrate de cuivre et de potasse ; on fait bouillir jusqu'à ce que la partie saline soit réduite en proportion de la partie sucrée. Par ce moyen, on retrouvera jusqu'aux moindres traces de la matière saccarine. Mais, dans cette épreuve comme dans celle faite au moyen de la fermentation, il est nécessaire d'opérer sur le sérum pendant qu'il est frais, parce que le sucre se décompose très rapidement.

Maintenant, d'où provient le sucre que nous avons constaté dans le foie des animaux ?

On peut faire deux suppositions : c'est qu'il provient directement d'une transformation de certains éléments du foie, ou qu'il vient des aliments. On peut dire encore que les bêtes qui avaient été nourries exclusivement de chair, comme celles qu'on avait mises à la diète, pouvaient avoir mangé de la fécule ou des substances saccarines les jours précédents, et que le sucre qui en était résulté s'était accumulé dans le foie ; on pourrait même ajouter à l'appui de cette opinion, qu'il est reconnu que le foie conserve l'arsenic et d'autres poisons pendant très longtemps. Sans nier positivement cette opinion, les expériences suivantes sembleraient la contredire.

Première expérience. — Un fort chien fut mis à la diète pendant huit jours, puis nourri abondamment de viande assaisonnée durant onze jours. On le tua ensuite. Le sang contenait beaucoup de sucre. Cette expérience fut répétée plusieurs fois, et certes il paraît probable que la nourriture donnée précédemment aurait dû être chassée par le régime qui avait été observé pendant dix-neuf jours.

Deuxième expérience. — Un lapin que l'on avait nourri de carottes fut soumis à la division des nerfs pneumogastriques, et mourut dix-sept heures après. On ne trouva de sucre ni dans le sang, ni dans le foie. Les mêmes résultats furent obtenus chaque fois qu'on recommença l'expérience, et toujours la bile, qui d'ordinaire est alcaline, avait positivemsnt une réaction acide. Cet effet de la division des nerfs pneumogastriques est remarquable. J'ajouterai, comme preuve que le sucre existe indépendant de la nourriture, que je l'ai trouvé en grande quantité dans un fœtus de veau. De tous les faits ci-dessus énoncés, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Le sucre diabétique est un principe normal dans le sang et le foie des animaux.

2° La formation du sucre s'opère dans le foie, indépendamment de toute nourriture saccarine ou féculente.

3° Cette formation du sucre commence avant la naissance.

4° Elle est liée à un état d'intégrité des nerfs pneumogastriques.

(*Dublin Medical Press.*)

Nouveau cas de mort à la suite de l'emploi du chloroforme.

Nous pensions que le rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Lyon* se serait donné la peine de relever les accusations que le rapporteur de la commission du chloroforme a été obligé de lui adresser pour soutenir le système consacré par l'Académie. Nous ne savons quelles raisons ont pu engager M. Barrier à garder le silence. Sa réponse n'était pourtant pas bien difficile. M. Malgaigne l'accuse d'avoir asphyxié son malade, ni plus, ni moins, et d'avoir, en un mot, manqué à tous les préceptes établis sur une saine expérience pour procéder sans danger à l'éthérisation. Nous n'avons nullement l'intention de suppléer au silence de M. Barrier ; les objections qu'on lui a adressées et celles qu'on adressera à tous ceux qui auront le même malheur que lui ont été prévues par nous ; nous en avons d'avance apprécié la véritable valeur. Cependant, nous insisterons sur deux points qui nous paraissent dignes de remarque, et qui montreront jusqu'à quelles extrémités l'on peut être entraîné lorsqu'on se décide à soutenir contre vents et marée une opinion systématique.

1° On reproche à M. Barrier d'avoir asphyxié son malade ; et M. Barrier s'est servi pour éthériser ce malade d'une sorte de voile, à travers les mailles duquel l'air passait très facilement, et qui, de plus, avait servi, sans donner lieu à aucun accident, dans une foule d'autres cas.

2° Peut-on sérieusement reprocher à un homme comme M. Barrier de n'avoir pas su mettre en pratique les véritables principes de l'éthérisation ? Et si ce reproche était sérieux, qu'en résulterait-il ? C'est que l'immense majorité des praticiens devrait renoncer à l'usage du chloroforme ; car, lorsque l'exécution d'un procédé opératoire est difficile à tel point qu'un homme qui a étudié son art avec le plus de succès, qui a été un interne distingué des hôpitaux de Paris, qui est chirurgien en chef d'un grand hôpital, ne peut être certain d'exécuter ce procédé suivant toutes les règles, quelle sécurité pourrait avoir un praticien ordinaire, qui ne pourrait offrir toutes ces garanties, en présence d'un malheur ?

Nous avons toujours eu peu de goût pour les moyens que des mains privilégiées peuvent seules manier ; car ces procédés, fussent-ils bons, ne peuvent jamais être que d'une très minime utilité ; mais nous avons moins de goût encore pour les raisonnements forcés qui cherchent à mettre sur le compte de praticiens instruits des accidents inhérents à une méthode, surtout lorsque l'aveu loyal de la vérité ne pourrait en aucune façon nuire à cette méthode, mais au contraire la faire apprécier à sa juste valeur, et même prévenir un certain nombre de malheurs semblables.

Quant à nous, sans dévier de la ligne impartiale que nous avons suivie jusqu'à présent et sans cesser de nous montrer partisan du chloroforme dans les seuls cas où il est réellement indiqué et que nous avons spécifiés en temps opportun, nous publierons scrupuleusement tous les cas qui peuvent montrer les dangers de l'éthérisation, parce que nous pensons que c'est le seul moyen de faire qu'on en use, mais qu'on n'en abuse pas.

Observation. — Un ouvrier maçon, âgé de trente-six ans, avait eu le gros orteil écrasé par la roue d'une charrette. — Cet individu était malade depuis cinq semaines au Western Dispensary lorsqu'on s'aperçut que la gangrène avait gagné la plaie. Il fut décidé que

l'on procéderait le jour suivant à l'amputation de l'orteil. Sur la demande du patient, l'opération fut précédée d'une inhalation de chloroforme. Une demi-once (1) de l'agent anesthésique fut versée sur un mouchoir et appliquée sur la bouche et sous les narines du patient. On s'était assuré préalablement que le sujet n'était affecté d'aucune maladie thoracique. Cette première dose n'ayant produit que de l'agitation, on envoya chercher une seconde demi-once de chloroforme. Pendant ce temps, le malade se remit entièrement des effets de la première inhalation. La seconde dose fut appliquée ; après deux ou trois minutes d'agitation, l'insensibilité eut lieu, et la respiration, qui avait été d'abord précipitée, devint lente et stertoreuse ; paupières frémissantes à l'approche d'un objet quelconque ; pupilles dilatées ; pouls 70 et assez fort. L'opération ne dura pas plus de deux minutes. Quand elle fut terminée, on ne put pas faire sortir de sang des artères. La respiration devint par degrés plus lente et moins pleine. La pâleur et le froid de la mort se répandirent sur tout le corps. Le pouls cessa bientôt de battre. Quelques inspirations suivirent encore après la cessation du pouls. Il s'était passé dix minutes en tout depuis l'inhalation du chloroforme.

En présence de ces symptômes alarmants, on ouvrit porte et fenêtres pour amener de l'air dans la chambre ; on ingéra dans le gosier du malade quelques gouttes d'eau-de-vie ; on lui aspergea la figure d'eau froide, et on lui mit des boules d'eau chaude aux pieds. Ces moyens n'ayant amené aucun résultat, on eut recours à la respiration artificielle, que l'on continua vainement pendant plus d'une heure. Tous les efforts pour le rappeler à la vie furent inutiles. Après trois à quatre heures, la rigidité cadavérique eut lieu, mais ne dura pas longtemps.

Autopsie. — Elle fut faite en présence du coroner par M. Nunn, le docteur Arlidge, M. W. Brown et autres. Voici le résultat de cet examen :

Le corps est celui d'un homme grand et vigoureusement constitué, accusant plus de trente-six ans. La rigidité cadavérique est dissipée ; on ne sent aucune odeur de chloroforme ni de décomposition commençante. La surface du corps est généralement pâle. Point de mucosité sortant de la bouche ou du nez. Les parois abdominales sont très musculeuses ; les intestins pleins de gaz ; les petits intestins superficiels congestionnés et laissant apercevoir les ramifications des vaisseaux dans leurs tuniques. La congestion des parties inférieures est encore plus marquée et de la couleur de vin de Porto. Estomac vide, le sujet n'ayant déjeuné le jour de sa mort qu'avec un peu de pain et de lait. L'inhalation de chloroforme n'avait causé aucun malaise d'estomac. Les veines de l'estomac sont fortement distendues par le sang ; cette distension se remarque surtout à la partie intérieure, qui est d'un gris rougeâtre, la partie rouge étant au niveau des vaisseaux engorgés. Le foie est gros, ferme, et cependant se déchire facilement sous la pression ; il est d'une couleur foncée et rempli de sang veineux ; la vésicule du fiel ne contient que peu de bile ; la structure des reins est saine, mais d'une couleur de sang noir : ils sont congestionnés ; la rate est foncée, congestionnée et friable ; la vessie ne contient que peu d'urine.

A l'examen de la poitrine, on a trouvé les poumons très développés, distendus, d'une teinte noire-veineuse et pleins de sang ; une grande quantité de sang s'en est échappée quand on les a ouverts ; ils étaient cependant crépitants et sains, à l'exception de quelques taches noirâtres et de quelques adhérences morbides.

A l'ouverture des bronches et de la trachée, la membrane muqueuse présente une apparence de congestion et a la couleur du vin de Porto ; cette couleur foncée est plus remarquable encore dans les petites divisions des bronches. Les bronches contenaient aussi une petite quantité d'écume muqueuse légèrement colorée de sang. Les corps thyroïdes étaient très développés et pleins de sang. Le sang était répandu dans la cavité thoracique. Le cœur est gros, mais flasque et affaissé. Les parois des ventricules sont minces relativement à leur volume ; les oreillettes sont vides ; le ventricule droit contient une once environ de sang semi-fluide ; une quantité à peu près égale de sang mélangé de sang veineux a été trouvée dans le ventricule gauche. La membrane interne du cœur est d'une couleur foncée par l'injection. Toutes les valvules sont saines et entières. On rencontre au commencement de l'aorte et des gros vaisseaux quelques petites taches d'un dépôt athéromateux commençant.

A l'ouverture du crâne, il ne s'est échappé tout au plus qu'une demi-once de sang veineux, et à l'enlèvement de la dure-mère une once et demie. Les sinus et les veines qui s'y ouvrent ne contenaient qu'une petite quantité de sang. Les vaisseaux de la pie-mère étaient en quelque façon congestionnés, les circonvolutions cérébrales petites. La matière grise n'avait pas changé de couleur. La même plénitude partielle rencontrée dans les vaisseaux des méninges se retrouve dans le cervelet et la moelle allongée sans autre apparence morbide. La masse cérébrale divisée laisse voir quelques points piquetés rouges.

Il résulte évidemment, dit le rédacteur du journal, de tous ces renseignements que la mort a été causée par le chloroforme, mais que cet agent a été administré avec prudence et qu'on n'a négligé aucune précaution pour prévenir ce fatal résultat. Le jury, après une courte délibération, a rendu le verdict qui suit :

« Le décédé Samuel Bennett est mort du chloroforme convenablement administré. »

Les parents ont déclaré que trois ans auparavant cet individu avait fait une chute de la hauteur de 50 pieds ; qu'il en était résulté une blessure à la tête accompagnée de délire et d'érysipèle, mais que depuis ce moment il avait joui d'une très bonne santé.

(1) La demi-once anglaise équivaut à 12 grammes environ.

Influence des diverses phases lunaires sur les facultés génératrices des animaux.

On n'a jamais peut-être étudié avec autant de soin que de nos jours la physiologie et la pathologie comparées, qui peuvent jeter un si grand jour sur la physiologie et la pathologie humaine. Le *Recueil de Médecine vétérinaire* est l'écho fidèle des travaux consciencieux des médecins hippiâtres, et renferme souvent des observations qui sont d'un vif intérêt pour nous. Celles que nous allons rapporter auraient tout à fait ce caractère si elles étaient plus précises ; mais telles qu'elles sont, et avec les réflexions dont le rédacteur les accompagne, elles auront encore un assez grand mérite.

L'influence que la lune exerce sur les êtres peuplant notre planète a été agitée dès la plus haute antiquité ; de nos jours, la question est loin d'être résolue. A côté des incrédules qui forment la majorité, quelques hommes éminents n'en persistent pas moins à attribuer à la lune un effet *biodynamique*. Ils émettent la conviction que certains états morbides, quelques fonctions, et principalement celles de la génération, sont subordonnées aux diverses phases lunaires. M. Numan (1) a cherché à élucider le dernier membre de la question ; ses observations, continuées pendant une série de treize années, ont porté sur l'espèce ovine et bovine.

Sturm attribue à la lune une grande influence sur les fonctions de la génération chez le mouton. « Lorsque l'exercice de ces fonctions » est abandonné à la nature, dit-il, le besoin du rapprochement des » sexes commence à se faire sentir au mois d'août, quelquefois plus » tôt, et il persiste jusqu'en novembre. L'observation attentive et » suivie démontre constamment que les brebis sont en chaleur à » l'époque de la pleine lune ; cette période n'est cependant pas in» variable ; elle peut avancer ou retarder de quelques jours. Il » résulte de cette remarque que c'est le moment de lâcher les hé» liers dans le troupeau, et de leur donner une abondante nour» riture. »

Une assertion aussi positive engagea M. Numan à vérifier ce qu'elle pouvait avoir de fondé. De 1833 à 1845, il tint des annotations exactes sur la date de la saillie de 1,577 brebis. Les chaleurs utérines se déclarèrent chez 903 femelles entre la nouvelle et la pleine lune ; le nombre de celles qui ressentirent l'excitation vénérienne pendant la décroissance de cet astre fut de 674. Le chiffre des saillies augmentait considérablement au début du premier quartier jusques et y compris les quatre premiers jours de la pleine lune. Si l'on ajoute que de l'année 1841 au 22 novembre 1845 le chiffre des accouplements s'élève à plus de la moitié du total général, on pourra conclure :

1° Que les chaleurs utérines se déclarent chez un plus grand nombre de brebis pendant les phases ascendantes que durant les phases décroissantes de la lune ;

2° Qu'elles sont le plus prononcées du commencement du premier quartier à la pleine lune et peu de jours après ;

3° Que l'assertion de Sturm n'est pas tout à fait dénuée de fondement.

Les résultats fournis par 123 vaches et recueillis pendant une période de dix années viennent à l'appui de ces conclusions.

M. Numan ne se fait pas illusion sur ces données statistiques ; il n'ignore pas que diverses circonstances hygiéniques et climatériques sont susceptibles d'accélérer ou de retarder l'époque des chaleurs utérines. Il donne les faits tels qu'il les a observés sans vouloir expliquer par des hypothèses le lien biodynamique ou cosmique qui unit notre planète à la lune, et l'influence invisible que ce satellite est susceptible d'exercer sur les êtres qui habitent la terre.

Dans les climats tropicaux, où la lumière lunaire est beaucoup plus intenses ses effets sur l'économie animale ne font pas l'objet d'un doute pour plusieurs médecins et naturalistes. Sous la zone tempérée, l'opinion que la lumière de la lune nuit à l'espèce chevaline n'est pas de date récente ; les hippiâtres grecs l'avaient recueillie et consignée ; les anciens Italiens l'ont reproduite par l'expression de *cavallo alunado*, correspondant à notre *cheval lunatique*, au *mondblind* des Allemands, au *maanblind* des Hollandais, ou *lunatic blindness* des Anglais, au *maanesyg* des Scandinaves. Cette dénomination si unanime témoigne du rôle assigné à la lune dans la production de l'ophthalmie périodique, et montre que de temps immémorial, chez tous les peuples, les phénomènes périodiques étaient mis en rapport avec les phases lunaires.

Un voyageur moderne, Tschudi, rapporte avoir rencontré les mêmes croyances au Pérou. Il cite, comme un phénomène fort extraordinaire le fait des chevaux en sueur dessellés dans les montagnes, au clair de la lune, et qui le lendemain présentent sur le dos une forte tumeur, laquelle ne tarde pas à prendre un mauvais caractère. Les Péruviens désignent ces chevaux sous le nom de *cavallos alunados*.

(1) *Over den invloed der maan in hare verschillende standen op het voortelings vermogen der dieren. Nederlandsche Instituut*, 1846.

Nouvelles du choléra.

Le choléra sévit en ce moment avec violence à Lallaing (Nord). Le maire et le sous-préfet rivalisent d'efforts pour combattre ce terrible fléau.

— Le choléra a fait d'assez nombreuses victimes dans la commune de Fréthun (Pas-de-Calais). On compte quinze personnes mortes de cette cruelle maladie.

NOUVELLES.

M. Donné, révoqué de ses fonctions d'inspecteur des écoles de médecine après les événements de février, vient de recevoir le titre d'inspecteur honoraire.

— M. le docteur Jules Roux, chirurgien en chef de la marine à Cherbourg, est envoyé à Toulon, où il avait déjà professé l'anatomie et la physiologie. M. Jules Roux va dans l'Ecole de médecine navale de ce dernier port enseigner la médecine opératoire et la pathologie externe.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 20 MARS 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 33.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 19 MARS 1849.

Marche du choléra.

Rien jusqu'à présent n'est encore de nature à modifier les prévisions de la science sur les dangers de l'épidémie qui vient de nous envahir. Cependant on doit reconnaître que, si le nombre des personnes atteintes est peu considérable relativement à la population, les cas sont plus graves qu'on ne s'y attendait au premier abord. Ainsi de tous les cholériques, au nombre de huit ou dix, qui, jusqu'à hier dimanche, sont entrés à l'Hôtel-Dieu, un seul est maintenant dans un état à peu près satisfaisant; c'est le premier affecté, qui se trouve dans le service de M. Honoré. Tous les autres sont morts ou dans un état désespéré. Hier au soir il en est entré trois nouveaux, qui sont ce matin dans un état assez grave pour ne laisser que très peu d'espoir.

On a remarqué que le malade de M. Honoré qui n'a point succombé est le seul qui n'ait pas eu de vomissements blancs semblables aux matières alvines; ses vomissements ont toujours été bilieux.

Le nombre des malades traités à la Charité s'élève maintenant à 13, dont 5 se sont développés dans l'hôpital. 2 sont entrés ce matin, lundi, dans un état très grave; tous les autres sont morts, y compris la malade de M. Andral, dont nous avons parlé dans nos derniers numéros.

A l'hôpital de Bon-Secours, 4 cas ont été observés; 3 dans le service de M. Hardy, et 1 dans le service de M. Monneret. Tous les quatre se sont terminés par la mort en 15, 24 et 40 heures.

L'hôpital Saint-Louis a été moins malheureux jusqu'à présent. Sur 7 malades, 3 seulement ont succombé, mais les autres ne sont pas absolument hors de danger.

A la Pitié, il y a eu jusqu'à présent 12 cas environ, dont 6 ou 7 se sont terminés par la mort, et dont les autres sont, pour la plupart, dans un état alarmant.

L'immense population de la Salpêtrière ne compte encore que 10 cas, qui d'ailleurs ont eu une issue funeste.

Au Val-de-Grâce, 3 nouveaux cas ont été observés depuis vendredi matin; cela fait un total de 5, sur lesquels 2 ont succombé; les autres paraissent dans un bon état.

A l'hôpital militaire du Gros-Caillou, il est entré 6 cholériques, dont 3 ont succombé, et les autres succomberont probablement.

Les hôpitaux Necker, Beaujon, du Midi, Lourcine, Cochin, les Enfants-Trouvés et les Enfants-Malades, continuent à être préservés de l'épidémie.

Dans la ville, le nombre des cas est assez considérable pour que, dans deux arrondissements sur lesquels nous avons eu des renseignements exacts, le 2e et le 5e, 14 décès aient déjà eu lieu par le fait du choléra. Dans une des rues de ce dernier arrondissement, nous avons nous-même pu observer 7 cholériques, dont 2, la mère et la fille, âgée de huit à neuf ans, ont succombé en douze heures environ.

L'épidémie continue d'ailleurs à sévir presque exclusivement sur les individus qui se trouvent dans de mauvaises conditions hygiéniques; cependant, quelques cas ont eu lieu dans des conditions tout à fait opposées.

Ce qui semble annoncer encore une légère augmentation de gravité, c'est que, dans quelques-uns des cas qui se sont montrés depuis trois jours, l'invasion de la maladie a eu lieu sans être précédée d'aucun prodrome, ce qui ne s'est observé dans presque aucun des premiers cas.

Les autopsies ont révélé, comme lésions dominantes, l'altération très prononcée des follicules de Brunner et des glandes de Peyer. Ces dernières sont, en général, d'autant plus affectées qu'on se rapproche davantage de la valvule iléo-cœcale, ce qui donne au petit intestin des cholériques une assez grande ressemblance avec celui des typhoïques. A l'exception de deux ou trois cas, le gros intestin a été trouvé sain.

Mais ce qui caractérise essentiellement les cadavres des cholériques, c'est l'altération profonde du sang, qui est noir, épais, liquide, poisseux, offrant des reflets huileux. Cet état du sang a été surtout remarquable dans les autopsies qui ont été faites à l'hôpital de Bon-Secours, par MM. Hardy et Monneret. Ce dernier médecin, qui a, comme on sait, observé le choléra, il y a environ un an, à Constantinople, lui a retrouvé ici absolument les mêmes caractères.

Le traitement continue toujours à être celui que nous avons indiqué au début de l'épidémie; nous sommes forcés d'avouer qu'il serait urgent d'en trouver un plus efficace.

Nouvelle épidémie en Espagne.

Un voyageur qui arrive d'Espagne nous communique quelques détails intéressants sur une terrible maladie qui vient d'éclater dans les montagnes du Guipuzcoa, et qui paraît avoir la plus grande analogie avec l'épidémie qu'on a observée il y quelques mois en Pologne, épidémie désignée sous le nom de *peste noire*. Cette maladie, encore peu connue, et qui menace, par son extrême virulence, de l'emporter sur le choléra, la fièvre jaune et même la peste, c'est la *Clignotte*, ainsi dénommée parce qu'en un clin d'œil le malade est emporté.

A l'invasion de l'affection, d'énormes pustules d'un jaune verdâtre surgissent simultanément au jarret, à l'avant-bras et à la nuque. En quelques heures, chacune de ces tumeurs est devenue un large ulcère pulvérulent d'où s'échappent, avec une odeur infecte, des myriades de corpuscules microscopiques animés qui se répandent comme une lave incandescente sur toute la surface du corps, dont ils soulèvent l'épiderme pour s'y loger. Au bout de trois heures de souffrances atroces, car ces animalcules ont l'âcreté corrosive d'un charbon ardent, le corps du patient, totalement boursouflé, présente l'aspect d'une immense vessie chargée de liquides, et, la fièvre aidant, le malade ne tarde pas à succomber. Deux heures après, le cadavre est complétement putréfié, et l'on se hâte de l'enterrer au plus vite; car, si on négligeait ce soin, les masses d'insectes dont il est littéralement couvert se chargeraient bientôt de le dévorer.

Dans deux villages traversés, il y a quelques jours seulement, par le voyageur en question, et qui comptaient de 4 à 500 habitants chacun, 122 personnes de tout âge et de tout sexe avaient succombé dans les trois jours qui ont suivi l'apparition du fléau.

On attribue généralement cette horrible épidémie aux chaleurs continues qui, depuis près de dix mois, n'ont pas cessé de régner dans toute la partie septentrionale de la Péninsule.

HOPITAL DE GIVET.

Considérations et observations sur l'inflammation du cerveau.

Par M. ABEILLE, MÉDECIN EN CHEF.

Nous recevons d'un de nos honorables correspondants, M. le Dr Abeille, deux observations intéressantes d'affections cérébrales, que cet auteur accompagne de considérations on ne peut plus judicieuses sur les maladies du cerveau en général. Le défaut d'espace nous obligeant à abréger la communication de notre savant confrère, nous nous contenterons d'indiquer ici ces considérations, dans lesquelles l'auteur fait surtout ressortir les contra-

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

La terreur du feuilleton.—Les négociations matrimoniales auxiliaires de la profession médicale.

Le feuilleton serait-il réellement menacé d'un 93? En vérité, il y a de quoi le craindre, et, pour peu que cela dure, le métier de feuilletoniste ne vaudra pas mieux que celui de monarque ou de premier ministre; il vaudra même moins, vu la différence des *honoraires*. Mais, quoi qu'en dise Lhomond dans sa docte grammaire (*nullus contentus est sua sorte*), l'esprit humain est ainsi fait qu'il s'attache d'autant plus à un être ou à une chose que cet être ou cette chose lui causent plus de chagrins, lui font courir plus de dangers. Aussi, aprés tout ce qui nous arrive, sommes-nous moins disposé à abandonner le feuilleton qu'un ministre son portefeuille ou un monarque sa couronne, et, pour éviter toute correspondance du genre de celle qui nous poursuit depuis quinze jours, nous décidons-nous à faire ouvertement la déclaration suivante : Ce rez-dechaussée nous étant octroyé par la volonté du rédacteur en chef, nous ne le quitterons que par la force des baïonnettes ou la désaffection de nos lecteurs.

Cela bien entendu, cher confrère, une première missive dont voici la copie vous fera comprendre le sujet de nos justes alarmes.

Au rédacteur du Courrier du monde médical *de la* Gazette des Hôpitaux.

« Citoyen,

» Je vous prie et je vous serais obligé de vouloir bien faire con-
» naître publiquement le nom de la personne à laquelle vous avez
» fait allusion dans votre dernier feuilleton en parlant de l'infusion
» de bourgeons de sapin.

» Salut et fraternité. »

Ajoutez à la précédente deux autres épîtres d'une facture analogue, mais d'une écriture différente, et vous serez édifié sur les motifs de nos craintes. Toutes les trois sont sans signature; seulement dans les deux dernières, soit par politesse, soit contrairement, on veut bien nous gratifier du titre de *monsieur*.

On peut y réfléchir à deux fois avant de hasarder une réponse à de semblables épîtres, et nous ne rougirons point d'avouer que c'est là ce que nous avons fait; mais, enhardi un peu par le sentiment de notre droit et de nos bonnes intentions, un peu, nous le confesserons, par le succès de notre indiscrétion, nous avons pris un grand parti : nous avons répété le mot d'un grand orateur, et nous avons résolu de faire aux trois honorables anonymes la réponse dont la teneur suit :

Nous avons entendu désigner dans notre feuilleton tous les philanthropes qui vendent quinze francs ou plus des drogues qui valent quinze deniers et moins.

Au moment d'envoyer ces lignes à l'impression, un ami, rompu à la triture des affaires et en qui nous avons toute confiance, nous rassure sur les dangers de notre déclaration. — Les trois poulets que tu as reçus, nous dit-il, ne sont rien moins que trois habiles tentatives de réclame, et de leurs trois auteurs le plus heureux serait celui dont le nom glisserait de ta plume. Quoique tu aies déjà saisi avec une perspicacité dont je te fais compliment la déposition du sieur G..... dans l'affaire Bréa, tu n'es pas encore à la hauteur des progrès de la réclame; hier encore tu t'y es laissé prendre; tiens-toi sur tes gardes.

— D'aucuns soutiennent que la République a ruiné tout le monde, à tel point qu'un de nos spirituels confrères propose de modifier ainsi qu'il suit la devise inscrite sur tous nos édifices : « *Liberté, Egalité, Fraternité et Pauvreté.* » Là-dessus, nous n'avons rien à dire, n'étant ni financier, ni homme d'Etat, pas même représentant. Mais ce que je me hasarderai à avancer, c'est qu'elle (la République) n'a point enrichi les médecins. Aussi beaucoup d'entre eux se sont-ils trouvés dans la nécessité de demander au commerce, à l'industrie ou à toute autre source de produits ce que la médecine ne pouvait leur donner. Quelques-uns, en outre, ont pris ce parti pour ne pas rester sans occupations, et ne pas se faire une habitude du dernier des sept péchés capitaux. Parmi ces derniers, il en est un qui a choisi une spécialité assez lucrative, dit-on, et digne d'être connue.

Je fus appelé, il y a quelques jours, auprès d'un beau célibataire (l'adjectif est loin d'être exagéré) de vingt-neuf à trente ans, jouissant d'une fortune de 60,000 fr., et possesseur d'une place dont les produits s'élèvent de 8 à 12,000 fr. par an, terme moyen. Ce superbe jeune homme était indisposé depuis quelques semaines, quoique d'une manière assez légère. Je pensai qu'un aussi bon client n'avait pu rester si longtemps sans recevoir des soins assidus, et ce que j'eus de plus pressé fut de lui demander s'il n'avait pas déjà consulté un médecin.

— J'ai effectivement consulté, me répondit-il, le médecin ordinaire de ma famille; mais je l'ai remercié de ses bons soins, et mon intention bien arrêtée est de n'avoir de ma vie le moindre rapport avec lui.

— Je désire vivement, Monsieur, ne commettre aucune indiscrétion; mais les égards que nous nous devons entre confrères m'obligent à vous demander, avant d'accepter la marque de confiance dont vous voulez bien m'honorer, si les motifs de la résolution que vous avez prise à l'égard de votre médecin ordinaire sont relatifs à l'exercice de sa profession.

— Oh! nullement; du moins, ajouta-t-il en se reprenant, de sa profession de médecin, car votre confrère a deux professions, si ce n'est davantage, à savoir, celle de médecin et.....

— Ce que vous venez de me dire, Monsieur, me suffit parfaitement, et je n'ai nullement le désir de pousser mes questions plus loin,

— J'apprécie votre discrétion; mais comme vous êtes déjà, sans vous en douter, une de mes vieilles connaissances, attendu que mon ami de R... m'a depuis fort longtemps et très souvent parlé de vous, permettez que je vous raconte en quelques mots ma mésaventure.

— Si vous pensez qu'en l'écoutant ma position ne doive rien avoir d'équivoque, je suis tout à vous.

— Oh! votre position sera parfaitement nette, d'autant plus que je tairai le nom du seul personnage dont la connaissance pourrait, à la rigueur, vous causer quelque embarras.

Ce préambule achevé, mon honorable interlocuteur continua en ces termes :

Je dois vous confesser d'abord qu'il y a quelques semaines, je ne sais trop quel démon me poussant, l'idée m'était venue de borner le cours de mes galanteries, pour parler le langage du Parnasse.

— C'est une idée qui peut venir à tout le monde, et qui ne me paraît avoir rien de bien répréhensible.

— Mais je n'ignorais point que le mariage est une loterie, et je suppose qu'en qualité de médecin vous devez avoir bien des raisons de partager cet avis?

— Je n'ignore point qu'en effet cela a été dit.

— Eh bien! puisque le mariage est une loterie, me suis-je dit, si je dois avoir un mauvais numéro, je ne veux avoir à adresser ni à moi, ni à mes amis, le reproche de l'avoir tiré. Je veux que la loterie soit complète, et que le destin seul soit responsable.

...ictions qui existent entre les différents auteurs, tels que MM. Lallemant, Foville, Andral, Rochoux, Bouillaud, &c., touchant la séméiologie des affections cérébrales. Abordant ensuite d'une manière plus directe ce qui a trait aux symptômes de l'inflammation, M. Abeille s'exprime ainsi :

Ces symptômes ont été rapportés à deux grandes classes : ceux fournis par les fonctions locomotrices, sensitives, intellectuelles et morales, et ceux dits sympathiques ou de réaction.

Les fonctions locomotrices sont augmentées, perverties, diminuées, ou même abolies (paralysie complète), suivant la période et l'étendue de la maladie.

La céphalalgie, l'exaltation de l'intelligence, les douleurs des membres, les contractures musculaires, appartiennent aux symptômes fournis par la sensibilité.

Le délire, qui, d'après M. Rostan, appartient principalement à l'encéphalite, n'existe jamais, d'après M. Lallemant, à moins qu'il n'y ait une complication de méningite.

Parmi les symptômes sympathiques, la circulation, d'après M. Lallemant, n'est point influencée par l'inflammation du cerveau, tandis que, d'après M. Bouillaud, l'état fébrile est toujours plus ou moins marqué dans l'inflammation aiguë.

La digestion n'est que peu on point troublée; à la seconde période, surviennent seulement quelquefois des vomissements. Cette opinion est éminemment contraire à celle professée par Broussais, qui n'admettait pas d'encéphalite d'une durée un peu longue sans inflammation consécutive du tube digestif.

Enfin, M. Bouillaud fait observer que la respiration n'est pas sensiblement altérée dans l'inflammation cérébrale.

Au reste, on comprend que toutes les fonctions puissent, en partie ou en totalité, être perverties, diminuées, par l'influence sympathique de la cérébrite à une certaine période.

Nous avons parcouru rapidement tout ce fatras de symptomatologie, dont peu d'affections sont susceptibles de produire un pareil amoncellement. Eh bien, nous sommes à nous demander si, de tous ces symptômes, il en est un qui soit constant, dominant, et qui, partant, puisse être regardé comme pathognomonique?

La réponse n'est pas difficile. Dans les cas bien tranchés, sans complication aucune, oui, il en existe au moins deux. Dans les cas obscurs ou compliqués, non. Si les maladies se traduisaient toujours par les signes saillants que les auteurs se sont plu à grouper, le diagnostic n'exigerait pas grande peine; mais malheureusement la nature nous échappe souvent à travers des sentiers détournés que nous sommes loin même d'avoir soupçonnés.

Les symptômes de réaction n'ont qu'une valeur secondaire, et ne peuvent servir qu'autant qu'ils concordent avec les signes fonctionnels.

Parmi ces derniers, ceux fournis par la locomotion manquent trop souvent pour qu'on puisse leur accorder une valeur exclusive. L'exaltation comme l'affaissement de l'intelligence peuvent fort bien ne pas exister dans les cérébrites partielles, et ce sont là les cas obscurs. Nous voyons que le délire, admis par les uns, est nié par les autres. Il ne reste donc de positif et d'admis par tous les médecins que les signes fournis par les fonctions sensitives.

Parmi les signes fournis par les fonctions sensitives, nous venons de dire que l'exaltation comme l'affaissement des facultés intellectuelles peuvent manquer. La céphalalgie, au contraire, ne manque jamais. Diffuse dans toute la tête, ou localisée; vague ou circonscrite et fixe; obtuse ou gravative, ou lancinante, elle apparaît toujours, aussi bien dans la cérébrite générale que dans la phlegmasie partielle, autant à l'état aigu qu'à l'état chronique.

Mais ce signe précieux peut perdre une grande partie de sa valeur si une complication plus violente que la cérébrite partielle surgit.

En effet, le propre de plusieurs maladies, des phlegmasies gastro-intestinales, par exemple, est de susciter une céphalalgie plus ou moins forte.

Si donc le malade affecté de cérébrite partielle supporte la céphalalgie causée par cette affection sans se plaindre, ce qui arrive, et qu'un peu plus tard il soit en proie à la complication dont je viens de parler, le médecin portera évidemment toute son attention sur la complication qui masque l'affection principale, et rapportera la céphalalgie à la phlegmasie du tube digestif. Comme la céphalalgie antérieure à la complication n'était accompagnée d'aucun autre symptôme de cérébrite, le médecin le plus expérimenté pourra bien glisser sur la cérébrite pour ne traiter que la complication. Deux exemples que je vais citer bientôt prouveront la justesse de mon assertion.

Parmi les symptômes sympathiques, je vous en signalerai un qui apparaît presque toujours, alors même que les signes fournis par la locomotion manquent, et qui peut servir puissamment à éclairer le diagnostic.

M. Lallemant, comme presque tous les auteurs, admet que les urines n'offrent rien à noter dans les premiers jours de la cérébrite; mais lorsque la période de collapsus est survenue, le réservoir destiné à contenir l'urine se paralyse, etc.

Dans les cérébrites franches et bien dessinées, les périodes sont faciles à distinguer; celle de collapsus se traduit en signes non équivoques. Mais dans les cas obscurs, dans les cérébrites partielles, chroniques, en est-il de même? Non; tout est vague, tout est incertitude. Eh bien! c'est pour ces cas obscurs que la science doit surtout travailler. Ici la période de collapsus n'est souvent pas plus sensible que la période d'irritation, qui l'est si peu, que malade et médecin la laissent passer quelquefois inaperçue. La miction des urines vient fournir une grande lumière, alors que la céphalalgie seule aura pu révéler l'existence d'une de ces cérébrites obscures; alors qu'elle aura pu être attribuée à une autre affection concomitante, la difficulté, l'impossibilité de la miction des urines, en traduisant une paralysie de la vessie, ramène l'attention vers une cérébrite obscure arrivée déjà à la période de collapsus, période qu'aucun autre symptôme ne révèle.

J'ai été à même d'observer plusieurs fois ce fait, et les deux exemples suivants en sont une nouvelle et irréfutable preuve.

Obs. I. — Le 14 février, on apportait à l'hôpital un jeune soldat du 63e de ligne, le nommé Lioré, âgé de vingt-cinq ans, bien constitué, n'ayant jamais été malade jusque-là.

Ce militaire avait continué à faire son service jusqu'au 12 sans se plaindre; ce jour-là, il se présenta à la visite de son chirurgien-major, accusant des envies de vomir, des coliques et de la céphalalgie.

Dispensé de son service, suivant l'usage pour les maladies légères, il garda le lit jusqu'au 14 au matin, où les vomissements devinrent plus fréquents, avec redoublement de douleurs abdominales. Ce fut en cet état qu'il fut dirigé sur l'hôpital, où je le vis à midi. La face était anxieuse; le pouls déprimé, filiforme; les extrémités froides, l'intelligence encore lucide. Ce malade put me raconter le commémoratif tel que je l'ai exposé.

Il accusait de violentes douleurs dans tout l'abdomen, mais surtout à l'épigastre; ces douleurs redoublaient par moments, et lui arrachaient des cris. Il avait une céphalalgie assez intense, s'irradiant par toute la tête, mais plus saillante à la région pariétale gauche; cette céphalalgie, qu'il avait ressentie depuis quelque temps, n'était devenue réellement incommode que depuis qu'il s'était alité. Depuis trois jours, il n'avait pas été à la selle; le ventre, douloureux à la pression, n'était point ballonné; les parois offraient de la roideur. Le malade eut en ma présence un vomissement de matières liquides, de couleur brune et répandant une odeur de matières fécales. La langue, effilée, rouge à la pointe et sur les bords, était couverte au centre et à la base d'une couche de mucus grisâtre. La soif était vive, mais l'appréhension des vomissements faisait abstenir le malade de boire.

Les membres n'offraient ni crampes, ni douleurs, ni contractures. Par moments, Lioré portait ses mains à la tête, se tirait les cheveux et grinçait des dents. Interrogé, il me répondait que c'étaient les douleurs intestinales qui lui faisaient faire ces contorsions. La surface du corps était plutôt refroidie que chaude.

J'eus le tort de ne pas l'interroger sur l'état des voies urinaires, comme je l'avais fait pour les selles; lui-même ne m'en dit pas un mot. En palpant l'abdomen, je ne perçus aucun développement anormal de la vessie; la résistance des parois abdominales m'empêchait de rien sentir.

Après avoir mûrement réfléchi au commémoratif et aux symptômes offerts par le malade en ma présence, je penchais à croire à une invagination ou à un étranglement interne. L'absence du ballonnement du ventre me fit abandonner cette idée, et mon diagnostic fut : entéro-péritonite.

En conséquence, je prescrivis une application de vingt sangsues sur l'abdomen, un lavement chaud, des sinapismes aux membres, une infusion de tilleul et une potion avec 10 centigrammes d'opium, par cuillerées toutes les demi-heures.

A six heures du soir, je revis le malade. La scène avait changé. Il avait eu trois vomissements de même nature que celui que j'avais observé; pas de selle, pas de miction d'urine. Le malade s'agitait dans son lit, grinçait des dents continuellement, portait alternativement les mains du ventre à la tête comme par mouvements automatiques. La parole était perdue, la pupille légèrement dilatée; pas le moindre signe d'intelligence. Le décubitus était latéral droit, la tête renversée en arrière et sortant toujours du lit; le pouls fuyait; la peau était refroidie, les mains livides.

Cette nouvelle phénoménalité ne me parut pas s'accorder entièrement avec une phlegmasie même des plus intenses du péritoine ou des intestins; le ventre restait affaissé et résistant. Je pensais à une complication du côté du cerveau, sans pouvoir la préciser. On le voit, j'avais diagnostiqué la complication et ignoré l'affection première, celle du cerveau.

Cet état me parut désespéré. Je fis appliquer des vésicatoires aux jambes et à la nuque. Le malade expirait le lendemain matin, à six heures.

L'autopsie fut faite trente-six heures après la mort, en présence de M. Guiet, chirurgien-major du 63e.

Autopsie. — *Thorax.* Rien d'anormal dans le cœur, les poumons et les gros vaisseaux.

— J'avoue que je ne découvre pas encore votre procédé.

— Le procédé est bien simple; il ne s'agit ni de la sibylle de Cumes, ni de feue Lenormand : le destin, c'est M. de Foy. Connaissez-vous M. de Foy?

— Je n'ai point cet avantage.

— L'avantage est plus grand que vous ne pensez; c'est un fort beau jeune homme, d'infiniment d'esprit, et qui a dans ses cartons plus d'observations qu'il n'en faudrait pour suffire à vingt volumes de Cervantes, de Molière et de Beaumarchais. Mais ne nous arrêtons pas sur ce sujet. J'allai donc trouver M. de Foy, et je lui exposai brièvement l'objet de ma visite.

Monsieur, lui dis-je, j'ai envie de me marier; mes goûts et mes occupations ne me permettant pas de me chercher moi-même une compagne, c'est à vous que j'ai résolu de confier ce soin. Voici seulement quelques instructions pour vous guider dans vos recherches.

Je veux que ma future n'ait pas plus de vingt-trois ans, ni moins de dix-neuf;

Qu'elle ne soit remarquable ni par sa beauté, ni par sa laideur, ni par sa taille, ni en général par quoi que ce soit; surtout qu'elle n'écrive ni prose, ni vers, excepté pour tenir les livres du ménage;

Qu'elle ait au moins cent mille francs de dot.

Voici six mille francs que nous allons déposer chez notre notaire; ils seront à vous le jour où vous m'aurez trouvé la femme que je demande.

Monsieur, me dit le célèbre négociateur, ce n'est pas exactement ainsi que nous traitons ordinairement les affaires; et pour vous conformer aux règles établies, vous devriez d'abord mettre à ma disposition une partie de ces six mille francs que vous me proposez, afin de m'indemniser des démarches que je vais être obligé de faire pour vous; mais, eu égard à la manière prompte et loyale dont vous traitez les affaires, j'accepte vos conditions, d'autant plus que je crois avoir sous ma main précisément ce que vous me demandez.

A trois semaines de là, et après plusieurs visites chez M. de Foy, je reçus de lui le billet suivant :

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous envoyer ci-joint une lettre d'invitation pour aller demain vendredi passer la soirée chez M. le comte de L.... Parmi les jolies femmes que vous y rencontrerez, je vous prie de vouloir remarquer une jeune personne vêtue d'une robe de gaze blanche et ayant dans ses cheveux deux camélias, l'un blanc et l'autre panaché. Si cette demoiselle a le don de vous plaire, j'aurai trouvé ce que vous m'avez demandé.

Veuillez agréer, etc.

Comme vous le pensez bien, je fus exact au rendez-vous; en arrivant, je trouvai là une jolie cousine à laquelle je rendis mes devoirs, et que je quittai bientôt pour aller me reléguer dans un coin, et inspecter les robes et les coiffures de toutes les invitées à mesure qu'elles entraient.

Je restai ainsi immobile jusqu'à une heure du matin; depuis plus d'une heure personne n'entrait plus, et cependant je n'étais point parvenu à trouver les camélias tant cherchés. Je commençai alors seulement à me croire victime de quelque mystification; pour me consoler, je me dirigeai vers ma jolie cousine et lui proposai une polka. Après quelques mots d'entretien, un brusque mouvement de stupéfaction s'empara de moi : Dieu me pardonne! m'écriais-je, c'est donc vous.....

— Qu'avez-vous donc, Charles, et de quoi parlez-vous?

— Oh! de rien, c'est une réminiscence qui n'a aucun rapport avec ce qui se passe ici; mais je me rappelle que j'ai promis à un de mes amis malade d'aller passer auprès de lui la seconde moitié de la nuit, et si pour me laisser faire une bonne action vous voulez bien me relever de l'engagement que vous avez eu la bonté d'accepter, j'espère me dédommager amplement à la prochaine occasion. Ma cousine se rendit avec sa bonne grâce accoutumée à ma sollicitation, et je me dirigeai comme un trait vers la demeure de M. de Foy.

J'étais décidé à surmonter tous les obstacles pour arriver jusqu'à lui, malgré l'heure avancée de la nuit; mais par le plus heureux hasard, j'arrivai à sa porte comme il rentrait lui-même de soirée.

Vous voudrez bien me pardonner, lui dis-je, le moment étrange de cette visite; mais je sors à l'instant même de chez M. de L...; je n'y ai trouvé qu'une seule personne à laquelle s'appliquât le signalement que vous m'avez donné, et j'ai le plus ardent désir de savoir si c'est effectivement mademoiselle S... que vous me destinez.

— Mais il me semble que cela ne peut faire pour vous l'objet du moindre doute; vous devez me connaître assez maintenant pour savoir que je n'équivoque jamais dans les affaires. Auriez-vous à vous plaindre du choix que j'ai fait?

— Bien au contraire, monsieur; seulement ce mariage est impossible dans les conditions où je me suis placé. Je vous prie seulement de m'accorder une grâce à laquelle je tiens plus que je ne pourrais vous le dire, c'est de me faire connaître le nom de celui qui vous a chargé de négocier un mariage pour mademoiselle S... Il est bien entendu d'ailleurs que, vos engagements étant remplis, le dépôt que j'ai fait chez votre notaire devient dès ce soir votre propriété.

— Monsieur, ce que vous me demandez touche aux intérêts les plus graves de ma profession : vous interrogez pour ainsi dire un prêtre sur le secret du confessionnal; néanmoins, puisque j'ai mérité votre confiance jusqu'à présent, je veux la captiver à jamais en vous révélant un secret que nul autre que vous ne pourrait m'arracher. Sachez donc que personne ne m'a chargé de négocier un mariage pour mademoiselle S...; que c'est au contraire moi qui me trouvais trop heureux de l'avoir découverte pour vous la donner. Quant aux moyens que j'ai employés pour la découvrir, et que j'emploie pour en découvrir beaucoup d'autres qui sont loin de s'en douter, rien de plus simple : je connais des notaires, des avocats, des banquiers, des médecins; tous ces honorables citoyens ont des clientes et même des clients qui ne demandent pas mieux que de se marier. Vous devinez le reste. Mademoiselle S... a pour médecin un fort galant homme, qui serait d'autant plus aise de la marier que, sur les six mille francs que vous avez déposés chez mon notaire, trois seront pour lui. Je fais avec ce médecin environ six mariages par an.

— Le médecin de ma cousine, me dit alors mon nouveau client, était le mien; voilà, monsieur le docteur, pourquoi je vous ai fait appeler. XX.

NOUVELLES.

— On dit que les fortunes réunies des cinq principaux charlatans-médecins de Londres peuvent s'élever à 1 million de livres sterling, soit 25 millions de francs.

— Le révérend Georges Vanburgh, recteur du collége d'Aughton, a légué 1,000 liv. sterl. au dispensaire de Liverpool. Ce même généreux testateur a légué 13,000 liv. à différentes institutions charitables.

— *Cours de médecine opératoire.* — M. le docteur Auzias-Turenne commencera un nouveau cours d'anatomie et de médecine opératoire le 20 mars 1849, à une heure, à l'Ecole pratique.

On s'inscrit, pour répéter les manœuvres, auprès de M. Auzias, à l'Ecole pratique, ou chez lui, 12, rue d'Enfer.

Abdomen. Le péritoine pariétal n'offre aucune trace d'altération morbide. La séreuse intestinale présente sur divers points des circonvolutions des intestins grêles, des plaques rouge-violacé qui paraissent être la continuation de pareilles plaques occupant l'épaisseur de toutes les tuniques.

L'estomac est vide. La muqueuse est recouverte d'une exsudation grisâtre, pultacée, qu'on enlève avec peine; au-dessous de cette exsudation, elle est rouge partout, arborisée en quelques endroits, piquetée dans quelques autres, notamment vers le grand cul-de-sac. Elle offre de nombreuses érosions, elle est épaisse et ramollie; on en enlève des portions entières par le râclage.

Tout l'iléon est plein de matières fécales, ainsi que le gros intestin. La muqueuse, dans cette portion d'intestin grêle, est partout arborisée, rouge; dans une foule de points, on rencontre des plaques larges, violacées qui traversent toutes les tuniques pour s'étendre sur les parties correspondantes de la séreuse, ainsi que je l'ai dit plus haut. Tout le gros intestin est bourré d'excréments; la muqueuse offre de nombreux points d'arborisation et de piqueté rouge, mais pas de plaques violacées comme dans l'intestin grêle.

La vessie, distendue, pleine d'urine, remplit tout le petit bassin. Une portion de l'S du colon, repliée sur le rectum, est pincée entre la vessie et cet intestin. La portion comprimée est d'un rouge livide, et la muqueuse commence à adhérer à elle-même par une exsudation plastique. Cette portion d'intestin aplatie ne permet pas même le passage des liquides, elle est vraiment étranglée.

Cette circonstance m'explique les vomissements répandant une odeur de matières fécales.

Cerveau. Les sinus, les vaisseaux des méninges n'offrent pas d'engorgement sanguin.

La substance cérébrale présente la couleur et la consistance naturelles.

En renversant le cerveau, je trouve toute la face inférieure du cervelet couverte d'une couche de pus jaune-verdâtre, à l'état crémeux et adhérent, difficile à détacher, ne se dissolvant point, et n'ayant laissé aucune tache à la partie correspondante des méninges, qui paraît fort saine.

Je coupe le cerveau par tranches pour arriver dans les ventricules. Je ne remarque ni piqueté rouge, ni changement dans la consistance de la substance cérébrale.

Le ventricule gauche renferme environ une once et demie de pus fluide, bien lié, jaune-verdâtre. Les franges choroïdiennes semblent macérées par ce liquide. Les couches optiques du même côté sont réduites en bouillie, et semblent avoir été le siége du foyer d'où le pus se serait échappé pour fuser dans le ventricule; mais en dehors des couches optiques et de leurs radiations, la substance cérébrale est intacte, et n'offre pas même le moindre piqueté rouge. Le ventricule médian présente quelques gouttes seulement de pus de même nature, sans altération aucune de substance.

Le ventricule droit contient environ une once de pus présentant les mêmes qualités. Les franges choroïdiennes sont macérées, d'un gris cendré, avec perte de substance en quelques points. La corne d'Ammon du même côté est ramollie, mais non réduite en bouillie. Toutes les autres parties sont normales.

Enfin le ventricule du cervelet est presque plein du même pus, sans altération de substance.

La moelle allongée, la moelle épinière, examinées avec soin, ne présentent rien d'anormal, ainsi que les méninges d'enveloppe.

Voilà, à coup sûr, des altérations du cerveau qui ne sont pas le résultat d'un travail morbide de quarante-huit heures. Je n'en veux pour preuve que cette couche de pus concret qui recouvre la face inférieure du cervelet, et qui y adhère comme de la colle.

Ces altérations doivent donc avoir été produites par une cérébrite partielle, chronique, et tellement latente, que le sujet a pu faire son service sans se plaindre jusqu'à trois jours avant sa mort.

Sa fin si prompte ne me paraît pas non plus devoir être le résultat des désordres du cerveau; car bien certainement ces désordres existaient pendant que Lioré faisait encore son service, et existaient au même degré avant qu'il ne gardât le lit.

Reste donc les désordres trouvés dans l'abdomen pour expliquer cette mort, qui, sans eux, aurait pu arriver, mais certainement plus tard.

Un étranglement d'une portion du colon, une gastro-entérite antérieure, ou conséquente de l'étranglement, suffisent pour expliquer ce décès.

Mais il est un point sur lequel je veux insister.

L'étranglement a été produit par la plénitude de la vessie. Cette plénitude de vessie n'a été que le résultat de la paralysie de cet organe; car aucun autre obstacle ne s'opposait à l'écoulement des urines. Or cette plénitude de la vessie devait exister au moins depuis deux ou trois jours, et peut-être plus, à en juger par le point étranglé. Comment se fait-il que ce malade ne se soit jamais plaint, ni à son chirurgien-major, ni à moi, qu'il ne pouvait pas uriner? Sa timidité pourrait-elle l'avoir fait résister aux douleurs que cause d'habitude la plénitude du réservoir urinaire, ou bien, la vessie une fois pleine et distendue, le surplus des urines s'échappait-il goutte à goutte et par régurgitation, et le malade, ayant honte d'avouer cela, l'aura-t-il soigneusement caché?

Le fait est que cette cérébrite partielle, arrivée à suppuration, ne s'est traduite par aucun symptôme existant durant la première période. La céphalalgie, si elle a existé, comme il ne faut point en douter, n'a été ni assez vive, ni assez gênante, puisque le malade continuait son service. Et quant à la période de collapsus, rien encore ne l'a traduite, excepté un signe qui est resté ignoré de tous, et que le malade par honte ou par insouciance n'a pas révélé, la paralysie de la vessie, l'impossibilité d'uriner. Et c'est peut-être cette fatale erreur qui a été la cause de la mort arrivée au moins aussitôt.

Je produis une deuxième observation, où la paralysie de la vessie s'est manifestée dans la période d'irritation alors qu'une céphalalgie lancinante avec coloration de la face révélait, sans autre signe, une cérébrite déclarée.

Obs. II. — Le nommé Camps, jeune soldat au 63e, entré au service depuis trois mois, âgé de 23 ans, était envoyé à l'hôpital le 19 février 1849, pour une céphalalgie violente au sommet de la tête. Ce militaire, doué d'une excellente constitution, porte des cicatrices de vésicatoires aux jambes. Il nous déclare avoir fait une maladie grave il y a quelques années. D'après ce qu'il nous raconte, je crois qu'il a eu la fièvre typhoïde. Il se plaint d'une céphalalgie occupant le sommet de la tête, céphalalgie lancinante qui va en augmentant et lui arrache des cris par instants. La face est animée, les yeux clignotants. Les membres ne sont le siége d'aucune douleur, ni d'aucune contracture. La peau a la température normale; le pouls est plutôt petit que développé, et bat 82. Il n'a pas été à la selle depuis trois jours, et n'a pas uriné depuis trente-six heures. La région hypogastrique est développée; la pression de la main est douloureuse à cette région. Je diagnostique une cérébrite. Je fais pratiquer immédiatement une saignée du bras de huit onces. Je pratique le cathétérisme; la vessie contenait presqu'un litre d'urines. — Limonade.

Le soir, je fais faire une application de quinze sangsues aux tempes.

A neuf heures du soir je revois le malade, qui a perdu la vue. On lui présente deux chandelles de face; ses yeux s'ouvrent, la pupille est immobile; il ne voit que ténèbres. Cet état l'effraie.

Il n'a pas uriné depuis qu'il a été sondé.

Le lendemain matin 20, il a uriné avec beaucoup de peine et presque goutte à goutte; on sent que la vessie ne s'est pas vidée en entier. La vue est toujours perdue. Le pouls s'est relevé. — Deuxième saignée du bras de huit onces. Le sang de la première saignée, analysé, ne donne que 2,6 de fibrine. Cette circonstance me fait penser qu'il s'agit d'une congestion et non d'une phlegmasie. A la visite du soir le malade a uriné beaucoup et plus facilement; sa vue revient un peu. — Lavement purgatif, qui provoque des selles copieuses.

Le 21, au matin, la céphalalgie a considérablement diminué; les yeux n'offrent plus de clignotement; la miction des urines continue à être libre. Je prescris une application de dix sangsues aux tempes, une après l'autre, de façon à entretenir une saignée continue dans ces régions.

Le soir, le malade continue à aller mieux; la vue est tout à fait rétablie. Il nous exprime toute la satisfaction qu'il éprouve à pouvoir nous regarder à son aise.

Le 22, l'analyse du sang de la seconde saignée montre la même proportion de fibrine. Le pouls, qui bat 77, est grand et souple. Comme il reste encore un peu de céphalalgie, je prescris une troisième saignée du bras de six onces, compresses d'eau froide sur la tête.

Le 23, le malade est très bien; toutes les fonctions s'exécutent bien; mais de temps en temps il ressent encore quelques élancements dans la portion affectée du cerveau.

Je fais appliquer un large vésicatoire sur la tête. Ce vésicatoire a fait justice des derniers élancements. Notre malade a pu le lendemain prendre du bouillon. Les jours suivants on a pu lui permettre un peu de nourriture.

Aujourd'hui 28, il est parfaitement bien, et se propose de sortir de l'hôpital sous peu.

Cette affection, que j'avais diagnostiquée cérébrite et cérébrite aiguë, à laquelle il n'a manqué, pour confirmer ce diagnostic, que la preuve fournie par l'excès de fibrine du sang, et que j'ai regardée ensuite par ce motif comme une congestion, ne s'est d'abord traduite que par deux signes: l'un fonctionnel, la céphalalgie; l'autre sympathique, la paralysie de la vessie.

Je livre ces deux observations à l'appréciation des hommes de l'art qui se sont plus particulièrement occupés des affections du cerveau; déclarant que plusieurs fois j'ai déjà rencontré la paralysie de la vessie avec ou sans signes des organes de la locomotion, ce qui me paraît une circonstance à noter pour la séméiologie des maladies du cerveau.

OBSTÉTRIQUE.

Présentation de l'épaule répétée dans cinq accouchements successifs chez la même femme. — Mort du fœtus à sept mois et demi de vie intra-utérine, causée par une apoplexie placentaire, avec dégénérescence graisseuse occupant le tiers de cet organe.

Par Madame RENARD, sage-femme a Paris.

Je donne aujourd'hui la suite d'une observation intéressante que j'ai publiée dans la *Revue Médico-Chirurgicale de Paris* en mars 1847. Il s'agissait d'une femme chez laquelle une présentation de l'épaule s'était répétée dans quatre accouchements successifs. J'ai assisté cette dame dans son cinquième accouchement, qui a présenté la même particularité. Ce fait promet de devenir aussi curieux que ceux publiés par M. le docteur Géry (*Revue Médicale*, 1842, t. IV, p. 226) et par M. le docteur Walter (*Journal de Chirurgie*, t. III, p. 59). J'ai déjà parlé de cette dernière observation, dans laquelle la présentation de l'épaule s'était répétée six fois chez la même femme; mais je rappelle que la cause de cette récidive était due à un vice de conformation de l'utérus, tandis que, dans mon observation, l'origine semble se rapporter à un vice de conformation du bassin que j'ai précédemment décrit.

Madame B. me fit appeler en novembre dernier; elle touchait, suivant ses prévisions, à la fin du huitième mois de sa grossesse; elle craignait encore une mauvaise présentation de son enfant. Sans cause connue, elle avait vu apparaître une perte sanguine, survenue la nuit, pendant son sommeil, et dont elle ne s'était aperçue qu'en se sentant mouillée. Je cherchai à la rassurer; mais, songeant à la possibilité de l'insertion du placenta sur le col de l'utérus ou à son voisinage, je voulus explorer ces parties.

Je trouvai dans le vagin de petits caillots isolés qu'il me fallut traverser pour arriver jusqu'au col; là, je retrouvai les mêmes caillots, petits, nombreux, séparés les uns des autres et adhérents à une masse molle, charnue, qui me parut être le placenta.

La difficulté que j'éprouvai à rencontrer le col confirme bien cette opinion de Levret que souvent on ne le trouve qu'avec peine en pareil cas, quoique cependant il soit à la portée du doigt.

Au reste, les lèvres du museau de tanche étaient assez ouvertes et la cavité du col assez dilatée pour qu'il me fût possible d'y introduire l'extrémité de l'index et de retrouver la même masse molle dont je viens de parler; mais il me fut impossible de rencontrer une partie quelconque du fœtus.

Je prescrivis à la malade le repos au lit, une diète légère et un demi-lavement émollient avec quelques gouttes de laudanum.

Le lendemain je la revis. La perte avait continué, mais elle n'était pas devenue plus grave; cependant, le travail s'était déclaré depuis deux heures. Un nouvel examen me révéla une dilatation presque complète. Comme à l'accouchement précédent, la poche des eaux était très volumineuse, mais je ne sentais pas de fœtus. En examinant, dans l'intervalle des contractions, je trouvai le placenta occupant le côté gauche de l'utérus; puis, plus haut, un corps mobile fuyant sous le doigt et retombant ensuite, donnant, en un mot, la sensation de ballottements, et qui, malgré l'époque de la grossesse, s'expliquait très bien par la grande quantité de liquide amniotique dans lequel nageait un fœtus peu volumineux.

Déjà la veille, l'auscultation, pratiquée avec l'oreille nue, n'avait pu me révéler l'existence du fœtus; mais ce jour-là, au moyen du stéthoscope, je m'assurai parfaitement que l'enfant était mort.

Soupçonnant une présentation semblable à celles qu'avaient offertes les accouchements précédents, je fis prévenir le docteur Lesible. Ce médecin étant absent, je me décidai à agir avec l'aide du mari et de ma sœur, accoucheuse aussi.

Convaincue de l'importance qu'il y avait, pour la réussite de l'opération, à donner une bonne position à la malade, je préparai moi-même le lit; je me servis pour cela d'une commode sur laquelle je plaçai un matelas plié à une de ses extrémités de manière à faire une sorte de traversin ou de plan incliné sur lequel pût reposer la tête de la malade. Depuis que j'exerce, cet appareil m'a rendu les plus grands services, et j'en ai eu besoin plus souvent, étant sage-femme du bureau de bienfaisance du 11e arrondissement, un de ceux où les accouchements sont le plus nombreux. Le principal avantage de cet appareil est de se trouver partout, même dans les ménages les plus pauvres.

La patiente convenablement placée, les muscles de l'abdomen suffisamment relâchés, j'introduisis la main dans le vagin; les membranes étaient complétement intactes. Je les rompis, et ne laissai toutefois les eaux de l'amnios s'échapper que très lentement; le fœtus descendit peu à peu sur ma main. Je reconnus le côté droit, le bras droit, et la tête qui était dans la fosse iliaque droite: c'était donc une présentation céphalo-iliaque droite.

J'essayai, comme dans l'accouchement précédent, de soulever le tronc du fœtus et de pratiquer la version céphalique. Mais sa mobilité, sa petitesse, me firent éprouver beaucoup de difficultés. Songeant en outre qu'il était mort, j'allai chercher les pieds. Je n'en pu d'abord saisir qu'un; mais, comme le conseille mon professeur M. Paul Dubois, je l'amenai à la vulve, espérant que l'autre suivrait. C'est ce qui eut lieu en effet; car ayant appliqué un lacs sur le pied sorti, lorsque j'introduisis de nouveau la main pour aller à la recherche de l'autre, je le trouvai dans le vagin.

Tout du reste se passa naturellement, et malgré le vice de conformation du bassin, le fœtus traversa sans peine le détroit, et l'accouchement se termina en première position des pieds (calcanéo-iliaque gauche).

Le fœtus était mort depuis huit à dix jours environ; l'épiderme se détachait, l'abdomen était verdâtre, le cordon ombilical flétri; la cessation des mouvements datait à peu près de cette époque, et avait fait pressentir à la mère une fausse couche.

Délivrance artificielle.

L'expulsion du fœtus fut suivie d'un flot très considérable de liquide amniotique mêlé de sang. Dans la crainte d'une hémorrhagie, je coupai le cordon, et, l'enfant n'ayant pas besoin de mes soins, je m'occupai de la mère. Je sentis par le toucher abdominal l'utérus rétracté; toutes les huit ou dix minutes, la malade se plaignait de fortes douleurs. Après une demi-heure, en touchant par le vagin, je trouvai le placenta engagé en partie dans l'orifice utérin; je crus qu'il était décollé, et je fis quelques légères tractions qui restèrent sans résultat; je les répétai un quart d'heure après, sans plus de succès. Je fis alors changer le linge mouillé qui se trouvait sous la malade, et j'attendis encore une demi-heure. Après ce délai, les choses étaient dans le même état. Croyant alors à un vice de présentation du placenta, je saisis la portion saillante et la tordis sur elle-même; mais la résistance augmen-

tait à mesure que j'essayais de l'attirer au dehors. Je portai alors ma main plus haut ; je trouvai à gauche une adhérence dont une partie sembla céder facilement, mais qui, plus loin, était si forte, que je craignis, en essayant de la décoller avec force, de léser l'utérus; je la détruisis donc doucement avec les doigts, et ma main perçut la même impression que si elle avait brisé des coquilles d'œuf. Je fus assez heureuse pour pouvoir extraire la masse placentaire tout entière.

Examiné avec soin, ce placenta présentait, au point de sa plus grande adhérence, deux foyers apoplectiques considérables, occupant ensemble le tiers de la masse placentaire ; ils étaient recouverts d'une couche de près de deux lignes d'une substance blanche, dure, écailleuse. Le reste de l'organe offrait de petits foyers sanguins, en partie résorbés. Les vaisseaux présentaient, dans la même étendue, une dégénérescence graisseuse, ce qui me fait attribuer la mort du fœtus à cette altération du placenta.

L'accouchée se rétablit, sans accident, dans la semaine qui suivit l'accouchement. Le quatrième jour seulement, le sein gauche devint douloureux et chaud ; un peu de rougeur s'y développa, accompagnée d'une légère réaction. Six sangsues, suivies d'applications émollientes, 30 grammes de sulfate de soude, répétés trois fois à deux jours d'intervalle, triomphèrent aisément de ce léger incident. La malade, dans une couche précédente, avait déjà eu au sein un abcès qui avait duré trois semaines.

Madame B... a trente ans; il est à croire qu'elle deviendra encore enceinte. Je me promets de noter tous les phénomènes intéressants qu'elle pourra offrir soit pendant sa grossesse, soit pendant ou après l'accouchement, et je donnerai suite, s'il y a lieu, à cette observation, curieuse par la constance de la présentation de l'épaule.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 mars 1849. — Présidence de M. Boussingault.

M. Fourcault fait une lecture sur le choléra.

— M. Charles Dupin entre dans de longs détails statistiques sur la durée de la vie et des mariages depuis un demi-siècle. Nous ferons connaître dans un article spécial les résultats de ces importantes recherches.

— La correspondance comprend les travaux suivants :

Un Mémoire important sur les hernies du poumon présenté par M. Velpeau au nom de M. Morel-Lavallée. Nous rendrons prochainement compte de ce travail, qui fait partie des Mémoires de la Société de chirurgie.

— M. Reybard envoie une note sur l'urétrotomie. Dans cette note, l'auteur combat l'opinion qui admet que les coarctations urétrales sont formées par des tissus susceptibles de résolution ; il soutient, au contraire, qu'elles sont toutes formées par un tissu inodulaire, quelle que soit d'ailleurs leur origine. De ce fait anatomo-pathologique, M. Reybard tire les conclusions pratiques suivantes :

1° Le même traitement convient à toutes les coarctations.

2° La dilatation n'est nullement efficace, parce que, d'un côté, elle ne peut rendre à l'urètre son organisation normale, et, d'autre part, parce que l'allongement du tissu inodulaire est insuffisant pour détruire la rétractilité qui lui est inhérente.

3° Les cicatrices de l'urètre ne sont simples que lorsqu'elles succèdent à des plaies qui n'ont point suppuré; d'où il suit que, pour guérir radicalement les coarctations de ce canal, il faut diviser complétement le tissu accidentel et une partie des tissus sains jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané *exclusivement*, et faire opérer la cicatrice spécialement sur ces derniers tissus; à l'aide de cette précaution, la cicatrice est souple, et le canal reprend son volume.

— M. Wanner envoie une note sur le rôle que jouent les gros vaisseaux dans les mouvements du cœur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 7 mars 1849. — Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Chassaignac. Dans la dernière séance, on a dit que la prolongation longitudinale du bruit de souffle sur les veines et loin de la tumeur dans les cas d'anévrismes variqueux était connue et mentionnée depuis longtemps; je n'ai rien trouvé sur ce sujet dans les auteurs que j'ai pu consulter; je désire donc que l'on veuille bien faire connaître les auteurs qui ont parlé avant moi de cette particularité des anévrismes variqueux ; j'entends parler, non pas du bruissement perçu avec les doigts, mais bien d'un bruit comparable à un bruit de remous, à celui que fait la roue d'un moulin, et que l'on entend avec l'oreille appliquée sur les veines à une grande distance de l'anévrisme, sur l'extrémité du membre, par exemple, quand l'anévrisme est au pli du coude.

M. Nélaton. M. Chassaignac a raison d'établir une distinction entre la sensation perçue par l'oreille et la sensation perçue par les doigts. Quant à la première, je crois, sans en être bien sûr, qu'elle a été indiquée par Scarpa, et en tout cas il en est fait mention dans la thèse de M. Morvan.

M. Michon. Je ne citerais pas spécialement un auteur qui ait parlé de ce phénomène, mais je suis bien certain que Dupuytren nous l'enseignait. Je sais donc par tradition que dans l'anévrisme variqueux on entend le bruit sur les veines assez loin de la tumeur, et, toutes les fois qu'il s'est présenté à moi un anévrisme de ce genre, je n'ai pas manqué d'appliquer l'oreille au loin et de faire remarquer aux élèves le bruit qui s'entendait.

M. Maisonneuve. Je suis certain, de mon côté, d'avoir appris cette particularité en commençant la chirurgie.

— M. H. Larrey lit un travail relatif à une extirpation de tumeur fibreuse du sein. Commissaires : MM. Chassaignac Monod et Debout.

— M. Morel-Lavallée présente à la Société un enfant de sept ans qui a fait, il y a six semaines, une première chute contre une borne et une seconde dans un escalier très peu de temps après. Le coude s'est gonflé, est devenu douloureux; mais on n'a pas eu recours à d'autre moyen de traitement qu'à des cataplasmes. Aujourd'hui, l'avant-bras est dans une position moyenne entre la pronation et la supination. Les mouvements de flexion et d'extension sont gênés; la tubérosité externe de l'humérus fait sous la peau une saillie très appréciable; l'extrémité supérieure du radius est plus en dedans qu'à l'état ordinaire; enfin, il y a là tous les signes d'une luxation latérale incomplète en dedans. Des tentatives de réduction ont été faites une fois ; M. Morel-Lavallée se propose de les renouveler en employant le procédé de M. Maisonneuve, et consulte la Société à ce sujet.

M. Huguier. Outre la luxation incomplète de l'avant-bras, je crois qu'il y a eu dans ce cas fracture oblique du condyle de l'humérus, et que cette fracture aujourd'hui consolidée explique le gonflement que l'on remarque à l'extrémité inférieure de l'humérus. Je crois d'ailleurs que la réduction ne sera pas obtenue, et qu'il vaudrait mieux augmenter par un exercice modéré les mouvements de l'articulation ainsi conformée.

M. Nélaton. Le procédé dont nous a parlé M. Maisonneuve, et qui consiste à exercer les tractions sur l'olécrane, est utile pour les déplacements en arrière; mais je ne crois pas qu'il puisse avoir les mêmes avantages pour les déplacements transversaux. J'essaierais donc plutôt ici de repousser transversalement les surfaces articulaires.

MM. Chassaignac, Monod et Gosselin partagent l'avis de M. Huguier relativement à la fracture partielle de l'extrémité inférieure de l'humérus ; M. Gosselin ajoute même que cette solution de continuité chez les enfants est plutôt un décollement épiphysaire qu'une fracture.

MM. Nélaton et Lenoir pensent qu'il y a là luxation sans fracture.

M. Maisonneuve. Je suis d'avis également qu'il n'y a pas eu de fracture de l'humérus et que des tentatives doivent être faites chez ce malade. Je remarquerai même à cette occasion qu'en général on oublie trop les moyens orthopédiques et les machines dans le traitement des luxations anciennes; si donc M. Morel-Lavallée n'obtenait rien au moyen des lacs et des tractions faites sur l'olécrane, je lui donnerais le conseil d'essayer une machine.

M. Chassaignac. Je ne partage pas l'opinion de M. Maisonneuve sur les tentatives de réduction ; je crois qu'elles n'aboutiront à rien ; je me fonde sur ce qu'il y a chez ce malade, non-seulement luxation incomplète en dedans, mais encore subluxation du radius sur le cubitus. L'extrémité supérieure du radius est portée en avant, celle du cubitus est portée en arrière. Cette circonstance me paraît entraîner l'impossibilité d'obtenir une réduction durable.

M. Morel-Lavallée. On se fonde pour admettre qu'il y a eu fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus sur le gonflement de cette partie; mais ce gonflement est peu considérable, il n'est accompagné d'aucune déformation. C'est pourquoi je doute que cette lésion ait eu lieu. En tout cas, ce ne serait pas une contre-indication, de l'avis même de ceux qui croient à cette fracture, et le procédé de M. Maisonneuve me paraît toujours applicable, car la partie postérieure du cubitus est un peu remontée en même temps qu'elle est déplacée transversalement.

— M. Maisonneuve. J'ai fait hier l'extirpation d'une tumeur fibreuse interstitielle de l'utérus; la malade avait trente-cinq ans et souffrait de la matrice depuis cinq années environ : j'ai d'abord incisé, au moyen du lithotome double, la membrane interne recouvrant la tumeur, qui faisait saillie à la partie postérieure de la matrice; j'ai incisé en même temps le col de l'utérus, dont j'ai agrandi encore l'ouverture en déchirant avec les doigts; j'ai ensuite, avec mes doigts de la main droite, déchiré et enlevé la membrane du côté gauche de la tumeur, et j'en ai fait autant de l'autre côté en me servant de la main gauche; puis j'ai fait des tractions sur la tumeur; mais elle n'a pu être enlevée ni même déplacée. J'ai pensé alors à une idée qu'avait émise M. Chassaignac, celle d'enlever une portion cunéiforme de la tumeur au niveau de sa partie moyenne, afin de détacher ensuite plus facilement les parties latérales; mais j'ai fait autre chose : j'ai simplement incisé la tumeur dans son milieu, puis j'ai pratiqué de chaque côté une section à la partie postérieure ; je pus alors saisir et amener dans le vagin la partie inférieure et postérieure de l'une des moitiés qui se déroulait en quelque sorte pour descendre. J'en fis autant pour l'autre moitié, et bientôt je n'eus plus qu'à couper avec des ciseaux pour séparer les adhérences de la partie supérieure avec le tissu utérin. L'opération a duré quarante minutes. Il s'est écoulé un peu de sang après l'opération; j'ai fait appliquer de la glace sur le ventre et dans le vagin; l'hémorrhagie s'est bientôt arrêtée et n'a plus reparu.

M. Chassaignac. Il est une cause qui s'oppose à la guérison des maladies de ce genre, c'est qu'elles sont rarement solitaires. Après une opération douloureuse, les malades conservent souvent une tumeur identique dans l'utérus, ou quelque altération concomitante des ovaires.

M. Huguier. Les tumeurs fibreuses de l'utérus doivent être examinées à trois points de vue :

1° Au point de vue de l'anatomie pathologique, il faut savoir que ces tumeurs ne sont pas toujours énucléables, et que souvent elles se continuent avec la substance même de l'utérus par des adhérences très solides; c'est ce que j'ai bien vu sur une pièce qui m'appartient, et sur une autre de M. Robert.

2° Au point de vue du diagnostic, il est impossible de déterminer à l'avance si ces tumeurs sont énucléables ou non.

3° Au point de vue de l'opération, il est incontestable que les tumeurs fibreuses interstitielles ne peuvent être enlevées autrement que par le morcellement. J'ai opéré deux malades de cette manière; et une en particulier, chez laquelle la tumeur était devenue assez volumineuse pour comprimer le rectum et l'S iliaque du colon. Les deux malades se portent aujourd'hui très bien.

M. Maisonneuve. J'ai opéré une autre malade d'un polype implanté sur la lèvre postérieure du col, et qui pendait dans le vagin. La tumeur offrait des cavités remplies d'une matière glaireuse.

M. Loir. Sur la malade dont j'ai donné l'observation à la Société, j'avais d'abord extirpé une tumeur qui s'avançait dans le vagin, et qui était creuse; il y avait en outre deux tumeurs, dont l'une était interstitielle, et l'autre s'avançait du côté du péritoine. Cette malade, en un mot, s'est trouvée offrir trois variétés de tumeurs fibreuses de la matrice.

M. Huguier. Les polypes creux dont on parle étaient implantés à la surface du col; c'est, pour moi, la preuve que ces polypes étaient du genre de ceux que j'ai appelés utéro-folliculaires.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Phénomène vocal extraordinaire. — Un journal de Londres annonce un fait extrêmement curieux que nous avons déjà eu l'occasion de constater une fois, alors que nous étions encore au collége. Un maître d'études, assez bon musicien, avait la singulière faculté de chanter quelques airs simples et de les accompagner en même temps avec sa seule voix. Autant que nous nous le rappelons, l'accompagnement consistait presque toujours dans une tierce inférieure; mais les deux sons étaient le plus souvent parfaitement distincts.

M. le docteur Vesalius Pettigrew, professeur de physiologie à l'École de médecine de Saint-Georges Hospital, à Londres, a signalé un fait semblable dans une de ses leçons. M. Richmond possède la faculté merveilleuse de produire en même temps deux sons différents, distincts et en parfaite harmonie. En présence d'une nombreuse réunion de médecins, de chirurgiens et de savants, M. Richmond a commencé par émettre une note basse qu'il a accompagnée d'un trémolo. — La voix aiguë produite par M. Richmond est d'une nature très douce et très mélodieuse; elle surpasse en suavité tous les instruments connus et même les chants les plus harmonieux des oiseaux.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 22 MARS 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 34.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 21 MARS 1849.

Marche du choléra.

Le choléra, quoique toujours très borné dans son action, s'étend cependant un peu plus chaque jour, et il devient de plus en plus difficile de préciser le nombre des victimes qu'il atteint. Tous les quartiers de la capitale sont maintenant envahis par l'épidémie, mais dans des proportions différentes, les quartiers malsains conservant toujours une fâcheuse prérogative.

L'hôpital Beaujon et celui des Enfants, qui avaient d'abord été épargnés par l'épidémie, comptent maintenant cinq morts par suite du choléra; trois appartiennent au premier, deux au second.

A l'Hôtel-Dieu, on a observé jusqu'à ce moment vingt-deux cas, parmi lesquels il n'est pas certain qu'on puisse en sauver un seul. Dans les autres hôpitaux, quelque nouveau cas se développe chaque jour ou y est apporté du dehors. A peu d'exceptions près, la gravité est partout la même, c'est-à-dire excessive. Il serait donc inutile d'insister davantage sur ce point.

Mais il est une circonstance qui, depuis quelques jours, fait une certaine sensation : c'est celle qui a été signalée hier à l'Académie par M. Piorry. Ce professeur a fait remarquer qu'à la Pitié le choléra ne s'était développé dans l'hôpital qu'après l'entrée d'un cholérique venu du dehors. Aujourd'hui même on s'entretenait beaucoup, à la Charité, d'un malade qui a été pris de choléra ce matin, après avoir donné des soins à un de ses camarades, couché à côté de lui et atteint lui-même de l'affection épidémique à laquelle il a succombé. Les savants médecins dans les services desquels ces faits se sont produits ne se prononcent pas encore en faveur de la contagion; mais ils sont ébranlés, et c'est là déjà un mal trop grand pour que nous ne cherchions pas à l'arrêter dans sa source.

Dans les questions de contagion, plus que dans toutes les autres, il faut se garder de se laisser tromper par les coïncidences. Sans doute en cherchant avec attention on trouvera des cholériques atteints après avoir été en rapport plus ou moins direct avec d'autres cholériques ; mais on trouvera aussi, comme l'a judicieusement dit M. Rochoux, des fractures de jambe à côté d'autres fractures de jambe; que signifient donc ces infiniment rares exceptions, en face des milliers de faits qui prouvent qu'on peut impunément approcher, toucher, disséquer les cholériques et leurs cadavres?

M. Royer-Collard a fait remarquer, après bien d'autres, que le choléra se développait dans les lieux où étaient arrivés des bâtiments, des marchandises ou des hommes venant de contrées infectées. Pour que ce fait eût quelque valeur, il faudrait que le choléra se déclarât successivement partout où arrivent ces bâtiments, ces hommes, ces marchandises; or c'est ce qui n'a nullement lieu. Des villes, des contrées intermédiaires d'une immense étendue qui ont reçu dans leur sein hommes et marchandises dits infectés ont été complétement épargnées par le fléau. Voilà le fait extrêmement général qui a été observé en 1832, celui qu'on observe encore en 1849, et ce fait prouve, autant qu'une chose puisse jamais être prouvé dans les sciences d'observations, qu'il n'y a pas plus de danger à approcher un cholérique qu'un individu qui a la jambe cassée.

C'est là une vérité aussi importante qu'incontestable, et il est très regrettable que des hommes d'une grande autorité cherchent à en voiler l'évidence à propos de la première coïncidence singulière qui tombera sous leurs yeux.

Séance de l'Académie de Médecine.

Il y avait longtemps que l'Académie n'avait été aussi animée qu'aujourd'hui. Un nombreux public s'était donné rendez-vous dans son enceinte, sans doute pour venir écouter la discussion sur le sujet à l'ordre du jour.

M. Gibert a d'abord pris la parole pour rendre compte des sept cas de choléra qui ont eu lieu à l'hôpital Saint-Louis, et pour appuyer, dans une vive, très courte et fort juste allocution, les instructions de la commission.

Mais la discussion n'a réellement commencé que lorsque M. Royer-Collard, venu tout exprès à la séance, où il ne se montre pas habituellement, a demandé la parole. L'honorable membre venait évidemment plaider dans l'intérêt du conseil de santé, auquel il n'aurait pas été fâché de conserver le monopole des instructions populaires; et, sans les interdire précisément à l'Académie, il a cherché à faire comprendre à cette savante compagnie que sa mission n'était pas de formuler des *instructions de garde-malade*, mais bien d'étudier à un point de vue élevé, scientifique, la maladie qui parcourt le monde.

M. Martin-Solon a relevé avec beaucoup de convenance, mais avec beaucoup d'énergie et de raison, le reproche adressé à la commission par M. Royer-Collard. Il est à regretter qu'un esprit aussi distingué que M. Royer-Collard ait pris en main la défense d'une aussi mauvaise cause. Nous ne voyons pas, en effet, quelle mission plus élevée l'Académie pourrait avoir que celle de veiller à la santé publique, et de chercher par tous les moyens possibles, même à l'aide d'une instruction de garde-malade, de préserver la population des atteintes d'une épidémie.

Certes, ce n'est pas nous qui chercherons à faire déchoir l'Académie du rang où elle doit s'efforcer de se maintenir comme corps savant. Nous avons même regretté nombre de fois qu'elle ne profitât pas plus souvent de sa haute position pour discuter d'une manière approfondie les questions scientifiques qui surgissent à chaque instant devant elle; mais ce n'est pas à dire pour cela qu'elle doive se renfermer dans des études purement spéculatives, et négliger ce qu'il y a de plus important dans l'étude des sciences médicales, c'est-à-dire leur application pratique. L'Académie doit au contraire, ne serait ce que pour montrer qu'elle n'est pas une aggrégation de savants voués à la discussion de vaines théories, saisir toutes les occasions de faire les applications pratiques de ces théories ; et quelle occasion plus belle pourrait-elle trouver que celle où toute une population est menacée par un fléau épidémique? Mais il y a plus, ce n'est pas là seulement une haute prérogative de l'Académie, c'est pour elle un impérieux devoir. L'Académie, et M. Royer-Collard semble trop l'avoir oublié, a été instituée principalement dans ce but, ainsi qu'on peut s'en assurer en lisant son ordonnance constitutive. Ainsi, il n'est nullement nécessaire qu'elle soit consultée par tel ou tel ministre pour exprimer son opinion, pour donner des conseils dans des circonstances telles que celles où nous nous trouvons; c'est son droit, c'est son devoir; elle doit se montrer aussi jalouse de défendre l'un qu'empressée d'accomplir fidèlement l'autre.

Mais, nous l'avons dit, et M. Martin-Solon l'a parfaitement senti, ce n'est point à rédiger une instruction populaire que l'Académie doit se borner; seulement, pour entrer plus avant qu'on ne l'a fait encore dans l'étude scientifique de la question, l'Académie a besoin de documents, et ces documents, qui autrefois lui arrivaient promptement des qu'ils étaient parvenus à l'autorité, restent aujourd'hui en route par les soins d'intermédiaires, au nombre desquels figure M. Royer-Collard lui-même. M. Martin-Solon a signalé avec quelque animation cet étrange procédé, qu'il s'est toutefois gardé de qualifier, et que personne n'a cherché à justifier.

Après la réponse à M. Royer-Collard, M. Piorry a pris la parole. Malheureusement pour lui il a cru nécessaire, avant d'entrer dans le fond de la discussion, de donner une histoire sommaire des cas de choléra observés à la Pitié. L'Académie, impatiente d'arriver au vote de l'instruction, a cru que l'orateur allait s'égarer dans des digressions hors de propos. Un tumulte violent a bientôt couvert sa voix.

Enfin après un combat opiniâtre entre la sonnette du président, la voix de M. Piorry et le bruit des interrupteurs, le calme s'est peu à peu rétabli, et M. Piorry a pu expliquer à l'Académie, que s'il avait cru devoir commencer par l'histoire des cholériques qu'il a observés, c'était afin de montrer par l'exemple de ces malades l'existence probable de la contagion, et l'influence très positive de l'encombrement.

Dans le bulletin du choléra, nous disons quelques mots de la première de ces opinions.

Après l'allocution de M. Piorry, l'Académie a voté paragraphe par paragraphe le projet d'instruction, en y faisant quelques modifications empreintes toutes d'un excellent esprit. Ces modifications ne portent nullement, du reste (voir le compte-rendu), sur l'esprit général de l'instruction, mais seulement sur des points de détail. L'Académie a donc sanctionné la forme, toute banale qu'elle est, du projet de la commission, et nous avouons que, malgré notre peu de goût pour les banalités, nous trouvons que l'Académie a été bien inspirée. Nous nous permettrons d'exprimer un regret: c'est que la majorité des médecins aient cru devoir s'absenter avant l'adoption complète du projet soumis à son approbation. Puisque l'Académie paraît tenir à conserver ses justes prérogatives, à maintenir son autorité, elle doit mettre moins de laisser-aller dans l'accomplissement de ses plus graves devoirs.

La section de médecine vétérinaire, restée fidèle à son poste jusqu'à la fin de la discussion, a fait les remarques que nous ne faisons que reproduire, et il est fâcheux qu'on lui en ait donné le droit.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Michon.

Plaie, phlegmon sub-aigu et abcès de l'intérieur de l'orbite.

Les abcès de la cavité orbitaire sont assez rares et d'un assez grand intérêt pratique pour qu'il soit utile d'augmenter le nombre des observations de cette affection qui existent dans la science. Les observations qu'on a rapportées jusqu'à ce jour sont, en effet, bien insuffisantes pour permettre de tracer d'une manière exacte l'histoire de cette maladie, et même pour en fixer avec quelque certitude le diagnostic et le pronostic. Pour toutes ces raisons, on ne lira pas sans intérêt l'observation d'un fait remarquable que nous avons vu dans le service de M. Michon. En voici le résumé :

N..., âgé de vingt-deux ans, vigneron des environs d'Orléans, tomba sur un échalas au mois d'août 1848 ; la pointe de l'échalas perfora la paupière supérieure à sa partie supérieure et interne, et entra, dans une longueur qu'on ne peut déterminer, dans la cavité orbitaire. Des douleurs vives se firent sentir dans l'orbite, où un examen attentif, fait par M. Corbin, d'Orléans, ne fit reconnaître autre chose qu'une simple blessure de la paupière et du tissu cellulaire sous-jacent. La cicatrisation de la paupière se fit assez promptement ; mais les douleurs existant toujours à un degré assez prononcé pendant les mouvements de l'œil, ces mouvements eux-mêmes étant fort gênés, le malade, sur la recommandation de M. Corbin, vint, trois semaines après l'accident, consulter M. Michon. Il entra dans le service de ce chirurgien au commencement de septembre, et il y resta seulement quinze jours. La plaie étant cicatrisée lors de l'entrée du malade, on crut ne devoir faire aucune tentative pour explorer la cavité orbitaire ; les douleurs s'expliquaient d'ailleurs suffisamment par l'engorgement qui persiste toujours pendant un certain temps sur les tissus environnant une plaie récente; cette explication était d'autant plus plausible, qu'au bout de quinze jours le malade se trouva notablement mieux. On l'engagea à quitter l'hôpital, et il retourna dans son pays.

Rentré chez lui, les douleurs ne cessèrent point, et les mouvements de l'œil restèrent difficiles; ils augmentaient beaucoup les douleurs.

Après quelques semaines, les personnes qui entouraient le malade, ainsi que son médecin, s'aperçurent que le globe oculaire faisait une légère saillie hors de l'orbite ; cette saillie augmenta chaque jour davantage, quoique d'une manière peu sensible, et elle était considérable au mois de décembre; en outre, les douleurs étaient devenues beaucoup plus considérables, ce qui engagea le malade à venir de nouveau consulter M. Michon. Il entra à l'hôpital dans les premiers jours de janvier, et l'on constata l'état suivant :

L'œil gauche fait une saillie considérable hors de la cavité orbitaire; la cornée, la sclérotique et la conjonctive sont

d'ailleurs saines, sauf une légère rougeur siégeant sur cette dernière membrane; les mouvements du globe oculaire sont très difficiles, très bornés et extrêmement douloureux; ceux des paupières sont tout aussi difficiles, quoique peu douloureux, parce que ces voiles membraneux sont refoulés, l'un en bas, l'autre en haut, par le globe qu'ils ne peuvent plus recouvrir. Des douleurs spontanées assez vives existent dans la profondeur de l'orbite; elles deviennent très intenses par moments, et augmentent d'une manière considérable lorsqu'on presse sur le globe oculaire; ces douleurs sont pulsatives, et répondent jusque dans la profondeur de la cavité crânienne.

L'état général est d'ailleurs bon; il y a de l'appétit, peu de fièvre, et le malade dormirait, dit-il, parfaitement s'il n'était à chaque instant réveillé par les douleurs qu'il ressent dans la partie malade.

Dans cet état de choses, quelle devait être la cause de l'énorme exophthalmie qu'on observait chez ce malade? Quel traitement convenait-il de lui appliquer? Telles étaient les deux importantes questions que dut se poser M. Michon en présence d'un pareil fait. Si de pareils symptômes se fussent montrés quelques jours après l'accident éprouvé par le malade, et qu'ils se fussent accompagnés d'une réaction tant soit peu énergique, nul doute que l'on n'eût dû songer à l'existence d'un phlegmon terminé ou non par suppuration; mais après six mois d'intervalle, alors que les premiers accidents consécutifs à la blessure s'étaient dissipés avec la plus grande facilité, quoique à la vérité d'une manière incomplète, cette supposition devenait moins probable; la fréquence des tumeurs de l'orbite, comparée à la rareté assez grande des abcès de cette région, ne pouvait qu'embarrasser davantage le diagnostic. Toutefois M. Michon prenant en considération la cause qui avait été le point de départ de la maladie, la persistance des douleurs après la cicatrisation de la plaie, l'existence de douleurs actuellement pulsatives, l'existence aussi de quelques frissons fugaces éprouvés par le malade à l'époque où l'exophthalmie était devenue inquiétante, enfin la rapidité extrême du développement de cette exophthalmie elle-même, M. Michon, disons-nous, prenant en considération toutes ces circonstances, crut avoir affaire à un phlegmon suppuré de l'orbite, dont il n'était pas éloigné de voir la cause dans la présence d'un corps étranger.

Dans tous les cas, M. Michon pensa qu'en supposant son opinion moins vraie qu'elle ne paraissait rationnelle, il n'en fallait pas moins agir promptement. Tous les auteurs ont signalé les dangers des inflammations et des suppurations de l'orbite, qui se propagent à travers la fente sphénoïdale et le trou optique jusque dans les membranes du cerveau, où elles peuvent déterminer des accidents mortels. Quelle que fût la nature de la tumeur (à moins de supposer l'existence, excessivement peu probable dans ce cas, d'un anévrisme), l'introduction du bistouri dans son épaisseur ne pouvait avoir de dangers sérieux, tandis que, dans le cas très probable d'un phlegmon avec ou sans corps étranger, cette opération pouvait avoir les plus heureux résultats. Guidé par ce raisonnement, M. Michon n'hésita pas à faire pénétrer un bistouri droit dans l'angle interne de la circonférence orbitaire, dans le point même où avait pénétré l'échalas; lorsque l'instrument fut arrivé à un pouce environ de profondeur, une fusée de pus s'échappa de l'incision; celle-ci fut alors agrandie légèrement, et donna issue à deux cuillerées environ de pus bien lié. On ne découvrit dans son sein aucune trace de corps étranger.

Après l'opération le malade se sentit très soulagé; l'exophthalmie diminua notablement; il eut un bon sommeil la nuit.

Les jours suivants la plaie continua à fournir une petite quantité de pus, qui diminua de jour en jour, et cessa complétement après douze à quinze jours. Bientôt la plaie se cicatrisa, et aujourd'hui aucune douleur ne se fait plus sentir; il n'existe plus qu'une très légère exophthalmie qu'on doit attribuer sans doute à l'engorgement du tissu cellulaire péri-oculaire, et qui diminue à mesure que cet engorgement se dissipe lui-même. Tout permet donc d'espérer que l'opération aura les suites les plus heureuses, et que le malade sera désormais à l'abri de tout accident.

HOPITAUX DE LA MARINE. (Cherbourg.)

M. Jules Roux, chirurgien en chef.

Trépanation.

Dans la salle 2 de notre service, se trouvaient, il y a quelque temps, et presque au même moment, cinq plaies de tête, toutes accompagnées d'accidents cérébraux graves, tels que, épanchement sanguin intra-cránien, commotion et contusion du cerveau. La fréquence de ces accidents a permis d'en étudier avec soin les caractères, de sorte que nous ne pourrions en faire l'histoire sans nous exposer à répéter ce qui a déjà été écrit. Cependant, il est un point sur lequel la science n'est pas encore définitivement fixée, c'est de savoir si, dans les cas de compression du cerveau, il est préférable de trépaner, comme le conseille l'école de Boyer, ou s'il vaut mieux négliger l'épanchement et se préoccuper davantage de l'inflammation consécutive, comme le veut celle de Desault.

M. Jules Roux a eu à traiter deux affections de cette nature. Dans le premier cas, il s'est abstenu de toute opération, faisant ainsi le sacrifice de ses impulsions particulières à l'opinion qui paraît aujourd'hui dominante; dans le second cas, il a pratiqué la trépanation. L'indication sommaire des résultats obtenus pourra peut-être fournir quelques éléments pour la solution ultérieure et définitive de la question.

Le premier malade, le nommé Boidevin, couché au n° 23, fait une chute sur la tête, ne perd connaissance que quelque temps après l'accident, et présente, à son arrivée à l'hôpital, tous les symptômes d'une compression du cerveau par un épanchement de sang. Les mouvements et la sensibilité n'ont subi que de faibles atteintes. C'est à peine si la sensibilité est un peu obtuse, et s'il existe une légère roideur dans les muscles du membre supérieur droit. Mais les facultés intellectuelles et les mouvements volontaires sont complétement abolis. Au tiers postérieur du pariétal gauche se trouve une plaie assez étendue, mais n'intéressant que le cuir chevelu, circonstance qui, ajoutée aux signes physiologiques, permet d'établir avec quelque certitude que la compression porte sur la convexité de l'hémisphère cérébral gauche.

Il y avait donc ici indication réelle de trépaner. Cependant, préoccupé des arguments que M. Malgaigne a élevés contre l'efficacité de l'opération dans ces cas, M. J. Roux renonça à sa première pensée, et se résigna à abandonner l'épanchement aux ressources de la nature.

Le blessé mourut dans la nuit qui suivit la chute. Avant de procéder à l'autopsie, le professeur voulut s'assurer si, en pratiquant la trépanation, il n'aurait pas eu à regretter d'avoir fait une opération inutile. Une couronne de trépan fut appliquée au niveau de la plaie extérieure; l'évulsion de la virole osseuse laissa à découvert un caillot de sang noir ayant plus de 3 centimètres de profondeur, et environ 5 centimètres de rayon. L'examen des organes encéphaliques a démontré que le cerveau, affaissé en ce point, ne présentait aucune altération dans sa substance; et, comme le crâne était intact dans toute son étendue, il est devenu évident pour nous que l'épanchement avait amené la mort par son action mécanique, en enrayant les fonctions du cerveau. La trépanation aurait donc eu l'avantage de soustraire le malade à cette cause prochaine de mort.

Du reste, l'enseignement que ce fait portait avec lui n'a pas été perdu; et quelques jours après, un cas semblable s'étant offert à son observation, M. J. Roux n'a pas hésité, cette fois, à demander à l'opération un succès que lui avait précédemment refusé un traitement purement médical. Voici, avec un peu plus de détails, l'observation de ce second malade.

Le nommé Ballestra, cuisinier, couché au n° 28, fut transporté à l'hôpital le 16 novembre, à trois heures du soir, dans l'état suivant: perte complète de connaissance; résolution des membres; occlusion des paupières; les pupilles sont immobiles; celle du côté gauche est extrêmement dilatée. Les organes des sens ont perdu leur action, mais la sensibilité générale et la motilité ne sont point abolies. A chaque pincement, le malade retire ses membres. Ces mouvements paraissent moins étendus du côté droit que du côté gauche; de temps en temps, le blessé porte automatiquement la main sur la tempe gauche. Rien du côté de la respiration ni du côté de la circulation; incontinence d'urine. La tête, examinée avec soin, ne présente aucun signe de fracture, aucune trace de contusion, si ce n'est une excoriation légère sur le pavillon de l'oreille gauche.

On apprend des personnes qui ont apporté le blessé que Ballestra a fait, la veille à huit heures du soir, à bord de son bâtiment, une chute sur le côté gauche; qu'il s'est relevé seul et est allé parler au capitaine des circonstances de son accident; on a su qu'il s'était levé dans la nuit pour uriner, et que ce n'est que le lendemain matin qu'on l'a trouvé sans connaissance dans son hamac.

Tous les phénomènes observés sont rapportés à la compression de l'hémisphère cérébral gauche amenée par un épanchement sanguin consécutif. Cependant, dit M. J. Roux, il pourrait nous rester un doute sur l'exactitude de notre diagnostic: les auteurs regardent la paralysie comme le signe pathognomonique de la compression du cerveau, et précisément ce signe nous manque. Mais, comme nous avons déjà constaté son absence chez le malade du n° 23, il est évident que ce symptôme n'a pas la valeur absolue qu'on lui a accordée. Une collection sanguine accumulée entre le crâne et le cerveau a une action compressive dont les effets vont en diminuant de la voûte à la base, où ils peuvent être tout à fait nuls. Or, que les lobes cérébraux soient seuls frappés d'inertie, il y aura abolition des facultés intellectuelles et des mouvements volontaires; mais, avec l'intégrité de la protubérance et des parties basilaires de l'encéphale, la sensibilité brute et les mouvements automatiques seront conservés. La compression qui ne porte que faiblement sur les parties profondes du cerveau n'apporte qu'un léger trouble à ces dernières actions. C'est le cas des deux hommes qui ont été soumis à notre observation.

Il est certain d'après cela que la paralysie, qui fournit ordinairement des données précieuses pour reconnaître l'existence et préciser le siége d'une compression des centres nerveux, peut manquer lorsque l'épanchement n'exerce son action que sur l'organe immédiat des facultés intellectuelles. Ce signe ne peut donc servir à différencier d'une manière absolue la compression de la commotion du cerveau. Mais, indépendamment des données que fournit l'état, variable dans les deux cas, de la respiration et de la circulation, il est une circonstance qui permettra de ne jamais confondre ces deux lésions, c'est que l'apparition des accidents est instantanée dans la commotion, ce qui n'a jamais lieu pour l'autre cas, quelque rapide qu'on suppose la formation de l'épanchement.

S'il est ordinairement assez facile de reconnaître l'existence d'un épanchement de sang intra-crânien, il est aussi presque toujours possible d'en déterminer le siége relativement au côté du crâne où il réside. Dans le cas présent, en tenant compte des renseignements obtenus sur les circonstances de la chute, de l'excoriation de l'oreille gauche, de la différence de dilatation que présentent les deux pupilles, de la légère nuance qui existe entre les mouvements automatiques du côté droit et ceux du côté gauche, sous le rapport de la facilité et de l'étendue, et enfin de l'abolition complète de l'intelligence sur laquelle la compression retentit presque uniquement, etc., M. J. Roux se croit autorisé à penser qu'il existe un épanchement et que cet épanchement a eu lieu au-dessous du pariétal et du temporal gauches.

L'état du blessé allant sans cesse en s'aggravant, la trépanation est résolue, et M. J. Roux déclare que, si une perforation ne tombe pas sur le foyer de l'épanchement, il en pratiquera une seconde, car le foyer peut bien ne pas occuper tout le côté gauche du crâne, et sa conviction ne sera pas détruite par l'insuccès d'une seule ouverture de la cavité crânienne.

La trépanation est pratiquée vingt-quatre heures après l'entrée du malade à l'hôpital, deux jours après l'accident; elle porte sur la partie postérieure et sur le tiers supérieur du pariétal gauche. L'évulsion de la virole montre la dure-mère intacte dans toute son étendue; seulement, à la partie antérieure, se trouve un point noir au niveau duquel un stylet peut être aisément introduit et dirigé profondément en avant et en bas: un léger suintement de sang se fait par le pertuis qui a servi à l'introduction du stylet. Il était clair que l'opération avait été faite sur les limites du mal et que la collection sanguine occupait la fosse temporale où conduit le stylet explorateur.

On procède de suite à une seconde trépanation derrière le pavillon de l'oreille, immédiatement au-dessus de la ligne courbe qui circonscrit la fosse temporale, à 4 ou 5 centimètres en avant et en bas de la première. Cette fois, le foyer de l'épanchement est mis à découvert. Le caillot de sang noir, placé entre la dure-mère et le crâne, est attaqué avec des pinces courbes à polypes; on emploie en même temps des injections tièdes pour le désagréger: cette extraction est lente et laborieuse. Le doigt promené dans le crâne ne peut toucher les limites du foyer; on reconnaît avec une sonde élastique que le caillot s'étend, en avant jusqu'à la fosse frontale, en haut à quelques centimètres de la suture sagittale, en bas jusqu'au rocher; au niveau du point trépané, le cerveau est distant de plus de 3 centimètres des parois osseuses. — Immédiatement après l'opération, le malade entend, répond, quoique d'une manière peu intelligible, aux questions qu'on lui adresse; il ouvre l'œil droit et sort en partie de son état de somnolence.

Le lendemain 18, le cerveau est revenu en grande partie sur lui-même; quelques caillots paraissant venir des parties supérieures se trouvent au voisinage de la solution de continuité. On fait de nouvelles injections. Les mouvements volontaires sont plus étendus; cependant, il y a encore prolapsus de la paupière gauche. Les organes des sens ont recouvré leurs fonctions, l'intelligence presque toute sa netteté.

Le 19, le cerveau remplit à peu de chose près la boîte crânienne. Le malade demande à uriner, à aller à la selle, à se lever. Le clignement existe des deux côtés; la pupille gauche est toujours dilatée.

Le 20, chaleur à la tête et à la peau; le pouls devient fort et fréquent.

Le 21 et le 22, aucun changement.

Le 23 survient un frisson qui dure une demi-heure et s'accompagne d'une forte chaleur; le pouls perd de sa fréquence; la langue est sèche. — Les plaies de la tête suppurent peu.

Dans la nuit du 23 au 24, délire, soupirs, bâillements, hoquet. — Légers frissons à six heures du matin, à une heure et à quatre heures du soir; 92 pulsations; cinq selles, miction involontaire. L'intelligence est nette.

Le 25, frisson à sept heures du matin; selles liquides et involontaires.

Le 26, plusieurs frissons dans la journée. La portion de dure-mère qui avoisine la plaie est saillante, rouge et ramollie; on la déchire avec des pinces, et l'ouverture donne issue à un peu de sérosité sanguinolente et à quelques parcelles de substance cérébrale.

Mort neuf jours après l'opération.

Autopsie. — Le crâne est partout très mince.

La dure-mère est grisâtre, imbibée de pus dans toute l'étendue du foyer, qui a dix centimètres d'avant en arrière et autant de haut en bas. On retrouve une autre couche de liquide entre cette membrane et l'arachnoïde, qui est fortement injectée. En outre, la dure-mère est décollée dans la fosse sphénoïdale jusqu'au voisinage du trifacial, en avant sur la région orbitaire, en arrière jusqu'au bord supérieur du rocher.

Le cerveau est sain dans toute son étendue, et ne présente aucune trace d'inflammation; seulement la partie correspondante à l'épanchement est ramollie, violacée: cette altération n'a pas un centimètre de profondeur.

Le rocher est noirâtre sur sa face supérieure, et renferme du pus dans ses cavités intérieures.

Sérosité assez abondante dans le péricarde et les plèvres; le cœur est pâle, flasque, et le peu de sang contenu dans son ventricule gauche est noir et peu consistant.

On ne découvre aucun abcès métastatique; cette circonstance vient enlever aux frissons qui avaient précédé la mort une partie de la signification qu'on leur avait accordée.

Que le malade ait succombé à une méningo-encéphalite locale, ou bien, comme le pense M. J. Roux, à une infection purulente, toujours est-il qu'il ne viendra à l'idée de personne de nier que l'opération n'ait retardé la mort de Ballestra et n'ait donné de grandes chances de guérison. Cela établi, nous pouvons, ce nous semble, tirer de ces faits les conclusions suivantes:

1° Les signes d'un épanchement de sang intra-crânien peuvent être assez positifs pour permettre de diagnostiquer l'existence de cet épanchement et d'en indiquer le siége.

2° Une collection sanguine accumulée sous la voûte du

crâne peut, par sa seule action mécanique, enrayer l'action des centres nerveux et déterminer la mort. La trépanation soustrait le blessé à cette action compressive, assez immédiatement mortelle.

3° Il n'est pas démontré que l'opération mette le malade dans des conditions plus défavorables relativement à l'invasion de l'inflammation consécutive de l'encéphale, que le séjour d'un épanchement considérable de sang sur cet organe.

Il y a des différences assez prononcées entre ces propositions et celles posées par M. Malgaigne, un des adversaires les plus déterminés du trépan appliqué aux plaies de tête. Pour nous, dit M. J. Roux, qui avons pratiqué avec succès la trépanation mastoïdienne dans un cas d'épanchement séro-purulent dans le crâne, et qui n'avons dû, cette fois, notre échec imprévu qu'à un accident qui peut survenir après toutes les opérations, nous accordons à la trépanation beaucoup plus de confiance que ce chirurgien, qui a défendu son dire, il faut le reconnaître, avec un talent remarquable.

F. C.
Chirurgien de la marine.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 mars 1849. — Présidence de M. Velpeau.

M. le secrétaire annuel a la parole pour la lecture du procès-verbal, qui est lu et adopté sans discussion.

En l'absence de M. Fréd. Dubois, M. le secrétaire annuel procède au dépouillement de la correspondance, qui comprend;

1° Une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'une recette spécifique contre le choléra.

2° Lettre du même ministre, avec envoi de trois rapports du médecin des épidémies de l'arrondissement d'Arras, au sujet d'une épidémie de typhus qui a régné à Metz en Couture et à Vailly, dans le courant de l'année 1848, et d'une autre épidémie de variole dont la commune de Souastre a été affligée pendant la même année.

3° Lettre du même ministre, demandant à l'Académie son avis sur des ceintures dites *ventrières*, qu'un industriel présente comme pouvant être d'une grande utilité en chirurgie.

4° M. le Dr Beaurepaire, médecin à Durtal (Maine-et-Loire), envoie des observations sur le choléra-morbus, avec l'indication d'un nouveau moyen propre à combattre cette maladie. Ce moyen consiste à administrer 120 grammes d'eau distillée de fleurs d'oranger chaque vingt-quatre heures, à partir du début du choléra. L'auteur cite sept malades atteints de choléra sporadique, et qui ont été guéris par ce moyen. (*Voir* pour plus de détails à la Revue thérapeutique.)

5° M. Ravin, correspondant de l'Académie, annonce que le choléra vient d'éclater à Gamaches, village situé à deux lieues de la ville d'Eu.

— M. Caventou lit un rapport sur une analyse d'eaux minérales sulfureuses situées dans la commune de Bastens. La commission n'a pas trouvé dans ces eaux des principes minéralisateurs en quantité suffisante pour conseiller à l'autorité d'accorder une autorisation d'exploitation. (Adopté.)

— L'ordre du jour appelle la discussion du projet d'instruction de la commission du choléra.

M. Gibert a la parole. A ma connaissance, sept cas de choléra asiatique bien caractérisé ont été observés à l'hôpital Saint-Louis depuis une quinzaine de jours.

Il est remarquable que l'épidémie a fait invasion à Paris dans le même mois, par le même vent, et à peu près à la même température qu'en 1832.

Pour ma part, à dix-sept ans de distance, c'est, non pas à la même date, mais le même jour (jeudi de la mi-carême), que j'ai vu les premiers cas de choléra.

Le premier malade observé à Saint-Louis est une femme qui a succombé rapidement dans les salles de chirurgie.

Le second est un jeune homme convalescent d'une pneumonie qui était traité chez un employé demeurant dans l'hôpital, et qui a également succombé.

Deux autres cas, terminés heureusement se sont ensuite présentés dans un salle de femmes (médecine).

Deux cas enfin dans ma salle d'hommes, dont l'un a été mortel en moins de vingt-quatre heures.

Tous ces cas se sont développés à l'hôpital même, chez des individus déjà en traitement pour des affections étrangères au choléra.

Le septième cas, au contraire, est une malade venue du dehors et entrée hier seulement.

Les deux malades que j'ai observés ont été pris presque en même temps, à la suite d'une journée froide et brumeuse où régnait le vent du nord.

Le malade qui a succombé était un vieillard en convalescence d'une pleuropneumonie, à la suite de laquelle le poumon droit était resté engorgé. Cependant, toutes les fonctions s'étaient rétablies. Cet homme se levait, mangeait, se disposait depuis assez longtemps déjà à quitter l'hôpital, où le retenait plus encore la misère que la maladie, lorsqu'il commença à vomir dans la nuit du mercredi au jeudi de la semaine dernière. Ce convalescent ne s'était plaint, la veille ni les jours précédents, d'aucun dérangement dans la santé, et cependant il paraît certain qu'un peu de diarrhée (dont il n'avait rien dit) avait, chez lui comme chez le malade suivant, précédé de deux ou trois jours l'invasion des accidents cholériques.

A la visite du jeudi matin, il était froid, bleu, sans pouls ni voix; les urines supprimées, la langue froide au toucher, les yeux profondément excavés... Il succomba dans la nuit suivante sans avoir pu être tiré de la période algide, et cyanosé, n'ayant guère eu que des vomissements bilieux.

L'autopsie montra la congestion sanguine générale des viscères abdominaux ordinaire en pareil cas, du sang liquide et noir en grande quantité dans le cœur; une énorme quantité de bile verdâtre très liquide et presque aqueuse dans la vésicule biliaire; quelques ecchymoses dans l'intestin grêle; quelques follicules isolés très développés à la fin de l'iléum, la vessie vide et contractée, etc.

Le jeune homme pris dans la matinée du mercredi était arrivé le soir à la période de réaction, qui continuait à la visite du matin. La convalescence n'est pourtant pas encore décidée, car il y a encore de la disposition au vomissement et de la diarrhée; le ventre est ballonné; mais le pouls, la chaleur de la peau, les urines, sont bien rétablis. Peut-être y aurait-il lieu de craindre une terminaison typhoïde.

Au total, sur sept cas, nous comptons trois décès; mais deux cas au moins se présentaient dans des conditions défavorables.

J'arrive maintenant au projet d'instruction préparé par la commission. Ce n'est pas sans étonnement que j'ai entendu dans la dernière séance reprocher à la commission de n'avoir dit que des choses simples, banales, vulgaires; mais qu'importe, si elles sont justes? Quant à moi, je dirais volontiers: plus elles sont simples, plus elles sont banales, plus elles sont vulgaires, meilleures elles sont; car en définitive, c'est surtout au peuple qu'elles s'adressent; plus elles seront à sa portée, plus elles produiront de bien. J'appuie donc de tout mon pouvoir le projet de la commission. J'ai seulement une petite observation de détail à faire; c'est que le projet d'instruction donne comme des boissons sans inconvénients le cidre et la bière, et que je ne sais pas trop si en effet l'usage de ces boissons ne serait pas plus nuisible qu'utile.

M. Royer-Collard. Je ne partage pas tout à fait l'opinion de M. Gibert. Je comprends très bien qu'un corps institué auprès de tel ou tel ministre rédige des instructions populaires quand elles lui sont demandées; mais je crois que la mission de l'Académie, qui est le premier corps savant médical du monde, est d'envisager la question d'un point de vue plus élevé, de l'étudier au point de vue scientifique. L'Académie, par exemple, devrait étudier la question de la contagion, du mode de propagation de la maladie, voir si le choléra de 1849 offre bien les mêmes caractères que celui de 1832, rechercher les causes de la gravité évidemment moindre du premier que du second, montrer que ce n'est pas la misère qui produit la maladie, mais bien les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se placent les individus des classes peu aisées. Voilà ce que l'Académie devrait faire, afin qu'on ne puisse pas dire qu'une montagne de médecins distingués a accouché d'une instruction de garde-malade.

M. Martin-Solon. La commission ne s'est point dissimulé l'intérêt qu'il y aurait eu à présenter à l'Académie un travail scientifique complet sur divers points de l'histoire du choléra. La commission aurait été tout à fait disposée à entreprendre ce travail; mais pour cela il lui fallait des documents; beaucoup de ces documents sont arrivés à l'autorité, et jusqu'à présent on a soigneusement empêché qu'ils ne parvinssent à l'Académie. Aussi la commission est-elle décidée à aller recueillir elle-même ces documents sur les lieux toutes les fois que cela lui paraîtra nécessaire. Mais en attendant qu'elle soit en possession de tous les faits qui lui sont nécessaires pour étudier la question au point de vue scientifique, la commission a pensé qu'il était de son devoir de prévenir la population sur les dangers qui la menace, et de lui indiquer les moyens de les éviter.

M. Piorry rend compte des faits de choléra qui ont été observés à la Pitié et insiste surtout sur cette circonstance que les cas qui se sont développés dans l'hôpital ne se sont manifestés qu'après l'entrée d'un cholérique venu de dehors. Il fait observer aussi que les deux malades qui ont été atteints dans son service étaient couchés dans les lits les moins bien aérés.

Au moment où M. Piorry se dispose à décrire les lésions trouvées à l'autopsie, un violent tumulte s'élève dans l'Académie; plusieurs membres rappellent l'orateur à la question.

M. Piorry cherche en vain à prouver qu'il est dans la question; il crie au président de rappeler les interrupteurs à l'ordre. M. le président agite vivement et sans interruption la sonnette afin d'empêcher M. Piorry et tous les autres membres de parler; enfin, après une assez longue lutte entre la sonnette du président et la voix des orateurs, le calme se rétablit; M. le président engage M. Piorry à se renfermer dans la discussion du projet d'instruction, sauf à communiquer plus tard à l'Académie les faits qu'il aura pu observer.

M. Piorry. Les faits que j'ai cités tendent à prouver le mode de propagation par contagion et l'influence fâcheuse de l'encombrement; il me semble qu'il est impossible d'être plus dans la question, puisque le commencement de l'instruction proposée par la commission nie précisément la contagion. Quant à l'encombrement, le projet d'instruction en signale les dangers, mais sans y insister assez.

M. Rochoux. Messieurs, il s'agit d'une instruction populaire sur le choléra; c'est donc elle qui doit surtout vous occuper, et une digression n'est tolérable qu'autant qu'elle peut jeter quelque lumière sur le sujet soumis à votre examen: c'est la règle dont je chercherai à ne pas m'écarter.

Nous devons, assure M. Gibert, dire ce que nous savons. Oui; mais nous ne devons pas dire ce que nous ne savons pas, puisque nous n'avons pas la moindre connaissance des causes du choléra; donc il nous est impossible de rien conseiller de rationnel par rapport à sa prophylaxie. En voici la preuve: Le choléra ne nous vient pas des bords du Gange, bien qu'il s'y soit montré avant de paraître chez nous. En effet, si des effluves miasmatiques étaient la cause de cette maladie, elle se serait répandue de proche en proche en rayonnant, sans laisser aucun lien intermédiaire sain; au lieu de cela, elle saute brusquement à de grandes distances en laissant intactes des provinces entières. Il serait d'ailleurs impossible qu'un foyer d'infection, quelle que fût son énergie, fit sentir son action à plusieurs milliers de lieues de distance. La connaissance de la loi de la dispersion des miasmes, dont la masse et par conséquent l'action diminuent en raison directe du cube des distances, ne permet pas de penser autrement. D'un autre côté, le choléra n'est aucunement contagieux; tous les observateurs sont d'accord à cet égard. Vous le voyez, nous ne savons rien sur la manière dont il se propage. Peut-être, cependant, faut-il faire exception au sujet des logements exposés au nord, qui, en 1832, ont donné, proportionnellement aux autres, plus de malades dans les dortoirs de Bicêtre et la caserne de Courbevoie. Puis donc que l'étiologie du choléra nous échappe depuis *a* jusqu'à *z*, je dirais, si l'on me chargeait de rédiger une instruction sur sa prophylaxie: Quand les causes du mal me seront connues, je dirai comment on peut s'en mettre à l'abri. Jusque-là, à la grâce de Dieu.

M. Bouvier insiste à son tour sur la moindre rapidité d'extension du choléra de 1849, comparé à celui de 1832.

M. H. Gaultier de Claubry. Quoique la discussion actuellement pendante soit surtout du ressort des médecins, je pense que l'Académie me permettra de prendre la parole pour lui montrer un appareil construit par les soins de l'administration, adopté par le conseil de salubrité de la ville de Paris, et qui me paraît propre à rendre des services dans les circonstances où nous nous trouvons.

Cet appareil, que M. Gaultier décrit en détail, est une sorte de réchaud en tôle, analogue à l'appareil ordinaire à fumigations, qui permet de chauffer à 40 ou même 60°, en cinq à six minutes, la couche d'air qui entoure le malade dans le lit, ou lorsqu'on soulève les couvertures avec un cerceau.

En terminant, il donne son approbation complète au projet de la commission.

M. Castel engage la commission à insister sur les bons effets de l'eau prise en quantité considérable.

M. Roux voudrait qu'au lieu de discuter ainsi d'une manière générale, on mît aux voix l'instruction de la commission.

M. Bussy. Avant de mettre aux voix les paragraphes de l'instruction, il me semble qu'il conviendrait d'abord de voter sur la forme même que l'on devra donner à cette instruction. S'adressera-t-elle simplement au peuple, ou au contraire aux médecins eux-mêmes? Quant à moi, je suis pour cette dernière forme, et je crois qu'on doit mettre de côté le projet de la commission pour en préparer un second plus scientifique.

M. le président met aux voix la proposition de M. Bussy, qui est repoussée à une grande majorité.

M. J. Guérin fait lire une note dans laquelle il insiste surtout sur la constance de la diarrhée, comme prodrome du choléra, et sur la facilité de guérir cette diarrhée, et de prévenir ainsi l'attaque confirmée du choléra.

M. Martin-Solon lit les passages de l'instruction où l'on insiste sur ce prodrome. Il convient seulement qu'il vaudrait mieux le placer en première ligne.

M. Nacquart. L'Académie de médecine n'est pas l'Académie de Paris, mais bien l'Académie nationale de France. Je voudrais donc que l'instruction s'adressât moins exclusivement à la population de la capitale, et qu'elle parlât à la France tout entière.

M. Martin-Solon. L'instruction sera modifiée dans le sens indiqué par M. Nacquart.

M. Lagneau. L'instruction défend les légumes aqueux. Je crois que c'est à tort; car une grande partie de la population en France se nourrit principalement, et sans inconvénients, de légumes aqueux. Je crois donc qu'il faudrait dire que les légumes aqueux seront pris en quantité modérée, surtout *lorsqu'on n'en fait pas usage habituellement.*

Je dirai l'inverse pour la bière et le cidre, que la commission a jugés être des boissons saines. Je pense au contraire que le cidre surtout peut avoir des inconvénients pour les personnes qui n'en ont pas l'habitude.

Plusieurs membres voudraient que l'on supprimât le paragraphe où l'on indique les soins qu'il y a à donner aux cholériques une fois que l'attaque est confirmée.

M. Barthélemy. Je crois au contraire qu'il est indispensable de conserver ce paragraphe. Dans beaucoup de localités de la France, le médecin ne peut arriver auprès de ceux qui l'appellent qu'après plusieurs heures; il est donc très utile d'instruire les personnes qui entourent les malades des premiers soins qu'il convient de leur donner, après leur avoir recommandé toutefois d'appeler le médecin dans le plus bref délai possible. (Ce paragraphe est conservé.)

M. Desportes voudrait qu'on signalât spécialement l'utilité qu'il y aurait à désinfecter les lieux d'aisance d'après les moyens récemment indiqués.

M. Renaud. Il est avéré aujourd'hui que les chlorures dont on a fait tant de bruit ne sont absolument d'aucune utilité pour préserver des atteintes du choléra, non plus que d'autres maladies. Je voudrais qu'on n'en conseillât point l'usage dans l'instruction.

M. Nacquart. A l'appui de ce qu'a dit M. Renaud, je rappellerai que la petite ville de Chauny, où se fabriquent la plupart des chlorures qui se trouvent dans le commerce, a été décimée en 1832 par le choléra.

M. Bégin. Il faut distinguer deux modes d'emploi très différents des chlorures: les chlorures en fumigations et les chlorures comme moyen de lavage; et pour détruire les émanations qui peuvent se dégager de différents lieux où séjournent des matières végéto-animales, je crois que, si le premier mode d'emploi des chlorures est inutile, le second doit être conservé.

Tous les paragraphes de l'instruction sont successivement adoptés avec les modifications demandées par MM. Lagneau, Renaud, Bégin et Desportes.

— M. Gibert présente un exemple remarquable de lèpre des colonies (éléphantiasis anesthétique), lèpre dont les médecins anglais et norwégiens ont voulu faire une espèce particulière d'éléphantiasis.

Le sujet présenté par M. Gibert, entré depuis peu dans ses salles de l'hôpital Saint-Louis, est un homme qui a habité

longtemps la Guadeloupe, où il a contracté sa maladie.

Des taches très remarquables existent aux jambes, les unes noirâtres et comme fuligineuses (les rabbins comparaient ces taches à une *ombre*), les autres d'un rouge obscur et éteint, un peu brunâtre, assez semblables, ainsi que le dit Schilling, à des traces de brûlure, toutes insensibles à la piqûre, tandis que la peau du voisinage conserve toute sa sensibilité.

Ce sont ces taches que Schilling regarde comme le point de départ des *tubercules* lépreux, mais qui, d'après M. Gibert, peuvent aussi succéder à la résolution des noyaux indurés. Hippocrate les désignait sous le nom de *mélas* (par opposition aux taches blanches de l'*alphos* et du *leuce*); les Arabes les ont indiquées sous le nom de *morphée*.

Cet homme offre en outre une tuméfaction des éminences surcilières, des pommettes, des ailes du nez, qui rappellent la physionomie connue du lépreux, et qui, d'après les renseignements fournis par le malade, seraient les restes d'indurations tubéreuses résolues.

M. Gibert va traiter ce malade au moyen de l'écorce et du suc d'*assacou*, qui ont été envoyés du Brésil à l'Académie par les soins de l'autorité administrative.

Revue thérapeutique.

Emploi du sesquichlorure de carbone dans le traitement du choléra.

Quoique ce médicament ait le tort d'avoir été publié d'abord dans un journal politique, nous croyons cependant utile de le faire connaître à nos lecteurs. En présence des tristes résultats de la thérapeutique mise en usage jusqu'à présent, on ne saurait dédaigner aucun moyen nouveau.

Celui-ci a été indiqué par M. Troschel à M. Koreff dans une lettre particulière. M. Koreff, d'après cette lettre, donne les détails suivants :

M. le docteur Troschel, médecin en chef d'un hôpital consacré aux malades affectés du choléra, à Berlin, a eu l'obligeance de m'écrire, le 20 septembre 1848, qu'il avait obtenu, dans beaucoup de cas, des résultats fort satisfaisants dans la période algide du choléra, par l'emploi du *carbo-trichloratus*. Il avait appris l'existence de ce nouveau médicament par le rapport du docteur King, dans le *Medical Times* (août 1846), qui l'avait employé dans le choléra sporadique. Cette substance avait été déjà employée antérieurement, dès 1843, par plusieurs médecins de Londres, à l'intérieur, comme irritant et antiseptique. Le docteur King avait donné ce médicament à la dose de quatre à huit grammes en solution. Cette substance était, au commencement, d'un prix élevé, et n'en ayant qu'une petite quantité à sa disposition, M. Troschel l'a donnée à la dose modique de 25 centigrammes, répétée toutes les demi heures ou toutes les deux à trois heures, selon les circonstances; et, malgré la modicité de ces doses, il a réussi, dans beaucoup de cas, à rompre et à raccourcir la période asphyxique du choléra. Il l'a administrée sous forme de poudre. Son goût est fort agréable. On l'enveloppe dans du papier pénétré de cire pour l'envoyer dans les provinces. Très souvent la période algide a été vaincue dans peu d'heures; une réaction vive a été provoquée, qu'on a combattue par les moyens usités. M. le docteur Troschel m'écrit que de tous les moyens connus jusqu'à présent, et qu'on avait tous expérimentés à Berlin, il n'en connaît pas de meilleur pour ranimer les cholériques engourdis dans la première phase de cette terrible maladie. Son action spécifique paraît s'exercer uniquement sur l'asphyxie cholérique.

Pour la composition de cette substance, il m'avait communiqué la formule (C 4 C I 12), d'après le *Manuel de Chimie* de Mitscherlich (4e édition, vol. I, pag. 443, § 600. Berlin, 1844).

M. Koreff termine en faisant observer que cette formule ne paraît pas être la vraie, et en invitant tous les pharmaciens à se pourvoir de ce médicament.

Eau de fleurs d'oranger contre le choléra.

M. le docteur Beaurepaire nous écrit une lettre dans laquelle il résume les observations qu'il a transmises à l'Académie sur le traitement du choléra; nous croyons devoir la reproduire.

Monsieur le rédacteur,

Vendredi 16 mars, j'ai envoyé à l'Académie nationale de médecine sept observations de choléra morbus : la première tenait au choléra épidémique de 1832, qui régnait encore à Angers en 1834. C'est ce premier cas de choléra que j'imaginai de traiter par l'eau distillée de fleurs d'oranger à forte dose.

Je l'administrai dans ce premier cas à la dose de 120 grammes, en deux doses égales, à demi-heure de distance chaque dose.

Dans les six autres cas le mode d'administration a peu varié. La réussite dans tous les cas a dépassé mes espérances; elle a été complète, comme vous pourrez le voir par mon Mémoire; la plupart des cas étaient graves.

Une réaction favorable s'est toujours opérée d'une heure à deux heures après la prise de la première dose du remède : tous les accidents cessaient, et les malades pouvaient dès lors être considérés comme en pleine convalescence; la guérison était aussi rapide que l'invasion du mal sans qu'aucun accident ne soit venu l'entraver.

Ce moyen réussira-t-il aussi efficacement contre le choléra épidémique que contre le choléra sporadique? Le résultat de la première observation donne lieu de l'espérer. C'est donc un appel à l'expérience que je fais.

De l'iberis amara ou passerage.

Le professeur Williams, médecin de l'hôpital Saint-Thomas, a constaté les bons effets de cette plante contre l'asthme, la bronchite, l'hydropisie et surtout l'hypertrophie du cœur. Elle ne diminue pas le nombre des pulsations comme la digitale; mais elle modère leur violence, ce qui la rend très recommandable dans l'hypertrophie avec hydropisie. Un autre médecin anglais, le docteur Sylvestre, lui attribue des propriétés spécifiques analogues à celles de la digitale et de la belladone; il la considère également comme un des moyens les plus propres à régulariser les battements du cœur. Ces deux praticiens prescrivent l'ibéris amara en poudre, associée à la crême de tartre, dans le but de dissimuler son goût nauséeux et en même temps de faciliter sa trituration. Elle détermine quelquefois des nausées, des étourdissements et de la diarrhée; mais on fait rapidement cesser ces accidents en suspendant son emploi pour quelques jours. — Ces essais des deux médecins anglais semblent devoir ouvrir la voie à de nouvelles recherches cliniques sur une plante qui a été très anciennement employée, puisque Pline en fait mention comme d'un remède éprouvé contre la goutte.

L'*iberis amara* ou *lepidium iberis*, *lepidium hortense*, connue sous le nom de *passerage*, est une plante de la famille des crucifères. Toute cette plante a une forte odeur de cresson, ce qui lui a fait donner le nom de *cresson sauvage*. Elle vient communément dans les lieux incultes, dans les décombres et le long des chemins des pays méridionaux de la France. On la cultive, du reste, dans les jardins pour ses belles fleurs blanches. On l'a recommandée, de temps immémorial, contre la goutte et particulièrement contre la sciatique. C'est probablement à cause de son efficacité contre cette dernière affection que les anciens botanistes l'ont désignée sous le nom d'*iberis sciatica*. Voici comment on l'appliquait pour calmer les douleurs de la sciatique. On pilait avec de la graisse ou du beurre une certaine quantité de sa racine fraîchement récoltée; on appliquait ce mélange sur tout le membre, particulièrement sur la cuisse, et on l'y laissait pendant quatre heures. Après l'avoir ôté, on mettait la jambe dans le bain; on la frottait ensuite avec de l'huile et du vin, puis, après l'avoir essuyée, on l'enveloppait de flanelle. Cette application du passerage produit un certain degré de rubéfaction de la peau.

A côté de l'*iberis amara*, nous rangerons le *lepidium vulgare* ou *latifolium*, espèce tout à fait voisine, également désignée sous le terme générique de *passerage*. Les propriétés de ces deux plantes sont tellement identiques qu'on les employait à peu près indifféremment l'une pour l'autre.

Les auteurs anciens les recommandent comme incisives dans les affections hypochondriaques, et particulièrement pour combattre les obstructions du foie. Ettmuller met le passerage au rang des principaux antiscorbutiques. On reconnaissait en outre à cette plante des propriétés diurétiques très prononcées. On prescrivait aux hydropiques les feuilles de passerage desséchées et réduites en poudre à prendre tous les matins à jeun dans du vin blanc à la dose d'une once et demie (45 grammes). Les propriétés diurétiques de cette plante peuvent être utilisées dans les affections du cœur, comme l'ont fait les médecins anglais cités plus haut, aussi bien que dans les autres affections susceptibles de donner lieu à l'anasarque. Il y aurait donc utilité à se livrer à de nouveaux essais sur les propriétés du passerage, qui a été rayé, on ne sait trop pourquoi, de la liste des médicaments après y avoir figuré avec honneur pendant vingt siècles.

Ajoutons que dans le Danemark le passerage est utilisé comme condiment. On en mêle le suc avec du vinaigre, ou bien on jette du vinaigre sur ses feuilles hachées fort menu pour en faire des sauces aux viandes rôties. (*Journ. des Conn. médico-chirurg.*)

CORRESPONDANCE.

Traitement du choléra.

Monsieur le Rédacteur,

Le choléra est à Paris, et probablement les médecins de la capitale seront aussi embarrassés que nous l'avons été.

L'épidémie est différente de celle de 1832, et le traitement qui réussissait alors ne nous a cette fois fait éprouver que des déceptions. Tous les traitements, soit l'ipéca, les boissons chaudes, les bains, etc., ont guéri quelques malades; mais tous ceux qui ont pris de l'opium ou tout autre hyporatique ont eu une réaction terrible, et sont *tous morts* avec une méningite ou méningo-encéphalite. Le traitement qui a complètement réussi a été le suivant. Aussitôt que nous étions demandés, nous faisions entièrement déshabiller le malade et nous l'enveloppions dans une ou deux couvertures de grosse laine; de la glace par petits morceaux continuellement dans la bouche avec recommandation de les avaler quand ils étaient assez petits; privation de boissons ou tout au plus une cuillerée d'eau de Seltz par heure, malgré les prières et les cris du malade.

Un demi-lavement émollient chaud d'heure en heure, ou toutes les deux heures, sans découvrir le malade; on le frictionnait avec la laine d'enveloppe ou avec le liniment ammoniacal, principalement sur l'abdomen. Sinapismes *loco dolenti* soit à l'épigastre, soit aux mollets. Les vomissements s'arrêtaient très vite ainsi que les selles. Tout en continuant la couverture et la glace, on donnait alors un lavement avec du sulfate de soude pour maintenir une selle de temps à autre, sous peine de voir revenir les vomissements et le froid. Alors aussi nous permettions une cuillerée d'eau de Seltz toutes les demi-heures; et si, malgré notre défense, le malade avait le malheur de boire davantage, les vomissements le reprenaient aussitôt.

Le même traitement persistait pendant la réaction, jusqu'au moment où les selles *se coloraient*. Souvent à ce moment, craignant une trop vive réaction au cerveau, on appliquait six sangsues aux apophyses mastoïdes. Une cuillerée à café de bouillon toutes les heures, et seulement pendant le jour. En augmentant le surlendemain avec un peu d'eau panée et très lentement, nous arrivions à dépasser le bouillon, en ayant toujours soin de maintenir la liberté du ventre, soit par lavements simples, soit purgatifs, pour avoir au moins une selle le jour et une la nuit. Le calomel nous a été fort utile à ce dernier moment de la maladie. La croyance vulgaire que le café, le vin chaud épicé, etc., étaient de bons moyens, a coûté la vie à bien des personnes.

Le nombre de cholériques que nous avons eu à traiter dans cette localité est d'environ 150.

Agréez, etc.

Dehenne et Demeunynck,
Docteurs en médecine à Bourbourg (Nord).

NOUVELLES.

Mutations dans le corps des officiers de santé. — Par décision du 9 mars :

M. Casse, chirurgien aide-major au 60e, passe au 18e de ligne.

M. Deschamps, chirurgien aide-major au 30e de ligne, passe au 11e léger.

— Par décision du même jour, les chirurgiens sous-aides dont les noms suivent ont été commissionnés chirurgiens aides-majors, savoir :

MM. Moretti, de l'hôpital militaire de Rennes, au 13e de ligne.
Servy, id. de Valenciennes, au 31e de ligne.
Leclerc, id. de Thionville, au 70e de ligne.
Dolisy, id. de Givet, au 9e dragons.
Limayrac, id. de Marseille, au 36e de ligne.
Delaunay, id. de Lyon, au 14e de ligne.
Pomonti, id. de l'Ile-d'Oléron, au 16e de ligne.
Combes, id. de La Rochelle, au 17e de ligne.
Reju, id. de Perpignan, au 53e de ligne.
Courboulis, id. de Toulouse, au 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique.
Laferon, id. de Bayonne, au 43e de ligne.
Laparra, id. de Toulon, au 20e léger.

(*Moniteur de l'armée.*)

Nous croyons devoir recommander à nos confrères le Gluten granulé perfectionné de MM. Durand et Manchion dont l'usage est maintenant très répandu. Ces fabricants fournissent la majeure partie des hôpitaux civils de Paris, l'infirmerie des Invalides, etc.

Cette pâte est très agréable au goût; elle est d'une digestion facile et convient surtout aux personnes affaiblies par l'âge, les travaux et les maladies; aux convalescents, aux enfants, aux nourrices et aux jeunes gens dans l'âge de croissance.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 24 MARS 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 35.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris. . . .	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements.	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger. . .	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 23 MARS 1849.

Marche du choléra.

L'épidémie, après une durée de moins de quinze jours, pendant lesquels elle a sévi avec une intensité des plus modérées, semble déjà ralentir sa marche et toucher à sa période de déclin.

A l'Hôtel-Dieu et dans quelques autres hôpitaux, aucun nouveau cas ne s'est montré depuis hier (1). Cependant cette heureuse suspension n'est pas générale, et elle pourrait bien n'être qu'une de ces intermittences qu'il n'est pas rare d'observer dans le cours des épidémies, et du choléra en particulier. A la Charité, par exemple, trois nouveaux cas ont eu lieu depuis avant-hier; trois autres se sont montrés au Val-de-Grâce, quelques-uns au Gros-Caillou, deux à l'hôpital des Cliniques, et nous en avons vu deux en ville.

Une circonstance cependant nous porte à croire que la déclinaison définitive de la maladie ne saurait être éloignée. C'est le nombre assez considérable de cholérines que nous avons observées depuis quelques jours; or toutes les épidémies, à de très rares exceptions près, ont un diminutif qui leur sert presque toujours de terminaison ou de queue, comme on le dit vulgairement. Mais si le nombre des cas semble diminuer, ceux-ci ne paraissent en rien perdre de leur intensité. Le dernier malade entré à l'Hôtel-Dieu est mort en moins de vingt-quatre beures; celui qui s'est manifesté avant-bier à la Charité a succombé dans le même temps; les deux nouveaux cas développés en ville ont succombé plus promptement encore, et enfin l'un des deux de la Clinique est entré à dix heures du matin, et mort à sept heures du soir. Parmi les particularités que nous avons déjà signalées dans l'épidémie actuelle, l'une des plus remarquables sera certainement cette gravité excessive comparée au petit nombre d'individus atteints. Ordinairement l'extension d'une épidémie est en rapport direct avec sa gravité; dans l'épidémie actuelle, c'est l'inverse qui aura lieu. Jusqu'à présent tout porte à croire que la mortalité, eu égard au nombre des individus atteints, sera plus grande qu'en 1832.

Nous avons cru utile d'insister un instant, dans notre dernier numéro, sur quelques faits à l'aide desquels des observateurs recommandables ont cherché à ébranler les opinions généralement établies et, nous osons l'affirmer, parfaitement exactes, touchant la non-contagion du choléra.

Nous exposerons aujourd'hui, non pas une opinion, mais quelques faits relativement à la question beaucoup plus obscure de l'encombrement. Nous ne voulons certainement pas nous élever contre l'opinion qui admet la fâcheuse influence de l'encombrement sur le développement du choléra. Cette opinion, d'après les faits qu'on a cités, semble presque aussi bien établie que celle de la non-contagion. Toutefois, il se passe en ce moment sous nos yeux un fait très remarquable, et qui semble indiquer que l'encombrement, de même que les autres mauvaises conditions, demande à être soigneusement étudié avant d'être apprécié avec une rigoureuse exactitude. Voici le fait dont nous voulons parler.

De toutes les fractions de la population de Paris, il n'y en a guère qui se trouvent dans d'aussi mauvaises conditions hygiéniques que celles des prisons, et spécialement de quelques-unes d'entre elles, telles que le Dépôt, la Force, les Madelonnettes, la Conciergerie. Chose remarquable, dans aucun de ces établissements le choléra n'a encore fait invasion. Deux seuls cas se sont développés à la prison de la Roquette (dépôt des condamnés), et un troisième dans la prison des jeunes détenus, situées toutes deux près du cimetière de l'Est, et en face l'une de l'autre. Ces trois cas se sont développés, non sur les détenus, mais sur leurs gardiens, qui se trouvent certainement dans des conditions plus avantageuses qu'eux.

Il y a là évidemment un sujet de sérieuses méditations, et nous le signalons à l'attention de tous les observateurs.

(1) Il paraît que depuis notre visite, faite à huit heures du matin, trois cas nouveaux sont entrés à l'Hôtel-Dieu.

Revue clinique hebdomadaire.

Maladies régnantes. — Dans notre dernière *Revue*, nous avons soulevé quelques questions d'un grand intérêt, relatives aux maladies régnantes. Parmi ces questions, il en est une que nous avons passée sous silence, et qui a été mise à l'ordre du jour dans quelques réunions savantes; cette question est la suivante: Les maladies sporadiqucs ordinaires sont-elles moins fréquentes et moins graves pendant la durée des épidémies que dans les temps ordinaires? Cette question a depuis longtemps été résolue affirmativement par la plupart des médecins des siècles passés, et spécialement par les épidémiologues; mais, il faut le dire, c'est moins par des faits bien observés et suffisamment nombreux qu'on a été conduit à cette solution que par des observations incomplètes et des vues théoriques. Si chaque médecin instruit voulait se donner la peine de faire le relevé exact de toutes les maladies qu'il est appelé à traiter, soit en ville, soit dans un hôpital, rien ne serait plus facile que dc résoudre scientifiquement et définitivement ce problème tant débattu. En l'absence d'un pareil concert de la part des médccins, on ne peut guère arriver qu'à des résultats très approximatifs; pour le moment, nous devons nous en contenter.

Dans les nombreux services que nous avons visités, nous n'avons pas vu que les maladies sporadiques fussent sensiblement moins fréquentes que dans les temps ordinaires, ni même moins graves. Les fièvres typhoïdes, les pneumonies, les pleurésies, les bronchites, les rhumatismes articulaires offrent les caractères qui leur sont propres dans tous les temps, pourvu toutefois qu'on ne donne pas le nom de pneumonies à ces maladies dites pneumonies catarrhales, et qui, ainsi que nous l'avons déjà dit, sont évidemment sous la dépendance d'une constitution médicale régnante.

Nous ne croyons pas cependant que, pendant une épidémie très grave et très générale, les pneumonies ou les fièvres typhoïdes soient précisément aussi fréquentes que dans un autre temps; mais il y a à cela une raison toute différente de celle qu'ont donnée les épidémiologues, et qui a trompé beaucoup de médecins. Lorsqu'une épidémie atteint un dixième de la population, par exemple, il est bien certain que dans ce dixième les maladies sporadiques ne pourront pas trouver prise; mais, dans ce cas, ce n'est point la maladie qui cesse de sévir, ce sont les victimes qui lui font défaut. Il est donc possible que, dans une épidémie comme le choléra de 1832 et la peste de Marseille, les maladies ordinaires soient devenues moins fréquentes, sans pour cela changer de caractère. Pour arriver à des conclusions précises, il faut, en temps d'épidémie, étudier le rapport des maladies sporadiques avec la population restée saine. En envisageant ainsi la question, l'auteur d'un excellent Mémoire (M. Fenger, de Copenhague) est arrivé à conclure que les épidémies ne changeaient en rien la marche, la fréquence, etc., des maladies ordinaires, et qu'elles ne faisaient qu'ajouter une mortalité accidentelle à celle qui est propre à ces maladies.

Nous ne terminerons pas ces remarques sans faire connaître avec quelques détails un fait des plus intéressants, venant à l'appui de l'opinion que nous avons émise sur l'existence d'une constitution médicale des plus prononcées. Ce fait, que nous devons à l'obligeance de M. Masselot, est un exemple des plus rares d'hémorrhagie intestinale idiopathique, c'est-à-dire en l'absence de toute lésion anatomique appréciable des membranes intestinales.

Hémorrhagie intestinale idiopathique rapidement mortelle. —Roussel, canonnier au 6e d'artillerie en garnison à Vincennes, de forte constitution, bien musclé, a été pris tout à coup, le 11 mars, au milieu d'une bonne santé, de vomissements bilieux, de céphalalgie, puis, bientôt après, de perte de connaissance. A ces premiers accidents succéda le délire et l'agitation. Le malade a été apporté à l'hôpital le 12 dans la soirée. Pendant la nuit du 12 au 13, délire continuel, cris, efforts pour sortir du lit, mouvements convulsifs dans les membres. Une saignée de 400 grammes a été faite au quartier, le 12. Dès l'entrée du malade, on prescrit 40 sangsues à appliquer successivement par 5 sur chaque apophyse mastoïde pendant la nuit.

Le 13 au matin, décubitus latéral, fléchi en Z; 60 pulsations; yeux fermés; photophobie, trismus, courbature, convulsions cloniques par moments, soubresauts dans tout le tronc, cris sourds par intervalles, efforts pour sortir du lit. On n'obtient pas dc réponses; pression douloureuse sur les apophyses épineuscs cervicales; main souvent portée au front; urines involontaires, constipation. — 20 sangsues immédiatement, et 40 dans la journée; sinapismes; glace; calomel, 1 gramme.

Le 14, nuit agitée, délire jusqu'à quatre heures du matin; calme depuis cette heure; 96 pulsations assez résistantes; pupilles contractées; langue bien tirée, blanche, ainsi que les gencives; pas de vomissements; réponses incohérentes; inspirations suspirieuses par intervalles; point de selles; secousses tétaniques des muscles du tronc et des membres; pas d'hypersthésie cutanée; pression sur les apophyses épineuses

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité élémentaire et pratique de pathologie interne, par M. Grisolle.

(Troisième édition.)

Il y a deux ans à peine que nous rendions compte dans ce journal de la 2e édition du livre de M. Grisolle, et qu'après avoir apprécié, d'une part le livre lui-même, d'autre part les modifications et améliorations introduites par l'auteur dans son œuvre, nous n'hésitions pas à prédire à cette seconde édition un succès aussi complet et aussi rapide qu'à la première. L'événement est venu réaliser nos prévisions, et nous avons aujourd'hui sous les yeux la troisième édition, qui n'est pas une simple réimpression du *Traité de pathologie interne.*

L'ordre suivi dans la distribution des matières n'ayant pas été changé, nous n'y reviendrons pas; nous avons déjà dit dans nos précédentes anatyses que M. Grisolle regarde la nosographie comme ne devant être, quant à présent du moins, ni exclusivement organique, ni exclusivement étiologique, ni exclusivement symptomatique, mais revêtir ce triple aspect; que, pour lui, la méthode mixte est celle qu'il faut suivre, à moins de tronquer la science ou de s'égarer dans les bypothèses les plus aventureuses; enfin que, se fondant sur ces principes, il a divisé les maladies en dix classes : 1° les fièvres; 2° les maladies constituées par un vice de proportion du sang; 3° les inflammations; 4° les hémorrhagies; 5° les sécrétions morbides; 6° les empoisonnements; 7° les lésions de nutrition; 8° les transformations organiques et les produits morbides accidentels; 9° les névroses; 10° les maladies propres à certains organes ou à certains tissus.

Cette classification est loin d'être irréprochable, l'auteur en convient; mais à quoi tiennent ses défauts, sinon à l'imperfection de la science? Les cadres nosologiques, disait Bayle, sont des moyens artificiels pour suppléer à la faiblesse de notre intelligence. C'est un échafaudage nécessaire, on ne peut s'en passer; ils changeront plusieurs fois encore; mais si l'on parvient un jour à établir une distributiou invariable, l'édifice de la science, dégagé des simulacres qui le représentent aujourd'hui, offrira un ensemble régulier, majestueux, inébranlable.

Laissons donc de côté, en attendant le temps heureux où la prédiction de Bayle sera réalisée, toute discussion sur les classifications et passons de suite à l'examen dcs additions qu'a faites M. Grisolle à cette troisième édition.

Peut-être ne nous sera-t-il pas très aisé de les mentionner toutes; elles sont en effet assez variées et portent sur la plupart des articles; nous signalerons en passant les chapitres sur le typhus, la dysenterie, l'hépatite, la syphilis et la gale comme ayant eu leur bonne part de ces révisions et de ces augmentations. Mais il est deux chapitres entièrement nouveaux et sur lesquels nous voulons fixer un instant l'attention, c'est le spasme de la glotte d'une part et la névralgie des mamelles.

Le spasme de la glotte, asthme thymique de Kopp, est une maladie spéciale à l'enfance, et dont l'existence a pendant longtemps, depuis 1829, été regardée comme fabuleuse par bien des auteurs. Aujourd'hui que, par un revirement assez étrange, on veut voir l'élément nerveux partout, et l'on sait ce que veut dire très souvent en pathologie cette expression, l'élément nerveux, voilà le spasme de la glotte relevé à la hauteur des maladies les plus connues, les plus certaines; loin de nous l'idée de nier absolument l'existence possible d'une constriction spasmodique et passagère du larynx, assez forte même pour déterminer quelquefois des accidents; mais, en vérité, nous ne pouvons être aussi effrayé que certains pathologistes de ces accidents, et nous avons quelque pcine à croire qu'aussi fréquemment ils aillent jusqu'à la suffocation et la mort. Si l'on réfléchit à la rareté de la mort pendant les accès d'affections bien autrement fréquentes et connues, l'épilepsie, l'éclampsie, etc., rareté telle que l'on compte dans la science les faits de cette nature, on sera bien moins porté à redouter la terrible terminaison dont semblerait menacer le spasme de la glotte si l'on s'en rapportait sans examen aux descriptions récentes de cette affection. D'ailleurs, pour expliquer la mort dans les suffocations dcs enfants, n'a-t-on pas une foule de maladies bien connues et parfaitcment étudiées, se manifestant par des phénomènes et des lésions appréciables et non douteux? Et, si l'on voulait arguer de l'absence de lésions anatomiques après la mort, ne sait-on pas que certaines affections, quelquefois, ne laissent pas de traces après la mort, l'œdème de la glotte, par exemple, lorsqu'il n'est encore que séreux? On le voit, tout en rendant justice à M. Grisolle pour la manière dont est étudiée cette maladie nerveuse dans son livre, tout en le louant de ne l'avoir pas passée sous silence, car elle devait avoir sa place dans un traité complet, nous ne partageons peut-être pas tout entières ses doctrines sur les dangers que peut offrir le spasme de la glotte.

Il n'en est pas de même du chapitre consacré à la névralgie mammaire, signalée par A. Cooper et M. Velpeau, et sur laquelle aussi se taisaient jusqu'à présent les traités de pathologie interne.

non donloureuses. — 3 vésicatoires aux mollets et à la nuque ; calomel, 1 gr. ; lavement sulf. de soude de 60 gr.

Le 15, 70 pulsations; facies meilleur, regard intelligent, réponses lucides ; urines volontaircs, constipation. — Potion gommeuse; calomel, 1 gr. ; lavement avec 60 gr. de sulfate de soude.

Le 16, nuit plus calme ; urines volontaires; 96 pulsations assez résistantes et tendues; face un peu animée; regard intelligent, lucidité; langue blanchâtre, humide; roideur cervicale; 30 inspirations. — Calomel, 1 gr.; 2 sinapismes; glace.

Mort subitement à neuf heures du soir.

Autopsie. — Pâleur remarquable de toute la surface du corps. Veines superficielles vides.

Tête. Les veines de la pie-mère ne renferment que fort peu de sang. L'on ne remarque pas de congestion capillaire anormale, et les saillies des circonvolutions cérébrales ne sont nulle part cachées par des plaques pointillées ou arborisées. La pie-mère s'enlève par grands lambeaux, sans entraîner de substance cérébrale. A la base du cerveau, la pie-mère, au niveau du troisième ventricule, est infiltrée d'une légère exsudation jaunâtre, plastique, qui, latéralement, gagne les deux scissures de Sylvius, et cesse d'exister sur les parties latérales. Sur toute la surface convexe du cerveau, on n'aperçoit que huit à dix taches d'un blanc jaunâtre, de 4 à 10 millimètres de longueur sur 2 à 4 millimètres de largeur, dues à une matière plastique siégeant dans la pie-mère sur le trajet des veines. Exsudation blanche, jaunâtre, assez épaisse, recouvrant le vermis supérieur du cervelet.

Les surfaces résultant des coupes pratiquées sur le cerveau n'offrent rien d'anormal ; pas de piqueté, pas d'altération de consistance ni de couleur.

Dans les cornes postérieures des deux ventricules latéraux, on trouve une petite quantité de sérosité louche et un léger dépôt de matière purulente verdâtre du volume d'un gros haricot. Parois des ventricules saines.

Moelle épinière. Toute la pie-mère sous-arachnoïdienne, postérieurement dans toute la longueur de la moelle, est infiltrée d'une matière blanc-jaunâtre, très consistante, dont l'épaisseur varie depuis 1 jusqu'à 6 millimètres, et augmente progressivement du sommet à la base. Arachnoïde et substance de la moelle saines.

Tube digestif. Estomac sain. Bonne consistance de la muqueuse, qui est généralement pâle. On voit seulement çà et là quelques taches lenticulaires, comme ecchymotiques.

Intestin grêle et gros. La surface extérieure est d'un rouge acajou, uniforme, plus foncé inférieurement. Quelques anses intestinales paraissent entièrement noires. Çà et là on voit des gaz dans l'épaisseur de la paroi de l'intestin.

Intérieur de l'intestin. A partir de 8 décimètres au-dessous de l'estomac jusqu'à l'anus, l'intestin grêle, ainsi que le gros intestin, contiennent du sang pur en grande quantité. Au commencement du tiers moyen de l'intestin grêle, le sang est pris en caillot consistant, qui remplit exactement le calibre de l'intestin auquel il adhère, et offre une longueur de 45 centimètres. Çà et là, dans le reste de la longueur, on trouve encore quelques caillots plus ou moins consistants, obstruant à peu près complètement l'intestin dans une longueur de 7 à 8 centimètres.

Toute la surface intestinale a été examinée avec grand soin à plusieurs reprises, avant et après le lavage, puis après avoir été soumise à la macération pendant vingt-quatre et quarante-huit heures; on n'a pas trouvé la plus légère érosion de la muqueuse. Celle-ci, uniformément colorée par une imbibition sanguine, était partout de très bonne consistance; les vaisseaux du mésentère et le réseau vasculaire des couches celluleuses qui séparent le péritoine, la tunique musculeuse et la muqueuse, sont gorgés de sang noir. Dans les deux derniers mètres de l'intestin, se voit une éruption psorentérique d'autant plus marquée qu'on approche plus près de la valvule iléo-cœcale, mais, en général, peu confluente. On compte onze plaques réticulées. Quelques-unes font un léger relief qui paraît dû à l'imbibition sanguine.

Les poumons, le foie, la rate et les reins sont sains, pâles, décolorés.

Presque pas de sang dans les cavités droites du cœur et les grosses veines. Rien dans les cavités gauches. Quelques ecchymoses lenticulaires sous le péricarde et sous les plèvres pulmonaires postérieurement.

Le sang est un peu poisseux, ainsi que les muscles, mais beaucoup moins que chez les malades atteints de choléra bien dessiné.

Il n'est pas sans doute bien utile de faire observer que l'hémorrhagie promptement mortelle observée chez ce malade n'est que l'exagération de ces pétéchies, de ces ecchymoses qui ont eu lieu chez un si grand nombre d'autres; il ne nous paraît donc pas possible de méconnaître là l'influence de la constitution médicale. Nous hésitons d'autant moins à nous prononcer dans ce sens, que le seul exemple mortel d'hémorrhagie intestinale idiopathique que nous ayons rencontré s'est précisément montré à l'hôpital Cochin en 1841, pendant l'existence d'une influence générale semblable et non douteuse. Beaucoup de malades, affectés de maladies diverses, offraient alors des pétéchies, des ecchymoses, de petites hémorrhagies, de même que beaucoup de malades actuels du Val-de-Grâce. Ces deux faits sont d'autant plus remarquables, que rien n'est plus rare, dans les conditions ordinaires, qu'une hémorrhagie intestinale idiopathique capable de compromettre la vie.

A propos des modifications si fâcheuses qui se sont produites à la surface des vésicatoires, nous avons signalé cette curieuse exception que ces modifications ne s'étaient jamais montrées dans les cas de méningite cérébro-spinale; l'exception n'était pas tout à fait aussi absolue que nous l'avions dit. La modification en question a eu lieu une fois chez un malade affecté de cette maladie.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les vésicatoires. — Il y a quelques mois déjà qu'un confrère, dont le nom nous échappe, envoya à l'Académie un mémoire dans lequel il préconisait l'usage des vésicatoires dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Ces vésicatoires, appliqués autour des articulations malades, enlevaient, suivant lui, les douleurs, le gonflement, et par suite l'élément fébrile. M. Martin-Solon, rapporteur de la commission chargée de rendre compte de ce mémoire, commença à expérimenter ce moyen, dont il fut, après deux expériences, obligé de suspendre l'usage, par suite de ces accidents si graves sur lesquels nous avons insisté et qui s'étaient développés chez un de ses malades. Nous avons assisté à une troisième, qui, par l'exacte ressemblance qu'elle a avec les deux premières, doit parfaitement suffire pour permettre d'apprécier la méthode.

Chez le dernier malade, qui se trouvait encore, il y a quelques jours, dans la salle Saint-Lazare, à l'Hôtel-Dieu, ainsi que chez les deux autres, les vésicatoires n'ont eu d'autre effet que de diminuer et quelquefois de faire disparaître momentanément la douleur rhumatismale. Quelques jours après l'application du vésicatoire, la douleur se reproduisait sur l'articulation *vésiquée*, et, le plus souvent dès le lendemain, la douleur, la rougeur et le gonflement apparaissaient sur une articulation différente. Nous avons vu poursuivre pour ainsi dire le rhumatisme d'articulation en articulation, sans pouvoir l'expulser définitivement ; toujours il reparaissait sur une ou plusieurs autres articulations que celle où le vésicatoire était appliqué actuellement, et la durée totale de la maladie n'était en rien modifiée.

D'après ces expériences, il nous paraît démontré que les vésicatoires n'ont pas plus d'avantages que les moyens habituellement mis en usage contre le rhumatisme articulaire, tandis qu'ils ont, au contraire, des inconvénients notablement plus grands.

Emploi du collodium contre les eschares du sacrum.— Personne n'ignore que les eschares du sacrum constituent une des plus graves complications des maladies aiguës parvenues à la période de convalescence. Bien des moyens ont été mis en usage pour prévenir ce fâcheux accident. De tous ces moyens, le meilleur, sans contredit, est celui qui permet de changer le plus souvent possible les points sur lesquels repose la masse du corps; car c'est surtout à la pression trop prolongée sur un même point qu'est due la mortification des tissus. Il n'y a guère qu'un lit mécanique qui puisse remplir cette première indication; cependant, les coussins à air, de différentes formes, peuvent le remplacer, dans certaines limites, et pourvu qu'on ait soin de les changer souvent de place. Ces deux moyens sont malheureusement d'un emploi trop dispendieux pour pouvoir devenir d'un usage général dans les hôpitaux ou dans la clientèle peu aisée. Il serait donc de la plus grande utilité de pouvoir les remplacer. Parmi les moyens que l'ou a proposés dans ce but, la plupart ont pour objet de garantir la région sacrée ou les autres régions sujettes aux eschares des frottements contre les draps de lit, frottements qui contribuent pour une bonne part à la production des eschares; c'est ainsi qu'on a proposé de saupoudrer les draps de lycopode, de son, etc., de recouvrir le sacrum ou les trochanters de sparadrap, etc. Les poudres, sans être complétement inutiles, ne remplissent que très imparfaitement l'indication à laquelle on les destine. Quant au diachylum, nous le considérons comme plus nuisible qu'utile; d'abord, parce qu'il a pour résultat d'amollir les tissus sur lesquels on l'applique, et par conséquent de rendre plus efficace l'influence de la pression ; et, en second lieu, parce qu'il forme promptement des plis qui amènent le même résultat d'une manière plus efficace encore.

C'est afin d'éviter ce double inconvénient qu'on a imaginé de remplacer le diachylon par le collodium, substance qui adhère à la peau beaucoup plus fortement que le sparadrap, et qui en même temps est exempte de toute humidité. Nous avons vu chez M. Piorry une jeune fille en convalescence d'une méningite cérébro-spinale (l'histoire de cette malade se trouve dans notre numéro du 8 mars), offrant cet amaigrissement extrême qui suit promptement cette maladie, et qui, depuis plus de trente jours qu'elle était couchée immobile sur le sacrum et les trochanters, avait été préservée de l'escharification de ces régions par une couche de collodium appliquée sur la peau. Cette couche a parfaitement résisté aux frottements, et n'a formé aucun pli. C'est donc là un moyen, encore un peu dispendieux malheureusement, mais qu'il convient cependant d'expérimenter.

Œdème de la glotte. — A propos du fait très curieux d'œdème de la glotte que nous avons publié dans notre Revue clinique du 17 février, M. le docteur Chatto (de Londres) nous adresse la communication suivante, qui n'offre pas moins d'intérêt.

« En lisant dans votre numéro 20 l'intéressante observation de M. Baujeau, je me suis rappelé un cas d'*œdema glottidis* que j'ai rencontré il y a quelque temps, et dont les symptômes n'indiquaient point l'existence.

» Un jeune homme âgé de vingt ans, jouissant ordinairement d'une bonne santé, vint me consulter sur une *angina tonsillaire* ne présentant pas la moindre gravité. Les tonsilles n'étaient que fort peu gonflées; il n'existait pas la moindre ulcération, et le malade n'avait que fort peu de fièvre. Je prescrivis un vésicatoire et une purgation saline. Le lendemain l'état de mon malade était amélioré, la déglutition plus facile; pas la moindre apparence sérieuse ne se manifesta, si ce n'est, ce que je me rappelai après, que la voix était un peu voilée. Il me fut dit qu'il resta dans le même état toute la journée. Une amie resta auprès de lui jusqu'après minuit, et dans l'assurance qu'il était mieux elle se retira dans une pièce voisine. Cependant cinq ou six heures après elle fut frappée d'un bruit étrange comme de suffocation, et entrant dans la chambre du malade elle le trouva mort.

» J'examinai le cadavre en présence d'anatomistes distingués. Après les recherches les plus attentives, je ne trouvai rien de remarquable, si ce n'est un gonflement considérable œdémateux de l'épiglotte et des deux lèvres du glottis. Il n'y avait que très peu de vascularité, et point d'autre apparence anormale. Il est probable que l'obstruction du passage de l'air formée par ce gonflement, et sans doute augmentée de quelque spasme momentané, a été la cause d'une mort si inattendue. Cependant je ne trouvai pas le moindre des signes ordinaires de la mort par asphyxie. »

Calculs biliaires. — Le malade dont nous avons parlé dans notre Revue clinique du 10 mars, n'a pas rendu de nouveaux calculs, quoiqu'il ait continué à prendre sans interruption, jusqu'à lundi dernier, le mélange de Durande. Les douleurs sourdes qu'il éprouvait dans la région hypochondriaque ont d'ailleurs disparu, ainsi que la légère crépitation que l'on sentait à la région de la vésicule biliaire. Les gardes-robes, qui étaient habituellement difficiles et peu bilieuses, sont aujourd'hui fréquentes et bien colorées; le malade se sent très bien, sauf un peu de faiblesse. Toutefois, il reste encore dans la région de la vésicule une tuméfaction profonde, une sorte de

---

La névralgie mammaire est une affection des plus intéressantes, et qui le deviendra plus encore par la suite lorsque des recherches thérapeutiques assez nombreuses auront permis d'instituer un traitement efficace, qui malheureusement ne paraît pas plus exister maintenant pour cette névralgie que pour beaucoup d'autres.

Nous l'avons dit en commençant ce compte-rendu, la troisième édition du livre de M. Grisolle n'est pas une simple réimpression; les médecins jeunes ou vieux qui le liront y trouveront des enseignements précieux, et les élèves, auxquels il est plus spécialement destiné et qui lui ont fait un si favorable accueil, se convaincront de plus en plus des soins qu'a mis l'auteur, rempli de sollicitude pour l'instruction de la jeunesse, à maintenir toujours son œuvre au niveau des recherches les plus récentes. C'est, du reste, une tâche que lui rend facile l'empressement du public médical, et la rapidité avec laquelle ont disparu les deux éditions qui ont précédé celle-ci nous permet de prédire à la nouvelle publication un succès de vogue non moins brillant et non moins mérité.

Des Plaies d'armes à feu, communications faites à l'Académie de Médecine par MM. Baudens, Roux, Malgaigne, Amussat, Blandin, Piorry, Velpeau, Huguier, Jobert, Bégin, Rochoux, Devergie.

Sous ce titre, M. Baillière a eu l'idée de rassembler en un seul volume les diverses communications faites à l'Académie par les savants chirurgiens dont les noms précèdent, dans la discussion qu'ont soulevée devant la Compagnie les faits observés dans les hôpitaux et dans la ville à la suite de la sanglante catastrophe de juin 1848. Cette idée est bonne, et nous l'approuvons sans réserve.

En effet, les comptes-rendus des discussions académiques, si complets qu'ils puissent être dans les journaux et recueils périodiques de médecine, ne sont susceptibles, par les conditions mêmes de leur publication, de reproduire qu'en extraits, en abrégés plus ou moins succincts les discours prononcés, les lectures faites devant les Académies. Le Bulletin que publie ce corps savant lui-même ne peut contenir tous les documents communiqués à l'Académie lorsqu'ils lui viennent de personnes étrangères, dont les travaux sont renvoyés à des commissions chargées de faire les rapports : et cependant, pour venir de chirurgiens autres que des membres de l'Académie, quelques-unes de ces communications n'en sont pas moins importantes à différents titres.

Le volume que nous signalons aura l'avantage, non pas d'être un traité des plaies d'armes à feu, mais de présenter, dans une suite de travaux variés pour la forme comme pour le fond, les opinions de presque tous les chirurgiens français contemporains sur la question si importante des plaies d'armes à feu, envisagée simultanément et étudiée par les praticiens civils et par les chirurgiens militaires, dont on ne peut nier en pareille matière la compétence.

Tandis que MM. Roux, Velpeau, Jobert, etc., examinent les plaies d'armes à feu et déterminent les meilleures conditions de traitement, les méthodes de pansement, les conditions d'amputation ou de conservation des membres au point de vue du traitement dans les hôpitaux, d'autre part, MM. Bégin et Baudens, qui ont été longtemps à même de soigner les blessés sur le champ de bataille, viennent discuter les mêmes questions au point de vue des indications à la fois en temps de guerre, et dans les hôpitaux où ils ont pu cette fois recueillir leurs blessés, et établissent des considérations comparatives suscitées et rendues nécessaires par les différences d'âges, de constitutions, de localités, etc. Et, nous devons le dire, les communications des praticiens de l'armée ne sont pas les moins intéressantes ; car, après tout, les plaies d'armes à feu ne s'observent dans les villes que par hasard, ou lorsque des catastrophes surviennent semblables à celles qui ont ensanglanté depuis quelques années le pavé de la capitale, tandis qu'à l'armée, cette question pathologique et thérapeutique domine pour ainsi dire toutes les autres. Ce que n'ont peut-être pas assez compris les chirurgiens civils, c'est que la thérapeutique des plaies d'armes à feu doit être principalement étudiée au point de vue de la pratique en temps de guerre, et nul doute que ce ne soit à cette position vicieuse de la question que ne soient dus les dissentiments qui partagent encore aujourd'hui les maîtres de la chirurgie moderne.

Enfin, nous ne devons pas passer sous silence les communications expérimentales du plus haut intérêt faites sous le rapport médico-légal par MM. Devergie et Huguier. Nous avons retrouvé avec bonheur, dans le Mémoire lu devant l'Académie par M. Devergie, l'esprit judicieux et droit, le talent de logique, la clarté d'induction, l'élégance de style qui distinguent à un si haut degré tout ce qui sort de la plume de cet habile et consciencieux observateur.

Dr A. Foucart.

Par décision du 28 février :

M. Calcatoggio, chirurgien aide-major au 59e de ligne, passe au 47e de ligne.

M. Roure, chirurgien aide-major au 17e de ligne, passe au 8e de ligne.

M. Legouest, chirurgien aide-major au 6e chasseurs, passe au 17e léger.

M. Mangis-Lasseignoure, chirurgien aide-major au 75e de ligne, passe au 6e chasseurs.

M. Navarre, chirurgien aide-major au 47e de ligne, passe au 9e de ligne. (*Moniteur de l'armée.*)

tumeur bien appréciable. L'air de l'hôpital ne paraissant pas favorable au malade, on l'engage à retourner dans son pays, et à faire savoir de temps en temps de ses nouvelles.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Emphysème du tissu cellulaire sous-cutané.

(Suite du numéro du 15 février.)

Dans plusieurs maladies aiguës, dans la fièvre typhoïde, par exemple, avons-nous dit, et dans certaines maladies nerveuses, tout porterait à croire qu'il se fait dans l'intestin une sécrétion gazeuse. Il n'est cependant pas toujours nécessaire qu'il en soit ainsi.

Certaines affections du foie, lorsque la bile ne circule plus librement ou lorsque, comme dans l'ictère, elle a perdu ses qualités normales, sont accompagnées d'une sécrétion gazeuse importante. Dans quelques circonstances, c'est à la nature de certains aliments fermentescibles, de vin, de bière non fermentés, qu'il faut la rapporter; à la présence de légumes enveloppés d'une peau épaisse, lentilles, pois, haricots; d'autres fois, il y a simple accumulation de gaz par obstacle à leur cours : l'obstacle peut exister au pylore ou à l'anus. Dans le premier cas, l'estomac, dessinant sa forme de cornemuse, soulève la partie supérieure des parois abdominales seulement. La position de la tumeur permet de reconnaître de suite que l'obstacle est situé au pylore, chose importante pour le diagnostic du cancer de l'estomac. D'autres fois, c'est le ventre en totalité qui est uniformément tendu; en explorant les organes digestifs, on est conduit à s'assurer de l'état du rectum, et souvent on constate un rétrécissement cancéreux ou simple par l'introduction du doigt dans l'anus.

Bayle dit avoir trouvé des tympanites qui n'étaient que le résultat d'un obstacle à l'émission des gaz. Dans certains cas, l'obstacle n'est situé ni à l'anus ni au pylore, et alors il est difficile de dire où il est placé. On peut habituellement se prononcer sur la question de savoir si l'obstacle existe dans l'intestin grêle ou dans le gros intestin. L'intestin grêle a une forme régulière : ce sont des cylindres qui se suivent; ils n'ont pas ces bosselures du colon ascendant et descendant. Dans la forme cylindrique des circonvolutions de l'intestin grêle, dans la forme bosselée, inégale du gros intestin, réside un élément précieux de diagnostic. Dans le temps où on attribuait aux maladies venteuses une grande importance, on n'attachait pas à ces symptômes toute la valeur qu'ils ont en effet. Nous le répétons, la pneumatose est quelquefois un moyen de diagnostic très efficace. C'est surtout lorsque des gaz viennent à se produire dans des organes qui n'en contiennent pas à l'état normal qu'elle devient précieuse.

Deuxième catégorie. — Nous devons d'abord mettre de côté les cas où l'air atmosphérique pénètre par des ouvertures soit naturelles, soit accidentelles, comme les blessures. Il est peu de cas où l'air extérieur puisse pénétrer dans nos organes dans les orifices naturels. Il est des circonstances où il pénètre dans la vessie, par une sonde, par exemple. Dans quelques cas, une certaine quantité d'air a pu s'introduire de cette façon et sortir avec un bruit particulier. Cette pénétration de l'air dans la vessie est un phénomène inaccoutumé; l'explication se présente toute seule, puisqu'il y a eu communication avec l'air extérieur.

Les voies génitales de la femme sont quelquefois le siége de l'introduction de l'air atmosphérique. Après un accouchement récent, et si les femmes ont beaucoup maigri, l'air s'introduit dans le vagin, et en sort ensuite avec bruit. Il peut même arriver qu'il pénètre dans l'utérus immédiatement après l'accouchement; mais ceci est rare et exceptionnel.

Il faut aussi des circonstances tout à fait exceptionnelles pour que l'air pénètre dans les tissus par une plaie faite aux téguments. Il y a dans la disposition même des parties des circonstances qui s'opposent à cette pénétration. Cependant, il est deux cas particuliers où il peut pénétrer et avec grand danger pour le malade. Quand la poitrine est intéressée, le poumon se retire sur lui-même; l'air, ne trouvant plus la cavité thoracique remplie, s'y introduit; d'où un pneumo-thorax. — Dans certaines opérations chirurgicales, lorsqu'une veine est ouverte et reste béante, l'air extérieur peut y pénétrer, et la mort survient rapidement, subitement. C'est principalement dans les opérations qui se pratiquent dans la région du cou, à laquelle on a pour cette raison donné le nom de région dangereuse, que cet accident peut se produire. — C'est principalement par une communication intérieure, qui s'établit entre les organes qui contiennent naturellement de l'air et ceux qui ne peuvent pas en contenir, que se produit cet emphysème; presque toujours il y a communication morbide soit par une blessure, soit par une autre cause pathologique. Enfin, les gaz qui passent dans les parties voisines sont tantôt de l'air atmosphérique, tantôt des gaz de l'intestin; les voies respiratoires et les voies digestives sont les deux seuls systèmes de l'économie qui contiennent naturellement des gaz.

Des communications peuvent s'établir entre les voies aériennes et les parties voisines, et donner lieu à des faits curieux. Ainsi, vous avez vu la femme dont nous vous avons parlé au commencement de cette conférence, laquelle présente un emphysème qui ne peut être attribué qu'à une déchirure du conduit aérien. Cet accident peut survenir sous l'influence de la présence d'un corps étranger dans la trachée artère, ou sous l'influence d'une secousse de toux, d'une perforation par ramollissement de tubercules ouverts à la fois dans les bronches et les plèvres. Ces ulcérations déterminent le plus ordinairement un pneumo-thorax. Quelquefois c'est le résultat d'une blessure qui n'a pas déchiré la peau; une fracture de côtes, de la clavicule peut en devenir la raison déterminante. Par suite de ces déchirures des voies aériennes, surviennent quelquefois des emphysèmes interlobnlaires et même interlobaires des poumons. L'air peut finir par pénétrer entre les lobules et les lobes des poumons. Mais une autre espèce d'emphysème peut exister, qui se rattache à une autre cause.

Un homme, sujet à des attaques d'épilepsie, voyait à la suite de chacune de ses attaques survenir un emphysème d'un des côtés de la face. Il existait chez lui une lésion du sinus maxillaire, une perforation qui, dans les conditions ordinaires, ne donnait lieu à aucun accident; mais, lorsque survenaient les convulsions, le léger obstacle qui s'opposait à l'introduction de l'air était surmonté, et l'emphysème se produisait. En général, toutes les fois que vous rencontrerez un emphysème de la face, pensez à une lésion de la partie supérieure des voies aériennes. Nous avons, pour notre part, rencontré douze ou quinze fois cet emphysème de la face; vous voyez que ce phénomène peut devenir quelque chose de fort intéressant sous le rapport du diagnostic ou sous celui du traitement.

Les gaz du tube digestif peuvent pénétrer dans les parties voisines par des moyens bien différents les uns des autres. C'est ordinairement dans le péritoine, dans les cas de rupture de l'estomac et des intestins, que tombent les gaz qui sortent de ces organes. Les pneumatoses du péritoine sont consécutives à des lésions de l'intestin, lésions qui varient quant aux causes et à la forme. On voit, sans cause connue, l'estomac se perforer. Dans d'autres cas, et sans cause connue encore, on voit le péritoine se remplir de gaz chez des femmes récemment accouchées; dans le premier cas, les matières alimentaires produisent une péritonite.

C'est dans les affections typhoïdes que s'observe le plus fréquemment cet accident; mais alors la perforation se fait ordinairement dans la dernière portion de l'intestin grêle, par suite de la mortification, de la gangrène d'un point correspondant à une ulcération. Ces péritonites, pas n'est besoin de le dire, sont suraiguës et déterminent infailliblement la mort. La seule circonstance d'une péritonite suraiguë dans une fièvre typhoïde suffit pour permettre d'établir le diagnostic.

La déchirure de l'intestin peut encore survenir dans les invaginations et les étranglements, dans certaines affections chroniques, comme le cancer de l'estomac ou des intestins. J'ai eu occasion d'en rencontrer de nombreux exemples. Au commencement de mes études médicales, je me rappelle en avoir observé un cas d'autant plus remarquable, que, précisément à la même époque, M. Fouquier m'en communiquait un absolument semblable.

Les affections tuberculeuses de l'intestin qui accompagnent les tubercules des poumons amènent quelquefois, mais rarement, ces perforations. Enfin les lésions traumatiques des intestins donnent lieu à ce passage de l'air dans la cavité du péritoine. Mais ce qui est plus intéressant encore à étudier, c'est le passage de l'air de quelques-unes des parties de l'appareil digestif dans quelques viscères creux, la vessie, par exemple, le vagin, la cavité de l'utérus. Dans certaines circonstances il s'établit des communications morbides entre la vessie, le vagin ou l'utérus, et l'intestin. Dans ce cas, des gaz s'échappent par l'organe qui ne devrait pas en contenir; s'il s'agit de la vessie, le malade souffre en urinant; puis des matières fécales se mêlent aux urines. Ces symptômes deviennent autant de signes très précieux pour faire reconnaître ces communications, qui ne sont pas extrêmement rares; les communications de l'intestin avec l'utérus sont moins fréquentes. Je n'en ai rencontré qu'un seul cas, que j'ai vu dans le service de M. Husson. Une femme avancée en âge, galeuse, succombe. On s'attendait trouver une affection chronique du gros intestin; mais on rencontra au contraire, dans la partie tout à fait inférieure, des matières fécales dures presque comme de la pierre. Et cependant la malade avait de la diarrhée. Qu'était-il donc arrivé? L'utérus fut trouvé converti en véritable cloaque, où les matières, incomplètement élaborées par l'intestin grêle qui communiquait avec la cavité utérine, venaient se rendre et s'accumuler. On avait omis de toucher cette femme; on avait méconnu la maladie. La diarrhée, que l'on pensait se faire par le rectum, se faisait par le vagin. L'ulcération qui avait donné lieu à cette communication anormale avait plusieurs millimètres de diamètre.

Il est des cas où il existe des pneumatoses d'organes ne contenant pas de gaz à l'état normal sans qu'il y ait communication avec des organes qui en renferment. On a cité des exemples de tympanite péritonéale, des pneumatoses pleurétiques. On a admis, je le sais, que les membranes séreuses peuvent produire des gaz. Cette opinion, admise il y a bien longtemps déjà, a été combattue par plusieurs auteurs, entre autres par Littré, qui a publié un mémoire dont le but est de démontrer que l'air contenu dans le péritoine vient toujours des organes voisins. Ainsi la sécrétion de gaz dans des organes qui n'en contiennent pas naturellement ne repose sur aucun fait; il est impossible d'admettre que ces organes puissent en sécréter.

Lorsque l'on rencontre des gaz dans des organes qui n'en renferment pas d'habitude, il est de toute nécessité de rechercher avec soin à quelle cause on peut attribuer cette anomalie. Ainsi vous verrez se produire ces fluides par la décomposition putride de certains éléments. La gangrène peut produire des développements de gaz; dans le phlegmon gangréneux des membres, des gaz peuvent venir à se manifester dans l'intérieur des tissus. Il y a eu là, sous l'influence de la décomposition des liquides ou des solides, une altération organique. Des gaz ont été produits, et nul doute qu'ici leur présence ne dépende de toute autre cause que du passage de fluides venant d'autres organes.

Ces productions de gaz, je les ai rencontrées dans des circonstances très curieuses que je dois vous signaler, et qui ne sont pas très communes. Une femme est prise, à la suite de couches, d'un abcès pelvien; il se forme dans les ligaments larges de l'utérus un abcès qui se vide dans la vessie; le pus coule avec l'urine. La malade se rétablit presque complètement; mais elle remarque que presque tous les jours, au moment où elle urine, des gaz s'échappent avec bruit par le canal de l'urètre. Elle s'imagine d'abord s'être trompée; mais le renouvellement du phénomène lui fait voir qu'elle n'est pas dans l'erreur. L'urine présentait une odeur fétide, contenait au fond un sédiment comme purulent.

Mandé près de la malade, je constate tous les phénomènes qu'elle accuse; j'entends moi-même le bruit des gaz qui s'échappent par l'urètre. J'examinai avec soin, et je finis par m'arrêter à cette idée qu'il y avait là dans la cavité qui sécrétait le pus un point où la cicatrisation ne s'était pas encore faite. Je pensai que l'on parviendrait à guérir cette femme si l'on pouvait obtenir la cicatrisation de cette poche. Dans un cas analogue, Boyer avait conseillé à une femme de devenir enceinte, et avait espéré, ce qui eut lieu en effet, que la tuméfaction de la matrice chargée du produit de la conception exercerait une compression salutaire et provoquerait l'adhésion des parois du foyer. Ici je ne pouvais donner le même conseil à la malade; elle avait cinquante ans. Je l'engageai à manger beaucoup, à engraisser, elle reprit de l'embonpoint, et guérit, ou tout au moins le pus et les gaz disparurent.

Dans ce cas, il n'existait aucune communication avec d'autres organes contenant des gaz. Il n'y avait pas de division de l'intestin; c'était tout simplement un abcès pelvien qui s'était ouvert dans la vessie. Il n'était pas possible de rapporter les accidents à une autre cause. Dans le foyer séjournait un pus altéré. Nous avons eu plus tard la confirmation de ce fait chez une malade qui succomba dans des circonstances analogues et présenta ces lésions.

Il y a quelques années, une femme entra dans nos salles pour un kyste de l'ovaire; plusieurs ponctions furent pratiquées, après lesquelles, percutant l'abdomen, je trouvai un kyste sonore; d'où venait cette particularité? De plus, on entendait bien évidemment un bruit de liquide en contact avec les gaz. J'avoue que je ne trouvais pas de cause qui pût me rendre compte de ce phénomène. J'inclinais vers la pensée d'une communication morbide entre la kyste et l'intestin; de cette façon, la chose devenait explicable. L'autopsie nous montra qu'il n'y avait ni communication, ni adhérences entre l'intestin et le kyste. Le kyste contenait cependant des gaz et des liquides; on l'ouvrit, et on trouva un liquide purulent; la production du gaz était le résultat de la décomposition du pus.

Nous signalerons enfin, et pour terminer, les pneumatoses qui succèdent à la mort. Lorsqu'un sujet succombe subitement, qu'il est placé dans des conditions de température un peu élevée, humide, une putréfaction rapide s'empare des organes. Ainsi, des gaz se développent dans le tissu cellulaire sous-cutané de la face, du scrotum, de tous les points où ce tissu est le plus lâche. Les cavités splanchniques deviennent souvent alors le siége d'une production gazeuse abondante. J'ai rencontré un fait de ce genre très curieux. Un homme de soixante-dix ans meurt subitement; on fait l'autopsie. Il y avait du feu dans la chambre où était le cadavre, et la mort était survenue trente heures auparavant. La putréfaction était très avancée, la distension gazeuse énorme. Au moment où l'on plongea le bistouri dans les parois abdominales, une détonation se fit entendre, aussi forte qu'un coup de pistolet. Je crus que le bistouri avait divisé l'intestin: il n'en était rien. Le péritoine était rempli de gaz. Je dois ajouter que ce fait est tout exceptionnel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

séante rue d'Anjou-Dauphine, 6.

Séance du 14 mars 1849. — Présidence de M. Gullerier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. Maisonneuve demande la parole à propos du procès-verbal, pour annoncer à la Société que la malade à laquelle il a pratiqué l'extirpation d'un corps fibreux de la matrice est dans l'état le plus satisfaisant. Il n'est survenu aucun accident; toutes les fonctions s'exécutent bien; la suppuration s'est parfaitement établie; le pouls varie de 96 à 104 pulsations, sans chaleur à la peau. L'absence d'alimentation est peut-être la cause de l'accélération du pouls.

— M. Nélaton. J'ai été appelé, vendredi matin, chez une dame qui s'était luxé la mâchoire l'avant-veille, vers les dix heures du soir. Cette dame, aussitôt après l'accident, avait envoyé chercher son médecin, qui tenta inutilement la réduction. Un second confrère fut appelé, qui ne fut pas plus heureux. Les tentatives furent continuées jusqu'à deux heures du matin. Le lendemain, à la suite d'un bain prolongé, on pratique une saignée; nouvel insuccès. On emploie le chloroforme; même insuccès. Un troisième médecin est appelé; on réitère l'application du chloroforme; les tentatives de réduction échouent encore. Lorsque j'examinai la malade, elle avait les arcades dentaires écartées; les incisives inférieures débordaient d'un centimètre et demi les supérieures; les condyles de la mâchoire étaient passés au-dessous de l'apophyse transverse; le bord antérieur des deux apophyses coronoïdes était sur un plan bien antérieur à celui qu'elles occupent normalement.

Convaincu qu'il fallait uniquement agir sur ces apophyses coronoïdes d'avant en arrière, je pratiquai une légère pression sur elles, et la réduction s'opéra au moment où je disais à la malade d'ouvrir la bouche.

— M. Morel-Lavallée rend compte d'une opération qu'il a pratiquée samedi dernier. Il a enlevé un maxillaire supérieur tout entier et la moitié de l'autre, au moyen d'une seule incision courbe partant de la joue et se terminant au niveau de l'os molaire. Il s'est servi de la scie à chaîne, au moyen de laquelle il a scié en même temps la voûte palatine et la cloison des fosses nasales.

M. Maisonneuve. Le procédé qui vient d'être décrit par M. Morel a été employé par moi il y a cinq ou six ans; seulement je me suis servi de trois scies à chaînette à la fois, que j'ai conduites dans la fente sphéno-maxillaire et dans la fosse nasale opposée; après quoi il m'a suffi d'un petit coup de la pince de Liston pour détacher entièrement la tumeur.

M. Chassaignac. Le procédé indiqué par M. Maisonneuve a été mis en usage par moi depuis longtemps. Ce qui appartient

à M. Maisonneuve dans ce procédé, c'est d'avoir appliqué à la fois trois scies à chaînette.

Je pense que les procédés employés jusqu'à ce jour pour désarticuler la mâchoire sont vicieux en ce sens qu'on est toujours obligé de fracturer, et qu'en brisant les os dans des tissus malades, il n'est pas permis de régulariser son opération. On s'expose presque à coup sûr à laisser une partie du mal, et, si l'on veut employer le fer rouge, on ne modifie que des surfaces sans atteindre les racines. J'ai proposé de passer une scie à chaîne par le trou sphéno-palatin pour scier directement l'apophyse ptérygoïde. L'aiguille d'A. Cooper avec la petite modification que j'ai apportée rend très facile le passage de la scie à chaîne dans le trou sphéno-palatin.

M. Lenoir. Je demanderai à M. Chassaignac s'il a eu l'occasion d'employer sur le vivant la modification qu'il propose. Je crois, pour ma part, qu'il n'est pas possible d'établir des règles générales dans la désarticulation de la mâchoire. La première fois que j'opérai, je me servis de la scie à chaîne, et je désarticulai comme je pus l'os palatin. Dans un deuxième cas, il s'agissait d'une tumeur qui présentait l'aspect d'un navet; je désarticulai l'os maxillaire en me servant d'un ciseau plat, avec lequel je brisai facilement les articulations.

M. Morel-Lavallée fait observer qu'il s'est bien gardé d'établir sa priorité en indiquant le procédé qu'il a employé; il croit cependant être le seul jusqu'à ce jour qui ait enlevé toute la voûte palatine pour un cancer; il ajoute que l'incision courbe, telle qu'il l'a pratiquée, lui appartient peut-être aussi.

M. Morel-Lavallée a examiné la tumeur au microscope, elle présentait tous les caractères du cancer.

M. Marjolin. Il y a deux ans, j'ai pratiqué avec M. Nélaton l'ablation d'un maxillaire supérieur; l'incision curviligne allait de l'os molaire à l'angle de la bouche. Je ferai observer à M. Chassaignac qu'il n'est pas toujours aisé qu'il le pense d'aller d'emblée poser des scies dans un tissu véritablement sain; en outre, les rapports des fentes sont souvent changés, ce qui rend l'usage de la scie fort incommode et ne permet que d'employer la cisaille.

M. Huguier. Je partage entièrement l'opinion émise par M. Lenoir sur l'impossibilité d'établir une règle générale dans l'ablation du maxillaire supérieur. M. Marjolin disait tout à l'heure que les rapports des fentes étaient souvent changés; j'ajouterai que ces fentes peuvent même s'oblitérer entièrement. Je rapporterai pour exemple une tumeur ostéo-fibreuse opérée par M. Gerdy. Dans ces cas-là, il faut bien se servir du ciseau et du maillet, ou bien de scies à molettes ou de scies en rondache.

M. Chassaignac. En proposant l'application de la scie à chaîne pour détacher le maxillaire, je n'ai pas la prétention d'en faire une application générale. A ceux qui m'objectent la difficulté ou même l'impossibilité de faire pénétrer la scie à chaîne dans quelques cas particuliers, je répondrai que, lorsque j'opère un maxillaire, j'ai toujours la précaution de me munir d'un trépan perforatif, et je m'en sers lorsque la scie à chaîne ne peut passer.

Si l'on veut régler à l'avance son opération, il est de toute nécessité que les sections soient pratiquées dans les parties saines; sans cela, on s'expose certainement à une récidive.

M. Morel-Lavallée. L'incision curviligne dont je me suis servi pouvait comprendre le canal de Sténon et déterminer la paralysie de la face de ce côté. Il y a eu effectivement paralysie; j'espère cependant qu'elle disparaîtra.

M. Marjolin. J'assistais M. Blandin il y a deux mois dans une opération analogue. Il y eut aussi paralysie de la face à la suite de l'incision curviligne. La jeune personne a parfaitement guéri.

M. Chassaignac. Je ferai observer à M. Morel que l'incision curviligne peut être faite sans blesser le conduit de Sténon.

M. Morel-Lavallée. Je savais très bien qu'on pouvait éviter ce canal; mais je préférais courir cette chance et disséquer plus facilement la tumeur.

M. Chassaignac. J'ai soigné dernièrement un enfant de trois ans affecté de lupus. Le nez était détruit ainsi que la lèvre supérieure. Le nitrate acide de mercure a enrayé les accidents; mais un peu de nitrate étant entré dans la cavité buccale, il est survenu de la salivation, puis une gangrène de la bouche, puis la mort.

J'appelle donc l'attention sur les précautions à prendre pour ne pas laisser pénétrer cet acide dans l'intérieur de la bouche.

M. Lenoir. Je ferai remarquer que les enfants sont en général réfractaires à la salivation mercurielle. J'emploie souvent les préparations mercurielles sur les enfants, et j'ai rarement vu survenir une salivation.

M. Chassaignac. L'observation de M. Lenoir est très fondée, et c'est justement parce que cet accident est rare chez les enfants que j'ai rapporté le fait à la Société.

M. Debout. Il est un topique très innocent, l'huile de cade, fortement recommandé pour le lupus, et qui met à l'abri des inconvénients de la salivation.

La séance est levée à six heures.

Nouvelles du choléra.

En attendant que nous puissions donner le chiffre exact et authentique de tous les cas de choléra qui ont eu lieu dans les hôpitaux, nous publions le résumé suivant qui nous est communiqué par notre excellent et distingué confrère M. Bouteiller.

Aujourd'hui vendredi, à midi, voici quelle était la situation à la Pitié :

Nombre total : 28. { 19 du dehors. / 9 pris dans les salles.

Nombre des morts.	13
Guérison.	1 sorti.
En voie de guérison.	14
	28

Chez M. le professeur Piorry, il y a eu 5 cas : 2 pris dans la salle des hommes, 3 du dehors, 1 homme et 2 femmes.

Une seule mort est survenue en douze heures. A l'autopsie, on a noté :

1° Une procentérie très peu marquée;
2° De l'urine dans la vessie, beaucoup de bile dans la vésicule;
3° Les altérations ordinaires de la maladie.

Il y a tout lieu de croire que l'on sauvera les quatre autres, à l'exception peut-être du second, qui a été pris salle Saint-Raphaël (hommes) et qui entrait à peine dans la convalescence d'une fièvre typhoïde quand le choléra le frappa. Les deux femmes sont tout à fait hors de danger.

Au moment où je rédige cette note, il entre, salle des femmes, une jeune fille qui est, selon toute apparence, au début de la maladie.

(*Vendredi, une heure.*)

— On écrit de Cambrai :

« Le choléra asiatique, qui a fait irruption dans la commune de Villers-en-Cauchies il y a quinze jours, a déjà fait huit ou dix victimes; huit nouveaux cas se sont déclarés depuis lundi. »

Notre honorable confrère, M. le docteur Andrevetan, nous communique la note suivante :

Dans la *Gazette des Hôpitaux* du 3 février dernier, on annonce la découverte d'une plante trouvée *au sommet* du mont Olympe, dont la décoction, administrée aux cholériques, jouit de la propriété souveraine d'exciter la réaction au fort de la période algide.

Cette plante, dont la découverte semblerait non avenue pour nous par la difficulté de se la procurer à si grande distance, croît cependant aux frontières de la France, probablement même dans les départements des Hautes et des Basses-Alpes, et très certainement en Suisse et surtout en Savoie.

En effet, puisqu'on la trouve au sommet de l'Olympe qu'on sait être couvert de neige toute l'année, elle naît donc et se développe aux dernières limites de la végétation. Or, parmi les plantes à tige, je n'en connais qu'une qui soit douée de la propriété de résister à une aussi basse température. C'est l'*armoise glaciale*, officinale dans les Alpes sous le nom de *genépi*. Ses caractères botaniques se rapportent, du reste, parfaitement avec ceux de la plante trouvée sur le mont Olympe.

Voici ce que j'en dis dans le premier chant de *la Savoie poétique*, publiée en 1845, après avoir parlé de plusieurs autres végétaux rares ou utiles;

. . . . un don plus précieux
Qu'à ce peuple pasteur ont accordé les cieux,
C'est son cher genépi, son remède qu'un père
Va, pour guérir son fils blessé par la vipère,
Atteint de rhumatisme ou de flux aux poumons,
Chercher, non sans péril, à la pointe des monts.

C'est l'herbe sacrée des Savoyards, qui l'emportent avec eux dans leurs lointaines émigrations comme un remède sûr contre les maladies par rétrocession de la sueur. Dans leur pays, ils n'appellent guère de médecin que lorsque le genépi a été impuissant à les guérir. Demandez à tout commissionnaire, à ces hommes postés aux coins des rues, vêtus d'un pantalon et d'une veste de velours bleu, assis sur leur crochet devant une sellette de décrotteur, s'ils connaissent le genépi; non-seulement ils répondront qu'ils le connaissent, mais beaucoup ajouteront qu'ils en ont chez eux, ou savent chez quels amis en trouver.

De la base de glaciers qui ont de trois à cinq cents pieds d'épaisseur, s'élèvent, jusqu'aux nues, des aiguilles, des pics de granit hachés de crevasses. C'est dans ces fentes rocheuses que pousse le genépi, satisfait d'un peu de poussière végétale que les vents y ont déposée. Plusieurs chevriers y gravissent ensemble des pieds et des mains. Arrivés en un point qui domine la plante, le plus hardi se fait attacher par une corde au-dessous des bras, et les autres le dévalent jusqu'à la crevasse, d'où on le hisse ensuite avec son trésor. Ils en forment de petites hottes qu'ils vont vendre au prix de quatre à cinq sous chaque, le dimanche, devant la porte des églises des paroisses voisines. Des collecteurs en font des provisions qu'ils vont débiter dans les villettes des basses vallées, et en expédient à Lyon où son usage est assez répandu, et même jusqu'à Paris dont à peine demi-douzaine de médecins connaissent son nom et ses vertus.

C'est, de tous les végétaux, le plus puissant et le plus infaillible que je connaisse pour remplir la médication sudorifique.

Un domestique de M. Dumolard, rue Godot-Mauroy, n° 5, en ayant pris une infusion contre une bronchite aiguë avec enrouement et fièvre, sua tant pendant la nuit, qu'il changea sept fois de chemises, et que le matin il crut devoir se lever, pour donner issue par les fenêtres de sa chambrette à la vapeur épaisse dont elle était remplie. Le papier de la muraille en était tout humecté. Deux jours de ce traitement suffirent à peu près à la solution des phénomènes morbides.

Madame Marie, jeune femme d'une bonne constitution, demeurant rue Sainte-Anne, n° 46, fut guérie en une nuit d'une esquinancie, mais avec une déperdition si abondante de sueur, que le lendemain *il lui semblait qu'elle allait se trouver mal de faiblesse.*

Je pourrais citer plusieurs centaines de cas, moins tranchés que ces deux-là, il est vrai, où l'administration de cette plante a emporté par des sueurs profuses, en une ou deux nuits, des rhumes, des enrouments, des grippes, des opthalmies, des céphalalgies, des courbatures, des rhumatismes, des névropathies, des oppressions avec ou sans points de côté, etc.

Ne connaissant pas encore le genépi lors de la première épidémie de choléra, j'en ignore expérimentalement les effets dans cette maladie; mais si j'en suis atteint moi-même, cette plante sera le premier remède auquel j'aurai recours, c'est dire assez que je n'en ferai pas grâce aux malades qui m'appelleront à leur secours, sans négliger toutefois les autres moyens de salut.

Voici le mode de préparation et d'administration :

Faire infuser à vase clos, pendant douze à quinze minutes, dans un litre d'eau, 8 à 10 grammes de la plante.

Prendre de quart en quart d'heure une tasse de café chaud et sucré renouvelé jusqu'à épuisement du liquide.

Chez les personnes fortes ou qui déclarent suer difficilement, je porte la dose à 15 grammes. Je n'en ai jamais rien observé de fâcheux.

Si la médecine a rarement occasion de joindre l'agréable à l'utile, ces deux avantages se trouvent ici réunis, car le remède n'est pas moins flatteur au goût que le meilleur thé, et j'en prends souvent moi-même comme boisson d'agrément.

MM. les professeurs particuliers sont prévenus que la distribution des amphithéâtres pour les cours du semestre d'été aura lieu, mercredi 28 mars, à midi, à la Faculté de médecine.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 27 MARS 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 36.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 26 MARS 1849.

Marche du choléra.

L'espérance que l'on avait pu concevoir ne paraît pas devoir se réaliser; tout au contraire, l'épidémie a éprouvé depuis deux jours une recrudescence marquée. La Salpêtrière surtout a subi l'influence de cette exaspération. Jusqu'à jeudi ou vendredi, ce vaste établissement, placé dans les meilleures conditions hygiéniques, n'avait éprouvé que de faibles atteintes eu égard à la nombreuse population qu'il renferme. Depuis deux jours, le nombre des cas y a subitement augmenté dans des proportions telles que plus de soixante nouveaux cas se sont développés en quarante-huit heures. A l'Hôtel-Dieu et à la Charité, les entrées ont aussi notablement augmenté ce matin sur la moyenne générale observée jusqu'ici.

Voici d'ailleurs le total des malades entrés ou atteints dans les principaux hôpitaux, depuis le début de l'épidémie :

Hospice de la Salpêtrière, jusqu'au lundi 26 mars, à trois heures de relevée,	129 cas,	66 morts.
Hôtel-Dieu, jusqu'au 26 mars, onze heures du matin,	54 cas,	23 morts.
Charité, jusqu'au dimanche 24, à minuit,	47 cas,	26 morts.
Pitié, jusqu'au vendredi 23, à une heure,	28 cas,	14 morts.
Saint-Louis, jusqu'au lundi 26, à midi,	33 cas,	19 morts.
Beaujon, jusqu'au lundi 26, à neuf heures du matin,	18 cas,	10 morts.
Hôpital des Cliniques, jusqu'au lundi 26, à trois heures,	10 cas,	8 morts.
Hôpital de Bon-Secours, jusqu'au lundi 26, à dix heures,	6 cas,	5 morts.

En résumé, dans les seuls hôpitaux que nous venons de mentionner, il y a eu 325 cas, dont 171 se sont déjà terminés par la mort. Mais cette mortalité, quoique très considérable, est encore loin de représenter la gravité réelle de la maladie ; car, parmi les malades qui sont encore en traitement, plus de la moitié, selon toutes les probabilités, sont destinés à succomber plus ou moins prochainement.

En ville, l'épidémie a éprouvé à peu près la même extension que dans les hôpitaux. Il n'y a pas de quartier en ce moment qui n'ait été envahi par l'épidémie avec plus ou moins d'intensité. Tout en conservant une action plus spéciale sur les individus placés dans les mauvaises conditions hygiéniques, la maladie a cependant atteint toutes les conditions sociales, et si elle paraît être moins fréquente dans les unes que dans les autres, elle n'y est nullement moins grave.

De tous les faits qui se sont passés sous nos yeux, il en est peu qui se prêtent à des considérations que nous n'ayons pas déjà exposées. Il en est cependant quelques-uns sur lesquels il ne sera peut-être pas inutile d'insister.

Ce qui se passe à la Salpêtrière est surtout digne de notre attention. Ce magnifique hospice se trouve, nous l'avons déjà dit, dans les meilleures conditions hygiéniques, et cependant, après n'avoir éprouvé que d'une manière très légère les atteintes de l'épidémie, voilà que tout à coup, sans aucune raison saisissable, une recrudescence violente éclate et atteint non-seulement les infirmes et les vieillards de l'établissement, mais encore les employés ordinaires. On nous a cité un menuisier de la maison qui avait perdu en deux jours sa femme, sa belle-mère et deux de ses enfants.

Nous avons cherché à savoir si dans les environs de la Salpêtrière l'épidémie sévissait avec la même intensité que dans l'hospice, et de l'avis de deux médecins très occupés du quartier, il résulte qu'au dehors, l'épidémie est tout aussi bénigne que sur les autres points de la cité.

C'est donc un fait bien digne de remarque que cette sorte de casernement de la maladie entre les murs de clôture d'un établissement aussi bien aéré, aussi magnifiquement planté, aussi sainement exposé que celui de la Salpêtrière.

A l'hôpital des Cliniques, une femme enceinte de huit mois et demi a subi l'opération césarienne immédiatement après avoir succombé à une violente attaque. L'enfant était déjà mort, et offrait, dit-on, quelques traces de l'affection cholérique.

Une troisième remarque, c'est que les prodromes semblent devenir plus rares en même temps que l'épidémie croît en intensité; c'est du moins ce que l'on a observé sur un grand nombre de malades de la Salpêtrière; c'est aussi ce que nous avons constaté nous-même chez un sergent de la ligne, qui a été violemment surpris par la maladie la nuit dernière, pendant qu'il était de service à l'hôpital Saint-Louis, ainsi que sur deux des sept malades qui sont entrés ce matin à l'Hôtel-Dieu, et qui tous deux étaient dans un parfait état de santé au moment où ils ont été atteints.

Toutefois, la maladie sévit encore de préférence sur les individus faibles, convalescents et avancés en âge ; et comme règle générale aussi, elle continue à être précédée de prodromes.

Le nombre des cas foudroyants a aussi notablement augmenté depuis deux jours, toute proportion gardée; mais le plus souvent, néanmoins, les malades ne succombent qu'après la période de réaction, soit à des complications cérébrales, ce qui est le plus fréquent, soit à des complications typhoïdes ou pleuropneumoniques, ce qui s'observe quelquefois aussi.

Après ces quelques remarques, il nous serait bien doux de pouvoir constater un progrès réel, quelque minime qu'il fût, dans la thérapeutique; nous n'osons malheureusement nous flatter de cet espoir. La mortalité se montre partout avec une désespérante uniformité. Toutefois, ne serait-ce que pour constater l'impuissance des méthodes que l'on a tentées et engager les praticiens à en chercher de plus efficaces, nous allons les faire connaître sommairement.

La méthode qui réunit le plus d'adhérents est celle qui associe les excitants aux narcotiques. Dans la première période on s'applique par tous les moyens à réchauffer les malades et à exciter la surface cutanée, puis à calmer les douleurs qui se font sentir avec une intensité variable, mais toujours considérable, dans les membres supérieurs et surtout inférieurs.

Quant aux moyens à l'aide desquels on cherche à remplir ces indications, ils ne varient que dans des limites peu étendues. Les bains d'air chaud sont très souvent administrés dans les hôpitaux; dans la pratique civile, on y supplée par des linges très chauds dont on enveloppe les malades.

Quatre ou cinq fois, nous avons vu mettre en usage les bains sinapisés que nous avons mentionnés dans un de nos premiers articles ; mais ces bains n'ont pas semblé avoir une action plus prompte que les autres *réchauffants.*

A ces moyens, quelques praticiens joignent des frictions sèches ou diversement irritantes (vinaigre chaud, liniment volatil camphré, brosses rudes, etc.), que l'on prolonge jusqu'à l'établissement complet de la réaction.

On cherche à favoriser l'effet des moyens extérieurs par divers excitants internes dont les plus usités sont l'eau de mélisse et de menthe, l'acétate d'ammoniaque, à la dose de 4 à 15 grammes, l'alcool (10 à 15 grammes), l'éther sulfurique (4 à 6 grammes). Deux des excitants les plus employés sont le punch et le thé très chauds. Le premier de ces liquides est le seul que l'on emploie depuis plusieurs jours à la Salpêtrière, et le seul qui ait paru aux médecins de l'établissement produire quelque effet avantageux.

A l'opposé de ceux qui emploient le chaud, un certain nombre de médecins font usage de la glace en fragments à l'intérieur ou à l'extérieur en frictions; tantôt cette glace est employée seule, tantôt, et plus souvent, on l'associe avec des boissons ou des frictions chaudes avec lesquelles on la fait alterner.

Chez un malade de l'hôpital Saint-Louis (service de M. Malgaigne), on a fait usage du sesquichlorure de carbone, à la dose de 25 centigrammes de quart d'heure en quart d'heure, jusqu'à l'établissement de la période de réaction qui a eu lieu après sept heures, pendant lesquelles, d'ailleurs, on n'a point négligé les autres moyens extérieurs déjà indiqués. Le malade chez lequel cette tentative a été faite était gravement atteint, et il est, aujourd'hui, après quarante-huit heures de réaction, dans un assez grand danger.

Outre les narcotiques, on a essayé plusieurs moyens pour calmer les crampes. Nous n'avons pas vu renouveler l'application du galvanisme, qui avait paru si bien réussir chez la première malade de M. Andral; mais nous avons vu employer quelques autres moyens que nous devons mentionner.

L'un de ces moyens a été l'application d'un vésicatoire sur toute l'étendue de la colonne vertébrale; ce moyen n'a eu aucun résultat appréciable.

Dans trois cas, deux en ville et un dans l'hôpital, nous avons aussi vu faire des applications locales de chloroforme sur les membres; une fois ces applications ont produit une vive rubéfaction; les deux autres fois elles n'ont causé aucune excitation cutanée; dans aucun de ces trois cas, elles n'ont eu d'influence sensible sur les crampes; il semblerait donc que le galvanisme est le meilleur moyen à opposer à ce fâcheux symptôme.

Ce qu'il y a surtout de remarquable dans la comparaison des diverses méthodes de traitement, c'est l'unanimité qui règne parmi tous les médecins relativement à la méthode antiphlogistique; nous ne croyons même pas que le seul soutien de la médecine physiologique, M. le professeur Bouillaud, soit resté fidèle à ses doctrines en ce qui concerne le choléra.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Supériorité pharmaceutique du docteur M... — L'Académie et le conseil supérieur de santé. — Singulier moyen de séduction électorale. — Reproches à la jeunesse médicale.

La conspiration feuilletonicide semble s'être apaisée ou avoir été renvoyée à des temps plus propices ; et, n'avait été le choléra, nous aurions pu nous livrer cette semaine, exempt de tout souci, à la recherche et à la méditation des petites misères de la vie médicale ; mais franchement, pour tant soit peu que l'on compte de parents et d'amis, il n'y a guère à dormir tranquille, et encore moins à badiner, en face de ce nouveau *trousse-galant.* Si du moins, pour nous consoler, ce fléau de malheur avait enfanté quelqu'un de ces grands génies, sauveurs du genre humain et véritables trésors du feuilleton, qui ne manquent jamais d'apparaître aux grandes époques de l'humanité, comme Napoléon en 1793 et le docteur Watbled en 1848, jusqu'à un certain point nous pourrions nous faire l'application du système de feu Azaïs ; mais non, tout est bâtard, excepté la mort, dans le choléra de 1848 : c'est à peine s'il a produit quatre idées un peu saugrenues et trois ou quatres réclames étiolées comme celle du citoyen M..., qui ose à peine se décorer du titre de premier fabricateur de trichlorure de carbone, de chloroforme et d'une foule d'autres drogues qu'on ne trouve que chez cet incomparable homme, exemptes de toute impureté. Si vous aviez le moindre doute sur la supériorité pharmaceutique du citoyen M..., consultez le *Journal des Débats* ou autres, et vous serez pleinement édifié.

Il ne faut pas cependant que notre haine nous aveugle ; c'est peut-être trop de dire que le choléra de 1849 n'a rien fait d'extraordinaire ; il a fait connaître à la France qu'elle possède un conseil supérieur de santé, voire même que ce conseil est un corps vivant, pensant, agissant, écrivant, parlant et même quelquefois légèrement contrariant, au moins pour l'Académie nationale de Médecine. L'Académie, en effet, forte de l'article 2 de son ordonnance constitutive, ainsi conçu : « Cette Académie sera *spécialement* instituée pour répondre aux demandes du gouvernement sur tout ce qui intéresse la santé publique, et principalement sur les épidémies,.....» l'Académie croyait que l'autorité, fidèle aux traditions, aurait recours à ses lumières dans les circonstances où nous nous trouvons, et que tous les documents propres à éclairer les divers points de l'histoire du choléra arriveraient exactement à la rue de Poitiers pour y être soumis à une étude et à une discussion approfondies ; mais le conseil de santé a, dit-on, fait observer au ministre qu'avant de répondre il faut d'abord être questionné, et que si l'on n'adressait aucune question à l'Académie, celle-ci n'aurait évidemment à faire aucune réponse ; ce raisonnement n'était pas trop maladroit pour un conseil supérieur de santé ; le ministre en fut frappé ; il décida qu'il n'importunerait l'Académie d'aucune question, et qu'il confierait la santé publique aux seuls soins de son conseil de santé; celui-ci, à son tour, pensa que, l'Académie n'étant point consultée par le ministre, elle n'avait pas plus à s'occuper du choléra que s'il n'avait pas quitté les rives du Gange, et qu'en conséquence il serait parfaitement inutile de laisser envoyer à la rue de Poitiers les documents concernant l'épidémie qui arriveraient au ministère. L'Académie ne jugea pas tout à fait comme le conseil de santé ; elle crut de son devoir de rédiger une instruction que vous connaissez. C'est alors que le conseil, d'un peu usurpant seulement qu'il avait été jusque-là, devint pas mal narguant, et s'en alla malignement demander à l'Académie pourquoi elle ne faisait pas de la pathologie transcendante au lieu de faire de la médecine de commère ; à quoi l'Académie répondit fièrement qu'elle avait besoin de documents et non de conseils. Je crois que les choses en sont restées là ; je me contente de vous les dire, sans avoir la prétention de vous influencer dans votre jugement. Je dois ajouter cependant, si vous désirez le savoir, que les membres du conseil de santé sont généralement des hommes instruits et serviables, ce qui ne préjuge rien des qualités et des défauts que peut avoir le conseil lui-même; car si l'axiome: « *Le tout est égal à la somme de ses parties* » est vrai en géométrie, il est bien loin de l'être en mécanique sociale.

Puisque j'en suis sur le conseil supérieur de santé, je devrais peut-être, pour vous le faire connaître à fond, vous entretenir un instant de quelques petites tribulations intestines qui prouvent que là ne règne pas encore l'harmonie phalanstérienne ; mais, puisque ces tribulations n'ont pas jusqu'à ce jour retenti dans le public, ce ne sera pas moi qui commettrai la première indiscrétion.

— Personne n'a oublié qu'il y a une place vacante à l'Académie dans la section de médecine opératoire ; partant, personne n'ignore qu'il y a plusieurs candidats, et que ces candidats n'ont guère d'autres préoccupations en ce moment que celle de recueillir des suffrages. Les moyens d'arriver à ce but tant désiré ont été plusieurs fois énumérés dans ce journal et ailleurs ; nous n'avons garde de les rappeler. Il en est un toutefois qui nous a paru nouveau, dont nous ne garantissons pas la valeur, mais qui semblerait être d'une assez grande importance, à voir le fréquent usage qu'en fait un des candidats. Pour rendre les chances égales, nous nous croyons obligé en conscience de le porter à la connaissance des autres concurrents ; nous ne savons de quel nom l'auteur l'a baptisé ; provisoirement nous le désignerons sous le nom de *percussion électorale.*

Voici en quoi il consiste :

Le candidat se place sur l'escalier de l'Académie; aussitôt qu'un académicien pointe à l'horizon, le candidat commence une série de salutations télégraphiques qui durent jusqu'à l'arrivée de l'académicien au bas de l'escalier ; là commencent force compliments accompagnés d'une mimique la plus expressive possible et de nombreuses évolutions taglionico-aurioliques qui conduisent l'académicien à la

Nous avons cependant vu faire quelques tentatives antiphlogistiques, dans des cas où l'on pouvait croire que la saignée était réellement indiquée. Mais les effets obtenus n'ont été nullement encourageants. Dans la plupart de ces cas, le sang avait la plus grande difficulté à couler; il ne sortait qu'en bavant et avait une couleur violacée qui a frappé les assistants. Dans deux autres cas il a assez bien coulé, tout en présentant la même coloration; mais dans les uns comme dans les autres la période algide s'est prolongée plus que dans les cas ordinaires, et quelquefois les malades ont succombé avant de l'avoir traversée.

Cette sobriété des antiphlogistiques est même commandée dans la période de réaction, lorsque les symptômes de cette période paraissent trop énergiques; car, dans quelques cas où l'on a voulu les combattre par des saignées un peu copieuses, on a vu la prostration survenir et entraîner une terminaison fatale. Ce n'est donc que dans les plus pressantes indications que l'on devra recourir aux évacuations sanguines; et même, dans ces cas, il sera convenable de n'en user qu'avec modération.

Au contraire, dans la période de réaction, la plupart des praticiens remplacent les excitants énergiques par des excitants plus modérés, et surtout par des toniques, dont le quinquina forme le plus souvent la base.

Les journaux politiques ont annoncé que M. Blin de Bourdon, représentant de la Somme, avait succombé à une attaque de choléra; puis ce matin ils démentent cette nouvelle. Nos informations nous permettent d'affirmer que c'est bien à un choléra intercurrent que l'honorable député a succombé.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

Service de M. Baudens.

Coup de feu compliqué chez un sous-officier du 74e de ligne, soupçonné d'être l'auteur de la profanation commise au cimetière Mont-Parnasse.

Déjà depuis plusieurs mois la presse parisienne avait entretenu le public d'une profanation inouïe commise dans le cimetière Montparnasse. Cette profanation était attribuée à un vampire par les rumeurs populaires, tant on avait de peine à se persuader que la perversion de l'intelligence humaine pût être portée à un degré si élevé.

On se souvient, en effet, qu'il y a six mois le cadavre d'une jeune femme enterrée depuis huit jours fut trouvé dans ce cimetière bors de son cercueil et dans un état d'horrible mutilation. L'abdomen était ouvert; les intestins, arrachés de la cavité qui les renferme, avaient été jetés au loin sur la terre; les membres étaient séparés du corps, et les doigts de la main gauche, également séparée de l'avant-bras, étaient ornés de plusieurs bagues de prix, circonstance importante à noter, car elle écarte toute intention de vol de la part de l'individu qui était l'auteur de cet acte véritablement inqualifiable.

Cet événement excita la vigilance des gardiens du cimetière; depuis cette époque, ils durent poursuivre plusieurs fois à coups de fusil un homme qui, à une heure indue, rôdait dans l'enceinte des tombeaux probablement pour recommencer son affreuse opération; mais, grâce à son agilité, ce dernier put se soustraire à leurs poursuites.

Le 15 mars, un gardien du cimetière disposa sur un mur de clôture fait en planche, et au point par lequel il soupçonnait que le profanateur pouvait s'introduire, une *machine infernale* fort ingénieuse destinée à éclater par le fait de l'escalade. Cette machine consistait en un fusil dont le canon, scié à 25 centimètres de la culasse, était chargé d'un grand nombre de balles, de lingots, de clous, de morceaux de fonte, de chevrotines, etc., charge qui avait en tout de 18 à 20 centimètres de hauteur. A la détente de ce fusil s'adaptait un cordon tendu et disposé de manière à ce que le poids du corps de celui qui escaladerait la cloison en planches dût nécessairement le tendre encore davantage et par conséquent en pressant sur la détente opérer la détonation de l'arme. La machine était si bien disposée que, d'après des renseignements que nous avons recueillis auprès de gens bien informés, le contact du corps le plus léger sur le fil attaché à la détente eût suffi pour faire partir la charge. Le piége étant disposé comme nous venons de l'indiquer, on attendit.

Le 15, à onze heures du soir, une détonation violente se fit entendre; on accourut, et on ne trouva rien. Demi-heure après, c'est-à-dire à onze heures et demie du soir, le chirurgien de garde au Val-de-Grâce fut mandé pour voir un malade qui, s'étant traîné jusqu'à la grille de cet hôpital, demandait à y être admis d'urgence.

Ce blessé, d'un extérieur doux et paraissant fort intelligent, se nomme Bertrand; il est sergent au 74e de ligne, régiment caserné dans les baraques du Luxembourg. Il raconte qu'il vient de passer la soirée dans un estaminet de la barrière Saint-Jacques, et qu'en rentrant à sa caserne (de dix heures à dix heures un quart) il est tombé frappé d'un coup de feu à la hanche droite sans avoir pu distinguer de quelle direction venait ce coup de feu. Alors, dit-il, il s'est relevé comme il a pu et s'est traîné avec une peine extrême, en perdant par sa blessure une grande quantité de sang, jusqu'à la porte de l'hôpital. Il y est placé, salle 31, n° 20, dans le service de M. Baudens.

A en juger par les signes extérieurs, l'écoulement du sang a dû être très abondant, car la chemise, le caleçon et le pantalon en sont imbibés à droite, et de plus une quantité assez considérable de ce liquide s'écoule à terre en longeant la cuisse et la jambe de ce côté.

Le pan droit de la tunique bleue que porte le blessé est criblé de trous opérés par des projectiles; on en compte sans peine de dix-sept à vingt.

Le pantalon offre à la région fessière droite cinq ouvertures, se répétant également et au même niveau sur le caleçon et sur la chemise. Les deux plus grands de ces trous ont à peu près les dimensions d'une pièce de 50 centimes; ils sont faits comme à l'emporte-pièce; ils ont leur siége un peu au-dessus et en arrière du grand trochanter; plusieurs déchirures se remarquent en outre au niveau de la ceinture du pantalon.

Les vêtements ayant été enlevés avec les plus grandes précautions sans qu'aucun projectile soit aperçu, on constate l'existence de cinq petites plaies correspondant aux ouvertures trouvées sur les vêtements. La surface de ces dernières est noire; leur pourtour est fendillé et recouvert d'une escbare caractéristique. L'une des plaies a son siége à la pointe de la fesse vers l'ischion, la seconde vers la crête de l'os des îles, les trois autres sont intermédiaires aux plaies précitées.

On explore avec rapidité ces plaies à l'aide d'une sonde de femme, et l'on ne découvre aucun corps étranger superficiel et susceptible d'être extrait, par conséquent, à l'instant même. L'hémorrhagie, qui continue, cède promptement à l'application de fragments volumineux de glace sur la région fessière.

A onze heures trois quarts, pouls petit, extrémités froides, pâleur presque cadavérique de la face.

A une heure du matin, ampleur du pouls, retour de la chaleur; nuit assez tranquille.

Le 16, à la visite du matin, on enlève de l'une des plaies un fragment de métal, inégal et de petit volume, dont nous ne pouvons décrire ici d'une manière exacte ni la forme, ni la nature, attendu qu'il se trouve entre les mains de M. le commissaire de police.

Dans la nuit du 16 au 17, léger délire.

Du 17 au 19, rien à noter, si ce n'est la continuation de l'emploi de la glace, application sous l'influence de laquelle la chaleur locale, le gonflement et la douleur diminuent d'une manière presque complète.

Le 19, à la visite du matin, M. Baudens, reconnaissant sous la plaie centrale une vaste collection purulente, soumet le blessé à l'inhalation du chloroforme, puis, introduisant par l'ouverture d'entrée du projectile la lame d'un bistouri boutonné, il opère un large débridement qui donne issue à une grande quantité de pus grisâtre et mal lié; cela fait, il introduit l'indicateur de la main droite au fond de la plaie, et de la main gauche, armée d'une paire de pinces à pansement, il fait l'extraction d'un projectile volumineux, en plomb et du poids de 16 grammes. Ce projectile paraît constitué par une moitié de balle très volumineuse, aplatie sur son côté convexe, de sorte qu'il a la forme d'un segment régulier de cylindre. Ce corps étranger en a entraîné au-devant de lui un autre, sur lequel nous désirons arrêter un instant l'attention du lecteur.

On sait que très souvent les projectiles lancés par la poudre à canon poussent au-devant d'eux, dans l'épaisseur des tissus, des corps étrangers qu'ils rencontrent sur leur passage; ce sont: tantôt des *morceaux de bois*, des *pierres*, etc.; d'autres fois, des *pièces de monnaie* renfermées dans une poche du vêtement; en dernier lieu, enfin, ce peuvent être des parties de ce vêtement lui-même.

Eh bien! le corps étranger entraîné par la balle, dans notre observation, est curieux en ce sens qu'il représente exactement, et superposées couche par couche, de l'extérieur à l'intérieur, toutes les pièces du vêtement que portait Bertrand au moment de l'accident. Il est régulièrement circulaire; son diamètre est d'un centimètre et demi, et se trouve composé de quatre couches ou rondelles successives, de l'extérieur à l'intérieur; savoir:

Première rondelle. Un morceau de drap bleu appartenant à la tunique.

Deuxième rondelle. Un morceau de laine blanche appartenant probablement à la poche droite de cette tunique.

Troisième rondelle. Un morceau de drap garance appartenant au pantalon.

Quatrième rondelle. Un morceau de laine blanche appartenant à la chemise ou au caleçon du blessé.

Les recherches minutieuses de M. Baudens n'ont amené l'extraction d'aucun autre corps étranger; nous devons ajouter que, pendant le sommeil provoqué par le chloroforme, nous avons adressé à Bertrand des questions pressantes ayant pour but de savoir dans quelle circonstance il avait reçu sa blessure, et que nous n'avons obtenu que des réponses insignifiantes et sans aucune valeur médico-légale.

Aujourd'hui 23, le blessé est dans un état très satisfaisant.

Nous allons, avant de terminer, reproduire ici les conclusions posées par M. Baudens dans le rapport qu'il a adressé à l'autorité sur la nature de la blessure du sergent Bertrand.

1° Le sergent Bertrand a été atteint d'un coup de feu dans la région fessière.

2° Le coup a été reçu par derrière, mais un peu de côté cependant.

3° Les cinq plaies, très espacées les unes des autres et inégales, indiquent que l'arme chargée de plusieurs projectiles, de médiocre calibre, est, ou un fusil dont le coup est parti d'assez loin, ou un tromblon dont le coup aurait été reçu à la distance de 3 à 4 mètres.

4° Les blessures ne donnent aucune inquiétude sérieuse pour la conservation de l'existence.

5° La suppuration sera de longue durée (un ou deux mois).

6° La guérison aura lieu très probablement sans aucune difformité.

Dr S.....

HOTEL-DIEU. — M. Martin-Solon.

Diabète sucré.

Les cas de diabète ne sont pas assez fréquents dans les hôpitaux pour qu'on doive négliger les occasions de les étudier avec soin lorsqu'il s'en présente quelqu'un. Cette étude a d'autant plus d'intérêt aujourd'hui, que c'est à l'aide de l'observation seule qu'on doit réduire à leur juste valeur ces théories chimiques qui cherchent à envahir chaque jour de plus en plus le domaine de la médecine et de la physiologie, et auxquelles le diabète en particulier a fourni un inépuisable aliment. Ces raisons sont plus que suffisantes pour nous engager à faire connaître à nos lecteurs l'histoire sommaire d'un diabétique qui se trouve dans le service de M. Martin-Solon, salle Saint-Lazare, à l'Hôtel-Dieu, et pour les tenir au courant des effets que produira la médication employée pour combattre la maladie.

N....., âgé de quarante ans, cordonnier, est entré depuis six semaines environ à l'Hôtel-Dieu.

---

salle des conférences, où il arrive un peu ébloui et abasourdi. C'est alors que le candidat, ayant une de ses mains placée vers la première vertèbre lombaire, avec l'autre percute plusieurs fois l'abdomen avec rapidité, et débite en même temps toutes sortes de jovialités. Il paraît que cette petite percussion, arrivant après des manœuvres un peu étourdissantes, produit l'effet le plus avantageux, et donne la meilleure idée de l'habileté opératoire du candidat.

Nota. Pour bien exécuter ce procédé, il ne serait pas inutile de prendre quelques leçons du successeur de Débureau.

— Dans un article sur le choléra publié dans le *Journal des Débats* par l'honorable inspecteur honoraire des études médicales, nous avons remarqué un passage qui nous paraît nécessiter quelques explications.

Voici comment s'exprime l'auteur de l'article:

« A propos de ma tournée dans les hôpitaux de Paris, où je n'étais pas allé depuis un an, qu'on me permette d'adresser ici une question: Que deviennent donc les élèves en médecine? Nous sommes en pleine saison de travail, et c'est à peine si l'on rencontre quelques groupes d'étudiants dans les services les plus actifs. Qu'est devenue cette foule avide qui entourait autrefois les professeurs en renom? Les chefs de la science n'ont aujourd'hui qu'un maigre cortége de jeunes gens distraits, indifférents, qui ne semblent plus animés du désir de pénétrer les secrets de la vie et de la maladie, ni d'incruster dans leur esprit les leçons de la grande expérience de leurs maîtres. Les salles d'hôpitaux sont désertes, et ces heures du matin, jadis si animées, où se discutaient avec tant d'ardeur les problèmes les plus intéressants de l'humanité souffrante, sont mornes et sans vie. N'y a-t-il donc plus de mystères à découvrir, ni de perfectionnement à apporter dans l'art de scruter et de soulager les malades?

» Je soupçonne que cette indifférence, que cet abandon des élèves à l'égard des études médicales proprement dites tiennent à quelque vice qu'il ne serait peut-être pas difficile de signaler dans l'organisation actuelle de l'enseignement, dans la division des services cliniques, et à l'envahissement, à la prédominance de certaines branches qui absorbent toute la séve aux dépens du tronc principal. Ce sujet ne peut être traité ici, il m'entraînerait trop loin; mais dès que l'attention est portée sur l'état de l'enseignement des sciences, sur l'état en particulier de la médecine en France, sur les questions d'hygiène publique et de médecine administrative, de cette médecine physiologique et morale dont les préceptes, si propres à éclairer l'esprit et à améliorer les conditions de l'existence, devraient s'infiltrer partout au moyen d'un bon système d'éducation populaire, on ne peut s'empêcher de regretter profondément que le sort de l'enseignement soit si étroitement lié chez nous au sort de la politique. Le temps n'arrivera-t-il donc jamais où un homme, un ministre de l'instruction publique, pourra se livrer avec suite à l'étude des questions de l'enseignement et arriver à leur solution? Ces questions ne sont pas moins dignes que celles de la haute politique des méditations d'un grand esprit, et il y aurait peut-être plus de gloire, et une gloire plus durable à conquérir, pour celui qui entreprendrait résolument de les résoudre. Combien d'améliorations modestes en apparence, essentielles au fond, pas trop difficiles à réaliser, et qui suffiraient à illustrer le nom d'un chef de l'enseignement qui bornerait sa tâche à les accomplir! Mais comment prendre pied et se fixer dans le torrent qui nous emporte? »

Sans entrer aucunement dans l'examen des graves questions que l'auteur soulève, et en lui accordant très volontiers que tout n'est pas pour le mieux dans l'enseignement médical actuel, nous pensons que notre honorable confrère s'est laissé tromper par une impression irréfléchie, lorsqu'il a cru que les étudiants sont moins studieux aujourd'hui qu'il y a dix ou quinze ans. Nous, qui visitons aussi et chaque matin les hôpitaux, nous avons vu que les chefs de service les plus célèbres étaient entourés d'une foule moins nombreuse qu'autrefois; mais nous ne nous en sommes pas tenu là, et nous n'avons pas conclu immédiatement à l'indifférence scientifique de la jeunesse médicale. Nous avons cherché si ce fait n'avait pas une raison d'être toute naturelle, et nous nous sommes convaincu qu'en effet cette raison existe. Quelques chiffres le démontreront clairement.

L'Ecole de Paris compte aujourd'hui 800 et quelques élèves inscrits.

Sur ce nombre, 120 environ sont internes dans les hôpitaux;

Un nombre à peu près double, c'est-à-dire 240, font un service d'externe dans les mêmes établissements. Cela fait déjà un total de 360 élèves qui sont dispersés dans tous les services des hôpitaux. Les chefs de service les plus suivis, au nombre de dix environ (Chomel, Rostan, Rayer, Cruveilhier, Louis, Velpeau, Blandin, Roux, Laugier, Jobert, etc.), comptent chaque matin de 10 à 50 élèves, soit en moyenne 25, ce qui donne un total de 250, qui, ajoutés au 360 déjà mentionnés, forment un total général de 610. Si l'on considère en outre que plusieurs autres services (au nombre de vingt au moins) sont fréquentés chaque matin régulièrement par 4, 5 ou 6 élèves (soit 5 en moyenne), on voit qu'on arrive à dépasser le chiffre de 800, nombre très approximatif des élèves de l'Ecole de Paris.

Ainsi donc, malgré les justes craintes qu'il était permis de concevoir pour l'avenir de la science dans les circonstances où nous vivons, l'amour de l'étude n'a reçu qu'une atteinte éphémère, et l'esprit de la jeunesse, comme celui de l'âge mûr, est déjà revenu à des méditations sérieuses et utiles.

L'Ecole de Paris n'est pas heureuse depuis quelque temps. A la maladie de M. Marjolin, que nous avons annoncée il y a plusieurs mois, il faut ajouter aujourd'hui celle de M. J. Cloquet. L'honorable professeur est atteint d'une pneumonie qui ne laisse pas ses amis sans inquiétude.

Cet homme, d'une assez forte constitution et d'une bonne santé habituelle, a toujours été convenablement nourri, et a toujours bu du vin en quantité modérée; il n'a jamais fait d'excès d'aucun genre. Il n'a jamais entendu parler qu'il y ait eu dans sa famille personne qui ait eu une maladie analogue à la sienne. Il n'a pas non plus connaissance que dans son pays on ait vu depuis longtemps de maladie semblable. Il sait seulement qu'à quatre lieues de la localité qu'il habite (Argenton, dans le Berri), un malade éprouve à peu près les mêmes symptômes que lui, et que ce malade est généralement considéré comme voué à une mort certaine.

Les premiers symptômes de sa maladie remontent, selon lui, à deux ans. Ces symptômes consistèrent d'abord dans un malaise général, puis dans une diminution des forces, dans un affaiblissement de toutes les fonctions, dans un amaigrissement de plus en plus prononcé, dans une augmentation de la quantité des urines, et enfin dans l'abolition complète des appétits vénériens, et même des facultés génitales.

Lors de l'entrée du malade, l'abolition des facultés génitales était complète depuis plusieurs mois; l'amaigrissement était considérable, sans être cependant arrivé au point de constituer l'état de consomption; l'appétit était à peu de chose près normal, la soif vive et au moins quadruplée d'intensité. Il y avait une constipation assez opiniâtre, tandis qu'au contraire la quantité des urines était très augmentée; quatre litres étaient rendus toutes les vingt-quatre heures.

Examinées au palarimètre, elles donnaient une déviation de 11, ce qui correspond à 1 gram. 40 c. de sucre par litre; le malade rendait donc 5gr. 60 de sucre dans les vingt-quatre heures.

Le traitement a été dirigé de la manière suivante :

Alimentation composée d'une quantité modérée de pain (2/5ᵉ de port.), et d'un régime le plus animalisé, le plus varié possible; vin de la meilleure qualité possible (aujourd'hui on donne chaque jour 120 grammes de vin de Bagnols; le supplément de boisson se compose de tisanes variées, non acides.

La médication principale s'est composée d'ammoniaque liquide qu'on a donné d'abord à la dose d'un gramme de solution concentrée délayée dans une suffisante quantité d'eau. Cette dose a été successivement portée jusqu'à 3 grammes; dose que le malade prend encore actuellement.

A ce médicament principal a été ajoutée une médication purgative, composée successivement de pilules aloétiques, de rhubarbe, savonneuse, mercurielles (pilules bleues). Cette médication avait pour but de détruire la constipation et d'activer la sécrétion biliaire.

Enfin on a pratiqué quelques frictions sèches sur la peau.

Aujourd'hui, après moins d'un mois de traitement, une amélioration très notable s'est manifestée dans l'état du malade.

L'amaigrissement a fait place à un embonpoint modéré; les gardes-robes se sont rétablies à peu près dans leur état normal, tant sous le rapport de la fréquence que sous le rapport de leur consistance et de leur coloration. Les urines sont réduites à un litre et demi dans les vingt-quatre heures; elles elles offrent d'ailleurs, à très peu de chose près, les mêmes caractères à l'aréomètre et au palarimètre; les sueurs, qui étaient extrêmement rares, sont devenues plus faciles et assez abondantes; une éruption prurigineuse s'est manifestée sur toute la peau; elle a été très incommode pendant plusieurs jours, et elle a en très grande partie disparu, le prurit s'est surtout calmé après la suspension, pendant quelques jours, de l'alcali volatil; les forces sont en partie revenues, et des signes évidents de virilité se sont montrés pendant la veille et pendant le sommeil.

En résumé, tout permet d'espérer que l'affection dont ce malade est atteint et dont les diverses phases seront très intéressantes à suivre, sera combattue avec succès, si le traitement peut être continué pendant un temps suffisant.

A propos de ce fait, M. Martin-Solon fait remarquer que le sous-carbonate de soude, auquel on a reconnu des propriétés presque miraculeuses dans ces derniers temps, ne doit pas être employé indifféremment et d'une manière empirique dans tous les cas de diabètes. Ce médicament, dit-il, est un débilitant caractérisé; chez la plupart des individus, il relâche les fonctions, semble ramollir les tissus plutôt qu'il ne les tonifie; et vous comprenez quels inconvénients cela peut avoir lorsque les malades sont déjà profondément débilités, comme c'est le cas de celui que vous avez sous les yeux. Dans ces conditions, les avantages résultant de l'alcalinité du sous-carbonate de soude sont, en partie au moins, balancés par les inconvénients de ses propriétés débilitantes, et le résultat définitif est que l'amélioration de la maladie est beaucoup plus longue à obtenir, beaucoup moins sûre aussi; car, lorsque les malades sont arrivés à un état avancé de débilitation, perdre du temps, c'est souvent compromettre les chances de guérison. Nous avons donc préféré administrer à notre malade l'ammoniaque, qui, à ses propriétés alcalines, joint des propriétés stimulantes et sudorifiques bien prononcées; aussi avons-nous vu se produire sous son influence un état remarquable d'excitation de la peau, état qui a été promptement suivi du retour de la transpiration.

Mais il ne faudrait point vous laisser séduire par certains exemples de guérisons merveilleuses opérées en vingt-quatre heures à l'aide d'une médication purement alcaline. Quiconque a observé des diabétiques ne peut ignorer que le diabète, même peu avancé, n'est pas seulement constitué par une altération de la sécrétion urinaire; que plusieurs autres fonctions sont troublées à un degré variable; que la sécrétion biliaire en particulier est plus ou moins pervertie. Comment, en présence de pareilles lésions fonctionnelles, et qui toutes datent nécessairement d'un temps plus ou moins long lorsque le malade songe à demander des soins, pourrait-on admettre une modification; comment, dis-je, pourrait-on espérer rétablir l'harmonie physiologique en vingt-quatre heures, à l'aide de quelques grammes d'un médicament quel qu'il soit. Évidemment, ceux qui ont pu croire à une si prompte transformation ont été victimes de quelque illusion inexplicable.

Ne partageant pas des espérances impossibles à réaliser, nous avons eu soin d'associer à la médication alcaline une médication purgative variée, afin de chercher à exciter les fonctions du foie, et par suite celles du tube intestinal; nous avons été assez heureux pour réussir, et nous ne doutons pas que cela n'ait contribué pour beaucoup à l'amélioration déjà obtenue. Aujourd'hui, la médication purgative a été suspendue; mais nous la reprendrions sans hésiter, si les gardes-robes se ralentissaient ou cessaient d'offrir des caractères bilieux bien prononcés.

Quant à l'issue définitive de la maladie, les résultats obtenus jusqu'à présent doivent donner le plus grand espoir; cependant, il ne faut pas oublier que le diabète est une maladie qui a la plus grande tendance à récidiver, et que la maladie devient d'autant plus dangereuse, d'autant plus rebelle à toute médication, qu'elle date depuis plus longtemps et qu'elle a récidivé un plus grand nombre de fois. Pour prévenir ces récidives, il est essentiel que les malades persévèrent pendant fort longtemps dans le régime et le traitement qui leur est ordonné. Si notre malade est doué, comme on peut l'espérer, de toute la patience désirable, on peut croire, chez lui, à une guérison définitive; mais si le contraire a lieu, on doit craindre qu'il n'ait le sort malheureusement commun à presque tous les diabétiques.

Médecine légale.

De la distinction des taches de fruits des taches de sang, par M. Moride.

Toutes les remarques des auteurs sur la distinction à faire entre les taches de fruits et les taches de sang se sont bornées jusqu'ici à faire rechercher la présence des acides végétaux. Ainsi, on a proposé de faire macérer dans de l'eau distillée les morceaux d'étoffes maculés ou les objets recouverts de taches incriminées, afin de constater ensuite, soit au moyen du papier de tournesol, l'acidité; soit au moyen du cyanure ferroso-potassique, de l'infusion de noix de galle, le citrate ferrique. Or, cé ne sont point là les seuls cas difficiles en toxicologie; il en est d'autres assez fréquents et sur lesquels nous venons appeler l'attention des chimistes qui s'occupent de médecine légale : nous voulons parler des taches occasionnées par la projection des sucs acides de corne, de pomme et d'autres fruits, sur des linges, des étoffes, après même avoir résisté à des lavages réitérés.

Le fait qui a provoqué cette note est le suivant :

Un homme de la commune de Nort près Nantes avait été assassiné au milieu d'un champ vers neuf heures du soir alors qu'il venait de quitter des amis, accompagné de son neveu, le sieur F. Ferret. Le crime connu, tous les soupçons planèrent sur ce dernier, qui à plusieurs reprises déjà avait menacé son oncle de mort. La justice fit une descente à son domicile, et constata sur un pantalon et sur une chemise des taches rouges ayant tout l'aspect du sang. Le parquet de Nantes provoqua à cet effet un examen attentif afin de déterminer la nature de ces taches, et le docteur Cox et moi fûmes désignés comme experts.

Dès que nous aperçûmes les taches de la chemise, qui toutes traversaient le linge du dehors en dedans, dont la couleur était d'un rouge sombre (quoique la chemise eût été lavée), et qui, disséminées çà et là, semblaient avoir été produites par un jet très fin et très rapide; dès que nous considérâmes les larges taches rouges du pantalon brun, nous ne pûmes nous défendre de cette idée qu'elles avaient été occasionnées par du sang, et la constatation de leur nature nous parut la chose du monde la plus simple.

Des morceaux tachés de la chemise, de la culotte furent donc mis à macérer séparément, ainsi qu'on le fait d'habitude, tantôt avec de l'eau distillée, tantôt avec de l'eau ammoniacale, d'après le procédé de M. Braconnot. Dans le liquide qui contenait les taches de la chemise aucune réaction acide, aucune coloration rosée n'apparurent même après vingt-quatre heures d'attente. Quant à celui où avaient été placés des morceaux du pantalon, par suite du peu de solidité de la teinture de l'étoffe, il s'était coloré en violet foncé après quelques minutes et rougissait fortement le papier de tournesol. — Des morceaux tachés ou non déterminèrent les mêmes phénomènes.

L'acide chlorhydrique, l'acide hypo-chloreux se comportèrent avec les taches de la chemise comme ils le font avec du sang sec, vieilli ou même lavé. Il en était de même de l'action du cyanure ferroso-potassique et du papier de tournesol. Mais, lorsque nous vînmes à essayer sur les taches l'action de la solution de potasse bouillante, le doute cessa tout à coup. En effet, *nos taches foncèrent et devinrent d'un beau noir*; chauffées en outre dans un tube convenable, *elles ne donnèrent aucune réaction alcaline.*

Dès lors, nous fûmes convaincus que les taches en question n'avaient pas été produites par du sang, et l'examen au microscope de petits grenuls trouvés dans les poils tachés et agglutinés du pantalon, après avoir été imprégnés d'une légère solution potassique, vinrent corroborer cette opinion en offrant à nos yeux des cellules végétales bien déterminées.

La chemise et le pantalon avaient donc été tachés par des sucs de fruits, et un seul réactif avait pu nous les faire distinguer pour des taches de sang, avec lesquelles elles pouvaient être facilement confondues.

Malgré notre rapport favorable au prévenu, qui, et nous l'avons su plus tard, avait déclaré qu'effectivement, en fabriquant du cidre, il avait mouillé ses vêtements, en raison des charges accablantes qui pesaient contre lui, le sieur Ferret fut condamné à la réclusion perpétuelle. — Ce cas était grave, car le moindre doute laissé sur la nature des taches aurait pu entraîner la peine de mort.

Parmi les expériences auxquelles nous nous livrâmes à cette occasion, il en est une qui nous réussit à merveille, et que nous ne pouvons nous défendre de citer.

Lorsque des taches de sang très minimes sont disséminées sur des linges, il est généralement assez difficile de constater leur origine animale en les chauffant dans un tube. Pour atteindre plus facilement ce but, nous plaçons la tache douteuse au milieu d'un tube effilé à l'une de ses extrémités, et possédant 8 centimètres de longueur sur 7 millimètres de diamètre; on a soin de le remplir préalablement d'un mélange de soude et de chaux caustique. Une très petite éprouvette pleine d'eau distillée, dans laquelle vient plonger un tube courbé, termine l'appareil. Vient-on à le chauffer au rouge sur la lampe à alcool? la matière organique se décompose, les gaz ammoniacaux, s'il y en a, se dégagent, et en barbottant dans l'éprouvette, rendent bleues de petites bandelettes de papier de tournesol, rougies par de l'acide acétique, qu'on a soin d'y laisser flotter après les avoir lavées. (*Journal de Chimie médicale.*)

Nouvelles observations sur les bons effets du chloroforme employé comme topique.

Plusieurs fois déjà nous avons cité dans ce journal des faits tendant à prouver l'heureuse influence des applications locales de chloroforme dans des maladies caractérisées exclusivement ou principalement par l'exaltation de la sensibilité. M. De Larroque publie aujourd'hui dans le *Bulletin général de thérapeutique* (15 mars 1849) quatre nouveaux faits qui confirment l'espoir qu'avaient déjà fait naître ceux que nous avons publiés.

Le premier de ces nouveaux faits concerne une dame âgée d'une trentaine d'années et affectée d'une céphalalgie très intense accompagnée de vomissements de substances alimentaires, et sujette à de fréquentes apparitions de migraine d'assez longue durée.

La seconde observation a pour sujet une jeune fille de vingt ans affectée d'un torticolis très douloureux.

La troisième a pour sujet un homme de soixante-dix ans atteint d'une violente douleur rhumatique fixée à la région poplitée.

Dans tous ces cas, la douleur disparut presque instantanément à la suite de frictions pratiquées sur les parties douloureuses à l'aide d'un tampon de coton imbibé de chloroforme. Dans aucun cas la surface de la peau frictionnée n'offrit des signes d'irritation.

Enfin la quatrième observation, la plus curieuse de toutes à cause de l'ancienneté et du caractère tenace de la douleur, demande à être reproduite en entier.

Céphalalgie très intense apparaissant dans le cours d'un traitement antisyphilitique, cédant rapidement à l'action du chloroforme. — M. de R... est un jeune homme d'une bonne constitution, qui, à diverses reprises, a été infecté de vice syphilitique. Jamais il n'a été bien guéri. Mon fils, qui depuis quelque temps lui donnait des soins, employa vainement, pour calmer des douleurs ostéocopes nocturnes occupant le crâne, soit le proto-iodure de mercure et une tisane sudorifique, soit l'iodure de potassium à haute dose.

Le malade se désespérait, parce qu'il ne pouvait jouir du sommeil de la nuit, et que, d'un autre côté, il ne comptait pas pouvoir se marier à une époque déjà déterminée. Mon fils alors eut recours aux préparations opiacées, qui n'amenèrent pas de résultats plus heureux.

Mais, ayant appris par moi que dans les cas de douleurs nerveuses le chloroforme les avait parfaitement calmées et maîtrisées dans plusieurs circonstances, il fit, quoique sans espoir de succès, l'emploi de cette liqueur. Il promena, comme je le lui avais dit, du coton imbibé sur le front du malade, et, peu d'instants après, le calme était arrivé; il devint plus marqué encore quand il eut fait respirer le médicament, en passant à plusieurs reprises le tampon médicamenteux sous les narines du malade. Chose remarquable, la nuit se passa presque tout entière dans un sommeil paisible. Le lendemain au soir, la douleur crânienne se reproduisit avec quelques nausées; mais à partir de ce moment elle disparut complètement, sans que le chloroforme ait été employé de nouveau. Le traitement antivénérien étant continué avec la même persévérance qu'auparavant, il n'est guère permis d'attribuer à ce seul agent thérapeutique éthéré la disparition totale des souffrances céphaliques, puisque tous les jours on voit de pareils accidents s'évanouir sous l'influence d'un traitement dépuratif général; mais il n'en est pas moins vrai qu'avant l'emploi du chloroforme, ce traitement avait été, à l'égard des douleurs ostéocopes, de la plus entière nullité.

Application du manganèse à la thérapeutique de plusieurs maladies compliquées, ou essentiellement formées par l'anémie.

M. le Dʳ Hannon, de Bruxelles, dans un travail intitulé *Etudes sur le manganèse* (1), a rapporté huit observations desquelles il semblerait résulter que les préparations de manganèse peuvent avoir les plus grands avantages dans le traitement de la chlorose, de l'anémie compliquant d'autres maladies, même le cancer, et même dans la phthisie pulmonaire.

On doit regretter malheureusement que ces observations ne renferment pas plus de détails, et que quelques-unes même offrent des circonstances aussi extraordinaires que la seconde de celles que nous allons reproduire, et de laquelle il semblerait résulter que des symptômes rationnels de phthisie accompagnés de matité sous les clavicules, surtout à droite, et de bruit de *craquement*, auraient disparu d'une manière définitive dans l'espace de quinze jours. De telles observations inspirent plutôt le doute que la confiance dans les agents médicamenteux; car elles rendent extrêmement probables des erreurs de la part de l'observateur. Quoi qu'il en soit, nous allons faire connaître trois des huit observations rapportées par l'auteur; elles suffiront pour donner une idée de toutes les autres. Dans un prochain numéro, nous ferons connaître les préparations pharmaceutiques manganiques proposées par l'auteur.

Obs. I. — Mademoiselle J... était d'une pâleur extrême; la peau du front, du nez et du menton ressemblait, par sa couleur, à de la cire blanche vieillie; elle semblait dépourvue de réseau vasculaire. Les joues étaient à peine plus colorées. Les lèvres, les conjonctives,

(1) Brochure in-8°. Bruxelles, 1849.

étaient privées de leur couleur naturelle. Les veines superficielles du bras et de la main étaient affaissées; sur le dos de la main elles ne présentaient qu'une nuance d'un violet blafard. Une légère pression exercée sur ces vaisseaux en expulsait le sang, qui ne revenait qu'avec lenteur.

Les yeux avaient une expression singulière de faiblesse et de langueur.

L'auscultation faisait entendre dans la région du cœur et des grosses artères le bruit de soufflet. Le rythme des battements du cœur était activé dans sa régularité.

La main, appliquée sur la région précordiale, ne percevait que de faibles pulsations.

La malade était sujette à des syncopes.

Quand elle marchait, elle était prise aussitôt de palpitations violentes et d'essoufflement. S'agissait-il de monter un escalier, elle était forcée de s'asseoir ou de s'arrêter, et la syncope survenait souvent dans ce cas.

Un froid continuel l'accablait.

Elle se plaignait d'une gêne douloureuse à l'épigastre, l'appétit était nul; elle avait un dégoût profond pour tout aliment analeptique.

Il y avait constipation habituelle.

L'abattement moral était très grand chez cette jeune fille, ses muscles s'affaiblissaient de jour en jour, et le moindre mouvement amenait bientôt des palpitations, des syncopes, une dyspnée considérable, de la sueur.

J'ordonnai l'emploi des ferrugineux et un régime analeptique. Rien n'y fit. Un mois après je renvoyai la malade chez ses parents, à la campagne, avec une boîte de pilules de Blaud; elle revint à Bruxelles plus affaiblie qu'elle n'en était partie. Ses pieds gonflaient le soir.

J'administrai les pilules suivantes :

Extrait de quinquina.	
Carbonate manganeux.	ãã 1 gros.
F. S. A. Pil.	4 grains.

La malade prit chaque jour deux pilules : la première avant son déjeuner, la seconde avant son dîner.

Après quinze jours de l'usage de ces pilules, les joues et les conjonctives de la malade se colorèrent. L'œdème des pieds avait disparu.

J'administrai les pilules suivantes :

Sulfate manganeux.	
Carbonate sodique. .	ãã 2 gros.
Charbon récent.	
Miel.	ãã q. s.
F. S. A. Pil.	4 grains.

Il est à remarquer que je n'introduisis point, cette fois, d'extrait cinchonique dans les pilules. Quinze jours après l'emploi de ce médicament, le bruit de soufflet du cœur avait disparu; ses battements étaient forts et éclatants; la main, appliquée sur la région précordiale, éprouvait une impulsion énergique. Les syncopes avaient disparu. L'appétit, de nul qu'il était, avait repris de la force. J'augmentai la dose des pilules.

Un mois après, la menstruation survint chez cette jeune fille; son embonpoint devint sensible, elle était guérie; elle se livrait impunément aux plus grandes fatigues, n'éprouvait plus de syncopes, digérait, dormait, se portait bien, en un mot.

Obs. V. — Mademoiselle ... était affectée d'une toux plus ou moins vive; cette toux, sèche le soir, était souvent accompagnée, le matin, de crachats variables, fréquemment striés de sang. Cette jeune personne, oppressée à plusieurs reprises, ressentait des douleurs passagères dans divers points du thorax, surtout entre les épaules; un point douloureux se fixait souvent dans l'épaule droite. La poitrine percutée donnait un son mat sous les clavicules, surtout sous la clavicule droite; à l'auscultation, de petits craquements se faisaient entendre dans cette région.

Pendant la nuit, mademoiselle ... avait de fréquentes sueurs, dont elle était *inondée*. Les mains restaient moites.

Le pouls était constamment entre 90 et 100 pulsations à la minute.

Malgré de fréquentes douleurs épigastriques, l'appétit de la jeune personne était considérable; la langue était parfois rouge et sèche, la soif fort vive. Ces symptômes, qui peuvent, au premier abord, sembler peu compromettants pour la malade, étaient cependant des plus graves. Deux de ses frères et sa sœur étaient morts phthisiques. La toux troublait souvent son sommeil; ses forces se perdaient; son embonpoint disparaissait; sa voix était fréquemment rauque; la gorge devenait brûlante; la respiration se précipitait par le moindre exercice, et l'anémie se déclarait.

Je prescrivis le fer uni à l'opium; il survint une constipation opiniâtre et la toux s'exaspéra.

J'eus immédiatement recours à mes préparations de manganèse, je fis prendre à la malade un sirop de phosphate manganeux dont je donne la préparation plus loin, et j'y ajoutai de l'huile de foie de morue, afin d'éviter le contact de l'air et du manganèse, plutôt qu'à cause des propriétés accordées à cette huile.

La constipation cessa, et la toux redevint normale, c'est-à-dire à peu près supportable. Quinze jours après l'emploi de ce sirop, la malade ne toussait plus, et, chose bien frappante, elle reprenait de l'embonpoint.

Un mois après, ses pommettes étaient d'un rouge briqueté fort remarquable, qu'elle a conservé jusqu'aujourd'hui, bien qu'il y ait de cela à peu près un an et demi.

Cette jeune personne a pris trois gros de phosphate manganeux. (Trois grains par jour.)

Obs. III. — M. G. B., âgé de trente-huit ans, était atteint de syphilis constitutionnelle depuis plusieurs années. Traité continuellement, durant tout ce laps de temps, par les mercuriaux, il avait en partie été préservé des désorganisations syphilitiques; les os étaient restés sains, les téguments seuls étaient affectés par toutes sortes de dermatoses; la langue avait été longtemps le siége d'une tumeur que rien n'avait pu dissoudre, et il y avait, en outre, une ophthalmie syphilitique compliquée d'iritis de même nature.

Je soumis pendant plusieurs mois le malade au sublimé joint à l'iodure potassique; — le malade restait toujours dans le même état.

Il revint me trouver désolé, persuadé que personne ne pouvait le guérir. En désespoir de cause je lui donnai l'iodure manganeux uni au sirop de salsepareille.

Un mois après le malade vint me remercier. Il était parfaitement guéri.

Toute dermatose avait disparu, la langue était saine, il n'y avait plus d'ophthalmie.

J'ordonnai à M. G. B. de continuer l'emploi du manganèse et je ne le revis plus; ce qui me le fait croire guéri sans récidive, car je lui recommandai, s'il redevait malade, de venir me consulter de nouveau.

Emploi thérapeutique du kermès minéral;

Par M. le docteur Hélin.

(*Journal de Médecine de Bruxelles*, février 1849.)

Ce n'est pas une nouveauté que l'emploi du kermès minéral en thérapeutique, et principalement dans les affections du poumon et des bronches. Mais depuis quelques années ce médicament, sans être précisément tombé dans l'oubli, était cependant beaucoup déchu de son ancienne réputation, au moins dans la thérapeutique des adultes. M. Hélin a voulu le réhabiliter; il l'a employé, non-seulement dans les affections des poumons, mais encore dans des affections gastro-intestinales légères. Parmi les observations qu'il cite pour prouver les bons effets de ce médicament, et qui par malheur ne prouvent pas tout à fait autant que l'auteur semble le croire, nous nous contenterons de rapporter les deux suivants, qui montreront en même temps la forme sous laquelle M. Hélin administre le kermès minéral.

Obs. I. — A la fin de novembre 1847, je fus pris dans un petit voyage d'une longue horripilation, suivie le lendemain des symptômes d'une bronchite compliquée d'une nuance inflammatoire de la muqueuse du tube digestif. La diète, les boissons adoucissantes et la saignée modifièrent, sans y mettre fin, cet état, entretenu par d'urgentes et involontaires sorties.

Ce fut après huit jours de cette situation que j'eus recours au kermès minéral, à la dose de vingt-quatre grains, associé à douze onces de solution de gomme arabique; j'en usai à la dose d'une cuiller à soupe toutes les heures, en prenant la première à midi; après avoir pris la quatrième, j'éprouvai un sentiment de tension dans tout l'abdomen et de légères tranchées; un quart d'heure après l'ingestion de la cinquième, un vomissement, précédé d'un sentiment de pesanteur à l'épigastre et à la tête, eut lieu sans fatigue et fut accompagné de transpiration; peu après survint une large déjection alvine, un peu délayée. Ces évacuations se firent de cinq à six heures, et la légère transpiration continua jusqu'à neuf heures du soir, époque où je repris une cuiller de la potion et me couchai. La nuit fut calme, avec une assez copieuse transpiration. Le lendemain, j'usai encore de la potion toutes les deux heures, sans autres évacuations que la transpiration et une expectoration facile avec un peu de toux. La convalescence ne tarda pas à s'établir.

Obs. II. — Mademoiselle And., âgée de quinze ans, tempérament lymphatico-nerveux, passablement bien réglée depuis un an, est travaillée depuis huit jours par les lassitudes spontanées, des frissons vagues, de la soif, de l'anorexie. Elle se plaint de céphalalgie gravative, de vertiges; elle éprouve une vive sensibilité à l'épigastre par la plus légère pression : langue d'un rouge foncé et pointue, haleine acide, peau sèche, légèrement brûlante; pouls donnant 105, un peu irrégulier; le sommeil est très agité. Diète sévère, boissons adoucissantes, pilules d'un grain de kermès minéral toutes les heures, jusqu'à provoquer un vomissement, qui a lieu à la troisième pilule, et se répète à la quatrième avec un énorme soulagement de la céphalalgie; la malade prend alors les pilules toutes les deux heures.

L'agitation musculaire l'empêche de transpirer beaucoup la première nuit; elle transpire beaucoup la seconde, après laquelle le pouls tombe à 90 par minute. Pendant cette journée, la malade rendit une forte déjection alvine. On continue l'usage des pilules toutes les deux heures; les transpirations continuent avec moins d'abondance les troisième, quatrième et cinquième nuits, avec diminution marquée de tous les symptômes. Le sixième jour, la langue est pâlie et élargie; le pouls est revenu à 78, ce qui, depuis quelques années, est l'état normal chez le sujet de cette observation.

NÉCROLOGIE.

Notre honorable confrère M. le Dr Delanglade nous annonce, dans la lettre suivante, la triste nouvelle de la mort de M. le professeur Serre.

Monsieur le Rédacteur,

Une lettre que je reçois aujourd'hui de Montpellier vient m'apprendre une nouvelle aussi triste qu'imprévue, et que je m'empresse de vous communiquer. M. le professeur Serre a succombé, dans la nuit du 20 au 21, à une attaque d'apoplexie. Les secours de l'art les plus prompts et les plus actifs prodigués immédiatement par de savants confrères ont tous été impuissants. A peine âgé de quarante-huit ans, M. Serre jouissait d'une santé vigoureuse, et rien en lui ne faisait pressentir une fin aussi prochaine. Professeur érudit et éloquent, habile praticien, il s'était formé une clientèle très étendue, et sa vaste réputation lui attirait des malades de tous les points de la France et de l'étranger. Elevé à l'école de Delpech, son mérite seul l'avait appelé à l'honneur de succéder à cet homme illustre. La Faculté de Montpellier, qui avait récemment à combler le vide que la mort de MM. Broussonnet et Delmas laissait dans ses rangs, perd encore un de ses membres les plus distingués. Elève particulier du professeur Serre, j'ai été témoin, soit à l'hôpital à la tête duquel il était placé, soit dans sa pratique civile, des nombreux et éclatants succès qu'il obtenait chaque jour. J'ai pu apprécier en même temps l'aménité de son caractère et ses qualités du cœur, qui ne le cédaient pas à celles de l'esprit; aussi ai-je considéré comme un devoir imposé par l'attachement et la reconnaissance de payer un tribut public et spontané à sa mémoire, et de manifester les regrets profonds qu'il laisse après lui, en attendant qu'un interprète plus digne vienne rappeler les services éminents qu'il a rendus à la science et à l'humanité.

Agréez, etc. E. Langlade fils, d.-m.-m.

Le corps médical de Paris vient d'éprouver deux pertes sensibles. La première est celle de M. le docteur Désir, un des élèves les plus distingués de M. Rayer, et le collaborateur de la plupart de ses récents travaux. Ce confrère distingué a succombé à la méningite cérébro-spinale qui règne en ce moment à Paris, principalement dans la garnison. La seconde perte est celle de M. le docteur Ernest Boudet, un des hommes les plus laborieux de la jeune génération médicale, et déjà auteur de plusieurs travaux, dont les plus connus sont un mémoire sur l'apoplexie méningée, et un autre sur une épidémie de croup observée à l'hôpital des Enfants. M. Ern. Boudet a succombé à une affection tuberculeuse dont les premiers symptômes remontaient à plusieurs années, et dont il était parvenu à ralentir, mais non malheureusement à arrêter la marche par des soins excessifs.

NOUVELLES.

— M. le docteur Beaurepaire nous fait savoir que ce n'est pas en vingt-quatre heures qu'il emploie 120 grammes d'eau de fleurs d'oranger, mais bien dans l'espace d'une à deux heures. Il commence par 60 grammes, et il continue après par 30 grammes de demi-heure en demi-heure. Les accidents cessant ordinairement après une ou deux heures, la dose de 120 grammes n'est que rarement dépassée.

Errata. — Notre honorable confrère, M. Andrevetan, nous prie de rectifier ainsi qu'il suit ce qui, dans notre dernier numéro, se rapporte au mode d'administration du genépi :

Prendre, de quart en quart d'heure, une tasse à café chaude et sucrée de cette infusion, tasse renouvelée jusqu'à épuisement du liquide.

L'*Annuaire Médical et Pharmaceutique de la France*, par M. le docteur F. Rouhaud, est en vente au bureau de la *Gazette des Hôpitaux* et à la librairie de J.-B. Baillière.

Le prix est de 4 fr. à Paris et de 5 fr. rendu *franco* par la poste.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 29 MARS 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 37.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 28 MARS 1849.

Marche du choléra.

La légère recrudescence que nous avons signalée n'a pas eu de suites fâcheuses; aujourd'hui l'épidémie est revenue aux proportions qu'elle avait il y a huit jours, et semble même vouloir décliner.

Les chiffres suivants donneront une idée de sa marche générale; il sera curieux de suivre, en outre, la marche particulière que l'épidémie a suivie à la Salpêtrière (voir la communication de M. Baillarger, au compte-rendu de l'Académie); les observations prises dans ce vaste établissement auront un intérêt tout particulier, puisqu'elles portent sur une population parfaitement déterminée et facile à observer dans son ensemble d'une manière complète.

Voici le nombre des cas observés jusqu'au 27 mars à minuit, dans les divers hôpitaux.

	cas	morts.
Hospice de la Salpêtrière	173	97
Hôtel-Dieu	65	29
Charité	65	34
Pitié (1)	54	9
Saint-Louis	28	15
Beaujon	20	13
Necker	10	5
Enfants-Malades	8	4
Sainte-Marguerite	2	2
Bon-Secours	6	5
La Clinique	10	5
Val-de-Grâce	29	6
Gros-Caillou	30	7
Total	500	231

Dans presque tous les hôpitaux le nombre des entrées des deux derniers jours a été inférieur à celui des cinq ou six jours précédents; la Charité seule fait exception.

En ville, la maladie suit à peu près la même marche que dans les hôpitaux. Nous avons connaissance de plusieurs cas développés dans une même rue et dans une même maison; mais le nombre de ces cas est toujours restreint; leur gravité est d'ailleurs fort analogue à celle qu'on observe dans les hôpitaux.

Nous n'avons du reste que peu de remarques à ajouter à celles que nous avons déjà faites, et nous les renvoyons à notre article sur la séance de l'Académie. Nous dirons seulement ici que le malade chez lequel on a employé le trichlorure de carbone était sur le point de succomber ce matin, et qu'il a probablement cessé de vivre au moment où nous traçons ces lignes.

Séance de l'Académie de Médecine.

Cette séance a été, comme la dernière, entièrement consacrée à des communications et à des discussions sur le choléra.

Parmi les questions soulevées, la plupart ont déjà été résolues par les faits qui sont maintenant connus de tout le monde; telles sont: la gravité moindre de l'épidémie de 1849 comparée à celle de 1832; la préférence que la maladie affecte cette année pour les individus faibles ou maladifs, ce qui explique le grand nombre de cas qui, ainsi que l'a fait remarquer M. P. Dubois, se sont développés dans l'intérieur même des hôpitaux; la constance des symptômes prodromiques, etc.

Nous ferons remarquer cependant, à l'occasion de la seconde de ces questions, que chez les militaires un grand nombre d'individus parfaitement bien portants ont été atteints.

La question de l'encombrement a été celle qui a le plus occupé l'Académie, et, il faut l'avouer, à mesure que les faits s'accumulent, l'importance de l'encombrement, comme cause du choléra, semble diminuer de plus en plus.

Quelque confiance que nous ayons dans les observations de M. le professeur Piorry, on ne saurait s'empêcher de reconnaître que les faits qu'il considère comme des exceptions se multiplient à tel point, qu'il est impossible de ne pas les prendre en sérieuse considération. Le fait cité par M. Ferrus, relatif à la prison de Bicêtre, l'innocuité observée jusqu'à ce jour dans les prisons de Paris, le fait qui se passe à la Salpêtrière, où le quartier le plus insalubre des épileptiques a été presque complètement épargné par l'épidémie; beaucoup d'autres faits encore peuvent être opposés aux faits cités en faveur de l'encombrement; et, ce qu'il reste seulement à faire maintenant, c'est de les comparer les uns aux autres pour en juger l'importance relative, et voir jusqu'à quel point l'encombrement a réellement de l'influence; car, pour ce qui est de considérer cette influence toute-puissante, c'est ce que l'on ne saurait évidemment admettre.

L'événement saillant de la séance a été la réception de la fameuse plante du mont Olympe, dont nous avons annoncé il y a quelques semaines les vertus miraculeuses, d'après une correspondance de Constantinople. M. Fauvel en a envoyé une suffisante quantité pour permettre une expérimentation complète. Cette expérimentation est déjà commencée. Nous aurons soin d'en faire connaître les résultats.

En attendant, nous devons dire que le remède, s'il est moins merveilleux qu'on ne le dit, sera au moins fort agréable, et peut être comparé sans trop de désavantage au thé de bonne qualité. Ce fameux spécifique, fourni par la famille des *labiées*, a reçu le nom de *stachys anatolica*.

HOPITAL BEAUJON. — M. ROBERT.

Considérations et observations sur les rétrécissements circulaires du rectum. — Efficacité de la cautérisation destructive pour détruire ces rétrécissements.

Parmi les diverses espèces de rétrécissements du rectum que l'on ne rencontre que trop fréquemment, il en est une qui a une importance toute particulière au point de vue pratique, à cause de l'influence que peut avoir sur elle un traitement bien ordonné, et sur laquelle néanmoins on n'insiste pas suffisamment; c'est le rétrécissement constitué par une bride circulaire, ou sorte de valvule ou de diaphragme, percé à son centre d'une ouverture variable en diamètre. On peut donner à ce rétrécissement le nom de circulaire, ou mieux de diaphragmatique.

Un cas fort intéressant de ce genre se trouve dans ce moment en traitement dans les salles de M. Robert, et il a été pour lui l'occasion de considérations importantes qu'on ne lira pas sans un vif intérêt.

Nous allons d'abord rapporter quelques-uns des faits qui ont servi de texte à ces considérations; nous les ferons ensuite connaître elles-mêmes.

Voici d'abord l'histoire de la malade qui se trouve encore en traitement dans le service de M. Robert.

Rétrécissement du rectum. — Cautérisation. — Grande amélioration. — Guérison probable.

Au n° 410 est couchée la nommée Roch, âgée de vingt-sept ans, baigneuse; elle entre à l'hôpital le 14 décembre 1844.

D'une bonne constitution, n'ayant jamais fait de maladies graves, elle a été réglée à dix-huit ans et demi; les règles ont toujours paru régulièrement tous les mois et étaient médiocrement abondantes.

A l'âge de vingt ans, cette femme devient enceinte; la grossesse est bonne et l'accouchement se fait à terme naturellement sans nécessiter l'emploi du forceps; six jours après l'accouchement, la malade a éprouvé de la difficulté à aller à la garde-robe, et depuis cette difficulté a toujours été en augmentant. Les matières étaient d'un plus petit volume et nécessitaient des efforts considérables pour être expulsées. Les règles revinrent six semaines après l'accouchement.

A l'âge de vingt et un ans, la malade fait une fausse couche de trois mois et demi sans qu'elle puisse en connaître la cause. Pendant cette seconde grossesse, la malade ne s'aperçut pas qu'elle éprouvât plus de difficulté pour aller à la garde-robe qu'auparavant.

Les règles revinrent encore au bout de six semaines et reparurent comme d'habitude.

A l'âge de vingt-trois ans, la malade devint enceinte pour la troisième fois; pendant la grossesse, qui du reste fut très bonne, elle ne s'aperçut point que la difficulté à aller à la selle ait augmenté; l'accouchement eut lieu à terme, fut naturel; les douleurs ne durèrent que quelques heures.

Les règles reparaissent six semaines après l'accouchement et aussi régulièrement que d'habitude. Elles ont cependant à partir de cette époque été précédées quelquefois de flueurs blanches.

Cette circonstance ayant engagé la malade à se faire traiter, on trouva une ulcération au col de l'utérus, ulcération qui guérit promptement avec quelques cautérisations.

Après cette dernière couche, la malade éprouva plus de difficulté à aller à la garde-robe; il lui fallait employer de plus grands efforts et les matières étaient d'un calibre beaucoup moins considérable qu'auparavant. — Des douleurs vives à la région coccygienne lors de la défécation, mais modérées dans l'état de repos du rectum, se sont en même temps manifestées. Les difficultés d'aller à la selle ayant toujours été en augmentant, la malade consulte MM. Dubois et Velpeau, qui tous deux lui conseillent l'emploi de mèches, lesquelles n'ont été mises que très irrégulièrement.

Lors de l'entrée de la malade, on constate l'état suivant :

Autour de l'anus, quelques hémorrhoïdes sèches (la malade n'est affectée d'hémorrhoïdes que depuis une année); à la région postérieure de l'anus se trouve une petite cavité creusée dans une hémorrhoïde, qui ne cause point de douleur à la malade lors de la pression; cette cavité est légèrement excoriée.

Le toucher rectal fait constater, à 8 centimètres environ au-dessus de l'anus, une espèce de bride circulaire dure, inégale, permettant seulement l'introduction de la pulpe du doigt.

A l'examen à l'aide du spéculum, on trouve à cette place un anneau rouge à granulations nombreuses, présentant une ouverture d'un centimètre de diamètre; la muqueuse redevient naturelle vers l'anus.

La malade éprouve des douleurs de reins modérées, des douleurs au coccyx, une difficulté considérable pour aller à la garde-robe, nécessitant des efforts énergiques; la malade peut encore prendre des lavements, le rétrécissement n'étant pas assez considérable pour ne pas laisser passer les liquides.

Elle ne sait d'ailleurs à quoi attribuer ce rétrécissement; jamais elle n'a eu d'entéro-colite, jamais de dysenterie, pas de rapports contre nature, du moins autant qu'on peut s'en assurer; elle paraît seulement avoir remarqué une coïncidence entre cette difficulté d'aller à la selle et sa première couche.

Le 20 décembre, on pratique une cautérisation, qui dure sept minutes, à l'aide du caustique de Vienne solidifié.

Le 23, le rétrécissement a considérablement diminué et permet l'introduction de l'index : le bourrelet membraneux est d'ailleurs souple et indolent. Point de phénomènes de réaction. — Mèches dans le rectum.

Le 29, l'examen au spéculum fait constater la disparition presque complète du rétrécissement; au doigt, on ne sent qu'une très mince bride circulaire. — Mèches volumineuses.

Aujourd'hui 26 mars, la défécation est facile et le rétrécissement a encore diminué. Les mèches fatiguant l'anus et ayant provoqué le gonflement douloureux des hémorrhoïdes, on introduit des mèches très courtes, qui entrent tout entières dans le rectum et qu'on retient à l'extérieur seulement par un fil.

Tout fait espérer que la malade pourra sortir prochainement guérie.

Rétrécissement diaphragmatique du rectum. — Cautérisation destructive. — Grande amélioration. — Récidive. — Nouvelle cautérisation. — Nouvelle amélioration et guérison probable.

La nommée Vanier, âgée de quarante ans, est entrée au n° 374 de l'hôpital Beaujon, le 24 juillet 1848, service de M. Robert.

Cette femme a eu trois enfants; elle a toujours été d'une bonne santé jusqu'à il y a huit ans. A cette époque elle éprouva de la constipation et des douleurs pour aller à la selle. Bientôt il se forma un abcès à la marge de l'anus; on en fit l'ouverture; le trajet reste fistuleux, et donne ensuite

(1) Le défaut de temps nous a empêché de recueillir dans chaque service les renseignements suffisants pour établir la mortalité. Des ordres dont il est difficile de comprendre le but ayant enjoint aux employés de ne point communiquer les chiffres des cholériques admis et décédés, ce n'est qu'avec beaucoup de peine que nous pouvons parvenir à rassembler les divers relevés en ayant recours à l'obligeance des internes et de nos confrères des hôpitaux, auxquels nous sommes heureux de témoigner notre reconnaissance. L'espace nous manque aujourd'hui pour discuter l'utilité des ténèbres dont l'administration cherche à s'envelopper; mais nous reviendrons sur ce sujet.

passage à des gaz. On fit l'opération de cette fistule à l'anus, et la malade éprouva un mieux notable, quoique conservant toujours de la douleur pour aller à la selle. Elle s'aperçut à cette époque que les matières fécales avaient un volume moins considérable qu'à l'ordinaire.

Il y a quatre ans, à la suite d'une couche qui fut naturelle, les difficultés pour aller à la garde-robe augmentèrent encore; les matières étaient d'un très petit volume, et les douleurs lors de la défécation étaient très vives. Il se forma alors plusieurs abcès au pourtour de l'anus, qui s'ouvrirent tous au dehors, excepté un dont l'ouverture se fit dans le vagin, et que laissèrent quatre trajets fistuleux, dont un recto-vaginal.

C'est dans cet état que la malade entra chez M. Robert (année 1846). A son entrée, on reconnaît un rétrécissement du rectum, situé à plusieurs centimètres (environ 6 à 8) au-dessus de l'anus. On en fait la cautérisation suivant le procédé indiqué plus loin; on introduit des mèches, et la malade sort, après un séjour de neuf mois, dans un état de santé satisfaisant. Les fistules étaient toutes guéries sans qu'on eût dirigé contre elles aucun traitement particulier.

On prescrivit à la malade de continuer avec soin chez elle l'emploi des mèches dans le rectum.

Cet état de santé dura dix-neuf mois.

Au mois de juin 1848, la femme Vanier ayant plus ou moins exactement observé la prescription qu'on lui avait faite, c'est-à-dire fait un usage journalier de mèches, commença à ressentir des douleurs dans le fondement; les selles devinrent plus difficiles; il se forma à l'anus une grosseur douloureuse à la pression, faisant éprouver un sentiment de chaleur.

A la fin de juin la malade s'aperçut qu'elle perdait par le rectum une grande quantité de pus. A partir de ce moment la tumeur diminua, mais fit toujours éprouver des douleurs à la pression.

Entrée à l'hôpital le 24 juillet, on constate l'état suivant :

La tumeur a complétement disparu; mais la partie droite du sacrum, où elle avait fait saillie, est sensible à la pression; la malade éprouve des douleurs lancinantes dans le rectum, douleurs augmentant lors des mouvements étendus et dans la position assise. Douleurs vives lors de la défécation; les matières sont d'un très petit volume, et mêlées de pus.

La malade n'est plus réglée depuis sa dernière couche, il y a quatre ans. Par le toucher anal, on trouve, à trois pouces environ de l'anus, un obstacle au passage du doigt, formé par un rétrécissement circulaire; les parois du rectum sont dures et inégales au niveau du rétrécissement, dans lequel on ne peut engager que la pulpe du doigt.

Avec le *speculum ani*, on découvre le rétrécissement; la muqueuse rectale, à cet endroit, est rouge, violacée, excoriée à l'ouverture, qui a 1 centimètre environ de diamètre, et plissée sur les bords. L'ouverture excoriée présente une rougeur plus vive, et donne issue à un peu de sang; douleurs à la pression. La malade fait remonter cette affection à des rapports contre nature que son mari aurait eus avec elle, et à la suite desquels elle aurait commencé à aller à la selle avec quelque difficulté, les matières présentant un volume moins considérable qu'à l'état normal.

La malade, ayant eu un peu de dévoiement dans les premiers jours de son entrée à l'hôpital, n'est cautérisée que le 4 août.

Le 4 août, on emploie le caustique de Vienne solidifié qu'on laisse appliqué dans le rétrécissement pendant cinq minutes; à la suite de cette cautérisation, qui cause de vives douleurs, on injecte de l'eau fraîche dans le rectum, et on donne un bain qui calme la malade.

Le 6, la malade ressent dans le rectum de la chaleur et de la douleur; il s'écoule par l'anus une grande quantité de pus strié de sang et de débris d'eschares.

Le 9, les douleurs sont moins vives. On commence à introduire des mèches; les gardes-robes sont un peu plus faciles.

Le 5 septembre, on continue l'usage des mèches, dont on augmente le volume; moins de douleurs à la fesse et au fondement. Gardes-robes plus faciles; l'écoulement purulent continue toujours, mais beaucoup moins abondant.

Le 8, le toucher anal est pratiqué; on peut facilement introduire le doigt dans le rétrécissement.

Le 20, nouvelle cautérisation avec le caustique de Vienne solidifié. On laisse le caustique appliqué pendant quatre minutes.

Le 22, écoulement de pus mêlé de sang et de débris de tissus détruits par le caustique; depuis la cautérisation, selles plus faciles, beaucoup moins de douleurs lors de la défécation.

Le 24, on applique de nouveau des mèches; on les introduit grosses comme le pouce.

Le 30, la malade sort en voie de guérison; elle continuera chez elle l'emploi des mèches enduites de pommade au ratanhia. Depuis ce jour, la malade, qui avait promis de revenir à l'hôpital en cas de récidive, n'y a point reparu.

(*La fin à un prochain numéro*).

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. Mounier, professeur d'anatomie.

Observation d'hémato-néphrose.

Erhard (Jean-Baptiste), âgé de vingt-cinq ans, sapeur au 1er régiment du génie, fut apporté, le 20 janvier, sur un brancard, à l'hôpital du Val-de-Grâce. Il venait d'être renversé par une voiture à bras qui lui avait passé sur le ventre en suivant la zone ombilicale de droite à gauche. Il ressentit au moment de l'accident une douleur si vive, qu'il ne put pas se relever lui-même.

A son entrée à l'hôpital, trois heures après ce fâcheux événement, le malade était en proie à une vive agitation. Il jetait des cris perçants, se plaignait beaucoup du ventre. Le pouls était petit et serré, peu fréquent. Cinquante sangsues furent immédiatement appliquées sur l'abdomen, et un large cataplasme fut mis à la chute des sangsues. La nuit fut très agitée, et des vomissements bilieux s'ajoutèrent aux symptômes précédents.

Le 21, à la visite du matin, M. Mounier trouva le malade dans l'état suivant: Face pâle, traits contractés, exprimant la souffrance; paupières abaissées; plaintes continuelles; vomissements fréquents; ventre ballonné, extrêmement douloureux, ne supportant pas même le poids du cataplasme; douleur s'irradiant dans tout l'abdomen, toutefois plus prononcée dans le flanc et la fosse iliaque gauches. Point de selles depuis la veille. Peau brûlante; pouls dur, serré, à 150 pulsations par minute; respiration très accélérée. Affaissé par la douleur, le malade répond avec peine et à voix basse aux questions qu'on lui adresse. — Application en deux fois de 60 sangsues sur le flanc gauche (30 le matin et 30 à deux heures du soir). Fomentations émollientes. Limonade tartrique.

Sous l'influence de cette évacuation sanguine, la douleur semble s'apaiser un peu; le soir Erhard s'assoupit, et prend quelques instants de repos.

Le 22, la douleur, quoique existant encore, est beaucoup moins vive; elle s'est tout à fait localisée dans le côté gauche. Le ventre est tendu; les vomissements ont cessé; encore quelques nausées. Affaissement assez prononcé; peau chaude; pouls petit, roide, à 120 pulsations. — 30 sangsues sur le flanc gauche; fomentations émollientes; limonade tartrique.

Le 23, légère amélioration, moins de sensibilité dans la région lombaire gauche. La pression y est cependant encore très douloureuse; quelques nausées. Point de selles depuis trois jours; pouls plein à 70 pulsations. — 45 grammes d'huile de ricin; lavement huileux; fomentations émollientes; limonade tartrique.

Le 25, il se manifeste un peu d'exacerbation dans les symptômes. La douleur est plus vive, la peau est chaude, la soif ardente; pouls à 95 pulsations. — Saignée de 300 grammes; 10 sangsues sur le flanc gauche. Limonade tartrique.

Les jours suivants, la douleur abdominale va en s'affaiblissant; le pouls revient à son état normal; les forces se rétablissent.

A la date du 27, on remarque tout à coup que les urines sont rouges, chargées de sang. Cette hématurie se continue sans apporter aucun trouble dans la convalescence. Le malade était dans l'état le plus satisfaisant; il se levait depuis plusieurs jours, et mangeait le quart de la ration, lorsque le 9 février, à l'issue de la visite, il est pris de douleurs violentes dans le flanc gauche. Il se jette sur son lit en se tordant et en poussant des gémissements; les extrémités inférieures se refroidissent; un tremblement nerveux s'empare des membres supérieurs. Il éprouve une envie excessive d'uriner, qu'il ne peut pas satisfaire. Le chirurgien de garde fait appliquer 60 sangsues sur le point douloureux.

Le lendemain ces accidents étaient à peu près dissipés; il ne restait plus qu'une légère douleur augmentée par la pression. N'ayant pas uriné depuis la veille, on pratique le cathétérisme, et on retire avec la sonde un litre et demi d'une urine sanguinolente.

Le 11, même état. Deux litres d'une urine semblable à celle de la veille sont évacués à l'aide de la sonde.

Le 14, les douleurs lombaires augmentant, on applique quatre ventouses scarifiées sur cette région. Les urines continuent à charrier du sang; elles laissent déposer une matière boueuse, chocolacée. Peu à peu les forces du malade diminuent; l'amaigrissement marche à grands pas; la peau prend cette teinte jaune-paille propre aux personnes anémiées. On prescrit en vain l'eau de Rabel et les astringents pour arrêter l'hémorrhagie rénale. Enfin, considérablement affaibli par les pertes de sang continuelles, ce malheureux succombe le 2 mars, après avoir présenté quelques troubles cérébraux pendant les derniers jours de la vie.

Autopsie. — Après l'ouverture de l'abdomen, on remarque une tumeur volumineuse occupant le flanc et l'hypochondre gauches et empiétant même sur le côté droit, de forme ovalaire, à grosse extrémité dirigée en haut; elle s'étend depuis la sixième côte jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Mesurée dans ses différents diamètres, l'on trouve qu'elle a 25 centimètres de longueur sur 20 de largeur, 65 de circonférence verticale et 50 dans sa circonférence horizontale; elle pèse 3,490 grammes. La face antérieure de cette tumeur est longée par le colon lombaire gauche, et supérieurement par le colon transverse. Son sommet est en rapport avec la rate et l'estomac, qui sont refoulés en haut. Les petits intestins, décolorés, sont déjetés à droite. Une bande noire existe dans tous les points où l'intestin est en contact avec la tumeur, coloration noire qui est commune au grand épiploon. La tumeur est lisse; un tissu graisseux sous-péritonéal assez abondant lui donne une teinte jaune de bistre. On enlève avec soin le péritoine qui la recouvre, et alors elle se montre sous un nouvel aspect. On voit sept ou huit bosselures volumineuses séparées par des sillons profonds, de telle sorte qu'on dirait avoir sous les yeux un gros intestin de cheval fortement distendu. A la face inférieure, mêmes bosselures; mais, de plus, on remarque une dépression centrale où vont se rendre les vaisseaux émulgents et l'uretère. Une incision étant pratiquée sur la plus grosse des bosselures, qui occupe le milieu de la face interne, il s'écoule aussitôt deux litres d'un liquide rouge et trouble, semblable à de la lie de vin. On arrive ainsi dans une vaste poche au fond de laquelle se trouve une masse assez grande de caillots de sang, ressemblant à de la gelée de groseilles. Cette poche anfractueuse présente des brides saillantes et des godets qui lui donnent tout à fait l'apparence de l'intérieur du gros intestin. On y voit trois ouvertures, dont l'une, ronde, de 2 centimètres de diamètre, est placée au milieu d'une surface plane hexagonale, d'un blanc mat, qui occupe le centre de cette cavité; une seconde, elliptique, est située à gauche dans un enfoncement; la troisième, irrégulière, à bords durs, noirâtres, coloration due à du sang épanché dans l'épaisseur des tissus, est l'orifice béant d'une branche de l'artère rénale, du volume d'une plume de poulet. Cette cavité est tapissée par une membrane blanchâtre, tomenteuse, ayant l'organisation propre aux muqueuses. Autour de cette poche existent sept autres cavités isolées les unes des autres, toutes de grandeur assez considérable, offrant le même aspect intérieurement, et contenant un liquide rouge, boueux et des caillots sanguins. Une d'elles renferme une matière grenue, noirâtre, semblable à de la suie. Toutes ont une ou deux ouvertures capables de loger une plume d'oie. Ces orifices, dirigés vers le centre de la tumeur, font communiquer ces cavités avec le bassinet, qui est dans son état normal, nullement dilaté, et renferme un calcul de la grosseur d'une fève, noir à son extérieur, inégal, adhérent à la muqueuse, renfermant dans sa partie centrale une matière jaune aréolaire. Analysé par les soins de M. Coulier, préparateur de chimie, on trouve qu'il est formé de matière organique enveloppée par une coque d'oxalate de chaux. Un des kystes, du volume d'un œuf de poule, renferme du pus mêlé de sang, et n'a aucune communication avec les autres. Les parois de la tumeur ont un centimètre d'épaisseur; elles sont résistantes, de nature fibreuse. Dans quelques points, l'on rencontre un tissu rougeâtre, ramolli, qui n'est autre chose que le tissu du rein. Six petits calculs d'oxalate de chaux et une matière crétacée se rencontrent également dans ces parois.

L'uretère n'offre rien de particulier. La vessie, légèrement distendue, contient 250 grammes d'un liquide sanguinolent. La muqueuse n'est point altérée. Le tissu du rein droit est décoloré, ainsi que tous les organes.

Les poumons sont sains; le gauche est refoulé en haut. Le cœur est placé dans une direction horizontale, la pointe dirigée à gauche. Du reste, rien d'anormal. Infiltration sous-arachnoïdienne. Cerveau exsangue.

La dilatation du rein, ou hydro-néphrose, quoique rare, a été cependant assez souvent observée pour que M. Rayer ait pu en rassembler un assez grand nombre d'exemples dans le troisième volume de son *Traité sur les maladies des reins*. Mais dans tous les cas que nous avons trouvés, soit dans cet ouvrage, soit dans les diverses publications médicales, on voit que la cause de cette distension est due tantôt à un calcul qui oblitère l'urètre, tantôt à une tumeur qui comprime ce canal ou même le détruit. Quant à l'hydro-néphrose, suite d'hémorrhagie, nous n'avons pu en découvrir que deux cas, tous deux cités dans l'ouvrage de M. Rayer. L'un, qui remonte à 1770, et qui a été extrait du *Nova Acta physico-medica*, se rapporte à un batelier qui, en tombant sur le bord de sa nacelle, s'était violemment contusionné le rein. Il éprouva tous les symptômes de la néphrite aiguë avec hémorrhagie abondante, et finit par succomber dans l'anémie. A l'autopsie, l'on trouva une dilatation excessive du rein, dont le tissu était atrophié; il ne formait plus qu'une tumeur multilobée, à parois minces et fibreuses. En insufflant l'artère émulgente, on vit qu'un réseau artériel s'était rompu au milieu du rein, et venait s'ouvrir dans le bassinet.

Le second cas a été communiqué à M. Rayer par M. Danyau fils. Dans cette observation, qui a, comme la précédente, beaucoup d'analogie avec la nôtre, il s'agit d'un jeune homme qui tomba sur l'angle d'un comptoir. Une hématurie qui reparut à trois fois différentes, des symptômes de péritonite, furent les principaux phénomènes qui succédèrent à cet accident. Ayant succombé à cette affection et à une pleurésie concomitante, on trouva le rein gauche (côté sur lequel il était tombé) fortement distendu par du sang, ainsi que le commencement de l'uretère; épanchement de sang causé par la rupture d'une des branches de l'artère rénale après son entrée dans le rein. M. Danyau ne dit pas ce qui avait amené l'obstruction de l'uretère. Toutefois, en lisant cette observation, on est conduit à penser que ce devait être un caillot de sang.

Cette rareté d'hémato-néphrose, nom que nous croyons plus juste dans ce cas que celui d'hydro-néphrose, s'explique très facilement. Les déchirures, les broiements du rein sont assez fréquents, et par suite les hématuries qui en sont la conséquence ordinaire; mais le plus souvent le sang, trouvant une issue facile, s'écoule à mesure qu'il est versé dans les calices et le bassinet, et l'urine tend elle-même à en débarrasser ces cavités. Cependant, le sang, en se coagulant, ce qui arrive lorsqu'il s'épanche abondamment et avec rapidité, peut remplir le bassinet et obstruer l'uretère. De là un arrêt à l'excrétion de l'urine, au passage du sang, qui continue à sourdre des vaisseaux déchirés, et de là aussi ces phénomènes consécutifs que nous avons notés : atrophie du rein, distension excentrique de ses tuniques interne et externe.

Nous ne voulons pas nous étendre plus longuement sur ces faits fort simples à saisir et très bien décrits par M. Rayer à l'article Hydro-néphrose; seulement, notre intention est d'expliquer ce qui a dû se passer dans le cas que nous venons de signaler.

Sous la pression de la charrette passant transversalement sur l'abdomen, le rein gauche a dû être contus, une branche artérielle a été déchirée; puis, plus tard, sous l'influence soit de l'inflammation, soit de la distension produite par l'épanchement sanguin, ou même sous l'influence de ces deux causes réunies, la membrane interne d'un des calices s'est rompue; et alors, à cette

époque, c'est-à-dire au septième jour de l'accident, se montre du sang dans les urines, qui, jusque-là, avaient été claires et limpides. Le sang épanché dans le rein se prend en caillots, dont un s'enchâsse dans l'orifice supérieur de l'uretère et devient le noyau d'un calcul autour duquel l'urine dépose de l'oxalate de chaux. Voilà bien certainement l'enchaînement fort remarquable des lésions organo-pathologiques que nous avons observé à l'autopsie. Toutefois, en réfléchissant, d'une part, à la résistance et au peu d'extensibilité des membranes qui tapissent les calices et la tunique externe du rein; et, d'un autre côté, en voyant la rapidité avec laquelle cette dilatation du rein s'est faite, on pourrait se demander si le calcul n'a pas une existence antérieure à l'hémorrhagie, et s'il n'y a pas là une coïncidence des deux affections. Je ne crois pas qu'il en soit ainsi. En effet, si le calcul existait avant cette dernière lésion, il devait y avoir hydropisie rénale; alors, comment comprendre l'hémorrhagie? Les vaisseaux rampant dans les parois de la tumeur ne devaient-ils pas être oblitérés? Puis, la pression extérieure ne devait-elle pas déchirer le rein ainsi distendu et produire un épanchement péri-néphrique? Enfin, l'analyse chimique n'a-t-elle pas démontré que le calcul était composé, à son centre, de matière fibrineuse, indice certain de l'origine que nous avons donnée de cette concrétion? Nous devons donc, d'après cela, admettre que le commencement de la distension rénale ne va pas au delà du 7 février, et que cette tumeur s'est développée dans l'espace de vingt à vingt-un jours. Sous ce point de vue, cette observation est encore fort remarquable; car il est rare de noter un exemple si rapide de semblable dilatation du rein, organe qui possède une densité telle, qu'on ne comprend pas comment, même après de longs efforts, il puisse céder à une compression concentrique.

Avant de terminer ces réflexions, disons un mot des symptômes qu'a offerts cette maladie. Et d'abord, à quoi doit-on attribuer les phénomènes observés pendant les premiers jours de l'accident? En l'absence des signes fournis ordinairement par les urines dans la néphrite, on devait croire à une péritonite; cependant, si nous nous en rapportons à l'autopsie, qui n'a montré ni fausse membrane, ni adhérences, nous devons supposer que, s'il y a eu, au début, inflammation du péritoine, elle a été légère, et que les principaux symptômes étaient sous la dépendance de la lésion rénale et de l'inflammation consécutive de cet organe. Ce qui tend, outre l'absence de traces de phlegmasie péritonéale, à nous confirmer dans cette idée, c'est la présence de ce petit abcès trouvé dans les parois de la tumeur. Mais, du reste, ceci est de trop peu d'importance pour nous y arrêter.

Quant aux accidents qui se sont manifestés subitement le 9 février, peuvent-ils être rapportés à une recrudescence inflammatoire? Nous ne le pensons pas. Cette douleur, qui apparaît tout à coup et s'irradie vers le pubis pour disparaître brusquement après quelques heures de durée, ces phénomènes nerveux qui se montrent et s'évanouissent avec la même rapidité, voilà un ensemble de symptômes qui ont trop d'analogie avec ce que l'on remarque tous les jours dans les coliques néphrétiques pour ne pas admettre qu'ils devaient avoir une cause semblable. L'on doit donc croire qu'ils étaient dus au passage d'un calcul, ou plutôt de caillots sanguins qui, plus tard, descendus dans la vessie, sont venus boucher le col de cet organe et nécessiter, à plusieurs reprises, l'emploi du cathétérisme.

Dr A. Baizeau.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 mars 1849. — Présidence de M. Velpeau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, qui annonce l'envoi des relevés des observations de choléra qui ont été recueillies dans les départements par les soins de messieurs les préfets;

2° Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, avec envoi d'un spécifique contre l'hydrophobie. L'inventeur de ce spécifique ne veut pas faire connaître son secret; mais il expérimentera devant une commission de l'Académie, si celle-ci juge à propos de faire des expériences. Dans le cas où ces expériences prouveraient l'efficacité du remède, il est disposé à le vendre au gouvernement.

M. Fauvel, médecin sanitaire de France à Constantinople, soumet à l'examen de l'Académie une plante préconisée dans ces derniers temps à Constantinople contre le choléra-morbus. La plante dont il est question appartient au genre *stachys*, de la famille des *labiées*. Un botaniste allemand l'a désignée sous le nom de *stachys anatolica*. Elle a été recueillie en Asie près de la ville de Brousse, sur les pentes du mont Olympe, où elle croît en abondance. On la rencontre également aux environs de Constantinople sur les collines arides situées non loin de la mer. M. Zorab, de qui M. Fauvel tient ces détails, affirme avoir guéri tous les malades (très nombreux) à qui, par ses soins, le remède a pu être administré en temps utile. M. Zorab employait le médicament en infusion ou en décoction (au moins 4 gros et souvent beaucoup plus pour un litre d'eau) par petites tasses souvent réitérées jusqu'à cessation des vomissements et de la diarrhée, et manifestation de la réaction. Il ne l'a pas administré en lavement. A mesure que la réaction se développait, il diminuait graduellement les doses et suspendait l'emploi du médicament quand elle était complétement établie. D'ordinaire les premières doses étaient presque immédiatement rejetées; mais il n'en persistait pas moins, et au besoin il ne donnait le médicament que par cuillerées à bouche à quelques minutes d'intervalle.

M. Zorab dit avoir administré avec succès, dans un cas très grave, la plante réduite en poudre. L'usage du remède n'exclut pas l'emploi des moyens externes propres à favoriser la réaction.

Dans la prévision où l'Académie jugerait convenable de soumettre cette substance à une expérimentation qu'il n'a pas été à même de faire, M. Fauvel prévient qu'il en a envoyé une caisse au ministre de l'agriculture et du commerce.

(Renvoyé à une commission composée de MM. Gibert, Baillarger, Chomel et Cruveilhier.)

4° Une lettre de M. Delfrayssé, officier de santé à Cahors, renfermant quelques observations sur la goutte, la gravelle, le catarrhe vésical, la réduction des luxations, les influences météorologiques, les hémorrhagies, les épidémies, le cathétérisme, le taxis et le perfectionnement de l'intelligence.

Entre autres assertions renfermées dans cette communication, nous remarquons les deux suivantes : la première, c'est qu'on obtient les résultats les plus avantageux par l'introduction des substances médicamenteuses dans la cavité utérine (chlorhydrate de morphine, sulfate de quinine, etc.); la seconde, c'est que dans la thérapeutique il faut en général se guider d'après les instincts ou les besoins du malade. C'est ce que l'auteur appelle faire de la médecine *instinctive ;*

5° Une note de M. Landouzy, membre correspondant, contenant la description d'une modification qu'il a fait subir à la sonde à dard employée dans la taille hypogastrique;

6° Une note de M. Abeille, de Givet, contenant la description de deux petits calculs salivaires, qui ont ulcéré la parotide et se sont fait jour au dehors par la surface cutanée.

7° Un Mémoire de M. Sauvé, médecin à La Rochelle, intitulé *Recherches sur la mort apparente des nouveau-nés*, avec trois planches représentant des instruments de son invention propres à pratiquer plus sûrement l'insufflation ou l'aspiration dans les voies aériennes.

M. Renault demande la parole à l'occasion de la correspondance. Dans le cas, dit-il, où l'Académie jugerait à propos d'entreprendre des expériences sur les animaux afin de juger l'efficacité du spécifique qui lui a été adressé, il ne sera peut-être pas inutile de rappeler que, d'après les expériences que j'ai faites moi-même, l'inoculation naturelle de la rage ne produit guère de résultats qu'une fois sur quatre ou cinq. En sorte qu'il faudrait un grand nombre d'observations avant de se prononcer en faveur d'un préservatif quelconque.

— A l'occasion du procès-verbal, la parole est à M. Gibert. Après avoir rapporté le chiffre des cholériques traités dans les divers hôpitaux, l'honorable académicien continue :

Pour ce qui concerne particulièrement l'hôpital Saint-Louis, le premier cas s'est présenté en chirurgie dans les derniers jours de février, et le nombre s'est surtout accru dans les derniers quinze jours qui viennent de s'écouler.

Donc, dans l'espace d'environ un mois, nous comptons à l'hôpital Saint-Louis, ce matin, 25 cas (sur lesquels quelques-uns à un degré médiocre d'intensité) et 15 décès.

Pour ma part, sur huit malades traités dans mon service, tous à la vérité très graves, dont trois pris dans la salle même où ils étaient traités d'autres affections et cinq apportés du dehors, il y a jusqu'ici cinq morts, parmi lesquels les trois malades de la salle.

Un sergent du poste de ligne de la Douane apporté hier matin, pris au poste même dans son service (mais ayant depuis deux jours une diarrhée dont il n'avait pas tenu compte), était dans la période asphyxique la plus grave. Traité par la méthode de Sydenham, dont M. Castel nous a entretenus dans la dernière séance, il est ce matin dans un état d'amélioration qui m'a beaucoup étonné, car je m'attendais à le voir succomber dans la journée du lundi.

Ce qui m'a engagé à essayer cette méthode, c'est, outre l'autorité de Sydenham et celle de notre vénérable collègue, cette double circonstance que plusieurs de nos malades n'avaient plus d'évacuation depuis plusieurs heures lorsqu'ils ont succombé, et qu'on trouvait à l'autopsie, accumulée dans le canal digestif et notamment dans le gros intestin, une grande quantité de matière cholérique : en sorte qu'il nous paraît plus rationnel, en effet, de favoriser les évacuations par des boissons chaudes abondantes que d'en tenter la suppression par la glace et les opiacés. Cette méthode doit être aussi mieux adaptée à la période asphyxique et plus propre à provoquer le mouvement circulatoire du centre à la périphérie si complétement suspendu dans cette période.

Au contraire, dans la période prodromique, celle dans laquelle on n'observe que cette diarrhée dont la bénignité perfide trompe tant d'individus qui continuent leur genre de vie habituel, c'est à supprimer les évacuations que le repos, la diète, l'eau de riz, les opiacés en lavement et même par la bouche doivent concourir.

Je suis loin, toutefois, d'adopter l'opinion qui tendrait à établir qu'à cette période on est toujours sûr d'arrêter le développement de la maladie.... J'ai malheureusement vu en 1832 un exemple bien frappant d'insuccès chez le malade le plus soigneux et le mieux soigné qu'on pût rencontrer.

Cette période d'ailleurs ne saurait-elle manquer? Je l'ignore.

Dans tous les cas où j'ai pu obtenir des renseignements tant dans l'épidémie actuelle que dans celle de 1832, je l'ai trouvée constante, ainsi que notre honorable collègue M. J. Guérin.

Nous avons eu à Saint-Louis un cas presque foudroyant : un jeune homme, placé dans le service de M. Malgaigne pour une fracture du radius, paraissait très bien portant et jouait dans le jardin de l'hôpital à quatre heures de l'après-midi.... Atteint subitement au milieu de ses jeux de crampes et de vomissements, il était mort à dix heures du soir.

Un honorable représentant, M. Blin de Bourdon, a été enlevé en deux heures; mais il était depuis longues années souffrant d'une maladie de l'estomac, et l'on a appris que depuis plusieurs jours il avait une diarrhée qu'il avait négligé de soigner.

En somme, l'épidémie est presque aussi meurtrière qu'en 1832 relativement au nombre des décès sur un chiffre donné de cas graves; mais jusqu'ici elle est infiniment moins redoutable eu égard au nombre proportionnel des sujets qu'elle attaque et à la lenteur de ses progrès.

M. Mérat fait remarquer qu'en 1832 l'épidémie avait mis dix-sept ans pour arriver du Gange jusqu'à Paris, tandis que cette fois elle n'a mis que quatre ans.

M. Baillarger. L'épidémie qui a éclaté à la Salpêtrière se prêterait à des considérations fort intéressantes sous plusieurs rapports; mais pour ne pas abuser des moments de l'Académie, je me bornerai à lui faire connaître les chiffres suivants, qui donneront l'idée de la marche et de la gravité de l'épidémie.

Je dois dire d'abord que la population de la Salpêtrière, au début de l'épidémie, était de 5279.

	cas	décès
Le 14 mars	1	1
— 15 —	0	0
— 16 —	2	2
— 17 —	0	0
— 18 —	0	0
— 19 —	0	0
— 20 —	10	2
— 21 —	11	8
— 22 —	5	3
— 23 —	30	12
— 24 —	31	15
— 25 —	40	24
— 26 —	26	18
Total.	156	85 (1)

M. P. Dubois insiste sur ce fait remarquable que, sur les premiers 349 cas de choléra observés dans les hôpitaux, 242 se sont développés sur des malades ou des personnes qui étaient déjà dans ces établissements.

M. Piorry. Si l'on rapproche ce que l'on vient de dire sur ce qui se passe à la Salpêtrière en ce moment de ce qui s'y passait en 1832, il résulte de ce rapprochement que le choléra a sévi avec beaucoup moins d'intensité dans cet hospice en 1832 qu'aujourd'hui. L'épidémie commença le même jour à sévir sur les indigents et sur les aliénés; il y en eut d'abord 1, puis 2, puis 3, puis 5 et 6. Ce fut à cette époque que la personne chargée du service médical constata dans quelles conditions étaient placés les sujets atteints; ils étaient tous placés dans des circonstances d'encombrement et d'insalubrité; je ne parle pas de l'infirmerie, qui était admirablement disposée, mais des salles des indigents où l'on avait négligé d'établir la ventilation et où il y avait un véritable encombrement; on établit une ventilation convenable dans tous ces services, on laissa les croisées ouvertes jour et nuit, et à dater de ce moment la mortalité cessa aussitôt; il ne se produisit plus aucun cas nouveau.

Pendant que la mortalité était ainsi arrêtée aux indigents, aux aliénés, au contraire, où les conditions hygiéniques étaient des plus mauvaises et la ventilation impossible à établir, la mortalité fut tellement croissante que sur 1,200 aliénés il y eut jusqu'à 10 décès dans un jour. Ainsi, tandis que sur une population de 3,000 indigents on ne compta que 60 cas de choléra pour toute l'épidémie et une très petite proportion de morts, aux aliénés la mortalité s'éleva à une très forte proportion.

Je conclus que l'encombrement et le défaut d'aération ont une très grande influence sur le développement de l'épidémie, et que le meilleur moyen de l'arrêter et de la prévenir sont les mesures hygiéniques que j'ai indiquées.

M. Bouvier. Je désire compléter les renseignements que vient de donner M. Gibert, qui, sur quelques points, ne me paraissent pas parfaitement exacts. M. Gibert a dit que l'épidémie était aussi mortelle cette année qu'en 1832. (De toutes parts : Proportion gardée.) Oui, j'entends, proportion gardée; il considère la gravité des cas comme aussi grande aujourd'hui qu'à cette époque. Je crois que c'est une erreur; je ferai remarquer comme un signe de moins grande gravité de l'épidémie actuelle que la maladie n'a sévi jusqu'à présent que sur des sujets déjà malades et affaiblis soit par des maladies antérieures longues, soit par la misère. J'ajouterai que l'épidémie actuelle ne paraît pas offrir non plus ces symptômes si graves qu'elle présentait en 1832, ces hémorrhagies intestinales, ces gangrènes que nous constations alors. On n'entend nullement parler de pareilles lésions en ce moment; et, quant à la proportion de la mortalité, il me paraît résulter des chiffres actuellement connus qu'elle est moins élevée qu'elle ne l'était au début de l'épidémie de 1832.

M. Rochoux. Dans un siècle de lumières, quand on n'avance pas, on devrait au moins ne pas reculer; c'est pourtant ce qui nous arriverait si nous suivions les errements de notre confrère M. Piorry.

Qui ne sait, par exemple, que depuis longtemps l'anatomie a démontré que ce que l'on appelle *psorentérie* n'est autre chose qu'un état parfaitement normal que l'on rencontre chez un très grand nombre de sujets morts de maladies très diverses.

Quant à la question de l'encombrement, je rappellerai à notre honorable collègue qu'il n'y a aucune maladie qui se développe par l'effet de l'encombrement, excepté les maladies contagieuses; je le défie de me citer une seule exception à ce principe. Or, s'il y a au monde un fait démontré, c'est que le

(1) Dans les dernières vingt-quatre heures, il y a eu 17 cas et 12 morts.

choléra n'est pas contagieux. Mais l'expérience directe a démontré surabondamment l'impuissance de l'encombrement à produire le choléra. Dans un travail publié en 1832 par les soins de l'administration, et distribué à tous les médecins, il est clairement établi que l'épidémie de cette époque n'a nullement exercé ses ravages ni sur ceux qui vivaient dans l'encombrement, ni même ceux qui étaient exposés à des émanations méphitiques quelconques. Dans un travail lu dernièrement à l'Académie sur le choléra du Caire, le même fait a été prouvé avec la dernière évidence. Une seule cause est bien démontrée jusqu'à présent, c'est l'influence du vent du nord.

Enfin, malgré les préceptes formulés par M. Piorry, je ne pense pas que le traitement soit beaucoup plus avancé en 1849 qu'en 1832. A cette époque, un ouvrage important, couronné par l'Institut, signala 80 médicaments tout aussi efficaces les uns que les autres; je crois que la liste serait un peu plus longue aujourd'hui, mais voilà.

M. Piorry. J'ai lu, comme M. Rochoux, le travail auquel il a fait allusion, et j'y ai vu que les quartiers les plus maltraités par l'épidémie étaient ceux qui, comme la rue de la Mortellerie, étaient les plus mal aérés. Mais je dois ajouter que, pour juger de l'aération d'un appartement, il ne faut pas se contenter de visiter un quartier et de regarder une maison; il faut, comme je l'ai fait, pénétrer dans les chambres des malades, et alors on voit que dans un bel hôtel du faubourg Saint-Germain, par exemple, ce sont les portiers, qui sont étroitement logés, qui se trouvent atteints par la maladie. J'ajouterai encore que les opinions que je défends ici ne sont pas les miennes, mais bien celles de tous les médecins; et que si, par impossible, ces opinions n'étaient pas vraies, il n'y aurait encore aucun inconvénient à les considérer comme telles, tandis que, si elles l'étaient, il serait très fâcheux d'en méconnaître l'exactitude.

M. Royer-Collard. Il me semble que la discussion à laquelle l'Académie se livre est un peu prématurée; pour juger de la marche, du caractère particulier, du génie, comme on l'a dit, d'une épidémie, il faut connaître cette épidémie dans toutes ses périodes, par conséquent en attendre la fin. Jusque-là on ne peut établir que des comparaisons incomplètes, comme cela arrive en ce moment. Il me semble donc que l'on ferait bien de renvoyer cette discussion à un peu plus tard.

M. le président. Sans vouloir préjuger ce que l'Académie pensera de ce que vient de dire M. Royer-Collard, je ferai observer cependant que, si sa proposition était adoptée, l'Académie ne s'entretiendrait du choléra que lorsqu'il ne serait plus à Paris.

M. Martin-Solon. La commission avait exprimé l'espoir que l'épidémie ne sévirait que d'une manière modérée, je crois pouvoir affirmer que l'événement a justifié ses prévisions. Tout ce que nous voyons autour de nous indique que l'épidémie offre un caractère bénin. Dans les épidémies graves, les maladies ordinaires disparaissent; c'est ce qui n'a nullement lieu dans ce moment. J'ai aujourd'hui cinq pneumonies dans mon service, et c'est assurément autant que le comporte la constitution médicale ordinaire. Je crois cependant avoir remarqué que les fièvres typhoïdes sont moins fréquentes; mais, en revanche, chez plusieurs cholériques, on a trouvé un gonflement marqué des plaques de Peyer, et peut-être pourrait-on se demander s'il ne s'agit pas, dans ces cas, de choléras développés sur des sujets affectés d'une fièvre typhoïde commençante.

J'ajouterai maintenant que l'épidémie me paraît commencer à diminuer; depuis trois jours nous commençons à guérir nos malades, et c'est là un des meilleurs indices du déclin d'une épidémie. Le dernier cas grave que j'ai eu dans mon service a guéri précisément par les mêmes moyens qu'on avait employés d'abord chez ceux qui ont succombé.

M. Ferrus. Je pense, comme M. Royer-Collard, qu'on doit éviter de se lancer dans la description de l'épidémie en général; mais je crois aussi qu'on ne saurait trop insister sur ce qui concerne l'étiologie et la thérapeutique.

Puisque M. Piorry a cité la Salpêtrière, je vais dire ce qui s'est passé en 1832 à Bicêtre. L'épidémie y a éclaté alors qu'elle avait déjà cessé à Paris; 86 cas s'y sont manifestés, tant parmi les vieillards et infirmes que parmi les aliénés. Parmi ces derniers, ceux qui ont été frappés avec le plus de fréquence étaient dans des loges parfaitement aérées et bien exposées. Dans un bâtiment plus encombré, au contraire, il n'y a eu qu'un très petit nombre de cas. Enfin, dans la prison, qui existait encore à cette époque, qui était située au centre même de la vaste enceinte de Bicêtre, fort encombrée et mal aérée, il n'y a eu que deux individus d'atteints. On a dit que ces derniers étaient sans communications avec l'extérieur; mais les aliénés ne communiquaient pas davantage; c'est-à-dire que les uns et les autres n'étaient en rapport qu'avec leurs gardiens, qui étaient eux-mêmes en communication permanente avec l'extérieur.

M. Piorry. Ces faits, ainsi que ceux qu'a rappelés M. Rochoux, et qui ont été observés à l'étranger, n'infirment pas la règle générale, fondée sur une observation mille fois répétée.

M. Devilliers. Chargé de l'inspection des décès de la partie la plus populeuse du quartier du Jardin du roi (oh! oh! Rire général). Je pense, Messieurs, qu'il n'y a guère de médecins républicains dans ce moment-ci. Je dis donc que, chargé de l'inspection des décès du quartier du Jardin du ..... des Plantes, j'ai constaté, depuis le 7 mars, 85 décès, dont 5 seulement par suite du choléra. Les cholériques décédés vivaient tous dans des conditions hygiéniques des plus mauvaises sous tous les rapports.

M. Desportes prononce une allocution que le bruit des conversations nous empêche d'entendre. Nous comprenons seulement qu'il demande que l'Académie fasse une démarche pour obtenir de l'administration le nombre des décès survenus chaque semaine dans la ville de Paris.

Cette proposition n'a pas de suite pour le moment.

— M. le docteur Prosper Hullin, membre correspondant, est appelé à la tribune, et donne lecture d'une observation intitulée : *Cancer et polype de l'utérus enlevés à l'aide d'une ligature*. Nous remarquons dans cette observation les détails suivants :

Le 21 décembre 1846, je fus appelé auprès d'une femme nommée Maupillier, âgée de trente-six ans, malade depuis dix-huit mois. Je constate par le toucher une hypertrophie cancéreuse du col utérin, et la présence d'un polype ayant son pédicule dans l'intérieur de cet organe. Vives coliques partant de l'hypogastre; écoulement continuel, par la vulve, de sang et de mucosités; faiblesse extrême, syncopes fréquentes et prolongées. Dans une position aussi alarmante, je m'adjoignis notre confrère M. Baudin, qui pensa comme moi que le seul moyen à employer était de lier les parties malades. Je portai aussitôt une ligature sur la partie la plus élevée du col et la serrai fortement. Alors redoublement de la douleur hypogastrique; vomissements et crampes de l'estomac; hoquet fréquent; pouls filiforme, à 120 pulsations. Ces symptômes graves durèrent près de vingt-quatre heures, puis diminuèrent peu à peu sous l'influence d'une médication calmante. Le troisième jour de l'opération, mieux sensible; chaque jour on serre la ligature. Le septième jour, chute de la ligature et des tumeurs. Nous constatons, à l'aide du spéculum, la résection du col et du polype. L'ouverture par laquelle on pénètre dans l'utérus offre à son pourtour une ligne circulaire rouge de 2 millimètres de largeur creusée dans l'épaisseur de l'organe, et dénote le point qu'occupait la partie du col enlevée. Les neuvième et dixième jours, le mieux se soutient; le dix-huitième, la malade peut se lever et marcher seule. Le 25 janvier, apparition par la vulve d'un flux de sang qui dure trois jours. Les 20 février et 25 mars, même flux. La malade se croit guérie; cependant elle souffre toujours un peu dans le bas-ventre. Plus tard, recrudescence de l'affection cancéreuse; progrès de cette maladie, et mort le 22 août 1847, huit mois après l'opération.

La ligature, ajoute l'auteur de l'observation, a produit chez notre malade les plus heureux résultats, puisqu'elle a prolongé les jours de cette femme prête à succomber, et qu'elle a laissé à cette malheureuse l'espoir de se guérir.

Conclusions. — 1° L'ablation du col utérin à l'aide d'une ligature est dangereuse; mais il existe des cas où le chirurgien doit recourir à cette opération.

2° L'observation de la femme Maupillier assigne positivement le cas où la ligature doit être préférée à l'instrument tranchant.

3° L'on doit attendre longtemps avant de publier les résultats d'une opération de ce genre, dans la crainte de donner comme guéries des malades qui n'ont éprouvé qu'un soulagement passager.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 mars 1849. — Présidence de M. Boussingault.

M. Hurteaux envoie pour le concours du prix Montyon un Mémoire sur les effets physiologiques, pathologiques et thérapeutiques du tabac.

— M. Blatin adresse une note sur l'épidémie de choléra qu'il a observée en 1832 à Bazancourt et à Isles (Marne), et sur les bons résultats qu'il a obtenus à cette époque de l'administration de l'eau froide à hautes doses et des inspirations forcées.

Emploi du jus de citron dans le rhumatisme et dans l'affection calculeuse.

Le *Dublin Medical Press* donne l'extrait suivant du compte-rendu de la séance de la Société médicale de Londres, que nous croyons devoir reproduire.

Le docteur Théophile Thompson a, dans ces derniers temps, fait usage, avec un succès remarquable, du jus de citron contre le rhumatisme et la goutte. Il expérimenta cette substance sur l'indication du docteur G. O'Rees, qui la considère comme d'une grande efficacité, et qui explique cette efficacité par la propriété qu'il attribue au jus de citron de favoriser plus que tout autre agent l'introduction du carbone dans le sang. La première fois que le docteur Thompson en a fait usage, c'est sur une femme très délicate, atteinte d'un rhumatisme sub-aigu. Elle ressentait tous les symptômes habituels de cette maladie avec irritation, mais sans inflammation du cœur; la transpiration était abondante.

Lorsqu'il fut appelé auprès de la malade, la maladie existait depuis quatre jours. Il lui ordonna une demi-once de jus de citron mêlé d'un peu de jusquiam dans une once environ de mixture de camphre, à prendre de six en six heures. Au bout de quarante-huit heures la douleur était beaucoup moindre, la fièvre avait beaucoup diminué, et au bout de cinq jours la malade était bien.

Le docteur Thompson a employé aussi le jus de citron à l'hôpital de la Consomption dans des cas de phthisie ou de maladies analogues. Dans quelques-uns de ces cas il y avait des cavernes dans les poumons, et le jus de citron n'en rendit pas moins de grands services. Aussi le docteur Thompson a-t-il été conduit à l'essayer dans presque tous les cas de rhumatisme, à l'exception de la véritable goutte. Il l'emploierait aussi dans le rhumatisme aigu après la saignée, en ayant soin toutefois de surveiller dans tous les cas l'état des premières voies.

A propos de cette communication, le docteur Bowie rapporte qu'il a essayé les acides minéraux dans les cas de rhumatisme à l'hospice de la Consomption; mais il y a renoncé, n'en ayant jamais obtenu aucun bon résultat.

M. Shearley a fait usage du jus de citron avec beaucoup de succès dans des cas de goutte et de rhumatisme.

Le docteur Downing s'étonne que les acides puissent être utiles dans les affections rhumatismales; il les a toujours trouvés nuisibles; le jus de citron même était nuisible.

Les auteurs français ont beaucoup écrit dans ces derniers temps en faveur des remèdes alcalins; ils font usage avec succès des préparations alcalines, telles que le carbonate de soude, mais extérieurement.

M. Hird dit que, malgré les succès obtenus par le jus de citron dans les rhumatismes, il est encore porté à suivre l'ancien mode de traitement. Les toniques lui ont souvent paru bons à employer.

Le président annonce que le docteur Bowland lui a fait part d'un cas de calcul dans la vessie, contre lequel tous les remèdes connus avaient échoué : le patient s'est trouvé parfaitement bien du traitement par le jus de citron.

Sur l'invitation de M. Davesne, chaque établissement nosocomial a désigné un médecin pour former une commission chargée de s'entendre avec l'administration sur les mesures à prendre contre l'épidémie.

Il a été décidé qu'on n'établirait point d'établissement spécial pour recevoir les cholériques; mais que, dans le cas où l'épidémie prendrait une grande extension, on renverrait de chaque service tous les malades qui n'auraient pas absolument besoin des secours médicaux, et qu'on évacuerait sur Bicêtre et Saint-Denis les convalescents qui ne pourraient achever de se rétablir chez eux, faute de ressources.

On a décidé, en outre, qu'on améliorerait le régime alimentaire de tous les établissements, et qu'on surveillerait avec soin l'application des règles de l'hygiène.

Nouvelles du choléra.

Notre honorable confrère M. le docteur Ansiaux, de Liége, nous écrit que le choléra, qui a éclaté dans cette ville dès le 11 décembre 1848, y règne encore, quoiqu'à un degré moins intense qu'à son début.

— Vienne, 22 mars. — Depuis que le choléra a éclaté dans notre capitale, 286 personnes en ont été atteintes, y compris les militaires; 137 sont rétablis, 133 sont décédés. (*Réforme allemande.*)

NOUVELLES.

Notre honorable confrère, M. le docteur Hirtz, de Kayserberg (Haut-Rhin), nous annonce qu'il règne dans la localité où il exerce une épidémie de rhumatismes et d'érysipèles de la face. Nous aurons occasion de répondre à la question qu'il nous adresse au sujet de cette épidémie dans notre prochaine Revue clinique.

— M. P. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, ouvrira son cours de clinique sur les maladies chirurgicales des enfants et continuera à dater du 1er avril :

1° Les visites à 7 heures et demie du matin;

2° Tous les jeudis, visites, leçons et opérations de 7 heures et demie à 10 heures;

3° Consultations tous les jours de 8 heures à 9 heures, excepté le jeudi et le dimanche.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 31 MARS 1849. (22e ANNÉE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 38.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 30 MARS 1849.

Marche du choléra.

L'espoir que nous avions, et que la commission de l'Académie a elle-même exprimé dans la dernière séance, ne se réalise pas encore; l'épidémie ne fait point de progrès; mais elle persiste dans un fâcheux *statu quo*.

A l'Hôtel-Dieu, on a encore compté 11 nouveaux cas hier, dont 7 se sont développés dans l'hôpital. La mortalité continue dans la même proportion que précédemment. Dans les autres hôpitaux, nous avons constaté des résultats analogues, sur lesquels il devient inutile d'insister d'une manière particulière chaque jour. Il est cependant un établissement dont nous devons dire quelques mots, à cause de l'intérêt tout particulier qui s'y rattache, nous voulons parler de l'hospice de la Salpêtrière.

Dans ce vaste établissement, l'épidémie, après avoir décliné ces jours derniers de manière à voir descendre le nombre des cas de 40 à 16, a éprouvé une légère recrudescence. Le nombre des cas nouveaux, dans les dernières vingt-quatre heures, a été de 21. Le nombre total des cholériques de cet établissement est aujourd'hui de 209; en sorte que, suivant l'observation que nous faisait M. Baillarger, si l'épidémie avait la même intensité dans la ville qu'à la Salpêtrière, il y aurait en ce moment à Paris plus de 40,000 cholériques.

Cette proportion est d'autant plus remarquable, que l'épidémie ne sévit pas seulement à la Salpêtrière sur la population infirme ou caduque de l'établissement, mais bien, et avec la même intensité, sur le personnel des employés. Deux hommes très forts ont succombé en très peu de temps, et un troisième, pris cette nuit, ne passera probablement pas la journée. Un enfant, parfaitement bien portant, a succombé hier en six heures. Quant aux diverses catégories qui composent la population hospitalière, toutes sont affectées; cependant deux quartiers, celui des épileptiques et des paralytiques (paralysie générale), cette dernière surtout, le sont beaucoup moins que les autres. Cependant les conditions hygiéniques de ces deux catégories sont loin d'être meilleures que celles des autres, tout au contraire.

Un fait non moins digne de remarque, et sur lequel nous insistons pour la seconde fois, c'est que des établissements qui, sous le rapport de la nature de leur population, pourraient paraître plus exposés que les autres aux atteintes de l'épidémie, continuent à en être complètement préservés; tels sont les établissements des Incurables (hommes et femmes), et l'hospice des Vieux-Ménages. Cependant l'hospice des Incurables se trouve situé très près de l'hôpital Saint-Louis, où l'épidémie continue à sévir d'une manière modérée, à la vérité, mais non interrompue.

L'hospice de la Maternité, qui est si souvent décimé par la fièvre puerpérale, et dont la population se trouve dans des conditions en apparence si favorables au développement de l'épidémie actuelle, n'a également offert jusqu'à ce jour aucun cas de choléra.

Bicêtre, qui avait été préservé, a été envahi hier; six cas y ont été constatés, et trois ont succombé dans les premières vingt-quatre heures. L'un des malades a été pris soudainement comme d'une attaque d'épilepsie, pendant qu'il se promenait dans la cour.

En résumé, l'épidémie continue à s'étendre, mais d'une manière modérée, excepté à la Salpêtrière, où elle menace de décimer la population, pour peu qu'elle continue une quinzaine de jours avec la même intensité.

Pour ne pas répéter chaque jour le nombre des cholériques de chaque hôpital, nous nous contenterons de donner le résumé général de tous les cas observés dans les divers hôpitaux. Pour quelques-uns des moins importants, Necker, les Enfants, Bon-Secours et Sainte-Marguerite, nous n'avons qu'un chiffre approximatif(1).

Ce nombre total, y compris les cas de Bicêtre, est de 606, dont 314 morts.

Revue clinique hebdomadaire.

Thérapeutique du choléra. — Emploi du galvanisme, du haschich et du stachys anatolica. — Ce n'est pas, bien entendu, une revue de tous les moyens mis en usage ou préconisés contre le choléra que nous voulons faire ici. Tous ceux usités depuis quelque temps ne sont que trop bien jugés et usés. Parmi les plus nouveaux, il n'y a guère que l'électricité, le haschich et le *stachys anatolica* qui demandent de nouvelles expérimentations pour être définitivement jugés.

Nous avons vu depuis huit jours mettre quatre à cinq fois en usage l'électricité et le haschich, mais dans des conditions telles qu'il est impossible de tirer aucune induction des faits que nous avons observés; les malades chez lesquels ces tentatives de traitement ont été faites étaient parvenus à la période asphyxique, c'est-à-dire à un degré où il n'y a plus rien à espérer. Tout est donc encore à faire quant au galvanisme et au haschich, au moins dans l'épidémie actuelle; mais en ce qui concerne cette dernière substance, il ne sera pas inutile de rappeler les expériences qui ont été faites dans d'autres localités.

Parmi les observations qui tendent à prouver l'utilité du haschich dans le traitement du choléra, les plus intéressantes sont certainement celles que M. Villemin, médecin sanitaire français au Caire, a fait connaître à l'Académie.

Lorsque M. Villemin vint lire son mémoire à l'Académie et appuyer par de nouvelles observations les conclusions qu'on avait tirées de celles publiées déjà, nous fîmes nos réserves sur la valeur des unes et des autres. Il nous parut toutefois que les observations de M. Villemin, si elles n'étaient point concluantes, devaient cependant encourager les thérapeutistes à tenter de nouveaux essais. Dans les conjonctures actuelles, où l'impuissance de nos moyens habituels de traitement a frappé tous les yeux, les tentatives nouvelles sont non-seulement permises, mais prescrites même par le devoir professionnel. Il ne sera donc pas sans intérêt de rappeler les inductions que M. Villemin avait tirées des faits qui lui avaient passé sous les yeux. De ces faits, qui étaient au nombre de dix, l'un, le plus intéressant, a pour sujet l'observateur lui-même, et on ne le lira pas sans intérêt.

Ayant été pris subitement, dit M. Villemin, dans la nuit du 27 au 28 juillet, de selles et vomissements avec crampes horriblement douloureuses dans les deux jambes, je fis appeler le docteur Clot-Bey, qui me prodigua ses soins avec un dévouement auquel je me plais à rendre ici publiquement hommage. Il me pratiqua vers une heure du matin une saignée, dont le sang s'écoula avec peine; il sortit presque froid. De ce moment déjà la teinte générale de la peau était livide; la saignée parut n'avoir aucun résultat; les frictions sur les jambes à l'aide de laudanum, ou les frictions rudes faites avec la brosse, ne calmèrent point les crampes. Un seul moyen les arrêta et momentanément; c'était l'extension forcée du membre. On me fit prendre de l'infusion de camomille chaude, de l'éther; on me mit dans un bain chaud. Tous ces moyens restèrent sans effet. A sept heures du matin, voici l'état où me trouva le docteur Bouteille. J'extrais textuellement ce passage de sa note :

La peau est froide, la cyanose complète, la face grippée, amaigrie; les yeux sont rétrécis, enfoncés; il semble qu'un espace existe entre les paupières et le globe de l'œil. Le pouls est petit, agité; la respiration difficile; douleurs à l'épigastre. Les crampes sont atroces et se renouvellent souvent. Les selles et les vomissements sont moins fréquents; la langue est large, pâle et froide au toucher. Violente agitation. Cet état alla toujours en s'aggravant, au point que Clot-Bey, qui ne m'avait quitté que peu d'instants, sortit de chez moi en déclarant à l'un de nos confrères que j'étais perdu. C'est alors que l'on m'administra en une fois 30 gouttes de teinture de *cannabis indica* dans quelques cuillerées d'infusion de camomille. Une heure après la réaction s'opéra, et au grand étonnement de ceux qui ne connaissaient point l'administration du dernier médicament. Ce dont j'eus seulement conscience, c'est que, peu de temps après avoir pris la potion, j'éprouvai tout à coup une grande chaleur au cerveau, puis je perdis toute connaissance. Le lendemain, j'eus pendant toute la journée d'horribles vomissements; puis, pendant plusieurs heures, j'éprouvai des symptômes de congestion cérébrale. Je ressentais dans tout le corps, et particulièrement à la tête, une chaleur brûlante; mon agitation était extrême. La nuit, il se manifestait du dé-

(1) A propos de la mortalité de la Pitié, il s'est glissé dans notre dernier numéro une erreur que nous devons réparer. Cette mortalité ne nous étant pas alors exactement connue, nous avions mis à la colonne des morts un point d'interrogation qui a été pris pour un chiffre 9.

Nous rétablissons aujourd'hui le chiffre exact des cholériques de cet établissement jusqu'à ce matin vendredi à dix heures.

Nombre de cholériques reçus : 76. — Morts : 36.

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Histoire naturelle des drogues simples ou *Cours d'histoire naturelle professé à l'Ecole de pharmacie de Paris*, par M. GUIBOURT.

(4e édition, t. I et II. — J.-B. Baillière.)

Au livre dont nous allons rendre compte conviendrait beaucoup mieux le second titre que le premier ; car, tel qu'il est conçu et exécuté, il constitue bien plutôt un ouvrage élémentaire complet d'histoire naturelle médicale et pharmaceutique qu'une *Histoire des drogues simples*. Si l'éditeur lui a conservé cette appellation beaucoup trop modeste à notre avis, c'est sans aucun doute en raison du succès qu'en ont eu les trois premières éditions, et qui, si grand soit-il, sera, nous le pensons, encore dépassé par celui de cette dernière.

La première publication de l'*Histoire des drogues simples* remonte à près de trente ans ; cet ouvrage formait alors deux volumes assez courts, dont le principal mérite consistait dans l'exactitude des descriptions. C'était, disait alors l'auteur, une exposition des substances rangées méthodiquement dans un droguier suivant un ordre éminemment rationnel. Appelé depuis 1832 à professer l'histoire naturelle à l'Ecole de pharmacie, M. Guibourt comprit la nécessité de donner à son enseignement un cadre plus étendu appuyé sur les meilleures méthodes naturelles. L'étude de la minéralogie venait d'être fondée par Pelletier dans cette Ecole; il devenait nécessaire de la continuer. D'où, forme différente et plus grande extension de cette partie du livre dont le premier volume forme maintenant un traité succinct de minéralogie; pour le dire en passant, nous croyons que l'éditeur eût fait une bonne chose, pour ceux qui veulent étudier les éléments de la minéralogie, en faisant tirer à part ce volume, dont quelques remaniements sans importance eussent permis de faire un livre séparé.

Ce premier volume contient donc l'histoire des corps inorganiques suivant un ordre fondé sur une classification naturelle des corps simples, dont les premières bases ont été posées par Ampère, mais à laquelle l'auteur a dû faire subir plusieurs modifications essentielles rendues nécessaires par les progrès incessants de la chimie. Prenant pour modèle la méthode publiée par Berzélius en 1819, et adoptée par MM. Girardin et Lecocq en 1826, M. Guibourt a pensé que l'on devait commencer par les corps les plus électro-négatifs ou par les métalloïdes, soufre, carbone, bore et silicium ; puis viennent les métaux électro-négatifs, l'arsenic, l'antimoine, etc. ; à la fin se trouvent les métaux les plus électro-positifs, le fer, la manganèse, l'aluminium, etc.

Chacun de ces corps est le type d'une famille formée, outre le corps lui-même, de ses composés naturels avec les corps plus électro-négatifs que lui. Ainsi, par exemple, la famille du soufre sera formée : 1° du soufre natif; 2° de l'acide sulfureux; 3° de l'acide sulfurique. De même pour les autres, dans le détail desquels nous n'entrerons pas, l'idée que nous venons d'en donner ici nous paraissant suffisante pour l'intelligence de l'ordre adopté.

Au tableau qu'il a donné de cette classification, l'auteur a joint une colonne de multiplications moléculaires, dont l'utilité sera grandement appréciée par ceux qui s'occupent de chimie analytique, et qui fournit les moyens d'opérer à l'aide de ces multiplications la conversion des poids résultant d'une analyse en nombres moléculaires. Par l'usage de ce procédé, l'auteur a pu facilement calculer de nouveau un grand nombre des formules admises pour les minéraux, et s'est trouvé à même d'en rectifier plusieurs.

Nous ne terminerons pas ce qui a trait à ce volume sans mentionner une introduction remarquable dans laquelle, en quelques pages admirablement écrites, M. Guibourt expose rapidement ses idées sur la formation du globe, qu'il regarde avec raison comme d'origine ignée, sur la naissance et la succession des êtres organisés vivant à la surface de la terre. Nous avons été heureux de nous trouver complétement d'accord avec lui quant à son mode d'envisager cette succession des animaux, qui se rapproche beaucoup des doctrines de l'illustre Geoffroy Saint-Hilaire.

« Lorsque le refroidissement du globe agissait seul pour en modifier la surface, rien n'empêche de croire, dit M. Guibourt, que les végétaux et les animaux aient pu se modifier eux-mêmes peu à peu, et produire par voie de génération ceux que nous voyons aujourd'hui... Etant prouvé que les végétaux et les animaux d'aujourd'hui n'ont pas toujours été, qu'avant eux il en existait d'autres qui ont disparu et qui avaient succédé eux-mêmes à d'autres plus anciens dont les espèces sont également anéanties, il faut de toute nécessité ou qu'à la disparition de chaque ancienne espèce, d'autres espèces aient été formées d'un seul jet aux dépens de la matière inerte, qu'il y ait eu par conséquent autant de créations successives qu'il y a d'espèces distinctes sur terre ; ou bien, il faut que ces espèces aient pris leur point de départ de celles déjà existantes, en se multipliant même conformément à la plus grande diversité des conditions amenées par la plus grande élévation des montagnes, et par la diversité des climats et des saisons ; toutes les probabilités ne sont-elles pas pour cette dernière supposition ? »

Le second volume contient la première partie de l'histoire des végétaux. Après quelques notions préliminaires de physiologie végétale, sont exposés le système de Linnée, les méthodes de Jussieu et de De Candolle, cette dernière étant celle à laquelle l'auteur s'est conformé, tout en la commençant par les acotylédones, comme la plupart des botanistes modernes. Pour chaque famille on trouvera : les caractères principaux, sa division en sous-familles ou tribus, ses propriétés générales médicinales alimentaires ou vénéneuses, et les exceptions qui peuvent s'y trouver ; enfin, ses produits utiles, les *drogues simples*, dont le nombre, augmenté de tous ceux qu'ont procurés à l'auteur des achats, des dons ou des échanges, est au

lire. Je me levai à plusieurs reprises pour m'exposer à l'air frais de la fenêtre. Dans un moment où l'on cessa de me surveiller, je me précipitai dans la baignoire remplie d'eau froide.

A partir du 1er août, il y eut une amélioration dans l'état cérébral. Mais le dévoiement ne tarda pas à se manifester, et ne cessa que lorsque j'eus quitté le Caire, le 18 août. Le 7, j'avais pu croire à l'établissement de la convalescence ; mais, à la suite d'une sortie en voiture, je retombai ; il survint de la fièvre ; je ne pus plus même supporter un peu de bouillon léger.

Les forces baissaient de jour en jour ; un symptôme étrange qui se manifesta alors fut une salivation abondante, sans que j'eusse pris un atome de mercure. Enfin mes médecins, les docteurs Clot-Bey et Gaëtani-Bey, ne virent d'autre ressource que dans un prompt départ. On me transporta, le 18 août, jusqu'au Nil. Déjà sur le fleuve, je me trouvai mieux à l'aise ; les forces revinrent un peu ; et enfin, dès que je respirai l'air de la mer, le 22 août, ma convalescence s'établit franchement.

Après avoir ainsi tracé sa propre histoire, qui, ainsi qu'on le voit, est assez favorable au *cannabis indica*, l'auteur résume les conditions dans lesquelles il l'a administré et les doses auxquelles il l'a prescrite.

La dose a été de 10 à 30 gouttes de teinture dans 30 grammes d'eau, une ou deux fois en vingt-quatre heures. La teinture s'obtient en dissolvant le haschich dans une petite quantité d'alcool. Cette teinture paraît tenir en dissolution un principe particulier (cannabine) sur lequel M. Gastinel a envoyé une note à l'Académie.

M. Villemin a prescrit cette substance dans les cas les plus graves, lorsque le collapsus était prononcé, le pouls à peine sensible, le refroidissement très marqué, la face profondément altérée, les crampes très douloureuses, et que les vomissements et les gardes-robes offraient les caractères cholériques incontestables.

L'usage de ce médicament, d'après M. Villemin, paraît développer une grande chaleur au cerveau, détermine souvent même du délire et des symptômes de congestion cérébrale; en même temps le pouls se relève, la chaleur se rétablit. Le médicament paraît contribuer puissamment à produire une réaction favorable en stimulant le système nerveux. Ainsi, il paraît remplir, dit M. Villemin, dans une maladie si promptement mortelle, la première, la plus urgente indication, celle d'empêcher *actuellement* la vie de s'éteindre. Les vomissements, les accidents typhoïdes, les symptômes consécutifs d'irritation gastro-intestinale peuvent néanmoins se montrer ensuite. Sur les dix cas rapportés par M. Villemin, quatre ont été mortels ; il attribue l'issue fatale à la dose trop faible du médicament ou à la période trop avancée de la maladie. C'est au principe du haschich qu'il rapporte sa propre guérison.

Stachys anatolica. — Nous avons pu avoir dès aujourd'hui, grâce à l'extrême obligeance de notre confrère M. Baillarger, quelques détails sur quatre malades de la Salpêtrière auxquelles il a administré une infusion de cette plante, qui serait si merveilleuse si l'on devait croire tout ce que l'on raconte de ses vertus.

Toutefois des quatre cas que nous avons vus, il n'y en a réellement que deux qui puissent servir à nous éclairer.

Dans un cas, en effet, l'infusion de stachys a été rejetée aussitôt que prise, et l'on n'a pas jugé à propos d'en continuer l'usage après l'emploi du premier litre.

Dans le second cas, le médicament a été donné à une femme de soixante-quatorze ans, déjà affectée depuis longtemps d'une maladie très grave. Cette femme était déjà à la période asphyxique d'une violente attaque de choléra ; elle n'avait évidemment que quelques instants à vivre quand on lui a administré l'infusion anticholérique.

Quant aux deux autres faits, ils sont parfaitement complets.

Le premier était un cas de choléra modéré, quoique parfaitement caractérisé, c'est-à-dire offrant les vomissements et les selles cholériques, le refroidissement, la cyanose, la suspension des urines, le facies spécial. Cette femme, après l'infusion de stachys dès le début des premiers symptômes, paraît aujourd'hui, troisième jour de la maladie, en bonne convalescence. Le cours des urines est rétabli ; la chaleur et le pouls sont à peu près à l'état normal ; le facies est bon ; il n'y a aucune tendance aux vomissements ; le sommeil de la nuit dernière a été bon ; il y a de l'appétit. La malade continue, mais à une dose moitié moindre, l'usage de l'infusion.

Le second cas était de la plus extrême gravité, et pouvait faire craindre, d'après ce qu'on a observé sur plusieurs autres malades, une mort très rapide. L'infusion fut également administrée dès le début.

Aujourd'hui, plus de vingt-quatre heures après le début, le pouls, qui était complétement insensible, offre un très bon caractère ; la peau est d'une douce chaleur ; la cyanose a disparu ; le facies est d'une expression presque naturelle ; il n'y a ni diarrhée ni vomissements ; cependant, le cours des urines n'est pas rétabli, et il y a encore un grand abattement. La malade n'est pas sauvée encore, mais il y a eu une amélioration inespérée.

Dans les deux cas précédents, l'administration de l'infusion a été suivie de sueurs ; chez la première des deux malades, on a même observé ce fait remarquable que cette femme, s'étant refroidie une fois pendant qu'elle était en sueur, malgré l'active surveillance des personnes de service, a de nouveau transpiré dès qu'elle a eu pris une nouvelle tasse d'infusion.

Quant au mode d'administration du stachys, voici comment a procédé M. Baillarger :

Il a fait infuser 10 grammes de la plante dans un litre d'eau, et a prescrit une tasse de cette infusion tous les quarts d'heure.

Ceux qui ont déjà prescrit ce médicament conseillent de la faire une fois plus concentrée (20 grammes dans un litre) ; mais la quantité de stachys que M. Baillarger avait à sa disposition étant fort restreinte, il a été obligé de se contenter d'une infusion plus faible, pour ne pas épuiser trop promptement ses ressources.

L'infusion que nous avons pu goûter a une saveur amère et aromatique à la fois, qui est plutôt agréable que désagréable.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Leçons cliniques de M. Gendrin sur le choléra;

Recueillies par M. RIPOLL, interne des hôpitaux, et revues par le professeur.

La description du choléra, comme celle de toutes les maladies, comprend l'exposition des symptômes, de la marche, ou de la connexion des phénomènes morbides, enfin du résultat des autopsies.

Sous tous ces rapports, il n'y a pas de maladie qui soit plus parfaitement connue que le choléra.

Symptômes. — Tous les malades se présentent avec des symptômes qui peuvent se rapporter aux différentes périodes de la maladie.

Ces périodes sont constituées par des prodromes, puis successivement par la phlegmorrhagie, la cyanose, l'asphyxie. Chacune de ces époques de la maladie prend le nom de période phlegmorrhagique, cyanique, asphyxique, et pendant ce temps une période surajoutée peut survenir, c'est la période de coction, de crise ou de terminaison de la maladie.

Prodromes. — Le choléra est toujours précédé de prodromes. Dans les hôpitaux, où vous avez affaire à une classe de malades qui, par la nature de leurs travaux et l'habitude des privations, tiennent peu compte des indispositions, la plupart vous diront que la maladie est survenue pendant qu'ils étaient en santé parfaite ; mais s'ils sont capables de vous rendre compte de leur état avant la maladie, toujours vous apprendrez que pendant un certain temps il y a eu des prodromes. Cette remarque a été faite presque partout et par tous les médecins, elle se vérifie toujours dans la pratique de la ville.

Ce point est très important à établir, parce que, quand on peut attaquer le choléra dans sa période prodromique, on peut espérer qu'on l'arrêtera ou qu'on le fera avorter.

Les prodromes du choléra se présentent sous deux formes : la forme diarrhéique et la forme vertigineuse.

Les prodromes diarrhéiques sont les plus fréquents ; ils existent dans les deux tiers au moins des cas. Ainsi, il survient des coliques plus ou moins obtuses avec des selles diarrhéiques dans les vingt-quatre heures, verdâtres, bilieuses, aqueuses, ou constituées simplement par des matières fécales ramollies ; l'appétit diminue ; la digestion est troublée, quelquefois cependant d'une manière à peine sensible ; à ces symptômes s'ajoute la courbature. Tous ces phénomènes commencent ordinairement six ou huit jours avant l'invasion ; il est rare qu'ils durent moins de deux ou trois jours.

Les prodromes vertigineux sont moins tranchés, et ont une durée moins longue. Ainsi, un individu sort bien portant pour vaquer à ses affaires, tout à coup il est pris de vertiges, d'étourdissements, de pesanteur de tête, de céphalalgie ; il secoue cet état de malaise, il le surmonte ; quelques instants après, il en est atteint de nouveau, et cette fois cette attaque passagère laisse une fatigue permanente. Quand il y a eu deux ou trois fois dans la journée de ces accidents, la maladie n'est pas loin ; quelquefois elle sera déclarée dans quelques heures. Cette forme de prodromes est plus grave que la précédente, en même temps qu'elle est plus insidieuse.

Période phlegmorrhagique. — La maladie se déclare, et le choléra éclate tout à coup par un flux séreux intestinal, avec du frisson, du brisement dans les membres, des nausées et des évacuations alvines liquides. Les premières selles sont constituées par des matières fécales, quelquefois solides, bientôt liquides ; puis il y a une ou deux selles bilieuses, puis enfin des selles ressemblant à de l'eau dans laquelle on aurait déposé des grains de riz crevés. Presque en même temps, il survient des vomissements constitués d'abord par les matières alimentaires contenues dans l'estomac, puis par des matières bilieuses, et enfin par un liquide aqueux, semblable à une solution d'albumine, qui renferme quelques grumeaux muqueux coagulés en quantité plus ou moins considérable.

Dans quelques cas, du moment où le flux est établi, il arrive en si grande abondance, que les malades excrètent un liquide séreux d'une manière continue.

Dans d'autres cas, les malades ont en même temps des nausées fréquentes, et il y a des vomissements sans efforts de matières aqueuses.

Dans d'autres encore, vous verrez en même temps des selles et des vomissements, mais le plus souvent des selles seulement. Les malades chez lesquels les vomissements sont prédominants constituent l'*exception*.

On a, enfin, observé des malades qui éprouvaient une vive chaleur à l'abdomen et pas d'évacuation : c'est le choléra sec. L'excrétion manque, mais il n'y a pas moins sécrétion intra-intestinale ; le liquide se répand et s'accumule dans le tube digestif qu'il distend.

Pendant que ces excrétions s'établissent, le malade a une sensation de débilité dans tous les membres qui croît d'instant en instant ; les extrémités sont froides, et d'autant qu'elles sont plus éloignées du tronc ; le pouls devient fréquent, ses diastoles se raccourcissent ; des douleurs vives éclatent sur le trajet des muscles longs d'abord, puis sur tous les autres ; ces douleurs sont intermittentes, s'accompagnent de nodosités contractiles sur le trajet des fibres ; ce sont des crampes, tellement violentes quelquefois, qu'elles arrachent des cris au malade. Quant à leur durée, elle est peu considérable. Les crampes se succèdent à intervalles rapprochés, mais ne sont pas persistantes ; dans quelques cas, les nodosités parcourent en se succédant la longueur des membres avec une telle rapidité, qu'il y a une sorte de tressaillement musculaire.

Dans les intervalles de ces crampes, il y a des douleurs brûlantes très vives à l'épigastre.

Bientôt les traits s'affaissent, la face s'amaigrit, les forces se dépriment, les extrémités prennent une teinte cyanosée.

Telle est la première période, caractérisée par une exhalation extrêmement abondante de matières liquides et par les phénomènes qu'entraîne la déperdition de tous ces liquides.

Cette première période peut être courte ; quelquefois elle ne dure qu'une demi-heure, une heure, quelquefois un jour. Alors les évacuations deviennent moins abondantes, moins rapides, les crampes moins intenses, l'affaissement moins rapide, et la seconde période arrive lentement.

---

moins le double de ceux qu'il a précédemment décrits.

Ce deuxième volume ne contient que les végétaux acotylédonés, les monocotylédonés et les deux premières classes de dicotylédonés. Cette simple énumération suffira pour faire voir combien déjà de produits importants ont été étudiés dans cette première partie de la publication de M. Guibourt, laquelle doit être, avant trois mois, complétée par la mise en vente du troisième volume, dont l'impression se poursuit activement, et à la fin duquel nous exprimons dès aujourd'hui le désir de voir l'auteur placer une table alphabétique détaillée des matières contenues dans l'ouvrage entier. Les tables alphabétiques sont une excellente chose que ne négligeaient jamais les anciens, et à laquelle il paraît décidément nécessaire que reviennent les auteurs et les éditeurs modernes.

L'illustration, qui a définitivement et glorieusement conquis sa place dans les ouvrages scientifiques, a enrichi ces deux premiers volumes de 464 figures intercalées dans le texte, gravées sur bois avec grand soin, et représentant, les unes, des plantes ou des animaux ; celles-ci ont été choisies parmi les meilleures des nombreuses iconographies qui existent ; les autres, et elles sont pour la plupart originales, des drogues officinales qui demandent à être distinguées d'autres plus ou moins semblables, ou des substances rares que la plus parfaite description n'aurait pu faire suffisamment connaître. Le nom de M. Chazal, professeur de dessin au Muséum d'histoire naturelle, au crayon duquel ont été confiées ces figures, porte avec lui la garantie de leur perfection, de leur exactitude, ici bien importante, et de la délicatesse de leur exécution.

Nous le répétons, nous sommes fâché jusqu'à un certain point du titre du livre, qui semble annoncer un ouvrage exclusivement destiné à des pharmaciens, tandis qu'en réalité il trouvera utilement sa place dans la bibliothèque de tous ceux, médecins ou amateurs, qui comptent au nombre de leurs jouissances l'étude de l'histoire naturelle. Mais on conviendra avec nous que le reproche n'est pas bien grave, qui ne s'attaque qu'au titre d'un livre, et nous n'en voyons guère de plus sérieux à adresser à l'ouvrage de M. Guibourt.

De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrophules; par le Dr A. Legrand.

En donnant comme sujet de concours pour le prix Portal (1847) cette question : De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrophules, l'Académie de médecine a eu probablement, certainement pour but d'éclairer et de faire s'il était possible, par la connaissance de leurs causes et de leur nature, la thérapeutique de ces deux terribles affections.

A l'un des mémoires, le prix a été décerné. Nous espérons bien dans quelques mois pouvoir l'examiner à son tour. Au travail actuel du docteur Legrand, a été accordée une mention honorable. Ces distinctions prouvent le mérite des deux ouvrages qu'*à priori* nous sommes loin de contester. Mais feront-ils faire des progrès réels à la thérapeutique des affections dont il s'agit ? Tout bien fait qu'il est, et nous nous plaisons à lui rendre justice, le livre de M. Legrand, le seul dont nous puissions encore parler, est de nature à nous faire concevoir des doutes à cet égard. Du reste, on pourra nous objecter, et avec raison, que les concurrents devaient se tenir renfermés dans les limites de la question, et qu'il n'y était nullement question de thérapeutique. Nous eussions désiré qu'elle fût autrement posée ; mais, une fois admise, il ne nous reste qu'à examiner le résultat des recherches de M. Legrand.

Ces résultats se résument en huit ou neuf propositions, dont voici le sens et les dispositions principales. Pour l'auteur, il existe incontestablement des analogies, qu'il désigne sous le nom de symptomatiques, entre le tubercule et le scrophule, c'est-à-dire que le principe tuberculeux peut se traduire par des symptômes qui paraissent appartenir au second, tandis que la réciproque n'est pas vraie ; d'où l'une des épigraphes du livre empruntée à Morton : *Ex humoribus scrophulosis, sumendum est diagnosticum.*

Le tubercule a, pour ainsi dire, son individualité morbide, son élément moléculaire, le globule tuberculeux, qu'on retrouve souvent dans les manifestations scrophuleuses du tubercule, tandis que le scrophule manque absolument de cet élément moléculaire morbide, et que l'on n'arrive à prouver son existence que par la constance des effets qu'on lui attribue.

Le tubercule a son siége principal, *unique* même dans les organes intérieurs, et, dans les manifestations extérieures, il y a irradiation du principe morbide du centre à la circonférence ; le scrophule procède d'une façon toute différente ; il se manifeste à la peau, au périoste, et s'irradie ensuite vers les organes intérieurs, qu'il ne désorganise jamais cependant de la même façon que le tubercule.

Le tubercule, malgré l'appauvrissement du sang qu'il détermine toujours, n'y détruit pas, du moins dans les premiers temps, l'élément inflammatoire, la fibrine, ce qui rend compte des phénomènes phlegmasiques qui compliquent si souvent et accélèrent toujours sa marche désorganisatrice ; le scrophule, qui appauvrit aussi le sang, paraît de plus y annihiler la fibrine ; aussi les inflammations compliquent-elles rarement le scrophule, et cette complication, quand elle survient, est souvent favorable à la guérison.

Toutes les altérations observées dans le sang, les urines, dans ces deux affections, sont consécutives, et ne sauraient être considérées comme la cause de ces deux maladies, dont le principe est cependant très probablement dans le sang.

Enfin, le tubercule n'est jamais curable, ou du moins il ne l'est que très exceptionnellement ; le scrophule est presque toujours curable.

Peut-être quelques-unes de ces conclusions sont-elles susceptibles de discussion ; l'espace nous interdit aujourd'hui de signaler les points litigieux sur lesquels nous aurons peut-être occasion de revenir plus tard. Mais que l'on soit ou non complétement de l'avis de M. Legrand, on conviendra qu'il lui a fallu bien de la persévérance, du labeur et de l'érudition pour rassembler et mettre en œuvre les nombreux documents et les faits sur lesquels il a basé son travail, tout d'observation et d'expérience le plus souvent personnelle.

Dr A. Foucart.

Période cyanique. — Cette période tire sa dénomination de la teinte que présentent les téguments et qui commence à se montrer sur les extrémités inférieures, le nez, les lèvres, les oreilles, pour s'étendre successivement à toute la surface du corps à mesure que l'excrétion alvine devient plus abondante. Quand cette cyanose générale est bien établie et arrivée à son summum, les sécrétions diminuent, la respiration devient haute, anxieuse; les extrémités se refroidissent; les lèvres, la langue deviennent froides; la chaleur interne augmente; le malade demande de l'air pour respirer et des liquides pour boire.

Pendant que s'établissent ces phénomènes de refroidissement, de ralentissement de la respiration et de la circulation, l'intelligence reste nette, mais la voix s'affaiblit, la parole devient brève et éteinte.

Telle est cette période, dans laquelle la cyanose des téguments et des orifices des membranes muqueuses, la lenteur avec laquelle se remplissent de nouveau les veines dont on a chassé le sang par une friction suivant le cours de ce liquide, la suppression de toutes les sécrétions et excrétions, notamment celle de l'urine et même celle des matières fécales; tout, en un mot, annonce le trouble de la circulation des capillaires et son abolition complète prochaine.

Cette période dure quelquefois un jour sans changement; quelquefois, au bout d'une heure, le malade entre dans la période asphyxique.

Période asphyxique. — Dans celle-ci, la teinte cyanique peut persister, mais elle s'affaiblit au lieu d'augmenter; le froid est général, le tissu cellulaire ramolli; les muscles ont perdu leur contractilité en grande partie et la peau sa rétractilité; de sorte que les tissus peuvent être malaxés comme une pulpe molle qui conserve la trace des doigts, et fait éprouver au toucher la sensation d'un corps visqueux et gluant. Les battements des artères deviennent de moins en moins sensibles. La respiration devient courte, haute, l'amaigrissement très prononcé; il y a une vive chaleur dans la poitrine, une vive douleur à l'épigastre, exagérée par la pression. Chez quelques malades, et surtout chez ceux qui sont soumis à un traitement malentendu, surtout si on les entoure d'une atmosphère artificielle de chaleur pour tâcher de les réchauffer, les parties superficielles du corps prennent une chaleur insolite, et la mollesse des tissus devient plus prononcée; les extrémités semblent macérées, la peau est plissée, livide, dans un état de corrugation; une sueur visqueuse recouvre les tempes et la poitrine; le pouls disparaît et le malade meurt, passant de la vie à la mort en conservant toutes ses facultés intellectuelles.

Pendant que ces facultés restent intactes, les organes des sens sont remarquablement altérés; ainsi la vue est troublée, affaiblie; le malade ne voit plus les objets placés à une certaine distance; l'ouïe s'affaiblit et s'abolit même dans quelques cas; la voix s'éteint au point que l'on est obligé d'appliquer l'oreille sur la bouche des malades pour recueillir leurs paroles. Une lenteur remarquable s'observe aussitôt dans la manifestation des idées; il y a affaiblissement des sensations, de leur perception et de l'expression des idées. Mais il n'y a pas de délire.

Dans les formes les plus graves, les paupières sont mal jointes, et l'on voit sur le globe oculaire une couche de matières demi-coagulées, à travers laquelle on voit la cornée comme à travers une lame diaphane, et le globe est lui-même enfoncé dans l'orbite.

Dans cette période, il n'y a plus d'évacuations; les boissons, lorsqu'elles peuvent être ingérées, sont conservées.

Les seules variations que l'on puisse observer dans cette période consistent en des ecchymoses disséminées.

Telles sont les périodes de la maladie les plus graves et les plus fréquentes.

Période réactionnelle. — Il y a une période réactionnelle qui peut se déclarer pendant le cours de toutes les autres, excepté de la période asphyxique; car, une fois que la maladie est parvenue à cette dernière période, elle est au-dessus de toute ressource. C'est là ce qui explique la grande mortalité dans le choléra, parce que la plupart des malades ne reçoivent des soins que lorsqu'ils sont entrés ou sur le point d'entrer dans la période asphyxique.

La période réactionnelle se caractérise par la suppression ou la diminution des évacuations et le retour de la chaleur du centre à la circonférence, la diminution de la cyanose, la largeur des diastoles artérielles, la turgescence de la face; le malade a des bouffées de chaleur à la tête. La salive, dont la suppression rendait les lèvres visqueuses, reparaît; la soif diminue, et un véritable état fébrile est établi; les crampes ont cessé dès le début de cette période; la peau s'humecte, des sueurs se manifestent, et, quand la maladie n'a pas été très intense, elle guérit. Dans le cas contraire, la réaction ne se fait pas d'un seul jet; l'état fébrile s'établit lentement et se prolonge avec des recrudescences nombreuses qui se terminent par des évacuations sudorales.

Telle est la période réactionnelle par laquelle la maladie est conduite à terminaison.

Parmi les symptômes de cette période, il faut considérer à part les phénomènes de crises ou de métastase.

Crises. — Le choléra a toujours des crises quand il se termine d'une manière heureuse; quelquefois elles se montrent dans la période phlegmorrhagique, le malade n'arrive point alors à la cyanose, le plus souvent la période réactionnelle survient pendant la cyanose et provoque les crises. Ces crises sont les évacuations abondantes d'urine, les sueurs, les épistaxis, les parotides.

Sueurs. — Les sueurs constituent les crises les plus faciles et les plus complètes; cependant, elles n'ont ce dernier caractère que lorsque l'affection n'a pas atteint un très haut degré d'intensité; le plus souvent, elles sont prolongées et surviennent comme par paroxysmes. En même temps, l'urine, la salive reparaissent, et le malade éprouve une sensation de bien-être.

Urines. — Les urines sont aqueuses, abondantes pendant un ou deux jours; puis elles deviennent grisâtres, sont chargées d'un mucus pulvérulent qui se dépose, et adhère au fond du vase. Chez quelques malades elles sont tellement abondantes, que l'on dirait avoir affaire à un sujet qui juge en anasarque. Elles dépassent la quantité des boissons ingérées.

Epistaxis. — Les épistaxis sont une terminaison fréquente du choléra; il est peu de jeunes sujets qui n'en présentent au moins à un léger degré. Quelquefois elles sont passagères, peu abondantes, et coïncident avec les sueurs.

D'autrefois elles se succèdent à intervalles assez rapprochés, annonçant l'établissement progressif de la convalescence. Le sang fourni par ces épistaxis est rutilant, facilement oxydable, différant ainsi du sang gélatineux à demi fluide qu'on peut extraire aux cholériques par la saignée.

Diarrhées. — Assez souvent dans la période critique il survient de la diarrhée, mais non plus séreuse, aqueuse, mais colorée par la bile, âcre à son passage à l'anus, se produisant avec des épreintes, du ténesme, entraînant des matières muqueuses qui surnagent dans le vase, et qui sont colorées par la bile. Ce fait a été noté par tous les auteurs depuis Arétée, notamment par Cælius Aurelianus. Il est important de connaître cette circonstance, car l'apparition de cette diarrhée sert à l'établissement d'un pronostic favorable.

Parotides. — Quelques malades éprouvent comme crise des parotides. C'est la forme critique la plus rare. Le plus souvent ces parotides consistent dans une tuméfaction des glandes qui se termine par résolution, très rarement par suppuration.

Tous ces phénomènes s'observent dans la période réactionnelle ou de coction.

Métastases. — Les métastases sont très fréquentes dans la réaction cholérique, elles emportent les malades aussi souvent que la maladie elle-même. Elles consistent dans des congestions cérébrales et des phlegmasies abdominales. Les premières sont les plus fréquentes.

Métastases céphaliques. — La réaction est établie; le malade n'accuse aucune douleur; il n'y a plus de crampes; les forces se rétablissent; on espère..... Bientôt on s'aperçoit que le malade est presque continuellement assoupi; on le tire assez facilement de cet état; mais dès qu'on l'abandonne à lui-même il y retombe; si on lui adresse des questions, il répond, puis il reprend son état d'assoupissement, qui finit par devenir continu. On n'observe pas ici de râle comme dans les accidents ordinaires du coma; le pouls prend de la fréquence; les diastoles artérielles se développent; les battements du cœur prennent de l'énergie; enfin le malade passe à un état de carus qui l'enlève par le ralentissement progressif de la respiration. On voit alors les forces se déprimer, les extrémités se refroidir; mais il n'y a plus de cyanose. Chez quelques malades, il survient en même temps des vomissements, du hoquet; si l'on palpe l'abdomen, on ne provoque qu'une douleur modérée à l'épigastre. Le ventre est souple. Chez un petit nombre de malades les accidents métastatiques vers la tête s'accompagnent de délire; il y a alors inflammation des méninges; mais, je le répète, c'est là la forme la plus rare.

Métastase gastrique. — Plusieurs malades sont pris de fièvre, de nausées, de vomissements, de soif, de douleur à l'épigastre, qui est tendu, rénitent; les liquides ingérés sont vomis immédiatement; ce sont les symptômes de l'érythème gastrique, d'une gastrite réelle.

Métastase entérique. — Chez quelques autres le ventre se tend, et il se montre des évacuations avec épreintes, douleurs lombaires; en un mot, tous les symptômes de la dysenterie.

Chez un grand nombre, on observe une autre forme de métastase vers le ventre; l'appétit ne revient pas; la langue se sèche, se fendille en travers; il y a de la soif; le ventre est peu tendu, la pression n'y provoque qu'une douleur modérée; les forces baissent; le malade tombe dans l'adynamie et succombe comme dans le typhus; mais il n'y a pas d'éruption pétéchiale; ici il y a catarrhe intestinal et non fièvre typhoïde. Le typhus, il est vrai, peut survenir chez les cholériques, lorsqu'ils sont accumulés en grand nombre, de même qu'il survient dans tous les grands hôpitaux dans les temps d'épidémie, quelle que soit la forme de celle-ci; mais le typhus n'est qu'un épiphénomène, qu'un accident, tandis que la gastro-entérite est une vraie inflammation déterminée par des conditions inhérentes à la nature du choléra.

MARCHE. — Maintenant, pour bien comprendre la maladie, il faut résumer les principaux phénomènes qu'elle présente dans leurs rapports réciproques, de manière à dépeindre la marche de la maladie.

Le choléra peut être léger, grave ou très grave.

Forme légère. — Si la maladie est légère, à peine la période phlegmorrhagique est-elle établie, avant d'arriver à la période cyanique, il se manifeste une réaction facile, énergique; des crises surviennent, et au bout de vingt-quatre heures, trente-six au plus, le malade est guéri. Il ne conserve qu'un peu de débilité. Si même on attaque le choléra pendant la durée de ses prodromes, il n'y aura qu'une réaction fugace peu marquée, et le malade échappera en quelque sorte à la maladie avant qu'elle se soit déclarée.

Forme grave. — Le malade étant arrivé à la période cyanique plus ou moins complétement, les crampes et la phlegmorrhagie diminuent; le malade se réchauffe, les accidents critiques se manifestent avec plus ou moins de rapidité suivant les sujets, et la convalescence s'établit. D'autres fois, la réaction se déclare, et un coma survient, qui emporte le malade.

Forme très grave. — Dans cette forme, le malade traverse rapidement les diverses périodes; il subit une déperdition considérable de liquides à la première période; il se refroidit à un degré extrême à la seconde; l'échauffement artificiel ne produit que l'affaissement des tissus; puis le malade passe à la période asphyxique; il n'y a pas de crise, et la mort ne tarde pas.

Dans les épidémies intenses, tous ces accidents se succèdent, chez les malades violemment atteints, en quelques heures (deux, trois heures), chez la plupart ils n'arrivent qu'en deux ou trois jours. *(La suite à un prochain numéro.)*

De l'anévrisme de l'artère coronaire.

PAR le Dr THOMAS-BEWIL PEACOCK,
Médecin de l'hôpital royal d'Edimbourg (1).

Dans ce travail, plein d'intérêt, l'auteur s'est proposé de réunir tous les cas d'anévrisme de l'artère coronaire qui ont été publiés par les auteurs, et d'ajouter à ces observations quelques remarques et une observation nouvelle fort curieuse, que nous allons reproduire avec le dessin qui l'accompagne.

Les observations que M. Peacock a rencontrées dans les auteurs se réduisent à quatre, dont deux ont été décrites complétement, l'une par M. Bougon (*Biblioth. méd.*, t. XXXVII, 1812), l'autre par M. Peste (*Arch. gén. de Méd.*, 4e série, t. II, p. 472), et deux, d'une manière très incomplète, par Hadland, citées par Otto (*Compendium d'Anat. path.*, traduit par South, p. 319) et Mérat (*Dict. des Sc. méd.*, art. Cœur).

Tous ces cas, moins celui de Hadland, se trouvent rappelés dans le travail intéressant que M. Aran a publié dans les *Arch. gén. de Méd.*, 4e série, t. XIV.

Ces préliminaires établis, voici l'observation intéressante de M. Peacock.

OBSERVATION. — *Anévrisme de l'artère coronaire gauche. — Hypertrophie du cœur. — Endo-péricardite. — Bronchite.*

Richard Appleton, âgé de cinquante-un ans, fut admis à l'hôpital Royal le 2 décembre 1847, pendant le règne de la grippe épidémique de cette année. D'après les renseignements pris auprès de ses amis, on apprit qu'il avait été boucher, dans une position aisée, mais qu'il avait des habitudes fort irrégulières. Trop malade, pendant le dernier mois, pour se livrer à ses travaux habituels, il avait été secouru par sa paroisse. Il avait été sujet à des douleurs rhumatismales; mais on croit être certain qu'il n'avait jamais eu de fièvre rhumatismale. Quoiqu'il n'eût jamais eu l'apparence robuste, il tirait vanité des fardeaux très lourds qu'il pouvait porter. Depuis longtemps il toussait beaucoup et respirait difficilement. Le lendemain de son admission on nota l'état suivant :

Hier, le malade était extrêmement abattu; mais il a passé une assez bonne nuit, grâce à l'influence d'une potion adoucissante; et aujourd'hui, quoiqu'il soit encore très faible, l'abattement est moindre. La toux est très forte, la respiration fréquente; il est très amaigri; la torpeur d'esprit est si grande, qu'on ne peut obtenir de lui aucun détail sur son état pendant les jours précédents. Le pouls est à 144, extrêmement faible; la langue est rouge sur les bords et à la pointe; mais au centre elle est couverte d'une humidité blanchâtre qui se rencontre souvent dans les maladies depuis le règne de l'*influenza* actuelle. L'excessive prostration des forces ne permet pas un examen approfondi de l'état de la poitrine; mais il y a peu de résonance lorsqu'on percute sur la région dorsale; là on entend distinctement des craquements, et il y a un ronchus sec et sonore dans toutes les autres parties du thorax. Le malade reste sur le dos; il n'est ni rouge, ni livide; le foie descend très bas dans l'abdomen; il est résistant au toucher. Au moment de l'admission dans l'hôpital, on a appliqué entre les épaules des ventouses qui ont fourni cinq onces de sang. Aujourd'hui on pose un vésicatoire sur la poitrine, et l'on donne à de fréquents intervalles une potion composée de vin d'ipécacuanha, de teinture de campbre, d'esprit aromatique d'ammoniaque; on prescrit aussi 2 onces d'eau-de-vie.

Le 4 décembre, le caractère du pouls est un peu meilleur; 136 pulsations. Même état de la langue. Le malade se plaint de sa toux; il a expectoré, mais en petite quantité, des mucosités très visqueuses et de couleur jaune-verdâtre; faiblesse extrême.

Le 8 décembre, pendant les trois jours qui ont suivi les dernières notes prises, l'état du malade a paru s'améliorer; les pulsations sont devenues moins nombreuses, et le pouls, quoique faible encore, était meilleur; le malade était plus fort et plus lucide. Cependant, hier, à ce mieux ont succédé un redoublement de faiblesse et une plus grande torpeur d'esprit. Il y a maintenant 120 pulsations; le pouls est extrêmement faible et inégal; la toux est fatigante, mais pas très forte; l'expectoration est rare, très gluante, colorée en jaune verdâtre, et contient de petites bulles d'air. Il respire faiblement et sans efforts; il n'est pas livide, et demeure sans inconvénient dans telle position qu'on le place. Il est extrêmement faible, incapable de se mouvoir lui-même, et demeure dans un état semi-comateux d'où l'on a quelque peine à le tirer. Les selles et les urines sont régulières. Hier on a appliqué un vésicatoire à la nuque; on a remplacé la première potion par une autre, composée d'une infusion de serpentaire, d'esprit aromatique d'ammoniaque, d'éther sulfurique et de teinture de campbre; on porte aussi la dose d'eau-de-vie à 4 onces. On continuera ce traitement, et l'on appliquera un vésicatoire au milieu de la poitrine.

Le 12 décembre, après être resté plusieurs jours dans le

(1) Monthly Journal, mars 1849.

même état, le malade s'est plaint hier d'une douleur dans la partie inférieure du côté gauche de la poitrine; le pouls était très faible, intermittent, et donnait environ 120 pulsations par minute. La toux était moins fréquente, l'expectoration plus abondante et d'un caractère muco-purulent. La peau était froide et moite. On l'a légèrement purgé, et il s'est trouvé du sang dans les selles. Un ronchus très sonore, mêlé de craquements, se faisait entendre dans toute la poitrine, tandis que dans la région du cœur et le long du sternum, on entendait un bruit particulier que nous ne pouvons mieux comparer qu'à celui que l'on produit en battant des œufs avec une cuiller ou une fourchette. Ce bruit était très prononcé vers le milieu du sternum et sur le côté droit de cet os, tandis qu'au sommet on ne l'entendait que très imparfaitement. Il avait un double caractère et semblait remplacer les bruits naturels plutôt qu'y être joint. Un vésicatoire a été appliqué au siége de la douleur.

Aujourd'hui, il se plaint encore de douleurs à la région précordiale et latérale inférieure gauche; là aussi il y a beaucoup de craquements, et le même ronchus très sonore se fait entendre par derrière dans la région dorsale des deux côtés. On ne distingue plus le bruit particulier que l'on entendait hier; les bruits du cœur sont presque imperceptibles. Deux fois, depuis hier, il y a eu du sang dans les selles; le malade est de plus en plus abattu; le pouls est extrêmement faible et défaillant; la langue est sèche, rouge sur les côtés et au bout, brune au centre. La toux est rare; l'expectoration comme au dernier examen. A partir de cette époque, le malade s'est affaibli graduellement, et est mort le même soir.

L'autopsie a eu lieu le lendemain matin.

Dans le cerveau, il y avait opacité de la membrane arachnoïde sur la surface supérieure des hémisphères, et adhésion de cette membrane et de la pie-mère. La quantité de liquide dans les ventricules et à la base était insignifiante; la substance de l'organe était saine. Le cerveau pesait 39 onces et demie; le cervelet 4 onces et demie, et la protubérance, avec la moelle allongée, 1 once; en tout, pour l'ensemble de l'encéphale, 45 onces.

Les deux poumons, et particulièrement celui du côté droit, étaient emphysémateux en avant, et couvraient en grande partie le péricarde. A la partie postérieure du lobe supérieur de chaque poumon, il y avait des adhérences cellulaires étendues avec la plèvre costale. La partie postérieure et plus particulièrement la partie inférieure de chaque poumon étaient fort engorgées, et chargées d'une écume séreuse. Les conduits bronchiques étaient dilatés, et contenaient beaucoup de liquide muqueux et purulent; la membrane muqueuse était rouge. Le degré d'injection de la membrane et la quantité de sécrétion augmentaient à mesure que les canaux diminuaient de volume, et étaient très marqués dans les lobes inférieurs. Le poumon gauche était considérablement plus engorgé que le poumon droit.

Le péricarde était dilaté par une grande quantité de liquide séro-purulent, de couleur jaune-pâle; les deux feuillets de la séreuse étaient couverts de couches de lymphe plastique d'une faible consistance, d'un tissu délicat comme de la dentelle. Sur les surfaces des oreillettes, l'épanchement avait moins de consistance que sur les ventricules. Le tissu cellulaire sous-séreux était fortement infiltré de sérosité et de pus; la substance musculaire était ramollie et facile à lacérer. A la partie extérieure, supérieure et antérieure du ventricule gauche, il y avait une saillie du volume environ d'une moitié de noix qui, de même que le reste de la surface, était couverte par une couche de lymphe, sous laquelle il y avait un morceau de fausse membrane blanche, paraissant de vieille date. En faisant une section à travers les parois du ventricule, comme pour partager en deux cette tumeur, nous avons trouvé que c'était un anévrisme de l'artère coronaire gauche.



L'anévrisme était situé sur la branche antérieure de l'artère, à une distance de treize lignes françaises de l'origine du vaisseau du sinus de Valsalva, et de dix lignes du point où il se partage en ses deux branches principales. Il était d'une forme presque sphérique et avait un diamètre de huit lignes et demie. A l'extérieur il était couvert par le péricarde et par la couche de fausse membrane ci-dessus mentionnée. A l'intérieur il était placé dans la paroi du ventricule gauche.

La cavité de l'anévrisme était remplie par un coagulum arrangé en forme de lames dont plusieurs étaient en partie décolorées; le sac, du côté extérieur, était si mince, si intimement uni aux couches de sang coagulé, qu'il en était inséparable. Cependant il était entier; l'artère communiquait avec lui par son côté postérieur un peu obliquement, la partie supérieure du vaisseau étant déplacée par la pression de la tumeur, au point qu'il était impossible de faire passer une sonde de la portion d'artère située au-dessus de l'anévrisme dans la portion située au-dessous. L'orifice de l'artère coronaire, ainsi que son calibre jusqu'à l'anévrisme, étaient considérablement dilatés, et ses tuniques étaient en grande partie ossifiées, de façon à former un cylindre presque entièrement osseux. Au delà de l'anévrisme le vaisseau était moins altéré. L'artère coronaire droite était un peu dilatée, et dans certains points ses membranes étaient tapissées de plaques crétacées.

Le cœur pesait 13 onces, et était d'une forme remarquablement allongée. Le ventricule droit était dilaté; ses parois avaient une épaisseur de trois à quatre lignes. A l'extérieur il était couvert d'une couche de graisse d'une épaisseur modérée. Les valvules tricuspide et pulmonaire étaient saines. Le ventricule gauche était aussi dilaté, et ses parois plus épaisses que d'habitude, puisqu'elles avaient cinq lignes à la base, trois au milieu, deux au sommet. La cavité du ventricule était prolongée et élargie au sommet; la substance musculaire était là extrêmement molle et friable; un amas de sang coagulé, en partie décoloré, adhérait fortement à l'endocarde; les valvules aortiques étaient un peu épaissies et adhérentes entre elles dans une petite portion de leurs bords, près de leur origine; mais elles étaient suffisantes; la valvule mitrale était saine. L'ouverture aortique pouvait admettre un cylindre de trente-six lignes françaises de circonférence, et l'orifice de l'artère pulmonaire un de trente-neuf lignes. La membrane enveloppant l'oreillette gauche était un peu opaque.

L'aorte était doublée, sur une étendue considérable de sa partie ascendante, d'une couche bien distincte de lymphe, et sa membrane séreuse était très rouge. Il y avait plusieurs dépôts de matière athéromateuse aux environs de l'origine de l'artère coronaire et dans quelques autres points de l'aorte.

Le foie était très volumineux, grossièrement granulé et engorgé. La rate était également hypertrophiée, et sa surface était couverte de petits amas d'un dépôt fibro-cartilagineux. Les reins étaient très durs et engorgés, mais pas autrement malades. La membrane muqueuse intestinale ne fut pas examinée; mais à l'extérieur les intestins ne présentaient aucune apparence de maladie.

L'auteur fait suivre cette observation de remarques qui n'ont rien d'original sur la prédisposition des diverses artères aux anévrismes, et sur l'impossibilité actuelle du diagnostic de l'anévrisme des coronaires.

Présence d'un animalcule dans la verrue.

Note envoyée par A.-M.-J. Scheltiens, médecin de régiment à Arlon.

Nous reproduisons sous toutes réserves la note suivante communiquée aux *Archives belges de Médecine militaire*. Ce qui nous laisse surtout des doutes et nous paraît nécessiter de nouvelles observations, c'est que l'auteur de la note n'a pas extrait ou vu sortir lui-même l'animal de la verrue, et qu'il a dû s'en rapporter au dire d'une personne étrangère à la science médicale.

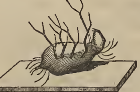
Un officier, logé dans la même maison que moi, vint dernièrement me montrer un animalcule qu'il avait vu sortir d'un petit enfoncement situé à la racine d'une verrue qu'il venait d'enlever par un coup de rasoir.

Un insecte blanc, pas plus grand qu'un grain de sable, se mouvait en effet très rapidement sur la surface palmaire de son doigt indicateur.

Au moyen d'une loupe, je pus clairement distinguer les mouvements de ses pattes, et je le vis se diriger avec une grande vitesse vers le point sanglant où avait siégé la verrue, puis faire des efforts pour s'y introduire.

Approchant la main comme si j'avais voulu le prendre, il se sauva à un pouce de distance, puis revint, se précipita de nouveau vers le point central de l'excroissance verruqueuse et tâcha derechef d'y pénétrer, lorsque je saisis un verre légèrement mouillé au moyen duquel j'enlevai l'auimalcule.

Examiné au microscope, nous lui reconnûmes les formes indiquées dans la figure ci-jointe, que j'ai tâché de rendre aussi fidèle que possible.



La présence d'un insecte dans la verrue n'a été, que je sache, indiquée par aucun micrographe; je pense cependant que cette connaissance offre un véritable iutérêt sous le rapport scientifique et pratique.

Nous savons combien les verrues sont souvent difficiles à guérir, et avec quelle facilité elles se reproduisent sur d'autres parties de la peau.

C'est que les caustiques et les irritants, l'excision et la ligature même ne servent la plupart du temps qu'à enlever les parties externes sans pénétrer dans le petit foyer, le sillon qui rccèle l'animalcule, véritable cause des récidives ou de la propagation.

Ce n'est donc qu'en cautérisant assez profondément qu'on peut guérir radicalement le mal; c'est en tuant sa cause.

Les traditions populaires accordent aux verrues une propriété de contagion; plus d'une fois dans ma jeunesse j'ai entendu recommander aux enfants de ne pas donner la main à leurs petits camarades qui avaient des verrues.

L'existence d'un animalcule dans ces excroissances, de même que la présence de l'acarus dans le sillon contigu au bouton de la gale, doit logiquement faire admettre le même mode de contagion, quoiqu'à un moindre degré, c'est-à-dire par transmission de l'insecte.

Ce phénomène du développement d'excroissances ou de produits morbides dus à la présence d'animalcules se retrouve fréquemment dans le règne végétal; je n'en citerai qu'un exemple remarquable: la reproduction de la noix de galle.

Nouvelles du choléra.

On lit dans le *National boulonnais*, 21 mars:

« Le choléra a fait dans la commune de Wirsant beaucoup de victimes; plus de trente personnes sont mortes dans l'espace de quinze jours. Il s'est fait sentir plus particulièrement dans la classe nécessiteuse. Nous espérons que ce fléau ne séjournera pas davantage dans notre petite localité, et tout porte à croire que nous n'aurons plus de mort à déplorer, car, depuis huit jours, aucun nouveau cas ne s'est présenté. »

— On lit dans le *Messager de Gand*:

« L'état sanitaire devient de jour en jour plus satisfaisant dans notre ville, et la mortalité tend insensiblement à reprendre son état normal.

» On cite comme une chose digne de remarque que l'Atelier de charité, encombré d'ouvriers des deux sexes, a vu sa population parfaitement à l'abri de toute atteinte du fléau, ce que l'on attribue à l'état de propreté des locaux et à l'excellente soupe que l'on distribue journellement aux ouvriers. »

L'Association générale des médecins de la Seine aura sa prochaine réunion le lundi 2 avril.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 3 AVRIL 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 39.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS.	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER. . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 2 AVRIL 1849.

Marche du choléra.

Il n'y a pas eu de modification sensible depuis la publication de notre dernier article dans la marche générale de l'épidémie. Cependant, le nombre des entrées, dans presque tous les hôpitaux, a été inférieur à la moyenne des huit derniers jours.

La Salpêtrière seule fait un douloureux contraste avec les autres établissements. Depuis jeudi à minuit, heure à laquelle s'arrêtait notre dernier relevé, jusqu'à hier minuit, le nombre des cas a augmenté dans l'énorme proportion de 121, ce qui porte le chiffre total des cas à 330, sur lesquels 214 se sont terminés par la mort. Aujourd'hui, le 15e de la population a donc été atteint, et un peu plus du 25e a succombé. La maladie continue d'ailleurs à sévir à la fois sur la population valide et sur la population infirme ou caduque.

A Bicêtre, la maladie reste dans des proportions très modérées. Nous n'avons pu nous procurer à temps le nombre exact des cas; mais, d'après des renseignements approximatifs, ce nombre n'est guère que de 15 à 20, dont les deux tiers à peu près se sont terminés d'une manière fatale. C'est la même proportion qu'à la Salpêtrière.

Dans la garnison, l'épidémie suit la même marche que dans le reste de la population et paraît décliner sensiblement. Sept cas nouveaux seulement se sont montrés au Val-de-Grâce depuis vendredi matin, et un seul depuis hier dimanche.

Les établissements que nous avons mentionnés dans notre dernier article comme ayant échappé jusqu'à ce jour à l'épidémie continuent à être préservés.

Voici le résumé général des cas observés dans les divers établissements hospitaliers :

Nombre de cas : 809. — Décès : 456.

Nous n'avons malheureusement aucun progrès à enregistrer dans la thérapeutique. Des deux malades traitées par l'infusion de stachys, l'une paraît en pleine convalescence, chez l'autre le cours des urines s'est rétabli, et il y a une amélioration sensible dans tous les symptômes. Chez le charretier de la Salpêtrière, affecté très gravement, la même infusion a été mise en usage, mais concurremment avec l'opium et l'ammoniaque; cet homme, parvenu aujourd'hui au troisième jour de l'attaque, est en pleine réaction; la chaleur et le cours des urines sont rétablis; on peut espérer une terminaison heureuse, quoique quelques symptômes puissent faire craindre une complication cérébrale, dont on connaît toute la gravité.

Sans donc vouloir rien conclure ni pour ni contre l'efficacité du stachys, sans même concevoir un espoir démesuré, il nous semble que les essais de M. Baillarger suffisent pour encourager des tentatives aussi nombreuses que possible.

Qu'il nous soit permis de dire à ce sujet que les scrupules des médecins qui n'osent se contenter d'administrer une simple infusion dans une maladie aussi grave que le choléra nous semblent fort mal placés. Nous concevrions parfaitement de semblables scrupules si la science possédait contre le choléra des moyens d'une efficacité quelconque si petite fût-elle. Mais, devant une aussi frappante impuissance de la part de notre thérapeutique actuelle, nous ne voyons vraiment pas ce qui pourrait détourner le médecin d'expérimenter d'une manière complète, c'est-à-dire aussi exclusive que possible, un moyen nouveau, même quand ce moyen ne serait qu'une infusion, et qu'il paraîtrait *à priori* devoir être aussi ou plus impuissant que tous les autres.

A priori, on ne voit pas pourquoi une infusion de quinquina (car une simple infusion suffit souvent) guérit une fièvre intermittente pernicieuse dont la gravité vaut bien celle du choléra.

A Saint-Denis, où l'épidémie paraissait éteinte, 12 nouveaux cas se sont développés depuis trois jours dans la garnison. Nous ignorons le nombre des morts.

On lit aujourd'hui dans plusieurs journaux :

« Le bulletin quotidien du choléra a été communiqué » à M. le préfet de la Seine; il y a une notable diminu» tion dans le nombre de cas. Il y a des hôpitaux qui » n'ont plus qu'un seul cholérique, et aucun nouveau » malade n'est entré, dans la journée d'hier, dans les « hospices. »

Si cette note a été communiquée officiellement, comme il est permis de le croire en voyant qu'elle est imprimée dans la plupart journaux, on s'explique difficilement les raisons qui ont pu la dicter. Si c'est pour rassurer la population que de semblables notes sont publiées, il nous semble que l'administration remplit bien mal ses bonnes intentions. Nous l'avons déjà dit bien des fois, et, nous le répétons encore, nous ne concevons pas que dans des circonstances aussi graves l'administration se croie obligée à tenir la population dans l'ignorance de ce qui se passe, et encore mieux à lui en rendre un compte infidèle. Quelle confiance le peuple peut-il avoir dans l'administration qui est chargée de lui donner assistance et dans les personnes même qui lui prodiguent les secours de leur art, lorsqu'il voit cette administration lui cacher la vérité dans un but qu'il peut très bien ne pas toujours comprendre? Nous ne cesserons de le dire, les moyens les plus rassurants dans les circonstances comme celles où nous nous trouvons, c'est de faire connaître chaque jour la véritable situation de la santé publique, et non de publier de faux bulletins, qui ne peuvent que jeter une fâcheuse défiance dans l'esprit de la population.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Leçons cliniques sur le choléra.

Description générale de la maladie.

A en juger d'après les premiers cas de choléra observés dans les hôpitaux et particulièrement à l'Hôtel-Dieu, on aurait pu être porté à croire que cette maladie n'aurait été déterminée que par des causes tout occasionnelles, telles que la misère, des écarts de régime ou des maladies antérieures. Il y a cependant autre chose qu'une simple influence de condition accidentelle, individuelle; il y a évidemment une influence plus générale, en un mot une cause épidémique. Ce qui le prouve, c'est que la maladie s'est développée aussi depuis dans d'autres circonstances que celles que nous venons de mentionner et qu'elle est loin d'avoir atteint jusqu'ici tous les sujets chez lesquels ces causes occasionnelles se rencontrent au plus haut degré d'intensité. L'histoire est là d'ailleurs pour nous apprendre que le choléra a toujours la même origine, le même point de départ et la même marche. Parti du Gange, il a progressivement envahi l'Occident et s'est de proche en proche propagé jusqu'à nous, comme il le fit en 1832.

L'épidémie actuelle n'est d'ailleurs pas comparable par son intensité à celle de 1832. Indépendamment de ce que ses progrès sont beaucoup plus lents et qu'elle n'a frappé jus-

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Assemblée nationale. M. Laussedat et les médecins fonctionnaires; le citoyen Astouin et les médecins sanitaires. — Le *Journal pour Rire* et la *Gazette des Hôpitaux*. Traitement des diverses variétés de clignote.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA *Gazette des Hôpitaux*.

Je ne sais, mon cher confrère, si c'est au choléra que je dois attribuer l'indifférence ou le dédain avec lequel vous avez laissé passer la séance de l'Assemblée nationale de jeudi dernier; dans tous les cas, je ne saurais m'en plaindre, et je suis même disposé à adresser au choléra mes remercîments sincères; car c'est bien ici qu'il convient de rendre un éclatant hommage aux grands orateurs, aux profonds financiers, aux dévoués philanthropes dont les éloquents discours, les puissants raisonnements ont fait introduire de si grandes, de si utiles économies dans le budget de l'Etat.

On a d'abord commencé par les établissements nationaux d'eaux minérales. Leur budget s'élevait à 280,000 fr. Mais la commission, en y regardant de près (parce qu'elle n'y voit pas de loin), a découvert qu'on pouvait réduire ce chiffre de la somme importante de 5,000 fr. ! Elle s'est donc empressée de faire approuver par l'Assemblée sa brillante découverte.

« Permettez, permettez, s'est écrié M. le ministre; vous ne faites pas attention que ces malheureux cinq mille francs forment tous les appointements des médecins inspecteurs, et que si vous les supprimez..... »

« Comment! interrompt M. Laussedat, nous ne faisons pas attention! C'est vous qui ne savez pas sans doute que le titre seul d'inspecteur des eaux minérales procure d'immenses revenus; qu'en vertu de ce titre le médecin exerce un véritable monopole, et qu'ajouter encore à tous les avantages de ce titre des appointements, c'est un abus criant que l'Assemblée ne peut pas tolérer. » Quand le temps viendra, je vous signalerai une foule d'abus semblables; je vous ferai voir que les titres de professeur d'une faculté ou d'une école, de médecin d'hôpital, d'asiles d'aliénés, etc., etc., constituent autant de monopoles qui suffisent et au delà pour indemniser les titulaires de leurs peines, et qu'une bonne administration financière doit supprimer tous les traitements attachés à ces titres. Mais je ne veux pas anticiper sur la discussion d'une autre partie du budget, et je me borne pour le moment à demander la suppression des traitements des médecins inspecteurs. »

« J'appuierai d'autant plus, ajoute M. Flocon, les sages paroles du préopinant, que, si le traitement de ces médecins *usurpateurs* devait être maintenu, je sommerais le citoyen ministre d'exiger qu'ils remplissent leurs engagements; si au contraire le traitement leur est supprimé, ils peuvent continuer à les violer. »

L'Assemblée ne pouvait évidemment résister à de tels arguments, et elle n'y résista pas. Voilà donc cinq mille francs rentrés dans les caisses de la république! Mais ce n'est pas tout.

Après les établissements publics viennent les établissements privés. Les ministres présents avaient pensé comme les ministres passés, qu'il ne serait contraire ni à la morale, ni à la société, d'accorder à ces derniers établissements une subvention de 60,000 francs, afin qu'ils puissent distribuer gratuitement à des malades pauvres une quantité déterminée d'eaux minérales, soit sous forme de bains, soit autrement.

La commission ici n'a point argué d'abus; mais elle a pensé que dans toute république démocratique, même non sociale, tout le monde devait être assez riche pour aller prendre les eaux quand il en était besoin, et en conséquence elle a proposé de supprimer la subvention. Toutefois, sur l'observation de M. Buffet (c'est le ministre des eaux minérales), que la république n'était encore qu'adolescente, et que partant elle ne pouvait produire tous les fruits de l'âge mûr, la commission a admis qu'il pouvait encore exister des pauvres, et elle a réduit ses exigences de moitié.

Mais ce n'est pas tout encore.

Cet excellent M. Buffet (ministre des haras, du commerce et de la médecine) avait osé demander un crédit de 3 millions et demi pour les haras, et de 350,000 fr. pour les établissements sanitaires. Le premier est accordé sans discussion; mais sur le second!

« Halte là! troun de Diou, hagasse! s'écrie le citoyen Astouin, je demanderai au citoyen ministre cé qué fan lei médecins envoyés per estudia la peste d'Orient! »

La forme et le fond de cette apostrophe auraient embarrassé plus d'un ministre; M. Buffet a bien hasardé quelques explications, mais elles n'ont pu détruire l'impression faite sur l'Assemblée par le nouveau Mirabeau en jaquette, et les médecins sanitaires ont été sacrifiés; du moins leur traitement a été supprimé; car il est bien possible que, persuadés par les raisons de M. Laussedat, ils se contentent des revenus et de la gloire que leur titre doit leur procurer. Voilà donc encore 100,000 fr. de rentrés au trésor ou plutôt dans les poches des bureaucrates de Marseille, qui remplacent avec non moins de satisfaction que d'avantage les médecins d'Orient.

Trois échecs n'ont point abattu le courage de M. Buffet : il n'a pas craint de demander un crédit de 500,000 fr. pour prendre certaines mesures contre l'invasion du choléra; l'Assemblée a pensé qu'il fallait une loi spéciale et n'a pas accordé le crédit. Peut-être aurait-elle accordé plus facilement un décret tendant à interdire au choléra l'entrée du territoire français. Ce serait plus simple et moins coûteux.

Vers les six heures, je m'en retournais suivant nonchalamment le chemin des boulevards, lorsque je fus accosté sur le pont de la Concorde par une de mes connaissances :

— Par quel hasard êtes-vous venu à l'Assemblée aujourd'hui?

— Ma foi.... par un hasard auquel vous êtes exposé tout comme un autre à ce qu'il paraît.

— C'est vrai, et je ne m'en plains pas, au moins aujourd'hui. Je vous avoue que je regretterais infiniment de n'avoir pas entendu la vigoureuse dialectique de M. Laussedat. A propos, le connaissez-vous, M. Laussedat?

— Je sais comme tout le monde que c'est un austère démocrate, un.....

— Oh! je ne vous demande pas quelles sont ses opinions politiques. Mais le connaissez-vous comme médecin, car je crois qu'il est médecin?

— Je le connais comme un honorable praticien de Moulins.

— Est-il inspecteur de n'importe quelles eaux?

— Je ne le crois pas.

— Est-il professeur dans quelque Ecole?

— Pas que je sache.

— Aspire-t-il au moins à le devenir?

— D'après la nature complétement négative de ses travaux, on doit croire qu'il borne toute son ambition à être représentant du peuple.

— Tant-pis, tant-pis, tant-pis, trois fois tant-pis.

— Pourquoi cela?

—Parce que, s'il avait été inspecteur de quelque eau minérale ou professeur de quelque Faculté, j'aurais goûté bien davantage encore ses excellents raisonnements.

— Je ne saurais partager votre opinion sur ce point : je pense,

qu'ici qu'un très petit nombre d'individus, nous voyons les autres maladies continuer à se produire comme à l'ordinaire et suivre leur marche habituelle. Il y a sous ce double rapport une très grande différence entre ces deux épidémies. En raison de cette dernière circonstance, quoique la maladie soit en fait tout aussi grave et que le chiffre proportionnel de la mortalité soit à peu près le même, il y a tout lieu d'espérer cependant que nous n'aurons pas à déplorer des effets aussi funestes qu'il y a dix-huit ans.

Ainsi, bien que tout individu déjà malade ou seulement indisposé puisse être considéré comme plus apte que tout autre à contracter le choléra, il ne faudrait pas croire cependant qu'on en sera atteint par cela seul qu'on aura fait un écart de régime, qu'on aura eu un accès de colère ou que l'on aura été exposé à quelque influence débilitante. Dans quelques cas d'ailleurs l'invasion a été tout à fait soudaine. Tel a été le cas de cet artilleur qui a été pris tout à coup, étant en parfaite santé, de coliques vives, d'une faiblesse extrême, de crampes et de vomissements, et qui a succombé après neuf heures seulement de maladie.

En 1832, on a observé assez souvent cette soudaineté dans l'invasion; on a vu plusieurs fois des individus sortis de chez eux bien portants tomber dans la rue frappés d'une attaque presque foudroyante de choléra, et succomber avant qu'on pût leur apporter les premiers secours. Et quand on a dit que le choléra était toujours précédé d'une période de prodromes, cela est inexact. Sans doute, le plus souvent, les choses se passent ainsi: il y a des prodromes qui précèdent de quelques jours l'invasion des symptômes cholériques; mais quelquefois ces prodromes manquent entièrement, les malades sont littéralement sidérés. On ne s'entend pas très bien, d'ailleurs, sur la véritable signification de ces prodromes. Dans un très grand nombre de cas, ce que l'on appelle des prodromes n'est autre chose que des accidents qui prédisposent au développement de la maladie où qui en deviennent la cause occasionnelle, tels qu'une indigestion, une émotion vive de l'âme qui porte le trouble dans les principales fonctions organiques. Quant aux symptômes morbides qui se manifestent spontanément sans le concours d'aucune circonstance déterminante, et qui précèdent de plus ou moins près les phénomènes cholériques proprement dits, on aurait tort, le plus souvent, de les considérer comme des prodromes, car c'est déjà le choléra.

Les premiers phénomènes d'invasion sont d'ailleurs assez variables; elle se manifeste, chez quelques individus, par la sensation d'un poids qui les accable. D'autres accusent une sensation qu'ils comparent à celle que produirait une sorte de réseau ou de filet qui les enserrerait de toutes parts. Dans l'épidémie de 1832, la sensation la plus commune était celle d'une barre qui traversait l'épigastre.

Les symptômes caractéristiques du choléra accusent dès le début un trouble spécial des fonctions digestives, qui s'étend bientôt et se généralise dans toutes les fonctions de l'économie: ce sont d'abord des vomissements et des selles. Les premiers vomissements se composent des matières alimentaires que contenait l'estomac au moment de l'invasion; puis ils deviennent aqueux, blanchâtres, quelquefois laiteux ou lactiformes; tels, en un mot, qu'on n'en voit se produire de semblables dans aucune autre maladie.

Il en est de même des selles; d'abord fécales ou bilieuses, et plus ou moins fétides, elles ne tardent pas à prendre un aspect tout à fait caractéristique, et qu'on ne peut méconnaître quand on l'a constaté une seule fois. La comparaison qu'on en a faite avec de l'eau de riz qui contiendrait des grumeaux de riz très cuit en donne une idée assez exacte. C'est une sorte de sérosité sans odeur fécale, le plus souvent tout à fait inodore, ou d'une odeur fade que l'on pourrait comparer tout au plus à celle du beurre un peu rance.

Les malades n'urinent pas. Ce n'est pas que rien les en empêche; mais la sécrétion urinaire ne se fait plus; ce qui se comprend d'ailleurs très bien, vu l'extrême abondance des excrétions gastro-intestinales. Cette absence d'urines est un des phénomènes les plus remarquables et les plus constants, même dans les cas les plus bénins.

Des crampes très douloureuses se font sentir dans diverses parties du corps, revenant de cinq en cinq minutes, quelquefois même à des intervalles plus rapprochés, mais rarement d'une manière continue. Ces crampes ne sont pas seulement bornées aux membres, elles ont lieu souvent aussi dans les parois abdominales et thoraciques, et quelquefois même au diaphragme. Dans quelques circonstances les crampes amènent une immobilité complète des membres; d'autres fois elles sont accompagnées de mouvements convulsifs cloniques; il n'est pas même très rare de voir ces crampes s'étendre jusqu'aux muscles des mâchoires, et prendre l'aspect tétanique. C'est cependant une des formes les plus inaccoutumées.

En même temps que se manifestent ces vomissements et ces selles caractéristiques, ces crampes et ces mouvements convulsifs, il survient un changement rapide dans la physionomie des malades. La coloration de la peau change, elle devient bleue, la figure, les mains et les pieds sont cyanosés; cette teinte s'observe même quelquefois sur toute la surface du corps. Cette teinte cyanique de la peau indique un trouble considérable dans la circulation et dans la respiration. Les veines superficielles se vident et s'effacent, les artères cessent de battre, les battement du cœur s'affaiblissent.

Un phénomène très important, c'est la diminution du volume du corps. Le corps fond littéralement, par suite d'une véritable colliquation. Cet amaigrissement subit est surtout remarquable à la face, les yeux s'excavent en quelques instants. Il n'est pas d'autre maladie où l'on voie survenir un amaigrissement aussi rapide. Ce qui ne surviendrait dans une fièvre typhoïde qu'au bout de quelques semaines a lieu dans le choléra en quelques jours, quelquefois même en quelques heures.

Un autre phénomène non moins curieux et également caractéristique de l'affection qui nous occupe est l'altération de la voix. La voix devient tout à coup faible, cassée et comme sépulcrale. Ce phénomène est constant, même dans les cas les moins graves.

Les changements qui surviennent dans la calorification sont tout aussi extraordinaires. Les malades sont pris d'un froid intense. Ce n'est pas ce froid accompagné de frissons qui marque le début de la pneumonie et de la plupart des maladies aiguës. Ce n'est pas une simple sensation de froid qui serait perçue par les malades; car tout au contraire, pendant que la température de leur corps est presque glacée, ils accusent souvent un sentiment de chaleur et même de brûlure intérieure qui les porte à se découvrir et à se débarrasser de leurs couvertures. Ce froid est presque toujours accompagné d'une sueur gluante, visqueuse, plus ou moins abondante.

La respiration n'est pas constamment, mais souvent troublée chez les cholériques. C'est une gêne de la respiration qui a sa cause au dedans, et qui est indépendante de celle qui peut résulter des crampes des parois thoraciques.

Enfin, et comme dernier caractère, la peau semble avoir perdu son ressort; lorsqu'on y fait un pli, elle ne revient que très lentement et incomplétement sur elle-même, et conserve longtemps la trace du pli.

Telle est la physionomie générale du choléra; tels sont les symptômes qui caractérisent plus spécialement cette maladie. Cependant ces symptômes ne sont pas tous tellement constants et si invariablement semblables dans tous les cas, qu'on ne puisse distinguer dans le cours d'une épidémie des formes et des expressions diverses qui exigent une description à part. Ce sera l'objet de la prochaine leçon.

HÔPITAL DE LA PITIÉ.

Leçons cliniques de M. Gendrin sur le choléra;

Recueillies par M. RIPOLL, interne des hôpitaux, et revues par le professeur.

(Suite du précédent numéro.)

Anatomie pathologique. — Si la mort a été rapide, on trouve tous les tissus glutineux au toucher, pénétrés d'une matière collante; les tissus de teinte blanchâtre conservent leur couleur naturelle; mais les tissus perméables, tels que les extrémités des os, sont tellement infiltrés de sang, qu'on dirait qu'ils sont macérés dans ce liquide. Les membranes séreuses sont visqueuses, collantes aux doigts. Dans le tube intestinal on trouve une matière aqueuse tenant en suspension des grumeaux blancs, semblables, en un mot, à celle qui constituait le flux pendant la vie. La muqueuse du tube digestif présente son système vasculaire congestionné par un sang coagulé, se laissant déplacer par la pression, ne persistant pas comme dans l'inflammation, de façon qu'après avoir ainsi vidé les vaisseaux la muqueuse reprend une coloration normale. La surface interne de l'intestin est parsemée de petits corps blancs de la grosseur d'un grain de millet répandus dans quelques cas en si grand nombre, qu'on dirait qu'ils ont été jetés à poignée; ce sont les follicules mucipares qui sont distendus par du mucus contenu dans leur cavité. En frottant la membrane muqueuse entre les doigts, on fait disparaître ces petits corps qui ne reparaissent plus; en même temps on voit s'écouler le mucus.

Mais les sujets qui ont succombé au bout de douze ou vingt-quatre heures ne présentent plus ces phénomènes. Les cryptes sont revenus sur eux-mêmes.

Chez les sujets qui succombent plus tard encore, dans la métastase comateuse, par exemple, on trouve un sang gélatineux dans tous les sinus, les gros vaisseaux, le cœur.

Les bassinets, les reins, la vessie, sont vides.

Dans les métastases inflammatoires on trouve les traces des phlogoses érythémoïdes ou crypteuses. On voit alors dans le tube intestinal des plaques gaufrées comme dans le typhus, ou bien les cryptes mucipares sont tuméfiés, arrondis; leur base est rouge; il y a eu évidemment une inflammation; quelquefois on trouve dans leurs intervalles des taches érythémoïdes brunes.

Les altérations des liquides ont occupé beaucoup de médecins. Sans donner aux analyses chimiques beaucoup d'importance, il faut les signaler, parce qu'elles sont en rapport avec les phénomènes observées sur les liquides dans cette maladie.

Le sang, à la première période, coule comme à l'état ordinaire; mais il ne donne pas ou presque pas de coagulum; il s'oxyde très inégalement par plaques, de façon à donner au sang un aspect marbré.

Dans la période cyanique, le sang tiré des veines est visqueux; le sérum ne s'en sépare pas; il reste comme un magma très friable et ne s'oxyde plus.

Dans la période asphyxique, on ne peut plus avoir de sang. La veine étant coupée transversalement, si l'on opère avec les doigts des frottements sur les veines dans le sens du cours du sang, on n'obtient qu'une matière rougeâtre qui coule en bavant, gélatineuse, non coagulable, non oxidable. C'est un pot de gelée de groseilles que l'on a renversé dans la palette.

Si le cyanose peut être vaincue, à mesure que les forces se relèverait, la viscosité du sang diminuera, mais l'oxydation ne se rétablira pas.

Dans la période réactionnelle, vous aurez du sang qui s'écoulera de plus en plus facilement. C'est ainsi que vous verrez une saignée commencée en bavant se terminer en jet. Le

---

au contraire, que, si M. Laussedat avait possédé un des titres dont vous parlez, la calomnie n'aurait pas manqué de dire qu'il n'avait ainsi parlé que pour faire parade de vertu, afin de séduire les électeurs, etc; au lieu que, dans la position qu'il occupe, on ne peut pas lui faire ce reproche, et la force de ses raisonnements ne peut être atténuée par aucune considération extrinsèque.

— Ah! mon Dieu, mon cher, je ne vous savais pas proudhoniste, car il n'y a qu'un disciple de Proudhon ou Proudhon lui-même pour tenir un pareil langage. Adieu!

— Comment? qu'entendez-vous par ces paroles?

Mon honorable interlocuteur fut sourd à mes questions, et s'enfuit à toutes jambes, comme s'il avait approché un pestiféré ou marché sur la queue d'un serpent à sonnettes.

La brusquerie d'un pareil adieu ne laissa pas que de me contrarier. Quoique je ne sois pas très intime avec M. N..., je n'étais que médiocrement flatté de l'opinion qu'il se faisait de mes doctrines; mais ayant appris à supporter en patience tous les maux de la vie (et ils ne sont pas rares pour un feuilletoniste), je pris bientôt mon parti de cette légère contrariété. Pour achever d'y faire diversion, je me permis le luxe d'un numéro du *Journal pour Rire*.

Bien m'en a pris, ma foi! Je vous donne à deviner en cent ce qui a d'abord frappé mes regards dans le *Journal pour Rire*... Pour ne pas vous faire languir en vain, je vous dirai tout de suite que c'est une dissertation en règle sur la *clignote* (1), en grande partie à l'adresse de la *Gazette des Hôpitaux*. Je dois avouer que je fus flatté d'abord de tenir en quelque chose à un journal honoré d'une mention dans le *Journal pour Rire*; je le fus bien davantage lorsque la renommée vint m'apprendre que la dissertation susdite était de M. J. J. Diable! M. J. J. ne taille pas sa plume pour tout le monde. Une politesse en vaut une autre, me dis-je à moi-même: dans mon prochain *Courrier*, je parlerai du *Journal pour Rire*. Aussi bien ai-je à payer une dette de la *Gazette*, puisque le *Journal pour Rire* a fait connaître à cette dernière le traitement de la clignote qu'elle ignorait, et même plusieurs variétés de clignote dont elle n'avait point parlé. Mais avant tout, voici les traitements préconisés par le *Journal pour Rire*, soit contre la clignote du Guipuzcoa, soit contre d'autres clignotes.

« Contre la clignote du Guipuzcoa:

» *Recipe*: un bon verre de vin de Bordeaux-1834, deux côtelettes au naturel, des œufs brouillés aux truffes, des asperges et une tasse de café à la crême: traitement du matin. — Le traitement du reste de la journée, à six heures du soir, doit être absolument analogue à celui de onze heures du matin.

» Recipe, *pour les dames*: Rien ne guérit une belle dame de la *clignote*, c'est-à-dire de l'art de clignoter, comme une belle robe en velours dans l'arrière-saison, un beau chapeau neuf au printemps, une calèche pour se promener au bois, un beau cheval de course, de belles dentelles, de riches bijoux. — Nous connaissons une jeune malade qui a été guérie d'un clignotage envahissant par une loge d'avant-scène, à la représentation au bénéfice de mademoiselle Anaïs!

» Comme anticlignotants, nous recommandons aussi le voyage, la maison de campagne, les eaux de Spa et ses fêtes brillantes, la vie de château. — Le mariage, pour les filles à marier, est un *anticlignotant* que nous ne saurions trop recommander. — Un héritage fait à propos est aussi un anticlignotant qui ne serait pas à dédaigner; mais les héritages et les oncles californiens sont bien rares de ce temps-ci! »

Nous n'avons qu'à applaudir aux doctrines pathologiques et thérapeutiques du *Journal pour Rire*. Nous demandons à les compléter en les généralisant. Pour cela, nous diviserons les clignotes en quatre classes principales:

1° Une clignote qui affecte principalement le corps, comme la clignote du Guipuzcoa. — Contre cette clignote, nous adoptons volontiers, selon nos moyens, et jusqu'à plus ample informé, le traitement préconisé par notre nouveau confrère du *Journal pour Rire*.

2° La clignote des filles à marier et des femmes incomprises, qui affecte principalement le cœur. — Contre cette clignote, nous adoptons encore la thérapeutique de notre honorable confrère.

3° Une clignote qui fait trouver légers, fins, piquants, comiques, des écrits ou des discours qui ne sont que lourds, empesés, somnifères. Cette clignote affecte principalement le cerveau. — Pour la guérir, nous conseillons l'usage du hachisch, et surtout le repos de l'organe malade, c'est-à-dire une diète sévère d'encre et de plumes.

4° Enfin, une clignote qui affecte d'une manière singulière, qui transpose la situation des objets, et produit des illusions telles, qu'en allant de Gênes à Lucques, par exemple, on voit les montagnes à droite et la mer à gauche. — On guérit parfaitement cette clignote en lisant Vosgien ou en mettant des lunettes.

(1) Maladie épidémique qu'un voyageur venant d'Espagne nous a dit exister dans les montagnes du Guipuzcoa.

Par décision du 15 mars:

M. Dusseuil, chirurgien aide-major au 4e d'artillerie, passe au 7e, mais reste détaché à la brigade de Marseille.

M. Le Coynet, chirurgien aide-major au 7e d'artillerie, passe au 4e.

M. Lacauchie, chirurgien-major à l'hôpital militaire de Popincourt, à Paris, en remplacement de M. Négrin, admis à la retraite.

M. Guerre, chirurgien-major à l'hôpital militaire de Valenciennes, en remplacement de M. Bertrand, admis à la retraite.

M. Ballard, chirurgien-major à l'hôpital militaire de Besançon, en remplacement de M. Chambolle, nommé à la 1re classe.

M. Tahoureau, chirurgien aide-major au 7e léger, est nommé médecin adjoint à l'hôpital de Toulon.

M. Durand, chirurgien aide-major aux zouaves, est nommé médecin adjoint aux ambulances de l'Algérie.

Lasserre, chirurgien aide-major au 26e de ligne, est nommé médecin adjoint à l'hôpital de Toulouse.

M. Ranquet, chirurgien aide-major au 42e de ligne, passe aux zouaves.

M. Eon, chirurgien aide-major au 11e de ligne, passe au 24e de ligne.

M. Laferon, chirurgien aide-major commissionné au 43e de ligne, passe au 11e de ligne.

M. Godefroy, chirurgien aide-major commissionné au 24e de ligne, passe au 43e de ligne.

(*Moniteur de l'Armée.*)

— On nous écrit de Châteaugontier (Mayenne) qu'une source d'eaux minérales située aux portes de la ville, dont les qualités ont beaucoup d'analogie avec les eaux de Vichy, est en ce moment l'objet de travaux importants.

L'établissement qu'on y forme doit être prêt pour le mois de mai prochain.

sérum y existera en assez grande quantité et s'en séparera. Dans quelques cas même vous verrez le caillot devenir couenneux, tout comme dans les maladies inflammatoires. La sérosité de ce sang cependant n'est pas normale; elle contient moins d'albumine; elle reste mélangée, malaxée avec la fibrine et la matière colorante, et ne s'en sépare plus. Quelquefois cette matière albumineuse est plus diffluente, se concrète difficilement.

Sans entrer plus loin dans l'analyse de ce sang, il est évident qu'il a perdu une grande proportion de ses parties liquides; il coule plus difficilement; il obstrue les vaisseaux; les veines sont bouchées; les sinus et leurs confluents sont pleins d'un sang gélatineux. Sous les membranes séreuses on trouve des réseaux vasculaires noirâtres, dus à cette matière gélatineuse agglomérée dans les vaisseaux.

Avant d'aller plus loin dans l'étude de la maladie, il est important que votre attention soit un instant fixée, afin que vous vous rendiez bien compte de tout ce qui se passe.

Physiologiquement, les cryptes de l'intestin sécrètent du mucus; placés dans des conditions pathologiques particulières, leur sécrétion est exagérée, au point que chaque crypte devient un pore par où s'écoule une grande quantité de liquide dont la sécrétion est puisée dans l'organisme; une quantité considérable de son élément liquide est à chaque instant enlevée au sang; il ne tarde pas à en être complétement privé, et le malade s'épuise comme il serait épuisé par une hémorrhagie ou une sueur colliquative. Par suite de cette altération du sang, tous les organes qui reçoivent leur excitation de l'appareil de la circulation cessent de la recevoir; les vaisseaux capillaires s'engorgent parce que le sang est épaissi et son impulsion diminuée. Les sécrétions qui se font à l'état physiologique dans tous les organes sont conséquemment inévitablement taries, et par suite la sécrétion morbide ellemême trouve une fin, ainsi qu'on l'observe aux périodes cyanique et asphyxique.

La répartition de ce sang imparfait supprime non-seulement les sécrétions, mais aussi la nutrition. La circulation qui se ralentit, la respiration qui se rétrécit, l'affaissement des tissus, la diminution de la chaleur, la coloration des tissus, tout cela s'explique donc par cette sécrétion colliquative des cryptes mucipares.

Mais l'organisme reprend le dessus: le malade peut digérer des boissons et les absorber; le sang redevient liquide, la circulation plus active; et alors tous les organes, qui ont été privés depuis quelque temps de leur excitant naturel, se trouvent dans un état d'éréthisme tel, que la nouvelle impression de cet excitant leur sera plus sensible: c'est comme un individu qui, longtemps privé de lumière, ne peut plus la supporter sans douleur quand elle lui est rendue. Alors une fièvre de réaction s'établit; mais elle ne fournit pas à l'organisme les moyens de reprendre immédiatement ses fonctions: de là l'origine des stases sanguines dans divers organes qui deviennent le point de départ des métastases inflammatoires.

Ainsi donc, tous les phénomènes, tous les accidents peuvent se grouper facilement autour de cette lésion primordiale, le trouble de la sécrétion abdominale, surtout si l'on a égard à l'étendue de la surface de l'intestin.

CAUSES. — La cause spéciale du choléra épidémique est inconnue complétement dans sa nature; les efforts que l'on a faits pour la rechercher ne laissent pourtant pas de doute qu'il y a un principe qui a son siége dans l'atmosphère, principe qui se répand sur des populations entières, et d'un lieu à un autre, sans autre moyen de transport que les courants d'air.

On a donc été porté à rechercher dans l'atmosphère quel pouvait être le principe sceptique qui y était renfermé, et l'on a fait l'analyse de l'air. Dans l'Inde, en Europe, partout les recherches n'ont amené aucun résultat. Je ne parle pas de l'hypothèse des insectes chassés d'un lieu à un autre par les courants atmosphériques, parce qu'on la retrouve dans l'histoire de toutes les épidémies. Il faut donc se résigner à avouer que la cause du choléra est méconnue dans sa nature.

Mais si l'on ignore la nature de la cause du choléra, comme celle de toutes les maladies épidémiques qui ne doivent pas leur existence à la succession des saisons, nous pouvons indiquer quelles sont les circonstances qui peuvent influencer la marche, le mode d'invasion du choléra.

En 1817, cette maladie apparut dans l'Inde, et principalement dans le Delta, situé sur les bords du Gange; elle partit de là, parcourant de l'est à l'ouest toute la surface du globe. Sa marche, dans ses migrations, est semblable à cette grande épidémie catarrhale qui, partie du Katel, a parcouru toute l'Europe. Cette grande épidémie, qui a été le point de départ des épidémies d'*influenza*, donne lieu de penser que les maladies épidémiques persistent dans les régions où elles se sont montrées, pour s'y remontrer à des époques plus ou moins éloignées, ainsi qu'on l'observe pour la suette, etc.

On peut donc craindre, par analogie, que le choléra, ayant parcouru une fois l'Europe, ne revienne, à des intervalles plus ou moins rapprochés, dans les lieux où il s'est déjà montré; et cela semble d'autant plus vrai que, depuis 1832, l'on a, dans l'intervalle des deux épidémies, observé souvent des cas de choléra sporadique.

Quand il est ainsi transporté d'un lieu à un autre, le choléra présente dans son développement des différences se rapportant aux localités: ainsi, il a toujours été plus violent dans les lieux rapprochés des cours d'eau. On a observé ce fait à Paris et partout où le choléra s'est montré: ainsi, il résulte de statistiques faites en 1832, que la mortalité sur les bords de la Seine fut de 1 sur 37 habitants; tandis que dans les quartiers éloignés de la Seine, la mortalité ne fut que de 1 sur 176. Cette grande différence dans les deux proportions ne permit pas d'admettre des erreurs; il y a là une influence évidente. A Londres, en 1832, la maladie fut confinée sur les bords de la Tamise, et encore aujourd'hui on ne l'observe guère que dans les quartiers contigus à ce fleuve.

De là cette conséquence, que les habitants des vallées et des bords des cours d'eau trouvent, dans cette circonstance, une cause occasionnelle du développement de la maladie pendant l'épidémie régnante.

Dans les lieux élevés, on n'observe pas d'habitude le choléra. Ainsi, à Paris, en 1832, il n'est pas arrivé sur la montagne Saint-Germain, quoiqu'il régnât autour dans les lieux bas qui l'environnent. Mais quand les lieux élevés sont voisins des cours d'eau sur les bords desquels les habitants, pour leurs occupations, passent une grande partie de la journée et ne rentrent chez eux que le soir, le choléra n'y sévit pas moins qu'ailleurs. A Paris, pour cette raison, le choléra s'est étendu, en 1832, à une partie élevée de la ville de Chaillot.

Maintenant il y a des exceptions qu'il est difficile de préciser; ainsi, Lyon est très favorablement situé pour le développement du choléra: les rues y sont étroites et tortueuses, les maisons hautes; les ouvriers qui l'habitent en grand nombre vivent dans des conditions hygiéniques mauvaises; la ville est resserrée entre deux rivières; et pourtant, en 1832, on n'y vit pas de choléra.

Quelques parties de l'Europe ont été ainsi préservées en 1832, on ne sait trop pourquoi.

Je cite ces exceptions, parce qu'on les retrouve dans toutes les épidémies de choléra, et qu'elles sont aussi peu explicables que les exceptions observées dans toutes les autres épidémies.

Quelquefois on voit certaines villes ou portions de villes où la maladie ne se développe pas, et tout à coup d'autres fois, alors que la maladie quitte les lieux où elle sévissait, on la voit éclater dans les lieux que l'on avait pu penser en être préservés.

Il faut donc dire que, si les localités exercent une influence sur le développement du choléra, il y a sous ce rapport des exceptions nombreuses, qui peuvent être constatées par l'observation, mais non le plus souvent expliquées.

Ainsi, à cette grande inconnue de la nature de la cause, vous joindrez une autre inconnue, les circonstances variables qui peuvent faire développer la maladie.

Maintenant, il est des circonstances individuelles qui exercent également une influence évidente sur le développement de la maladie: ainsi, une mauvaise hygiène, la malpropreté, les habitations malsaines, mal aérées, l'habitude des excès, la misère, la mauvaise alimentation, l'habitude des troubles digestifs, tels que les diarrhées, les dysenteries, les coliques, les embarras gastriques, tous ces états morbides peuvent prédisposer au choléra.

Mais l'intervention de ces prédispositions individuelles n'est pas indispensable pour que le choléra frappe dans une grande proportion. En 1832, la maladie sévit dans le faubourg Saint-Germain, où cependant les rues sont vastes; mais elles sont voisines de la Seine, et cette partie de la ville est bâtie sur des terres végétales, au-dessus d'un cours d'eau qui, à certaines époques de l'année, remplit les caves de son inondation. A ces causes on peut attribuer la fréquence de la maladie dans cette partie de la ville, car les habitants y sont riches et peuvent par conséquent se procurer tous les moyens hygiéniques convenables. Ainsi, s'il faut reconnaître une grande influence aux causes hygiéniques, il faut aussi reconnaître que les localités ont une influence telle qu'elles annihilent en quelque sorte l'influence des moyens hygiéniques et des états physiologiques individuels qui sont considérés comme pouvant préserver de cette maladie.

Diagnostic. — Il est facile à établir: il suffit d'avoir vu la maladie un petit nombre de fois pour ne pas la méconnaître. Il se tire de ce phénomène caractéristique fondamental: l'excrétion séro-muqueuse du tube intestinal, ressemblant à une décoction de riz dans laquelle nagent des flocons blancs. Cette excrétion, coïncidant avec le ralentissement de la circulation et l'affaissement des formes qui se produisent en même temps, constitue un élément suffisant pour baser le diagnostic.

Les diarrhées séreuses très intenses ne peuvent être distinguées du choléra que quand elles sont très modérées, et alors elles se montrent avec des douleurs tormineuses; l'excrétion a une coloration bilieuse et n'amène pas de collapsus consécutif comme dans le choléra; c'est ce qu'on appelle la cholérine.

Mais le plus important n'est pas de reconnaître le choléra, c'est d'établir le diagnostic des périodes de la maladie, parce qu'il y a des modifications à apporter dans le traitement suivant les périodes.

Aussi longtemps que l'excrétion dure, la circulation se ralentit, le froid augmente, le malade maigrit, la maladie s'accroît.

Si ce ralentissement de la circulation augmente, si les forces baissent, lors même que vous ne verriez pas d'excrétion, croyez à une rétention de l'excrétion dans l'abdomen; vous apprécierez alors l'intensité de la maladie par le degré de ralentissement de la circulation, et bientôt le ramollissement de la peau, l'état de la corrugation des doigts, tout cela vous avertira que vous entrez dans la seconde période.

Après cela, l'étendue de la cyanose, le degré de la mollesse des tissus et des corrugations des doigts, le degré d'affaissement des formes marquent dans quelle étendue la circulation est supprimée.

La troisième période sera reconnue lorsque, avec la teinte cyanosée, il n'y aura plus de circulation, qu'une sueur visqueuse mouillera le malade, que la respiration sera devenue anxieuse, que le pouls ne sera plus sensible, que les battements du cœur le seront à peine, ou bien que, la teinte cyanique ayant disparu, une sueur visqueuse couvrira les tempes, que le malade, en un mot, sera dans cet état qui le rend semblable à un cadavre commencé.

Relativement au diagnostic comparatif, il y a à signaler un état pathologique dans lequel on observe la mollesse pâteuse de la peau où l'on voit une sueur visqueuse s'établir; c'est la péritonite intense portée au plus haut degré, ou un valvulus, ou un étranglement herniaire, une perforation, etc. Mais la tension de l'abdomen, le point de départ de l'affection, suffisent pour mettre sur la voie.

Pronostic. — Il se devine par tout ce qui a été dit précédemment, et doit être pris à deux points de vue:

1° D'une manière générale, relativement aux masses d'individus affectés;

2° Relativement à chaque individu en particulier.

Sous le premier point de vue, il est très fâcheux.

Partout où le choléra a régné, les statistiques montrent que la moitié des sujets affectés ont succombé. Pour apprécier cette mortalité, il faut tenir compte de la rapidité de la marche de la maladie et de la lenteur des secours au commencement de l'épidémie. Ainsi, au début, d'un côté, elle sévit avec plus de force, comme toute épidémie; et, d'un autre côté, les malades ne comptent pas assez sur les secours, ou bien n'en apprécient pas la valeur. A cette époque, il doit donc y avoir une plus grande proportion de morts. Plus tard, cette proportion diminue; d'abord les cas sont moins graves, puis les malades en plus grand nombre réclament des soins. Si l'on fait la somme des morts à la fin de l'épidémie, il y a balance, et on a pour résultat définitif une mortalité de 1 sur 2.

Si vous rapportez le pronostic à la forme de la maladie, vous aurez d'autres données; aussi la totalité des malades arrivés à la période asphyxique succombent. A son passage de la période cyanique à la période asphyxique, la maladie enlève les deux tiers des sujets; pendant la période phlegmorrhagique et pendant le passage de celle-ci à la période cyanique, le quart; au début, pas un dixième.

Il y a à tirer de là cette conséquence, qu'il est important temps de donner des soins aux malades dès le début de la maladie.

Le pronostic variera quand on se placera au second point de vue; ainsi, on puisera des données différentes dans l'état antérieur du sujet et dans l'intensité de la maladie ellemême.

Si elle s'attaque à des sujets atteints d'affections antérieures, le plus grand nombre succombent.

Chez les sujets à constitution débilitée, à circulation languissante, blêmes, lymphatiques, le pronostic est plus grave que dans les conditions opposées, par la même raison que précédemment.

Suivant les âges, le pronostic est variable. La maladie frappe les enfants à la mamelle comme les vieillards. Chez les enfants, elle est rapidement mortelle; on peut considérer, chez eux, la guérison comme une exception. Cela se comprend par l'aspect de l'état physiologique des organes chez les enfants; la circulation du tube digestif est très active chez ces sujets. On conçoit dès lors que, par une surface pourvue de capillaires en excès, les déperditions sont faciles et abondantes; puis, chez les enfants, les causes débilitantes agissent avec plus d'activité qu'à un âge plus avancé. Chez les vieillards il en est de même, la circulation est décroissante, comme la respiration, par les conditions physiologiques de l'âge. Il est donc facile de comprendre que l'issue de la maladie soit plus souvent funeste que chez les adultes.

Pendant la marche de la maladie, il est des phénomènes dont l'apparition ou l'absence peuvent éclairer le diagnostic. Si les urines ne sont pas supprimées, si la phlegmorrhagie est peu abondante, le pronostic est donc peu grave. S'il y a de la réaction et pas d'urine, ne comptez pas sur cette réaction, elle n'est qu'imparfaite; le malade mourra souvent à cette période de réaction, succombant au coma. D'une manière générale, les signes qui montrent que la réaction est imparfaite, et notamment la persistance de la suppression des urines, annoncent une terminaison funeste. Un mouvement fébrile pendant la réaction est d'un fâcheux pronostic; car il est d'ordinaire précurseur d'une métastase inflammatoire vers un organe important.

Il est des signes en sens inverse: quand la peau est un peu injectée, couverte d'une diaphorèse chaude, facile; quand l'haleine est humide, la langue chaude, le pouls large, les urines abondantes, tout cela annonce un bon résultat de la médication.

La diarrhée persistante pendant la période de réaction n'est pas un mauvais signe; les matières sécrétées et le mucus s'accumulent dans le tube intestinal pendant le cours de la maladie; il y a un embarras gastrique qui persiste pendant que tout annonce le mieux. Il ne faut pas se hâter de supprimer cette diarrhée, de peur de provoquer une inflammation métastatique.

Si la circulation est large, la respiration facile; si la peau fonctionne bien, il y a là des éléments suffisants pour établir un pronostic heureux.

Il y a des éléments de pronostic qui ne peuvent être puisés que dans certaines conditions individuelles; des éléments qui sont liés à des particularités de la marche de la maladie chez certains individus. Ainsi, par exemple, si vous voyez survenir des évacuations dysentériques, bilieuses, tormineuses, vous pouvez être certain que le malade guérira; car cela annonce que le mode de sécrétion du tube intestinal est changé.

(*La fin à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 21 mars 1849. — Présidence de M. CULLERIER.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. VIDAL remercie la Société, au nom de M. Goyrand (d'Aix), pour l'envoi qui lui a été fait du premier volume des Mémoires.

— M. J. ROUX, membre correspondant, communique à la Société un exemple d'inflammation grave de la gaîne tendineuse du doigt indicateur. Un ouvrier tailleur de pierre attribuait à une contusion par un éclat de métal un gonflement et une douleur vive qu'il éprouvait depuis quelques jours dans le doigt indicateur de la main droite; une incision pratiquée sur la face dorsale de ce doigt donna issue à une quantité no-

table de pus. Néanmoins, l'inflammation se propagea à la main et à l'avant-bras; des symptômes généraux graves et surtout de la fièvre, des vomissements, une grande prostration ne tardèrent pas à se manifester. M. Roux s'est décidé alors à pratiquer l'amputation dans l'articulation métacarpo-phalangienne, c'est-à-dire dans la continuité du mal; il a ensuite appliqué du chloroforme sur la plaie, qui, pendant trois jours, n'a été le siége d'aucune douleur. En examinant le doigt, on a trouvé que la gaîne synoviale des tendons fléchisseurs était fortement enflammée, que les tendons étaient ramollis, dissociés et commençaient à s'engager par une ouverture située au niveau de la phalangette. Au bout de quelques jours, l'inflammation persistant à la main et à l'avant-bras, une injection de teinture d'iode a pu être faite par la plaie. Je n'ai point trouvé dans les auteurs, dit M. Jules Roux, d'observation semblable à celle-là, si ce n'est dans le *Compendium de chirurgie pratique*, où M. Denonvilliers rapporte un fait exactement semblable, qui a nécessité l'amputation de l'avant-bras et s'est terminé par la mort. Je ferai d'ailleurs remarquer que je me suis déterminé à l'amputation du doigt, parce que la perte de ses tendons était imminente, et que la plaie résultant de cette opération permettait l'écoulement du pus et ouvrait une voie pour les injections.

M. Robert. Les faits du genre de celui que vient de nous communiquer M. Jules Roux ne sont pas rares; peut-être n'ont-ils pas été publiés tous; mais je suis certain, pour ma part, d'en avoir observé quelques exemples. Je prierai en outre M. J. Roux de nous donner des renseignements sur l'application locale du chloroforme; ne craint-il pas que cette application empêche la réunion immédiate?

M. J. Roux. Je ne crois pas que l'on ait vu souvent, à la suite des panaris ordinaires, des accidents généraux semblables à ceux qui sont arrivés chez mon malade, et à ceux que M. Denonvilliers a observés sur le sien. C'est sous ce rapport que le fait m'a paru digne d'attention. Quant à la question que m'adresse M. Robert sur l'application locale du chloroforme, j'y répondrai en faisant connaître un fait qui n'est pas encore acquis à la science: le chloroforme appliqué sur la peau est irritant; mais appliqué sur une plaie, il est sédatif. Sans doute, cette différence tient à ce que l'épiderme est une barrière qui empêche le chloroforme d'anéantir les filets nerveux; sur une plaie, au contraire, le chloroforme détruit la sensibilité des nerfs avec lesquels il est mis en contact immédiat. Quelle que soit au reste la théorie, le fait n'en reste pas moins exact. J'ai employé ce moyen à la suite de plusieurs amputations, et en particulier à la suite d'une désarticulation de la cuisse; les malades n'ont pas souffert, et l'inflammation consécutive n'a pas été plus forte que dans les cas ordinaires. J'entends demander comment j'applique le chloroforme. Si la disposition de la plaie le permet, je verse une certaine quantité de ce liquide, et je le maintiens pendant un quart d'heure en rapprochant les lambeaux ou les parties molles par-dessus le liquide; si la disposition des parties ne permet pas d'agir ainsi, je tiens sur la plaie une éponge imbibée de chloroforme, ou je passe sur elle à diverses reprises un pinceau trempé dans le liquide.

M. Nélaton. Nous avons tous vu des inflammations de gaînes tendineuses; pour ma part, j'ai rencontré celle de la gaîne des fléchisseurs des doigts, du jambier postérieur, des péroniens latéraux. J'ai eu, par exemple, en même temps, à l'hôpital des Cliniques, deux malades qui confirmaient un fait anatomique établi par M. Maslieurat: Un homme s'était ouvert la gaîne du pouce; l'inflammation s'était propagée à la main et à la gaîne du petit doigt. Une jeune fille s'était piqué le petit doigt; l'inflammation se propagea au pouce. Dans les cas dont j'ai été témoin, je n'ai jamais observé les accidents graves dont nous a parlé M. J. Roux. Des vésicatoires ont été appliqués, et les malades ont très bien guéri.

M. Huguier. Aux quatre espèces de panaris indiquées par tous les auteurs, j'en ajoute une cinquième, c'est celle dans laquelle l'inflammation commence par une des articulations phalangiennes; il s'y fait un épanchement qui s'ouvre ensuite dans la gaîne synoviale et l'enflamme. Je suis disposé à croire que la maladie a marché de cette manière chez le malade de M. J. Roux.

— M. Vidal (de Cassis) lit un travail intitulé: *Le sarcocèle syphilitique, ses effets sur le testicule et la virilité.* Ce travail est renvoyé au comité de publication.

— M. Chassaignac lit un rapport sur le travail de M. H. Larrey, relatif à une observation de tumeur fibreuse du sein. Les conclusions de ce rapport sont:

1° D'envoyer le travail de M. Larrey au comité de publication;

2° D'admettre M. Larrey au nombre des membres de la Société.

M. Nélaton. Je ne puis laisser passer cette allégation du rapporteur, que le fait de M. Larrey est le premier exemple de tumeur fibreuse de la mamelle observé depuis la discussion de l'Académie de médecine. J'en ai vu, pour ma part, deux exemples, et l'un d'eux a été communiqué à la Société de chirurgie. J'ai même développé à cette occasion les moyens de diagnostic entre ces tumeurs et les squirrhes; ces moyens sont la lenteur de la marche des tumeurs fibreuses, le volume considérable qu'elles acquièrent, leur défaut d'adhérence à la peau et l'absence d'engorgements ganglionnaires.

—M. Lenoir. Je n'accepte pas ce que vient de dire M. Nélaton de la marche lente des tumeurs fibreuses. J'ai été consulté pour une jeune fille qui portait une tumeur très petite; on voulait savoir s'il n'y avait pas d'inconvénients à la marier; je répondis que je n'en voyais aucun. Au bout d'un an, elle devint enceinte; le mal prit alors un accroissement considérable, si bien que, deux ans après le mariage, je fis l'ablation de cette tumeur, qui pesait quatre livres. La peau, distendue, s'était ouverte, et présentait une ulcération; il n'y avait d'ailleurs pas de ganglions engagés. L'examen de la tumeur à l'œil nu et au microscope n'a pas laissé de doutes sur sa nature fibreuse. Voilà donc une tumeur qui, sous l'influence d'une grossesse, a pris un développement très-rapide.

M. Chassaignac. Je trouve fort contestables les moyens de diagnostic indiqués par M. Nélaton. L'observation de M. Lenoir montre en effet que la lenteur de la marche n'est pas son caractère positif. Dans cette même observation il y a une ulcération, autour de laquelle sans doute la peau adhérait à la tumeur. Quant à l'absence d'engorgements ganglionnaires, un certain nombre de tumeurs cancéreuses n'occasionnent pas, ou n'occasionnent que très tard cet engorgement. Ce n'est donc pas là non plus un bon signe distinctif.

M. Nélaton. Remarquez bien que le fait de M. Lenoir est exceptionnel, puisqu'il y a eu une grossesse. Mais, en dehors de cette circonstance, je dis que les tumeurs fibreuses ont pour caractères leur densité, la lenteur de leur développement, le volume qu'elles acquièrent, et l'intégrité des ganglions. Je sais bien que dans certains cas les cancers de la mamelle laissent les ganglions intacts; mais il s'agit ici de tumeurs qui ont une grande densité, et qui par conséquent ne peuvent être confondues avec des encéphaloïdes; elles peuvent au contraire être prises pour des squirrhes. Or, tout le monde sait que les tumeurs squirrheuses occasionnent de bonne heure l'engorgement ganglionnaire, que les tumeurs fibreuses ne produisent jamais. Je maintiens donc que c'est là un signe distinctif important.

M. le président met aux voix la première conclusion du rapport, qui est adoptée à l'unanimité.

La deuxième conclusion sera mise aux voix dans la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

On nous donne comme très positifs les renseignements suivants, sur lesquels le temps ne nous permet pas de faire nos réflexions.

La sous-commission chargée de faire le rapport sur le budget de l'instruction publique se propose d'insister dans la discussion:

1° Sur la complète inutilité de l'école de pharmacie établie comme elle l'est en dehors de l'Ecole de médecine;

2° Sur la nécessité d'obliger les professeurs de la Faculté de médecine à faire leur cours pendant toute l'année;

3° Sur l'utilité qu'il y aurait à créer, indépendamment des professeurs, un corps d'examinateurs rétribués, comme à l'école Polytechnique, à raison de 4,000 fr. chacun, ce qui n'entraînerait l'Etat dans aucune nouvelle dépense, les professeurs étant ramenés à leur fixe, c'est-à-dire à 6,000 fr.

Enfin, et ceci est un fait accompli, la sous-commission supprime à l'Académie nationale de Médecine la place du secrétaire du conseil comme une sinécure créée à perpétuité sans la participation de l'Académie et en dehors des ordonnances.

NOUVELLES.

Dans sa séance du 22 mars, la Faculté de médecine de Paris, extraordinairement convoquée, devait procéder à la nomination des présidents et des membres des jurys médicaux. MM. Adelon et Bérard, présidents des jurys des départements, ont été réélus. MM. Velpeau et Gerdy, membres du jury du département de la Seine, ont également été réélus. M. Trousseau a été désigné, à la presque unanimité des suffrages, pour remplacer, en qualité de troisième membre du jury médical de la Seine, M. le professeur Bouillaud.

— Dans une brochure qu'il vient de publier sur le choléra, M. le docteur Duchesne-Duparc rappelle que le traitement employé en 1832 par Alibert obtint un succès marqué. Ce traitement consiste dans l'emploi des moyens suivants: dans les vingt-quatre heures, douze pilules de sulfate de quinine de 0,05 chacune, à doses d'autant plus faibles et plus éloignées que l'on est moins près du début de la maladie. Ainsi, trois pilules d'abord, puis deux; ensuite, de deux heures en deux heures, deux nouvelles pilules. Pour boisson, du vin de quinquina, de la décoction de quinquina et de la limonade tartrique. Enfin, des demi-lavements avec la décoction de quinquina et les frictions, sinapismes, etc.

— M. Coster, dans une brochure qu'il composa en 1831, par conséquent avant l'apparition du choléra, conseille un traitement à peu près entièrement semblable au précédent, et dont il assure qu'on a obtenu les meilleurs résultats. Dans ce travail, l'auteur considère l'attaque de choléra comme un accès de fièvre intermittente pernicieuse, et propose de le combattre de la même manière, c'est-à-dire par le quinquina. Seulement il ne veut pas qu'on attende l'accès pour administrer le médicament; il faut le donner comme préservatif, et, pour cela, il faut avoir le soin d'en tenir toujours une certaine quantité dans la circulation pendant la durée de l'épidémie. La quantité qu'il faut prendre, le matin à jeun, est de 4 grains de sulfate de quinine, ou une quantité correspondante d'écorce ou d'extrait.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 5 AVRIL 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 40.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 4 AVRIL 1849.

Marche du choléra.

L'épidémie semble vouloir continuer sa marche faiblement décroissante. A l'Hôtel-Dieu, à la Charité, à Saint-Louis et dans les autres hôpitaux du second ordre, le nombre des entrées des dernières 48 heures a été inférieur à celui des 48 heures précédentes. Toutefois, deux hôpitaux font exception à tous les autres; ce sont ceux de la Pitié et du Val-de-Grâce. L'hospice de la Salpêtrière, auquel nous consacrons quelques lignes, continue à être ravagé avec la même intensité.

Peut-être doit-on remarquer que le seul hôpital civil où il y ait eu une augmentation prononcée dans le nombre des entrées est l'hôpital de la Pitié, qui par sa situation reçoit plus que tout autre la population qui environne la Salpêtrière. Il semblerait donc que l'influence fatale qui règne sur ce vaste établissement s'étend à ses environs; les renseignements que nous avons recueillis confirment d'ailleurs jusqu'à un certain point cette probabilité, car on nous a affirmé que plusieurs cas de choléra et un grand nombre de cholérines avaient été observés chez les habitants des boulevards de l'Hôpital et de la Gare, qui tous les deux bordent la Salpêtrière, l'un à l'ouest, l'autre à l'est.

Voici le nombre des cas et des décès qui ont eu lieu dans les divers établissements depuis le début de l'épidémie :

	Nombre de cas.	Nombre de décès.
Salpêtrière,	419	277
Hôtel-Dieu,	112	51
Charité,	90	55
Pitié,	105	52
Saint-Louis,	52	25
Beaujon,	36	20
Necker,	21	12
Saint-Antoine,	7	5
Bon-Secours,	7	6
Sainte-Marguerite,	7	5
Cliniques,	12	7
Bicêtre,	12	9
Val-de-Grâce,	63	20
Gros-Caillou,	63	21
Total :	1,006	565

Nous n'avons aucun nouveau fait à constater sous le rapport thérapeutique, sinon que M. Devergie a employé sur trois malades, à l'hôpital Saint-Louis, l'infusion d'une plante dont il a eu l'idée de taire le nom.

Des trois malades, deux vont assez bien, l'autre est en grand danger de mort; ces résultats ne peuvent rien prouver jusqu'à présent.

A l'hôpital militaire du Gros-Caillou, M. Durand dit s'être parfaitement bien trouvé de l'emploi des émétiques; cependant, nous voyons que la mortalité de cet hôpital est d'un tiers, comme celle du Val-de-Grâce, où l'on met en usage une médication toute différente.

Quant aux résultats obtenus à l'aide du *stachys*, maintenant *teucrium polium*, nous n'avons rien à ajouter à ce que nous en avons dit dans notre dernier numéro, si ce n'est que M. Gibert a employé l'infusion de cette plante dans deux cas dont on trouve la relation au compte-rendu de l'Académie. Les trois malades de M. Baillarger continuent à donner les plus grandes espérances.

Le choléra à la Salpêtrière.

L'intensité tout exceptionnelle que l'épidémie a revêtue dans cet établissement exige qu'on lui accorde une attention particulière.

Nous l'avons déjà dit, la maladie ne frappe pas seulement sur les malades et les infirmes, elle frappe aussi sur les employés de toute espèce. Avant-hier, l'interne de M. Barth a été atteint; aujourd'hui, un employé supérieur des bureaux a été frappé à son tour; le premier se trouve dans un état fort alarmant.

L'épidémie, loin de se ralentir, continue à sévir avec une opiniâtre intensité. Avant-hier il y a encore eu 43 cas nouveaux et 33 morts; hier 46 cas et 28 morts; le 12e de la population a déjà été atteint, et le 18e a succombé. Dans la division de M. Baillarger, en particulier, le 7e a été atteint, et le 10e a succombé. Si l'épidémie continuait à sévir encore pendant quinze jours avec la même intensité, ce qui n'est malheureusement que trop possible, plus du dixième de la population restante, et au moins le cinquième de la population totale serait emporté.

Le devoir de l'administration, selon nous, est de prévenir une aussi terrible éventualité. Nous n'hésitons donc pas, pour notre part, à conseiller l'évacuation de toute la population caduque de la Salpêtrière. Quelques difficultés que puisse offrir cette évacuation, dès qu'elle est possible, nous ne croyons pas qu'on puisse balancer à l'effectuer; or elle est possible. Moyennant quelques secours, on pourrait rendre à leurs parents, pour un temps qui sera nécessairement fort court, un certain nombre de vieilles femmes; on pourrait en diriger un grand nombre d'autres soit sur quelques établissements particuliers qu'on évacuerait, tels que les hôpitaux du Midi et de Lourcine; soit sur les différents bâtiments des fortifications, sur le Grenier d'Abondance, ou même sur les bâtiments nationaux des environs de Paris. L'administration ne peut s'empêcher de songer sérieusement à cette grande mesure de salubrité publique, de laquelle peut dépendre la vie de cinq cents créatures humaines et peut-être de bien davantage.

Une correspondance d'Orléans nous annonce que le choléra s'est manifesté dans cette ville depuis deux jours. Il y sévirait avec une intensité très modérée; car aucun cholérique n'aurait été transporté dans l'hôpital.

Seance de l'Academie de Medecine.

Quoique le choléra ait encore fait à peu près seul tous les frais de la séance d'hier, elle a offert cependant des incidents assez bien dessinés pour que nous croyions devoir les examiner dans des articles spéciaux. Nous nous bornerons ici à dire quelques mots de la physionomie générale de la séance.

MM. Gibert, Bricheteau et Baillarger ont donné quelques renseignements sur la marche du choléra dans les divers hôpitaux auxquels ils sont attachés. Ceux de M. Baillarger, présentés avec cette intelligente sobriété et cette précision qui caractérisent le jeune académicien, ont vivement intéressé l'Académie. On peut voir au compte-rendu l'intérêt de ces renseignements. Nous consacrons d'ailleurs ci-dessus un court paragraphe à l'épidémie de la Salpêtrière.

M. Bouvier a donné des renseignements sur les cas de choléra traités dans tous les hôpitaux, et a de plus soulevé une discussion avec M. Castel sur la véritable méthode de traitement que Sydenham opposait au choléra.

M. Piorry a fait quelques réflexions fort justes sur l'opportunité de cette discussion, à laquelle nous consacrons également un paragraphe spécial.

Enfin, MM. Mérat et Bussy ont donné quelques détails intéressants sur le *stachys anatolica*, qui est devenu, sous l'œil des botanistes de l'Académie, une variété du *teucrium polium*.

Après ces communications, l'Académie a encore eu le temps d'entendre deux lectures de médecins étrangers à la Compagnie.

M. Guisard a lu l'extrait d'un mémoire qui est surtout important par la rareté des faits qu'il renferme, et qui se recommande vivement à l'attention des accoucheurs. Il ne s'agit, en effet, de rien moins que de trois observations d'opération césarienne faites par des médecins différents, dans des années différentes, et toutes trois terminées par la guérison. Certes, quand on connaît les résultats presque constamment funestes que cette opération a eus entre les mains des accoucheurs les plus distingués de tous les pays, on ne peut s'empêcher d'accueillir avec un vif intérêt les observations communiquées par M. Guisard. La longueur de ces observations, les nombreux détails dont elles sont accompagnées, nous ont malheureusement rendu impossible un examen approfondi; mais nous les ferons connaître *in extenso* lorsque la commission présentera son rapport.

Quand l'honorable représentant de la Creuse a eu terminé sa lecture, M. Mialhe est venu poursuivre le cours de ses rêveries chimico-physiologico-pathologiques. Nous consacrons encore quelques mots à part à l'examen de sa nouvelle hypothèse.

Sur la véritable méthode de traitement que Sydenham mettait en usage contre le choléra.

Nous pensions, nous devions penser qu'il ne viendrait à l'idée de personne de remuer encore la cendre de Sydenham, agitée dans l'avant-dernière séance par le vénérable M. Castel. Il n'en a point été ainsi. Un jeune érudit s'est cru obligé de faire remarquer à M. Castel que Sydenham n'avait jamais eu l'absurde prétention de faire passer en trois ou quatre heures, pour guérir le choléra, trente-six litres de liquide par le tube digestif de ses malades, mais bien neuf à dix litres seulement; ce qui nous semble déjà assez raisonnable.

L'honorable M. Bouvier, à son tour, s'est cru dans l'obligation de rectifier l'interprétation que M. Castel avait donnée de la méthode anticholérique de Sydenham, et a soutenu devant l'Académie que ce n'était point le *lavage gastrointestinal*, mais bien l'opium à haute dose qui était la médication principale du praticien anglais, le lavage n'étant que la médication accessoire.

Puisqu'une semblable discussion a occupé des hommes aussi sérieux, il ne nous semble pas inutile de mettre sous les yeux du public les éléments qui lui permettent d'en apprécier la véritable importance.

Il paraît assez rationnel, avant de discuter sur la véritable valeur de la méthode anticholérique de Sydenham, de déterminer bien nettement ce que l'Hippocrate anglais, comme on l'appelle, entendait par le choléra; c'est cependant là ce que n'ont pas fait les honorables érudits qui ont pris part à la discussion.

Or, on va voir par les citations que nous allons faire que, s'il est assez difficile de savoir quelle était la maladie ou quelles étaient les maladies que Sydenham désignait sous le nom de choléra, il est bien évident du moins que cette maladie ou ces maladies n'étaient en aucune façon le choléra que nous voyons aujourd'hui, et tel que nous l'avons vu en 1832.

Voici comment s'exprime Sydenham sur le choléra qu'il a *souvent* observé (Syd. trad. par Jault. Montpellier, 1816, t. I, p. 202 et suiv.)

« Cette maladie qui, comme je l'ai observé auparavant, fut plus répandue en 1669 que je ne me souviens de l'avoir vue dans aucune autre année, arrive presque aussi constamment sur la fin de l'été et aux approches de l'automne, que les hirondelles au commencement du printemps et le coucou vers le milieu de l'été.

» Le choléra-morbus qui survient indifféremment dans tous les temps de l'année, pour avoir trop mangé, trop bu, est d'un autre genre, quoiqu'il ait à peu près les mêmes symptômes, et se traite de la même manière.

» Ce mal se connaît aisément par des vomissements énormes, et par une déjection d'humeurs corrompues qui se fait par les selles avec beaucoup de peine et de difficulté. Il est accompagné de violentes douleurs d'entrailles, d'un gonflement et d'une tension du ventre, de cardialgie, de soif, d'un pouls fréquent avec chaleur et anxiété, et assez souvent d'un pouls petit et inégal, de cruelles nausées, et quelquefois de sueurs colliquatives, de contractions dans les bras et dans les jambes, de défaillance, de froideur des extrémités, et d'autres symptômes qui épouvantent extrêmement les assistants, et tuent souvent le malade en vingt-quatre heures.

» Il y a aussi un choléra-morbus sec causé par des vents qui sortent par haut et par bas, sans vomissements ni selles. Je ne me souviens d'en avoir vu qu'un seul exemple, savoir : au commencement de l'automne de cette année, lorsque l'autre choléra-morbus était très fréquent. »

Afin de bien fixer ce qu'il faut entendre par choléra-morbus, le traducteur de Sydenham ajoute une note tout aussi explicite que le texte de l'auteur lui-même, et dans laquelle se trouve le passage suivant :

« On définit le choléra-morbus : « Un renversement » contre nature du mouvement péristaltique, ou une » contraction spasmodique de l'estomac et des intestins » causée par une matière âcre et caustique de différente » sorte qui y est contenue, et accompagnée d'une évacuation prodigieuse de matière bilieuse par haut et » par bas. »

Enfin, plus loin, Sydenham ajoute aux symptômes qu'il a déjà décrits l'énumération de ceux qui suivent :

« Quelque épidémique que soit le choléra-morbus, on voit très rarement, comme nous avons déjà remarqué ci-dessus, qu'il passe le mois d'août dans lequel il

commence, ce qui me donne occasion d'admirer la conduite merveilleuse et incompréhensible de la nature dans la production des maladies épidémiques ; car, quoique les mêmes causes qui produisent le choléra-morbus au mois d'août subsistent vers la fin de septembre, je veux dire le trop grand usage des fruits d'automne, nous ne voyons pas néanmoins qu'il en résulte le même effet. Or, quiconque examinera soigneusement tous les phénomènes du choléra-morbus légitime, duquel seul il est maintenant question, sera obligé d'avouer que celui qui arrive dans tous les autres temps de l'année, quoiqu'il vienne de la même cause, et qu'il ait quelques-uns des mêmes symptômes, diffère entièrement du légitime ; et cela porterait à croire que l'air du mois d'août a quelque qualité particulière et spécifique pour altérer le levain stomacal d'une manière qui convient à cette seule maladie. »

Voilà donc le singulier choléra traité par Sydenham ! Choléra dans lequel on ne mentionne ni la cyanose, ni l'algidité (à moins qu'on ne considère comme telle le refroidissement des extrémités), ni le caractère particulier des selles et des vomissements, ni la suppression des urines ! Choléra surtout, n'oubliez point ceci, qui arrive aussi régulièrement, aussi constamment aux approches de l'automne que les hirondelles au commencement du printemps !

Certes, si le choléra que nous observons est le même que celui décrit par Sydenham, il faut avouer qu'il s'est bien modifié en vieillissant ; et, à supposer que le traitement mis en usage par ce praticien fût aussi héroïque que semblent le croire quelques médecins, il est bien douteux qu'il eût une importance quelconque dans les circonstances où nous nous trouvons. Toutefois, nous allons faire connaître ce traitement dans les termes mêmes où Sydenham l'expose :

« L'expérience et la réflexion, dit-il, m'ont appris qu'il ne fallait pas évacuer par des purgatifs les humeurs âcres qui causent la maladie, et que ce serait jeter l'huile sur le feu, d'autant que l'action du plus doux purgatif augmenterait le trouble et le désordre ; mais qu'aussi il ne fallait pas, dès le commencement de la maladie, arrêter l'impétuosité des humeurs et s'opposer à l'évacuation naturelle, en employant les narcotiques et les astringents, parce que ce serait enfermer l'ennemi en dedans, et tuer immanquablement le malade. Voilà pourquoi j'ai cru devoir tenir le milieu entre ces deux extrémités, c'est-à-dire évacuer en partie l'humeur nuisible et en partie la délayer. Ainsi, j'ai eu recours à la méthode suivante, qui m'a toujours réussi depuis plusieurs années :

» Je fais bouillir un jeune poulet bien tendre dans environ douze pintes d'eau de fontaine, en sorte que la liqueur n'ait presque pas le goût de viande ; le malade boit abondamment de cette liqueur tiède, ou à son défaut du petit lait ; en même temps on lui donne plusieurs lavements avec la décoction. On continue de la sorte jusqu'à ce qu'il n'en reste plus et que le malade l'ait rendue par haut et par bas. On pourra ajouter de temps en temps, soit pour boisson, soit pour les lavements, une once des sirops de laitue, de violette, de pourpier, de nénufar ou de l'un d'entre eux, quoique la décoction seule puisse suffire. Cette grande quantité de liqueur prise par en haut et par en bas évacuera les humeurs âcres, ou les adoucira.

» Après ce grand lavage, qui dure trois ou quatre heures, on termine la cure par une potion calmante. Je me sers souvent de celle que voici :

» Prenez : Eau de primevère, une once ; eau admirable, deux gros ; laudanum liquide, seize gouttes. Mêlez tout cela ensemble.

» On pourra substituer à cette potion toute autre préparation narcotique. »

On voit que ce passage donne raison à M. Castel sur M. Bouvier, sauf toutefois la quantité de liquide qui, de trente-six litres, se trouve réduite à douze pintes ou à douze litres ; ce qui est à peu près la même chose ; mais voici qui parle un peu en faveur de M. Bouvier :

« Mais si, avant que le médecin arrive, le vomissement et les déjections qui auront continué durant plusieurs heures, par exemple, se trouvent avoir tellement épuisé les forces du malade, que les extrémités soient froides, alors, sans s'amuser à aucun autre remède, il faut recourir incessamment au laudanum comme à la dernière ressource, et le donner non-seulement pendant le vomissement et la diarrhée, mais encore quand ils ont cessé, et le continuer tous les jours matin et soir, jusqu'à ce que le malade ait repris ses forces et qu'il soit guéri. »

Il y a encore un autre passage (t. II, p. 8 de la même édition), duquel il résulte que, dans les circonstances analogues à celles que Sydenham indique dans le passage précédent, ce praticien commençait réellement par administrer le laudanum.

On peut tirer de ces deux passages la conclusion que, si l'hippocrate anglais avait eu à traiter notre choléra, il est bien possible qu'il eût commencé le traitement par l'opium au lieu de le commencer par le lavage. Voilà les importantes connaissances pratiques que l'on peut acquérir par la lecture de Sydenham, touchant le traitement du choléra.

Pour être justes, et pour édifier complétement nos lecteurs sur l'utilité des recherches d'érudition en fait de thérapeutique du choléra (sans en compter beaucoup d'autres), nous devons ajouter que toutes les descriptions de cette maladie faites avant 1832, et dont le résumé se trouve dans Ozanam, ressemblent autant à notre choléra que celle de Sydenham, et qu'elles se ressemblent quelquefois autant entre elles qu'elles ressemblent à notre choléra.

Y a-t-il de l'albumine dans les déjections stomacales et intestinales des cholériques ?

Ce n'est pas précisément cette question que M. Mialhe a agitée dans la note qu'il est venu lire à l'Académie ; il l'a au contraire considérée comme résolue, et ç'a été là son premier tort. Il est bien vrai que M. Andral avait annoncé, en 1847, l'absence d'albumine dans les selles des cholériques ; mais M. Mialhe ne devait pas ignorer qu'un observateur sérieux et assez exercé, M. Corenwinder, de Lille, a communiqué à l'Académie des Sciences, dans la séance du 12 février, les résultats de plusieurs analyses de matières alvines de cholériques dont voici l'expression en chiffres :

	Albumine.	Sel marin.	Eau.
1re exercice.	0,280	0,384	98,76
2e —	Néant	0,380	98,76
3e —	0,086	0,504	98,18

Des analyses semblables ont été faites à Paris dans plusieurs services des hôpitaux ; ces expériences ont toujours fourni de l'albumine, et le plus souvent en grande quantité. Parmi ces analyses, nous nous contenterons de citer celles qui ont été faites par M. Masselot au Val-de-Grâce.

Ce scrupuleux observateur a fait filtrer le liquide diarrhéique et stomacal de douze cholériques, et constamment il a vu ce liquide filtré précipiter plus ou moins abondamment, mais habituellement très abondamment par la chaleur et par l'acide nitrique. Il n'a pas encore déterminé la quantité de l'albumine ; mais évidemment, d'après ces premiers résultats, cette quantité est très notable.

Si donc M. Mialhe avait bien compris le véritable intérêt de la science, il aurait commencé par vérifier ces analyses, et non par se lancer dans tous les hasards d'une vague théorie dans laquelle la véritable science n'a rien à voir.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Leçons cliniques de M. Gendrin sur le choléra;

Recueillies par M. RIPOLL, interne des hôpitaux, et revues par le professeur.

(Suite et fin du précédent numéro.)

TRAITEMENT. — En 1832, la plupart des médecins se trouvaient devant l'invasion du choléra sans idée arrêtée ; la plupart même n'avaient jamais lu les auteurs qui ont écrit depuis 1817 sur cette maladie.

Cette circonstance a fait qu'au début les médecins se sont trouvés dans cet état de tâtonnement préliminaire dont parle Sydenham. Mais depuis longtemps les médecins français ont été portés à faire de la médecine empirique. Il ne faut donc pas s'étonner si l'apparition d'une maladie nouvelle provoque une recrudescence de fièvre expérimentale. On essaya tout : le phosphore, le punch, l'éther, la glace, l'eau froide à l'intérieur et à l'extérieur, les purgatifs, le muriate de soude, le sulfate de soude, l'ipécacuanha, le sulfate de quinine, etc. Mais ces expériences mal faites n'eurent aucun résultat, et beaucoup de médecins, à la fin de l'épidémie, n'avaient rien appris. Beaucoup aussi observèrent convenablement, et bientôt adoptèrent un traitement que l'on doit considérer comme rationnel, si l'on veut bien avoir égard à la nature de la maladie.

Sur ce sujet, pas de discussion : la maladie consiste dans une déperdition de matière séro-muqueuse s'exhalant de la surface du tube digestif.

Aussi la première chose à faire, c'est de suspendre cette excrétion. Mais, de plus, il est incontestable que, lorsque cette excrétion est établie, le sang perd une grande quantité de son élément liquide ; il est épaissi.

Ainsi, à côté de la déperdition, il y a un état d'appauvrissement du sang qui ne permet plus à ce liquide de fournir des éléments aux diverses excrétions.

En troisième lieu, quand la maladie marche bien, il arrive une période où les excrétions étant suspendues, il se développe un mouvement fébrile caractérisé par toutes les formes de la fièvre angéioténique, et qui marque le plus haut degré de la maladie au moment de l'établissement de la convalescence. Cet état est souvent suivi de congestions inflammatoires mortelles.

Ainsi, les indications se puisent :

1° Dans l'état d'hypersécrétion gastro-intestinale, qu'il faut arrêter ;

2° Dans les changements que cette sécrétion fait subir au sang qu'il faut modifier, de façon à maintenir ou rétablir une circulation normale ;

3° Dans les accidents fébriles réactionnels, qu'il faut modérer ;

4° Dans les accidents congestionnels consécutifs, qu'il faut éviter.

On ne conduit à guérison la maladie qu'en faisant passer le malade par toutes ces périodes.

Les moyens de traitement doivent être puisés dans la matière médicale, parmi ceux que nous connaissons et non parmi ceux dont l'action nous est inconnue, et appliqués d'une manière rationnelle, car il faut frapper à coup sûr une maladie qui ne fait pas grâce.

Il faut arrêter l'excrétion.

Elle a pour siége les cryptes mucipares disséminées sur la muqueuse intestinale ; elles sont dans un état de turgescence sécrétoire par le fait de l'augmentation de leur action. En modérant cet état de turgescence, en supprimant la cause qui le produit, on peut supprimer la phlegmorrhagie.

On y satisfait par les émissions sanguines. Sous l'influence d'une émission sanguine au début, chez la plupart des sujets, s'il n'y a pas de contre-indication, la maladie est arrêtée net. On arrive donc par une saine expérience à consacrer l'usage de la saignée au début du choléra.

Mais ce n'est pas faire assez. Si la maladie a quelque intensité, il faut faire pénétrer dans l'économie des médicaments qui diminuent la sécrétion intestinale ; c'est dans ce but qu'on donne ces préparations opiacées qui sont reconnues comme pouvant diminuer considérablement les sécrétions de toutes les cryptes, et surtout de celles de l'intestin.

Il faut le prescrire à dose élevée, parce que la préparation opiacée arrivant au milieu des nausées est délayée. Une grande partie est rejetée avec les excrétions ; une petite quantité est conservée et exerce son action.

On donne l'opium en solution ou la teinture d'opium. Toutes les préparations opiacées, en un mot, trouvent leur place pendant la première période, avec la saignée. L'un exerce une influence topique, outre son action sur les sécrétions ; l'autre exerce son action sur les capillaires.

Pour peu que les déperditions soient abondantes, il y a un ralentissement notable de la circulation et un affaiblissement proportionnel du malade, ensemble de phénomènes qui se traduit par l'établissement de la période cyanique. Il faut dès lors une médication latérale, les frictions.

Elles soutiennent la circulation, facilitent le transport des molécules alibiles que le sang porte avec lui dans toutes les parties du corps. Si de plus on rend les frictions stimulantes, on peut réveiller la susceptibilité, la sensibilité de la peau, ce qui n'est pas à dédaigner ; car si elle peut reprendre ses fonctions, ce sera au détriment de la sécrétion intestinale.

Cependant le malade se refroidit. La première pensée qui vienne alors à l'esprit, c'est de le réchauffer. Tous les moyens de rétablir la chaleur ont été préconisés. En première ligne quelques médecins placent les bains de vapeur ou le courant d'air chaud. L'usage de ces bains exige une grande prudence. Quand la circulation est encore possible à un certain degré ; quand la sécrétion de la sueur peut encore avoir lieu, la peau réagit et peut utiliser la chaleur artificielle qu'on lui procure ; mais quand la circulation est impossible, la chaleur artificielle ne produit que le dessèchement de la surface du corps, et l'on nuit ainsi au malade en le cuisant en quelque sorte. C'est comme si on voulait appliquer de la chaleur sur un membre congelé ; on provoquerait de la gangrène. Il faut donc n'employer ce moyen qu'avec une extrême mesure.

Le malade étant arrivé à la période cyanique, les excrétions par les voies digestives pourront être suspendues ou persister. Quoi qu'il en soit, le refroidissement s'accroît, les téguments deviennent pâteux, le pouls est à peine sensible, le malade est froid, cyanosé ; que faut-il faire ?

Essayer de suspendre la sécrétion. Les opiacés trouvent encore ici leur utilité. Mais le tube digestif est distendu par des matières accumulées ; la circulation est languissante ; elle existe encore au cœur et dans les gros vaisseaux. Il est important de la stimuler dans les grands centres ; il faut donc ajouter des stimulants ; mais ils sont de plusieurs sortes : stimulants toniques, stimulants simples, ou stimulants toxiques.

Les infusions aromatiques remplissent l'indication comme stimulants. On donne donc la camomille, le tilleul, le thé ; mais celui-ci contient un principe narcotique, sédatif de la circulation ; ce sera donc le dernier qu'il faudra prendre. En unissant ces stimulants aux opiacés, leur action est favorable, parce que l'opium procurant le paralysie de l'intestin, l'absorption est ainsi facilitée ; mais il ne faut pas donner d'alcool, cette substance procure l'ivresse, qui n'est qu'une sédation de la circulation. A plus forte raison à cette période devra-t-on mettre en usage les moyens mécaniques. Les frictions stimulantes devront donc être employées.

Dans la période cyanique, le sang stagne dans les capillaires, puis dans les gros vaisseaux, puis successivement ce ralentissement de la circulation s'étend jusqu'au cœur. Il faut s'y opposer. On y arriverait par les frictions et les stimulants internes ; mais la lenteur de la circulation, son imperfection s'y opposent ; il faut donner du jeu à la circulation. C'est dans ce but qu'à cette période on prescrit quelques saignées. Dans l'Inde, à Vienne, à Londres, en 1832, c'était une pratique banale.

Quand on ouvre les veines dans ces conditions, on n'obtient que peu ou pas de sang. On frictionne les membres dans le sens du cours du sang veineux, et on obtient quelques cuillerées de sang, qui sont lentement remplacées dans les veines vidées ; on recommence de temps en temps, pendant qu'on entretient la suspension de la phlegmorrhagie par les opiacés, la circulation des capillaires par les frictions et la circulation générale par les stimulants à l'intérieur. On peut ainsi amener la maladie à guérison ; ce qui devient probable lorsqu'on voit le sang extrait des veines contenir une certaine proportion de sérum.

En résumé, émissions sanguines assez larges au début (de 100 à 200 grammes) ; émissions sanguines, mais petites, réitérées, pendant la cyanose ; pendant toute cette période, narcotiques, stimulants à l'intérieur et à l'extérieur, telle est la médication qu'il convient de diriger contre la maladie.

La circulation se rétablit, et la réaction en est la conséquence ; alors il se crée des opportunités nouvelles ; des congestions s'établissent vers le cerveau et le tube intestinal ; il

faut donc se mettre en garde contre des accidents ultérieurs, et, pour cela, il faut régler la réaction.

Cette réaction est imparfaite si la phlegmorrhagie a été abondante, si la constitution du malade était débilitée, si les urines ne se rétablissent pas. Il faut dans ce cas prolonger l'emploi des moyens déjà mis en usage, continuer les stimulants internes et externes; les applications de sinapismes trouvent ici leur place.

Si, au contraire, la réaction est énergique, s'il y a imminence de coma, une petite saignée pourra empêcher la métastase.

Si la réaction est bien établie, la méthode expectante vous réussira; mais, si une variation quelconque survient, soyez attentifs pour mener à bien la maladie.

Maintenant, on peut encadrer dans cette médication divers moyens de traitement: les émétiques, les sels neutres à l'intérieur, qui modifient instantanément la sécrétion des cryptes mucipares de l'intestin. A Vienne, à Constantinople, on a prescrit dans ce sens les émétiques, l'ipéca, donnés à doses fractionnées dès la période cyanique, et l'on paraît en avoir obtenu de bons résultats. Sous l'influence de ces vomitifs, on a été quelquefois assez heureux pour provoquer par leur action topique une modification de la sécrétion intestinale; en outre, les secousses provoquées par les efforts de vomissements activent la circulation, et ont une influence très grande, vous le savez, pour modifier les sécrétions; elles peuvent ainsi contribuer à l'établissement de la sécrétion urinaire.

Quand la réaction est établie, s'il existe un état saburral prononcé, les émétiques rendent encore les plus grands services.

Parmi les purgatifs, le sulfate de soude à dose presque continue a été préconisé comme moyen de diminuer les sécrétions, car on sait qu'après la purgation tous les sulfates provoquent une constipation consécutive; c'est ce qui les fait employer depuis longtemps contre la dysenterie et la cholérine.

Le sulfate de soude donné au début, pendant la période phlegmorrhagique, supprime quelquefois les excrétions intestinales. On donne 80 à 100 grammes de sel dans 200 à 250 grammes d'eau, par cuillerées dans de la tisane tous les quarts d'heure, toutes les vingt minutes.

Dans la période de réaction, on en tire encore des avantages quand il survient des phénomènes saburraux évidents.

Chez les sujets qui ont des vomissements opiniâtres, on peut supprimer ces vomissements par l'administration de la glace. Au début des premiers accidents, il arrive encore quelquefois que l'on suspend par ce moyen les excrétions quand la circulation est encore possible et que le malade réagit. Lorsque la maladie est arrivée à la période cyanique, l'administration de la glace en précipite la terminaison funeste; mais, pendant la réaction, on trouve bien plus souvent des avantages dans ce moyen, quand la soif est extrêmement vive. Chez quelques malades, avec la soif survient pendant la réaction du hoquet; dans ce cas, la glace est très avantageuse.

En résumé, il n'y a pas contre le choléra de moyen spécial; la méthode de traitement doit être basée sur l'appréciation des phénomènes qui s'observent chez tel malade donné.

Prophylaxie. — Puisqu'il y a toujours des prodromes, soyez attentifs et attaquez la maladie dès qu'elle menace: dans la plupart des cas, si le sujet est dans un état de force suffisant, la maladie n'aura pas d'autre manifestation que ces prodromes; une saignée l'arrêtera, pourvu qu'on place le tube digestif dans l'état de repos, c'est-à-dire que l'on diminue ou même que l'on suspende l'alimentation, et que l'on mette en usage les adoucissants.

Si avec des vertiges vous voyez coïncider un état saburral manifeste, donnez sans crainte un éméto-cathartique; vous modifierez les sécrétions intestinales, et rendrez aux digestions leur activité en débarrassant le tube digestif. Entretenez une chaleur douce autour du corps; prescrivez le repos au lit pour favoriser l'action de la peau; donnez avec cela une alimentation légère, ou du bouillon seulement; administrez quelques adoucissants, une faible dose d'opium, et vous conjurerez de plus graves accidents.

Pendant les épidémies, ne faites pas d'excès de boissons, évitez les refroidissements aussi bien la nuit que le jour, car le refroidissement produit souvent la diarrhée; gardez-vous surtout de tout sentiment de frayeur, qui provoque si brusquement la sécrétion intestinale.

Si vous êtes attentif dans l'emploi de tous ces moyens préventifs dès la première apparition des prodromes, vous n'aurez point le choléra.

Enfin, pour compléter le traitement, pendant la convalescence, vous trouverez, dans la susceptibilité du tube digestif, l'indication de continuer la diététique plus longtemps qu'après toute autre maladie.

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE.

Séance du 3 avril 1849. — Présidence de M. Velpeau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté après une rectification demandée par M. Ferrus, qui n'a pas dit, dans la dernière séance, que la prison de Bicêtre fût plus insalubre que les autres bâtiments, mais seulement qu'elle était plus encombrée.

— La correspondance officielle comprend:

1° Une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'un rapport rédigé par M. le docteur Rousset, médecin des épidémies de l'arrondissement de Sarreguemines, sur une épidémie de dysenterie qui a régné à Sareinsing en septembre, octobre et novembre 1848;

2° Une seconde lettre du même ministre, avec envoi d'un second rapport de M. Rousset, sur une épidémie de pneumonie qui a régné dans la commune de Weivisller pendant le mois de janvier 1849;

3° Une troisième lettre du même ministre, avec envoi d'un rapport rédigé par MM. les docteurs Chevallier et Roussel, sur le service médical des établissements d'eaux minérales de Bagnols et de Chaldette;

4° Une quatrième lettre du même ministre, avec envoi d'une recette et d'un échantillon d'élixir dit *baume pneumophile*;

5° Une lettre du même ministre, avec envoi d'une boîte contenant un échantillon de *caramel pectoral* et les ingrédients dont il se compose, et d'un flacon contenant un échantillon de *sirop pectoral*, le tout inventé par un pâtissier-confiseur.

— La correspondance manuscrite comprend:

1° M. le docteur Van Hengel, d'Helversum (Hollande), adresse une note relative à la découverte d'un signe qui permet de constater d'une manière certaine si un enfant que l'on croit mort-né est réellement mort, ou si la mort n'est qu'apparente. Ce moyen consiste à injecter dans le rectum des enfants présumés morts un mélange d'eau-de-vie et d'eau froide. (Commissaires: MM. Moreau et Capuron.)

2° M. Gunsbourg, de Breslau, adresse des notes complémentaires sur l'épidémie de choléra asiatique à Breslau.

3° M. Joannès, pharmacien à Paris, adresse une note sur l'efficacité, contre la période algide du choléra, du réchauffement méthodique du cerveau au moyen d'une vessie pleine d'eau chaude ou de sable chauffé à 60 ou 80 degrés, renfermé dans une serviette et mis sur la tête, de manière à envelopper à peu près complétement le cerveau.

— M. Gibert. Au 27 mars, comme je l'ai dit dans la séance précédente, nous comptions, à l'hôpital Saint-Louis, 25 cas de choléra asiatique et 15 décès. La semaine qui venait de s'écouler avait été marquée par les progrès de l'épidémie. La suivante, conformément aux prévisions de quelques-uns de nos confrères, a commencé à offrir, dans notre hôpital, un décroissement sensible dans le nombre et la gravité des cas. En écartant quelques cholérines dont on a tenu compte dans d'autres statistiques, je ne trouve à noter que 6 cas nouveaux depuis mon dernier relevé: en tout, 31 cas et 18 décès.

Dans mon service, 3 cas nouveaux: total, 11, un bénin et deux graves; l'un de ces derniers est convalescent; l'autre était un enfant de trois ans, mort dans la période algide en moins de vingt-quatre heures. En résumé, dis-je, 11 cas, sur lesquels 7 décès; 2 depuis mon dernier relevé.

J'ai employé l'infusion de stachis sur deux malades; tous deux aujourd'hui sont convalescents; mais l'un de ces cas était bénin; l'autre grave s'est montré au moment où l'épidémie semblait tendre à décroître.

Le sesquichlorure de carbone, le hachisch, ont été employés dans d'autres services sur des sujets qui ont succombé.

Le 28 mars, mercredi dernier, un cas de choléra s'est déclaré dans ma salle, ainsi que plusieurs cholérines. Depuis lors, le déclin de l'épidémie a été assez prononcé, et nous n'avons eu que quelques cas venus du dehors. L'un d'eux, bénin, a été offert par la femme d'un de nos cholériques du dehors, déjà en convalescence. Nous avons appris que dans une seule maison du quartier il y avait eu 4 cas de choléra.

Dans les salles de l'hôpital, nous n'avons eu connaissance que de 2 cas parmi les gens de service, l'un de cholérine, l'autre de choléra peu grave.

M. Bouvier rend compte des cas de choléra qui ont eu lieu dans les divers hôpitaux de Paris depuis l'invasion de l'épidémie.

A propos de ce qui a été dit dans la dernière séance par M. Castel sur la méthode employée par Sydenham pour combattre le choléra, il dit que cette méthode ne consistait pas exclusivement à faire boire une grande quantité de liquide, mais bien à donner une dose élevée d'opium, quand on était appelé à un moment où le mal avait déjà atteint un degré élevé de gravité. Ainsi, pour Sydenham, l'opium était la médication capitale; les boissons abondantes étaient la médication accessoire.

M. Rochoux. Le choléra actuel vient-il de Londres, de Lille, de Dunkerque ou de Saint-Denis? Aucun de ceux qui prétendent avoir suivi sa marche étape par étape depuis son départ de Calcutta n'est en état de résoudre cette question. Or, si l'on ne peut y répondre, comment ose-t-on se prononcer sur l'origine asiatique de l'épidémie actuelle? Poser la question est y répondre. Je ne craindrai donc pas, en pareil état de choses, d'affirmer que la véritable cause du choléra nous est complétement inconnue; c'est le seul point avéré depuis que l'on discute sur cette maladie; c'est aussi, suivant moi, ce que l'Académie devrait d'abord dire, au lieu de laisser s'accréditer des erreurs d'étiologie des plus flagrantes en hésitant à les proscrire. Les dévoiler vaudrait beaucoup mieux qu'une discussion sur la valeur du traitement de Sydenham, qui bien certainement n'a jamais vu le choléra *asiatique*. Mais la croyance dans l'efficacité exagérée de la thérapeutique sera sans doute la dernière des superstitions dont l'espèce humaine se délivrera, si jamais elle s'en délivre. En attendant, je terminerai par une remarque née de la discussion actuelle, savoir: que les partisans de l'origine indienne du choléra ne peuvent pas dire si à son premier voyage il s'est mis en route en 1816 ou en 1825, et qu'une telle indécision prouve à elle seule la vanité de leurs théories étiologiques.

M. Bricheteau donne quelques détails sur les 21 cas de choléra qui ont eu lieu à l'hôpital Necker. La faible voix de l'orateur nous empêche de bien saisir ses paroles. Nous remarquons seulement qu'il dit avoir fait six fois l'ouverture de la colonne vertébrale sans avoir rencontré aucune lésion dans la moelle, ni dans ses enveloppes.

L'honorable orateur annonce ensuite qu'une épidémie des plus intenses de suette miliaire règne dans le département de Seine-et-Oise, dans les localités situées entre Noyon et Chauny, et qu'on a observé en même temps dans ces localités 17 cas de choléra.

M. Castel. Pour toute réponse à ceux qui pensent que j'ai mal compris Sydenham, je prie qu'on aille chercher un Sydenham à la Bibliothèque, ou bien je ferai afficher, à la prochaine séance, à la porte de l'Académie, le passage auquel j'ai fait allusion.

Je sais très bien que Sydenham employait l'opium contre le choléra, mais c'était à la seconde période; tandis qu'à la première il n'employait que les boissons abondantes, en s'appuyant d'ailleurs sur des considérations physiologiques qui suffiraient seules pour démontrer la puissance d'une telle méthode.

M. Baillarger. Messieurs, je n'ai malheureusement que des renseignements fort tristes à transmettre à l'Académie sur l'épidémie qui règne à la Salpêtrière. Le tableau suivant que je mets sous les yeux de l'Académie lui montrera que la maladie, loin de s'arrêter dans sa marche, persiste au contraire avec la plus violente intensité.

Voici la marche que l'épidémie a suivie depuis son début:

Le	14 mars,	1	cas,	1	mort.
—	15	—	0	—	0	—
—	16	—	2	—	2	—
—	17	—	0	—	0	—
—	18	—	0	—	0	—
—	19	—	0	—	0	—
—	20	—	10	—	2	—
—	21	—	11	—	8	—
—	22	—	5	—	3	—
—	23	—	30	—	12	—
—	24	—	31	—	15	—
—	25	—	40	—	24	—
—	26	—	26	—	18	—
—	27	—	17	—	12	—
—	28	—	16	—	14	—
—	29	—	21	—	16	—
—	30	—	28	—	17	—
—	31	—	52	—	35	—
—	1er avril,		43	—	37	—
—	2	—	43	—	33	—
—	3	—	46	—	28	—
Total.			419		277	

Aujourd'hui, le quatorzième de la population générale de la Salpêtrière est atteint, et le vingtième a déjà succombé; dans mon service en particulier, un septième a été pris et un onzième a succombé.

Je n'ai à ajouter à ces documents que quelques détails sur deux particularités que j'ai eu l'occasion d'observer:

La première, c'est qu'il existe à la Salpêtrière, outre le choléra, des cholérines assez nombreuses et fort graves; il semble aussi que ces cholérines règnent en dehors et aux environs de l'hôpital, où il existe aussi quelques cas de choléra.

La seconde particularité, assez remarquable, c'est que chez deux malades, j'ai vu le choléra se juger favorablement, dans un cas, par une parotide droite, et, dans l'autre, par une éruption rubéoliforme et par un flux considérable d'urines.

M. Baillarger entre ensuite dans quelques détails sur les trois malades traités par le stachys, à présent *teucrium*; ces malades, dont deux étaient très gravement atteints, sont toujours en bonne réaction, et donnent le plus grand espoir.

— M. Mérat lit sur la plante du mont Olympe une note dont nous extrayons les passages suivants:

La plante envoyée appartient évidemment à la famille des labiées et, par le port, la forme et les crénelures de ses feuilles, à une espèce du genre *teucrium* appelée par Linnée *teucrium polium*.

Mais cette espèce est si variable qu'il a été moins facile de savoir à quelle espèce il faut la rapporter. Effectivement, le *teucrium polium* (pouliot en français, qu'il ne faut pas confondre avec une autre plante de ce nom, qui est le *mentha pulegium*, L.) est tantôt à fleurs jaunes, avec des feuilles couvertes d'un duvet jaunâtre, variété qui porte le nom de *pouliot doré*, tantôt à fleurs rouges et même à fleurs blanches, avec des feuilles blanches, laineuses, poilues ou seulement pubescentes; il a parfois les feuilles oblongues, presque ovales, étroites, roulées; mais les crénulures existent toujours et des tiges dressées, mais plus souvent couchées.

La plante envoyée de Constantinople ne se rapporte bien nettement à aucune des variétés que j'ai pu consulter dans les herbiers de la capitale, parce qu'elle a les feuilles roulées, linéaires et légèrement pubescentes, ce qui me fait proposer de lui donner le nom de *teucrium polium*, variété *anatolica*, pour rappeler celui sous lequel on nous a envoyé ce végétal qui n'a jamais pu faire partie du genre *stachys*, comme on le prétendait. J'observe en outre que l'espèce, ordinairement très aromatique, ne l'est que peu ou point dans l'état où elle a été adressée à l'Académie; sa saveur est amère et chaude comme celle de presque toutes les plantes de cette famille.

Je ne vois dans les auteurs aucun usage indiqué de ce pouliot; cependant quelques formulaires le désignent comme tonique. Il est probable qu'il doit partager les propriétés des autres labiées, telles que la mélisse, la menthe.

Si la commission trouvait que ce *teucrium* fût utile dans le choléra, rien ne serait plus facile que de s'en procurer. Il croît en Provence, dans beaucoup de localités, en Espagne, en Italie, en Grèce et dans tout le bassin de la Méditerranée, en abondance dans les lieux élevés ou maritimes, où ce sous-arbrisseau fleurit dès le mois de mars, d'après Clusius (*Historia rariarum plantarum*, lib. III, p. 361). A l'île Majorque, on l'appelle *soulagne*, ce qui ferait supposer qu'il y est de quelque usage.

M. Bussy, qui s'est également livré avec ses collègues de l'Ecole de pharmacie à l'étude du végétal olympien, ajoute à la note de M. Mérat les renseignements suivants:

Je crois pouvoir affirmer, d'après une figure de Clusius, que la plante que nous avons examinée est la variété désignée par De Candolle sous le nom de *teucrium polium gnophalodes*, et sous le nom de *teucrium lanigerum* par quelques auteurs.

Les diverses variétés que l'on emploie indifféremment l'une pour l'autre peuvent être cultivées dans le climat de Paris; mais on les y conserve difficilement. Elles existent au jardin de la Faculté et dans celui de l'Ecole de pharmacie.

Cette plante, qui a été désignée dans les anciens auteurs de

matière médicale sous le nom de polium, de polion, de pouliot, entre dans la composition du mithridate, de l'eau propbylactique, de la thériaque et de plusieurs anciennes préparations.

Geoffroy dans sa matière médicale dit : « On fait boire en Provence, dans le cours de ventre fâcheux, l'eau où le polium a macéré; on en donne la décoction en lavement, et l'on applique le marc sur le bas-ventre. »

Il sera possible d'en trouver de très grandes quantités dans le midi de la France.

M. Guibourt. Je pense, comme M. Bussy, qu'on peut rencontrer en assez grande quantité dans le midi de la France le *teucrium polium ;* mais je suis moins certain que les variétés qu'on y rencontre soient précisément les mêmes que celle qui nous a été envoyée, et surtout qu'elles aient absolument les mêmes propriétés; je crois même qu'*à priori* on doit être porté à admettre le contraire.

M. Piorry. Avant de perdre son temps à étudier les caractères botaniques du stachys, il ne serait pas mal de savoir si ce médicament jouit de quelques propriétés utiles en tbérapeutique.

J'ai obtenu avec une simple infusion de thé et même avec de l'eau pure les mêmes résultats qu'un de nos collègues dit avoir obtenus avec l'infusion de cette plante; je ne vois donc pas ce que les deux faits cités peuvent prouver.

Quant à ce qu'on a dit de la méthode de Sydenbam, je dirai qu'il est absolument impossible de savoir à quoi s'appliquait sa méthode thérapeutique. L'entité qu'il désigne par choléra, sans indication des états organo-pathologiques qui pouvaient exister dans cette maladie, nous laisse dans une ignorance complète sur les analogies qui peuvent exister entre cette maladie et celle que nous observons.

— M. le docteur Guisard, membre de l'Assemblée nationale, médecin à Guéret, lit le résumé d'un mémoire intitulé : « *Mémoire sur trois opérations de céphalotomie, dont deux sur des enfants vivants, et sur trois opérations césariennes abdominales toutes terminées par la guérison* »

Dans ce travail, dont il serait difficile de donner une analyse après un examen aussi rapide que celui auquel nous pouvons nous livrer, l'auteur rapporte en détail toutes les observations qui forment la base de son mémoire. Il fait remarquer que les trois opérations césariennes dont il donne l'histoire sont les seules qui aient été faites, à sa connaissance, dans son département depuis longues années; elles ont été faites dans l'espace de cinq ans par des médecins différents, et ont toutes réussi. Deux fois elles ont été faites après de nombreuses et inutiles tentatives pour extraire l'enfant préalablement céphalotomisé ; dans le troisième cas, l'opération césarienne a été faite pendant la vie du fœtus, qui a été extrait vivant et qui a continué à vivre ainsi que la mère. Dans tous les cas, les grossesses étaient parvenues à leur terme.

L'auteur termine par quelques considérations sur les conditions dans lesquelles on doit se placer pour pratiquer avec avantage la céphalotomie et l'opération césarienne.

—M. Mialhe est appelé à la tribune, et donne lecture d'une note *Sur la nature du liquide sécrété par la muqueuse intestinale dans le choléra.*

Dans cette note, l'auteur constate d'abord ce que M. Andral avait déjà constaté en 1847, que les déjections stomacales et intestinales des cholériques ne renferment point d'albumine, mais seulement de l'albuminose, substance qui se coagule comme l'albumine par l'action de plusieurs sels métalliques, du chlore, du tannin, mais qui ne se coagule point, comme cette dernière, sous l'influence de la *chaleur* et des *acides*, même de l'*acide nitrique*.

Cherchant ensuite la source de cette énorme quantité d'albuminose excrétée, il trouve que cette substance ne peut provenir que des éléments organiques de l'économie. Quant à la cause qui en détermine la formation, ce doit être un principe fermentifère qui, en s'introduisant dans l'économie, produit au sein des tissus les mêmes phénomènes qui se passent normalement dans l'estomac pendant la digestion des matières albuminoïdes; car l'albuminose n'est que le résidu final de la digestion des substances albumineuses.

Pour guérir le choléra, il suffira donc de faire passer dans la circulation des substances qui s'opposent à la fermentation; malheureusement toutes ces substances sont des poisons plus dangereux que le choléra lui-même; tels sont les sels de plomb, de cuivre, de mercure, d'argent, les acides minéraux, etc. Le tannin seul pourrait être employé, à cause de son peu d'action sur la muqueuse; mais malheureusement ce principe agit à la fois sur les matières fermentescibles et sur les matières albuminoïdes, en sorte qu'à haute dose, suivant M. Mialhe, son pouvoir coagulant le rendrait dangereux.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 avril 1849. — Présidence de M. Boussingault.

M. Isidore Bourdon lit un mémoire sur la non-contagion du choléra. Il conclut d'un grand nombre de pièces officielles et de documents qu'il a recueillis sur la marche du choléra en Asie et en Europe :

1° Que le choléra se comporte en Orient, ainsi qu'on l'a vu de 1830 à 1832 et cette année encore, de la même manière qu'il se comporte en occident ;

2° Que sa marche et sa succession de capitale en capitale, les cités intermédiaires se trouvant d'abord presque toujours épargnées, n'autorisent nullement à le croire contagieux ;

3° Qu'en toute contrée, il se propage, non en raison de la proximité des lieux ou des personnes, comme on l'observe des maladies contagieuses, mais en proportion des populations agglomérées, de l'insalubrité des quartiers, de l'encombrement des babitations, de la détresse des babitants et de l'inobservance des règles de l'bygiène, comme dans les épidémies sans contagion;

4° Que si le choléra, cette année même, a frappé de petites villes avec une intensité proportionnellement plus grande que certaines villes capitales, cette disproportion inaccoutumée paraît due à ce que les gouvernements se sont, depuis 1832, trop exclusivement attachés à salubrifier les cités de premier ordre;

5° Qu'enfin il n'y a lieu d'opposer au choléra ni séquestrations, ni quarantaines.

— M. Huraut écrit qu'ayant eu l'occasion de voir le sang d'un cholérique qui était épais et visqueux, il a fait quelques essais, et a constaté, entre autres résultats, que le nitrate de potasse, le sulfate de soude, le chlorure de sodium (sel marin) enlevaient à ce sang sa viscosité et lui redonnaient la fluidité du sang ordinaire. Il a pensé alors qu'il serait possible d'enrayer les progrès du choléra en administrant, aussitôt que les premiers symptômes apparaissent, une solution étendue souvent renouvelée d'un sel alcalin, tel que nitrate de potasse, sulfate de soude, cblorure de sodium, iodure de potassium, carbonate et bicarbonate de soude, tartrate de potasse, acétate d'ammoniaque, etc.

— M. Oline soumet à l'Académie une théorie nouvelle du choléra, et un traitement basé sur cette tbéorie. Suivant l'auteur, le choléra-morbus est une névrose; son traitement doit consister dans l'emploi de l'un des stimulants les plus énergiques et les plus héroïques, le cautère actuel.

Brise-pierre pulvérisateur. — M. le dr Guillon adresse, pour le concours Montyon, un nouveau perfectionnement qu'il vient d'ajouter au brise-pierre pour l'invention duquel l'Institut lui a déjà décerné, en 1845, un prix d'encouragement de 2,000 fr.

Selon l'auteur, au moyen de cet instrument, qui *agit par pression intermittente*, un calcul vésical est réduit très facilement en poudre, et cette poudre litbique est aussi facilement entraînée au dehors par les urines que le sont les sables que rendent naturellement un assez grand nombre de sujets.

Ce brise-pierre est confectionné de telle sorte que, si l'une des branches venait à se rompre dans la vessie, elle serait extraite avec la plus grande facilité.

Avec son litbotripteur, M. Guillon croit que la lithotripsie sera pratiquée avec autant de sûreté chez les enfants qu'elle l'est chez les adultes, et qu'une pierre qui n'aurait pu être broyée que fort imparfaitement en dix séances avec les litbotripteurs fenêtrés généralement en usage, est réduite en poudre en *une séance*, et en économisant au malade les neuf dixièmes des instrumentations qu'il lui aurait fallu endurer pour arriver à la guérison au moyen des instruments anciens.

Influence de la nourriture sur la fécondité et la santé des poules.

La lettre suivante a été adressée à la *Gazette médicale de Lyon*.

Monsieur le Rédacteur,

Il y a une usine dans la vallée de Rochecardon où l'on prépare divers produits pour la teinture, et principalement de l'orseille. Cette substance, comme on le sait, renferme beaucoup d'ammoniaque. J'ai été à même de vérifier dans cet établissement un phénomène assez curieux qui m'a été signalé par le propriétaire. Les poules qui forment la basse-cour du moulin avalent souvent des fragments d'oseille épars çà et là. Lorsque ces gallinacés en prennent pendant quelques jours, ils pondent des œufs privés de leur enveloppe calcaire, et si on n'a pas la précaution de les soustraire bientôt à cette influence, leur crête se flétrit, la soif s'allume, ils maigrissent rapidement, cessent de pondre et finissent par périr dans le marasme le plus complet.

L'ammoniaque contenue dans cette préparation est-elle cause du phénomène? Empêche-t-elle la formation du carbonate calcique? Je ne puis trouver d'autre explication à ce fait, qui peut être rapproché du suivant. On sait que dans toutes les basses-cours il y a quelques poules qui, surtout à l'époque de l'année où leur nourriture est très abondante, font des œufs sans enveloppe solide. Ce n'est probablement pas dû à l'influence des sels ammoniacaux qu'elles peuvent trouver dans les fumiers, où elles cherchent leur nourriture. Car, loin de maigrir et de s'étioler comme les premières, elles ont une exubérance de vie, un luxe de santé. Cet état est le premier pas vers la stérilité, et si leur alimentation continue à être aussi bonne, elles ne tardent pas à devenir tout à fait stériles; alors les fermiers les portent au marché parce qu'elles sont excessivement grasses, mais improductives. Les gallinacés deviennent donc stériles par surcroît de nutrition et de bien-être.

Rapprochons ces faits de ceux de la vache et de la jument grasses, et surtout des carpes des étangs de la Sologne, qui, devenues magnifiques, ne produisent plus d'œufs, et nous serons forcés de conclure que le bien-être poussé jusqu'à certaines limites diminue notablement la fécondité et même dans quelques cas conduit à la stérilité absolue. J'aurais encore à vous parler des végétaux où la même loi est écrite en gros caractères; mais je crains d'abuser de l'analogie.

Agréez, etc. Greppo, D.-M.

NOUVELLES.

Nous sommes heureux de pouvoir annoncer que la maladie de M. le professeur Cloquet, qui avait inspiré de sérieuses inquiétudes à ses amis, est en bonne voie de décroissance et qu'elle aura bien certainement une terminaison heureuse.

— Malheureusement nous avons à annoncer en même temps que la santé de M. le professeur Blandin est assez gravement altérée. Cet honorable confrère, ayant voulu continuer son service malgré des troubles intestinaux qui résistaient depuis plusieurs jours à un régime sévère, a vu ces symptômes se transformer en une véritable cholérine qui l'oblige à garder le lit. Toutefois, on espère que cette maladie n'aura aucune suite sérieuse. Elle aura seulement pour résultat inévitable de priver les élèves des leçons de M. Blandin. Heureusement, ils entendront celles de M. Voillemier, qui va être appelé à remplacer ce professeur.

— Nous avons reçu depuis quelques jours déjà une lettre de M. le docteur Lachaise que nous espérions pouvoir insérer au moins en extrait; dans l'impossibilité où nous sommes encore aujourd'hui de faire cette insertion, nous nous bornons à annoncer que cette lettre avait pour objet principal de rassurer les familles des ouvriers employés aux travaux de canalisation de la Sologne, dont l'état sanitaire est meilleur qu'il ne l'a jamais été, contrairement à ce qu'avaient avancé quelques journaux politiques.

— M. le professeur Piorry commencera, le mardi 10 avril prochain, à 3 beures précises et à l'Ecole de médecine, le cours de pathologie médicale (semestre d'été), et le continuera à la même heure les jeudi, samedi et mardi des semaines suivantes. Ce cours durera deux semestres, pendant lesquels toutes les parties de la médecine pratique seront étudiées.

La clinique de la Pitié se fera à neuf beures et correspondra aux leçons faites à la Faculté. Elle servira à compléter le cours de pathologie.

— M. Trousseau, médecin de l'bôpital des Enfants malades, commencera son cours de clinique des maladies des enfants, mardi prochain, 10 avril, et le continuera pendant tout le semestre d'été.

Hôpital des Enfants malades, 149, rue de Sèvres.

L'*Artemisia glacialis*, plus connu sous le nom de Génépi, partage avec le *stachys anatolica* la faveur des médecins qui cherchent par des moyens nouveaux un remède efficace contre le choléra. Jusqu'à présent, on n'a qu'à se louer de ses effets dans la période algide de l'épidémie.

Cette plante jouit en outre au plus haut degré de l'action sudorifique, et est employée avec le plus grand succès pour ramener la transpiration, et contre les fluxions de poitrine et les maladies provenant de la non-circulation du sang.

M. Dunand, pharmacien, rue du Marché-Saint-Honoré, 5, en possède une assez grande quantité.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 7 AVRIL 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 41.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal parait trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement:

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 6 AVRIL 1849.

Marche du choléra.

Aucune modification sensible ne s'est produite, depuis notre dernier bulletin, dans la marche générale de l'épidémie. Mais quelques hôpitaux, et particulièrement les hôpitaux militaires, ont éprouvé plutôt un accroissement qu'une diminution dans le nombre des entrées, sur la moyenne des huit jours précédents. On nous a assuré que la maladie avait sévi avec assez d'intensité sur la garnison d'un des forts détachés des environs de Saint-Denis, pour que l'autorité ait cru devoir en ordonner l'évacuation. Voici l'état du nombre de cholériques reçus et décédés dans les différents hôpitaux.

	Nombre de cas.	Décès.
Salpêtrière.	494	349
Bicêtre,	16	11
Hôtel-Dieu,	123	59
Charité,	99	60
Pitié,	118	60
Saint-Louis,	55	30
Beaujon,	41	23
Necker,	24	13
Enfants-Malades,	13	5
Saint-Antoine,	9	6
Sainte-Marguerite,	7	5
Bon-Secours,	7	6
Clinique,	12	7
Maison de Santé,	2	1
Val-de-Grâce,	74	24
Gros-Caillou,	71	23
Total,	1165	682

Le choléra à la Salpêtrière.

Nous sommes heureux d'annoncer que les vœux que nous avons émis ont déjà reçu un commencement d'exécution. Dès hier, 142 vieilles femmes (1) ont été rendues à leurs familles avec l'agrément de celles-ci, et avec un secours de 60 centimes par jour; aujourd'hui l'évacuation continuera. Tous les véritables amis des pauvres féliciteront l'administration de la mesure qu'elle vient de prendre, et nous sommes autant que personne heureux de pouvoir joindre nos félicitations à celles du public, nous qui le premier avons conseillé cette grande mesure d'hygiène publique. Toutefois, notre opinion est que l'administration ne doit pas s'arrêter là. En même temps que nous conseillions de rendre à celles de leurs familles qui pourraient les recevoir les vieilles femmes de la Salpêtrière, nous conseillions aussi de transporter et de disperser les autres dans les bâtiments nationaux des environs de Paris. Cette dernière mesure est le complément indispensable de la première, et nous avons lieu d'espérer que l'administration ne laissera pas son œuvre à moitié accomplie.

L'interne de M. Barth a éprouvé une grande amélioration depuis notre dernier bulletin; malheureusement l'employé supérieur, qui semblait d'abord assez légèrement atteint, a succombé dans la journée d'hier. Un autre employé a été pris dans la même journée et transporté à la Maison de Santé du faubourg Saint-Denis. L'absence de cholériques dans cet établissement prouve bien que l'épidémie ne sévit que faiblement sur la partie non nécessiteuse de la population.

A propos de la mesure que nous avons conseillée, et qui a été prise pour la Salpêtrière, nous avons reçu de M. le docteur Payen une lettre dans laquelle cet honorable confrère exprime des craintes touchant les inconvénients que pourrait avoir la rentrée des femmes de la Salpêtrière dans leurs familles, qui sont mal logées et en général non moins mal nourries; il se demande si l'arrivée des vieilles femmes dans des logements étroits ne fera pas de chaque famille un foyer d'infection cholérique, et s'il ne vaudrait pas mieux diriger toutes les vieilles femmes sur les bâtiments nationaux de Paris et des environs.

(1) Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que 306 femmes ont évacué l'établissement.

Quant à la première de ces questions, nous ne pensons pas qu'il puisse y avoir le moindre danger de propager le choléra en dispersant dans la population les habitantes de la Salpêtrière; cela ne serait possible qu'autant que la maladie serait contagieuse, et grâce à Dieu, le contraire est aussi bien démontré qu'une vérité puisse l'être. Quant aux inconvénients qui peuvent résulter pour les familles et pour les femmes elles-mêmes de l'introduction d'un nouvel habitant dans un logement étroit, il est à croire que les familles ne réclameront les femmes que lorsqu'elles pourront les recevoir sans se mettre trop à l'étroit, et il faut espérer d'ailleurs que l'administraton y veillera, comme c'est son devoir.

Cela ne veut pas dire cependant qu'il ne valût pas infiniment mieux transporter les vieilles femmes à Saint-Cloud, à Meudon, etc., que dans leurs familles; mais on comprend qu'il y a des nécessités matérielles auxquelles l'administration ne peut se soustraire; il nous est impossible, en l'absence des éléments nécessaires, d'apprécier exactement ces nécessités; et c'est pour cette raison que nous n'avons pas voulu nous montrer trop exigeant. Ce sera déjà un grand bienfait, si l'administration peut soustraire d'une manière quelconque la population de la Salpêtrière à l'influence pernicieuse qui la décime, et qui se fait évidemment sentir sur cet établissement plus que dans les lieux considérés comme les plus insalubres.

Voilà ce que nous avons à répondre à la communication de notre honorable confrère, que le défaut d'espace nous empêche seul de reproduire tout entière, et dont nous le remercions sincèrement.

La mort des trois honorables représentants, MM. Fayet, évêque d'Orléans, Culmann et Ballot, que l'on attribue au choléra, celle de M. Dosne, beau-père de M. Thiers, qui a eu lieu ce matin, ont produit une certaine sensation dans le public, et fait craindre à beaucoup de personnes que l'épidémie ne prît des proportions considérables. Les renseignements que nous recevons des meilleures sources nous autorisent à affirmer que le choléra continue à ne sévir que dans des limites extrêmement restreintes. La plupart des médecins célèbres que nous avons consultés, et qui voient le plus de malades en ville, n'ont eu que des cas très rares de choléra à traiter; beaucoup n'en ont encore eu aucun en dehors de leur service d'hôpital.

Nous croyons devoir rendre publics ces renseigne-

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des signes de la mort et des moyens de prévenir les enterrements prématurés; par le docteur E. BOUCHUT, chef de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de Paris, etc. *Ouvrage couronné par l'Institut de France.*

L'étude des signes de la mort, demeurée si longtemps stationnaire, a fait dans ces derniers temps de rapides progrès. Par ses observations et par la publication qu'il vient de faire, M. Bouchut vient de lui en imprimer un nouveau, qui sera profitable à l'humanité.

Le nouveau *Traité des signes de la mort* se compose d'une critique sérieuse des observations de mort apparente rapportées par les différents auteurs, d'une exposition nouvelle des phénomènes de l'agonie, de l'énumération et de la discussion approfondie des premiers signes de la mort, tant des signes immédiats que des signes éloignés, d'une étude complète des signes de la mort apparente, enfin de l'indication raisonnée des moyens administratifs propres à établir le service général de la vérification légale des décès, seul moyen d'empêcher les enterrements prématurés.

A propos de cette dernière et importante question, l'auteur a rassemblé toutes les lois, documents et règlements de police qui se rapportent à l'administration, de manière à rendre son livre intéressant à la fois pour le médecin et pour ceux qui sont chargés de veiller à la santé publique par la direction administrative de l'hygiène publique. Cette partie du livre de M. Bouchut lui donne une utilité et un intérêt tout nouveaux.

Dans la critique des observations de mort apparente répandues dans la science, M. Bouchut s'est montré d'une sévérité que l'on ne saurait blâmer. Il a détruit une à une toutes ces accusations d'homicide jetées sur Vésale, sur Ph. Peu, et le chirurgien de l'abbé Prévost. Il a réduit à néant toutes ces histoires d'inhumations précipitées publiées par les journaux de province et colportées par les grands journaux dans tout le pays pour y répandre des alarmes sans fondement en favorisant de puériles craintes. A cet égard si M. Bouchut a été sévère, il n'a été que juste.

Une fois débarrassé des faits antérieurs mal observés qui ne pouvaient qu'embarrasser le terrain, l'auteur entre franchement en matière. Il décrit les phénomènes de l'agonie, en les appréciant au point de vue véritablement clinique, et passe ensuite à l'examen des *signes immédiats* de la mort, laissant à l'anatomie, à la physique et à la chimie le soin d'étudier les *signes éloignés* qui ont leur valeur, mais qui n'en ont pas plus que les signes immédiats.

Les signes immédiats de la mort sont aussi nombreux qu'il y a de fonctions physiologiques arrêtées dans le corps humain par le fait de la mort. Ces signes dépendent de la cessation des fonctions du cœur, du poumon et du cerveau. Tous ne sont pas facilement appréciables, ne sont pas également certains; mais il y en a quelques-uns qui ont une grande certitude, et cela suffit certainement au but que l'auteur se propose. Nous ne parlerons que de ceux-là.

Le premier de ces signes immédiats est l'absence prolongée des battements ou des bruits du cœur. Si naturelle que paraisse cette assertion, elle a été contestée, mais à tort, car elle est exacte et désormais bien démontrée par de très nombreuses et très intéressantes observations chez l'homme et chez les animaux. Quelles que soient les conditions dans lesquelles se trouvent les mammifères, syncope, léthargie, empoisonnement, congélation, etc., jamais on ne peut arriver à faire disparaître les battements du cœur sans produire la mort de l'animal. On peut réduire leur nombre, on peut les affaiblir, mais on ne peut les faire disparaître.

Le second signe immédiat de la mort est le relâchement simultané des sphincters. Il semble résulter des nombreuses recherches de l'auteur qu'il n'y a aucune affection dans laquelle s'observent à la fois la paralysie des sphincters du rectum, de la vulve, de la bouche, de l'orbite et de la rétine; M. Bouchut désigne sous le nom de sphincter de la rétine l'iris, qu'il considère comme un muscle, et sur le relâchement duquel il a fait des recherches fort curieuses, dont le défaut d'espace nous empêche de discuter la valeur.

Le troisième signe immédiat et certain de la mort, qui avait déjà été indiqué par Louis, mais que M. Bouchut a basé sur de nouvelles observations, c'est l'affaissement du globe de l'œil et l'obscurcissement de la cornée par une toile glaireuse. L'auteur réunit à dessein ces deux phénomènes, qui pourraient isolément n'avoir pas beaucoup de valeur et qui en ont au contraire une très grande lorsqu'ils sont réunis.

Les autres signes immédiats de la mort n'ont que peu d'importance au point de vue séméiologique. Quelques-uns ont cependant été de la part de l'auteur l'objet de recherches qui méritent de fixer l'attention : les effets comparatifs de la brûlure sur le vivant et sur le cadavre ont été étudiés avec beaucoup de soin par M. Bouchut, et ces observations nouvelles trouveront nécessairement plus d'une fois leur application en médecine légale.

Les signes éloignés de la mort perdent beaucoup de leur importance du moment où la certitude des signes immédiats se trouve démontrée. Cependant, ils restent utiles à connaître. Ce sont, parmi les principaux, la rigidité cadavérique, l'absence de contractilité sous l'influence des stimulants galvaniques et la putréfaction. M. Bouchut leur a consacré quelques pages où l'on remarque cependant encore des observations nouvelles; ainsi, il prouve par des expériences que la rigidité n'est pas évidemment le résultat de la coagulation de la fibrine dans les petits vaisseaux, et que probablement elle résulte du raccourcissement musculaire produit par les dernières contractions des muscles.

Là se termine la première partie du livre de M. Bouchut.

La seconde partie, que nous ne pouvons pas examiner aussi longuement, quoiqu'elle ne soit pas moins importante, est exclusivement administrative, et s'adresse surtout aux personnes chargées de veiller à l'hygiène publique. Elle est consacrée aux moyens d'empêcher les inhumations prématurées.

C'est là le côté pratique de la question des signes de la mort; c'est là que doivent conduire les recherches scientifiques pour être véritablement utiles; c'est là aussi que conduisent celles de M. Bouchut. C'est à l'administration à se servir des moyens que lui fournit la médecine.

M. Bouchut, résumant les résultats auxquels il est arrivé, dit : La science peut reconnaître la mort à l'instant même où elle a lieu, et il n'y aura jamais d'inhumations prématurées partout où des personnes instruites seront chargées de la vérification légale des décès.

Cette idée est en effet la seule raisonnable, et l'Académie des Sciences s'y est arrêtée dans le rapport qui lui a été présenté par M. Rayer sur le travail de M. Bouchut; elle est bien préférable à celle des maisons mortuaires que l'on a également proposées pour arriver au même but. C'est sans doute afin d'engager l'administration à mettre le plus promptement son idée en pratique que M. Bouchut a publié les règlements de la ville de Paris relatifs aux inhumations, les circulaires, les imprimés, et jusqu'aux modèles des certificats dont on fait usage pour assurer le service si important de la vérification légale des décès. Ces pièces ne peuvent manquer d'intérêt pour les étrangers qui ont encore chez eux des maisons mortuaires et qui voudraient savoir comment, en France, on est arrivé à s'en passer.

Par la courte analyse qui précède, il est facile de voir que le livre de M. Bouchut renferme des recherches fort intéressantes au point de vue scientifique, et qu'au point de vue pratique il est d'une grande et incontestable utilité. O.

ments ; car, si nous nous opposons de toutes nos forces à ce système d'obscurantisme dont l'administration a paru vouloir s'entourer d'abord, nous ne sommes pas moins opposé à tout esprit d'exagération calculée ou pusillanime. Toute la vérité, mais rien que la vérité, voilà le système auquel il faut être fidèle dans l'intérêt de tous.

L'Assemblée nationale a été moins sévère qu'on n'aurait pu s'y attendre à l'égard des sciences, et en particulier de l'Académie de médecine, dont on disait qu'elle devait réduire le budget à néant. Au lieu de cela, elle a adopté sans discussion le chiffre proposé par le ministère. Voici les chiffres qui ont été votés dans la séance d'hier :

Chapitre de la Faculté de médecine, 737,000 fr. — Adopté sans discussion.

Chapitre de l'Ecole supérieure (1) de pharmacie 317,900 fr. — Adopté sans discussion.

Chapitre de l'Institut national de France, 582,300 f. —Adopté sans discussion.

Chap. de l'Académie nationale de médecine, 47,000 fr. — Adopté sans discussion.

L'Assemblée a montré d'autant plus de sollicitude pour les sciences, que beaucoup d'autres crédits analogues, tels que ceux de l'Ecole d'administration, etc., n'ont été adoptés qu'après des réductions plus ou moins fortes.

Dans la même séance a été présenté le projet de loi tendant à accorder au ministre de l'agriculture et du commerce un crédit de 500,000 fr. pour des mesures à prendre contre le choléra.

M. le professeur Trousseau a cru devoir combattre l'utilité de ce crédit, par la raison que le choléra de 1849 fera moins de victimes que la petite vérole ou la dysenterie. Nous avouons ne pas bien comprendre la portée de ce raisonnement; il est vrai que la Chambre n'a pas été plus clairvoyante que nous, et qu'elle s'empressera sans doute de voter le crédit. Nous n'aurons qu'à l'en féliciter.

Dans sa séance du 4 avril, l'Assemblée nationale a voté une somme de 297,000 fr. pour secours généraux aux hospices, bureaux de charité et institutions de bienfaisance; une autre somme de 717 fr. pour secours aux personnes indigentes et rapatriement de Français indigents, et enfin une troisième somme de 120,000 fr. pour secours aux sociétés maternelles.

Quelques personnes, à l'exemple de certains représentants, pourraient s'étonner de l'exiguïté de la somme accordée aux hôpitaux et établissements de bienfaisance; mais il ne faut pas oublier que tous ces établissements ont à eux des revenus considérables, et que les crédits votés par l'Etat n'ont d'autre but que de combler le déficit qui peut exister entre les recettes et les dépenses des hôpitaux et hospices.

Revue clinique hebdomadaire.

Du rhumatisme épidémique. Traitement. — Parmi les maladies qui offrent le moins d'aptitude à revêtir la forme épidémique, le rhumatisme et la goutte occupent certainement un des premiers rangs. Depuis cette fameuse épidémie observée par Pytherme, au dire d'Hégésandre, cité dans Athénée, dans un temps plus héroïque par ses hableries que par ses hauts faits, personne n'a vu que les mûriers aient été stériles pendant vingt ans de suite, ni que la stérilité de ces arbres ait produit des épidémies rhumatismales, soit sur les hommes, soit sur les moutons.

Cependant, en dehors de ces fabuleuses exagérations, il existe des descriptions d'épidémies rhumatismales qui, sans offrir toute la précision qu'il serait permis de désirer, renferment cependant assez de détails pour ne point laisser de doute dans l'esprit du lecteur.

Telle est, par exemple, celle de Stoll, qui raconte avoir observé, en mars 1777, en août, et surtout en décembre 1779, la fièvre rhumatismale, sous forme épidémique : « En ce mois, dit-il, il y eut encore une très abondante moisson d'arthrites et de rhumatismes; et les maladies de ce genre ne se montrèrent jamais à moi, ou à d'autres que je sache, ni plus fréquentes, ni plus *épidémiques*, ni plus cruelles, ni d'un caractère plus opiniâtre. » (*Rat. med. ephem.*, 1779.)

Telle est encore la courte description suivante tracée par de Mertens, et applicable à des rhumatismes articulaires aigus qui régnèrent à Vienne pendant l'hiver de 1782-83 : « La fièvre arthritique, avec exacerbation vers le soir, et avec douleurs articulaires vagabondes, attaqua tant de personnes cet hiver, qu'en cette occasion je puis la nommer en quelque sorte épidémique et non pas intercurrente. » (*Observationes medicæ*, t. II., ch. V.)

Storck, Chamseru et d'autres signalent encore des épidémies analogues aux précédentes.

Mais il est facile de voir, malgré l'absence de beaucoup de détails, que ces épidémies n'ont jamais revêtu le caractère de grandes épidémies, et qu'outre la mortalité, qui a toujours été très faible, elles ont borné leur action à un très petit nombre de personnes et à des localités très peu étendues. Mais ces épidémies, pour n'être que des épidémies très circonscrites et peu graves, n'en sont pas moins importantes à étudier, principalement au point de vue pathogénique, mais aussi au point de vue pratique; car la médecine n'a pas seulement pour but de soustraire les malades à la mort; elle doit se proposer aussi de calmer leurs souffrances.

C'est donc avec un vif intérêt qu'on lirait une relation exacte d'une de ces petites épidémies, fort rares, comme on le voit, et que M. le docteur Hirtz, de Kaysersberg, est à même d'observer en ce moment, concurremment avec une épidémie d'érysipèles, lesquelles, comme on le sait, se distinguent, au contraire, par leur fréquence.

Malgré les magnifiques promesses des saignées coup sur coup, s'il y a une affection dont la thérapeutique est peu avancée, c'est assurément celle du rhumatisme articulaire aigu; aussi ne sommes-nous point étonné que M. Hirtz se plaigne de l'impuissance de toutes les méthodes classiques, et demande à la matière médicale des ressources plus efficaces. Malheureusement la matière médicale ne répond point aux espérances que l'on peut concevoir, et peut-être d'autant moins que la maladie offre un caractère épidémique.

On ne peut même pas interroger avec avantage les auteurs qui ont observé les épidémies que nous avons mentionnées; ces auteurs s'accordent seulement sur l'inefficacité des saignées; mais pendant que de Mertens ne trouva comme remèdes utiles que les bains sulfureux et l'administration du foie de soufre à l'intérieur, Storck ne se trouva bien que des émétiques, et particulièrement du soufre doré.

Malgré l'autorité de ces deux grands praticiens, ce n'est pas leur exemple que nous suivrions si nous avions à combattre une épidémie rhumatismale, ou même des rhumatismes sporadiques. Dans une maladie qui menace aussi rarement la vie que le rhumatisme articulaire aigu, dont l'élément capital est la douleur, l'important est d'empêcher cette douleur pendant tout le temps nécessaire pour permettre à la maladie d'accomplir son évolution, et d'arriver ainsi à sa terminaison naturelle. Or, l'opium à haute dose nous paraît remplir parfaitement cette indication. En donnant 5 centigrammes d'opium toutes les heures ou toutes les deux heures, comme nous l'avons vu faire souvent à M. Chomel, M. le docteur Requin et à d'autres, et comme nous l'avons fait souvent nous-même, on amène assez promptement le malade à un état de seminarcotisme suffisant pour engourdir la sensibilité anormale, et qu'il est facile ensuite d'entretenir au même degré, à l'aide de deux ou trois pilules par jour, pendant tout le temps suffisant pour donner le temps à la période douloureuse de s'épuiser, et pour la faire traverser au malade sans qu'il la ressente péniblement. Telle est, dans l'état actuel de la science, la méthode que nous considérons comme la meilleure, et que nous conseillerions de préférence à toute autre.

Traitement de l'amaurose par la strychnine. — Le traitement de l'amaurose par les vésicatoires et la strychnine ne saurait certainement offrir l'attrait de la nouveauté; bien des fois déjà il a été mis en usage avec des chances diverses et par bien des praticiens. Toutefois, nous ne croyons pas que ce soit là une raison pour laisser inaperçus les faits propres à montrer l'utilité d'un semblable traitement, utilité qui serait plus grande peut-être si l'on avait plus de confiance en elle, nous voulons dire si on l'employait plus tôt et avec plus de persévérance. Deux faits que nous avons observés en même temps dans le service de M. le professeur Blandin montrent, en effet, que ce n'est qu'à l'aide d'une persévérance pour ainsi dire à toute épreuve que l'on doit quelquefois des résultats satisfaisants.

Le premier de ces faits a été observé chez un homme de trente ans, manouvrier maçon, d'une bonne constitution, n'ayant jamais eu d'autre maladie qu'une fièvre scarlatine il y a quinze ans, habitant depuis longues années Fontainebleau, et entré à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Blandin, le 11 janvier 1849.

Au moment de son entrée, ce malade faisait remonter les premiers symptômes de sa maladie à deux mois. La vue avait, dit-il, commencé à s'affaiblir sans qu'aucun autre symptôme se fît sentir, sans que le malade vît des aigrettes lumineuses ou des corpuscules opaques passer devant ses yeux, sans qu'il éprouvât des éblouissements, des étourdissements, des tintements d'oreilles; de légers maux de tête se sont seulement fait sentir, et encore le malade n'est-il pas bien certain qu'ils aient été plus fréquents depuis le moment où la vue a commencé à s'affaiblir qu'auparavant, car il y est depuis très longtemps sujet. Il n'a jamais fait d'excès d'aucun genre, et n'a eu aucune affection vénérienne (écoulement, écorchure, etc.); il n'a jamais fait de chute, ni reçu de coup sur la tête.

L'affaiblissement a marché avec une telle rapidité que, lorsque le malade a été conduit à l'hôpital, il y avait déjà huit jours qu'il ne distinguait plus le jour de la nuit. — A Fontainebleau, un vésicatoire a été appliqué sur chaque tempe. Ce moyen ne paraît avoir modifié en rien les progrès de la maladie.

Dès son entrée à l'Hôtel-Dieu, on appliqua sur le synciput un vésicatoire, que l'on saupoudra avec trois centigrammes de strychnine; dès que ce vésicatoire fut sec, on en appliqua un second, un troisième et ainsi de suite jusqu'à en recouvrir toute la surface du cuir chevelu. Après le quatrième vésicatoire, le malade commença à distinguer la lumière des ténèbres; l'amélioration continua graduellement, quoique fort lentement, de manière qu'aujourd'hui, après trois mois de traitement non interrompu, il peut lire un imprimé dont les caractères ont un centimètre de hauteur. Les maux de tête paraissent avoir augmenté depuis l'application des vésicatoires, malgré l'amélioration de l'état de la vue. Le malade continue encore le même traitement.

Le second fait, fort analogue au précédent, a eu lieu sur une femme d'une quarantaine d'années; pendant que nous nous disposions à prendre l'observation de sa maladie, cette femme a quitté l'hôpital, effrayée qu'elle a été par l'apparition du choléra. Mais nous espérons qu'elle rentrera plus tard et que nous pourrons tirer du parallèle de ces deux faits quelques inductions pratiques qui ne seront point dépourvues d'intérêt.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Leçons cliniques sur le choléra.

Description des formes de la maladie.

(Suite du numéro du 31 mars.)

Sur les formes diverses du choléra. — On a admis, en raison de la diversité des symptômes du choléra, des formes diverses déterminées par la prédominance plus ou moins exclusive de certains de ces symptômes. Celles de ces formes qui nous paraissent devoir être maintenues comme exprimant assez bien les différentes physionomies que peut revêtir la maladie sont : la forme nerveuse, la forme inflammatoire, la forme asphyxique ou avec troubles marqués de la respiration, une quatrième forme plus spécialement caractérisée par les accidents du côté de la circulation, et enfin une cinquième dans laquelle les troubles des fonctions digestives jouent le principal rôle. On a pu voir déjà dans le petit nombre de sujets cholériques qui sont dans nos salles des exemples de ces diverses formes.

Toutefois, malgré cette diversité apparente de la physionomie de la maladie, il y a un petit nombre de phénomènes qui sont constants et dont la présence seule suffit pour faire reconnaître la maladie et pour rattacher tous les symptômes variés dont nous parlons à un type commun, quelque étrangers qu'ils y paraissent au premier abord. Ces phénomènes constants sont : la cyanose, teinte violacée de quelques parties du corps et spécialement de la face, qui se manifeste avec une intensité variable et persiste plus ou moins longtemps; la diminution ou la suppression des urines, qui est peut-être un peu moins constante que la cyanose et que je place à cause de cela en seconde ligne; l'altération de la voix. Ce dernier symptôme manque en effet très rarement. C'est tantôt une aphonie complète, d'autres fois un simple voilement de la voix avec raucité, qui n'est qu'un degré plus faible de l'aphonie.

Ainsi, cyanose, suppression des urines, aphonie, tels sont les phénomènes que l'on peut considérer comme constants. Le refroidissement du corps s'observe aussi dans le plus grand nombre des cas, mais il n'est pas assez constant pour être mis sur la même ligne que les précédents. Les autres phénomènes qui viennent ensuite par ordre de fréquence sont les déjections alvines et les vomissements blanchâtres. Ils sont très fréquents, mais cependant pas assez constants pour pouvoir être considérés comme pathognomoniques. Bien que les déjections aient en général un aspect caractéristique, on se tromperait quelquefois cependant si l'on croyait y retrouver toujours ces caractères. Les vomissements ont souvent la couleur des boissons; chez quelques sujets, ils sont mélangés d'un peu de sang, plus souvent d'un peu de bile; les premières déjections contiennent quelquefois des matières fécales.

Outre ces symptômes d'une perturbation violente des fonctions digestives, il en est d'autres qui ne sont pas moins remarquables; c'est une soif vive, un sentiment d'ardeur et de chaleur excessive à l'estomac, la sensation d'une barre qui traverserait la région épigastrique; ce sont des douleurs très vives d'estomac s'exaspérant quelquefois à la pression, et pouvant en imposer à des yeux peu attentifs pour une gastrite. Chez quelques malades, le ventre s'aplatit beaucoup; chez d'autres au contraire, mais c'est le cas le plus rare, le ventre est distendu par les gaz, et la pression y détermine du gargouillement. Ainsi : nausées, vomissements et selles caractéristiques, coliques, douleurs dans toute l'étendue du ventre, chaleur ardente dans l'estomac avec sentiment d'un poids ou d'une barre qui l'oppresse, tels sont en général les accidents dont les organes digestifs sont le siége, et qui constituent, avec les caractères précédents, l'ensemble des caractères les plus constants de la maladie et quelquefois même des seuls symptômes, car, ainsi que nous l'avons dit dans notre précédente leçon, les crampes, bien que considérées comme caractéristiques, manquent quelquefois.

Chez quelques individus, c'est la dyspnée qui constitue, dès le début de la maladie, le symptôme prédominant, dyspnée qui est portée jusqu'à la suffocation; c'est la forme respiratoire ou asphyxique.

Chez d'autres, c'est la circulation qui est le siége principal, sinon exclusif, des phénomènes cholériques : cyanose, ralentissement de la circulation; taches ecchymotiques déterminées par la compression, puis disparaissant avec lenteur; effacement des veines de la surface du corps; diminution telle des battements artériels qu'ils se soustraient entièrement à l'exploration; battements du cœur d'une faiblesse extrême. Quelques individus meurent ainsi dans un véritable état de défaillance. Quelquefois c'est par une véritable syncope que débute la maladie. On voit des individus tomber en défaillance et mourir sans qu'il se manifeste aucun autre symptôme. Nous avons eu ces jours derniers, dans la salle des femmes, une blanchisseuse chez laquelle la maladie a débuté de cette manière. Pendant qu'elle était à laver au bateau, elle a été prise inopinément de défaillance, et a été portée dans cet état à l'Hôtel-Dieu. Ce n'est que lorsqu'elle est revenue à elle que se sont produits successivement des vomissements, de la

(1) Le mot *supérieure* semblerait indiquer que le ministre tient à effectuer dans l'enseignement de la pharmacie la modification dont nous avons parlé il y a environ un mois; elle prouve aussi que les projets de suppression de cette Ecole, qu'on avait attribués au comité des finances, n'ont aucun fondement.

diarrhée, des crampes. Il semble que, dans ces cas, le principe délétère de la maladie se porte tout entier sur les organes de la circulation.

Tels sont, au plus haut degré, les caractères de la forme que nous avons appelée forme circulatoire.

L'altération ordinairement si profonde de la calorification est liée à l'état de la circulation. Ce rapport n'est cependant pas toujours exact. Dans quelques cas, la calorification semble être directement atteinte, indépendamment de l'influence qu'exerce sur elle la circulation; elle est profondément altérée alors que la circulation conserve encore une partie de son activité. J'ai vu, en 1832, un malade pris d'un froid glacial de tout le corps, sans aucun autre phénomène particulier. Ce malade eut une convalescence qui dura cinq mois.

La forme nerveuse se traduit par des troubles particuliers de l'innervation: douleurs vives de l'estomac ou bien spasmes convulsifs, soubresauts des tendons; convulsions atoniques ou toniques, générales ou partielles, fréquentes, passagères ou continues; convulsions affectant alternativement les muscles extenseurs et fléchisseurs, quelquefois limitées à un seul ordre de muscles, etc. Ces convulsions vont, dans quelques cas, jusqu'au tétanos. En 1832, j'ai vu succomber des sujets dans un véritable état tétanique. D'autres fois, ce sont des douleurs atroces que les malades ressentent dans les membres, douleurs telles que tout mouvement devient impossible. On peut voir, en un mot, se produire tous les phénomènes si variés qui émanent du système nerveux, et qui accusent une perturbation dans les fonctions du sentiment et du mouvement.

La forme inflammatoire se manifeste soit par quelques symptômes de phlegmasie locale, affectant plus spécialement l'estomac ou les intestins, soit par les symptômes de la fièvre inflammatoire: pouls plein et large, rougeur et turgescence de la face, chaleur de la peau, céphalalgie, etc.

Nous venons de voir quelles sont les formes principales sous lesquelles le choléra se manifeste, formes dont la connaissance n'importe pas moins au point de vue thérapeutique, comme on le verra plus tard, qu'au point de vue nosologique. Mais, quelle que soit celle de ces formes qu'il revête, le choléra ne sévit pas toujours avec la même intensité. Celle-ci peut beaucoup varier, et elle varie même en raison de ces diverses formes. Parmi les malades récemment entrés à l'hôpital, nous en avons vu quelques-uns qui ont eu un choléra très intense. Un artilleur, bien portant dans la journée et ayant fait son service, est pris à sept heures du soir des premiers symptômes; il est apporté à l'Hôtel-Dieu à onze heures dans un état algide complet; il succombe à trois heures du matin, c'est-à-dire en moins de neuf heures. En 1832, nous avons vu des cas plus intenses et plus rapides encore. On voyait des individus frappés et succomber en quelques instants, ainsi que nous en avons rapporté quelques exemples dans notre précédente leçon. En général, dans les faits dont nous avons été témoin depuis quelques semaines, soit à l'Hôtel-Dieu, soit en ville, la maladie n'a pas duré moins de sept à huit heures, et dans tous ces cas c'était dans la forme tétanique, convulsive ou syncopale qu'ont succombé les malades.

A côté de cela, il y a eu des cas très légers. Tel est, par exemple, celui d'un jeune garçon de dix-sept ans entré ici avec des vomissements, de la diarrhée, des crampes, du froid aux extrémités et qui est sorti guéri au bout de deux ou trois jours de séjour à l'hôpital. On est convenu généralement de donner le nom de *cholérine* à ces cas légers qui se rattachent certainement au choléra. Ce mot nous semble bon à conserver comme exprimant très bien une sorte de diminutif de la maladie. Lorsque des sujets sont pris pendant le cours d'une épidémie de choléra de selles séreuses, d'affaiblissement de la voix et de quelques légères crampes passagères qui ne les empêchent pas de se lever et de vaquer à leurs affaires, on ne peut pas dire que ce soit là précisément le choléra, mais assurément ce n'est pas une affection ordinaire; car elle présente, à l'intensité près, les phénomènes caractéristiques du choléra. Il y a entre cette affection et le choléra le rapport qui existe entre une variole confluente et une variole discrète, maladies très différentes par l'intensité, mais de même nature. La cholérine est certainement de même nature que le choléra, mais elle est loin d'en présenter le danger.

Il nous reste enfin, pour compléter l'histoire des formes du choléra, à parler de la forme chronique de cette affection, forme rare, et qui n'est pas indiquée par les auteurs, mais dont nous avons cependant observé plusieurs exemples en 1832. Elle est caractérisée par des douleurs épigastriques, des nausées, acidité de l'haleine, vomissements caractéristiques, quelquefois bilieux, accélération du pouls, faiblesse, délire, assoupissement, symptômes auxquels on ne peut assurément méconnaître l'influence cholérique; elle se termine le plus ordinairement par la mort. J'ai vu 18 à 20 cas vers la fin de l'épidémie de 1832. Sur ce nombre, 2 ou 3 seulement ont survécu, les 16 ou 17 autres succombèrent.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Cazenave.

Maladie de la peau caractérisée par des tumeurs très nombreuses répandues sur toute la surface cutanée, et prise successivement pour une syphilide ordinaire, pour un moluscum, pour une kéloïde, pour une syphilide tuberculeuse, et enfin pour une affection morveuse.

La maladie dont nous allons donner l'histoire est une des plus curieuses, des plus extraordinaires qui se soient depuis longtemps présentées dans les hôpitaux. Le titre que nous lui avons donné suffit pour montrer jusqu'à quel point son diagnostic offrait des difficultés, et jusqu'à quel point il a exercé la sagacité des observateurs. Ces circonstances justifieront suffisamment l'extension que nous avons donnée à la description suivante, que nous pouvons faire d'une manière complète, grâce à l'obligeance de plusieurs confrères distingués, auxquels nous témoignons nos vifs remercîments.

M. Moissenet, médecin de l'hôpital Saint-Louis, qui le premier a vu et soigné la malade, a bien voulu rédiger lui-même la première partie de l'observation; M. Lucien Corvisart nous a communiqué les observations qu'il a faites pendant le séjour de la malade à l'hôpital Beaujon; M. Chausit, interne de M. Cazenave, nous a fourni les détails qu'on a observés pendant les dernières semaines de la vie de la malade; et enfin le résultat de l'autopsie, à laquelle nous avons nous-même assisté, a été rédigé par M. le docteur Lebert, dont le nom garantit suffisamment l'exactitude des faits.

Voici d'abord la narration de M. Moissenet.

La nommée V..., femme M..., âgée de trente-un ans, taille moyenne, conformation régulière et bien proportionnée de la tête, du tronc et des membres; cheveux, sourcils et cils châtain-foncé; yeux bleus, nez fin, bouche petite, lèvres minces, joues colorées, visage ovale, physionomie ouverte, intelligente, et portant l'empreinte d'une gaieté habituelle; embonpoint modéré, peau blanche et d'une finesse remarquable, d'une sensibilité exquise, qui, sans causes connues, s'exaspère parfois au point de rendre douloureux certains contacts habituellement bien supportés; par exemple, la pression des vêtements.

Née à Laroche (Puy-de-Dôme), mariée depuis dix ans avec un marchand brocanteur avec lequel elle vit heureuse, mère de trois garçons qui paraissent d'une belle santé, habitant Paris depuis vingt-deux mois, d'abord pendant une année dans une chambre dont les murs laissaient ruisseler l'eau de toutes parts, puis dans un petit logement composé de deux chambres obscures, sales, infectes, surtout le soir, lorsqu'elles sont réchauffées par le poêle de fonte qui sert en même temps de fourneau de cuisine. Ce réduit, que j'ai dû visiter quelquefois, m'a toujours semblé des plus insalubres, et je n'ai jamais pu comprendre comment les sept personnes (deux ménages réunis) qui l'habitaient pouvaient y puiser, pendant la nuit, une suffisante quantité d'air respirable. La femme, ainsi que le mari, mène une vie très active et toute extérieure, qui peut, jusqu'à un certain point, contrebalancer pour elle cette condition vicieuse d'aération pendant le sommeil. Chaque jour, quel que soit le temps, elle parcourt certains quartiers de la banlieue et de Paris pour vendre ou acheter des vêtements et objets de toute sorte, excepté toutefois les peaux d'animaux ainsi que les os, qui sont exclusivement du commerce du mari, et travaillés à part dans un magasin situé loin du logis. A l'abri du besoin et des privations, ils se nourrissent sainement habituellement. Sobres et économes, ils doivent être crus quand ils affirment n'avoir jamais fait d'écarts de régime.

La mère de la malade est morte fort jeune d'une affection aiguë indéterminée de la poitrine et du cerveau, développée à la suite d'un refroidissement, et deux ans après avoir donné le jour à un deuxième enfant du sexe masculin, qui est encore aujourd'hui d'une santé parfaite.

Le père a, d'un second mariage, plusieurs enfants qui sont vivants et bien portants comme lui. Ainsi, dans cette famille, pas de trace évidente d'affection héréditaire. J'ai cherché à savoir si la malade avait été affectée de rhumatismes, d'érythème noueux, d'urticaire, etc., si elle avait eu des symptômes primitifs ou consécutifs de syphilis, et notamment des écoulements, des syphilides, des douleurs ostéocopes, etc.; des symptômes de scrophules, entre autres des tumeurs ganglionnaires. Toutes ces questions et cent autres encore, mais ces dernières surtout, posées de diverses manières et répétées à plusieurs reprises à la femme et au mari séparément, n'ont reçu que des réponses négatives.

A son arrivée à Paris, en 1847, la femme V... contracta, en touchant de vieux habits, une gale qui dura quinze jours seulement, mais qui a laissé à sa suite un prurit de toute la surface de la peau, dont trente-cinq bains sulfureux, pris à l'hôpital Saint-Louis, et plusieurs autres traitements, tant internes qu'externes, n'ont pu la débarrasser complétement.

En octobre 1847, à la suite d'un refroidissement, surdité incomplète, qui dura près d'un mois, et guérit sans aucun traitement spécial.

En janvier 1848, à la suite de démangeaisons très vives, il se développa au côté droit du cou une tumeur qui atteignit en peu de temps le volume d'un œuf. Après plusieurs traitements locaux et généraux incomplets et inutiles, prescrits les uns par des médecins, les autres par des charlatans, la malade se présente, le 20 juin de la même année, à la consultation de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis, où la tumeur est recouverte d'une traînée de caustique de Vienne. Cette cautérisation, étendue et profonde, détermine presque instantanément la résolution de la tumeur. L'eschare se détache peu à peu, et enfin la plaie qui en résulte, après avoir suppuré près d'un mois et demi, est fermée par une longue cicatrice qui ne s'est point rouverte depuis.

C'est pendant la durée de ce travail d'élimination et de cicatrisation, c'est-à-dire en juillet et août, que d'autres tumeurs de même nature se sont développées sur différentes parties du corps; l'une d'elles, située sur le côté gauche du nombril, devient en peu de temps grosse comme un œuf. Dans l'alternative de subir une cautérisation aussi douloureuse que la première, ou de courir les chances inconnues d'un mal abandonné à lui-même, la malade remet de jour en jour son retour à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Pendant ces hésitations, la tumeur diminue et disparaît peu à peu spontanément. Une autre tumeur développée peu de temps après celle-ci, au-devant de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche, après avoir augmenté de volume au point de s'avancer jusque sur le pubis, disparaît à son tour de la même manière, et deux mois plus tard que la précédente. Quatre à cinq autres tumeurs, beaucoup moins volumineuses que les trois dont nous venons de parler, se montrent dans le même temps, soit au pubis, soit aux seins, et s'effacent successivement. Bientôt après, deux nouvelles tumeurs se manifestent, l'une entre les deux seins, l'autre au-dessous du nombril. Cette dernière ayant pris en quelques semaines un accroissement aussi considérable que celles qui existaient auparavant dans d'autres points de l'abdomen, et dont nous avons parlé plus haut, la malade, effrayée de cette nouvelle repullulation, se présente le 22 septembre à la consultation de médecine de l'hôpital Saint-Louis.

La nature de ces tumeurs me paraissant fort difficile à déterminer, et dans l'impossibilité de donner extemporanément des conseils utiles, je propose à la malade de l'admettre dans la salle Saint-Thomas, dont le service m'était momentanément confié. Cette proposition fut d'abord repoussée, et je n'aurais certainement pas vu la malade revenir le lendemain sans la complication inattendue que je vais faire connaître. En sortant de la salle de consultation, la femme V... fut saisie par le froid, et à son retour chez elle, aux Batignolles, elle était affectée d'hémiplégie faciale.

Etat de la malade à son entrée dans la salle Saint-Thomas, lit n° 9, le 23 septembre 1848.

Atteinte depuis plusieurs jours d'une céphalalgie à laquelle elle était d'ailleurs fort sujette, elle avait ressenti, dans le trajet de l'hôpital chez elle, des douleurs vives dans l'oreille et dans la région parotidienne. Ces douleurs persistent. Les paupières du côté gauche ne peuvent se rapprocher, et l'œil reste à demi ouvert quand l'œil droit est complétement fermé. Larmoiement et léger trouble de la vision. La narine gauche est abaissée, le pli naso-labial presque entièrement effacé. La commissure gauche de la bouche est plus bas placée et plus rapprochée de la ligne médiane que la commissure droite. Tout le côté gauche de la face paraît beaucoup plus volumineux que le côté droit; cette différence est des plus marquée dans les mouvements exécutés par les muscles de ce côté, seuls susceptibles de se contracter, etc. La sensibilité de la peau est intacte; l'odorat ni le goût ne sont altérés; l'oreille est le siége de bourdonnements incommodes. Pour en finir avec cette complication de la maladie qui doit surtout nous occuper, hâtons-nous de dire que des applications de cataplasmes laudanisés sur le côté paralysé et partiellement douloureux, des sangsues au siége, des bains de pieds et des potions éthérées ont suffi pour guérir en une dizaine de jours la céphalalgie, les douleurs otique et parotidienne, et pour faire disparaître complétement l'hémiplégie faciale.

Pendant la durée de ce traitement, nous avons été à même d'apprécier l'extrême susceptibilité nerveuse de la malade. Constamment agitée dans son lit, affectée de douleurs vagues et passagères dans les membres, privée presque entièrement de sommeil, cette femme nous offrit le tableau d'un état d'hyperesthésie générale, qui nous sembla céder surtout à l'usage journalier des potions éthérées.

Tous les autres organes ou appareils d'organes, étudiés avec soin, étaient exempts de lésions matérielles et de troubles fonctionnels appréciables. Comme il n'existait aucun symptôme de maladie des organes génitaux, ceux-ci ne furent point explorés.

Revenons à l'étude des tumeurs. On voit au côté droit du cou une cicatrice en forme de bourrelet, longue de 10 centim., dirigée obliquement de l'angle du maxillaire à l'articulation sterno-claviculaire, sans couleur anormale et sans engorgement des tissus sous-jacents. Produite par la cautérisation avec le pâte de Vienne, cette cicatrice ne ressemble en rien aux cicatrices scrophuleuses.

Dans le milieu de l'espace compris entre les deux seins, existent deux tumeurs olivaires réunies bout à bout et formant au-dessous de la peau un relief assez léger pour rester inaperçu, s'il n'était marqué à son milieu par une coloration rosée qui contraste avec la blancheur mate des parties environnantes.

De chaque côté de l'ombilic, au milieu des vergetures qui indiquent la distension antérieure du ventre par trois grossesses successives, on distingue deux taches larges comme des pièces de 5 francs, blanches, ridées, à reflet brillant, d'apparence cicatricielle et résultant d'un amincissement de la peau analogue à celui que l'on observe dans certains lupus. Ce sont les seules traces persistantes des tumeurs guéries spontanément par résolution. Au centre de l'espace compris entre l'ombilic et le pubis, on voit une plaque d'un rouge framboisé, de 3 centim. de diamètre transverse et de 1 à 2 centim. de diamètre vertical; élevée à ses bords comme à son centre de 3 à 4 millim. au-dessus du niveau de la peau ambiante, qui a conservé sa coloration normale; cette plaque occupe le milieu d'une tumeur ovoïde de 11 à 12 centim. de diamètre transverse et de 4 à 5 centim. de diamètre vertical, dure, résistante, non fluctuante et sensiblement isolée d'ailleurs des aponévroses sous-jacentes. Cette tumeur, formée dans le tissu cellulaire, soulève la peau de manière à augmenter légèrement la saillie de la région sous-ombilicale, et n'adhère à cette membrane qu'à son milieu, c'est-à-dire au niveau de la plaque décrite qui fait partie de la tumeur elle-même. Cette plaque, examinée de près, ressemble parfaitement à une énorme plaque d'urticaire. La peau, rouge, luisante, boursouflée, vue à un jour oblique, paraît semi-transparente, comme si elle était infiltrée de sérosité, et ses pores sont à la fois plus marqués et plus écartés les uns des autres; il n'y a pas trace de suintement à sa surface. La malade fait remonter à six semaines le début de cette tumeur.

En dedans, et un peu au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite, on voit deux autres plaques framboisées, l'une irrégulièrement arrondie, de 3 centimètres de diamètre, l'autre oblongue et un peu moins volumineuse que la précédente. Les tumeurs dont ces plaques faisaient partie, et marquaient le centre comme dans le cas précédent, ont complétement disparu après deux mois d'existence.

De chaque côté du pubis, deux autres tumeurs grosses comme des amandes et surmontées chacune d'une plaque rouge lenticulaire.

La plupart de ces tumeurs avaient été précédées ou accompagnées à leur début, pendant un ou plusieurs jours, de démangeaisons, que le frottement changeait quelquefois en ardente cuisson. Puis elles étaient devenues indolentes, *engourdies*, et avaient cessé de se développer. Au dire de la malade, les frictions provoquées par le prurit auraient eu une influence marquée sur l'accroissement des tumeurs et surtout des plaques. Celles-ci, constamment développées après les tumeurs, persistaient plus ou moins longtemps après la disparition de ces dernières. Les détails qui précèdent confirment parfaitement ce renseignement de la malade.

Cette affection singulière fut, pour ainsi dire, abandonnée à elle-même. Sauf quelques frictions avec la pommade d'iodure de plomb faites sur les tumeurs du ventre, le traitement fut dirigé contre l'hypersthésie générale, les douleurs névralgiques et la paralysie de la face, qui guérirent promptement.

Le 5 octobre, la tumeur située entre les deux seins a diminué de moitié. La plaque qui la surmonte s'est étendue, au point de la couvrir entièrement. La tumeur située entre l'ombilic et le pubis est réduite en étendue à la plaque sus-jacente, qui fait au-dessus du niveau de la peau une saillie de 3 à 4 millimètres. Entre cette plaque et le bord antérieur de l'os des iles, on voit une tache rouge sans saillie, sans épaississement de la peau, longue de 8 centimètres, sur 3 à 4 de largeur, irrégulière, et paraissant résulter de la fusion des deux plaques dont il a été fait mention plus haut. Les tumeurs du pénil n'ont pas subi de modification appréciable.

La malade est, du reste, dans un état de santé satisfaisant, qui lui permet de sortir de l'hôpital le 9 octobre.

Le 20 octobre, la malade vient me consulter pour un engorgement de la partie moyenne de la lèvre supérieure. La fossette labiale est remplie et effacée par la saillie de cet engorgement; la peau n'offre d'autre altération qu'une coloration rosée diffuse. Un coryza datant de quatre jours a précédé d'un jour cet engorgement de la lèvre, que je considère comme un érythème noueux consécutif à l'irritation de la peau par le flux nasal, lequel ne présente d'ailleurs aucun caractère particulier différent de celui du coryza vulgaire. Je me borne à prescrire des lotions nasales avec l'eau de son vinaigrée, et des onctions sur la tumeur avec la pommade d'iodure de plomb.

Le 24, le coryza est guéri, et l'engorgement a notablement diminué. La tumeur abdominale est complétement dissipée. Il ne reste à sa place qu'une tache rose en voie de résolution. La tumeur située entre les deux seins a disparu sans laisser de trace. Mais une nouvelle tumeur grosse comme une petite noix s'est développée dans le tissu cellulaire du sein gauche, à la partie interne de la glande mammaire, dont elle est d'ailleurs parfaitement détachée. Cette tumeur n'est pas roulante sous le doigt, comme le serait une tumeur ganglionnaire, mais intimement unie au tissu dans le milieu duquel elle est formée; elle ne peut être déplacée qu'avec lui. Elle n'adhère pas encore à la peau, bien qu'elle la soulève sensiblement. Les deux tumeurs de la région pubienne ont disparu, et l'on ne reconnaît leur siége primitif qu'à la coloration violette de la peau. Un peu au-dessous de ces taches une nouvelle tumeur s'est développée depuis une huitaine de jours. Aujourd'hui, grosse comme une noix, elle soulève la peau, qui est d'un rouge vif et excoriée par suite de frictions faites pour calmer les vives démangeaisons dont elle est le siége.

Je prescris des bains savonneux et la pommade d'iodure de potassium.

Le 13 novembre, la malade a pris jusqu'à ce jour six bains savonneux, et fait régulièrement les frictions iodurées sur ses tumeurs.

La tumeur du sein gauche est dissoute sans avoir laissé de traces à la peau. Les taches de la région pubienne n'existent plus. La tumeur développée au-dessous d'elles est recouverte d'une croûte mince, adhérente par elle-même et par les poils compris dans son épaisseur. Cette croûte enlevée, on voit une ulcération superficielle de la dimension d'une pièce de 2 fr., dont le fond rosé est humide de pus. En pressant la tumeur sous-jacente on fait sourdre quelques petites gouttes de pus à travers les hourgeons de la surface dénudée.

A la partie postérieure et inférieure de la grande lèvre gauche, dans l'épaisseur du bord vaginal, nouvelle tumeur du volume d'une grosse amande; tumeur dure et insensible à la pression. Peu d'excoriation de la muqueuse. — Continuation des bains. Cataplasmes sur la tumeur ulcérée.

Le 17, l'ulcération a le meilleur aspect, et paraît tendre à la cicatrisation. La tumeur sous-jacente a diminué de deux tiers.

La malade me dit que la tumeur vulvaire est dans le même état.

A la partie postérieure du cou, à gauche de la 5e vertèbre cervicale, nouvelle tumeur grosse comme une noisette, roulante sous la peau, qui n'est altérée ni dans sa couleur, ni dans sa consistance. L'apparition de cette tumeur, que l'on peut croire ganglionnaire, sa coïncidence avec les tumeurs des parties génitales, me portèrent à interroger de nouveau la malade et son mari, au point de vue des affections syphilitiques. Je n'obtiens, comme toujours, que des réponses négatives très catégoriques, et qui me paraissent très dignes de foi. Je ne puis obtenir de faire l'examen des parties génitales, aucun symptôme local n'en faisant comprendre à la malade la nécessité. L'arrière-gorge n'offre aucune trace d'altération spécifique.

Les phénomènes d'hypersthésie générale déjà observés pendant le séjour à l'hôpital se réveillent avec intensité. La malade attribue à la neige et au brouillard humide et froid qui couvrent Paris depuis quelques jours les douleurs qu'elle ressent dans les membres et à la tête. Ces douleurs, vives pendant le jour et sous l'impression du froid, sont calmées par la chaleur du lit et ne troublent point le sommeil. Si le bras, l'avant-bras et la main droite sont le siége de douleurs beaucoup plus vives que toutes les autres parties du corps, cela tient, au dire de la malade, à la fatigue et au froid qu'elle a ressentis en berçant son enfant plusieurs heures de suite.

Je prescris la solution d'iodure de potassium (8 gr. d'iodure pour 250 gr. d'eau) à la dose d'une cuillerée matin et soir, en recommandant d'augmenter cette dose d'une cuillerée de trois en trois jours jusqu'à quatre cuillerées matin et soir si rien ne s'y oppose.

Vers les premiers jours de décembre, le mari de la malade vient me prier d'aller la voir chez elle, rue de L..., aux Batignolles. Elle n'avait point fait le traitement prescrit. Après avoir lavé son linge à l'eau froide, ayant ses règles, elle avait été prise de fièvre et de douleurs insupportables à l'avant-bras droit; les règles, supprimées pendant deux jours, s'étaient montrées de nouveau le matin même du jour de ma visite. Les cataplasmes laudanisés, qui jusque-là avaient été appliqués sans relâche sur l'avant-bras, n'avaient produit aucun amendement dans la douleur. Le retour des règles fut plus puissant. La douleur était moindre le soir, mais la fièvre persistait.

Différentes circonstances indépendantes de ma volonté m'ayant empêché de continuer mes soins à la malade, je n'eus de ses nouvelles que le 26 décembre. Le médecin qui avait été appelé à la traiter lui avait fait prendre plusieurs purgatifs, des lavements émollients, des tisanes sudorifiques, etc. La céphalalgie, le ballonnement du ventre, la constipation et la fièvre avaient été, au dire du mari, les symptômes prédominants.

Le 27, je trouvai la malade dans l'état suivant : Céphalalgie plus intense que les jours précédents, fixée surtout au-dessus de l'œil gauche; étourdissements, vertiges, qui n'avaient pas existé antérieurement; sommeil agité par des rêves pénibles, qui ne répare point les forces. Depuis ce matin seulement la paupière supérieure gauche est appesantie et s'ouvre incomplétement : pas d'irrégularité dans les traits de la face, même pendant l'action de parler. Pas de gêne dans la parole, pas de paralysie des membres; douleur vive, persistante à l'avant-bras droit, sans coutracture. En palpant la face antérieure de cette partie, je découvre au milieu une tumeur grosse comme une noisette située dans le tissu cellulaire sous-cutané, sans coloration anormale de la peau et douloureuse au toucher. La sensibilité générale de la peau est plutôt augmentée que diminuée; le contraire a lieu pour quelques plaques que la malade nous dit être frappées d'engourdissement.

Il existe une chaleur brûlante de la peau en même temps qu'un ralentissement notable du pouls (48 pulsations). Divers symptômes accessoires de l'état fébrile existent à un degré assez prononcé. Ainsi, l'inappétence, la soif et l'état saburral de la langue; le ventre est indolent et météorisé, la constipation est rebelle.

La malade, constamment couchée dans le décubitus dorsal, immobile et parlant peu, paraît plus prostrée qu'elle ne l'est en réalité; son moral est plus abattu que ses forces. La cause de son découragement et de sa tristesse est l'apparition de nouvelles tumeurs et plaques qui ont des caractères inaccoutumés. Au milieu de la portion dorsale de l'épine, on voit une plaque arrondie de 1 centimètre de relief au-dessus du niveau de la peau et de 6 à 8 centimètres de diamètre, d'une couleur rouge-violâtre, laissant suinter par une excoriation de son centre une sérosité rougeâtre; on sent que cette plaque est assise sur un engorgement sous-cutané, qui dépasse ses bords d'un centimètre et demi à deux centimètres en tous sens. Bien que sensible aux froissements qui résultent de sa situation même, cette plaque l'est beaucoup moins que la peau d'alentour. Nouvelle tumeur avec plaque dans le sein droit. Celle du sein gauche n'existe plus.

La tumeur de la grande lèvre a disparu; mais il en existe une autre à la partie interne et supérieure de la cuisse. Celle-ci, large comme une pièce de 5 francs, à bords violets et élevés de plus d'un centimètre au-dessus du niveau de la peau, présente à son centre une ulcération superficielle dont le fond, jaune-grisâtre, paraît infiltré de pus. Ces tumeurs, ainsi que plusieurs autres moins volumineuses situées aux hanches, sur le ventre et aux cuisses, se sont développées ou ont pris un accroissement notable et le caractère nouveau qui effraye le plus la malade, c'est-à-dire l'ulcération, pendant le cours de cette maladie fébrile dont je n'ai vu que le commencement et une partie de la fin, et qu'il m'est par conséquent impossible de qualifier avec précision. Toutefois, mettant à part la congestion cérébrale et l'hémiplégie faciale commençante, je crois pouvoir rapprocher cette sorte de fièvre de celle qui précède et accompagne la formation d'abcès multiples chez certains sujets, et notamment chez les scrophuleux.

Le 28, 12 sangsues appliquées au siége la veille ont débarrassé la malade de sa céphalalgie et conjuré la paralysie faciale, qui paraissait imminente. Je prescris la tisane de *quassia amara* et l'eau vineuse.

Le 29, l'appétit revient; la chaleur de la peau a diminué; la malade est plus gaie, mais elle est très faible; la plaque dorsale est convertie en ulcération fongueuse qui occupe toute son étendue. — Tisane de quinquina; bouillon; potages.

Le 31 décembre, le mari vient me dire que la tisane de quinquina fait merveille, que sa femme va beaucoup mieux et qu'elle pourra bieutôt venir elle-même me mettre au courant de sa santé. A dater de cette époque j'ai perdu de vue la malade; plus tard, j'ai appris qu'elle était à l'hôpital Beaujon; enfin, je l'ai revue dans le service de M. le docteur Cazenave, à l'hôpital Saint-Louis, complétement méconnaissable et dans un état que le début de sa maladie ne permettait certainement pas de prévoir.

(*La suite à un prochain numéro*).

Le choléra a entièrement disparu de Douai.

NOUVELLES.

Jusqu'à décembre 1848, l'exportation des sangsues par les provinces transcaucasiennes de l'empire russe avait été franche de droits.

Une décision du comité du Caucase, sanctionné par ukase du 21 décembre, soumet cette exportation à un droit de 80 copecks la livre (7 fr. 82 c. le kilog.)

Les sangsues devront être pesées avec les sacs dans lesquels elles sont expédiées, et le droit sera perçu sans déduction de tare.

—Les 1,164 administrations hospitalières de France dirigent 1,338 hôpitaux ou hospices ayant un revenu total ordinaire de 53 millions et demi. Ces derniers établissements sont ainsi divisés : 180 aux chefs-lieux de département, 318 dans 254 chefs-lieux d'arrondissement, et 840 dans 824 chefs-lieux de canton. Il n'existe ni hôpitaux ni hospices dans 23 chefs-lieux d'arrondissement.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 10 AVRIL 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 42.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	— 13 fr.	— 7 fr.
Départements .	26 fr.	— 14 fr.	— 8 fr.
Étranger . . .	30 fr.	— 16 fr.	— 9 fr.

PARIS, 9 AVRIL 1849.

Marche du choléra.

La marche générale de l'épidémie n'a éprouvé aucune amélioration depuis notre dernier bulletin. D'après les informations que nous avons reçues, elle paraît même avoir éprouvé, dans le quartier Saint-Antoine, une modification en sens inverse. Le petit hôpital Sainte-Marguerite, situé dans ce quartier, et qui n'avait compté, depuis le début de l'épidémie, que 7 cholériques, en a reçu 8 hier. Toutefois, ce léger mouvement de recrudescence ne paraît pas s'étendre au-delà du faubourg Saint-Antoine; car les cas de choléra continuent à être excessivement rares dans la clientèle civile de toutes les classes. Mais les médecins sont appelés à soigner un grand nombre de cholérines qui, heureusement, se terminent presque constamment d'une manière favorable.

La situation de la garnison, qu'on avait pu craindre de voir s'aggraver, reste à peu près dans le même état que celle de la population civile; l'épidémie y est à peu près stationnaire. Le fort dont nous avons parlé dans notre dernier numéro, et qui a été évacué en partie, a offert cette particularité remarquable, que les soldats évacués, qui étaient le plus sainement logés, ont continué à être atteints en partie après leur évacuation, tandis que ceux qui étaient logés dans les casemates, et qui n'avaient point été atteints par l'épidémie, se sont maintenus jusqu'à ce jour dans un état sanitaire satisfaisant.

Voici la situation des cholériques reçus et décédés dans les divers établissements nosocomiaux.

	Nombre de cas.	Décès.
Salpêtrière	557	397
Bicêtre.	23	14
Hôtel-Dieu.	148	70
Charité.	122	69
Pitié.	130	71
Saint-Louis.	60	32
Beaujon.	41	23
Necker	24	13
Enfants-Malades. . . .	13	5
Saint-Antoine.	10	5
Sainte-Marguerite. . . .	7	5
Bon-Secours.	7	6
Clinique.	15	8
Maison de Santé. . . .	2	1
Val-de-Grâce	96	28
Gros-Caillou.	104	34
Total,	1359	781

Le choléra à la Salpêtrière.

La journée de vendredi avait été bonne pour la Salpêtrière; six cholériques seulement étaient entrées à l'infirmerie. Mais l'espoir qu'avait fait naître ce temps de calme n'a pas été de longue durée. La journée de samedi a vu se développer 19 nouveaux cas, et celle d'hier 16. Aujourd'hui à midi une vingtaine de femmes ont déjà été atteintes, et si l'épidémie continue à sévir avec la même intensité pendant le reste de la journée, cette journée sera l'une des plus fatales qui aient encore eu lieu.

L'évacuation a du reste continué mais lentement depuis vendredi : 433 femmes seulement ont été rendues à leurs familles; mais aucune n'a encore été transportée dans d'autres bâtiments publics. Il est bien à regretter que l'administration ne mette pas plus de promptitude à exécuter cette seconde partie de la mesure qui est la plus importante.

Il y a eu du reste aujourd'hui une conférence entre le préfet de la Seine, le directeur général des hôpitaux, les employés supérieurs et les médecins, afin de chercher un moyen de mettre un terme aux ravages de l'épidémie. Nous ne savons encore ce qui est résulté de cette conférence; mais il n'est pas besoin de dire qu'on ne trouvera un remède efficace que dans l'évacuation la plus complète possible de l'établissement.

Nous sommes heureux de pouvoir donner de bonnes nouvelles des deux élèves internes atteints à la Salpêtrière par l'épidémie qui y sévit si cruellement. M. Falret fils, légèrement atteint, entre actuellement en convalescence, et M Patrin (interne de M. Barth), qui a inspiré de si sérieuses inquiétudes, continue à aller chaque jour un peu mieux. Dans les autres hôpitaux aucun interne n'a été frappé, malgré les fatigues qu'ils s'imposent avec ce dévouement dont ils ont donné tant de preuves.

On nous écrit d'Angers :

Un cas de choléra a été observé la semaine dernière à Angers sur une dame qui, après deux jours d'une indisposition bilieuse, a été prise d'une véritable attaque, à laquelle elle a succombé en moins d'un jour. Mais aucun autre cas n'a été observé, soit en ville, soit à l'hôpital.

Nous recevons de M. le docteur Lionet, de Corbeil (Seine-et-Oise), une lettre dans laquelle il nous annonce que deux filles employées à la lingerie de la Salpêtrière, et qui sont allées en congé dans le village de Saint-Germain-les-Corbeil, ont été prises, l'une du choléra auquel elle a succombé, l'autre d'une indisposition qui peut faire craindre le développement de l'épidémie.

M. Lionet nous communique surtout ce fait, pour nous faire sentir le danger qu'il peut y avoir à disséminer ainsi en différentes localités le germe de la maladie; car, dit-il, « si la maladie venait à gagner de proche en proche chez les ouvriers du voisinage, la précaution prise par l'administration serait-elle sérieusement humanitaire? »

Non, sans doute, si cela arrivait, la mesure ne serait point humanitaire; mais comme il est parfaitement certain que cela ne sera pas, nous ne pouvons qu'applaudir à la mesure prise par l'administration, tout en regrettant, avec MM. Lionet et Payen, que l'on n'ait pas mis à exécution la seconde partie de notre conseil, qui, ainsi que nous l'avons déjà dit, était la partie la plus efficace.

Dans une correspondance adressée à M. le docteur Chandelier, on annonce que le choléra s'est déclaré à Châlons-sur-Saône le 2 avril. Ce jour-là il y a eu deux personnes atteintes qui ont succombé; le lendemain il y a eu cinq nouveaux cas, dont on ignore l'issue.

M. le docteur Dumoncel nous écrit de Granville (Manche) :

« Depuis le 27 mars le choléra s'est déclaré à Granville avec une grande intensité. Depuis ce moment jusqu'à ce jour, nous comptons au moins 50 cas et 20 décès. Il est chaque jour en progrès. Le nombre des cholérines est considérable; souvent elles ne sont que le commencement du choléra. »

A Chartres, à Lorient, à Port-Louis (Morbihan), le choléra a déjà fait plusieurs victimes; mais il paraît heureusement avoir cessé ses ravages dans le Pas-de-Calais et dans une grande partie de la Seine-Inférieure.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Cazenave.

Maladie de la peau caractérisée par des tumeurs très nombreuses répandues sur toute la surface cutanée, et prise successivement pour une syphilide ordinaire, pour un moluscum, pour une kéloïde, pour une syphilide tuberculeuse, et enfin pour une affection morveuse.

(Suite du n° précédent.)

Avant de faire connaître les considérations intéressantes qui suivent l'exposition des faits qui précèdent, il convient de continuer à observer sans interruption la marche de la maladie.

Le 21 janvier, la malade entra dans le service de M. Huguier, à l'hôpital Beaujon, où elle resta jusqu'au 2 février. Son état fut constaté avec un soin scrupuleux par M. Corvisart, qui le décrit de la manière suivante :

Décubitus dorsal, tantôt incliné à gauche, tantôt à droite, pour permettre aux membres pelviens fléchis de rester sur le

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Nouvelles méthodes merveilleuses pour traiter le choléra. Nouveau signe propre à faire connaître d'avance le degré d'intensité de cette maladie. — Diagnostic antespectif de l'asthme.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA *Gazette des Hôpitaux*.

Mon cher Confrère,

Vous vous plaignez journellement de l'impuissance de la thérapeutique à l'endroit du choléra, et vous vous livrez souvent sur ce sujet à des réflexions fort louables, je n'en disconviens pas, mais qui ne laissent pas que d'être un peu bien humiliantes pour notre art. Si ces réflexions étaient vraies, il faudrait pourtant en passer par là, et tout chatouilleux défenseur que je sois des prérogatives de notre profession, je vous déclare que je ne serais pas le dernier à me soumettre; mais permettez-moi de vous dire que vous exagérez singulièrement notre faiblesse; que vous ne tenez guère vos lecteurs au courant des merveilleuses découvertes dont nous sommes chaque jour les témoins, et que surtout vous ne rendez guère justice aux rares génies qui les produisent. Pour mon compte, je suis encore tout ébaubi de celles que j'ai vues naître cette semaine, et je me crois en conscience obligé de signaler à mes confrères au moins les principales d'entre elles, et de remplir ainsi une importante lacune que vous avez laissée dans votre *Revue thérapeutique du choléra*.

La première de ces découvertes n'est pas la moins remarquable, car il ne s'agit de rien moins que de réduire à 6 pour 100 (sans fraction aucune) la mortalité parmi les cholériques. Certes, ce chiffre est assez séduisant, lorsqu'on songe que la mortalité actuelle est de plus de 50 pour 100, d'après votre dernier bulletin (682 sur 1165). Afin que rien ne manquât au mérite d'une telle découverte, l'auteur a jugé à propos de tenir son nom secret, et j'en suis bien fâché, car il y en a plus d'un qui a passé à la postérité avec des titres infiniment moins recommandables. Ne pouvant donc vous faire connaître ce nom que la renommée nous révélera sans doute quelque jour, je vais me contenter de vous faire connaître la méthode, qui, après tout, vous intéresse plus directement. La voici telle qu'elle a été formulée par la main même de l'auteur :

« 1° Mettez sur un lit une couverture de laine;

» 2° Mettez sur cette couverture le malade sans chemise;

» 3° Mettez sur le malade de six à douze autres couvertures de laine, suivant la saison;

» 4° Mettez des bouteilles aux pieds, aux jarrets, aux aines, aux plis des bras et sous les aisselles;

» 5° Donner toutes les minutes *une cuillerée* à bouche FROIDE de la potion suivante :

Eau pure *froide*.............	20 cuillerées;
Laudanum de Sydenham......	20 gouttes;
Ether nitrique...............	21 gouttes;
Teinture de safran...........	19 gouttes.

» Si, à la centième cuillerée, le malade ne suait pas, ce serait fort extraordinaire, et l'on doublerait la dose de tous les ingrédients, y compris les couvertures de laine; et si, malgré ce redoublement de la médication une guérison rapide ne se manifestait pas, c'est qu'il était écrit quelque part que le malade devait trépasser. »

Puisque l'auteur a tenu son nom secret, il est bien évident qu'il n'a voulu tirer aucun profit de sa découverte, et il prend d'ailleurs la peine de nous avertir qu'il ne l'a publiée que pour obéir à sa conscience. Avouez avec moi que vous ne savez guère ce qu'il y a de plus rare, de notre temps, ou d'une telle conscience ou d'une pareille découverte!

Je dois vous dire pourtant que celle-ci n'est pas tellement merveilleuse qu'il n'y en ait de plus merveilleuses encore. Telle est, par exemple, celle du docteur G., qui a certainement atteint l'apogée du merveilleux.

Il ne s'agit plus, pour M. G..., de guérir les trois quarts, les cinq sixièmes, les neuf dixièmes, ou même les dix-neuf vingtièmes des cholériques : ce serait là, pour M. G..., des revers qui n'auraient pu satisfaire sa noble ambition, et dont il s'étonne, dont il s'indigne même qu'un médecin puisse faire l'aveu!

Quant à lui, ce n'est plus dix-neuf cholériques sur vingt, ce n'est même plus quatre-vingt-dix-neuf sur cent qu'il guérit; c'est tous les cholériques sans exception; et cela, à l'aide d'une méthode aussi simple que celle qui consisterait à boire un verre d'eau. Peut-être aurez-vous la curiosité de me demander quelle est cette méthode, et comment il se fait que les cent voix de la renommée n'en aient pas déjà porté la connaissance jusque dans les plus sombres profondeurs des forêts vierges d'Amérique; mais je ne saurais vous satisfaire. A l'opposé de l'inventeur de la découverte précédente, qui a publié sa formule et tu son nom, M. le docteur G... a publié son nom et tu sa formule; tant sera éternellement vrai le système de feu M. Azaïs. Vous devrez donc vous résigner, jusqu'à ce qu'il plaise autrement à M. le docteur G..., à perdre six cholériques sur cent.

côté. Mouvements des membres gênés, à cause du nombre et de la position des tumeurs qui les couvrent. Ces tumeurs, qui sont répandues sur tout le corps, au nombre de près de cent, varient entre le volume d'un pois et celui d'une grosse noix; le plus souvent, ayant le volume d'une belle noisette.

Elles font saillie au-dessus de la peau à laquelle elles appartiennent et adhèrent par une large base; elles sont mobiles avec cet organe.

Leur couleur varie entre le rose, le rouge inflammatoire, le rouge cuivreux, le rouge jaunâtre, l'acajou; quelques-unes, par exception, à leur début, offrent la teinte de la peau.

Les unes présentent à leur sommet, au reste peu ou point acuminé, un soulèvement léger de l'épiderme, sous lequel se trouve une sérosité plastique jaunâtre parfois un peu rougeâtre, peu abondante; là où l'épiderme est très épais, le soulèvement a lieu dans une plus grande étendue, et est produit par une plus grande quantité de liquide, qui est quelquefois trouble et légèrement purulent; là, l'épiderme est blanc, opaque.

Les tumeurs qui n'ont point de phlyctènes présentent à leur surface un épiderme tendu, rouge-tendre ou rouge-vif, lisse, comme vernissé, présentant ou non des rides dans les divers mouvements.

Les tumeurs qui se sont ouvertes présentent, les unes, une croûte formée de lymphe plastique rougeâtre disposée en écailles superposées; d'autres, plus avancées, présentent un ulcère blafard à fond déprimé ou saillant, granulé, résistant, à bords généralement renversés; presque toutes ces tumeurs sont entourées d'une auréole rosée différente de leur couleur propre; au début, elles sont peu sensibles, mais elles deviennent douloureuses à la pression quand elles commencent à s'ulcérer.

Certaines ulcérations sont à bords taillés à pic et peu saillants au-dessus du niveau de la peau, mais elles sont peu communes. Les autres bourgeonnent comme un champignon très volumineux en élevant leur fond et renversant leurs bords. Les plus avancées sont le siége d'une suppuration sanieuse, médiocrement abondante, d'une odeur aigrelette. Toutes ces tumeurs sont pleines. Cette femme ne les a ni reçues, ni communiquées.

Tête. Le cuir chevelu ne présente rien de remarquable. La face, bouffie, est légèrement rosée, et exprime la langueur. Le front présente, à la partie latérale droite, près de la ligne médiane, une tumeur complétement différente de toutes les autres; elle a la forme d'un 1/2 œuf coupé dans le sens de son grand axe et appliqué par la section contre le front, bombée en avant, dirigée de haut en bas de la racine des cheveux à la racine du nez, ayant 0,07 de longueur, 0,05 de largeur, 0,02 à 0,03 de relief. Lisse et uniforme à la vue, elle est très légèrement lobulée au doigt; sa consistance est mollasse, demi-solide; elle ne paraît point s'être développée dans la peau, mais sous elle et sans lui adhérer; elle est très peu mobile; on serait tenté de croire qu'elle siége dans le périoste. La peau qui la recouvre a conservé sa coloration normale ainsi que son aspect naturel. La pression n'y fait généralement point développer de douleur; quelquefois cependant la malade se plaignait, mais peut-être l'ennui de l'examen faisait-il simuler cette douleur, qui n'a jamais été spontanée. Le tégument qui recouvre cette tumeur, parfaitement distincte, offre deux autres petites tumeurs cutanées arrondies, dures, résistantes, faisant corps avec la peau, qui, à cet endroit seul, est tendue, d'un rose jaune assez vif, développées sur sa partie latérale droite, l'une vers les cheveux, l'autre vers le sourcil. Elles se sont développées sous nos yeux les premiers jours de l'entrée de la malade. Quelques autres petites tumeurs pareilles à ces dernières existent à la face, la plupart à la joue droite; elle a environ 0,01 de diamètre, et fait une saillie de 0,002 à 0,003; elle fait corps avec la peau, qui, en la recouvrant, prend une teinte rosée. Une autre sur la ligne médiane, au-dessus du menton, est un peu plus grosse; une autre, d'un diamètre plus grand, aussi saillante, aussi solide, au niveau de laquelle la peau est plus tendue, ce qui la pâlit un peu, existe à côté. A la partie latérale gauche du bord libre de la lèvre inférieure, une tumeur plus volumineuse, plus saillante, d'un rouge jaune, s'allonge à droite et déforme la lèvre.

Au sommet du menton, à son bord inférieur, existe un tubercule de 0,015 de diamètre, saillant de 0,004, d'une couleur acajou jaunâtre; son sommet, plus acuminé, n'est pas recouvert par l'épiderme, mais par une pellicule rouge-brun nuancé de jaune, qui paraît due au desséchement d'une lymphe plastique.

Dans le sillon naso-lobaire, est une tumeur du même volume que la précédente, mais d'un rouge-brun plus foncé, à surface luisante au pourtour; l'épiderme, au sommet, est soulevé par une sérosité jaunâtre demi-concrète.

A la partie latérale droite du menton, entre lui et la joue, sous la lèvre supérieure, est une tumeur semblable, d'un diamètre égal à 0,035, saillante de 0,008, d'un rouge violacé beaucoup plus foncé que les précédentes, recouverte de squames rouge-brun, épaisses, feuillées.

Les paupières supérieures sont infiltrées et fermées presque complétement; un mucus purulent en petite quantité s'échappe par le grand angle, surtout à gauche, et concrété sur les commissures, colle les cils les uns contre les autres, ferme encore plus hermétiquement l'œil, et force la malade à tendre le cou pour regarder; la conjonctive est un peu rouge, la cornée et l'iris sont sains. Sur ces paupières existent des tumeurs, mais ces dernières ne sont plus arrondies et bien circonscrites; à la partie interne de la paupière supérieure droite est une élevure tirant sur le rouge-brun; se perdant insensiblement, surtout en dehors, dans la peau de la paupière; de petits squames jaunâtres y apparaissent; la paupière inférieure est aussi, vers le grand angle, un peu tuméfiée et rosée. A la paupière supérieure gauche la tuméfaction est encore plus diffuse; l'excoriation plus large, les squames plus brunes et plus épaisses.

Le *cou* présente à la partie latérale droite une cicatrice assez résistante, d'une couleur blanc-rougeâtre, peu enfoncée, allongée parallèlement au muscle sterno-cléido-mastoïdien, et à son bord postérieur elle a 0,07 de long, et 0,02 à sa partie la plus large.

La *poitrine* est également le siége de tumeurs.

Deux existent au-devant de la partie supérieure du sternum; elles ont 0,01 1/2 de diamètre, font un léger relief, sont d'une couleur rouge-brun, elles sont moins tendues que celles de la face, comme flétries; ce qui tient sans doute au caractère de laxité de la peau à cet endroit. Celle qui est au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche est à la veille de s'ouvrir et semble faire corps avec les os, tant elle est peu mobile.

Les seins, flasques, pendants, présentent, le gauche un, et le droit deux tubercules semblables en dehors; le gauche présente un tubercule très saillant non acuminé, à base égale au sommet, développé sur le mamelon, dont il a à peu près la forme, d'une couleur lie-de-vin, d'une consistance comme fongueuse, indolent, sans squames ni ulcération; il paraît être semblable aux autres quant à sa nature, mais il est probable que, de même qu'à la paupière, la laxité de la peau a empêché le tubercule qui s'y était développé de prendre sa forme ordinaire; un effet inverse a eu lieu ici à cause de la structure très dense de la peau de l'organe où le tubercule a pris naissance.

La palpation attentive du sein droit fait reconnaître, à une certaine profondeur sous la peau, avec laquelle elle n'a aucun rapport, une tumeur allongée de la glande à l'aisselle, qu'elle est loin d'atteindre, inégale, bosselée, d'une consistance fibreuse, mobile, indolente, sans coloration à la peau; elle peut avoir 0,06 de long sur 0,012 d'épaisseur. La malade s'est aperçue, il y a deux mois, de l'existence de cette tumeur, qui depuis est plutôt diminuée qu'augmentée.

Au *dos* se trouvent quatre tumeurs, deux petites, ayant 0,03 de diamètre, 0,04 de relief, arrondies, de même couleur, de même consistance que celles du sternum et de la face, et une autre oblongue, ulcérée, à fond inégal, granuleux, dense; d'un rouge livide, à bords relevés et entourés, enduite d'un liquide épais, rougeâtre, sanieux, d'un cercle rosé; au milieu de la région lombaire du dos est le large tubercule qui s'est ulcéré à Noël et qui a été cautérisé au fer rouge; l'eschare noirâtre, épaisse, qui la recouvre, a 0,11 de long sur 0,07 de large.

Aux membres thoraciques, c'est surtout sur l'avant-bras que les tubercules sont nombreux, on en compte près de vingt à l'avant-bras droit; ils ont presque tous la plupart des caractères de ceux que nous avons déjà décrits; les uns sont à leur naissance, les autres sont déjà très avancés et ulcérés. A cet endroit on remarque çà et là des taches rosées avec légère élévation de la peau, d'une forme allongée, irrégulière en croissant, etc. Mais c'est à la main que se trouvent des particularités tout à fait remarquables.

Aux extrémités des doigts, en dedans du pouce, de l'indicateur, à la face dorsale de l'annulaire, on voit de larges bulles irrégulières, tournant plus ou moins autour du doigt, d'une couleur blanche opaque, entourées d'une auréole rougeâtre, dense, résistante, contenant un véritable pus; dans l'étendue de la bulle incisée, on peut enlever l'épiderme, qui là offre une grande épaisseur; on dirait d'une tourniole suppurée. C'est à l'éminence hypothénar que se voit l'ulcération la plus remarquable, ulcération semblable au reste à celle qu'Alibert a fait représenter et qui existait sur la figure de Lucas. Le fond n'en est pas déprimé, c'est une sorte d'*ulcus elevatum*, c'est un champignon monstrueux occupant l'éminence, se développant même au delà et en dedans de la main et en dehors, où il fait saillie; il a un diamètre longitudinal de 0,07, sa largeur est de 0,06, il fait sur la paume de la main une saillie de 0,015. S'étant développé en végétant, son sommet s'est élargi et bombé, ce qui le fait paraître pédiculé, si on peut appeler pédicule un support qui occupe toute la surface d'implantation, c'est-à-dire toute l'éminence. Son fond est bombé et plus élevé que ses bords, qui sont renversés en dehors et assez régulièrement découpés; sa couleur est d'un rouge brun très livide, variant çà et là de ton, ici plus rouge, là plus foncé, recouvert de sanie. Au toucher il n'est point aussi fongueux qu'on le croirait à la vue; il est plutôt formé de granulations denses et résistantes. Autour de lui la peau conserve à peu près sa coloration normale; il est sensible à la pression. La main est fortement œdématiée.

Les membres abdominaux sont aussi couverts de tumeurs à divers degrés de développement; où l'épiderme est épais, de larges bulles purulentes recouvrant des tubercules se rencontrent comme aux mains.

A la partie interne et supérieure de la cuisse droite, est un tubercule qui s'est ulcéré autrement que les autres dans une étendue de 0,08, il est excavé de 0,004; son fond est rouge-brun mêlé de jaune, couvert de sanie séreuse; ses bords sont déchiquetés, taillés à pic, d'une teinte plus claire que le fond.

A la racine du membre pelvien gauche sont trois tumeurs violacées à auréole rosée, à peau tendue et luisante, sans squame ni ulcération; la plus volumineuse est grosse comme une noix. Les grandes lèvres sont œdématiées; leurs bords libres renferment chacun deux ou trois de ces tubercules. Au reste, les organes génitaux sont sains.

Ces tubercules, dont aucun n'avait de pertuis central et ne contenait de matière athéromateuse, n'étaient le siége de démangeaisons très légères qu'au moment où ils commençaient à s'ulcérer. Voici à peu près la marche que suivait chacun d'eux : à la peau, une tache rose ou rougeâtre, tantôt ronde, tantôt ayant la forme d'une demi-lune, d'une zone plus ou moins complète, apparaissait; à cet endroit, se montrait une élevure sensible à la vue et au toucher, grossissant en quelques semaines, puis au sommet l'épiderme se soulevait sous une sérosité citrine plus ou moins teintée de rouge; l'épiderme détruit, elle se concrétait et s'y substituait sous forme de squames plus ou moins épaisses, sous lesquelles l'ulcération commençait et causait les ravages que nous avons retracés. Les tumeurs donnaient alors naissance à du pus sanieux en petite quantité; mais, dans les endroits où l'épiderme épais cédait difficilement, la production de pus précédait l'ulcération, et ce dernier se faisait jour quand l'épiderme était détruit ou enlevé.

Le pouls était peu développé, à 92 (le 22 janvier); la matité du cœur était normale; il existait quelques palpitations depuis deux mois; un souffle doux se faisait entendre au premier temps du cœur, et d'une manière continue sur le trajet des artères carotides; la voix est voilée et faible (depuis huit jours à ce que la malade dit). L'inspection ne fait découvrir qu'une simple rougeur au pharynx et au voile du palais; coryza depuis hier. Diarrhée légère depuis deux jours. Point de céphalalgie; peu ou point de surdité; point de sueurs; point de frissons; insomnie.

On prescrivit : tisane sudorifique; iodure de potassium, 1 gramme; pastilles de fer; potion calmante; pansements avec le vin de quinquina.

La malade resta à l'hôpital pendant douze jours, et en sortit, sans avoir éprouvé aucune amélioration, pour entrer quelques jours après dans le service de M. Cazenave, où les détails suivants ont été recueillis et nous

---

— Voici qui est moins important que la découverte du docteur G..., mais qui ne laisse pas cependant que d'avoir un grand intérêt au point de vue du pronostic, et peut-être même de la pathogénie.

Pour peu que vous soyez chasseur, la tradition a dû vous apprendre que les corbeaux sentent la poudre; c'est là une vérité vulgaire; si toutefois il est des vérités de cette espèce; mais ce que sans doute vous ne savez point, c'est que les oiseaux sauvages sentent ou voient le choléra. Ce fait nous est affirmé par toutes les autorités de Chartres en Beauce; par conséquent on n'en saurait douter. Non-seulement les oiseaux sauvages sentent le choléra; mais à l'odeur plus ou moins prononcée ils en apprécient l'intensité plus ou moins grande, et prévoient s'ils peuvent eux-mêmes en être atteints. Dans ce cas, ils quittent le climat infecté par l'épidémie, et ils vont chercher un ciel plus salubre. C'est sur ce fait curieux que les ingénieux Beancerons ont fondé le pronostic de l'épidémie actuelle. Aussitôt que le choléra a envahi la ville de Chartres, le conseil municipal s'est réuni; une commission a été nommée pour aller s'assurer si les oiseaux sauvages avaient ou non déserté la campagne; tous ces oiseaux ayant été trouvés dans leurs parages respectifs, contrairement à ce qui avait eu lieu en 1832, on en a conclu que le choléra de 1849 serait infiniment moins meurtrier que l'autre. Il m'a été impossible de savoir, jusqu'à présent, s'il y avait un médecin parmi les membres de la commission.

— Je viens de vous faire connaître des découvertes qui intéressent principalement le pronostic et le traitement du choléra; il me reste à vous en signaler une autre qui concerne le diagnostic de l'asthme, pour nous remettre au courant des progrès les plus marqués de la science pendant la semaine qui vient de s'écouler. Quand je dis diagnostic cependant, il est nécessaire de s'entendre. Reconnaître sur un malade une affection actuellement existante, c'est faire du diagnostic purement et simplement; reconnaître une maladie après la mort, par l'examen du cadavre, c'est encore faire une espèce de diagnostic qu'on pourrait appeler *diagnostic rétrospectif*; enfin, prévoir qu'une maladie se développera dans plusieurs mois, voire même dans plusieurs années, c'est faire une sorte de diagnostic que, par opposition au précédent, on pourrait désigner provisoirement sous le nom de diagnostic *antespectif* ou *prespectif*, jusqu'à ce que M. Piorry nous ait indiqué une dénomination plus euphonique. C'est de cette dernière espèce de diagnostic que s'est occupé M. P..., ou plutôt c'est cette sorte de diagnostic qu'il a inventé. En attendant des applications plus étendues de cette nouvelle science, M. P... se borne aujourd'hui à donner les moyens de reconnaître par le simple examen du thorax des enfants ou des jeunes animaux ceux qui plus tard deviendront asthmatiques ou poussifs. L'indice infaillible de cette maladie future consiste dans une déviation du sternum; mais cette déviation n'est pas toujours de celles qui sautent aux yeux, comme celles de certains rachitiques; loin de là, M. P... a le plus grand soin de dire qu'il faut souvent la plus grande attention, la plus excessive sagacité pour découvrir cette déviation sternale, car il arrive assez fréquemment qu'elle est très peu prononcée, *et même nulle*.

Je crains bien, mon cher confrère, qu'à la condition de distinguer une déviation, *même nulle*, vous ne fassiez jamais merveille en fait de diagnostic *prespectif*, et, pour mon compte, je me vois bien à regret obligé d'y renoncer dès aujourd'hui; mais ce qui vous consolera comme moi, c'est de savoir qu'il existe parmi nos confrères des hommes d'une telle sagacité, qu'ils parviennent à voir quelque chose là où il n'y a réellement rien.

Par arrêté en date du 21 mars 1849, M. Parisot (Victor), professeur adjoint de pathologie externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, est nommé professeur de clinique interne à ladite école, en remplacement de M. le docteur Coliny, décédé.

M. le docteur Claude Bernard, dont tout le monde connaît déjà les utiles travaux de physiologie expérimentale, vient d'être nommé membre de l'ordre de la Légion-d'Honneur. Il est rare de voir les faveurs du pouvoir tomber sur des hommes plus méritants.

Par décision du 29 mars :

M. Tellier, médecin adjoint à l'hôpital militaire de Bayonne, est désigné pour passer à celui de Saint-Jean-Pied-de-Port;

M. Dujardin, chirurgien aide-major au 74e de ligne, est désigné pour passer au 7e léger;

M. Pontié, chirurgien-élève en 1re division, à l'hôpital d'instruction de Lille, est désigné pour passer à celui de Metz.

Par décision ministérielle du 22 mars, ont été nommés à trois emplois de *Médecin adjoint*, les officiers de santé ci-après désignés, savoir :

Concours de 1849.

MM. Taboureau, chirurgien aide-major au 7e léger.
Durand, chirurgien aide-major aux zouaves.
Lasserre, chirurgien aide-major au 26e de ligne.

ont été communiqués par M. Chausit, interne du service.

M. Chausit constate d'abord l'existence des tumeurs déjà décrites, qui presque toutes étaient ulcérées; quelques jours après l'entrée de la malade à l'hôpital Saint-Louis, il constate aussi la destruction de la luette par une ulcération.

M. Cazenave prescrivit le traitement suivant :

Tisane de chicorée édulcorée avec du sirop de quinquina; iodure de potassium, 1 gramme; deux cuillerées de sirop d'iodure de fer; 2 pilules de proto-iodure de mercure d'un demi-grain chacune.

Le 13 février, M. Chausit constate une apparence d'amélioration.

La teinte des plaques non ulcérées est moins foncée; les surfaces ulcérées sont moins grisâtres; la matière pultacée qui les recouvrait se détache et laisse voir en plusieurs points des bourgeons d'un bon aspect; toutefois, elles ont en général acquis de plus grandes dimensions, aux avant-bras surtout; la plaque située à la commissure labiale droite s'est exulcérée au centre, où la veille était apparue une bulle grosse comme un petit pois; le fond en est grisâtre et le pourtour d'un brun livide, noirâtre; il en est de même des plaques des paupières.

La tumeur du front a diminué de volume. — Les douleurs générales sont calmées. — La peau semble moins pâle.

Le 16, même traitement. On panse les plaies avec la pommade suivante : axonge, 500 grammes; tannin, 30 grammes; laudanum, 8 grammes.

Les plaques qui ne présentaient pas encore au centre de couleur noirâtre sont affaissées et de niveau avec la peau environnante. Partout ailleurs les parties escharifiées sont tombées, laissant à nu des surfaces suppurantes dont la multiplicité aggrave l'état de la malade.

L'infiltration œdémateuse des membres a non-seulement disparu, mais encore on s'aperçoit d'un commencement d'émaciation. L'appétit se conserve; mais, à cause de la difficulté de la déglutition, la malade ne preud que des potages.

Les jours suivants, les ulcérations se détergent, des bourgeons de bonne nature les recouvrent; mais, encore une fois, l'abondance de la suppuration fait craindre pour les jours de la malade. De temps en temps quelques frissons partiels, irréguliers, de courte durée, sentiment de faiblesse général que la malade n'avait pas encore éprouvé. — Même traitement.

Le 3 mars, les ulcérations des doigts ont détruit les parties molles; sur quelques points, les tendons sont à nu; la phalange unguéale du cinquième doigt gauche est complétement à découvert; elle tombe le lendemain. L'amaigrissement est très prononcé. Les plaques des pieds sont ulcérées et couvertes d'une matière grisâtre, fétide.

On panse les plaies des extrémités avec : charbon, 16 parties; camphre, 1 partie; lotions aromatiques. Toutes les heures, une cuillerée à café de la solution suivante : iodure de potassium, 15 grammes; eau distillée, 250 grammes.

Mort le 5 mars.

Autopsie faite 46 heures après la mort (température, 8° cent.), rédigée par M. le docteur Lebert.

Pas de traces de putréfaction. Les tumeurs cutanées montrent sur une coupe fraîche une épaisseur qui varie entre 4 et 8 millimètres; on y reconnaît un tissu ferme, élastique; diversement coloré, rouge et très vasculaire par places, surtout à la superficie et dans les parties profondes, ainsi qu'irrégulièrement disséminée dans les portions intermédiaires; les autres nuances de coloration de l'intérieur de ces tumeurs varient entre le gris rose, le jaune-rosé et le blanc-jaunâtre. A la pression, on en fait sourdre une petite quantité d'un suc trouble dont les éléments microscopiques sont les mêmes que dans les tumeurs internes, et dont nous donnerons plus loin la description.

La tumeur du front se compose de deux parties : l'une développée dans l'épaisseur du derme; l'autre, sous-cutanée, d'un jaune rosé, molle et élastique, adhère par sa base au périoste frontal sous lequel l'os se trouve dénudé, rugueux, superficiellement carié dans une étendue de 5 à 6 millimètres carrés environ.

On reconnaît de nouveau, à l'autopsie, l'ulcération du voile du palais qui a en majeure partie détruit la luette, et s'étend vers les piliers du voile.

Les poumons et les glandes bronchiques sont dans leur état de parfaite intégrité. Le larynx n'a point été examiné.

Le cœur montre son état normal dans les oreillettes et dans le ventricule gauche, son contenu n'offre rien d'extraordinaire non plus; mais le ventricule droit renferme dans son épaisseur trois tumeurs variant du volume d'une petite à celui d'une grosse noisette, au niveau desquelles l'endocarde est généralement épaissi, offrant même sur l'une d'elles de nombreuses petites éminences papilliformes de 1 à 2 millim. de long, ressemblant beaucoup à celles que produit quelquefois la péricardite à la surface externe du cœur. Les tumeurs contenues dans l'épaisseur des parois du ventricule ont donné à celui-ci, dans ces endroits, un volume double et triple de celui de ses portions saines. Froissées verticalement, elles offrent un tissu homogène d'un blanc jaunâtre, rosé par places, dans lequel on ne reconnaît ni structure fibreuse, ni éléments musculaires dont le microscope démontre nettement l'absence soluble, et n'y fait voir que des corps fusiformes à noyaux de nature fibro-plastique, et des petits globules sur la nature desquels nous ne saurions décider encore s'ils appartiennent à ce même tissu, ou s'ils ont quelques caractères spéciaux; ils ont en moyenne 1/200e de millim., offrent une forme parfaitement arrondie, à contours nets dans les uns, un peu plus diffuse dans d'autres, ce qui tient, comme le démontre l'examen avec un fort grossissement de 800 diamètres, à ce qu'ils sont entourés d'une membrane cellulaire d'enveloppe pâle et fine qui, dans beaucoup d'entre eux, est étroitement accollée au noyau, tandis qu'elle est plus grande dans d'autres, et atteint ainsi 1/00e de millim. L'intérieur de ces globules se composé de deux à trois nucléoles, très petits dans les uns, d'un aspect irrégulièrement grumeleux dans d'autres.

Le foie est gros; son lobe gauche paraît aminci, et renferme dans sa substance et surtout à sa face concave des traînées fibreuses que l'on reconnaît aisément pour des vaisseaux oblitérés. Le tube digestif est sain; ce n'est que sur le côté droit de la partie externe et postérieure du colon transverse que l'on aperçoit un phlegmon qui s'étend en arrière jusque vers le rein droit, qui est d'un tiers plus petit et beaucoup plus décoloré que celui de l'autre côté, sans que, du reste, ni l'un ni l'autre n'offrent d'altérations de structure.

Les deux ovaires renferment un certain nombre de petites tumeurs blanchâtres variant de volume entre celui d'une lentille et celui d'un gros pois, ressemblant en tout point à celles des parois du cœur, offrant seulement une teinte d'un blanc plus mat.

Le col de la matrice offre extérieurement un ulcère superficiel de la grandeur d'une pièce de cinq sous environ, irrégulier du reste; il est d'un brun cerise, généralement ramolli et recouvert à sa surface d'un mucus sanguinolent. Incisé au niveau de l'ulcération, il fait voir dans son intérieur plusieurs petites tumeurs à forme irrégulière, semblables à celles que nous venons de décrire, d'un jaune sale légèrement rougeâtre, mais renfermant les mêmes éléments microscopiques. Le corps de l'utérus n'offre rien d'extraordinaire; sa cavité est revêtue d'une muqueuse d'un rouge foncé qui paraît fortement congestionnée.

Le cerveau, ainsi que ses enveloppes et l'intérieur de la boîte crânienne offrent tous leurs caractères normaux.

(La fin à un prochain numéro.)

HÔTEL DES INVALIDES. — M. Hutin.

Calcul siégeant dans une poche formée par la membrane muqueuse à travers la membrane musculeuse de la vessie, et comprimant l'uretère droite.

Observation recueillie par M. le docteur Tedeschi, chirurgien sous-aide.

Il n'est pas très rare de trouver dans la vessie des calculs développés dans des poches herniaires formées par le passage de la muqueuse à travers la membrane musculaire. Cependant, les faits de ce genre ont besoin d'être rappelés de temps en temps à l'attention des praticiens, afin que ceux-ci ne perdent jamais de vue les cas de ce genre, et qu'ils n'oublient pas de rapporter à leur véritable cause les obstacles qui s'offrent alors dans l'opération de la lithotritie et même dans celle de la taille. C'est à ce titre que nous publions l'observation suivante, qui est également intéressante à cause de la forme *à collet* qu'avait le calcul.

Jonas, âgé de soixante-dix-huit ans, invalide, porteur depuis un très grand nombre d'années d'un ulcère carcinomateux à la jambe droite, survenu à la suite d'un coup de boulet qui avait emporté le mollet, était entré plusieurs fois à l'infirmerie pour cette affection. A diverses reprises, on lui avait proposé l'amputation de la jambe pour le débarrasser de son mal, qui avait résisté à tous les autres moyens conseillés en pareils cas; mais il avait toujours refusé de s'y soumettre. Dans cette occurrence, on l'avait placé dans la salle des incurables, où il resta environ quatre ans.

Le 29 décembre 1848, il fut envoyé dans le service des blessés pour une difficulté qu'il éprouvait dans l'émission des urines. M. Hutin, chirurgien en chef de l'hôtel des Invalides, constata, à cette époque, que les urines n'étaient rendues que par regorgement. A l'aide du cathéter en argent, il reconnut l'existence d'un calcul dans la vessie. Le bec de la sonde semblait pénétrer dans la pierre, et le choc qu'il faisait entendre était sourd. L'instrument explorateur rencontrait toujours le calcul dans le même point. Le cathétérisme offrait quelques difficultés; la sonde se trouvait quelquefois arrêtée au moment où l'on croyait être parvenu dans la vessie, et lorsque déjà l'instrument avait parcouru la portion prostatique. Le malade ressentait un prurit incommode le long de l'urètre et au bout de la verge; il se plaignait d'un poids dans le fondement. Par le toucher rectal, on sentait à un pouce et demi de l'anus une tumeur d'une extrême dureté, déprimant l'intestin. Jonas n'a, du reste, jamais rien accusé du côté des reins. L'urine était glaireuse, puriforme et ammoniacale.

Ces accidents nécessitèrent l'emploi d'une sonde qu'on laissait à demeure d'abord une demi-heure, puis successivement deux et trois heures. L'on craignait avec juste raison le développement d'accidents plus graves, si l'on prolongeait son séjour dans une vessie déjà enflammée. Après quelques jours, on put la supprimer, car les urines étaient rendues sans beaucoup de peine; du reste, le canal de l'urètre était très fatigué.

On ordonna en même temps des bains et des boissons adoucissantes abondantes.

La présence d'une tumeur très dure proéminant dans le rectum et impossible à soulever avec les doigts, l'immobilité du calcul dans la vessie, firent penser qu'on avait affaire à une pierre enchatonnée, et, par suite, on abandonna l'idée de la lithotritier qu'avait fait naître d'abord sa friabilité. La cystotomie était la seule ressource qu'il restât au chirurgien; mais l'âge avancé de cet invalide, l'existence d'un ulcère carcinomateux très étendu sur la jambe, le mauvais état de la vessie ne permirent pas de tenter cette opération. En l'absence de conditions aussi défavorables, M. Hutin aurait pratiqué la taille vésico-rectale, qui paraissait commandée par la position fixe du calcul dans le bas-fond de la vessie.

La mort survint le 25 février 1849.

Autopsie. Dans une poche située à droite du trigone vésical, formée par la membrane muqueuse herniée à travers la musculeuse, et doublée de plusieurs couches de tissu cellulaire condensé, induré, se trouve un calcul sphérique ayant 4 centimètres de diamètre, et proéminent dans la vessie par un collet étroit surmonté d'une tête arrondie du volume d'une grosse noix. Ce calcul a tout à fait la forme de ces gourdes étranglées par leur milieu. Il est grisâtre, friable dans ses couches corticales; son noyau est assez dur; il est assez libre dans la poche qui le contient, et cette poche elle-même repousse de côté l'extrémité inférieure de l'uretère droit, à travers duquel cependant l'urine arrivait facilement dans la vessie, comme le prouve l'absence de toute altération, soit du rein, soit du bassinet, soit de l'uretère lui-même, au-dessus du point comprimé.

L'uretère gauche, au contraire, est très dilaté vers sa partie inférieure, où l'on pourrait loger le pouce. Le rein du même côté est parsemé à sa surface de petits abcès fort nombreux. Le bassinet est agrandi; il est rempli, ainsi que l'uretère, de mucosités purulentes. Le tissu cellulaire qui entoure les uretères est induré dans une assez grande étendue.

La vessie est hypertrophiée; ses faisceaux musculeux sont très prononcés; par suite, sa surface interne est inégale; elle présente une série d'excavations et de saillies irrégulières. Le faisceau musculaire transverse, situé au niveau du col vésical dont il fait partie, est développé, et constitue une espèce d'éperon qui nous rend compte, mieux que la position du calcul, de la difficulté que le malade éprouvait à uriner, et de l'obstacle que l'on rencontrait dans le cathétérisme.

La muqueuse vésicale est noire.

La prostate n'est pas plus volumineuse que chez l'adulte dans l'état normal.

La formation de ce calcul paraît devoir être due à une rétention incomplète d'urine qui datait depuis quatre ans. Le malade, qui se sondait lui-même, ne vidait pas, il est probable, assez souvent ou d'une manière complète la vessie, et par suite des mucosités épaisses ont servi de noyau au calcul qui s'est formé. Ce noyau, placé dans une cellule de la vessie hypertrophiée par suite des efforts auxquels le malade était obligé de se livrer pour uriner, ce noyau, dis-je, à mesure qu'il prenait du développement, poussait devant lui la muqueuse, qui a fini par faire hernie à travers les fibres charnues, trop résistantes pour se laisser distendre.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 avril 1849. — Présidence de M. Boussingault.

M. Tanchou lit une note sur la guérison des cancers. Il dit que ses recherches statistiques tendent à prouver que les affections cancéreuses sont plus fréquentes aujourd'hui qu'autrefois.

Il communique l'observation d'une malade affectée d'un cancer du sein reconnu par plusieurs chirurgiens, et qui a été guérie par l'usage des amers, des préparations iodées et arsénicales, par les saignées, les purgatifs, les bains, et par beaucoup d'autres médications dont il croit inutile de faire l'énumération devant l'Académie.

La guérison persiste maintenant depuis deux ans.

De ce fait et de quelques autres moins concluants, il déduit que les cancers ne sont pas aussi incurables qu'on le croit généralement.

M. Serres lit un mémoire sur la nature et le traitement du choléra. Nous en extrayons les passages suivants :

La nature du choléra est typhoïde, comme le prouvent ses symptômes et ses lésions anatomiques; c'est une fièvre typhoïde pernicieuse, dont l'invasion s'accompagne de symptômes mortels, soit du côté de l'abdomen, soit du côté du poumon ou du cœur, soit enfin du côté de l'encéphale. Si l'on parvenait à triompher de ces symptômes mortels, la maladie serait curable et ne conserverait plus que la gravité de la fièvre typhoïde; on n'aurait plus à traiter que la fièvre typhoïde qui succède toujours au choléra.

Or, comme j'ai démontré dans plusieurs lectures faites à l'Académie l'utilité de certaines préparations mercurielles contre la fièvre typhoïde, il était rationnel d'employer ces moyens contre la fièvre typhoïde qui suit le choléra. J'ai donc employé ces préparations (sulfure de mercure en pilules et onguent mercuriel) auxquelles j'ai associé les lavements composés avec l'amidon (q. ordinaire), le camphre (0,20 gr.), le laudanum (6 gouttes) et le sulfate de quinine (0,20), afin de modérer les déjections alvines.

Voici les résultats que j'ai obtenus :

Du 16 mars au 4 avril, il est entré dans mon service 16 cholériques, 9 hommes et 7 femmes.

Tous ces malades ont été traités par les quarts de lavements composés comme je l'ai dit, par les onctions mercurielles sur l'abdomen, par le sulfure noir à l'intérieur, et par la potion anti-émétique de Rivierre.

Sur ces seize cas, 12 sont guéris ou en voie de guérison; 4 sont morts.

Sur les quatre qui sont morts, l'un a succombé dix minutes après son entrée dans la salle, un autre après trois heures, le troisième après douze, et le quatrième après vingt-quatre heures.

M. Velpeau. La lésion anatomique dont M. Serres vient de nous entretenir est-elle bien réellement liée à l'existence du choléra? Il faut trois conditions pour admettre cette relation : 1° la constance de cette altération dans la maladie dont il s'agit; 2° que cette altération ne se rencontre pas dans d'autres maladies; 3° que lorsqu'on la rencontre elle produise constamment les mêmes accidents.

Je n'ai pas rencontré constamment cette lésion dans les cadavres de cholériques que j'ai eu l'occasion d'examiner, soit en 1832, soit en 1849. Sur 6 malades qui ont succombé dans mon service, il y en a trois chez lesquels on n'a pas trouvé cette éruption psorentérique. J'ajouterai que M. Serres

n'a sans doute pas eu connaissance des expériences faites par un chirurgien militaire distingué, M. Scoutetten, expériences dans lesquelles on a fait naître à volonté cette psorentérie par divers moyens, dont l'auteur a fait connaître la série dans un mémoire qui a été communiqué à l'Académie. Si bien donc qu'il y a, d'une part, des cas de choléra sans psorentérie, et d'autre part des psorentéries dans des cas étrangers au choléra et entièrement différents.

D'un autre côté il y a une différcnce notable entre cette psorentérie et l'éruption de la fièvre typhoïde. La psorentérie du choléra reste la même dans tout le cours et dans les différentes phases du choléra, tandis que dans la fièvre typhoïde l'éruption s'ulcère à une certaine période de la maladie.

De sorte qu'il semble difficile de trouver dans cette éruption un caractère de quelque valeur.

Si l'on voulait trouver une lésion anatomique, il en est une beaucoup plus importante et beaucoup plus constante que cette éruption, c'est l'altération du sang, qui semble avoir perdu en quelques instants tout son sérum. Mais il ne m'appartient pas d'entretenir l'Académie de cette question, que je laisse aux médecins, beaucoup plus compétents que moi sur cette matière.

M. Serres. En 1832, j'ai fait ouvrir de 60 à 80 cadavres de cholériques dès le début de l'épidémie, et j'ai été frappé de la constance de cette éruption psorentérique, que j'ai trouvée sans exception chez tous les malades. Depuis, MM. Bouillaud et Nonat ont constaté les mêmes faits. Voilà pour répondre à la première observation de M. Velpeau.

Maintenant, cette éruption est-elle nécessairement liée au choléra? Je ferai remarquer à M. Velpeau que cette éruption est formée de vésicules contenant un liquide semblable aux selles blanchâtres, et offrant au microscope de petits granules entièrement analogues à ceux du sang. Cette analogie entre le liquide des selles et le liquide contenu dans les vésicules psorentériques, me paraît mettre hors de doute le rapport qui existe entre cette éruption et le choléra.

M. Thénard demande à M. Serres, qui a dit dans son Mémoire n'avoir perdu que 4 cholériques sur 16, et en avoir par conséquent guéri 12, à quelle phase de la maladie il a commencé le traitement chez ceux qui sont morts.

M. Serres. Je n'ai compris dans mon relevé que les cas de choléra confirmés; je n'y ai pas fait entrer les cas de cholérine. Sur les 4 sujets qui sont morts, un est mort en entrant à l'hôpital, un autre est mort quatre heures après, avant qu'on eût commencé le traitement.

Je crois avoir remarqué qu'il y a une certaine périodicité; c'est pour cette raison que j'ai administré le sulfate de quinine. Je l'ai donné de préférence en lavement, craignant que, si je l'eusse donné par l'estomac, il ne fût point absorbé, vu l'état maladif de la muqueuse des intestins grêles.

M. Velpeau revient sur ses objections, auxquelles il trouve que M. Serres n'a pas répondu.

M. Serres reproduit les mêmes réponses.

Thérapeutique du choléra.

Nous recevons de notre bien estimable confrère, M. le docteur Félix Legros, une note que nous regrettons de ne pouvoir pas insérer en entier, mais dont nous allons donner une analyse succincte:

M. Legros, après avoir rappelé les principaux passages d'un article inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* du 1er décembre 1848; article dans lequel il distingue dans le choléra une période *névralgique* (forme nerveuse actuelle de M. Chomel) et une forme *phlogistique* (forme inflammatoire actuelle de M. Chomel); article dans lequel il établit, par deux exemples, l'influence efficace du coït sur le développement du choléra chez les vieillards et les individus faibles; M. Félix Legros expose les considérations suivantes:

« Ces observations, sur lesquelles ont passé dix-sept années, sont encore pleines d'actualité. L'épidémie nous est revenue avec son caractère d'intoxidation, marqué d'une empreinte typhoïde plus profonde encore. Comme en 1832, les faibles, les valétudinaires, etc., sont les premiers frappés; toutes les causes débilitantes viennent en aide au fléau.

» Les hôpitaux sont principalement atteints, les prisons ménagées; et si les casernes ne sont pas impunies, c'est que là l'homme trouve dans sa force même une cause d'excès, rendue plus commune par nos événements politiques.

» S'il faut en croire certaines confidences, le choléra d'aujourd'hui serait encore en droit de revendiquer sa vieille et naïve qualification de trousse-galant.

» La raison commande alors de s'abstenir de tout ce qui débilite, affaiblit, annihile; c'est là la prophylaxie par excellence.

» Le coït, dans certaines conditions, constituant l'acte le plus débilitant, concluez..... L'Académie de Médecine paraît avoir été de cet avis dans ses instructions au peuple. Pour les appuyer, l'un de ses membres a exhumé du quinzième siècle un axiome dont les termes ne diminuent pas la prudence:

Ne vois pas Marguerite,
Du choléra tu seras quitte.

» Espérons que ces recommandations ne seront pas, comme dit l'Ecriture sainte: *Margaritas ante porcos*, et que le *Vivez en beste* de Montaigne sera rayé de l'hygiène actuelle. *Crapula* et *ingluvies* sont, avec les excès vénériens, les grandes sources des maladies.

» Quoi qu'il en soit, désirant être bref et surtout ne pas s'aliéner, nouvel Orphée, une belle partie du genre humain, l'auteur laisse au sage des sages le soin de sa conclusion. On demandait à Pythagore quel était le temps le plus opportun pour se livrer au coït; il répondit: Toutes les fois qu'il te paraîtra convenable de supporter une grande perte! »

M. le docteur Miramont, de Pontoise, termine par les conclusions suivantes une notice sur le choléra. Dans cette notice, l'auteur, après avoir considéré le choléra comme une fièvre pernicieuse dont la période algide est la seule dangereuse, dit:

« J'ai exposé plus haut: 1° que lorsque le pouls se relève la réaction commence, et tous les symptômes du choléra se dissipent; 2° que les médicaments susceptibles d'amener cet heureux résultat consistent à l'extérieur dans les rubéfiants, et à l'intérieur dans les excitants; c'est effectivement dans ces deux modes, et dans ces deux *seuls modes* de médication que l'on peut trouver sûrement le moyen de guérir le choléra.

» Les rubéfiants de la peau sont bons, mais comme ils sont dans la plupart des cas insuffisants, il ne faut les employer que comme auxiliaires du traitement.

» Quant aux excitants pris à l'intérieur, parmi eux se trouve en première ligne l'acétate d'ammoniaque, qui a sur les autres l'avantage de produire beaucoup d'effet sous un petit volume, et dont l'administration a pour résultat d'accélérer la circulation, de relever le pouls, et par suite de ramener la chaleur de toute l'économie; enfin sous son influence les vomissements et la diarrhée cessent à l'instant même, ou diminuent d'une manière bien sensible.

» Ici aucun inconvénient; un excès d'absorption d'acétate d'ammoniaque produira une surexcitation passagère, une fièvre momentanée si l'on veut, mais jamais un empoisonnement.

» Si ce médicament n'a pas jusqu'à ce jour été plus souvent employé, cela tient à plusieurs causes: 1° parce qu'étant prescrit à *trop faible dose*, son action est insuffisante; 2° parce que, étant administré délayé dans un trop grand véhicule, il se trouve rejeté par les vomissements, et conséquemment ne peut agir; 3° parce que, n'étant pas prescrit *seul*, son action se trouve modifiée ou paralysée par les autres moyens mis en usage; 4° enfin parce que ce médicament n'est pas identique dans toutes les officines, soit à cause de son mode de préparation, soit à cause de sa vétusté. En effet, l'acétate d'ammoniaque étant préparé à chaud (suivant le Codex), une grande partie de l'ammoniaque se dégage pendant sa préparation, et l'acétate obtenu est le plus souvent acide; de plus, le sous-carbonate d'ammoniaque du commerce, qui sert à la préparation de ce médicament, étant très variable dans sa composition, il en résulte que le produit obtenu doit nécessairement différer. On évitera ces inconvénients, et on obtiendra de l'*acétate d'ammoniaque parfaitement neutre* en prenant les précautions suivantes:

» 1° Jetez un *excès* de sous-carbonate d'ammoniaque dans de l'acide acétique pur à trois degrés et à la *température ordinaire*.

» 2° Agitez tant que l'acide carbonique se dégage.

» 3° Lorsque l'effervescence a *complétement cessé*, passez la liqueur et conservez-la dans des flacons bien bouchés.

» *Prescriptions*. Lorsque le choléra est déclaré, le malade sera mis immédiatement au lit, il sera couvert comme dans son état ordinaire; la chambre sera échauffée et aérée suivant la saison et la température.

» On se gardera bien de chercher à réchauffer le malade par quelque moyen que ce soit, et on attendra patiemment que la chaleur revienne naturellement et de l'*intérieur*, par suite de la réaction provoquée par les moyens ci-après, car le cholérique est dans une position analogue à un individu congelé ou saisi par le froid; si on cherche à le réchauffer *trop vite*, on amène la mort.

» Un large sinapisme sera de suite appliqué sur la région précordiale;

» Les crampes seront combattues par des frictions soit sèches, soit animées par un liniment quelconque.

» A l'intérieur le malade prendra de cinq en cinq minutes pendant l'espace de deux heures, et par demi-cuillerées à café, 60 grammes d'acétate d'ammoniaque neutre, préparé comme il est indiqué plus haut. (Il est entendu qu'il s'agit d'un adulte, le traitement devant varier suivant l'âge.) Le médicament sera administré pur et sans aucun mélange. Sous son influence les vomissements et le dévoiement cessent complétement, ou du moins diminuent sensiblement d'intensité, le pouls se relève peu à peu, et une fois que les 60 grammes sont administrés, la réaction a déjà commencé.

» Mais une circonstance sur laquelle j'appelle toute l'attention, c'est qu'il est essentiel que le malade ne prenne aucune espèce de boisson dans l'intervalle de ses cuillerées d'acétate d'ammoniaque; car si on a le malheur de satisfaire à sa soif, le liquide ingéré est bientôt rendu par les vomissements et avec lui l'acétate d'ammoniaque, et par suite l'effet de ce dernier devient nul.

» Après l'administration des 60 grammes d'ammoniaque, si le pouls n'est pas relevé et si les vomissements persistent, on pourra prescrire une pareille dose de ce médicament, qui sera pris comme précédemment, toujours avec abstinence de boisson.

» Si au contraire, ce qui arrive presque toujours, les vomissements ont cessé, que le pouls commence à se relever, on prescrira une nouvelle dose d'acétate d'ammoniaque; mais alors on mettra entre chaque demi-cuillerée un intervalle d'un quart d'heure, de demi-heure ou d'une heure, suivant la gravité des symptômes, et on permettra entre chaque intervalle quelques cuillerées d'infusion aromatique quelconque.

» Si ce traitement est suivi régulièrement, douze heures après son commencement la réaction est complète, la chaleur est revenue, les crampes, les vomissements ont disparu, et le malade, qui commence à rentrer dans son état normal, ne réclame plus que les soins ordinaires d'une simple indisposition; en un mot, le choléra n'existe plus.

» Tel est le résultat constant que j'ai obtenu toutes les fois que j'ai été à même d'appliquer ce mode de traitement chez un cholérique.

» Je suis loin de dire que l'acétate d'ammoniaque soit *le seul remède* avec lequel on puisse guérir le choléra; au contraire, je pense que dans la classe des excitants on peut trouver d'autres médicaments qui soient aussi efficaces, et il paraît que tout récemment le chloroforme a rendu de grands services; mais quel que soit l'agent auquel on donnera la préférence, trois circonstances sont indispensables pour obtenir un heureux résultat. Et c'est particulièrement sur elles que j'appelle l'attention de toutes les personnes qui se rencontrent auprès d'un cholérique:

» 1° Ne pas chercher à réchauffer trop vite le malade;

» 2° Administrer le médicament pur ou délayé dans une potion peu volumineuse:

» 3° Abstinence des boissons pendant l'administration de la potion;

» Agréez, etc. Miramonde, D.-M.-P.

» Pontoise, 1er avril 1849. »

CORRESPONDANCE.

Nous recevons de M. le docteur Bernard la lettre suivante:

La *Gazette des Hôpitaux* de samedi, 7 avril, consacre son feuilleton à l'analyse de l'ouvrage du docteur Bouchut sur les signes de la mort. A cette occasion je vous demanderai la permission d'entrer dans quelques détails très courts sur un sujet qui m'est commun avec M. Bouchut.

Depuis huit ans et plus je m'occupe de la question des morts apparentes et des moyens de prévenir les inhumations avant décès. Pour compléter mes travaux sur ce sujet, le dernier gouvernement me donna la mission d'aller étudier en Allemagne les institutions préventives des inhumations précipitées, et tout ce qui a rapport en ce pays à la législation mortuaire.

Mon travail fut adressé sous forme de rapport à M. Duchâtel, qui l'envoya à l'Académie des sciences, avec prière de nommer une commission pour examiner mon travail et lui faire connaître le plus tôt possible ses conclusions.

Je ferai observer ici que mon travail ne put concourir pour le prix Manni, faute d'avoir été remis à temps, par suite de la mission qui m'avait été confiée.

Cependant les événements politiques survinrent, et le rapport de la commission fut ajourné. Il n'a pas encore été fourni à l'Académie; mais le délai ne peut plus être bien long, d'après l'assurance qu'en a donnée dernièrement le rapporteur.

En attendant, je profite de l'apparition du Mémoire de M. Bouchut pour faire connaître: 1° que les travaux de cet honorable confrère n'ont de commun avec les miens que le but que nous nous sommes proposé chacun de notre côté; 2° que nous sommes arrivés à des conclusions conformes sur quelques points, absolument opposées sur d'autres; 3° enfin j'ai consacré la première partie de mon travail à un sujet qui n'avait été traité par personne, savoir: la question du délaissement des moribonds avant la mort consommée.

Ce genre d'accident qui se réalise chaque jour, plusieurs fois chaque jour, je crois avoir trouvé le moyen de le rendre impossible à l'avenir. J'ai lieu de croire que le jugement de l'Académie confirmera mon assertion sur ce point.

— La Société nationale de médecine de Lyon, convoquée extraordinairement lundi 2 avril, a entendu un rapport de M. Candy au nom de la commission nommée, il y a déjà plusieurs mois, pour s'occuper de tout ce qui est relatif à l'épidémie. Il a été décidé qu'une instruction populaire serait distribuée en cas d'invasion, et que l'organisation des secours se ferait d'après le mode adopté en 1832.

L'autorité a également pris toutes les précautions pour diminuer les ravages de l'épidémie dans le cas où elle viendrait à éclater dans la ville; mais on espère que Lyon sera préservé, comme il l'a été en 1832.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 12 AVRIL 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME I[illegible] - [illegible]

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 11 AVRIL 1849.

Marche du choléra.

Nous n'avons malheureusement aucune amélioration à constater dans la marche générale de l'épidémie; il y a au contraire un progrès évident, quoique faible, en sens opposé. Ainsi la maladie, tout en se maintenant dans un exact *statu quo* dans les hôpitaux qui étaient déjà envahis la semaine dernière, s'est évidemment étendue sur une plus grande partie de la ville, et s'est déclarée dans quelques établissements qui avaient été préservés jusqu'ici. Tels sont l'hôtel des Invalides, l'hospice des Ménages et l'hôpital Cochin; enfin, elle s'est manifestée au moins dans deux prisons, sinon dans un plus grand nombre; car nous n'avons pu nous procurer des renseignements sur toutes depuis les dernières 48 heures.

Le tableau suivant permettra de suivre la marche de l'épidémie dans les divers établissements.

	Nombre de cas.	Décès.
Salpêtrière	557	397
Bicêtre	23	14
Ménages	7	5
Hôtel-Dieu	160	73
Charité	138	74
Pitié	135	74
Saint-Louis	75	36
Beaujon	55	31
Necker	26	14
Enfants-Malades	14	7
Saint-Antoine	13	7
Cochin	3	1
Sainte-Marguerite	14	8
Bon-Secours	8	6
Clinique	15	8
Maison de Santé (1)	2	2
Invalides	7	5
Val-de-Grâce	113	31
Gros-Caillou	130	42
Prison de Saint-Lazare	1	1
Total,	1496	836

Le défaut d'espace nous empêche de faire de longues réflexions sur un second article publié par le *Moniteur* relativement à la marche du choléra, et dans lequel on dit que « *c'est à peine* si l'on constate de nouvelles entrées dans les hôpitaux. » En comparant les chiffres de notre dernier numéro à ceux d'aujourd'hui, on verra que les entrées des dernières quarante-huit heures sont au contraire à peu de chose près aussi nombreuses que les plus considérables qui aient encore eu lieu. Déjà nous avons dit notre opinion sur les fâcheux résultats que pourrait avoir le système adopté par l'administration, système qui ne consiste pas seulement à cacher la vérité, mais encore à répandre l'erreur dans le public. Nous regrettons bien sincèrement, aussi bien dans son propre intérêt que dans l'intérêt général, que l'administration pense devoir rester fidèle à un pareil système.

Séance de l'Académie de Médecine.

C'est encore à des discussions et à des communications sur le choléra qu'a été consacrée toute la séance de l'Académie : on y a agité quelques questions intéressantes de pathologie et de thérapeutique de la maladie; pour n'établir aucune confusion parmi ces questions, nous les examinerons successivement en quelques mots, en leur donnant des titres spéciaux.

De la nature et de l'importance de la diarrhée pendant les épidémies de choléra. — Cette question a été évidemment la plus importante qu'on ait agitée. Quoiqu'elle soit très généralement considérée comme résolue, elle mérite d'être sérieusement examinée, et l'on doit savoir gré à M. Gibert d'avoir soulevé cette discussion.

M. J. Guérin, en répondant à M. Gibert, a parfaitement posé les termes de la discussion, et c'est en suivant l'ordre qu'il a indiqué que nous hasarderons nous-même quelques réflexions sur ce sujet.

1° *Question de fait.* — La diarrhée précède-t-elle constamment ou à peu près constamment l'attaque confirmée de choléra?

Sur cette question il ne peut y avoir de longs débats; la réponse se trouve dans les faits eux-mêmes, pourvu qu'ils soient suffisamment nombreux et sévèrement observés. M. J. Guérin, on l'a vu, affirme que sur 130 cas environ observés par lui ou par des personnes dans lesquelles il a une entière confiance, il n'a rencontré que six ou sept exceptions à la règle qu'il a posée. Les observations que nous avons pu faire de notre côté, et celles de plusieurs observateurs consciencieux de notre connaissance, confirment à peu près les proportions établies par M. Guérin. Ainsi, il ne saurait plus y avoir de doute sur ce fait : évidemment la diarrhée précède, dans l'immense majorité des cas, l'attaque confirmée de choléra. Il ne reste d'indécision que sur la durée de cette diarrhée, qui serait en moyenne, d'après nos observations, de deux à trois jours.

2° *Question de doctrine.* — La diarrhée antécédente est-elle de même nature que le choléra lui-même?

Cette question est beaucoup moins facile à résoudre que la première; et, pour arriver à une solution précise, il est indispensable de bien s'entendre sur la valeur du mot nature. Les bornes de cet article ne nous permettraient pas de discuter ce sujet, sur lequel cependant on est si loin de tomber d'accord; mais nous pouvons dire que, suivant nous, et en cela nous sommes d'accord avec M. Guérin, il n'y a qu'un moyen de juger de l'identité de nature des maladies; c'est de constater l'identité de leurs causes. Ainsi, en supposant exacte l'hypothèse faite par M. Guérin, à savoir, que, si le choléra pouvait être inoculé, la diarrhée en constituerait la première période, il est certain que cette diarrhée serait de même nature que le choléra, comme il est certain que les troubles fonctionnels qui précèdent l'éruption de la variole sont de même nature que ceux qui accompagnent la période de suppuration. Mais, puisqu'on ne peut inoculer le choléra, il faut chercher dans d'autres éléments la solution du problème. Ces éléments se trouvent dans la succession des phénomènes. Lorsqu'un fait suit de près un autre fait, un esprit rigoureux ne voit dans leur succession qu'une simple coïncidence. Mais quand cette succession se répète une ou plusieurs fois, quand elle est surtout presque constante, on est forcément amené à conclure ou que l'un est la conséquence de l'autre, ou que tous deux ont une cause commune. Ces principes, appliqués aux faits que nous venons d'établir, nous paraissent résoudre tout aussi bien que l'hypothèse faite par M. J. Guérin la question qui nous occupe; évidemment, selon nous, une diarrhée qui précède presque constamment le choléra est de la même nature que ce choléra lui-même. Toutefois, il reste encore après cette solution deux difficultés qu'il n'est pas facile de lever, et qu'il faudrait lever cependant pour donner à la solution elle-même une véritable importance pratique. Ces difficultés sont celles-ci :

1° Toutes les diarrhées qu'on observe en temps de choléra sont-elles dues à l'influence épidémique, et, en cas de négative, comment peut-on les distinguer les unes des autres?

2° Les diarrhées qui sont dues à l'influence épidémique, abandonnées à elles-mêmes, se terminent-elles nécessairement toutes par le choléra, et, en cas de négative, comment différencier celles qui ne sont que prodromiques de celles qui constitueront toute la maladie?

Il faut le dire, sur toutes ces questions beaucoup d'obscurités règnent encore. Il est certain, d'une manière générale, que toutes les diarrhées qu'on observe en temps de choléra ne sont pas dues à la cause du choléra; il est non moins certain que parmi celles qu'on est en droit d'attribuer à l'influence épidémique, un grand nombre se terminent naturellement sans être suivies du choléra; mais il est impossible, dans l'état actuel de la science, d'établir des proportions exactes entre le nombre des unes et des autres, et il est impossible aussi de les distinguer d'avance. Il est donc fort difficile de résoudre la troisième question, celle de la thérapeutique, à laquelle nous arrivons maintenant.

3° *Question de thérapeutique.* — Est-il possible d'arrêter dans *tous* les cas la diarrhée qui précède le choléra? Dans l'impossibilité où nous sommes de résoudre d'une manière précise les questions énoncées dans le paragraphe précédent, c'est dans les termes rigoureux où nous l'avons posée qu'on doit chercher à résoudre cette dernière pour donner à la solution une valeur thérapeutique réelle, incontestable. Si en effet on ne peut distinguer d'avance les diarrhées non cholériques des diarrhées cholériques, et qu'on ne puisse les arrêter dans tous les cas, il est certain qu'on ne sera jamais sûr d'avoir prévenu le développement du choléra. Or il est certain que c'est là ce qui arrive malheureusement quelquefois. Dans quelles proportions? nous ne saurions le dire; mais enfin cela arrive assez souvent pour qu'il soit fort difficile d'apprécier, même approximativement, la véritable influence de la médication préventive du choléra. Nous ne voulons pas dire cependant que cette influence soit nulle; mais nous soutenons qu'il est impossible, quant à présent, de l'apprécier à sa véritable valeur.

Enfin il résulte aussi du fait cité par M. Gibert et de quelques autres faits analogues que, lorsqu'on parvient à arrêter la diarrhée chez un individu, cet individu n'est pas toujours, par ce seul fait, soustrait aux atteintes du choléra.

Les développements que nous avons été obligé de donner aux importantes questions qui précèdent, nous obligent à renvoyer à notre prochain numéro nos réflexions sur les autres sujets qui ont été discutés dans la séance de l'Académie, ainsi que de la singulière communication de M. Devergie.

Nous sommes obligé pour la même raison de retarder la publication d'un article sur la discussion de l'Académie des sciences.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Cazenave.

Maladie de la peau caractérisée par des tumeurs très nombreuses répandues sur toute la surface cutanée, et prise successivement pour une syphilide ordinaire, pour un moluscum, pour une kéloïde, pour une syphilide tuberculeuse, et enfin pour une affection morveuse.

(Suite et fin du n° précédent.)

Avant de faire connaître les différentes opinions qui ont été émises sur la nature de la singulière affection dont on vient de lire l'histoire, il convient d'en résumer les principales phases. M. Moissenet s'est chargé de ce travail.

En résumé, dit-il, chez une femme adulte d'un tempérament lymphatico-sanguin, paraissant exempte de tout vice héréditaire ou acquis, sans autre maladie antérieure qu'une gale, cause ou simple point de départ de phénomènes d'hypéresthésie générale, au milieu de conditions hygiéniques évidemment contraires à l'idiosyncrasie, on voit se développer une tumeur cervicale prurigineuse d'abord, puis indolente, qui, au sixième mois de son existence, toujours dure, et lorsqu'elle dépasse en volume la moitié verticale d'un gros œuf de poule, disparaît brusquement sous l'application du caustique de Vienne, sans évacuation de pus collectionné et bien avant l'établissement de la suppuration éliminatrice de l'eschare.

D'autres tumeurs apparaissent successivement ou simultanément aux seins, sur le ventre, aux parties génitales, etc.; et après une durée d'existence proportionnée à leur volume, disparaissent peu à peu, spontanément ou sous l'influence de conditions hygiéniques meilleures et de quelques remèdes peu énergiques.

Ces tumeurs, d'une dureté élastique, non fluctuantes, parfois prurigineuses, surtout au début, jamais douloureuses, même à la pression, sont quelquefois le siége d'une sensation

(1) Cet établissement a réellement reçu 3 cholériques; mais l'un d'eux étant un employé de la Salpêtrière, et ayant été compté dans le relevé de ce dernier établissement, nous en faisons abstraction dans le relevé de la Maison de santé. Cet employé a, du reste, succombé comme son collègue.

d'engourdissement, probablement due à la distension de la peau. Les plus petites, olivaires, situées dans le tissu cellulaire sous-cutané, croissent et se résolvent sans altérer sensiblement la peau sus-jacente. Les autres, beaucoup plus considérables, envahissant à la fois le tissu cellulaire et les couches les plus profondes de la peau, sont accompagnées d'altérations particulières de cette membrane; savoir: d'abord plaques élevées, luisantes, d'un rouge vif, puis taches rouges violettes succédant à l'affaissement des plaques; enfin, retour de la peau à sa coloration normale, tantôt avec flétrissure et apparence cicatricielle, tantôt sans aucune trace persistante et sans desquamation appréciable. Ces altérations cutanées, toujours consécutives à celles du tissu cellulaire sous-jacent, accompagnent ces dernières dans leur développement, et s'effacent en même temps qu'elles ou après elles. Pendant l'évolution de ces tumeurs, on observe divers troubles fonctionnels du système nerveux: céphalalgie, hémiplégie et douleurs névralgiques de la face, douleurs des membres, hypéresthésie générale. Plus tard, vers le dixième mois de la maladie, quelques-unes de ces tumeurs, celles des parties génitales, s'ulcèrent superficiellement, suppurent peu, et tendent d'elles-mêmes à la guérison, comme s'il s'agissait simplement d'excoriations accidentelles. Mais, à la suite d'une affection fébrile de trois semaines de durée, et qui se prolonge avec des alternatives de rémission et d'exacerbation, sous forme de fièvre hectique, la santé, qui jusque-là n'avait pas été sensiblement altérée, se détériore profondément, et deux ou trois plaques excoriées commencent à se convertir en ulcérations fongueuses d'un aspect bizarre tout nouveau pour lui.

A partir de ce moment, l'ulcération des tumeurs continue à faire des progrès assez rapides. A l'hôpital Saint-Louis, la maladie semble d'abord s'amender légèrement; la couleur cachectique de la peau se dissipe; les tumeurs qui n'étaient pas trop avancées s'effacent; mais les autres, en grand nombre, s'ulcèrent et fournissent une suppuration des plus abondantes, à laquelle la malade, déjà très affaiblie, succombe promptement.

Remarques. — Voici maintenant les remarques nombreuses dont cette importante observation a été l'objet. Commençons par celles de M. Moissenet.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, qui fut d'un mois, plusieurs personnes furent dans le cas de voir et d'étudier ses tumeurs, sur lesquelles je ne manquais jamais d'appeler l'attention, justement parce que j'étais très embarrassé pour déterminer leur nature et les classer dans le cadre nosologique. Les avis les plus différents furent émis.

La comparaison de ces tumeurs avec les tumeurs scrophuleuses fut tout d'abord repoussée. Il y avait entre elles des différences par trop évidentes de siége, de forme, de durée, de terminaison. Et d'ailleurs la malade n'offrait aucun des traits de la constitution scrophuleuse, et ses antécédents, sous ce rapport, étaient complétement négatifs.

En voyant ces plaques rouges, luisantes, comme boursouflées, assises sur des tumeurs susceptibles de résolution complète et spontanée, on pensa à l'urticaire tubéreuse. L'observation curieuse et la belle planche que M. le docteur Cazenave a données de cette affection, dans son dernier ouvrage sur les maladies de la peau, présentaient quelques points de ressemblance avec le cas en question. Mais ce rapprochement, quelque naturel qu'il nous parût tout d'abord, était loin d'être satisfaisant. Les tumeurs de l'urticaire tubéreuse sont en effet quelquefois très dures, très étendues en surface et en profondeur et surmontées de plaques rouges analogues; mais la durée individuelle de ces plaques et de ces tumeurs varie depuis quelques heures jusqu'à quelques jours, et ce n'est que dans des cas fort rares qu'elles persistent pendant un ou deux septenaires; tandis que les tumeurs que nous avions sous les yeux avaient toujours mis deux, trois ou six mois à parcourir leurs diverses périodes d'accroissement, d'état et de décroissement.

Personne ne songea sérieusement à ranger ces tumeurs parmi les kéloïdes, bien que ce mot, comme beaucoup d'autres, ait été prononcé dans les discussions diagnostiques qui eurent lieu à leur sujet.

Plus tard, lorsque la malade fut hors de l'hôpital, en poursuivant quelques recherches sur cette singulière affection, j'eus l'occasion de lire dans le *Traité des Maladies de la peau*, du docteur Wilson, un chapitre très intéressant sur les tumeurs sébacées (*molluscum contagiosum*), dans lequel l'auteur fait une analyse complète de la plupart des exemples de *molluscum* consignés dans les annales de la science, ou plus récemment observés par lui-même. J'avouerai qu'aucun de ces faits ne me parut exactement comparable à celui que j'étudiais. Je ne pouvais trouver dans aucune des nombreuses tumeurs de la femme M... les signes considérés comme caractéristiques des tumeurs sébacées molluciformes. Aucune d'elles ne présentait ce point central d'où la pression peut faire sortir en totalité ou en partie l'humeur concrétée dans les follicules dilatés. Aucune n'était pédiculée, et ne paraissait devoir le devenir.

Ainsi la tumeur sous-ombilicale, qui pour la grosseur pouvait être comparée à celle décrite par Tilesius, loin d'être pédiculée comme elle, faisait au-dessous de la peau un relief qui accusait à peine à la vue le quart de son volume réel. — Presque toutes les tumeurs mollusciformes un peu considérables observées jusqu'à ce jour ont présenté un caractère de fixité comparable à la persistance des tumeurs cancéreuses. Tous les cas de résolution spontanée se rapportent à des excroissances de petite dimension qui ne sont pas plus considérables que des grains de raisin ou des lentilles. Et lorque ces éminences se flétrissent ou se dessèchent, la peau, ridée, décolorée, devient tellement insensible, qu'on peut la couper sans que le malade éprouve la moindre sensation pénible. (Alibert: Mycosis fongoïdes.) Qu'a de commun ce genre de résolution avec celui des tumeurs de la femme M...? La lecture de l'observation de Lucas ne satisfaisait pas beaucoup plus que les autres mon besoin de trouver des cas analogues à celui que j'avais sous les yeux; mais j'avais tort vraiment d'être aussi rigoureux en fait de *molluscum*.

S'agissait-il d'une affection syphilitique? En droit de compter sur la vérité et la valeur des renseignements fournis par la malade et son mari, ne trouvant d'ailleurs dans ces tumeurs et ces plaques bizarres, ni même dans les deux ou trois ulcérations formées en dernier lieu aucun caractère spécifique qui permît de les classer parmi les tumeurs et ulcérations vénériennes, si ce n'est peut-être l'impossibilité de les ranger dans un autre ordre de maladies, je dus tout d'abord renoncer à admettre que j'avais affaire à des tubercules syphilitiques. Et si, lorsque les tumeurs des parties génitales furent ulcérées, je prescrivis l'usage interne de l'iodure de potassium, ce fut, pour ainsi dire, en désespoir de cause et en manière d'essai.

Quel que soit le diagnostic auquel la suite de l'observation et l'autopsie permettent de s'arrêter, que l'on admette un molluscum ou une syphilide tuberculeuse, j'ai lieu de penser, après avoir pris connaissance de la plupart des faits publiés sur ces deux sortes de maladies, que les détails qui précèdent laisseront à l'affection dont il s'agit un cachet tout spécial d'originalité.

M. L. Corvisart, qui de son côté s'est livré à de nombreuses recherches au sujet de cette observation, émet son opinion dans les termes suivants:

Après avoir lu cette observation, personne ne pourra penser à l'assimiler au *frambœsia* en grappes, à l'*elephantiasis des Grecs* avec sa couleur bronzée, au *lupus*, au *noli me tangere*, affections bornées.

Y aurait-il eu cette rapidité, cette universalité de développement à la peau, cette absence de prurit et d'élancement, cette disparition spontanée de plusieurs tumeurs, et la guérison de l'une d'elles par le caustique, si nous avions eu un *cancer vrai*?

Quant au *pseudo-cancer*, à ces productions *fibro-plastiques*, si bien décrites par M. Lebert, et que nous avons eu souvent l'occasion d'étudier cliniquement et d'examiner au microscope, nous devons dire que l'ulcération de l'éminence hypothénar particulièrement nous les rappelait beaucoup par l'aspect grenu particulier, la consistance de son fond, etc. Nous ne serions point étonné qu'on trouvât dans ces tumeurs les éléments précités; mais la dissemblance qu'elles présentent avec les tumeurs sarcomateuses les plus ordinairement observées, par leur nombre, leur marche, leurs symptômes, leur donnerait un cachet tout spécial.

Nous donnons ce diagnostic, qui nous est particulier, simplement comme diagnostic anatomique, et ne préjugeant en rien de sa raison pathologique.

Nous devons nous étendre plus longuement sur le *mollus-cum*.

D'abord le molluscum est une affection d'une grande rareté; en raison de cette rareté sans doute, son histoire est fort obscure. Il semblerait même que les dermatologistes n'entendent pas tous par ce nom une seule et même maladie.

Chacun des exemples qu'en rapportent nos auteurs présente des caractères disparates; ici nulle tendance à l'ulcération, là production d'ulcères hideux; tels tubercules sont sessiles, tels pédiculés; tels renferment une substance athéromateuse qu'on cherche vainement dans les autres; dans un cas la peau conserve sa coloration normale, tandis qu'ailleurs elle se couvre de taches livides; le contact donne le mal ou est toujours innocent! N'est-on pas en droit d'être étonné, aujourd'hui que la médecine et le diagnostic en particulier ont fait tant de progrès, qu'un même nom rassemble tant de dissemblances?

Nous allons, en premier lieu, rapprocher de la description de la maladie que nous avons observée, et qui a été si diversement interprétée, les observations qui nous ont semblé avoir avec elle le plus d'analogie. Le premier auteur où l'on trouve l'origine du mot molluscum et la description d'une maladie qui a beaucoup de ressemblance avec la nôtre est Bontius. Le mot molluscum ne vient peut-être pas du plus ou moins d'analogie que les tubercules cutanés ont avec ceux de l'écorce de l'érable, comme on l'admet généralement, mais simplement du nom du pays où régnait la maladie.

Voici comment Bontius s'exprime: « Endemius seu popu-
» laris quidam morbus in Amboyna ac *Moluccis* insulis
» præcipue oritur, qui symptomatis suis admodum similis est
» morbo venereo. Sed in his inter se differunt, quod hic sine
» congressu venereo quoque nasci soleat. Erumpunt in facie,
» brachiis, cruribus, tophi, seu tumores duri ac scirrbosi,
» ac tam crebri per universum corpus quam clavi ac verrucæ
» oriuntur in manibus ac pedibus in patria; si vero eos ul-
» cerari contingat, materiam lentam ac gummosam reddunt,
» attamen tam acrem et mordacem ut profunda ac cava ul-
» cera inde oriantur cum labiis callosis ac inversis; fœdum
» ac deforme malum, et cum lue venerea conveniens nisi
» quod hic tanti dolores non adsint, nec caries in ossibus tam
» facile oriatur nisi per curantis incuriam. » (*Medicina Indorum*....., lib. IV, edit. nov.; Lugd. Batav.)

Les auteurs qui ont écrit sur les maladies de la peau ont rarement vu la maladie de Bontius. Alibert, d'après les médecins américains, la décrit assez bien cependant sous le nom de *pian* ou *mycosis fongoïde*. Fort heureusement un exemple, mais un seul exemple, lui était passé sous les yeux. L'ulcération de la figure de Lucas, qu'Alibert a fait représenter (*Clinique de l'hôpital Saint-Louis*), a avec celle de la main de notre femme une ressemblance frappante, plus encore par la peinture que par la description écrite, qui sans doute n'a pas bien rendu la pensée. Alibert s'étonne, comme nous le faisons aussi, que le mal qu'on croit relégué à Amboine se soit montré à Paris. (*Mon. des dermatoses*, t. II, p. 427.)

A propos du *mycosis fungoïdes* et des maladies qu'il classe dans le deuxième genre des maladies véroleuses, il dit: « Elles n'ont pas ce caractère protéiforme que nous présente la syphilis vulgaire; il en est qui se contractent autrement que par le rapprochement des sexes, on peut même assurer que la plupart se manifestent chez des sujets qui n'ont été exposés à aucun foyer de contagion. La qualité pernicieuse des aliments, les vices de l'air, la présence des marécages, la sévérité des intempéries suffisent souvent pour donner lieu à des éruptions si calamiteuses. » (*Loc. cit.*, p. 340.) « On ne saurait, dit-il ailleurs (*loc. cit.*, p. 360), méconnaître les rapports qui rattachent au groupe des dermatoses véroleuses certaines maladies éruptives qui se remarquent... aux îles d'Amboine, aux Moluques. »

Le docteur W. Turnhull a rapporté (*Edinburgh medical and surgical journal*, october 1841, p. 403 *bis*) un fait de molluscum dans lequel nous reconnaissons quelques-uns des caractères de notre cas, comme la consistance, la couleur, l'inflammation, l'ulcération, mais qui sous plus d'un rapport doit être rangé ailleurs.

Là ne se borne cependant pas toute la bibliographie du molluscum, car nous n'avons point cité Tilesius, Willan, Bateman, Biett, MM. Rayer, Cazenave et Schedel, ni les intéressantes communications faites dans la direction des recherches modernes des docteurs Robert Paterson (*id.*, july 1841, p. 279), Richard Payne-Cotton (*id.*, january 1848, p. 82), William Henderson (*id.*, july 1841, p. 213); mais c'est que ces différents auteurs ont eu affaire à d'autres espèces de molluscum très éloignées de celui de Bontius.

Il paraît résulter des observations microscopiques des médecins anglais que le tubercule renfermant de la matière athéromateuse est formé par un follicule sébacé modifié dans sa vitalité et ses produits. Cette espèce étant le plus communément observée, c'est à elle qu'on a ordinairement donné le nom de molluscum; mais elle est toute différente de celle de Bontius. Aussi ne pouvons-nous être de l'avis de MM. Cazenave et Schedel disant (*Mal. de la peau*, p. 385): Le *molluscum de Bateman, c'est l'éruption fongoïde de Bontius.* — Nous avons consulté les planches de Bateman, elles s'éloignent autant que sa description de ce que nous avons vu et de ce qu'a vu Alibert. Nous approuvons fort M. le docteur Maurice-Maximilien Jacobovics d'avoir divisé le molluscum en fongueux et athéromateux; mais nous allons bien plus loin, nous croyons qu'il est grand temps de séparer radicalement deux affections aussi différentes par leur siége, leur nature, leur génie, et ceci nous le disons *a fortiori* pour ceux qui, regardant le mycosis fungoïdes comme une syphilide, persistent à le laisser dans la classe des maladies tuberculeuses et n'en parlent point aux syphilides.

Bateman divise la maladie en molluscum *contagieux* et *non contagieux*. Mais les observations à l'aide desquelles on a voulu établir la contagion n'ont absolument aucune valeur. MM. Cazenave et Schedel ont bien vu que « l'histoire du molluscum contagieux est fort obscure; ils pensent que, si l'on avait un certain nombre d'observations exactes sur ces deux maladies, on trouverait qu'elles ont peu d'analogie ensemble. »

Quoi qu'il en soit de la contagion ou non-contagion du molluscum athéromateux, notre malade n'en a point eu de cette espèce, ou bien elle a un *mycosis fungoïdes* ou une *syphilide tuberculeuse*.

Absence de contagion par rapprochement sexuel au dire de la malade, et ici je dois m'arrêter un instant. Bien des médecins, malgré les dénégations des malades, n'hésitent point à affirmer d'après un certain ensemble de symptômes qu'il y a eu coït infectant. Je crois que parfois il faudrait être plus réservé et n'avoir pas une telle horreur des exceptions. Si les praticiens qui ont vu le mycosis, si Alibert affirment que les symptômes de la maladie syphilitique ont pu dans certaines circonstances se développer sans coït infectant, on peut discuter la question. Je sais qu'on répond: le malade ne s'est point aperçu des accidents primitifs; à cela il n'y a rien à répondre, sinon qu'une affirmation simple et sans preuve ne peut être d'une valeur rigoureuse. A l'absence de contagion au dire du malade, j'ajoute absence des plaques muqueuses, absence d'exostose et surtout de douleurs ostéocopes (toujours au dire de la malade, et aussi d'après ce que nous avons vu pendant son séjour à l'hôpital), point d'alopécie; nombre des tubercules cutanés, accroissement si rapide de leur volume, marche, tout cela au moins fort rare même dans les syphilides tuberculeuses; à l'exception de quelques tumeurs, absence de teinte cuivrée, isolement des tubercules, bords relevés des ulcérations, peau saine et non terreuse entre eux, etc., voilà ce qui pour M. Huguier et pour M. Gibert sans doute a fait repousser la syphilis.

La vérole d'Amboine, les pians, les yaws, les sibbens ont été par plusieurs auteurs, non point seulement comme fait Alibert, rangés à côté des syphilides, mais regardés comme syphilides. Nous laissons cette grande question à de plus habiles. Démêler si ces maladies portent, comme dit l'auteur des dermatoses, le *masque* de la maladie vénérienne (voir l'opinion de Babington sur ce sujet (Hunter, trad. de M. Richelot, p. 649, note), celle de Hunter (*ib.*, p. 650), ou si elles en ont la *face*, est chose difficile, et demande une expérience et une instruction que nous n'avons point. Néanmoins, nous penchons pour la première solution; mais c'est à l'exactitude dans notre observation que nous avons principalement tenu.

Pour terminer cette longue observation dont le grand intérêt peut seul justifier l'étendue, nous dirons que M. Cazenave, se fondant sur l'aspect particulier de la peau de la malade, aspect qui était bien évidemment celui de la peau des syphilitiques, aspect facile à reconnaître quand on l'a vu souvent, quoique impossible à décrire; se fondant aussi sur le caractère même des tumeurs gommeuses et dont une malade placée précisément en face de celle qui fait le sujet de cette observation offre un exemple évident et presque identique, quoique moins grave; se fondant sur la prompte modification de la couleur de la peau sous l'influence d'un traitement antisyphilitique énergique, M. Cazenave ne doute pas que la

femme M... ne fût atteinte d'une affection syphilitique.

Sans être aussi affirmatif que M. Cazenave, nous devons dire que le caractère des tumeurs trouvées dans l'épaisseur du tissu du cœur, où l'on a assez souvent constaté des tumeurs semblables dans des affections évidemment syphilitiques, et seulement jusqu'à présent dans ces affections ; l'existence de ces douleurs névralgiques que nous avons également constatées si souvent chez les syphilitiques, et qui ont été si remarquables chez le malheureux Hourmann, nous font pencher fortement en faveur de l'opinion de M. Cazenave. M. le docteur Lebert partage aussicette opinion.

Dans la Société de Biologie, où cette opinion a été discutée, un membre a pensé que la femme M... avait succombé à une affection morveuse. Nous ne voyons rien qui puisse justifier une semblable opinion.

H. de C.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 avril 1849. — Présidence de M. Velpeau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'un rapport de M. le docteur Quémont, médecin des épidémies de l'arrondissement de Dieppe, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Varengeville depuis la mi-février jusqu'à la fin de mai 1848.

— La correspondance manuscrite se compose de plusieurs communications.

1° Une communication de M. Michel Lévy, dans laquelle ce médecin annonce que, dans la plupart des cas de choléra grave qu'il a observés, l'urine a donné un précipité d'albumine; celle-ci persiste plusieurs jours dans les urines, et suit une progression décroissante à mesure que la maladie suit ses périodes. Après avoir fourni un précipité floconneux par de faibles doses d'acide nitrique, elle exige pour se manifester à l'œil nu une moindre quantité de réactif; et enfin, bientôt celui-ci ne détermine plus dans l'urine qu'un nuage blanchâtre, une opalescence qui occupe la moitié ou le tiers inférieur du liquide.

La diminution de l'albumine coïncide avec l'amélioration de l'état morbide ; et quand l'albumine persiste malgré la diminution de gravité des symptômes, c'est une raison d'être fort réservé sur le pronostic.

M. Lévy a également étudié, chez les cholériques, les sueurs, qu'il classe en trois variétés :

I. Sueur algide. C'est cette matière visqueuse qui sert d'enduit à la peau des cholériques dans la période de concentration.

II. Sueur de réaction ou spontanée. Tantôt modérée et continue, elle se prolonge pendant plusieurs jours avec un peu d'amélioration circulatoire. Tantôt elle inonde le malade et dure moins. Dans les deux cas, la solution est assurée, sauf accident.

III. Sueur de réchauffement, ou provoquée; elle manque rarement quand le malade est soumis dans son lit, transformé en cage close, à l'action du bain d'air chaud, qui est, depuis le début de l'épidémie, notre moyen préféré de calorification.

Si le retour du pouls radial coïncide avec le retour de cette sudation forcée, elle a pour le malade le même avantage que la sueur spontanée; si le pouls ne reparaît pas, la sueur, comme le réchauffement, n'a aucune valeur thérapeutique.

Le pouls est donc le régulateur de toute cette médecine et de stimulation qui se fait autour des cholériques à l'état algide et cyanique.

2° M. le docteur Gouyon, de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), se fondant sur l'analogie qui existe entre le choléra et la période algide d'un accès de fièvre intermittente pernicieuse, conseille, dans la première de ces maladies, à l'exemple de plusieurs médecins, l'emploi du sulfate de quinine sous toutes les formes, et entre autres de cette manière : pratiquer au bras une incision assez profonde et assez grande, et introduire dans la plaie une certaine quantité de sulfate de quinine en poudre ou converti en trochisque à l'aide d'eau gommée. Un moyen qui lui a aussi réussi dans les fièvres intermittentes les plus graves, c'est l'application sous les aisselles de tampons ou éponges trempées dans une forte dissolution de sulfate de quinine.

3° M. Ravin, correspondant de l'Académie à Saint-Valery-sur-Somme, écrit que le choléra occupe actuellement une assez grande partie de la vallée de la Bresle (communes de Blangis, Gamaches, Mouchaux, Incheville, Beauchamp, Rouvencourt). Il s'approche de la ville d'Eu.

Dans toutes ces localités, le choléra n'a frappé que les familles les plus pauvres.

Elle sévit également sur les constitutions malades ou débilitées, et sur les constitutions robustes. A Gamaches, les enfants entrent pour moitié dans le nombre des cholériques.

Beaucoup de cholériques ont des selles sanguinolentes; quelques-uns rendent par l'anus un sang noir et fétide.

On paraît s'être bien trouvé, dans quelques cas, du bain général sinapisé.

4° M. Legrand adresse une lettre dans laquelle il entretient l'Académie des bons effets qu'il retire de l'emploi de l'extrait aqueux de noix vomique pour arrêter les vomissements. Il administre l'extrait aqueux de noix vomique à la dose de 5 centigrammes dans une potion de 75 à 100 grammes, composée de parties égales d'eau distillée de fleurs de tilleul, de menthe et de sirop de fleurs d'oranger. L'auteur préconise en outre, dans cette même lettre, divers autres moyens destinés à rétablir la circulation, tels que des applications de sangsues sur la région épigastrique, la rubéfaction transcurrente de toute la longueur du rachis, etc.

5° M. Worms, médecin du Gros-Caillou, envoie une note sur le traitement du choléra. L'auteur insiste spécialement sur l'état dit typhoïde qui se développe si souvent après que la période algide et que la cyanose même sont dissipées, et qui fait si souvent mourir les malades; il attribue cet état à une infiltration ou à un épanchement séreux dans les membranes ou les cavités du crâne, et conseille pour le guérir d'appliquer sur la tête, préalablement rasée, une compresse imbibée de la solution suivante :

Alcool camphrée.	150 grammes.
Ammoniaque liquide.	20 à 25
Infusion d'arnica.	100

dans laquelle on fera dissoudre :

Chlorhydrate d'ammoniaque. . .	45

6° M. Masselot communique des recherches qu'il a faites à l'hôpital du Val-de-Grâce sur les déjections alvines et stomacales des cholériques dans le service clinique de M. le professeur Lévy.

Les expériences qui servent de base à cette note, dit-il, ont été répétées avec M. Coulier au laboratoire de chimie du Val-de-Grâce.

Nous avons recueilli les matières rendues par dix-neuf malades; nous les avons soumises à la filtration, et nous avons obtenu un liquide transparent, diversement coloré, qui a été traité par l'acide nitrique et par la chaleur.

Dans douze cas, l'acide nitrique et la chaleur ont déterminé un précipité blanc, grumeleux, caillebotté, plus ou moins abondant.

Dans trois cas, l'acide nitrique a produit un nuage blanc assez épais, soluble dans un excès d'acide, et la chaleur a fait prendre à la liqueur une teinte laiteuse assez prononcée.

Dans quatre cas, le liquide n'a été troublé ni par l'acide nitrique, ni par la chaleur. Dans ces cas la maladie était au début, et les selles, peu abondantes, étaient formées par un liquide séreux, transparent, avec dépôt de flocons blancs, légers, comme pelliculaires.

Deux fois on a fait évaporer à siccité, au bain-marie, 128 grammes 6 décigrammes de ce liquide filtré, et l'on a obtenu pour résidu une fois 1 gram., une fois 1,40 gram. de parties solides qui se sont présentées sous l'apparence d'une pellicule semi-transparente, un peu jaunâtre. Pendant l'évaporation, la liqueur ne s'est point troublée.

Si ces déjections alvines contenaient de l'albuminose, c'était donc en faible proportion. J'ai toujours vu le résidu de l'évaporation en rapport avec l'abondance des précipités déterminés par l'acide nitrique et par la chaleur.

Dans neuf cas terminés par la mort, le liquide trouvé dans l'intestin a été soumis aux mêmes recherches.

Dans six cas, l'acide azotique et la chaleur ont déterminé des précipités blancs, caillebotés, très abondants; dans un cas, le précipité a été peu abondant; dans deux cas, le liquide a donné à peine quelques traces d'albumine. Mais il faut remarquer que ces deux derniers résultats ont coïncidé avec l'extrême rareté des selles observées pendant la vie ; et il n'est pas moins remarquable que dans ces mêmes cas à déjections rares, brunes et bilieuses, les lésions intestinales étaient très peu marquées.

Dans quatre cas mortels, nous avons déterminé la quantité d'albumine contenue dans les selles pendant la vie, et dans le liquide intestinal après la mort. Voici le résultat des analyses faites sur les liquides qui ont précipité le plus abondamment par la chaleur et l'acide nitrique :

Après la mort.			Pendant la vie.
1° 4,241	d'albumine	pour 100.	2,211
2° 3,422	—	—	2,001
3° 3,036	—	—	1,456
4° 2,221	—	—	1,113

Dans deux cas très rapidement mortels, et dans lesquels les déjections alvines, peu abondantes, séreuses, transparentes, ne contenaient pas d'albumine, le liquide intestinal, après la mort, soumis à la filtration, a donné un liquide transparent, précipitant assez abondamment en blanc par la chaleur et par l'acide nitrique.

En général, nous avons trouvé la proportion d'albumine en rapport avec la viscosité et la coloration jaunâtre des évacuations alvines; celles qui, comme dans la dysenterie, avaient quelque analogie avec la lavure de chair, en donnaient la plus forte proportion.

— M. Bricheteau a la parole pour lire une lettre qu'il a reçue de M. le docteur Alex. Colson (de Noyon), en réponse à une lettre que M. Bricheteau avait lui-même écrite à ce médecin, au nom de l'Académie, à propos d'une épidémie de suette miliaire qui s'est déclarée à Noyon et dans les environs. L'épidémie s'est déclarée il y a à peu près six semaines dans le village de Cus, à deux lieues de Noyon, dont la population est de 1,400 habitants. Plus de cent personnes en furent atteintes, et notamment des femmes; il y a eu sept ou huit morts. On a remarqué que les morts appartenaient soit à la catégorie des personnes chez lesquelles on avait eu recours à une médication active, consistant à saigner et à entretenir une chaleur excessive autour des malades.

Voici ce que M. Colson a observé à Noyon même. D'abord en ce qui concerne l'éruption :

1° Elle manque quelquefois complétement, et alors la maladie consiste en sueurs et fièvre;

2° L'éruption est le plus souvent miliaire et s'étend alors sur tout le corps, les membres aussi bien que le tronc, et la figure seule est exceptée;

3° D'autrefois l'éruption se rapproche de celle de la varicelle, et elle occupe principalement la figure et les membres;

4° D'autrefois encore il y a des pétéchies, comme dans les fièvres typhoïdes.

Les accidents qui viennent compliquer la suette sont le délire et des suffocations. M. Colson les attribue aux moyens employés pour chauffer les malades. Il a remédié avec succès, dit-il, à ces accidents en faisant promener des sinapismes pendant des nuits entières sur les membres. Dans les cas de suffocation, il a eu recours avec avantage aux potions éthérées, en même temps qu'aux sinapismes.

Depuis le début de la maladie jusqu'à la période d'affaissement de l'éruption et de la desquamation, il a fait donner à ses malades de l'infusion de fleurs de tilleul, de bourrache, et il a donné de bonne heure des aliments, du bouillon gras, etc.

Dans quelques cas de suette intermittente on a eu recours au sulfate de quinine avec succès. M. Colson a vu aussi la suette débuter par des symptômes qui lui ont fait craindre le choléra, vomissements, diarrhée et énervation extrême; mais pourtant la suette seule s'est déclarée jusqu'à présent sans choléra.

M. Colson termine sa lettre en disant que des médecins ont vu des malades par centaines sans en perdre un seul; ce sont précisément ceux qui n'ont point eu recours à la saignée, ni à aucun moyen perturbateur dans le traitement de la suette.

— M. Baillarger. L'épidémie qui sévit à la Salpêtrière n'a jusqu'à présent que peu diminué. Un moment nous avons espéré qu'elle allait cesser; mais cet espoir n'a pas été de longue durée. Le 6, il n'y avait eu que 5 cas nouveaux, tandis que la veille ils avaient encore été de 32. Malheureusement le 7 il y a eu une nouvelle aggravation, et aujourd'hui encore le nombre des cas nouveaux a été de 28. Le nombre des malades atteints depuis le début est de 584; celui des décès de 420. Un douzième de la population a déjà succombé. Dans mon service en particulier, la mortalité est déjà d'un huitième.

Parmi les employés, il y a eu jusqu'à présent 1 cas sur 13; 1 décès sur 25. Un interne a été atteint; d'autres ont eu des cholérines assez graves, et parmi eux se trouve le fils d'un de nos collègues, M. Falret.

J'avais dans la dernière séance parlé à l'Académie d'une femme chez laquelle le choléra avait été jugé très rapidement par l'apparition d'une parotide droite. Aucun nouveau symptôme n'était survenu pendant cinq jours, et je croyais cette malade hors de danger, lorsque la parotide a tout à fait disparu; elle a été immédiatement remplacée par des vomissements, de la diarrhée, et la mort a eu lieu dans la même journée.

Chez une aliénée non épileptique et qui a succombé après plusieurs jours d'un état semi-comateux, la mort a été précédée par de violentes attaques épileptiformes.

Les trois malades chez lesquelles j'ai employé le stachys continuent à aller bien. Le même médicament employé à l'infirmerie de la Salpêtrière par M. Barth a donné des résultats beaucoup moins heureux. Les quatre malades chez lesquelles il a été administré ont succombé.

Je me bornerai à ajouter à ces quelques remarques un fait qui me paraît avoir un certain intérêt. Il semble résulter de ce qui se passe à la Salpêtrière que le choléra éclate bien plus souvent la nuit que le jour. La garde est faite chaque jour par deux internes; l'un est chargé du service de six heures du matin à six heures du soir; l'autre, de six heures du soir à six heures du matin. Or les malades envoyés par ce dernier à l'infirmerie sont en général de beaucoup les plus nombreuses.

— M. Bouvier communique des renseignements sur le nombre des cholériques reçus dans les hôpitaux depuis le début de l'épidémie. Il résulte de ces détails que le nombre des cas développés dans l'intérieur même des hôpitaux a été moindre la semaine dernière que pendant la semaine précédente; que le nombre de malades venus du dehors a été plus grand, et que, somme toute, l'épidémie n'a pas été modifiée notablement dans sa marche.

M. Roux fait remarquer que les cas qui se sont développés dans les hôpitaux se font remarquer surtout dans les services de médecine.

M. Bricheteau, à l'appui de la remarque faite par M. Roux, dit qu'à l'hôpital Necker il ne s'est pas développé un seul cas dans le service de chirurgie.

M. Cornac donne quelques détails sur 7 cas de choléra qui ont eu lieu aux Invalides; 6 sur des invalides; 5 sont morts, et le sixième est en danger. Le septième a eu lieu sur un employé servant, qui est en voie de guérison.

M. Gibert donne quelques détails sur les cholériques de l'hôpital Saint-Louis. Trois de ces malades ont été traités sans avantage par l'infusion de stachys. Chez l'un d'eux le choléra s'est déclaré sans aucune espèce de prodromes. Ce qui est en opposition, dit M. Gibert, avec l'opinion de ceux qui pensent que le choléra est constamment précédé de symptômes précurseurs. D'ailleurs il n'est pas exact de dire, comme on l'a fait, que la diarrhée qui précède le choléra soit le choléra lui-même. Cette diarrhée peut parfaitement disparaître seule, de même qu'elle peut se prolonger indéfiniment sans que le choléra se déclare; de même enfin que celui-ci peut se déclarer après que la diarrhée a été traitée et guérie.

M. Guérin. A propos de ce que vient de dire M. Gibert, et qui semble me concerner spécialement, je ferai remarquer que mon honorable collègue a soulevé trois questions : une question de fait, une question de doctrine et une question de thérapeutique ou de pratique.

Relativement à la question de fait, j'ai dit que dans l'immense majorité des cas il y a des prodromes diarrhéiques ou nerveux. Des renseignements donnés par M. Gibert lui-même, il résulte qu'il n'a vu qu'une seule exception à cette règle.

Sur 130 faits qui me sont personnels, 1 seul cas n'a pas eu de prodromes, 2 sont douteux, et 5 ou 6 n'ont eu que des prodromes nerveux.

Ces prodromes nerveux offrent différentes formes que je ne puis indiquer en ce moment.

Quant à la question de doctrine, c'est celle-ci :

La diarrhée prodromique est-elle de la même nature que le choléra?

Je n'ai pas dit que la cholérine fût la même chose que le

choléra; mais, pour rendre mon opinion plus claire par une supposition, je crois que, si l'on pouvait inoculer le choléra, la cholérine en serait la première période.

Or, le choléra peut s'arrêter à la première période; c'est ce que l'on observe dans toutes les maladies où l'influence morbifique n'agit pas toujours au maximum d'intensité.

Il ne faut donc pas regarder la cholérine comme le choléra, mais comme le choléra *possible*.

Quant à la question de thérapeutique, je crois que la diarrhée prodromique peut être arrêtée dans tous les cas, pourvu qu'on emploie l'ipécacuanha, les vomitifs et les vomi-purgatifs (émétique et eau de Sedlitz), et qu'on ne se borne pas, comme on le fait trop généralement, à prescrire quelques lavements émollients ou même généralement laudanisés.

M. Gibert. Je me bornerai, pour montrer l'indépendance qui existe entre la diarrhée et le choléra, de citer l'exemple d'un monsieur placé dans les meilleures conditions hygiéniques, parfaitement soigneux de sa santé, qui en 1832 fut pris de diarrhée. Je traitai cette diarrhée par les opiacés, un régime adoucissant et le repos au lit. La diarrhée cessa complètement. Le lendemain, le malade se leva et mangea un peu; dans la nuit, il fut pris d'un choléra violent qui l'emporta en quelques heures. Il est évident que, chez cet homme, on n'a nullement prévenu le choléra en guérissant la diarrhée.

M. Rochoux. La vanité des moyens thérapeutiques dont on vous a parlé jusqu'ici ressort assez par elle-même des récits qui vous sont faits pour que je trouve inutile d'insister sur ce sujet, si ce n'est pour rappeler qu'en 1832 l'inutilité des émétiques au début du choléra a été mise hors de toute espèce de doute. Je me bornerai donc à de courtes réflexions sur quelques faits scientifiques, en petit nombre, que la discussion rend de plus en plus évidents. Pour commencer par l'observation de M. Baillarger, qui a vu une malade convalescente du choléra succomber au développement d'une parotide, je dirai que pareil symptôme, chez les vieillards, est des plus fâcheux, quelle que soit la maladie durant laquelle il se développe. C'est à peine si, pendant dix-sept ans, j'ai vu à Bicêtre deux ou trois sujets survivre à la manifestation des parotides. Murat avait fait des observations analogues.

Quant à la diarrhée, qui, suivant M. Guérin, précède presque toujours le choléra, et qu'il suffit d'arrêter pour prévenir le développement de la maladie, comme le soutenait aussi de son côté M. Gendrin, je ferai remarquer que ce symptôme prétendu prodromique du choléra est en ce moment très fréquent; et pourtant, sur dix ou douze sujets qui l'éprouvent, à peine en est-il un qui plus tard soit atteint du choléra, si bien que l'on gagnerait à assurer contre cette maladie la masse entière de ceux qui éprouvent de la diarrhée. D'un autre côté, il n'est pas rare de voir le choléra attaquer des sujets constipés.

Je termine en rappelant que, cette année, la Salpêtrière, où rien n'a changé depuis 1832, souffre aujourd'hui cruellement du choléra; tandis que l'hospice des Ménages, où rien non plus n'a changé, et qui a peut-être eu plus de morts que la rue de la Mortellerie dans la première épidémie, n'en compte jusqu'à présent que quatre ou cinq. Donc la cause du mal nous échappe; et comme cette vérité est jusqu'à présent la seule bien démontrée, je ne crains pas de la rappeler une fois de plus.

M. Bégin. Depuis le début du choléra, on s'entretient ici du nombre des malades et du nombre des morts. Il est sans doute bien intéressant de savoir qu'on meurt; mais il ne serait pas moins intéressant de savoir comment il faut faire pour mourir un peu moins. Ne devrait-on pas s'entretenir plutôt des différents modes de traitement mis en usage par le grand nombre de praticiens qui ont traité des cholériques, et chercher si, parmi ces traitements, il y en a un réellement plus efficace que les autres. Voilà, il me semble, dans quel sens l'Académie devrait diriger son attention.

M. Moreau. A l'appui de ce que M. Gibert a répondu à M. Guérin, je dirai à l'Académie que nous n'avons pas eu heureusement un seul cas de choléra jusqu'à présent à la Maternité; mais, en revanche, beaucoup de malades ont des diarrhées rebelles. Nous les traitons par les opiacés, et quelquefois par les toniques diffusibles, et même, rarement, par le sulfate de quinine.

J'ajouterai qu'en 1832, il y a eu beaucoup moins de cholériques à la Maternité que dans les autres établissements hospitaliers.

M. Bouvier. Les renseignements qu'a donnés M. Ségalas sont sans doute exacts, mais notre honorable confrère les a fort mal interprétés. Dans la mortalité de l'époque actuelle, il a d'abord confondu avec la mortalité générale celle de la Salpêtrière, qui à elle seule est aussi considérable que toutes les autres. En outre, il a comparé la mortalité générale de 1832 à celle de la semaine dernière de cette année; c'est là un grand tort; car en 1832, à la période correspondante à celle où nous nous trouvons, la mortalité était beaucoup plus considérable que maintenant. Il est donc inexact de dire que la mortalité soit plus grande cette année qu'en 1832, même sur les individus atteints.

M. Velpeau. Avant d'aller plus loin dans les discussions statistiques relatives à la mortalité, je crois devoir faire remarquer que les orateurs qui ont parlé sur ces questions semblent supposer qu'il n'y a parmi les cholériques que deux catégories, les morts et les guéris; or, ce n'est pas là le véritable état des choses; parmi ceux qui vivent encore, un certain nombre mourra; il est donc impossible de faire des calculs exacts sur la mortalité.

— M. Devergie, appelé à la tribune par un tour de faveur, lit une note sur l'emploi de la truffe dans le traitement de certains symptômes graves du choléra.

C'est principalement contre la diarrhée que M. Devergie a employé la truffe, parce qu'il a observé qu'elle produisait la constipation chez un grand nombre de personnes qui en font usage dans leurs repas.

J'ai eu recours tout d'abord, dit-il, à la décoction de truffes; cette décoction a été préparée en faisant bouillir pendant trois heures dans l'eau des lames très minces de truffes. 125 grammes de truffes ont donné cinq litres d'une tisane qui, passée à l'étamine, était incolore et très légèrement opaline; elle n'avait pas d'odeur sensible; sucrée, elle a été trouvée très agréable par les malades.

Plus tard, j'ai fait préparer cette tisane dans un alambic de manière à recueillir un litre d'eau distillée pour le même poids de truffes, et cinq litres de tisane. L'eau distillée était chargée de tout le parfum de la truffe.

Ayant mis des truffes crues et coupées par tranches minces dans un mortier, on a cherché à les diviser pour les traiter par l'alcool; on a de suite obtenu une pulpe homogène, et l'on a été conduit ainsi à proposer des pilules que l'on peut préparer et conserver en mêlant à la pulpe une partie de sucre en poudre, et en enveloppant le tout d'une couche de gélatine.

On peut donc employer maintenant l'eau distillée, la décoction et la pulpe; on pourrait même obtenir une quatrième préparation, l'opiat, en mélangeant la pulpe à du miel.

M. Devergie donne ensuite quelques détails fort succincts sur 9 malades traités par ce nouveau moyen thérapeutique. Voici le résumé très exact de ces faits.

Premier cas. — Fille de vingt-deux ans; entrée pour une syphilide papuleuse; prise quatre ou cinq jours après; selles nombreuses pendant la nuit; le matin cyanose intense; dans la journée, crampes des plus violentes, selles et vomissements semblables à l'eau de riz.

Prescription. — Bain d'air chaud répété; glace; eau de Seltz; potion stimulante et tonique; lavements laudanisés; plus tard, pommade de goudron largement étendue sur l'épigastre jusqu'à la vésication.

Les symptômes s'améliorent pendant les deux premiers jours, mais ensuite ils reparaissent avec une nouvelle intensité; la cyanose est plus forte. C'est alors qu'on fait boire dans la journée de la décoction de truffes sucrée. Après les premiers verres, cessation des vomissements et de la diarrhée. Le lendemain, la même tisane est continuée; la malade en prend au plus un litre et demi. Le mieux se soutient, et la malade mange aujourd'hui deux cinquièmes de portion.

Deuxième fait. — Fille de vingt-trois ans; symptômes de péritonite avec vomissements de vers lombrics; la péritonite était enrayée lorsque se montrèrent tous les symptômes du choléra.

Première prescription comme ci-dessus; amélioration, mais persistance des vomissements. Alors prescription d'un litre de décoction truffée; le lendemain, amélioration générale marquée; cessation des selles et des vomissements. Convalescence; potages. Réapparition des symptômes de péritonite et de la diarrhée; eau distillée de truffes, 100 grammes; une seule garde-robe dans les vingt-quatre heures; cette nuit, réapparition de la diarrhée.

Troisième fait. — Femme de cinquante-cinq, entrée le 7 février avec tous les symptômes du choléra. Bain d'air chaud; tisane d'infusion de menthe; potion avec l'eau distillée de truffes.

Le lendemain matin, cessation de la diarrhée et des vomissements; période de réaction; le mieux a persisté jusqu'à aujourd'hui.

Quatrième fait. — Homme convalescent du choléra traité par les bains d'air chaud et les excitants. Pris vendredi dernier de diarrhée qui résiste aux lavements laudanisés. Dans la journée de samedi, potion avec l'eau distillée de truffes; au lieu de douze à quinze selles, le malade n'en a plus que deux ou trois.

Cinquième fait. — Homme de quarante ans, entré le 9 avril avec les symptômes du choléra; resté sans traitement jusqu'à cinq heures du soir; il avait eu cinq à six vomissements. Potion truffée; ce matin, il n'y a plus ni selles ni vomissements; la réaction commence.

Sixième fait. — Femme d'environ cinquante ans, entrée le 3 mars pour un choléra intense. On emploie d'abord tous les moyens indiqués précédemment, moins les préparations truffées, les mêmes symptômes persistent. — Décoction de truffes.

Le 5 au matin, il n'y a eu qu'un seul vomissement et pas de gardes-robes; mais la cyanose persiste et le choléra prend la forme typhoïde. — Douze pilules de truffes du poids de 30 centigrammes chacune; un peu d'amélioration; le 6, prescription de seize pilules; amélioration plus considérable. Le 9, le malade mange un cinquième de portion.

Septième fait. — Homme entré le 3 mars pour un choléra intense. D'abord, 12 grammes de sel marin; bain d'air chaud; 200 grammes de punch. Le lendemain matin, sueur, mais affaissement, face cyanosée; 30 ou 40 selles depuis l'entrée; vomissements continuels. « *Tisane aux truffes.* » Le malade succombe la nuit suivante; il n'avait eu depuis le matin que quatre gardes-robes et un seul vomissement.

Huitième fait. — Une femme atteinte du choléra depuis la veille prend de la décoction de truffes, qu'elle vomit ainsi que les autres médicaments qu'elle avait pris antérieurement; elle succombe le lendemain de l'emploi de la décoction et le surlendemain de la maladie.

Neuvième fait. — Homme d'une soixantaine d'années, entré dans la soirée du 8 avril avec tous les symptômes cholériques; la diarrhée et les vomissements étaient surtout excessivement fréquents. Pendant la nuit, potion truffée, par cuillerées d'heure en heure. Le lendemain matin (hier), vomissements et diarrhées complétement arrêtés. Mort à deux heures après midi.

De ces faits, M. Devergie conclut que la truffe doit entrer dans la matière médicale; que c'est une substance énergique; qu'elle semble dès l'abord devoir être employée, non-seulement dans le choléra, mais aussi dans les gastralgies et les entéralgies avec digestion difficile, et surtout avec gardes-robes relâchées. Elle pourra peut-être combattre la diarrhée des phthisiques. Il ne sait pas trop si elle ne parviendrait pas à modifier heureusement certaines formes de fièvre typhoïde; elle convient surtout aux intestins *humides*.

Ce qui est surtout remarquable, dit-il, c'est que chez plusieurs de nos malades, la transition de l'état le plus grave à la convalescence a lieu sans qu'il se manifeste de réaction. Il semble qu'il ait suffi d'arrêter les vomissements et les selles pour que la maladie cesse brusquement et que tous les autres phénomènes morbides disparaissent comme s'ils n'en étaient que la conséquence.

Il croit que, de toutes les préparations truffées, l'eau distillée est la plus énergique, puisque 135 grammes de cette eau, administrés d'heure en heure par cuillerées à bouche, ont suffi pour arrêter les vomissements et la diarrhée chez les cholériques dans la période la plus grave. Il n'a pas encore employé l'opiat.

— M. Bouvier fait voir à l'Académie des portions de gros et de petit intestin ayant appartenu à des individus morts du choléra, et sur lesquels on voit des sortes de plaques d'apparence gangréneuse. Dans l'un de ces intestins, on trouve de nombreux grains de psorentérie; le malade était mort au quatrième jour de la maladie. Sur l'autre, on en aperçoit à peine quelques traces; le malade avait succombé au huitième jour de la maladie.

La séance est levée à cinq heures un quart.

NOUVELLES.

M. le professeur J. Cloquet, quoiqu'entré en convalescence depuis quelques jours, ne pourra pas reprendre son cours de longtemps. Il est remplacé par M. Sappey, qui fait la visite tous les matins à 7 heures et une leçon clinique à l'amphithéâtre à 8 heures et demie.

Errata. — La communication relative aux morts apparentes nous a été faite par M. Jozat et non par M. Bernard.

— Le nom de l'interne de M. Barth est M. Pottin et non Patrin. Nous sommes heureux d'annoncer que ce jeune confrère continue à mieux aller.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 14 AVRIL 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 44.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 13 AVRIL 1849.

Marche du choléra.

L'épidémie ne fait pas de progrès sensibles ; mais elle se maintient au même degré avec la plus constante uniformité. Les entrées des dernières quarante-huit heures, dans les principaux hôpitaux, sont, à peu de chose près, aussi nombreuses que celles des quarante-huit heures précédentes ; dans quelques-uns (l'Hôtel-Dieu, la Pitié, Saint-Louis) elles le sont davantage.

En ville, le nombre des cas, sans atteindre un chiffre inquiétant, est cependant assez considérable pour qu'il n'y ait guère de médecin, en ce moment, qui n'en ait vu un ou plusieurs. C'est toujours plus particulièrement sur les individus nécessiteux que la maladie porte ses atteintes ; mais cependant chaque jour on observe quelques cas de choléra parmi des personnes qui vivent dans les meilleures conditions d'hygiène.

Quant à la thérapeutique, nous en sommes toujours à peu près au même point ; nous entrons dans des détails assez étendus sur ce sujet dans notre *Revue clinique*.

Voici le relevé des cas reçus dans les divers hôpitaux jusqu'à ce matin :

	Nombre de cas.	Décès.
Salpêtrière	660	475
Bicêtre	23	14
Ménages	7	5
Hôtel-Dieu	181	82
Charité	146	85
Pitié	148	78
Saint-Louis	87	41
Beaujon	62	40
Necker	26	14
Enfants-Malades	14	7
Saint-Antoine (1)	14	5
Cochin	3	1
Sainte-Marguerite	14	8
Bon-Secours	8	6
Clinique	15	9
Maison de Santé	2	2
Invalides	10	8
Val-de-Grâce	127	35
Gros-Caillou	147	45
Hôpital milit. du Roule	31	12
Prison de Saint-Lazare	2	2
Total,	1727	974

Le choléra à la Salpêtrière.

Dans ce malheureux établissement l'épidémie ne se relâche en rien de sa rigoureuse sévérité. Depuis quelques jours le nombre des cas est, à la vérité, un peu moins considérable qu'il ne l'a été dans les jours les plus chargés ; mais il faut songer que la population de la Salpêtrière est aujourd'hui réduite au quart de son chiffre normal, tant par l'évacuation que par le choléra lui-même ; en sorte que, pour la population actuelle, le nombre des cas, qui est de 49 dans les dernières quarante-huit heures, offre encore une proportion considérable. L'épidémie continue donc évidemment à sévir dans toute son intensité. Aussi est-il urgent que l'administration achève l'œuvre qu'elle a commencée, en évacuant ce qu'il reste de vieilles femmes dans l'établissement. C'est, du reste, ce qui va probablement avoir lieu. Si nous sommes bien informé, on a fait préparer un des bâtiments dépendant de Bicêtre pour recevoir la plus grande partie des femmes qu'on n'a pu évacuer encore.

Un nouvel interne, M. Salneuve, a été pris de quelques accidents qui l'ont forcé à quitter le service, mais qui ne paraissent pas devoir entraîner des suites graves. Ses deux collègues, MM. Pottin et Falret fils, ont été transportés l'un à Saint-Germain, l'autre chez son père. On espère que tous les deux traverseront sans accidents leur convalescence.

Nous devons mentionner à ce sujet la noble et fraternelle libéralité de M. Falret père, qui a mis à la disposition de tous les internes des hôpitaux qui viendraient à éprouver les atteintes de l'épidémie sa magnifique maison de santé de Vanves.

Le personnel des internes de la Salpêtrière a été augmenté de six provisoirement, afin de rendre un peu moins pénible le service de garde. On doit savoir gré à l'administration de cette mesure. Mais nous devons, à côté de cet éloge, exprimer le regret que l'administration n'ait pas cru devoir améliorer la nourriture des internes de tous les hôpitaux. Cette nourriture, dont nous avons voulu nous-même apprécier la qualité, serait peu convenable et même peu salubre dans tous les temps ; dans les circonstances actuelles, il y a de l'inhumanité à ne pas l'améliorer. Puisque dans sa dernière visite M. le préfet de la Seine s'est plu à reconnaître le zèle de ce corps si dévoué à ses pénibles devoirs, il n'aurait peut-être pas été hors de propos de lui prouver la sollicitude qu'on affecte pour lui en lui donnant le premier élément d'une bonne hygiène, c'est-à-dire une nourriture saine et abondante.

Dans une lettre que nous recevons de M. le docteur Payen, notre confrère soulève la question de savoir si le choléra peut affecter deux fois le même individu. Il dit que, pour son compte, il a vu, en 1832, les mêmes individus être pris au début de l'épidémie, et plus tard dans le milieu de l'été, lorsque la maladie éprouva une violente recrudescence.

Ces faits ont été observés plusieurs fois, et nous pensons aussi qu'il y aurait de l'intérêt à appeler l'attention sur eux.

M. Payen se demande si l'Académie ne ferait pas bien de rédiger un programme, afin que tous les médecins pussent faire des observations comparatives ? Nous ne pouvons pour le moment discuter cette proposition ; nous nous contentons de la soumettre au jugement de l'Académie.

Enfin, la lettre de M. Payen renferme le passage suivant :

Aujourd'hui même, je voyais la lettre d'un préfet réclamant ses deux filles qui habitent Paris, et déclarant tenir de source certaine que chaque jour notre ville présentait 1,000 malades nouveaux et que la mortalité journalière était de 500.

C'est là une première conséquence du système d'obscurantisme dans lequel persiste l'administration, et il y en aurait bien d'autres si l'épidémie venait à sévir avec intensité. Elle aurait évité ces fâcheuses conséquences si, à l'exemple de l'autorité de Londres, elle avait fait publier chaque semaine la statistique exacte des cas de choléra et de la mortalité.

Revue clinique hebdomadaire.

Quelques mots sur les formes, sur la nature et sur le traitement du choléra. — A travers toutes les hypothèses, toutes les idées plus ou moins bizarres qu'enfantent tous les grands événements, idées et hypothèses dont le simple examen serait aussi fastidieux qu'impossible, il faut nécessairement accorder quelque attention à celles de certains hommes dont la position donne toujours une certaine valeur aux opinions qu'ils émettent. C'est à ce titre que nous devons dire quelques mots de la communication faite par M. Serres dans la dernière séance de l'Institut. Cette communication a touché à trois points principaux de l'histoire du choléra, savoir : l'importance de la psorentérie, la nature de la maladie et l'efficacité du sulfure de mercure. Examinons successivement ces trois questions.

Importance de la psorentérie. — L'importance de tout symptôme, comme celle de toute lésion anatomique, peut être envisagée à deux points de vue principaux et très différents : ou bien comme dévoilant la véritable nature de la maladie, comme la distinguant de toutes les autres, en formant, en un mot, le caractère pathognomonique ; ou bien comme jouant un rôle considérable dans les troubles fonctionnels auxquels l'organisme est en proie, et comme devant commander une thérapeutique spéciale.

Au premier de ces points de vue, l'importance d'une lésion provient de sa plus grande fréquence dans la maladie que l'on considère et de sa plus grande rareté dans les autres maladies ; il s'agit donc de savoir, dans l'espèce, si la psorentérie est très fréquente dans le choléra et si elle est excessivement rare dans tous les autres états morbides ou physiologiques.

Il paraît démontré par des recherches nombreuses que la psorentérie est effectivement une des lésions les plus communes dans le choléra ; elle serait même constante dans les premiers jours de la maladie, d'après plusieurs observateurs ; la démonstration de cette opinion laisse beaucoup à désirer. Mais si la psorentérie est fréquente dans le choléra, il s'en faut bien qu'elle soit étrangère à tous les autres états morbides ou même physiologiques.

Non-seulement M. Velpeau a fait remarquer à M. Serres que des expérimentateurs avaient provoqué à volonté le développement de la psorentérie chez les animaux, mais encore beaucoup d'observateurs ont constaté cette psorentérie dans des maladies tout autres que le choléra, et même dans beaucoup de cas où l'absence de tout dérangement intestinal permettait de croire que la muqueuse était dans son état normal ; aussi a-t-on vu M. Rochoux, dans une des dernières séances de l'Académie de médecine, soutenir que la psorentérie n'était qu'une disposition anatomique normale qui se rencontrait tout aussi souvent dans les intestins sains que dans les intestins malades.

Nous ne croyons pas que cette opinion, qui compte d'ailleurs bien d'autres partisans, soit absolument exacte ; mais on ne saurait contester du moins qu'elle n'ait en sa faveur assez de faits pour diminuer singulièrement la valeur de la psorentérie considérée comme lésion propre au choléra. Ainsi, tout en accordant une certaine importance à cette lésion, il nous paraît évident que cette importance a été exagérée par M. Serres et par ses adhérents.

Quant à la valeur de la psorentérie, considérée au second point de vue, l'erreur est bien plus manifeste encore et surtout plus grave. *A priori*, on concevrait difficilement qu'une légère éruption, un développement généralement peu considérable des follicules intestinaux pût occasionner des désordres fonctionnels de quelque importance, à plus forte raison des symptômes aussi graves que ceux qui constituent une attaque de choléra. On ne voit pas trop pourquoi, alors qu'il existe tant d'autres lésions, et spécialement une altération profonde du sang, on va choisir la lésion beaucoup plus légère de l'intestin pour lui attribuer le principal rôle dans la scène pathologique. *A posteriori*, les faits confirment pleinement ces données si rationnelles.

Les médecins qui attachent la plus grande importance à la psorentérie avouent eux-mêmes que cette éruption disparaît quelques jours après le début de la maladie ; or, il arrive malheureusement trop souvent qu'à cette époque les symptômes, au lieu de décroître avec l'éruption, persistent ou s'aggravent, et que le malade succombe lorsque l'éruption a disparu. Si dans ce cas on ne peut avec la meilleure volonté lui attribuer la moindre influence sur les phénomènes morbides, n'est-il pas excessivement probable, pour ne pas dire certain, qu'il en est exactement de même pour les symptômes du début ?

De la nature du choléra. — Ce n'est, bien entendu, que dans les limites posées par M. Serres que nous voulons examiner ici cette question ; quoique, pour traiter de la nature d'une maladie quelconque, il soit presque nécessaire d'avoir recours à un *criterium* bien déterminé de pathologie générale, *criterium* qui n'a malheureusement été posé dans la science par aucun homme avec assez de raison et d'autorité pour que la grande majorité des médecins puissent s'y rattacher. En l'absence de ce *criterium*, et tout en nous renfermant dans la question spéciale du choléra, nous chercherons cependant à résoudre la question, ou plutôt à juger l'assertion mise en avant par M. Serres :

« *Le choléra est une maladie de nature typhoïde.* »

On abuse tellement depuis quelque temps de ces mots : *nature typhoïde*, *état typhoïde*, *forme typhoïde*, qu'il ne peut être sans intérêt de rechercher le sens que peuvent avoir ces expressions. Qu'a donc voulu prétendre M. Serres en disant : le choléra est de nature typhoïde ? Si une telle phrase a un sens, ce sens, à notre avis, ne saurait être autre que celui-ci : le choléra est produit par les mêmes causes que la fièvre typhoïde. Il n'y a en effet d'autre moyen, nous l'avons déjà dit avant-hier et nous le répétons aujourd'hui, de déterminer l'identité de nature des maladies que celui de constater l'identité des causes. Quand on dit qu'une affection est de nature syphilitique, tout le monde comprend ce que cela signifie, tout le monde entend que cette affection est due à l'action du virus vénérien ; quand on dit qu'une affection est de nature saturnine, mercurielle, etc., tout le monde est encore d'accord sur la signification exacte d'un pareil langage, et cela précisément parce que ce langage est employé dans le sens où nous avons nous-même interprété l'assertion de M. Serres. Ainsi, si c'est dans ce sens que M. Serres a parlé, sa phrase est équivalente à celle-ci : Le choléra est produit

(1) Dans notre dernier Bulletin, nous avons porté à 7 le chiffre de la mortalité de l'hôpital Saint-Antoine ; mais nous nous sommes assuré depuis que deux des décès qu'on avait attribués au choléra ont été causés par une autre maladie.

par la même cause que la fièvre typhoïde. Or, quoique nous ne connaissions ni la cause de la fièvre typhoïde, ni celle du choléra, il n'est pas difficile de voir, en considérant l'énorme différence des conditions dans lesquelles se développent l'une et l'autre maladie, que ces deux causes ne sauraient être les mêmes, pas plus que ne peuvent être les mêmes les causes de la peste et de la dysenterie, que nous ne connaissons cependant pas davantage.

Si, au contraire, l'assertion que nous discutons n'a pas la signification que nous lui avons donnée, tout dans cette assertion est obscurité et chaos. C'est ici le lieu de dire quelques mots de la valeur qu'on doit attacher aux divisions qu'on ne manque pas d'établir pour se donner un vernis de précision, dans le choléra, comme dans toutes les maladies, sous le nom de forme typhoïde, forme inflammatoire, etc.

Dès que les mots nature typhoïde n'ont pas le sens que nous leur avons donné, il ne leur en reste, en effet, aucun autre qui soit raisonnable, si ce n'est celui-ci : le choléra a des symptômes analogues à ceux de la fièvre typhoïde ; c'est une maladie à *forme* typhoïde (1). Voyons donc maintenant quelle peut être la valeur de la formule employée dans ce sens-là.

Pour quiconque connaît le nombre et la variété des symptômes dont l'ensemble constitue la fièvre typhoïde, ces mots : forme typhoïde, doivent nécessairement avoir un sens bien peu précis, d'autant moins précis que la fièvre typhoïde a elle-même plusieurs formes, dont deux au moins se ressemblent très peu, savoir, la forme ataxique et la forme adynamique. De quels symptômes, de quelles formes de la fièvre typhoïde veut-on parler, quand on dit d'une maladie qu'elle a la forme typhoïde? C'est ce qu'on ne dit pas : ce peut donc être aussi bien du météorisme que du gargouillement, de la fièvre que de l'éruption lenticulaire, de la prostration que de l'hypéresthésie nerveuse, etc. Toutefois, une sorte de consentement tacite semble accorder, dans ce cas, au mot typhoïde la même valeur qu'adynamique, et alors maladie à forme typhoïde ne signifierait autre chose que maladie dans laquelle il existe de la prostration ou de l'adynamie comme symptôme prédominant. Que ne dit-on alors simplement forme adynamique, au lieu d'avoir recours à des locutions qui ne font que répandre la confusion dans le langage médical, où l'on devrait s'efforcer au contraire d'introduire la clarté et la précision, qui sont les caractères essentiels de toute bonne langue comme de toute véritable science. Ainsi, voilà ce grand aphorisme : le choléra est une maladie de nature typhoïde, qui est vide de sens ou qui signifie tout simplement : le choléra est une maladie dont la prostration est le symptôme prédominant.

Pour être juste, il nous faut dire que toutes les divisions que l'on a établies dans le choléra sous le nom de *formes* ont la même valeur que l'assertion dont nous venons de montrer la signification véritable ; elles ne désignent autre chose que la prédominance de tel ou tel symptôme, et, pour cela, il suffirait d'énoncer cette prédominance en l'appelant tout simplement par son nom, au lieu de se tourmenter, à l'exemple du Bourgeois gentilhomme, pour engloutir dans un déluge de périphrases creuses et sonores les faits et le bon sens. A ceux qui nous provoqueront par trois ou quatre formes, telles que la forme nerveuse, typhoïde, respiratoire, voire même circulatoire, nous répondrons par des formes cérébrales, cérébelleuses, méningées, bronchiques, pulmonaires, pleurétiques, cardiaques, péricardiaques, artérielles, veineuses, etc., et nous serons le plus fort, si nous sommes le plus fécond en divisions et subdivisions.

C'est là une voie déplorable pour la médecine considérée comme science; c'est une voie stérile au point de vue de l'art. Ce n'est pas en suivant une telle voie qu'on peut être conduit rationnellement à employer plutôt le sulfure de mercure que le nitrate d'argent : il s'agit donc de juger le sulfure de mercure par l'expérience et non par le raisonnement.

De l'efficacité du sulfure de mercure. — Jusqu'à présent on n'a que 16 cas pour apprécier cette méthode, et l'on avouera que ce nombre est bien insuffisant, surtout lorsqu'on sait quelles bizarreries on observe souvent dans les séries de malades qui se succèdent, l'une pouvant être composée presque uniquement de guérisons, l'autre totalement de morts, quoiqu'on ait constamment traité les malades de la même manière; c'est ce qui s'observe chaque jour à la suite des opérations pratiquées sur des individus bien portants, et chez lesquels par conséquent les résultats sembleraient surtout devoir être uniformes. Ainsi donc, en supposant que tous les 16 malades traités par le sulfure de mercure eussent guéri, on aurait bien pu établir des présomptions en sa faveur, mais non une conclusion définitive. Or, il s'en faut bien qu'il en soit ainsi : sur les 16 malades traités, il en est mort 4; comparé à la mortalité générale des hôpitaux, ce serait encore là un assez beau résultat, puisque ce ne serait qu'un mort sur 4, tandis qu'il y en a dans tous les hôpitaux plus de 1 sur 2. Mais, ainsi que nous l'avons dit, il faut se mettre en garde contre la singularité des séries, et cela est si vrai que, dans plusieurs services en particulier, la mortalité est bien moindre que le quart. Nous citerons, par exemple, celui de M. Guérard à l'Hôtel-Dieu, qui ne compte que 2 morts sur 10, et encore un des malades a-t-il succombé quelques moments après son entrée et sans que M. Guérard ait pu le voir. Cependant M. Guérard ne traite pas ses malades par une méthode spéciale; et, à dire vrai, il ne se fait pas d'illusion sur la supériorité de sa thérapeutique. En résumé, le sulfure de mercure doit, jusqu'à nouvel ordre, être rangé à côté des stimulants, des réchauffants, des toniques, des évacuants, etc.; et pour sortir de cette place, il a de nouvelles preuves à faire.

Méthode truffée. — Que dirons-nous de cette singulière communication faite dans la dernière séance de l'Académie par un homme sérieux, par un médecin d'hôpital? Que dire d'une opinion qui considère comme un médicament énergique une décoction faite avec 125 grammes de truffes et *six litres* d'eau, et donnée à la dose d'un litre dans les vingt-quatre heures, lorsqu'on sait qu'un estomac peut digérer sans en être incommodé 500 grammes et plus de truffes en nature? Si une semblable innovation nous venait de l'inventeur de la moutarde blanche ou du racahout des Arabes, notre rôle serait facile; mais venant d'un médecin d'hôpital, que l'on s'était accoutumé à considérer comme un homme sérieux, elle est vraiment difficile à caractériser, et ce que nous croyons avoir de mieux à faire, c'est de garder le silence, comme nous l'avons fait à propos des tentatives homœopathiques qu'un autre médecin des hôpitaux a cru devoir proposer et qu'un collègue a cru pouvoir tolérer.

De la méthode salée. — Le chlorure de sodium est en ce moment un des médicaments qui jouissent de la plus grande faveur. Des essais sont faits dans plusieurs hôpitaux, qui semblent donner des résultats meilleurs que ceux qu'on avait encore obtenus. M. Ambr. Tardieu ayant pensé que la dissolution naturelle de chlorure de sodium, dissolution qui renferme d'ailleurs quelques autres éléments salins et organiques, a poussé le scrupule jusqu'à faire venir un tonneau d'eau de mer, et c'est cette eau qu'il administre à ses cholériques. Lorsque les faits seront plus concluants, nous aurons soin d'en informer nos lecteurs. Quant à présent, nous devons nous borner à dire que ces faits sont de nature à donner quelque espoir.

Mortalité comparée des hôpitaux civils et militaires. — Il a existé sur ce sujet, dans le *Journal des Débats*, une petite correspondance qui n'était peut-être pas là tout à fait à sa place, et qui sera, selon nous, plus convenablement discutée ici que dans les journaux politiques.

Le simple examen de la statistique que nous publions chaque jour suffit pour montrer qu'il existe une différence considérable entre la mortalité des hôpitaux civils et celle des hôpitaux militaires. La première idée qui vient en voyant ces différences tranchées, c'est de les attribuer aux conditions d'âge et de constitution des malades qui peuplent les deux catégories d'hôpitaux. Rien n'est plus naturel, en effet, que de supposer une force de résistance plus grande chez des hommes jeunes et vigoureux que chez des individus de tout âge et de toute constitution; cette supposition est d'ailleurs confirmée par les observations que l'on peut faire chaque jour sur toutes les maladies communes à tous les âges, comme la pneumonie, par exemple, ou les lésions traumatiques.

Cependant cette opinion, toute rationnelle qu'elle soit, ne paraît pas être admise par tout le monde avec la même facilité; c'est ce qui nous a engagé à rechercher s'il n'y aurait pas moyen de lui donner un plus grand degré de certitude, et voici à ce propos les raisonnements que nous nous sommes faits :

Si la différence en question ne tient pas à la différence de l'âge et de la constitution des malades traités dans les deux catégories d'hôpitaux, mais bien à l'habileté de ceux qui dirigent le traitement, il est bien probable qu'on trouvera au moins un hôpital civil dont les médecins pourront rivaliser avec les médecins des hôpitaux militaires; et si tous les médecins civils sont moins habiles que les médecins militaires, il est au moins probable qu'entre eux, les premiers seront d'une habileté à peu près égale, et qu'ils obtiendront à peu près les mêmes résultats, quels que soient l'âge et la constitution des malades qu'ils traitent.

Cela posé, nous n'avions qu'à supputer les mortalités des divers hôpitaux et à les comparer entre elles; c'est ce que nous avons fait, et voici les résultats auxquels nous avons été conduit :

	Malades.	Décès.	Mortalité.
Hôpital du Val-de-Grâce. .	113	31	27 0/0
— du Gros-Caillou. . .	124	40	32 0/0
— du Roule.	31	12	39 0/0
			98

Moyenne générale. . . . . 98 : 3 = 33 0/0.

On voit que, d'après ce premier résultat, le Val-de-Grâce est dans une situation très notablement meilleure que le Gros-Caillou, et surtout que l'hôpital du Roule; mais outre l'influence des séries heureuses et malheureuses dont il a été question ci-dessus, ce résultat peut encore s'expliquer par ce fait, que les cholériques du Val-de-Grâce étaient tous, à l'exception de deux, en bonne santé au moment où ils ont été pris du choléra, tandis que dans les deux autres hôpitaux, dans celui du Roule spécialement, la plus grande partie des cholériques étaient des hommes déjà affectés de maladies plus ou moins graves, et qui avaient été atteints dans l'hôpital. Cela posé, il nous semble qu'il n'y a aucun inconvénient à prendre comme l'expression réelle de la mortalité des hôpitaux la moyenne des trois chiffres que nous avons obtenus, et l'on a ainsi une mortalité de 33 0/0, c'est-à-dire à peu près exactement du tiers.

Voici maintenant la mortalité des principaux hôpitaux civils.

	Malades.	Décès.	Mortalité.
Hôtel-Dieu.	160	73	46 0/0
Charité.	138	74	54 0/0
Pitié.	135	74	55 0/0
Saint-Louis.	75	36	48 0/0
Beaujon.	55	31	56 0/0
			259

Moyenne générale. . . . . 259 : 5 = 52 0/0.

Par ce second résultat, on voit que, si les médecins civils ont obtenu des résultats assez peu différents entre eux, aucun n'a cependant pu atteindre même le plus mauvais de ceux qu'ont eus les médecins militaires. Quant à la moyenne des uns et des autres, elle offre la différence exorbitante qui existe entre 33 0/0 et 52 0/0, c'est-à-dire entre le tiers et la moitié. Evidemment, personne ne croira qu'une telle différence dépende de la méthode thérapeutique, surtout quand on saura que la méthode des uns et des autres, à l'exception de celle de M. Durand, du Gros-Caillou, qui insiste plus que tous ses collègues sur les évacuants, est, en définitive, fort analogue, pour ne pas dire tout à fait semblable. Mais ce qui ne serait qu'une très forte présomption après la comparaison des deux mortalités des hôpitaux militaires et civils, sera une certitude complète lorsqu'on aura comparé la mortalité de ces derniers hôpitaux à celle de la Salpêtrière. Ici ce sont bien les mêmes médecins et le même mode de traitement; les conditions seules des malades diffèrent. Cependant, au lieu de 52 0/0, la Salpêtrière offre une mortalité de 73 0/0; c'est-à-dire qu'il y a une différence plus grande entre la mortalité de la Salpêtrière et celle des hôpitaux civils qu'entre la mortalité de ces derniers et celle des hôpitaux militaires.

Nous pensons qu'après ces explications l'incident doit être vidé, et qu'il serait superflu d'y insister davantage.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Leçons cliniques sur le choléra.

Marche de la maladie. — Terminaison et lésions anatomiques.

(Suite du numéro du 7 avril.)

La marche du choléra est, comme on l'a vu, généralement rapide. Nous avons signalé cependant une forme particulière de la maladie qui, par ses symptômes, nous a paru devoir être rattachée au choléra et dont la marche était chronique. Mais c'est là une forme rare et tout à fait exceptionnelle. En général, la durée de la maladie est extrêmement courte; qu'elle soit grave ou qu'elle soit légère, elle peut se terminer en vingt-quatre heures. En 1832, nous avons vu un assez grand nombre de sujets très gravement atteints et qui au bout de vingt-quatre heures étaient en convalescence.

Tous les médecins admettent deux périodes dans le cours du choléra : la période de froid ou la période algide, c'est l'accès de choléra proprement dit, et la période de réaction. Il faut s'entendre sur la valeur de cette dénomination affectée à la seconde période du choléra. Le mot *réaction* exprime très bien l'ensemble des phénomènes qui succèdent habituellement à la période algide. En effet, le plus souvent au froid intense, à la cyanose et au ralentissement de la circulation, qui caractérisent la première période de la maladie, succèdent des phénomènes tout opposés, c'est-à-dire une chaleur vive de la peau, une grande fréquence avec force et plénitude du pouls, injection des conjonctives, etc. Mais les choses ne se passent pas cependant toujours ainsi. Dans quelques cas, la chaleur qui succède au froid n'est que la chaleur normale marquant le retour des fonctions à leur type régulier, habituel; dans ce cas, avec le retour de la chaleur coïncide la cessation des symptômes morbides; ce n'est pas une réaction. Je voudrais qu'on réservât ce mot uniquement pour les cas où la cessation du froid est suivie d'une chaleur âcre ou accompagnée de sueur abondante, avec persistance des principaux symptômes ou apparition de symptômes nouveaux, tels que céphalalgie, stupeur, somnolence, etc.; c'est alors une véritable réaction, c'est le début réel d'une deuxième période de la maladie, qui est souvent aussi grave que la première; mais si le retour de la chaleur a lieu sans fièvre et s'il est suivi surtout de la cessation des symptômes cholériques, je n'appellerai pas cela une réaction : c'est tout simplement le retour à la santé.

On a donné à cette seconde période du choléra le nom de période typhoïde. Les premiers symptômes du choléra, les selles, les crampes et les vomissements, ont cessé pour faire place à de la céphalalgie, de la stupeur, de l'abattement, de la faiblesse musculaire, du délire ou de la perte de l'intelligence, symptômes qui sont tous d'une très grande gravité. Ainsi, lorsque l'on voit survenir, plus ou moins de temps après l'invasion des premiers symptômes, une chaleur vive à la peau, sèche ou accompagnée d'une sueur gluante, avec persistance des symptômes cholériques initiaux ou substitution de nouveaux symptômes, qui ne sont pas des symptômes typhoïdes proprement dits, mais qui ont avec l'état typhoïde une très grande analogie, on peut porter un pronostic très grave, car le plus souvent la mort en sera le résultat.

La terminaison du choléra est le plus souvent mortelle. Cependant, la proportion de la mortalité n'est pas aussi grande qu'on serait tenté de le croire au premier abord. Elle diffère beaucoup suivant les différentes périodes de la maladie. Ainsi, en 1832, tandis qu'au début de l'épidémie, sur 100 malades qui entrèrent dans un seul jour à l'Hôtel-Dieu, il en succomba 97, à une époque plus avancée de l'épidémie, il n'en succombait plus environ que la moitié (50 p. 0/0); plus tard, il n'en mourrait plus que 1 sur 4 ou 5, et enfin, vers la fin de l'épidémie, la mort était exceptionnelle. De sorte qu'en 1832, tout compte fait, la mortalité, qui était d'abord de 97 p. 0/0, ne se trouva plus avoir été en moyenne que de 1 sur 3 (1/3), mortalité qui est moindre ou au moins qui n'est pas supérieure à celle de la plupart des affections aiguës graves. C'est une mortalité moindre, en effet, que celle que donnent les fièvres puerpérales; elle n'est pas sensiblement plus élevée que la mortalité moyenne de la pneumonie, acception faite de toutes les conditions d'âge et de constitution. Il ne faut donc pas trop s'exagérer la gravité des effets d'une semblable épidémie lorsqu'on l'envisage dans toutes ses phases.

Les accidents qui causent la mort sont très divers, et l'on ne trouve point à l'autopsie de lésions anatomiques qui soient en rapport avec l'intensité des symptômes. Quelques malades succombent à l'abondance des évacuations, d'autres meurent par asphyxie, d'autres par les accidents cérébraux. En général aucun des symptômes en particulier ne suffit pour expliquer la mort. On est conduit à admettre par l'observation des phénomènes qu'il y a une sorte d'intoxication générale. La

(1) Dans ce cas, on fait très mal à propos le mot *nature* synonyme du mot *forme*.

maladie tue par le même procédé qu'un empoisonnement.

Le pronostic du choléra diffère beaucoup suivant les cas et suivant la période de l'épidémie. Il est presque impossible à porter d'une manière certaine; il n'y a ni signes ni indices qui permettent de prédire à peu près l'issue de la maladie, tant sa marche est insidieuse. Aussi doit-on apporter dans le pronostic une grande circonspection. C'est le cas d'appliquer le précepte de Baglivi à propos des pneumonies, pour le pronostic desquelles il recommandait toujours une grande réserve. Toutes choses égales, cependant, le choléra est beaucoup plus grave au commencement de l'épidémie qu'au milieu, au milieu qu'à la fin. C'est plutôt sur la connaissance de cette circonstance de la marche générale de l'épidémie qu'on peut baser le pronostic que sur des signes ou des indices individuels.

Les habitudes, le tempérament, la constitution, l'âge, l'état antérieur de santé sont tout autant de circonstances qui concourent aussi à modifier le pronostic. On ne saurait établir à cet égard de règle fixe. On a vu des exemples d'individus placés dans les conditions les plus mauvaises qui ont résisté aux attaques les plus violentes, tandis qu'au contraire des attaques en apparence légères au début enlevaient des individus placés dans les conditions hygiéniques les plus favorables.

Relativement au diagnostic, il n'y a pas de difficultés sérieuses. Lors même que quelqu'un des symptômes caractéristiques principaux, tels que les crampes, les selles ou les vomissements, viendrait à manquer, dans la plupart des cas on ne pourrait méconnaître la maladie. Un individu est pris de froid, cyanose, anxiété ; à ces signes seuls, quand même il n'y aurait ni crampes, ni déjections, on reconnaîtra toujours aisément le choléra. D'un autre côté, la diarrhée et les vomissements ne constituent pas toujours des signes du choléra. Dans quelques cas, il peut y avoir du doute. Tel est, par exemple, le cas de deux malades actuellement dans les salles, dont l'un a une diarrhée simple, et l'autre des selles dysentériques très nombreuses, tous deux avec quelques crampes légères. Il y a enfin une forme légère de la maladie, la cholérine, qui est caractérisée par des selles blanches, des crampes, des nausées et quelquefois une diminution dans les urines. Ces symptômes, lorsqu'ils sont réunis, quoique légers, ne laissent point de doute sur la nature de la maladie.

Un autre point de diagnostic qui est quelquefois plus difficile, c'est de distinguer le choléra sporadique du choléra épidémique ou asiatique. Le choléra sporadique, comme l'a observé Sydenham, ne se montre que dans la saison chaude, dans les mois de juillet ou d'août. Le choléra épidémique, au contraire, se montre indifféremment en toute saison, n'obéissant, à cet égard, qu'à l'impulsion épidémique qui le propage et le fait marcher de voisinage en voisinage, jusqu'à ce qu'il ait fourni la carrière qui semble lui avoir été tracée.

Il y a aussi quelques différences notables dans les symptômes, suivant que la maladie est sporadique ou épidémique. Ainsi, dans le choléra sporadique, les selles et les vomissements sont, en général, bilieux; il y a, comme dans le choléra épidémique, mais à un moindre degré, des crampes, du refroidissement et de la cyanose; mais là où les deux maladies diffèrent le plus, c'est dans la mortalité. Tandis que le choléra sporadique tue au plus 1 individu sur 10 ou même sur 20, le choléra épidémique, surtout dans la première période de la maladie, tue plus de la moitié des malades.

Nous avons dit que l'autopsie ne révélait aucune lésion en rapport avec l'intensité des symptômes; cependant, les lésions cadavériques du choléra ne sont point sans intérêt. L'une des principales est le développement des follicules isolés de l'intestin, follicules de Brunner. Ces follicules se montrent d'autant plus gros et d'autant plus nombreux qu'on approche davantage de la valvule iléo-cœcale. Leur développement paraît aussi être en rapport avec la durée de la maladie. Si la mort arrive très promptement, les follicules sont plus développés que lorsque la mort ne survient qu'après une maladie plus prolongée.

Cette lésion s'est présentée avec les caractères les plus tranchés et au plus haut degré de son développement chez l'artilleur dont nous avons parlé dans notre première leçon, et qui, on s'en souvient, est mort en neuf heures. L'éruption folliculeuse était tellement confluente dans le voisinage de la valvule iléo-cœcale, que l'intestin présentait dans cette région un aspect tout particulier. Chez un autre malade qui n'a succombé que soixante-cinq heures après l'invasion, les follicules étaient bien moins développés. C'est là le fait le plus important de l'anatomie pathologique du choléra, en ce qu'il se lie assez bien avec l'abondance extrême des selles.

L'estomac a offert aussi, en 1832, chez quelques sujets, un développement analogue des follicules de la muqueuse gastrique.

On a signalé aussi comme un des caractères anatomiques du choléra la sécheresse des membranes séreuses. Ce caractère n'est pas constant. Mais, existât-il toujours, il n'aurait pas une grande valeur; cette sécheresse des séreuses s'explique naturellement par l'abondance des déperditions liquides.

Delpech avait annoncé dans le temps une lésion particulière des ganglions nerveux du grand sympathique, comme constituant le caractère anatomique spécial du choléra. Mais, vérification faite, l'exactitude de cette assertion a été démentie par les faits.

On trouve assez souvent des congestions sanguines, plus particulièrement dans les organes encéphaliques; le cerveau présente quelquefois un pointillé rouge. Le cœur contient très souvent des caillots fibrineux. Quant au sang, il ne présente pas d'altération assez nette ni assez constante pour qu'au simple aspect on puisse l'attribuer au choléra.

Telle est la marche du choléra, telles sont les lésions qu'il laisse le plus souvent après lui. Il nous reste maintenant à aborder le point le plus important de l'histoire de cette grave affection, le traitement. C'est par là que nous terminerons.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 28 mars 1849. — Présidence de M. CULLERIER.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, M. ROBERT revient sur le diagnostic des tumeurs fibreuses de la mamelle; il pense qu'aux moyens indiqués par M. Nélaton il est bon d'ajouter l'élasticité sans fluctuation. M. Robert donne en ce moment des soins à une malade affectée d'une tumeur assez volumineuse sans altération des ganglions; cette tumeur est élastique, et c'est surtout d'après ce caractère qu'il la croit de nature fibreuse.

M. LENOIR. Avant de se prononcer à cet égard, il vaudrait mieux attendre l'autopsie ou l'opération, car les tumeurs mammaires chroniques présentent la même élasticité et pourraient être confondues avec des tumeurs fibreuses.

M. CHASSAIGNAC revient sur les arguments qu'il a présentés dans la dernière séance, et sur l'impossibilité de faire l'histoire pathologique des tumeurs fibreuses avec le petit nombre d'observations que l'on connaît. Ces tumeurs n'ont pas de signes caractéristiques, pathognomoniques; on ne peut en faire le diagnostic qu'au moyen de circonstances dont la réunion est assez rare; et comme chacune de ces circonstances se présente dans d'autres maladies, il en résulte qu'on n'arrive guère qu'à des probabilités.

M. NÉLATON. Sans doute on n'aura souvent que des probabilités, et on fera même des erreurs; mais si l'on trouve la réunion des signes que j'ai indiqués dans la dernière séance, le diagnostic pourra être fait. C'est là ce que j'ai voulu établir contrairement à cette opinion émise dans le rapport que nous ne possédions aucun élément de diagnostic.

— La nomination de Larrey est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

— L'ordre du jour appelle la discussion du travail lu dans la séance précédente par M. Vidal.

M. ROBERT. M. Vidal est parti de ce point de vue que l'engorgement syphilitique porte généralement atteinte à la virilité, et il a voulu prouver que ce n'était pas là une loi sans exception. Il a montré des faits dans lesquels la virilité n'avait pas été abolie; mais il me semble que le point de départ n'est pas exact, et qu'il n'est pas établi dans la science que l'affection syphilitique du testicule en détruise habituellement les fonctions.

M. VIDAL. L'atrophie du testicule à la suite des maladies syphilitiques de cet organe est un fait connu et admis de tout le monde; il est proclamé partout et établi dans la science comme une généralité. J'ai voulu prouver que les auteurs avaient eu tort de généraliser ce fait, et je vois que M. Robert professe les mêmes opinions que moi à cet égard.

M. ROBERT. En tout cas, il y a deux variétés de testicules syphilitiques. Dans l'une, qui a été signalée surtout par A. Cooper et M. Ricord, l'altération occupe principalement la tunique albuginée; dans l'autre, qui apparaît beaucoup plus tôt, l'altération occupe la substance même du testicule. Cette dernière variété est celle que l'on peut confondre avec un cancer, et c'est elle qui me paraît de nature à entraîner la diminution ou la perte des fonctions de l'organe; tandis que l'autre n'a pas la même conséquence. Je reproche donc à M. Vidal : 1° de n'avoir pas prouvé par des citations empruntées aux auteurs l'assertion générale qui lui sert de point de départ ; 2° de n'avoir pas bien posé la distinction dont je viens de parler.

M. VIDAL. Sans doute on observe les deux variétés anatomiques que M. Robert a indiquées; mais ces variétés sont plutôt une terminaison qu'un point de départ; c'est ainsi que la tunique albuginée peut prendre, à la suite du sarcocèle syphilitique, l'état osseux ou l'état cartilagineux.

M. ROBERT. M. Vidal n'a pas répondu nettement à la distinction que j'avais établie. Elle est cependant importante dans la pratique. Ainsi, il y a une dizaine d'années, à l'époque où l'on n'employait pas encore l'iodure de potassium, on m'adressa un homme qui portait un testicule syphilitique de la deuxième variété ; on avait cru à un cancer, et on envoyait le malade à Paris pour subir la castration. Cependant j'ai prescrit un traitement mercuriel par le proto-iodure, et le testicule a fini par revenir à son volume naturel; je ne sais pas positivement ce qu'est devenue la virilité ; mais le testicule avait repris sa consistance et son volume normal.

M. VIDAL. Je crois que, dans ce dernier fait, M. Robert a observé une orchite chronique et non pas un testicule syphilitique; je me fonde sur ce que cette dernière maladie ne peut pas guérir par le proto-iodure de mercure. Il y a dans l'histoire des tumeurs du testicule trois périodes : dans la première, tous les engorgements chroniques sont sacrifiés, parce qu'on les regarde comme des cancers; dans la seconde, qui est celle de Desault et de Dupuytren, on commence à reconnaître qu'il y a des engorgements syphilitiques, et l'on sacrifie encore ceux qui résistent au traitement mercuriel, et qui cependant ne sont pas des cancers. Vient enfin la troisième période, qui est la nôtre, et dans laquelle on prescrit l'iodure de potassium; on enlève alors beaucoup moins de testicules qu'on ne le faisait pendant les deux premières périodes. Mais les engorgements qui cédaient aux mercuriaux étaient pour moi de simples orchites chroniques ; et dans la description qu'a donnée A. Cooper, il n'a établi aucune distinction entre l'orchite chronique et les maladies syphilitiques.

M. NÉLATON. J'ai vu plusieurs faits qui m'ont prouvé, comme à M. Vidal, que les engorgements syphilitiques n'entraînaient pas nécessairement la perte du testicule. A cet égard, j'appellerai l'attention sur un signe diagnostique qui a été trouvé par un de mes anciens internes, M. Notta : c'est la perte de sensibilité de l'organe altéré par l'invasion syphilitique. En pressant cet organe, on ne détermine plus de douleurs; mais à l'époque où la résolution se fait, la sensibilité reparaît.

M. VIDAL. Cependant, alors qu'il vient une atrophie, et qu'il reste seulement un noyau, ce noyau est quelquefois très douloureux.

— M. MARJOLIN lit au nom de M. Ricord un travail relatif à une opération d'urétroplastie. (Renvoyé au comité de publication.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 4 avril 1849.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. RICORD demande la parole à l'occasion du procès-verbal, pour exposer ses opinions sur les engorgements syphilitiques du testicule, sur lesquels la discussion s'était élevée dans la dernière séance. Outre les deux variétés généralement admises, celle dans laquelle l'affection occupe la tunique albuginée, et celle dans laquelle la substance propre du testicule est envahie, il y a, dit M. Ricord, une troisième variété : c'est celle dans laquelle les enveloppes scrotales deviennent le siége d'une tumeur gommeuse.

Les cas les plus fréquents sont ceux d'altération occupant l'intérieur de la tunique albuginée. Ici cependant il faut distinguer : le sarcocèle syphilitique est général ou partiel; s'il est général et que la maladie soit abandonnée à elle-même, la terminaison ordinaire et presque fatale est l'atrophie. Il est même une observation à faire, c'est que cette espèce de sarcocèle n'est pas nécessairement caractérisée par une augmentation de volume. En pareil cas, on observe seulement une diminution progressive, qui a fait croire à une atrophie survenant d'emblée et sans altération matérielle, sous l'influence de la syphilis constitutionnelle. Mais toutes les fois qu'on a observé attentivement, on a trouvé dans ces cas une induration qui indiquait l'existence d'une lésion anatomique, c'est-à-dire d'un épanchement de matière fibreuse ou fibro-plastique.

S'il n'y a pas atrophie, la matière qui forme l'altération peut se transformer en substance osseuse ou en substance cartilagineuse.

Enfin, dans d'autres cas, à mesure que la résorptipn se fait, la substance séminifère qui n'avait été que comprimée revient peu à peu à elle-même, reprend ses caractères normaux et ses fonctions. J'ai vu, comme M. Vidal, des malades qui, après avoir eu les deux testicules pris, ont retrouvé, après la disparition des tumeurs, les érections et l'éjaculation dont ils avaient été privés pendant un certain temps.

Quand le sarcocèle syphilitique est partiel, les vaisseaux séminifères ne sont jamais détruits complétement; il y a donc tout au plus diminution, mais il n'y a pas perte complète de la virilité. Il importe donc de tenir compte de cette distinction, lorsqu'on parle de l'influence du sarcocèle syphilitique sur les fonctions génitales.

Que l'induration du testicule soit générale ou partielle, la douleur est toujours à peu près nulle; les malades se plaignent bien quelquefois de douleurs lombaires; mais ces douleurs n'existent qu'au commencement de la maladie; plus tard elles disparaissent entièrement. Quant à ce qui est de la douleur à la pression, elle manque en effet quand le sarcocèle est général; mais elle existe souvent quand il est partiel. En effet les vaisseaux séminifères peuvent alors être comprimés entre les doigts qui explorent et le produit morbide qui occupe le centre, et de cette compression résulte souvent une souffrance analogue à celle qu'occasionne la pression du testicule à l'état physiologique.

M. VIDAL. Les développements que vient de donner M. Ricord confirment les faits avancés dans mon travail. J'ai en particulier cité un cas dans lequel il y a eu atrophie du testicule sans augmentation préalable du volume de cet organe.

M. CHASSAIGNAC rappelle que, dans la dernière séance, des doutes s'étaient élevés sur la question de savoir si A. Cooper avait bien établi la distinction entre le testicule syphilitique et l'orchite chronique. Il lit un passage de cet auteur, en vue de démontrer qu'en effet cette distinction et les moyens de diagnostic sont indiqués.

M. RICORD. Il est incontestable qu'A. Cooper a vu des testicules syphilitiques; mais ce qu'il en dit serait bien insuffisant pour établir un diagnostic. Ainsi, il parle de tuméfaction de l'épididyme. Or, je suis certain que l'affection syphilitique occupe exclusivement le testicule, et que, si l'épididyme est gonflé en même temps, cela est dû à quelque autre cause concomitante. On outre, A. Cooper parle de suppuration; or, le testicule syphilitique ne suppure jamais; les suppurations qu'A. Cooper a observées étaient dues, sans aucun doute, à des gourmes du scrotum, et non pas à un sarcocèle proprement dit. Enfin, l'auteur anglais a beaucoup trop insisté sur les douleurs qui sont habituellement nulles, et sur la coïncidence du testicule syphilitique avec les lésions cutanées; il est plus fréquent de trouver avec lui les altérations tertiaires, celles qui occupent les tissus fibreux et osseux. D'un autre côté, le sarcocèle syphilitique existe quelquefois chez des sujets qui n'ont eu ni accidents primitifs, ni accidents consécutifs; c'est parce que la maladie est souvent causée par une syphilis héréditaire.

Je dirai enfin quelques mots du traitement. Le sarcocèle syphilitique, de quelque variété qu'il s'agisse, peut guérir par les mercuriaux. Certainement Astruc et B. Bell, A. Cooper et Dupuytren ont obtenu des guérisons par ce moyen. Seulement l'iodure de potassium est beaucoup plus efficace et d'une action plus rapide.

M. CHASSAIGNAC. Les paroles de M. Ricord n'ont pas dé-

montré qu'A. Cooper ait eu des idées très fausses sur le testicule syphilitique ; il est incontestable que depuis cet auteur on a fait des progrès; on a surtout fait connaître les tumeurs gourmeuses du scrotum, et l'on a mieux indiqué les caractères propres à la tumeur; mais il n'en est pas moins vrai qu'A. Cooper avait étudié avec soin ce sujet.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le travail de M. Ricord relatif à une urétroplastie. M. Ricord, d'après le désir qui lui en a été exprimé, a fait venir le malade, qui est examiné par la plupart des membres de la Société.

M. Morel-Lavallée exprime le regret que, dans les citations bibliographiques, M. Ricord n'ait pas tenu compte des travaux de Viguerie père et de Ledran, qui, les premiers, ont songé à la déviation de l'urine pour faciliter les opérations pratiquées sur l'urètre.

M. Ricord répond qu'il a cité les auteurs, et qu'il apprécie en effet leurs travaux.

— M. Lenoir lit un travail sur le traitement des fractures non consolidées par l'acupuncture. (Renvoi au comité de publication.)

— M. Chassaignac donne à la Société des nouvelles du malade dont il l'a déjà entretenue, et auquel il a pratiqué la ligature de la fémorale pour un anévrisme poplité. Ce malade va bien ; quelques petites taches gangréneuses se sont montrées sur le pied; mais elles n'ont été suivies d'aucun accident. La ligature est tombée le vingt-quatrième jour. M. Chassaignac a cherché si, dans l'anneau du fil, il y avait une portion de tissu artériel; mais il n'en a trouvé aucune trace. Le malade, qui est à la septième semaine de l'opération, est parfaitement guéri.

La séance est levée à cinq heures et demie.

THÉRAPEUTIQUE DU CHOLÉRA.

Les quelques mots suivants nous ont été adressés par M. le docteur Wahu, médecin en chef de l'hôpital du Roule, sur le traitement qu'il emploie contre le choléra :

Les bains d'air chaud, tant vantés, ne nous ont pas donné de résultats satisfaisants dans les cas où le refroidissement était général ; j'ai prescrit avec quelque avantage, dans ces cas, le café (30 grammes de café pour 200 gram. d'eau, méthode de déplacement, édulcoré avec sucre 20 gram.) pris chaud, deux potions dans la journée. J'ai préféré ce stimulant tonique diffusible aux alcooliques, dans les cas surtout où il y avait tendance à la méningite, et, pour le dire en passant, j'ai eu un assez grand nombre de cas dans lesquels les symptômes cholériques disparaissaient complétement et brusquement pour faire place soit aux phénomènes typhoïdes, soit à la méningite.

Traitement prophylactique du choléra.

Nous recevons de M. le docteur Filhos la note suivante, destinée à faire ressortir l'importance du traitement des symptômes prodromiques du choléra.

Depuis le retour du choléra en France, nous avons déjà éprouvé de nombreuses pertes, des pertes bien regrettables, et je ne puis m'empêcher de croire que d'aussi grands malheurs eussent été en partie et peut-être tous évités, si des conseils, que je me suis efforcé de faire prévaloir en 1832, eussent été suffisamment connus et exactement suivis. A cette époque, en effet, de nombreuses observations recueillies avec soin à l'hôpital Beaujon, où j'étais interne, m'avaient démontré que le choléra était généralement précédé par un dérangement gastro-intestinal toujours très facile à combattre par les soins les plus ordinaires ; et j'avais fait connaître ce résultat, dans les derniers jours du mois de juillet, à M. le ministre du commerce pour provoquer de sa part une mesure tendant à propager le moyen qui, dans ma conviction, devait prévenir sûrement le choléra.

Plus tard, le 3 septembre de la même année, j'envoyai à la *Gazette des Hôpitaux* un article rédigé dans le même but.

Quoique les idées que j'exprimais à cette époque désastreuse soient aujourd'hui bien plus connues, cependant la mortalité dont nous sommes témoins tous les jours nous démontre qu'elles ne le sont pas encore assez. J'insisterai donc sur la nécessité de faire connaître par toutes les voies possibles, ce qui du reste serait très facile dans les casernes et dans certaines administrations, les dangers que l'on court lorsqu'on est atteint d'un dérangement d'entrailles pendant l'existence du choléra.

A l'appui de la mesure que je sollicite, je ne puis mieux faire que de reproduire ici le relevé sanitaire que j'ai publié dans la *Gazette des Hôpitaux* en 1832. Les conclusions qui le suivront pourront servir à faire connaître les moyens de se mettre à l'abri du choléra.

Je distingue à cette maladie trois degrés.

1er *Degré, cholérine.* — Selles diarrhéiques plus ou moins nombreuses, le plus souvent sans coliques ; pas de diminution dans les forces; quelquefois nausées sans perte d'appétit. Guérison facile.

2e *Degré, cholérine forte.* — Selles ordinairement fréquentes ; perte d'appétit ; malaise ou douleurs dans le ventre ; quelques crampes dans les jambes ; vomissements verdâtres ; diminution de la chaleur ; légère anxiété générale. Guérison plus longue et quelquefois difficile à obtenir.

Enfin, 3e *degré.* — Choléra confirmé avec cyanose ; grande faiblesse ou absence du pouls; refroidissement général; anxiété pulmonaire très pénible ; crampes ; vomissements ; selles très fréquentes.

M. Filhos reproduit ici un tableau analytique détaillé de 112 cas de choléra, dont il a pris les observations. Dans tous les cas les malades avaient le dévoiement depuis un jusqu'à quarante-cinq jours. Ce tableau, qui a déjà été publié dans la *Gazette des Hôpitaux* du 3 septembre 1832, est résumé par M. Filhos dans les trois chiffres suivants, pour l'interprétation desquels il est important de se rappeler les divisions que l'auteur établit dans le choléra :

20 malades atteints du choléra au 1er degré. Tous guéris.
26.............................au 2e...... Tous guéris.
62.............................au 3e...... 16 guéris et 46 morts.

Des observations et des faits qui précèdent, il résulte :

1° Que le choléra n'est jamais foudroyant :

2° Qu'il n'existe pas de choléra qui n'ait été précédé et ne se soit annoncé par un dérangement d'entrailles d'autant plus insidieux, qu'il est souvent très léger et sans douleur ; ce qui explique la négligence de la plupart des malades à se soigner ;

3° Qu'il suffit quelquefois, pendant l'existence de ce dérangement gastro-intestinal et l'état de susceptibilité dans laquelle se trouve le tube digestif, d'un peu de fatigue, d'un léger refroidissement ou de l'ingestion de quelques aliments dans l'estomac pour être tout à coup frappé par cet ébranlement nerveux qui constitue le choléra au troisième degré ;

4° Qu'un moyen certain de ne pas être atteint du choléra, c'est de combattre de suite, toute affaire cessante, les symptômes gastro-entériques, précurseurs de cette maladie ;

5° Qu'en cherchant à propager les moyens de se préserver du choléra on ne doit pas redouter de faire naître des craintes, puisqu'on peut leur opposer la sûreté des précautions ;

6° Qu'il importe d'autant plus de se soigner sans retard, que pendant l'existence de la diarrhée, même légère, le malade se trouve exposé à être foudroyé d'un instant à l'autre ;

7° Que les symptômes gastro-entériques, précurseurs du choléra, et qui en constituent le premier et le deuxième degré, sont toujours combattus avec succès, comme on le voit par le tableau qui précède ; tandis que, dans le cas de choléra au troisième degré, la mortalité est des trois quarts ;

8° Que les premiers soins à prendre en attendant les conseils d'un médecin sont : le repos au lit, la diète, une légère infusion sucrée de thé noir ou de camomille dans le cas de refroidissement, une tisane de riz ou de gomme lorsque la chaleur s'est conservée ou est revenue, des cataplasmes de farine de graine de lin sur le ventre, et des quarts de lavements d'eau de son, où l'on ajoute quatre à cinq gouttes de laudanum lorsqu'il existe des coliques ;

9° Enfin, que les moyens les meilleurs pour éviter les dérangements d'entrailles sont : de ne rien changer à la manière de vivre si l'on s'en trouve bien, d'éviter tout excès, de se vêtir de manière à résister aux variations de l'atmosphère, et de ne pas croire à la nécessité de prendre, contre ses habitudes, des boissons et des aliments toniques ou excitants.

Epidémie cholériforme.

Nous recevons d'un de nos confrères distingués de province, M. le docteur Gouraincourt, l'intéressante note qui suit :

J'ai l'honneur de vous informer que j'ai observé dans la commune de Gennetines, située à huit kilomètres de Moulins, seize cas graves dans lesquels j'ai cru reconnaître l'affection à laquelle on a donné le nom de choléra sec.

La localité est très boisée et parsemée d'étangs ; les habitants y sont généralement pauvres et se nourrissent mal.

Ces malades ont éprouvé tous les accidents suivants :

Céphalalgie très intense, faiblesse dans les jambes, perte de l'appétit ; vomissements formés par des matières bilieuses, ensuite par du sang et des détritus noirâtres d'une grande fétidité. La soif était vive, la constipation opiniâtre, et ils étaient tourmentés par un sentiment de constriction à l'épigastre. Il existait en même temps des crampes dans les membres inférieurs.

Chez trois de ces malades, il y avait de la raucité dans la voix.

J'ai calmé tous ces accidents, et instantanément, en leur administrant, de deux heures en deux heures, une infusion faite avec moitié thé et moitié café sucré ; pour tisane, une infusion faite avec menthe et mélisse. J'ai fait observer une diète absolue, et j'ai eu la satisfaction de voir tous ces accidents céder à ce traitement, dont la durée n'a pas dépassé quatre jours.

Cette affection colliquative, qui dure depuis trois semaines, et qui persiste encore, a la forme épidémique. Tous les habitants de la même maison en sont atteints presque subitement et en même temps. Chaque fois que j'étais appelé à leur donner mes soins, j'ai toujours été atteint de coliques très vives, qui ont cédé chaque fois à des doses de café répétées de deux heures en deux heures.

Nouvelles du choléra.

— On lit dans la *Gazette de Lyon :*

« Depuis quelques jours, on fait circuler dans le public un bruit qui paraît alarmer beaucoup la population lyonnaise : on prétend que plusieurs cas de choléra se sont déjà présentés dans l'hôpital et dans la ville. Nous nous empressons de prévenir que ces bruits fâcheux sont entièrement faux.

» Nous apprenons de source certaine qu'aucun cas de choléra ne s'est montré à l'hôpital ; tout se borne (et c'est là sans doute ce qui a causé l'erreur) à quelques rares exemples de cholérine. »

Ces faits nous sont confirmés par notre correspondance particulière.

Le choléra à Seraing-sur-Meuse. — Nous venons de recevoir de l'une des communes du pays où le choléra a sévi avec le plus d'intensité des renseignements très exacts sur cette épidémie. Nous allons en donner le sommaire.

Le choléra règne dans cette commune depuis le 20 décembre 1848. Voici le relevé des cas qui s'y sont présentés :

	Nombre de cas.	Morts.
Décembre	44	13
Janvier	373	91
Février	216	42
Mars	44	19
	677	165

On remarquera que la proportion est de 1 mort sur 4,1 malades, ou de 10 sur 41. C'est certainement un des résultats les plus favorables obtenus dans l'épidémie. Il concorde avec celui que le *Scalpel* nous a annoncé pour l'épidémie de Liége.

(*Presse médicale belge.*)

— On nous écrit de Londres, le 11 avril :

« La mortalité est revenue à ses proportions ordinaires. Dans le courant de la semaine, le nombre des décès a été de 994. Cinq personnes seulement sont mortes du choléra. »

— Le choléra a éclaté avec une extrême violence à la maison de travail de Gort (Irlande). Lundi dernier 9, qui était le premier jour de son apparition, il y a eu 22 cas, et depuis le nombre a toujours été en augmentant.

(*Standard* du 10.)

NOUVELLES.

M. Hémey, directeur de l'hospice de la Salpêtrière, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— MM. les docteurs Bertrand père et fils, destitués de l'inspection des eaux du Mont-d'Or le 10 mars 1848, viennent d'être réintégrés dans leurs fonctions.

— M. Labouysse, chirurgien aide-major au 59e de ligne, est désigné pour les ambulances de l'Algérie.

M. Noguès, chirurgien-élève à l'hôpital militaire d'instruction de Lille, est désigné pour celui de Strasbourg.

Erratum. — Au commencement de la communication de M. Félix Legros, publiée dans notre avant-dernier numéro, au lieu de : « Après avoir rappelé les principaux passages d'un article inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* du 1er décembre 1848. »

Lisez : « du 1er septembre 1832. »

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 17 AVRIL 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 45.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 16 AVRIL 1849.

Mort de M. le professeur Blandin.

Lorsque nous avons annoncé dernièrement la maladie de M. le professeur Blandin, nous avions rédigé notre article de façon à ce qu'il pût entretenir les illusions du célèbre malade, dans le cas où cet article tomberait sous ses yeux. Mais les renseignements que nous avions reçus ne nous permettaient point d'espérer une heureuse issue de la maladie qui le minait depuis longtemps, et à laquelle une attaque de cholérine n'avait fait que donner une nouvelle activité. Notre malheureux confrère a succombé aujourd'hui à midi, étant encore dans toute la force de l'âge et de son talent.

Marche du choléra.

Chaque jour, en terminant notre bulletin, nous aimons à espérer que celui du lendemain nous indiquera un décroissement dans l'intensité de l'épidémie ; chaque jour, malheureusement, notre espoir se trouve déçu. Depuis vendredi, le nombre des entrées dans les grands hôpitaux, l'Hôtel-Dieu, la Charité, la Pitié, Saint-Louis et Beaujon, s'est maintenu à peu près au même chiffre que les jours précédents ; à l'hôpital Saint-Louis, ce chiffre a même été plus élevé qu'on ne l'avait encore vu. Le nombre total des entrées de ces cinq hôpitaux a été de 107. Le nombre total des cas dans tous les hôpitaux et hospices civils et militaires est aujourd'hui de 2001, sur lesquels 1127 se sont terminés d'une manière fatale.

Dans la classe non nécessiteuse, l'épidémie continue à ne sévir que d'une manière très modérée ; cependant il y a eu dans la journée de samedi, à la Maison nationale de Santé, trois nouveaux cas de choléra venus du dehors, ce qui semblerait indiquer une légère augmentation de l'influence épidémique hors des hôpitaux ; mais comme c'est la première fois que ce fait se présente, il est difficile d'en tirer aucune conclusion, et tout nous porte à croire qu'il doit être attribué à une simple coïncidence.

Quant au caractère de l'épidémie, il ne change en aucune façon ; si les cas ne sont pas fréquents, ils sont toujours fort graves. La mortalité continue à être d'un peu plus de moitié dans les hôpitaux civils, des deux tiers à l'hospice de la Salpêtrière, et d'un tiers seulement dans les hôpitaux militaires ; ce qui s'explique facilement par la différence d'âge et de constitution des malades qui peuplent ces divers hospices ou hôpitaux.

	Nombre de cas.	Décès.
Salpêtrière	712	516
Bicêtre	39	27
Ménages	9	6
Incurables (femmes)	1	1
Larochefoucauld	3	2
Hôtel-Dieu	217	98
Charité	165	101
Pitié	170	86
Saint-Louis	109	50
Beaujon	70	45
Necker	31	16
Enfants-Malades	16	8
Saint-Antoine	20	10
Cochin	5	1
Sainte-Marguerite	16	9
Bon-Secours	10	7
Clinique	16	9
Maison de Santé	12	9
Invalides	11	8
Val-de-Grâce	152	41
Gros-Caillou	167	59
Hôpital milit. du Roule	48	16
Prison de Saint-Lazare	2	2
Total,	2001	1127

Le choléra à la Salpêtrière.

L'épidémie diminue sensiblement dans ce malheureux hospice ; le nombre des cas depuis vendredi a été de 23, 15 et 14, et le nombre des morts de 14, 11 et 16. Toutefois ce chiffre est encore assez élevé pour la population actuelle de l'établissement, population qui est réduite, tant par l'évacuation que par la maladie, de 1500, c'est-à-dire de près d'un tiers ; mais, même en tenant compte de cette réduction, le nombre des cas est moins élevé que dans les quinze derniers jours. Il est vivement à regretter que l'administration n'ait pas activé plus vigoureusement l'évacuation ; car aujourd'hui encore il n'y a qu'un nombre insignifiant d'individus dirigés sur le bâtiment du Petit-Gentilly de Bicêtre, et il aurait certainement été facile d'y en envoyer un beaucoup plus grand nombre.

Des trois internes qui ont subi l'influence épidémique, deux, MM. Falret et Pottin, continuent à marcher vers la guérison. Quant au troisième, M. Salneuve, nous n'avons pu nous procurer de ses nouvelles ; mais, comme il était légèrement atteint, tout porte à croire qu'il est aussi heureux que ses deux collègues.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Suites d'une opération pratiquée sur le bord des lèvres. Considérations sur la rareté des hémorrhagies dans cette opération.

Vous avez été témoins hier de l'excision que j'ai pratiquée chez cet homme qui avait sur la lèvre inférieure (près de la commissure gauche) une tumeur cancéreuse. Je n'ai pas hésité à emporter avec cette tumeur une assez grande quantité de tissus. Quand il s'agit de tumeurs bénignes, telles que les tumeurs fibreuses, les tumeurs lipomateuses, etc., il suffit d'enlever les parties malades ; mais dans les cancers, que l'on voit souvent repulluler, même quand on a enlevé toutes les parties qui paraissaient affectées, la règle est d'enlever plutôt un peu plus qu'un peu moins ; comme d'ailleurs, chez notre malade, les tissus étaient abondants, j'ai cru devoir suivre cette règle.

Mais il est arrivé un accident qui mérite d'être signalé. Cet homme a été pris d'une hémorrhagie ; le sang a coulé pendant plusieurs heures, et le malade en a été considérablement affaibli. Ceci est rare à la suite d'opérations pareilles, parce que, dans cette région, il n'y a d'artère importante à blesser que la coronaire. Il est inouï que dans les opérations du bec-de-lièvre, par exemple, il faille employer la ligature. Si partout ailleurs des artères moins grosses ont à être liées, comme dans les amputations, si cependant il n'arrive pas d'hémorrhagie dans l'opération du bec-de-lièvre, cela s'ex-

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Admiration des Périgourdins pour l'inventeur de la méthode truffée. Imprécations de la Société gastronomique contre le même inventeur. — Problème difficile à résoudre. — Prophylaxie démocratique et sociale du ministère contre le choléra. — Nouvelle méthode thérapeutique contre la même maladie.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Vous avez jugé à propos de dédaigner les truffes qui ont été servies au dernier banquet académique ; vous avez eu, je n'en doute pas, d'excellentes raisons pour en agir ainsi ; mais ces raisons ne sauraient exister pour moi ; j'en ai même de toutes contraires auxquelles je ne puis m'empêcher de me rendre ; car je tiens à obliger tous mes obligeants correspondants connus ou inconnus, et toute ma correspondance de la semaine a presque exclusivement roulé sur les truffes. Je ne veux pas, toutefois, vous forcer à parcourir cette correspondance dans son entier ; je me contenterai de mettre sous vos yeux les deux échantillons suivants, afin que vous puissiez me dire votre avis sur la conduite que j'ai tenue en cette circonstance, et me donner vos conseils sur celle que je devrais suivre si le même cas venait à se présenter de nouveau.

Premier échantillon.

« Monsieur,

» Je prends la plume au nom de vingt-cinq Périgourdins qui sommes ici réunis. Nous sommes tous dans la désolation de ne pas savoir l'adresse de l'illustre médecin dont notre docteur vient de nous faire lire le nom dans votre estimable journal. En attendant que nous découvrions la demeure du nouvel Hippocrate, permettez-nous de lui faire parvenir, par votre canal, l'expression de notre inépuisable reconnaissance. Grâce à l'éclair de génie qui a tout à coup illuminé l'esprit de ce grand homme, on ne verra plus la gloire de la truffe confinée dans le coin obscur d'un office ; elle rayonnera désormais dans le bocal du pharmacien, à côté de celle du fer, de l'opium, du mercure ou du quinquina. Quelques-uns de mes co-admirateurs me font remarquer que cette célèbre découverte décuplera sans doute nos revenus ; mais cette considération nous touche peu ; le point de départ de notre reconnaissance est uniquement dans la gloire que le célèbre inventeur va répandre sur notre belle contrée. Jusqu'à présent on disait : les truffes du Périgord et les jambons de Bayonne ; désormais on dira : le tubercule du Périgord et l'écorce du Pérou. Oui, grâce à la sublime inspiration du célèbre docteur, le Pérou ne sera bientôt plus qu'un petit Périgord. Depuis longtemps, nous autres Périgourdins, qui faisons moins de bruit que de besogne, nous avions découvert les propriétés médicinales de notre précieux tubercule ; mais nos docteurs sont si incrédules à l'endroit des découvertes médicales qu'ils ne font pas eux-mêmes, que la nôtre était demeurée jusqu'ici entièrement stérile ; cependant, nos observations, tant de fois répétées, nous permettent de compléter celles de notre illustre concitoyen, et nous le faisons d'autant plus volontiers, que ce sera pour nous un moyen de le récompenser en lui montrant tout le mérite de sa découverte. Non-seulement il est bien vrai, comme on l'a dit devant l'Académie, que la truffe est héroïque « contre le choléra, les entéralgies, les gastralgies, les » humidités de l'intestin, la diarrhée, la phthisie et la fièvre ty- » phoïde » ; mais elle guérit encore miraculeusement la dysenterie, la migraine, le rhumatisme, la goutte, les pâles couleurs, les écrouelles, la mélancolie, le mal de dents, etc., etc. La preuve de tout cela, c'est que les rusés pachidermes du Périgord, qui dénichent si bien les truffes, et qui ne s'en privent pas, ne sont jamais atteints d'aucune de ces maladies, et que tout porte à croire qu'ils vivraient tout aussi longtemps que nos forêts, si le couteau du charcutier n'y mettait bon ordre.

» Voilà, monsieur, ce que, pour la plus grande gloire du docteur N..., nous proclamons hautement à la face de l'humanité. J'ajoute qu'avant de nous séparer nous ouvrons une souscription pour faire frapper une médaille destinée à perpétuer la mémoire du docteur N... et de sa glorieuse découverte, et que nous souscrivons, tous les vingt-cinq Périgourdins ici réunis, pour cent kilogrammes de truffes chacun.

» Nous vous autorisons à recevoir les offrandes des citoyens qui voudront s'associer à notre œuvre pieuse, et nous vous prions d'agréer, etc. »

Certes, mon cher confrère, si cette lettre eût été la seule de ma correspondance, j'aurais pu sans contrainte me laisser aller à l'élan de mon cœur et entonner l'*Hosanna* à l'unisson des Périgourdins. Mais, comme il est dit que les plus belles médailles doivent avoir leur revers (y compris probablement celle qu'ont votée les Périgourdins), je reçus quelques heures plus tard la missive qui suit :

« Monsieur,

» Je prends la plume au nom des membres d'une Société qui ne demande qu'à vivre en paix avec tout le monde et à dépenser le moins bruyamment et le plus agréablement possible le peu de bien que le travail et la nature lui ont dispensé ; je suis le modeste secrétaire de la *Société gastronomique*.

» Faisant pour nous distraire la chasse aux aventures, aux nouvelles, aux cancans, aux inventions, à tout ce qui peut piquer notre curiosité, vous devez penser si nous sommes habitués à rencontrer sur notre chemin des canards de toutes les formes et de toutes les couleurs. Cependant, nous vous avouons que depuis longtemps nous n'en avions vu un de la force de celui qui a été présenté mardi dernier à l'Académie de médecine ; celui-là peut véritablement passer pour une oie. Nous n'aurions cependant point songé à l'inquiéter dans ses ébats s'il n'avait lui-même par ses cris tenté de troubler nos plaisirs. Mais ce canard-là est un canard beaucoup plus malfaisant que ceux de son espèce, et pour cette raison nous vous prions de vouloir bien nous aider à lui couper le sifflet ; car nous supposons qu'à l'exemple de tout homme bien élevé, vous devez aimer à manger des truffes à bon marché et autrement qu'en pilules ou en tisane. Or qu'arriverait-il si cet affreux canard venait à être pris au sérieux ? C'est que toutes les truffes passeraient en eau claire ou en opiat dans le gosier des cholériques, des phthisiques, des typhoïques, des gastralgiques, des dysentériques, et de tous les autres *iques* possibles, et tout cela pour le plus grand dépit des gastronomes non millionnaires (car les truffes seraient bientôt hors de prix), et sans le moindre profit pour les pauvres malades, qui n'en mourraient ni plus ni moins. Gardez-vous de croire, en effet, que la truffe soit *constipante*, comme l'a insinué votre malencontreux confrère. Nous sommes dans notre Société cent et quelques membres qui nous procurons tous les deux, trois, quatre ou cinq jours la satisfaction de nous ingérer quelques quatre ou cinq cents grammes de ce précieux comestible sans en ressentir la moindre incommodité ; notre président surtout en absorbe presque chaque jour des quantités à indigérer un éléphant, et, Dieu merci ! il n'a jamais eu besoin jusqu'à ce jour de recourir à l'apothicaire. Ainsi, tout ce que l'on a débité devant le docte aréopage est une indigne réclame, et, si je ne connaissais l'honorabilité de votre profession, je soupçonnerais que cette réclame a été faite à l'instigation de quelque astucieux Périgourdin. Soyez-en bien convaincu, *experto crede Roberto*, la truffe n'a jamais été et ne sera jamais bonne qu'à faire le bonheur

plique par le fait de la réunion immédiate; et voici comment, selon moi, cette réunion immédiate arrête l'hémorrhagie. A la faveur du contact produit par les deux sutures, les deux ouvertures de l'artère blessée sont rapprochées de manière à se correspondre plus ou moins exactement; et d'ailleurs, le sang ne pouvant pas s'épancher au dehors à cause du contact des autres tissus, la circulation peut s'établir immédiatement, et vous n'avez certainement jamais vu l'opération de la ligature après celle du bec-de-lièvre. Il en est de même pour l'enlèvement d'une tumeur du bord libre des lèvres.

Cette question de l'absence des hémorrhagies sans ligature fut vivement agitée il y a vingt ans. Un chirurgien de Munich pratiqua, dans un hôpital de cette ville, des opérations sans ligature, sans torsion, et quelques-uns des malades guérirent et il ne survint pas d'hémorrhagie. Ces observations firent beaucoup de bruit, et furent le point de départ de quelques recherches auxquelles je me livrai sur le même sujet. Je parvins à rassembler soixante et quelques exemples de cas analogues, que je rapportai dans un journal hebdomadaire. C'étaient des amputations de cuisse, d'avant-bras, de doigt, et notamment un arrachement de bras. Un homme eut son bras pris par une roue de moulin, et le membre fut arraché de l'épaule. L'homme tomba, demeura là quelques instants; et, quoiqu'il n'y eût eu ni ligature, ni aucun autre moyen artificiel d'arrêter le sang, il finit par guérir sans éprouver d'hémorrhagie. Il y avait là pourtant l'artère axillaire et une foule d'autres vaisseaux importants qui avaient été blessés.

Comment cela se fait-il? Cela se fait de différentes manières. Le tissu cellulaire peut se rétracter et présenter un obstacle à la sortie du sang. Quelquefois le sang laisse à l'ouverture une couche glutineuse qui va s'épaississant jusqu'à fermer complétement cette ouverture. On a même invoqué des phénomènes physiologiques pris dans les accouchements. A la vérité, la section du cordon ombilical n'est pas pratiquée chez le fœtus humain sans qu'on ait recours à la ligature ou à un autre moyen: il serait imprudent d'agir autrement. Mais les animaux n'ont ni chirurgien, ni matrone; le cordon se rompt de lui-même, et l'on ne voit pas que les petits meurent d'une hémorrhagie, quoique le mouvement péristaltique continue, attendu qu'il n'y a pas de raison pour qu'il en soit autrement.

Ainsi, c'est là une question très vaste; il y a presque tous les éléments de la grande question de l'art de guérir.

Quoi qu'il en soit, notre malade a eu une hémorrhagie. C'est probablement parce que la plaie, n'ayant pas la régularité qu'on peut obtenir dans les becs-de-lièvre, il se sera trouvé un petit vide par lequel le sang aura pu se faire jour. Il y avait aussi quelques causes occasionnelles. C'est un homme qui est peu maître de lui-même; il a beaucoup parlé pendant la journée d'hier, et il exerçait, avec sa langue, des mouvements de succion. Du reste, une autre aiguille a été plantée plus profondément, et l'hémorrhagie a cessé d'une manière complète.

M. L.

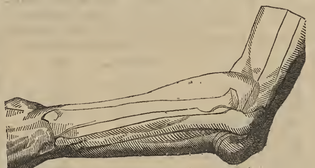
HOPITAL BEAUJON. — M. Robert.

Observation de luxation complète des os de l'avant-bras en dehors. — Considérations sur le pronostic de cette luxation.

Le fait dont nous allons donner la description, que nous avons observé et que l'on peut observer encore dans le service de M. Robert à l'hôpital Beaujon, est aussi curieux par sa rareté qu'intéressant par les conséquences pratiques que l'on en peut tirer. C'est, à notre connaissance, le second que l'on ait observé et décrit. L'autre appartient à M. Nélaton, qui en a donné la description succincte dans son *Traité de pathologie externe* et qui en a fait l'objet de considérations intéressantes. Le brièveté de ces considérations et de l'observation elle-même nous engage à rapporter les unes et les autres avant de parler du fait de M. Robert; nous réunirons ainsi dans cet article à peu près tout ce que l'on sait de plus important sur les luxations complètes du coude en dehors.

Voici comment s'exprime M. Nélaton sur le fait qu'il a eu l'occasion d'observer :

« Nous ne connaissions aucune observation de ces luxations, lorsque le fait suivant vint se présenter à nous.



» Un homme de soixante ans environ entra à l'hôpital Saint-Louis pour être traité d'un phimosis; ayant remarqué qu'il présentait une déformation considérable du coude, nous l'interrogeâmes, et apprîmes de lui que vingt ans auparavant il avait fait une chute de trente pieds de haut sur un terrain rendu inégal par les débris d'un incendie, et que la déformation de son coude datait de cette époque. En analysant cette déformation, dont nous avons gardé le modèle en plâtre, on reconnaît à la partie postérieure du coude une tumeur volumineuse qui descend à près de 3 centimètres au-dessous et en arrière des deux os de l'avant-bras; le peu d'épaisseur des parties molles permet de reconnaître très distinctement que cette saillie osseuse est formée par l'extrémité inférieure de l'humérus; en effet, elle présente successivement de dedans en dehors : 1° l'épitrochlée qui soulève et tend la peau; 2° l'enfoncement qui existe entre elle et le bord interne de la trochlée; 3° la trochlée elle-même et son bord interne, qui forme la partie la plus inférieure de la surface articulaire; 4° la partie postérieure de son bord externe, qui forme une petite saillie arrondie, située en dehors d'une gouttière qui correspond à la gorge de la trochlée; 5° l'épicondyle. Au-dessus de ces parties, on voit la face postérieure de l'extrémité inférieure de l'humérus aplatie dans son milieu et limitée en dedans et en dehors par deux bords qui vont se terminer au niveau des deux tubérosités. Les deux os de l'avant-bras ont subi un déplacement extrêmement étendu en se portant vers la partie externe et inférieure du bras. Le cubitus est venu se placer en dehors et au-dessus de l'épicondyle, et il a éprouvé un mouvement de rotation en dedans, de sorte que le bord postérieur de l'olécrane, devenu externe, forme une saillie très facile à reconnaître; la cavité sigmoïde embrasse le bord externe de l'humérus. Le radius, conservant ses rapports avec le cubitus, est placé directement au-dessus de lui, et sa cupule s'articule avec la face antérieure de l'humérus; l'avant-bras a donc, dans ce cas, éprouvé un mouvement de torsion de dehors en dedans.

» La planche ci-dessus, gravée d'après le plâtre moulé sur nature, peut donner une idée de ce genre de déplacement. »

Après avoir rapporté ce fait, M. Nélaton indique succinctement la symptomatologie de cette espèce de luxation.

« Dans la luxation complète, dit-il, Boyer se borne à dire qu'il faudrait être très inattentif pour la méconnaître, ce qui sans doute, dans sa pensée, signifie que les saillies osseuses ont subi un déplacement considérable et forment sous la peau un relief tellement caractéristique, que l'on ne peut les méconnaître; c'est, en effet, ce que nous avons pu constater sur le malade dont nous avons plus haut décrit le coude. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet, car nous ne pourrions ici que reproduire ce que nous avons dit en décrivant l'anatomie pathologique. Nous rappellerons seulement que l'avant-bras, fléchi à angle droit sur le bras, ne pouvait être ni étendu, ni fléchi davantage, mais avait conservé ses mouvements de pronation et de supination, symptôme qu'explique facilement le mode d'articulation qui s'était formé entre le radius et l'humérus. La main et l'avant-bras se renversent du côté opposé à la luxation, du moins dans les luxations incomplètes, et l'on ne peut pas supposer que le renversement se fasse dans un autre sens, quand le déplacement est plus étendu. Suivant M. Debruyn, l'inclinaison du membre se ferait dans le même sens que la luxation; en dedans pour les luxations internes, en dehors pour les luxations externes. Cette manière de voir rentre dans la loi formulée par M. Pigné pour les luxations des articulations ginglimoïdales. » (*Traité de Pathologie externe*, t. II, p. 390.)

Dans cette description, M. Nélaton constate parfaitement ce fait passé inaperçu avant lui, c'est que dans les luxations complètes du coude en dehors le rapport des os de l'avant-bras avec ceux du bras consistant dans le simple contact de deux bords osseux presque tranchants (le bord interne de l'olécrane et le bord externe de l'extrémité inférieure de l'humérus), ce rapport ne peut évidemment persister longtemps; M. Nélaton explique comment l'avant-bras, en éprouvant un mouvement de rotation, place les extrémités supérieures du radius et du cubitus de telle sorte que la première, devenant supérieure d'externe qu'elle était, se place au-devant de l'humérus; tandis que l'olécrane, d'externe devenu inférieur, embrasse par sa face concave (cavité sigmoïde) le bord externe de l'humérus, et établit ainsi entre ces deux os des points de contact assez nombreux pour constituer un rapport assez solide pour être définitif.

Le nouveau fait, comme on va le voir, confirme parfaitement les judicieuses remarques de M. Nélaton. Mais, en outre, il éclaire une question de pratique sur laquelle ce chirurgien distingué a peut-être glissé trop légèrement. C'est ce que nous examinerons après avoir rapporté le nouveau fait, dont M. Robert a eu l'obligeance de tracer lui-même la description.

Obs. — Un homme âgé de soixante-dix ans, admis à l'hô-

---

des palais privilégiés, et peut-être à rendre les hommes plus aimables et les femmes plus tendres; mais, sur ce dernier point, je ne me prononce pas d'une manière positive, car je sais que *sub judice lis est*.

» Telles sont, monsieur, les vérités que je vous prie de répandre parmi vos lecteurs, afin de détruire les projets de ce nouvel Erostrate gastronomique, qui nous menace d'une disette prochaine de truffes, et à qui notre Société, malgré son humeur placide, donne de grand cœur sa malédiction. Si l'on a pu dire avec vérité « que celui qui invente un bon mets nouveau fait plus pour le bonheur de l'humanité que celui qui découvre une étoile, » je dis, moi, que celui qui détruit un excellent mets connu fait plus pour le malheur de l'humanité que celui qui détruirait une planète.

« Veuillez agréer, etc. »

Cette seconde lettre me dérouta un peu. Qui croire, mon cher confrère, de M. Devergie et des Périgourdins d'une part, de la Société gastronomique d'autre part? Le choix m'a paru scabreux, et j'avoue que je n'ai pas osé me poser en juge. J'ai donc invoqué les autorités à mon aide, et parmi elles il en est une qui domine toutes les autres, autant au moins que le roi des rois dominait tous les chefs de la Grèce. Cette autorité, vous l'avez déjà nommée, c'est Brillat-Savarin. Voici en résumé ce que j'ai trouvé dans son savant traité:

« La truffe est un aliment facile à mâcher, léger de poids, qui n'a rien en soi de dur ni de coriace, et qui n'est *nullement indigeste*.

» Cette proposition est basée sur plus de cinquante ans d'observation, pendant lesquels l'auteur n'a jamais vu d'indigestion chez aucun mangeur de truffes, et sur l'attestation des plus célèbres *praticiens* de Paris (c'est l'auteur qui dit le mot), cité admirablement gourmande et truffivore par excellence. »

La proposition de Brillat-Savarin ne répond pas directement à la question de savoir si la truffe jouit ou non de propriétés constipantes; cependant je ne crois pas qu'un esprit aussi perspicace, aussi exact que celui du gourmant magistrat eût considéré comme *léger*, *nullement indigeste*, un aliment qui aurait eu la propriété qu'on attribue aux œufs durs. D'où je suis porté à croire que M. Devergie a réellement mal observé, et que la truffe n'est pas plus resserrante que relâchante.

— Pour un fumeur de profession, passer de la truffe à la cigarette serait une transition toute naturelle et pleine de charmes. Quant à moi, dont l'appétit fumivore se borne à consommer dans les grands jours un demi-havane, vous concevez que j'aimerais autant rester sur le goût de la première denrée. Mais il ne peut être ici question de préférence, il s'agit de détruire d'injustes accusations; par conséquent il faut s'exécuter.

On accuse le ministère de réaction; au point de vue politique, j'ignore si l'accusation est fondée, et ce n'est pas mon affaire de le rechercher; mais au point de vue médical, je maintiens que le ministère est essentiellement progressif, démocrate et même socialiste.

Vous n'ignorez pas que le choléra s'est abattu sur cette malheureuse Assemblée nationale qui ne demandait qu'à mourir de sa belle mort, et qui, après les pertes qu'elle a faites, est encore menacée en ce moment de la mort de plusieurs de ses membres, entre autres de cet intéressant petit père Brunel, la perle des présidents, et le plus spirituel des orateurs. Le ministère s'est ému des dangers qui menacent l'Assemblée; il a cherché à les conjurer en l'entourant d'une série de mesures hygiéniques, et en soumettant messieurs les représentants à un traitement prophylactique. Mais à quelle méthode croyez-vous que le ministère ait eu recours? Je vous vois déjà répondre : à la méthode Fouquier (si tant est que cet honorable professeur ait une méthode); — eh bien! vous n'y êtes pas. — Alors, c'est à la méthode Chomel, à la méthode Louis, à la méthode Andral, enfin à une méthode réactionnaire quelconque; car, grâce à Dieu, en médecine les réactionnaires sont assez nombreux pour qu'on ne puisse avoir que l'embarras du choix.

Vous êtes à mille lieues de la vérité, et voici ce qui me prouve que le ministère est moins réac qu'on ne le croit.

« Le gouvernement, profondément ému du fâcheux état sanitaire de l'Assemblée nationale et des pertes douloureuses qu'elle a éprouvées, a pris les précautions hygiéniques pour garantir, autant qu'il est possible, les représentants des atteintes de l'épidémie. Un système de ventilation convenable renouvellera incessamment l'air de la salle des séances; des émanations chlorurées suffisamment abondantes absorberont tous les miasmes au fur et à mesure de leur formation; enfin une grande quantité de *cigarettes Raspail* se trouveront constamment, dans la salle des conférences, à la disposition de messieurs les membres de la représentation nationale. » (*Moniteur* du 9 avril 1849.)

Je dis qu'avec une méthode anticholérique aussi démocratique et sociale que celle des cigarettes camphrées, il est impossible que le ministère nourrisse des projets de réaction, à moins cependant qu'il n'attende de la méthode camphrée des effets tout différents.... Mais une pareille machination serait alors trop réac pour être possible; et pour mon compte je n'admets pas que la perfidie humaine puisse atteindre de semblables limites.

— Je viens de vous toucher deux mots de la méthode anticholérique démocratique et sociale; si le temps me le permettait, j'aurais bien quelques réflexions à vous faire sur toutes les autres classifications qu'on a établies dans le traitement du choléra; mais, ne pouvant aujourd'hui traiter à fond ce sujet, je me contente de vous faire part de celle qu'a imaginée un de nos confrères les plus distingués; à vrai dire, cette méthode n'a rien de bien particulier; elle se compose d'un ensemble de moyens préconisés par divers praticiens tous plus distingués les uns que les autres. Je ne sais pas précisément de quel nom notre honorable confrère a baptisé sa méthode; mais elle me paraît pouvoir être désignée sous le nom de méthode *culinaire*. Voici comment l'auteur dispose l'ensemble des médicaments employés isolément par un grand nombre de ses confrères :

Au début ou pendant les prodromes : potages aux œufs (médication empruntée de ceux qui préconisent l'albumine).

A la première période de l'attaque confirmée : poule au riz pour entrée (médication empruntée de ceux qui préconisent le riz et le bouillon de poulet).

A la deuxième période :

Pour second service, dinde truffée et salade (méthode composée de celle de l'illustre auteur de la thérapeutique truffée et des méthodes narcotique (laitue), huileuse (de ricin), vinaigrée, salée et poivrée.)

A la troisième période :

Pour dessert, crème de riz, pêches et autres fruits contenant de l'acide prussique, confiture au haschisch, café et pousse-café (méthode composée de toutes celles que vous connaissez aussi bien que moi).

Pendant les prodromes et au début : un ou deux verres de vin de madère.

Pendant les deux premières périodes, prendre pour tisane du vin de bordeaux, avec ou sans quinquina.

Au dessert, vin de champagne frappé à la glace.

Et enfin pour sauver tout à fait le malade, couronner l'emploi de tous ces moyens par un abondant punch au thé.

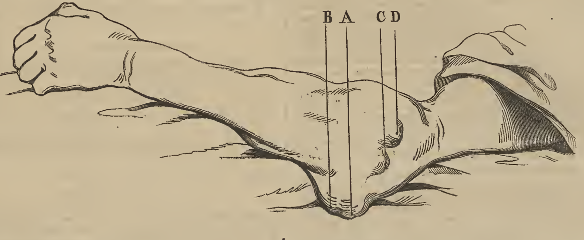
Telle est, mon cher, la méthode que notre confrère n'a eu que la peine de composer avec plusieurs autres qui se trouvaient sous sa main, et à l'aide de laquelle il obtient des succès merveilleux que j'ai pu constater de mes yeux. Je vous le recommande donc en toute confiance.

X....

pital Beaujon pour y être traité d'une luxation de l'épaule droite récente, présente au coude gauche une difformité très remarquable. Elle date de l'enfance du malade, et est survenue à la suite d'une chute dans laquelle l'extrémité supérieure de l'avant-bras, entraînant avec elle une petite portion de l'extrémité inférieure de l'humérus, s'est luxée complétement en dehors et se trouve actuellement appliquée contre la face externe de l'os du bras, à deux travers de doigt au-dessus de son extrémité inférieure.

A la place qu'occupe le coude, à l'état normal, existe une saillie sous-cutanée sur laquelle il est facile de reconnaître l'épitrochlée et la portion voisine de la surface articulaire de l'humérus.

Quant à l'avant-bras, il est placé en demi-flexion et dans une forte pronation, de telle manière que la cavité sigmoïde du cubitus embrasse le bord externe de l'humérus. Sans doute il s'est établi là une fausse articulation, car l'avant bras jouit de mouvements assez étendus de flexion et d'extension; le malade se sert très bien de ce membre, et a de ce côté une force à peu près égale à celle du côté opposé.



A. Extrémité inférieure de l'humérus.
B. Saillie de l'épitrochlée.
C. Olécrane.
D. Fragment de l'extrémité inférieure de l'humérus, uni à l'extrémité supérieure du radius.

Ce fait, comme on le voit, est tout à fait semblable à celui de M. Nélaton; les lettres représentant les saillies osseuses du coude montrent que les extrémités de l'humérus, du radius et du cubitus affectent précisément les rapports indiqués par M. Nélaton.

Disons maintenant quelques mots d'une question exclusivement pratique, celle du pronostic.

M. Nélaton, en parlant de cette luxation dont il a observé et décrit un si curieux exemple, dit que le pronostic en est semblable à celui des luxations complètes en arrière; et, quand il traite de ces dernières, il laisse à penser, s'il ne le dit pas positivement, qu'après une certaine durée ces luxations entraînent l'abolition des mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras. Le fait qu'il a observé confirme d'ailleurs cette opinion, puisqu'il est dit dans la description que « l'avant-bras ne pouvait être ni étendu ni fléchi, » et qu'il avait seulement conservé ses mouvements de pronation et de supination. Mais le fait de M. Robert, au contraire, prouve qu'après la grave lésion dont il s'agit les mouvements de flexion et d'extension peuvent se rétablir assez pour permettre les travaux les plus pénibles; le malade qui est en ce moment à l'hôpital Beaujon travaille en effet à la terre comme s'il n'avait aucune infirmité.

La différence qui existe sous ce rapport entre les deux faits de M. Nélaton et de M. Robert tiendrait-elle à ce que le malade de M. Nélaton n'avait éprouvé son accident qu'à l'âge de quarante ans, tandis que chez celui de M. Robert l'accident remontait à l'enfance? Cela nous paraît très possible. Mais en attendant que cette question soit résolue, il y a toujours une conséquence importante à tirer du fait de M. Robert relativement au rétablissement des mouvements après la luxation complète de l'avant-bras en dehors.

Cette conséquence n'est pas indifférente pour la pratique; car, suivant que le rétablissement des mouvements est ou non possible, il est évident que la conduite du praticien devra être différente.

M. Nélaton rappelle en effet, en parlant des luxations complètes en arrière, que Boyer a réduit une de ces luxations datant de six semaines, Ast. Cooper une autre datant de *quelques* semaines, et enfin Lisfranc une datant de quatre mois. Quelle que soit la confiance que l'on doive avoir dans l'exactitude de ces faits, tous ceux qui ont vu les tentatives infructueuses qu'on a souvent faites pour réduire des luxations aussi anciennes savent à quel prix on peut en obtenir la réduction, lorsqu'on parvient au terme de ses désirs. On ne doit donc se décider à faire ces tentatives que pour de bien graves raisons, et ces raisons, je me hâte de le dire, seraient suffisantes si l'on avait en perspective, pour le malade, l'abolition certaine ou même très probable des mouvements de l'avant-bras.

Que si, au contraire, les mouvements doivent devenir possibles et surtout probables plus tard, nous croyons, et M. Robert partage cette opinion, que l'on devra s'abstenir de toute tentative offrant trop de difficultés, et par conséquent quelques dangers.

C'est à ce point de vue, plus encore que par sa rareté, que le fait de M. Robert offre de l'intérêt, et c'est sous ce rapport surtout que nous le recommandons à l'attention de nos lecteurs. H. de C.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 avril 1849. — Présidence de M. Boussingault.

M. le Dr Letellier, médecin à Saint-Leu-Taverny, préconise, comme traitement préservatif du choléra, les fumigations produites par la combustion des bois résineux et l'évaporation du vinaigre versé sur des corps portés à une température élevée.

— M. le Dr Jurron conseille, dans le début du choléra, l'infusion de café.

— M. Lefèvre Rousseau propose le moyen suivant contre le choléra: aussitôt les premiers symptômes, placer le malade dans un appartement bien clos pour éviter les courants d'air, brûler du poivre pour qu'il en respire constamment l'odeur; le mettre le plus tôt possible dans un bain extrêmement chaud, dans lequel on délayera une quantité assez grande de poivre pour exciter une réaction, sans cependant faire naître des pustules sur la peau, le frictionner en même temps à l'estomac, aux articulations, et aux extrémités; le laisser dans le bain tout le temps nécessaire pour exciter une transpiration abondante; entretenir cette transpiration avec le plus grand soin; retirer le malade du bain et le mettre dans un lit bien chaud. L'auteur pense qu'il serait bon de faire boire au malade, avant et pendant le bain, seulement quelques verres d'eau un peu plus que tiède, mélangée de quelques grains de poivre en poudre.

Thérapeutique du choléra.

Nous recevons de M. le docteur Olinet une communication qu'il nous est impossible d'insérer intégralement, mais dont nous extrayons tout ce qui a trait à la thérapeutique.

M. le docteur Olinet considère le choléra comme une névrose, et il se propose par son traitement d'agir principalement sur l'innervation.

Voici en quoi consiste sa méthode :

1° Lorsque le choléra n'est pas très grave et qu'il ne fait que de se déclarer, une forte infusion de thé, de mélisse, aiguisée avec un peu d'eau-de-vie ou de rhum et bue chaude, le malade étant bien couvert, suffit pour déterminer une diaphorèse générale considérable et faire cesser le froid, même intense, à mesure que la sueur coule. Le malade se sent de plus en plus soulagé; bientôt il n'éprouve plus qu'une extrême faiblesse, et présente une maigreur assez remarquable.

2° Mais si dès le début, ou un peu plus tard, ce qui est le plus ordinaire, le choléra présente des symptômes plus graves, tels que le froid glacial, la maigreur et la figure grippée, la faiblesse extrême, même l'absence du pouls et de la voix, la coloration violacée de la peau, des extrémités surtout, les crampes; dans cette circonstance, le péril est proche, tout retard est funeste, et l'ignorance ou la pusillanimité du médecin cause la mort du malade. Il faut donc recourir à l'énergique stimulation du cautère actuel.

3° L'emploi de ce moyen exige des précautions. La médecine doit être salutaire sans être barbare, et éviter au malade des douleurs inutiles. Recouvrir le rachis d'une bandelette mouillée d'eau, et dessus promener légèrement et plusieurs fois de suite de chaque côté de la colonne vertébrale un cautère rouge-cerise. A la hauteur des vertèbres lombaires, produire deux légères excoriations; les faire également, mais moins fortes, à la hauteur de la première vertèbre dorsale. Le médecin seul peut reconnaître la nécessité de ce moyen.

4° A peine l'opération est terminée que le malade, même déjà cadavérisé, se ranime; la figure cesse d'être altérée, l'expression des yeux surtout n'est plus la même; les vomissements, s'ils existent, cessent; la diarrhée diminue et disparaît, les crampes s'éteignent et ne reviennent plus, les urines reparaissent, et le choléra n'est bientôt qu'une maladie ordinaire, d'une guérison plus assurée que toutes les autres affections aiguës.

5° C'est alors seulement que la médication doit subir des modifications, et, chose remarquable, les organes repoussent les stimulants qu'ils supportaient si facilement; quelquefois même, il devient nécessaire de traiter l'irritation qui se manifeste à l'estomac, beaucoup plus rarement ailleurs.

6° Je regarde tous les autres modes de traitement proposés et suivis jusqu'ici comme n'étant nullement en rapport avec la nature de la maladie, et quelques-uns même de ces moyens comme essentiellement nuisibles. En suivant avec attention les résultats obtenus, il est facile de se convaincre de ce que j'avance, et d'expliquer la versatilité des traitements mis en usage.

7° Par exemple, je proscris comme nuisibles les frictions *fortes*, sèches, chaudes ou humides, stimulantes ou non, faites sur les membres froids et engourdis. Par ce moyen, le sang est refoulé des membres vers l'intérieur, et le cœur, déjà trop faible, ne peut s'en débarrasser que très difficilement. Il en est de même de l'opium et de ses préparations; il augmente la torpeur déjà trop grande, et active la congestion cérébrale. Il en est de même des vésicatoires, des sinapismes, de tous les excitants en général, placés loin du centre de la vie. Il faut agir, comme dans l'asphyxie, par la congélation. En proposant l'oxygène comme capable de décarboniser le sang, on oublie que ce n'est pas ce gaz qui manque dans l'air atmosphérique que nous respirons, que la respiration se fait toujours, mais que c'est l'action vitale, l'*innervation*, qui manque à la fonction respiratoire, que l'*air n'est pas digéré*. C'est donc exclusivement cette action *vitale* qu'il faut stimuler : ce que l'on est bien éloigné de faire en agissant loin du centre de la vie. Comme le froid extérieur est nuisible à l'innervation, il est très avantageux d'envelopper le malade d'étoffes de laine.

8° Les évacuations sanguines, locales ou générales, au début du choléra-morbus conviennent très *rarement*, au deuxième degré *jamais*, quelquefois dans la convalescence. Je les regarde donc *à peu près* comme toujours nuisibles. Je les ai vu employer avec un désavantage très marqué.

9° Les autres moyens thérapeutiques prescrits avec l'intention de modifier les sécrétions muqueuses sont également à rejeter, au moins comme inutiles, l'*innervation*, agissant de nouveau, est le modificateur bien plus puissant, et ces fonctions se modifient promptement.

10° Telle est la théorie que je propose du choléra-morbus, qui nous menace de nouveau. Théorie qui m'a guidé et fait suivre le traitement que j'indiquai en 1832. Par elle tous les phénomènes s'expliquent aisément.

11°. Je ne terminerai point ce résumé sans déplorer l'erreur des médecins qui ne reconnaissent comme cholériques que les malades atteints au deuxième degré. Cette erreur est fatale, parce qu'au début, dans la pluralité des cas, le choléra-morbus est toujours facile à guérir, et bien que les malades puissent offrir des signes d'irritation, cette irritation, si elle existe, se guérit facilement par les stimulants. La sueur devient excessive, et la convalescence se déclare.

12° D'après ce qui précède, il est constant que je n'admets nullement les opinions émises jusqu'ici sur la nature du choléra, soit que l'on regarde cette maladie comme le résultat d'une phlegmasie des organes gastro-intestinaux des nerfs ganglionnaires, etc. Pour moi, je le répète, c'est une névrose qui frappe exclusivement l'*innervation*. L'énergique stimulant que je recommande ne doit pas être employé par des mains ignorantes. Il est au contraire utile que ce soit un médecin bien pénétré de son résultat qui en fasse usage. Trop fort, il devient très nuisible; trop léger, il est sans résultat.

13° Bien que le traitement que je propose soit simple et extrêmement facile à prescrire, le charlatanisme ou l'ignorance ne l'exécuteront qu'avec désavantage pour les malades. C'est le médecin seul qui doit en suivre l'exécution, et faire le choix des excitants pris à l'intérieur ou extérieurement qui conviennent le mieux soit au degré de la maladie, soit à l'idiosyncrasie du malade. Ainsi, par exemple, rarement je prescris l'infusion de menthe. Je lui préfère l'infusion de mélisse, de thé, de petite sauge, et dans les potions stimulantes que je fais boire lorsque le choléra est assez grave, je proscris l'éther comme essentiellement nuisible.

14° Je viens de dire que l'éther était nuisible; il m'a paru déterminer une excitation beaucoup trop forte, et comme il est de la plus grande importance de ne pas épuiser l'*innervation*, il est essentiel de choisir les stimulants dont l'action est moins énergique, mais plus durable.

J'insiste sur cette remarque, parce que beaucoup de médecins, dans l'intention de déterminer ce qu'ils appellent la réaction, agissent ainsi, et qu'ils produisent bien un éclair de vie, mais qui bientôt disparaît et fait place à la mort. C'est ce qui fait que l'électricité et le galvanisme n'ont aucun succès; c'est par la même raison que le froid employé à l'extérieur ou à l'intérieur ne convient pas davantage.

Conséquences de la découverte de la vaccine sur la mortalité.

Dans plusieurs des séances de l'Académie des Sciences, il a été question de l'influence de la vaccine sur la durée de la vie humaine; on sait que M. Carnot, homme étranger à la médecine, mais fort instruit d'ailleurs, a cru, contrairement à ce qui est très généralement admis, que la vaccine accroît la mortalité au lieu de la diminuer.

M. Charles Dupin a cherché à expliquer ce qu'il croit être l'erreur de M. Carnot, et il est entré à ce sujet dans des détails qui demandent une étude approfondie pour être appréciés en parfaite connaissance de cause; c'est ce qui nous a empêché de nous livrer jusqu'à présent à une discussion étendue sur cet important sujet. En attendant que nous puissions aborder cette question, nous croyons devoir nous rendre au vœu d'un de nos honorables correspondants qui partage les opinions de M. Carnot, et qui réclame l'insertion de la note suivante :

La *Gazette des Hôpitaux*, dans son numéro du 5 décembre 1848, a parlé d'un *Tableau de la révolution séculaire des éléments de la population française, due à la découverte de la vaccine*, par M. H. Carnot, officier d'artillerie, tableau présenté à l'Institut par M. Arago.

Ce tableau n'est qu'une feuille détachée d'un Mémoire plus étendu, ayant pour titre: *Essai de mortalité comparée avant et depuis l'introduction de la vaccine en France.*

Ce travail, publié par l'auteur après l'émotion orageuse que la lecture de son tableau sommaire avait provoquée au sein de l'Académie des Sciences, nous arrive plein de détails statistiques peu propres à rassurer sur les avantages de la vaccine. Ses chiffres, puisés aux meilleures sources, sont inexorables, et d'après un tableau de mortalité comparée, il faut admettre avec M. Carnot que les proportions de mortalité entre les âges, depuis l'emploi du vaccin, ne sont plus les mêmes qu'avant son introduction en France; et qu'autrefois la mortalité, faible dans les âges de puberté, de virilité ou de *vie productive*, comme il les nomme, est aujourd'hui plus considérable dans cette période de la vie active de l'homme. Que la France, que les ménages nourrissent de nos jours un nombre plus grand d'enfants, lesquels, dans un temps donné, et dans un temps où la vie deviendra précieuse, leur feront défaut, moissonnés par une mort prématurée? De là une cause d'indigence pour les familles, et de paupérisme pour un Etat. « Nous avons vu clairement (ajoute-t-il page 7) que la mortalité de l'enfance avait diminué des trois dixièmes, et que celle des adultes, au contraire, avait augmenté d'un sixième! Alors nous avons reconnu, avec un sentiment de regret profond pour notre gloire militaire à venir, que la mortalité de la jeunesse avait doublé, et qu'en définitive la probabilité d'atteindre l'âge de quarante et un ans est absolument égale, soit pour l'enfant vacciné, soit pour celui qui reste soumis aux atteintes de la petite vérole. »

Prévoyant l'opposition des masses et même du monde savant, il dit plus loin : « L'opinion que nous cherchons à faire prévaloir sera traitée de paradoxe par les uns, et peut-être d'absurdité par d'autres plus irréfléchis. » Enfin il termine par un appel aux médecins

français, les priant d'entrer avec lui dans cette voie de recherches.

Cet appel a été entendu, ou plutôt devancé. Voici, en effet, un médecin qui répond à M. Carnot : « Je viens justifier vos calculs ; je viens prouver qu'une maladie non inconnue du dix-huitième siècle, mais plus grave aujourd'hui par sa fréquence et l'intensité de ses symptômes, remplace la variole, et fait autant de victimes chez les adultes que cette dernière en faisait autrefois dans l'enfance. »

M. le docteur Bayard, depuis 1846, par mémoires adressés à l'Académie de Médecine, poursuit ses travaux sur l'analogie de la variole et de la fièvre typhoïde. Le fruit de ses recherches le conduit aux mêmes conséquences. « La variole, dit-il, fait peu de victimes aujourd'hui ; mais en revanche, la fièvre typhoïde poursuit nos armées, pénètre dans nos écoles, nos lycées et nos pensions, et toujours et partout choisit ses victimes dans cet âge précieux où l'homme va cesser de recevoir de la société, pour lui rendre, au contraire, ce qu'il en a reçu de force et de sublime intelligence. »

M. Bayard, comme M. Carnot, sait qu'il va heurter des opinions reçues et déchirer un voile aimé ; mais sa conviction est profonde ; car il ajoute : « Si vous entendez dire qu'une maladie épidémique fait des ravages quelque part, songez à la fièvre typhoïde ; si vous entendez dire qu'un jeune homme ou qu'une jeune fille ayant été vaccinés ont succombé à une maladie aiguë, vous pouvez presque affirmer que c'est à la fièvre typhoïde. Nos yeux, poursuit-il encore, sont rarement effrayés par les stigmates, traces victorieuses de l'économie sur la contagion ; mais si nous examinions le sacrum de nombreux individus, nous y trouverions aussi souvent les traces gaufrées qu'y laisse la fièvre typhoïde qu'autrefois on aurait pu voir sur la figure celles de la variole. »

Primo avulso, non deficit alter.

Quelles sont les principales raisons sur lesquelles M. le docteur Bayard base ses analogies entre ces deux maladies? C'est ce que nous ne pouvons faire longuement connaître dans cet article, son travail d'ailleurs étant soumis à l'Académie; nous dirons néanmoins qu'il est fort sévère pour admettre les symptômes pathognomoniques de la fièvre typhoïde, et qu'il les réduit à un petit nombre, parmi lesquels il énumère les pétéchies, et principalement les pustules au sacrum ; il croit qu'on a fait abus du mot fièvre typhoïde en donnant souvent ce nom à des duodénites, à des hépatites ou à des fièvres catarrhales.

Avec ces idées d'analogie, contrairement même aux doctrines émises plusieurs fois dans ce journal, M. Bayard ne pouvait manquer d'être contagioniste : c'est le résultat de son expérience et de sa conviction; il voit, en effet, dans la contagion de la fièvre typhoïde une similitude de plus avec la variole. Ici nous pourrions peut-être dire à l'auteur qu'il devait nécessairement dans une question débattue s'accommoder du parti qui favorise ses théories.

Mais, s'il trouve comme contagioniste des médecins qui partagent ses opinions, beaucoup lui laisseront toute la solidarité des propositions suivantes :

« 1° Les épidémies de variole et de fièvre typhoïde ne règnent jamais simultanément dans une même localité ;

» 2° La variole et la fièvre typhoïde ne frappent qu'une fois le même sujet ;

» 3° Un sujet qui a été atteint de la variole ne l'est pas plus tard de la fièvre typhoïde, et *vice versa*. »

Dans cette dernière question se trouverait la solution de la grave question agitée par MM. Carnot et Bayard ; mais, avant de nous prononcer, disons que, s'il existe une analogie entre la variole et la fièvre typhoïde, elle est encore plus grande entre les travaux et surtout le but qu'ils cherchent à atteindre ; en effet, partis d'un point différent, armés chacun d'un levier, ils tendent à soulever la même masse.

M. Carnot croit que la France élève un plus grand nombre d'enfants qu'autrefois, que ses forces vives s'épuisent dans leur éducation ; M. Bayard à son tour dit : « Vaut-il mieux succomber à la fièvre typhoïde qu'à la variole, et cela dans l'âge précieux de la vie? » et tous les deux, convaincus que c'est au vaccin qu'il faut attribuer ce déplacement de mortalité dans les âges, regardent le vaccin comme un présent funeste fait à la société.

Attendons encore du temps, de l'expérience, de l'observation patiente et non passionnée, ils nous démontreront les inconvénients et les avantages peut-être fort douteux du vaccin ; ils nous apprendront si nos forces militaires doivent s'affaiblir, nos ménages s'appauvrir ; si la France, comme l'Angleterre, sera contrainte à faire une taxe aux pauvres, et s'il faudra dire avec M. Carnot : « N'est-ce pas, hélas! payer cruellement cher l'avautage d'une peau plus unie et d'une fraîcheur moins équivoque ? » et répéter enfin avec M. Bayard ; « Vous semez le vaccin, vous récoltez le typhus. »

A. B.

Nouvelles du choléra.

Le choléra s'est déclaré à Granville (Manche) le 27 mars.
Depuis ce jour jusqu'au 4 avril, il y a eu 38 cas et 16 décès.
Du 4 au 5, on a constaté 7 cas et 1 décès.
Depuis le 5, aucun cas n'a été signalé.

(*Phare de Cherbourg* du 10.)

— On nous écrit du Pas-de-Calais, à la date du 13 avril :

« Le choléra-morbus, après avoir éclaté dans les communes de Pelves, Beaumont, Cagnicourt, s'est abattu sur la commune de Rocquigny, canton de Bertincourt. La maladie a attaqué treize personnes, trois ont succombé presque de suite ; plusieurs sont encore en danger. Dans la grande majorité des cas, on explique difficilement la marche vagabonde de ce fléau épidémique, qui attaque en même temps des communes éloignées les unes des autres et séparées par un grand nombre d'autres qui en sont exemptes, soit que celles-là recèlent dans leur intérieur des conditions hygiéniques insalubres justifiant cette invasion, soit qu'elles ne permettent de découvrir rien de compromettant sous le rapport de la salubrité. Comme en 1832, le choléra asiatique laissera bien des questions insolubles. Mais ce qui restera de plus en plus confirmé, c'est que la maladie n'est nullement contagieuse ; qu'elle se propage par l'infection de l'air, espèce d'empoisonnement miasmatique connu seulement par ses effets ; que son traitement le plus efficace consiste à répondre et à satisfaire, avec la plus grande célérité, aux différentes périodes de cette maladie. Ainsi, dans la première, le malade est frappé d'un froid glacial ; il faut le réchauffer par tous les calorifiants les plus énergiques : bains chauds, boules d'eau chaude aux pieds, frictions générales, sinapismes, boissons chaudes, etc. Dans la seconde, on emploie des émissions sanguines, des vésicatoires, des potions avec l'éther, le laudanum, la mélisse, l'acétate d'ammoniaque, les boissons froides, les évacuants, etc. Par une méthode sagement énergique, on sauve les deux tiers des malades ; mais on doit porter la plus scrupuleuse attention à la convalescence, et ne pas perdre de vue que les organes de la digestion, dans cette maladie, ont été les plus maltraités, et qu'il faut par conséquent observer les plus grands ménagements sous le rapport du régime alimentaire, indépendamment de toutes les autres précautions. »

— On lit dans le *Précurseur de l'Ouest* d'hier :

Le *Journal de Maine-et-Loire* a cru devoir faire connaître un cas de choléra qui a été constaté la semaine dernière à Angers. Nous devons ajouter que c'est là un cas complétement isolé, et que depuis huit jours aucun fait ne s'est produit qui soit de nature à justifier les inquiétudes qui s'étaient répandues dans la population, et que la note de notre confrère avait pour objet de faire cesser. A aucune époque l'état sanitaire de notre ville ne fut plus satisfaisant. On sait d'ailleurs que le choléra n'a jamais disparu de la France depuis la grande épidémie de 1832 ; on l'y a rencontré souvent sous forme sporadique, et tout indique que le cas signalé il y a huit jours doit être rangé dans la catégorie des accidents cholériques isolés qu'un grand nombre de médecins ont observés depuis dix-sept ans.

— Le choléra s'est déclaré avec une telle intensité dans la commune de Sempigny que dans la journée du 9 avril onze personnes auraient été atteintes par l'épidémie, et cinq seraient mortes dans la nuit. Des secours médicaux ont été immédiatement réclamés à Compiègne pour cette commune. (*Journal de l'Oise.*)

— On écrit de Stockholm, le 3 avril :

« En conséquence des rapports parvenus au gouvernement sur la présence du choléra dans le nord de la France, une circulaire du ministre du commerce impose la quarantaine de la patente suspecte aux provenances des ports français situés entre la frontière belge et l'embouchure de la Loire.

» Le service des bateaux à vapeur entre Travemünde et Stockholm a repris. Les lettres qui, le mercredi, arrivent à Hambourg, parviennent à Stockholm le dimanche suivant dans la matinée. Ces bateaux touchent à Ystad et à Calmar. »

NOUVELLES.

Nous avons appris avec douleur la mort d'un des plus anciens et des plus honorables praticiens de la capitale, M. le docteur Masson, qui a succombé samedi matin d'une manière subite au milieu d'une santé parfaite.

— On nous informe que le nombre des internes supplémentaires placés à la Salpêtrière est de deux et non de six, comme nous l'avons annoncé dans notre dernier numéro.

— M. Duplan, chirurgien principal à l'hôpital militaire de Perpignan, est désigné pour celui de Barèges.

M. Lasserre, chirurgien major à l'hôpital militaire de Barèges, est désigné pour celui de Perpignan.

M. de Sainti, chirurgien aide-major à l'hôpital de Perpignan, est désigné pour la 2e brigade de Marseille.

M. David, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Marseille, est désigné pour la 1re brigade de Marseille ;

M. Morin, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Versailles, est désigné pour la 2e brigade de Marseille ;

M. Allaire, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Saint-Omer, est désigné pour la 2e brigade de Marseille ;

M. Bintot, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital de Besançon ;

M. Desmorets, chirurgien sous-aide, passe à l'hôpital de perfectionnement à Paris.

Nouvelles fumigations médicinales,

PAR M. E. COTTEREAU.

I. CIGARETTES CHLORÉES.

Les bons effets hygiéniques et thérapeutiques du chlore et des chlorures d'oxydes ont été suffisamment constatés par une foule de praticiens distingués pour qu'il ne soit plus aujourd'hui permis de les contester en aucune manière. Nous connaissons, en effet, tout le bien que nous devons attendre de ces agents.

1° *Au point de vue hygiénique.* — Lorsqu'il s'agit de désinfecter un air vicié ou impur, comme celui qu'on rencontre si souvent dans les grands centres de population, et dont l'assainissement devient surtout si important lorsqu'on se trouve soumis, comme nous le sommes actuellement, par exemple, à la pernicieuse influence d'un fléau épidémique tel que le choléra.

2° *Au point de vue thérapeutique.* — Lorsqu'on a affaire à l'empoisonnement ou l'asphyxie par les acides hydrocianique et hydrosulfurique, ainsi que par l'hydro-sulfate d'ammoniaque ; dans le traitement du typhus, des fièvres asthéniques, des dysenteries, de la scarlatine, de l'angine, de la rage, des maladies du foie, et de la phthisie pulmonaire tuberculeuse.

Mais les fumigations chlorées n'ont pu jusqu'ici être administrées à l'intérieur que très rarement et avec une grande difficulté, en raison de la nature vicieuse des appareils imaginés à cet effet, appareils qui, à l'inconvénient de fatiguer les malades, joignent celui d'être difficiles à régler. Dans le but de rappeler l'attention des praticiens sur ces fumigations chlorées, il nous a semblé qu'on pourrait en retirer de grands avantages en faisant usage de cigarettes pouvant dégager du chlore en quantité plus ou moins considérable, suivant les indications de médecins. Ce mode d'administration du chlore, dont nous avons été à même de reconnaître toute la valeur, est en effet un des plus commodes et d'une exécution si facile, qu'il serait à désirer qu'il se multipliât à l'égard de quelques autres substances médicamenteuses.

II. CIGARETTES OXYGÉNÉES.

Tout le monde connaît les difficultés que l'on éprouve dans la pratique médicale à se procurer de l'oxygène, et à faire intervenir ce corps gazeux dans le traitement de certaines affections, contre lesquelles il passe pour agir d'une manière assez avantageuse, telles que l'asthme, la chlorose, les scrophules, les empâtements du bas-ventre, certaines maladies lentes des poumons et des viscères abdominaux, le rachitis, le scorbut, l'asphyxie, etc. Et le gaz oxygène étant presque insoluble dans l'eau, c'est ici surtout que l'on peut apprécier l'utilité de cigarettes pouvant dégager ce gaz, fabriquées au moyen du bioxyde de baryum, par exemple, et fournissant aux poumons de la personne qui en fait usage un air plus riche en oxygène que l'air atmosphérique.

Telles sont les considérations que j'ai cru utile de présenter relativement à cette forme médicamenteuse du chlore et de l'oxygène, et dont la première surtout, qui a été expérimentée par plusieurs personnes, a produit les meilleurs résultats.

Qu'il me soit permis en terminant, et je regarde cela comme un devoir, de signaler aux praticiens les produits fabriqués par M. Potot, pharmacien-droguiste, rue Rambuteau, 95, qui a eu l'obligeance de se charger de la partie d'exécution, et qui m'a fourni toutes les cigarettes qui ont servi aux expériences faites à ce sujet.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 19 AVRIL 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 46.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 18 AVRIL 1849.

Marche du choléra.

Obligé de renvoyer à notre prochain numéro nos réflexions sur la marche du choléra et sur la discussion de l'Académie, nous nous bornons à donner aujourd'hui le mouvement général des différens hospices et hôpitaux dans lesquels il existe des cholériques. Nous ferons remarquer seulement que l'épidémie continue à se maintenir dans le *statu quo* le plus complet. Dans les cinq principaux hôpitaux, le nombre des entrées avait été de 107 dans les trois jours qui ont précédé la publication de notre dernier numéro; dans les dernières quarante-huit heures, ce nombre a été de 71, c'est-à-dire proportionnellement identique au précédent.

La Salpêtrière continue à être ravagée par l'épidémie; il y a encore eu 59 nouveaux cas depuis deux jours.

	Nombre de cas.	Décès.
Salpêtrière	771	547
Bicêtre	43	31
Ménages	18	11
Incurables (femmes)	1	1
Larochefoucauld	5	1
Hôtel-Dieu	234	106
Charité	186	110
Pitié	179	91
Saint-Louis	126	62
Beaujon	77	49
Necker	41	25
Enfants-Malades	13	6
Saint-Antoine	23	13
Cochin	8	2
Sainte-Marguerite	27	13
Bon-Secours	28	18
Clinique	15	11
Maison de Santé	14	10
Invalides	11	10
Val-de-Grâce	159	43
Gros-Caillou	167	59
Hôpital milit. du Roule	48	16
Prison de Saint-Lazare	5	4
Total,	2199	1239

Obsèques de M. le professeur Blandin.

Nous venons d'assister avec une émotion profonde au suprême dénoûment de cette succession non interrompue de veilles, de travaux, de défaites éphémères bientôt suivies de triomphes durables, de dévoûment et d'honorables affections dont s'est composée l'existence prématurément tranchée de M. le professeur Blandin. Si dans ces régions ténébreuses et inconnues, dans l'immensité desquelles tout s'engloutit sans retour, quelque chose peut encore émouvoir ceux qui ont disparu de cette sphère; si quelque chose peut porter un peu de consolation dans cette famille éplorée au sein de laquelle l'éminent professeur a trouvé ses plus pures, presque ses seules jouissances, combien l'un et l'autre n'ont-ils pas dû être tendrement touchés de ce concours immense de confrères et d'élèves venant rendre hommage à une mémoire vénérée, de malades venant déposer sur la tombe de celui qui avait momentanément fermé la leur l'expression de leurs regrets et de leur reconnaissance!

Les discours qui ont été prononcés sur la tombe du célèbre défunt disent quels sont ses titres à notre estime, à notre admiration; M. Laugier, d'une voix brisée par la douleur, a raconté en ces termes les qualités professorales de celui qui avait été à la fois son redoutable émule et son ami dévoué :

C'est un bien douloureux devoir qui m'oblige à prononcer sur la tombe de Blandin ces paroles d'adieu au nom des professeurs de l'Ecole de médecine, lui dont la vive et chaleureuse amitié vient, il y a un an à peine, de m'en ouvrir les portes. Cette triste mission m'a été confiée parce qu'on a pensé sans doute que la reconnaissance me la rendrait plus facile, et on a passé sans s'y arrêter sur la faiblesse de ma voix pour louer dignement une vie si remplie et pourtant si courte, marquée par des succès si nombreux et si mérités.

Blandin (Philippe-Frédéric) est né, le 3 décembre 1798, à Aubigny, département du Cher, où son père était contrôleur des contributions directes. Cette place était tout le patrimoine de la famille. Aussi Blandin reçut-il l'instruction élémentaire de sa mère elle-même, qui était une femme fort distinguée. Il fit ses études avec succès au collége de Bourges, dont il fut un des principaux lauréats. Ce fut à l'âge de dix-sept ans, en 1816, qu'il vint à Paris étudier la médecine; mais, après six mois d'un travail assidu, les privations qu'il s'imposait pour n'être pas trop à charge à sa famille lui firent contracter une maladie grave, dont l'air natal seul parvint à le guérir. Il revint bientôt à Paris reprendre la carrière qu'il avait embrassée par vocation.

Suivez-le de 1819 à 1841, et vous le voyez dans l'arène des concours emporter successivement les prix de l'Ecole pratique, les places d'interne, d'aide d'anatomie, de prosecteur à la Faculté, celle de chirurgien des hôpitaux civils, d'agrégé, de chef des travaux anatomiques, et enfin la chaire de médecine opératoire où il vient s'asseoir après Richerand et Dupuytren; de ses débuts dans la carrière à la fin de ses concours, toujours même ardeur au travail, même aptitude, même persévérance dans la lutte, même triomphe après le combat. Ses premiers pas sont si rapides qu'à vingt-sept ans il est chirurgien du bureau central; à trente ans, chirurgien de l'hôpital Beaujon; à trente-trois ans, il ne manque que d'une voix la chaire de pathologie externe donnée au concours, et, lorsqu'en 1841 il obtient celle de médecine opératoire, il semble n'être arrivé que tardivement, tant l'opinion du public médical est faite à la promptitude de ses succès, et bien qu'il n'ait encore que quarante-deux ans. Ses succès précoces, il les doit à sa vive intelligence, à son adresse dans les opérations chirurgicales, à l'instruction étendue, variée et sûre qu'il montre dans chaque concours. Doué d'une physionomie gracieuse et ouverte, d'un caractère heureux qui lui concilient à l'avance la bienveillance de ses juges, il la justifie, la captive par ses épreuves, et trouve ainsi toujours en lui-même la raison de ses triomphes.

Mais ne croyez pas que le concours seul ait fait de Blandin un des chirurgiens les plus distingués de notre époque. Dans ses concours même, ses titres antérieurs ont été vivement appréciés, et ils sont nombreux.

Enseignement particulier, mémoires d'anatomie, de chirurgie et de médecine opératoire, ouvrages d'anatomie chirurgicale et descriptive, articles nombreux de chirurgie dans nos dictionnaires classiques, Blandin se distingue partout par des connaissances profondes et une habileté exceptionnelle.

Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans l'appréciation détaillée de ses travaux; il faut se borner à dire que son nom restera à côté de ceux de Dance, Maréchal et Velpeau, dans l'histoire de la phlébite qui suit les grandes blessures; dans l'histoire de l'angéioleucite, sur laquelle il fonde une théorie de l'érysipèle traumatique; ses mémoires sur l'amputation partielle du pied, sur l'extirpation des os métacarpiens et métatarsiens, sans ablation des doigts et des orteils correspondants; sur l'autoplastie, dont il est un des plus ardents partisans, et qu'il propage par ses opérations ingénieuses et habiles, le mettent en première ligne parmi les chirurgiens.

Comme anatomiste, il n'est pas moins remarquable, et il s'est assuré une place dans l'avenir par ses découvertes et ses ouvrages. La structure de la langue, la distribution et les usages du nerf récurrent dans le larynx, les racines des nerfs spinaux, dont le volume relatif suit le rapport de la sensibilité et de la motilité dans les diverses parties du corps, les aponévroses du périnée, les communications des vaisseaux lymphatiques avec le système veineux, sont pour lui autant de sujets de mémoires originaux. Mais son zèle pour l'enseignement ne s'arrête pas là; il achève des publications d'une grande importance, à la tête desquelles on doit citer ses savantes annotations à une nouvelle édition de l'Anatomie générale de Bichat, un Traité d'anatomie chirurgicale, un Traité d'anatomie descriptive, auquel donnent tant de prix ses connaissances approfondies dans cette branche de la science, et les fonctions de chef des travaux anatomiques de la Faculté décernées à l'unanimité des juges du concours.

L'Académie de Médecine le reçoit au nombre de ses membres le 19 juillet 1836. C'est un nouveau théâtre où son activité et ses connaissances vont se déployer. Est-il une discussion sur l'anatomie et la chirurgie où il ne paraisse avec une infatigable ardeur? Il suffirait de rappeler la discussion sur les propriétés des nerfs rachidiens, les discussions plus récentes touchant les plaies d'armes à feu et les agents anesthésiques, pour faire comprendre la perte que viennent de faire l'Académie et la Faculté de Médecine.

Ce qu'on ne saurait trop louer chez Blandin, c'est la constance avec laquelle il retourne à ses travaux, malgré les ébranlements de sa santé. Plusieurs fois des blessures anatomiques l'ont mis à la porte du tombeau; il se relève de son lit de douleur, aussi ferme de volonté, aussi actif d'esprit que si le corps n'avait reçu aucune atteinte. D'autres, à sa place, auraient peut-être fait un calcul plus exact de leurs forces, ils auraient concilié le devoir avec les exigences de la santé; Blandin n'écoute jamais que celles du devoir; que dis-je, il va toujours au delà. Professeur de médecine opératoire, il fait toute l'année un cours de clinique à l'Hôtel-Dieu, dont il est chirurgien depuis 1836. Une santé robuste suffirait à peine au fardeau qu'il s'impose: leçons à l'Ecole de Médecine et à l'hôpital, discussions académiques, devoirs d'une clientèle nombreuse, Mémoires et ouvrages à rédiger, son intelligence, sa volonté constante répondent et résistent à tout; mais la volonté humaine ne trouve que trop tôt des bornes dans la faiblesse et la fatigue des organes.

Je n'ai parlé jusqu'ici que de l'homme de science. Les qualités du cœur ne le cédaient pas, chez Blandin, à celles de l'esprit; il était bon, affectueux, tendrement attaché à ses amis; la haute position qu'il avait rapidement occupée dans le monde n'avait point fermé son cœur à l'intérêt que n'inspire pas toujours une position plus modeste; l'aisance qu'il avait acquise lui a permis plus d'une fois d'encourager, de soutenir par des bienfaits oubliés par lui aussitôt que répandus des élèves en médecine peu fortunés, comme il l'avait été lui-même.

Qu'il me pardonne, en ce jour où la vérité doit luire sur lui, de dévoiler ces actes d'une bienfaisance d'autant plus louable qu'elle veut rester ignorée, et d'abuser, pour le faire connaître tout entier, d'une confidence qu'il ne m'a point faite, que je ne tiens pas de sa famille, et dont la source n'en est pas moins certaine.

Une mort prématurée devait terminer cette existence jusque-là s

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Apprécier la valeur respective des sources du pronostic médical; déterminer les circonstances qui le rendent difficile ou incertain; par le Dr Fuster, professeur à la Faculté de Montpellier.

Physiologie du caractère provençal, ou *les Provençaux peints par eux-mêmes*; par le docteur César Provençal.

Ce travail est l'œuvre du savant professeur par la nomination duquel s'est enfin terminé le laborieux et double concours qui devait donner un successeur à l'une des célébrités de l'Ecole de Montpellier, à Broussonnet. Le triomphe de M. Fuster ne nous a point étonné. Comme acte de justice, nous l'attendions avec confiance; comme succès d'un de nos plus honorables confrères et d'un de nos meilleurs amis, nous le désirions de toutes nos sympathies. Le petit livre dont nous allons rendre compte est le dernier des travaux de M. Fuster qui ne soit point fait en vue des élèves et de leur instruction. Désormais, sa vie, ses connaissances acquises au prix de tant de veilles, son temps, appartiennent à la jeunesse, à l'enseignement de laquelle il doit tout sacrifier. Mais ses nouvelles études sur un nouveau théâtre ne seront pas perdues pour la science. Nous l'attendons dans quelques années à la publication de quelqu'un de ces grands travaux qui font époque, et dont l'honneur rejaillira sur la Faculté qui vient de l'adopter, et de laquelle il est digne.

Le livre dont il s'agit ici n'est autre chose que la thèse de concours qui constituait la dernière épreuve. L'an dernier, il avait traité du diagnostic médical et de ses sources. Cette fois, le sort lui a dévolu la question qui forme le titre de son travail. Voyons comment il a envisagé son sujet, comment il l'a traité, et à quelles conclusions s'est trouvé conduit.

La maladie est une succession de phénomènes étroitement liés; c'est un tout composé de plusieurs parties, une chaîne non interrompue depuis le premier symptôme jusqu'au dernier. Aucun fait, en pathologic, n'existe seul; il appartient nécessairement à un système à titre de cause ou d'effet. La science consiste à saisir ces liens, ces rapports. Appliquée à la recherche de l'état futur des maladies, elle porte le nom de *pronostic*. Le pronostic est une science qui relève, comme toute science, de principes arrêtés; mais c'est un art aussi qui réclame une éducation spéciale, la perfection des sens, l'habitude d'appréciation, l'habileté d'observation.

L'art et la science ne marchent pas nécessairement ensemble. A l'art, les modernes ont fait faire d'immenses progrès. Ils lui ont sacrifié la science, dans laquelle excellaient les anciens, et qui seule est apte à conduire à la généralisation des faits particuliers. Les anciens procédaient, en fait de pronostic, de la synthèse à l'analyse; les modernes, supérieurs dans l'analyse, ne s'élèvent peut-être pas assez souvent à la synthèse. Mais les anciens ne *pouvaient* faire autrement; les modernes ne *veulent* pas. Suivant M. Fuster, la science et l'art du pronostic doivent marcher de front et se prêter un mutuel appui.

Le problème à examiner ici était double. L'auteur a divisé son travail en deux parties.

Dans la première, il devait apprécier la valeur respective des sources du pronostic. Le pronostic se puise aux mêmes sources que le diagnostic et la thérapeutique; il est la résultante de la totalité des circonstances capables d'éclairer la scène morbide. Ceci posé, et au lieu de s'en tenir à la classification ordinaire des signes pronostiques, l'auteur en institue les sources d'après les principes mêmes du diagnostic. Ces sources sont :

1° Les symptômes, qui trahissent presque toujours l'imminence et la présence des maladies, se produisent par un dérangement sensible dans la manière d'être ordinaire, et décèlent souvent, en outre, le siége, le degré, la nature de l'affection. Consultés avec mesure, ils aident et servent le pronostic. Ils se perdent lorsqu'on s'y fie sans discernement.

2° Les lésions anatomiques, source non moins riche que la précédente, mais des précieuses ressources de laquelle, négligeant par trop les forces vitales, on a singulièrement abusé.

3° Les causes, dont la recherche et la connaissance est la partie faible de la médecine de notre temps, et qui doivent se distinguer en essentielles ou vraies, c'est-à-dire engendrant les maladies par leur impression propre, et en occasionnelles, qui ne font que les provoquer, les contraindre à paraître. C'est par l'observation des causes que les praticiens de l'antiquité ont poussé si loin l'art du pronostic. En les négligeant, les médecins de nos jours errent à chaque pas dans les maladies difficiles. Elles ont donc une importance majeure, et, sauf les cas où il est impossible de les aborder, c'est à les saisir que le praticien doit aspirer, puisque avec elles il tient sûrement le fil de tous les événements de la maladie.

4° Une quatrième source est la marche des maladies, non pas celle que décrivent les modernes, et qui est toute dans les progrès de la lésion organique, mais telle que la comprenait l'école hippocratique, et dont M. Fuster donne une description sommaire dans les détails de laquelle il serait trop long de le suivre ici.

5° Vient enfin l'état des forces, dont, suivant l'auteur, on fait trop peu de cas de nos jours, et dont les variétés, qui peuvent se résumer dans ces trois mots, exaltation, dépression, ataxie, méritent d'être étudiées et différenciées avec le plus grand soin.

Et 6° la thérapeutique, qui, bien qu'elle ait plus à prendre qu'à donner au pronostic, est encore utile lorsqu'elle sert de pierre de touche pour reconnaître certaines maladies.

« En résumé, dit M. Fuster, le pronostic s'éclaire de toutes les données fournies par le malade et par la maladie; mais toutes ces données n'y servent pas au même degré. Les plus importantes sont les causes morbides, l'état des forces du malade, la marche de la maladie; les lésions d'organes et les symptômes ne viennent qu'en

heureuse; il venait de finir son cours de médecine opératoire, qu'il avait fait avec son zèle ordinaire, bien qu'il sentît depuis quelque temps l'influence de l'épidémie régnante, lorsque les symptômes de sa maladie s'aggravèrent et le décidèrent à chercher la santé dans un repos de quelques jours à la campagne; ce fut un vain espoir, et il se hâta de revenir à Paris le 11 avril. Une bronchite capillaire aiguë se compliqua promptement de phénomènes cérébraux. Dans le délire, l'exercice de l'art auquel il doit sa renommée occupait incessament sa pensée; il se croyait à l'Hôtel-Dieu, entouré de ses élèves, faisant une opération importante; et ce ne fut qu'au moment suprême que les dernières manifestations de son intelligence furent des témoignages muets, mais expressifs, de sa vive affection pour sa famille et quelques amis.

Ce simple récit de ses derniers moments résument sa vie entière: passion de son art, affection profonde et tendre pour les siens. Tels sont les motifs trop légitimes de la douleur amère qu'une fin si prématurée nous inspire. Les regrets de cette perte sont universels; les malades ont perdu, dans Frédéric Blandin, un chirurgien aussi adroit qu'expérimenté, les élèves, un maître habile et dévoué; les professeurs de l'École, un collaborateur infatigable, un collègue affectueux et aimé; je n'essaierai pas de dire la perte faite par sa famille; mais s'il est pour elle, dans ces cruels moments, une consolation possible, ce doit être ce concert de regrets unanimes et cette pensée que la vie laborieuse de Blandin restera dans le sein de l'École de Médecine, au milieu de ses nombreux élèves, un modèle pour tous, un glorieux exemple à imiter.

Après M. Laugier, M. Isidore Bourdon a fait ressortir avec une convenance parfaite les titres académiques d'un collègue éminent; il s'est exprimé ainsi:

Si quelque chose, Messieurs, peut tempérer l'amertume de nos regrets, de notre tristesse si profonde et si légitime en présence des restes mortels d'un de nos collègues les plus éminents et les plus aimés, c'est la justice qu'avec émotion chacun de nous rend à sa personne, à son mérite et à ses travaux, qui ne sont pas de ceux qu'on récuse, et encore moins de ceux qu'on oublie. Combien de constance et de dévouement ont rempli sa vie, que d'études et de méditations durant ses nuits, que de labeurs à chacun de ses jours! Aussi attentif à la voix de la douleur qu'à celle de la vérité, aussi enthousiaste pour l'art qu'il a su agrandir que pour la science qu'il a tant aimée, il trouvait dans sa frêle organisation assez d'énergique ferveur pour tous ses vouloirs, qui tous, à l'exception d'un seul peut-être, se sont réalisés avec le temps, grâce à une persévérance qui ne s'est jamais relâchée ni démentie. Ce fut elle qui lui mérita cette réputation brillante à laquelle il n'a manqué que la consécration d'une plus longue existence; je veux dire les respects qui s'attachent à une vieillesse honorable, riche d'expérience, chargée de souvenirs et fière de ses œuvres, et devenue enfin étrangère à toute rivalité, cette rivalité si provoquante et si féconde pour l'intelligence, mais si funeste à ces fragiles structures en qui règne une âme délicate et susceptible.

M. Philippe-Frédéric Blandin est né à Aubigny, petite ville du département du Cher, en l'année 1798. Son père, employé des contributions directes, avec le titre de contrôleur, était un homme d'ordre et de prévoyance qui savait donner à son fils beaucoup plus que sa légitime, en le dotant, par ses épargnes, d'une éducation libérale. Au collége de Bourges, où il fit ses études, il remporta des succès, des couronnes qui le préparèrent à en ceindre de plus éclatants et de plus mémorables. Ses camarades de collége, au rang desquels figura notre ami M. Daiguzon, aujourd'hui magistrat honoré du ressort de Bourges, ont gardé de lui les plus tendres souvenirs, et sa haute position n'a point dépassé leurs présages.

Se destinant à l'étude de la médecine, si bien assortie aux tendances méditatives et investigatrices de son esprit, M. Blandin vint à Paris en 1816. Il choisit avec prédilection, pour maîtres, trois hommes vers lesquels l'entraînait l'aimable ascendant de leur caractère affectueux, M. Roux, Béclard et M. Marjolin, qui tous à la fois lui montrèrent le plus vif attachement, ne fût-ce qu'en éloignant de lui l'injustice; et il a dû trouver une grande satisfaction à rester attaché à ces hommes si recommandables par les liens de la reconnaissance.

Vous venez d'entendre, Messieurs, le récit attachant des efforts et des concours, souvent heureux, du savant chirurgien dont nous déplorons la perte. Ces concours, au nombre de dix-sept, firent prospérer sa mémoire et son esprit, et accrurent de jour en jour sa jeune renommée, mais non sans préjudicier à sa santé, qui ne répondit jamais avec plénitude à son énergie morale. Pour prix envié de tant de tentatives courageuses, M. Blandin obtint dix postes successifs et graduels, depuis le titre d'externe jusqu'à celui de chef des travaux anatomiques de la Faculté, sans parler des récompenses accessoires n'intéressant que l'émulation. Un grand nombre de ses années se comptèrent par des victoires, succès progressifs à la suite desquels vinrent comme d'eux-mêmes des honneurs, des places lucratives et élevées, des titres, l'estime publique, et, naturellement aussi, le lot ordinaire d'une constance inébranlable, je veux dire la fortune, laquelle est bien moins capricieuse et moins aveugle que ne se l'imaginent ceux qui, s'étant bornés à l'espérer et à l'attendre, n'ont rien fait de grand pour la conquérir.

Dès 1841, M. Blandin était professeur de médecine opératoire à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Beaujon, puis de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, où ses opinions commençaient à faire autorité, membre de la Légion-d'Honneur, chirurgien consultant du chef du gouvernement d'alors. Depuis quelques années aussi il s'était allié à l'un de ces hommes d'une intelligence puissante qui ne doivent qu'à eux-mêmes la haute position qu'ils occupent; et, s'étant fait des amis de ses principaux élèves, il jouissait, dans ce double entourage de sa famille et de ses amis, de toute la félicité compatible avec sa situation et son caractère. Jours de satisfaction et de tranquillité, purs instants de bonheur, pourquoi sitôt finir! pourquoi si peu durables!

Il avait eu successivement pour compétiteurs, pour émules, MM. J. Cloquet, Velpeau, Breschet, Sanson aîné, Gerdy, Aug. Bérard, Thierry, Denonvilliers, etc., entre lesquels aujourd'hui se partagent notre vive estime ou nos regrets, trois de ces savants rivaux l'ayant précédé dans la tombe. Car s'il est vrai que les concours promettent la fortune et dispensent souvent la gloire, il n'est pas moins avéré que c'est une arène presque aussi meurtrière que celle des combats.

Anatomiste du premier ordre, de l'ordre de Béclard et de Bichat, dont il fut l'élève médiat par M. Roux, Blandin publia trois ouvrages anatomiques, des *Commentaires sur l'Anatomie générale*, une *Anatomie des régions*, et enfin une *Anatomie descriptive*, qui renferme un assez grand nombre de recherches délicates et nouvelles, principalement sur les nerfs, soit sur le rameau arythénoïdien et constricteur ou récurrent, soit sur le ganglion sublingual, qui portera inévitablement son nom, et beaucoup d'autres concernant le spinal et les cervicaux. Il était même disposé à attribuer les synergies respiratoires et expressive à l'anastomose mutuelle des nerfs du diaphragme du larynx et de la langue, intime alliance qu'il reconnaissait toutefois n'être pas également expresse à tous les individus.

Quant à l'anatomie topographique dans laquelle il excella, il est juste de dire, ce qui n'atténue pas son mérite, qu'il avait été devancé par le plus célèbre de ses rivaux, outre que M. Roux faisait, dès 1817, à la Charité, un cours fort suivi, et alors rédigé par nous, sur l'anatomie chirurgicale.

Nous ne pouvons que citer ses travaux sur le système dentaire, sur l'autoplastie, qui lui dut ces premiers progrès; sur les accidents attachés aux opérations chirurgicales, sur la phlébite et la résorption purulente, ainsi que les excellents articles dont il a enrichi le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

Mais où M. Blandin a le mieux montré ses grandes ressources intellectuelles, la solidité de sa dialectique et de ses études, et le don si précieux et si rare de maîtriser son sujet et lui-même, c'est dans les discussions académiques. Nous citerons surtout, pour en louer sa mémoire, les discussions sur les causes des difformités congéniales, sur l'introduction de l'air dans les veines, sur l'orthopédie, sur les tumeurs fibreuses d'un caractère équivoque, sur la lithotritie mise en balance avec la taille, sur les accidents terribles attribués au chloroforme; mais nous citerons par-dessus tout la grande discussion sur les nerfs rachidiens, nerfs à double racine, dont il niait avec raison l'identité que d'autres alléguaient avec éloquence, mais au mépris de la découverte de Charles Bell et d'expériences récentes et décisives, sans parler des analogies et des preuves plus directes dont M. Blandin étaya ce point de doctrine grâce à lui désormais inébranlable. M. Blandin a eu les honneurs de cette discussion mémorable, qui dura des mois entiers, qui eut du retentissement et de l'influence, et qui servit de guide et peut-être d'inspiration à l'un de ces élèves qui débutent en maître et qui ont la certitude de le devenir.

Plus on connut M. Blandin, plus on déplore sa fin prématurée; plus on a le secret des obstacles qu'il eut à surmonter et plus on l'admire.

Enfin, M. le docteur Foissac, parlant modestement au nom de la Société médicale du 1er arrondissement, a pénétré l'auditoire des sentiments les plus purs et les plus élevés en envisageant dans Blandin les qualités de l'homme supérieures à toutes les autres. Nous regrettons vivement de ne pouvoir reproduire ses paroles si bien senties et qui ont profondément ému les assistants.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Leçons cliniques sur le choléra.

(Suite et fin du n° du 14 avril.)

Traitement.

Y a-t-il un remède contre le choléra? Le traitement du choléra doit-il être toujours le même? Dans le monde, on ne cesse d'adresser cette question aux médecins: a-t-on trouvé le remède du choléra? Non, on n'a pas trouvé le remède du choléra, pas plus qu'on n'a trouvé celui de la variole ou de la fièvre typhoïde. On a trouvé des spécifiques contre la syphilis, contre la fièvre intermittente, parce que ces maladies reconnaissent une cause spécifique. Cependant, il ne serait peut-être pas impossible qu'on parvînt un jour à trouver un moyen préventif comme on en a trouvé un pour la variole; mais, à supposer qu'on trouvât un remède spécifique, il n'y aurait pas moins à varier les moyens de traitement en raison de la diversité des phénomènes de la maladie. Nous en sommes donc réduits, pour le traitement du choléra, à la thérapeutique des symptômes. Cette thérapeutique, pour être empirique, n'en est pas moins efficace dans un certain nombre de cas. La preuve, c'est qu'en 1832 nous avons sauvé un plus grand nombre de malades parmi ceux qui étaient pris dans l'hôpital, et qui recevaient immédiatement les secours de l'art, que parmi ceux qui venaient du dehors, et qui ne recevaient toujours que très tard les premiers soins. Cela seul suffirait pour montrer la part du traitement sur l'issue heureuse de la maladie.

Le traitement doit varier suivant les formes de la maladie. On se rappelle que nous avons admis plusieurs formes, savoir: la forme phlegmasique, la forme nerveuse, la forme gastro-intestinale et la forme cyanique ou asphyxique. C'est surtout au point de vue du traitement que cette distinction a son importance. Aussi, nous conformerons-nous à cette division pour l'examen des différents modes de traitements appropriés à chacune de ces formes.

Forme phlegmasique. — Nous avons dit que dans la forme phlegmasique les symptômes du choléra avaient de grandes ressemblances avec ceux d'une gastrite ou d'une dysenterie; aussi, est-ce à des moyens analogues à ceux que réclament ces phlegmasies que nous avons recours dans ce cas; c'est-à-dire aux saignées locales, sangsues et cataplasmes sur le ventre, bains, boissons émollientes, adoucissantes, additionnées d'opium. Si, en même temps qu'une douleur fixe à la région épigastrique ou sur le trajet du colon, il y a une chaleur halitueuse de la peau, si le pouls est plein et résistant, j'ai recours à la saignée générale, dont je seconde ensuite l'action par les boissons adoucissantes, les bains, les cataplasmes sur le ventre; en un mot, tout le traitement antiphlogistique dans son ensemble; mais je dois ajouter que ce traitement doit être fait avec toute la modération que recommandent la faiblesse et la prostration extrêmes qui suivent toujours l'accès de choléra.

Forme nerveuse. — Si nous avons affaire à la forme nerveuse: douleurs, crampes, tiraillements dans les intestins, etc., c'est principalement à l'opium que nous aurons recours; nous l'administrons par la bouche ou en lavement, suivant que l'une ou l'autre de ces deux voies est plus intacte et mieux en état d'assurer l'efficacité du remède; mieux serait encore de le donner par les deux voies à la fois, si cela est possible. Dans le cas où il ne serait possible d'administrer l'opium ni par l'une ni par l'autre voie, on doit essayer de la méthode endermique.

Si la forme phlegmasique et la forme nerveuse sont associées, ce qui a lieu dans quelques cas, on doit faire marcher de front les deux ordres de moyens que nous venons d'exposer, les antiphlogistiques et l'opium, en insistant plus ou moins sur l'un ou sur l'autre, suivant que c'est la forme phlegmasique ou la forme nerveuse qui prédomine.

Forme gastro-intestinale. — Dans la forme gastro-intestinale, tantôt ce sont les vomissements qui tourmentent le plus les malades, tantôt la diarrhée. Contre les vomissements, ce qui convient le mieux, c'est la glace en petits fragments ou mieux pilée en neige. J'aime mieux cette dernière manière de faire prendre la glace, et voici pourquoi. Lorsqu'on donne la glace en morceaux, les malades les laissent fondre ordinairement dans la bouche et y gardent l'eau plus ou moins longtemps avant de l'avaler, de sorte que souvent elle est déjà chaude quand elle arrive dans l'estomac; dans ce cas la glace ne remplit pas le but qu'on se propose, tandis que ce but est parfaitement atteint par la glace pilée, qui est avalée immédiatement dans l'état où on l'administre. En donnant toutes les deux minutes environ une cuillerée de cette glace pilée, on arrête d'une manière presque constante les vomissements.

On prescrit encore aussi avec avantage contre les vomiss-

---

dernier. Cependant, le pronostic le mieux assuré résulte, nous le répétons, du concours de toutes les données. »

Quelles sont maintenant les circonstances qui rendent le pronostic difficile ou incertain? Tel est le sujet de la deuxième partie du livre.

Toute science a pour but une prévision dans un ordre spécial de phénomènes. La prévision scientifique existe à deux degrés bien distincts, qui donnent la mesure exacte de la certitude de la science.

Le premier degré, c'est la connaissance de l'ordre de succession des phénomènes. Il suppose évidemment que les phénomènes de même ordre et de même nature se succèdent toujours suivant une constante inconnue, mais invariable; et que la succession tout entière de ces phénomènes a été observée une fois au moins dans toute son étendue.

Le deuxième degré, c'est la connaissance de la loi de génération des phénomènes, qui permet de prévoir, dans les successions phénoménales, des termes qui n'ont jamais été observés, et d'affirmer l'existence de phénomènes qui échapperont peut-être éternellement à tous nos moyens d'observation directe.

L'astronomie seule est dans ce dernier cas; c'est aussi la science la plus avancée. La médecine n'en est encore qu'au premier degré de prévision scientifique. Au contraire des sciences physiques où les lois ont un caractère immuable et nécessaire, dans les sciences physiologiques et morales, dont la médecine fait partie, tout est « *ondoyant et divers* » comme l'homme et ses facultés, qui en font le principal ou même l'unique sujet. Unité dans la variété, variété dans l'unité, tel est le caractère distinctif des actes vitaux ou psychologiques. C'est sur cette partie de la science, perpétuellement *une* dans la variété, que nous devons fonder les bases de la certitude médicale. C'est de la partie essentiellement variable dans l'unité que découlent nos incertitudes et nos erreurs.

Ceci posé, l'auteur passe en revue, d'après les catégories déjà établies, les difficultés et les incertitudes du pronostic médical.

1° Par rapport aux causes. La nature des causes morbides donne aux signes leur véritable valeur. Malheureusement, l'étiologie est la partie la plus imparfaite de la médecine. Ces deux assertions, M. Fuster les développe à l'aide de faits, et cite quelques exemples de l'obscurité que jette souvent sur le pronostic l'incertitude des notions étiologiques, et, par contre, de la vive lumière qui jaillit de ces notions quand on peut les atteindre.

2° Par rapport aux symptômes. L'étude des symptômes morbides et leur coordination ont une extrême importance. Si leur observation a fait d'immenses progrès, la partie dogmatique est restée bien en arrière; on néglige, on dédaigne les études des anciens sur les constitutions médicales; et cependant qui pourrait nier les influences sur les maladies des saisons, des climats, des épidémies? etc. Sur l'appréciation exacte et proportionnelle de ces influences diverses reposent tout entiers le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique. « Ce qui doit le plus directement dissiper l'incertitude des symptômes et constater la nature réelle de l'affection locale, dit Grimaud, c'est le génie connu de la constitution épidémique et le caractère de la fièvre concomitante. » Ceci, d'ailleurs, n'est pas toujours facile; les plus habiles s'y trompent, et le médecin est alors réduit à tâtonner, à temporiser.

3° Par rapport aux altérations matérielles. Pas n'est besoin d'insister sur ce point que les lésions matérielles ne sont pas toujours des indications sûres pour le pronostic. Bien souvent, il est loin d'être en rapport direct avec l'étendue de l'altération matérielle.

4° Par rapport au malade lui-même. En matière de pronostic, ce qui doit dominer dans l'esprit du médecin c'est, la considération de l'état de la force vitale; l'issue bonne ou mauvaise d'une maladie tient essentiellement et avant tout à la profondeur du mode d'impression, et, par suite, de réaction de cette force mystérieuse. L'art n'intervient dans la guérison qu'en provoquant un ensemble d'actes harmoniques qui existent en puissance dans l'économie vivante. Si l'on ne tient compte des âges, des sexes, des tempéraments, des constitutions individuelles, on se trompera souvent; on fera de la médecine en aveugle.

5° Par rapport à la marche des maladies. La régularité dans la marche des maladies n'est pas constante, d'où difficultés nombreuses dans le diagnostic et le pronostic. En règle générale, le pronostic est d'autant plus fâcheux, toutes choses égales d'ailleurs, que les symptômes et la marche de la maladie s'éloignent davantage de leur régularité ordinaire.

6° Par rapport au traitement. Un cas morbide étant profondément analysé, reste encore à résoudre la question de savoir si, d'une part, la science possède les moyens de solliciter l'économie à produire cet ensemble synergique d'actes qui ont pour but le rétablissement de la santé, et, d'autre part, si la vie elle-même jouit d'assez d'énergie pour s'y prêter avantageusement. En deux mots, il faut déterminer ce que peut l'art, ce que peut la nature. Souvent on est réduit à tenter avec prudence quelques moyens thérapeutiques dont on observe attentivement les effets; leur action, bonne ou mauvaise, forte, faible ou nulle, peut encore répandre des lumières sur le pronostic.

« En résumé, dit l'auteur en terminant cette seconde partie, le pronostic par lui-même est hérissé de difficultés, rempli d'incertitudes. Ses difficultés, ses incertitudes tiennent à la mobilité, à la fluctuation essentielle des phénomènes des maladies; elles s'accroissent dans le silence ou par le désordre de ces phénomènes; elles diminuent, au contraire, en raison de la netteté et de la régularité de leur manifestation. Dans tous les cas, on n'est jamais trop circonspect en matière de pronostic; car ici l'appréciation est toujours difficile et l'expérience trompeuse. *Judicium difficile, experientia fallax.* »

Voilà, en aussi peu de mots que nous avons pu la faire, l'analyse du travail remarquable de M. Fuster. Nous nous sommes efforcé, le plus que nous avons pu, de reproduire sa pensée à l'aide de ses

ments l'opium, l'eau de Seltz frappée ou non de glace, la potion anti-émétique de Rivière, le sous-nitrate de bismuth, le colombo.

Enfin, dans les cas où les vomissements résistent avec opiniâtreté à ces divers moyens, il est rare qu'on ne les arrête pas par l'application d'un vésicatoire sur la région épigastrique, par des ventouses scarifiées ou des sangsues sur cette région, lorsqu'il y a des signes d'inflammation ; ces derniers moyens sont plus rarement indiqués, et moins efficaces dans leur action que le vésicatoire.

La diarrhée est combattue par des moyens analogues : peu ou point de boissons ; opiacés et astringents, tels que l'alun, le ratanhia, la monésia, etc. Il est utile, en général, de se servir, pour administrer en lavements, de substances qui ne soient point colorées, afin de ne pas dénaturer ou déguiser par une coloration artificielle l'aspect naturel des selles, qu'il importe tant de constater. Lorsque la diarrhée est très intense et incessante, il faut, comme pour le cas de vomissements opiniâtres, recourir à l'application d'un large vésicatoire sur l'abdomen.

Forme cyanique. — La forme dans laquelle la circulation et la calorification sont principalement et profondément altérées, est celle qui exige la plus grande et la plus constante attention de la part du médecin. Lorsque le malade est froid, il faut immédiatement recourir aux moyens artificiels de calorification. Les boules chaudes que l'on emploie communément à cet usage sont très insuffisantes, à cause de leur forme qui ne permet de les mettre en contact avec le corps que par un point. On avait imaginé, en 1832, des plaques métalliques concaves, de différentes formes et de différentes dimensions, de manière à ce qu'on pût les adapter à volonté à toutes les parties du corps ; mais la difficulté et l'embarras d'un pareil moyen ont dû y faire renoncer. Des sachets de sable fin et convenablement chauffé sont beaucoup plus commodes, à cause de la facilité avec laquelle on peut les manier et les plier à toutes les formes possibles. C'est d'ailleurs un moyen que l'on trouve partout à improviser facilement. C'est, à notre avis, un des meilleurs.

Les douches de vapeurs chaudes, sèches ou humides, sont aussi appelées à rendre de grands services dans cette forme du choléra. Toutefois entre ces deux sortes de douches, je préfère de beaucoup les vapeurs sèches aux vapeurs humides. En voici la raison. Les cholériques sont en général disposés, surtout dans cette forme de la maladie, à une sueur froide, visqueuse, plus ou moins abondante, qui concourt avec les vomissements et les selles à produire une véritable colliquation. Or le dégagement de vapeurs humides autour des malades ne fait qu'ajouter encore à cette disposition. Il vaut donc mieux chercher à réchauffer les malades au moyen de vapeurs sèches que l'on fait parvenir dans leur lit par un mécanisme simple, qui consiste tout bonnement en une lampe à alcool et un tube coudé. C'est un des moyens les plus efficaces et en même temps les plus faciles à mettre à exécution.

Il est d'autres moyens encore de réchauffer les malades, en excitant ou en relevant leur chaleur naturelle. Ces moyens sont les frictions et les applications topiques stimulantes. Parmi les frictions, celles que je préfère, sont les frictions sèches de fumées aromatiques ; telles que les fumées de benjoin, d'encens ou de baies de genièvre. Cette préférence est fondée sur les mêmes motifs qui nous font administrer des douches de vapeurs sèches plutôt qu'humides. Les frictions n'ont pas seulement pour but et pour effet de rappeler à la peau la chaleur qui l'a abandonnée ; elles ont pour effet aussi d'activer la circulation. On sait combien la circulation, la circulation capillaire surtout, est ralentie chez les cholériques et de quelle importance il est de l'exciter. Les frictions sont un des meilleurs moyens pour exciter la circulation capillaire ; mais elles ne sont efficaces qu'à la condition d'être faites avec une grande énergie et avec une activité soutenue. Il faudrait pour bien faire quatre personnes au moins pour frictionner un malade, et cela pendant plusieurs heures. On conçoit combien il est difficile de mettre un pareil moyen en usage dans les hôpitaux. C'est sur le dévouement seul des parents et des amis qu'on peut compter pour retirer de ce moyen tout le bien qu'il peut produire. J'ai vu en ville des malades qui, après huit heures de froid et d'absence complète de pouls, ont été littéralement rappelés à la vie par des frictions faites pendant plusieurs heures de suite avec une énergie extrême et incessante. C'est par ce même moyen que l'on est parvenu, en 1832, à rappeler à la vie notre ancien doyen.

On a conseillé aussi de frictionner avec de la glace. Ce moyen peut être bon lorsqu'il y a encore une certaine chaleur et qu'on peut compter sûrement sur la réaction, lorsqu'il s'agit, par exemple, d'individus jeunes, d'une constitution robuste, et chez qui le froid ne date encore que de peu de temps. On pourra le hasarder dans ce cas ; mais on devra se garder d'user d'un pareil moyen chez des sujets débiles, à réaction difficile, et dans les cas où le refroidissement dure déjà depuis longtemps.

A l'intérieur il faut avoir recours aux moyens propres à relever les forces. Des infusions de thé ou de menthe, le punch, les boissons alcooliques, remplissent assez bien cette indication ; mais leur usage n'est pas convenable lorsque, en même temps qu'ils ont un froid extérieur intense, les malades éprouvent un vif sentiment de chaleur à l'intérieur. Dans ces cas il faut associer la glace à quelques substances excitantes.

Les crampes doivent être combattues par des frictions avec des liniments opiacés et par l'opium à l'intérieur.

La dyspnée est un des symptômes les plus graves et les plus difficiles à combattre ; c'est celui peut-être qui demande le plus d'attention de la part du praticien. Si elle s'accompagne de phénomènes de réaction fébrile, il faut pratiquer une saignée générale ; mais c'est le cas le plus rare ; le plus ordinairement, au contraire, la dyspnée est accompagnée d'absence de pouls, de refroidissement général du corps et de cyanose. Dans ce cas, c'est à l'éther, aux préparations opiacées et aux toniques diffusibles qu'il faut avoir recours. Ces derniers moyens devront être employés de préférence quand c'est la faiblesse qui est le symptôme dominant ; ils seront employés à l'exclusion des opiacés quand il se manifestera des accidents, et on y joindra les révulsifs, vésicatoires sur les membres ; les laxatifs conviennent à cette période ; on doit les donner au risque même de provoquer le retour de la diarrhée, car il ne faut pas craindre, en présence d'un danger aussi imminent, de réveiller quelques symptômes.

On a proposé dans ces derniers temps différents moyens sur lesquels l'expérience n'a pas encore prononcé. On a préconisé le charbon, mais l'épreuve n'a pas confirmé l'espoir qu'on avait fondé sur cet agent. D'ailleurs, il n'était pas fondé en logique, car la cause du choléra est partout et le charbon n'agit point d'une manière générale.

On a proposé le sel marin, d'après cette pensée que le sel réparerait la déperdition des substances salines que subissent tous les fluides de l'économie ; mais le sel a quelque inconvénient à cause de son action purgative.

Quant aux camphres, à quelques huiles essentielles, l'huile de pétrole, et qui ont été alternativement préconisés, l'expérience n'en a pas confirmé l'efficacité.

En 1832, on avait observé un certain nombre d'individus chez lesquels la maladie avait une marche intermittente. En raison de cette indication, guidé par une fausse analogie, on a employé le quinquina ; on a demandé à cet agent thérapeutique des propriétés antipériodiques qu'il n'a que contre les fièvres intermittentes de nature spécifique. L'action tonique si souvent utile du quinquina suffit à expliquer les quelques bons résultats qu'il a pu produire.

Les phénomènes consécutifs exigent un traitement particulier qu'il est impossible de formuler d'avance et qui doit être modifié en raison de l'extrême variété des phénomènes. En général, les toniques, un bon air et une bonne alimentation sont nécessaires pour assurer la convalescence et la guérison. On recourt souvent avec avantage, notamment chez les malades qui restent en proie à des langueurs d'estomac et à des douleurs dans les membres, à l'usage des bains, des préparations opiacées et des bains minéraux.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 avril 1849. — Présidence de M. Velpeau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance imprimée comprend :

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'un rapport rédigé par M. Rauzières, médecin à Monteuq (Lot), sur une épidémie de variole qui vient de régner dans la commune de Bouloé ;

2° Une lettre du ministre de l'instruction publique, avec envoi d'un nouveau modèle de *chaise percée hydraulique*.

— La correspondance manuscrite comprend :

1° Une communication de M. Bosio, médecin de l'établissement médical civil de Constantine, sur une méthode de traitement de la chute du rectum, consistant dans l'application sur la partie herniée d'un morceau de laine ou autre corps saupoudré d'un mélange de poudre d'alun, de calomel et d'écorce de grenade ; on fait ensuite asseoir le malade sur un corps angulaire saillant, et la chute se réduit toute seule.

(Commissaires : MM. Velpeau et Jobert.)

2° Une lettre de M. Lequoy, de Dunkerque, donnant des renseignements sur la marche du choléra dans cette ville. Il résulte de cette lettre que le choléra y a éclaté le 20 octobre 1848 ; il a sévi pendant environ deux mois ; il a cessé ensuite presque complètement, et a éprouvé une recrudescence dans les premiers jours de mars, laquelle s'est calmée depuis quelques jours. M. Lequoy affirme que les *trois quarts* des cholériques étaient des individus qui avaient soigné d'autres cholériques ou qui avaient eu des rapports avec eux.

3° M. le docteur Depierris propose, comme spécifique de la diarrhée prodromique, la formule suivante :

Pr. Eau bouillante.	250	grammes.
Cachou en poudre.	10	—
Valériane en poudre.	3	—
Faites une infusion, passez et ajoutez :		
Laudanum de Sydenham. . .	6	gouttes.
Ether sulfurique.	4	—

Dès que la diarrhée se manifeste, prendre en une seule fois 125 grammes de cette potion à la température ordinaire, le reste d'heure en heure, par doses de 10, 20 ou 30 grammes ; continuer pendant cinq ou six jours, même quand les selles sont supprimées.

4° M. le docteur Giépard, médecin à Fécamp, donne des renseignements sur les premiers cas de choléra développés à Sport, qu'il attribue à trois causes : à la frayeur, à la misère et au froid ; tout en constatant que l'équipage du navire où se sont développés les premiers cas avait été en communication, après avoir éprouvé une violente tempête, avec la ville de Dunkerque, déjà atteinte par l'épidémie.

Sa lettre contient la relation d'un fait fort singulier ; c'est celui d'une fille dont le cadavre, après quinze jours présumés de décès, conservait encore la roideur cadavérique. Il se demande si cette circonstance tiendrait à la cause de la mort, qui a sans doute été le choléra.

5° Enfin, M. Vaucher, homme étranger à la science médicale, envoie une communication dans laquelle il expose, en excellents termes et même avec beaucoup de suite dans les déductions, une théorie sur la nature du choléra. Il attribue cette maladie à un miasme dont l'action sur le sang peut, dit-il, être comparée à celle des acides sur le lait ; c'est-à-dire que ce miasme fait *tourner* le sang, en sépare les éléments en caillot et en sérum. Pour s'opposer à cette dissociation, il faut faire comme les laitières qui veulent empêcher le lait de tourner, il faut le battre ou agiter fortement le sang, activer la circulation par tous les moyens possibles. M. Vaucher ne donne d'ailleurs sa théorie que comme une hypothèse très rationnelle ; et si, comme il le dit, il est réellement étranger à toute espèce de science, on doit vraiment s'étonner d'une communication qui serait déjà fort remarquable pour un homme de la profession.

— M. le Président annonce la mort de M. Blandin, et désigne les membres de la députation qui sera chargée de représenter l'Académie aux funérailles de l'éminent défunt.

— M. Jolly. En rendant compte à l'Académie des faits qu'il a observés dans son service à la Salpêtrière, M. Baillarger a signalé une circonstance qui peut avoir quelque intérêt dans l'étude historique de l'épidémie actuelle et sur laquelle je désire rappeler l'attention de l'Académie. La circonstance dont il s'agit est relative à l'heure la plus fréquente des attaques du choléra.

M. Baillarger vous a dit que sur le nombre de cas qu'il a observés plus des deux tiers s'étaient déclarés pendant la nuit, c'est-à-dire de six heures du soir à six heures du matin.

---

propres paroles. On voit dans cette œuvre, aussi profondément pensée que sagement développée et brillamment écrite, reparaître à chaque page les idées dominantes de l'Ecole dont il a toujours, élève d'abord, puis professeur agrégé, partagé les doctrines, et dont il est appelé à devenir une des lumières. Ceux auxquels cette courte mais consciencieuse esquisse donnera l'envie de lire le travail original du professeur y verront que le séjour à Paris de M. Fuster n'a pas été sans profit pour lui. Si l'Ecole de Montpellier néglige un peu trop l'étude anatomique des maladies, l'Ecole de Paris néglige encore plus, et beaucoup trop, l'étude des forces vitales. Les études comparatives qu'un long séjour près des deux Ecoles a permis à M. Fuster de faire avec une rare sagacité et une intelligence peu commune nous font espérer qu'il contribuera pour sa part à rallier dans son enseignement ce qu'il y a de bon et de véritablement utile dans la Faculté du Nord et dans celle du Midi. Ce serait un bonheur, nous le disons hautement, pour la Faculté de Paris de compter dans son sein quelques professeurs qui tentassent d'introduire ici quelques-uns des principes qui nous manquent ; mais dont aussi, nous le disons sans intention de blesser qui que ce soit, on abuse peut-être un peu trop à la Faculté de Montpellier.

Physiologie du caractère provençal, ou *les Provençaux peints par eux-mêmes* ; par le docteur César Provençal.

Voici certainement une des publications les plus originales, les plus singulières par le fond et par la forme, qui nous soient passées sous les yeux depuis longtemps. Sous ce double point de vue, la brochure dont il est question se trouve résumée par la phrase suivante, que nous trouvons dans la préface : « Le caractère provençal est le plus beau des caractères, et dans ses paysans du Danube, c'est la postérité des anciens Grecs et Romains qu'il faut admirer. » Dans cet avertissement on trouve en effet une preuve de l'inexpérience la plus complète de la mise en scène littéraire, qu'on nous passe cette expression. Le lecteur, prévenu qu'il doit admirer, n'admire pas, comme l'auditeur ne se sent pas envie de rire, auquel un narrateur novice a commencé par dire : Je vais vous faire bien rire. Le style aurait aussi quelque besoin d'être plus châtié. La lecture en serait plus facile et plus agréable. Mais, laissant de côté ces détails, qu'on pourrait après tout regarder comme secondaires, disons quelques mots de l'esprit général de cette composition et du plan qu'a suivi l'auteur.

Le sujet du livre, c'est l'éloge absolu, exclusif, du caractère provençal, à la glorification duquel sont sacrifiés les habitants de tous les autres pays qui avoisinent la Provence. Peut-être l'auteur eût-il pu user d'un peu plus de ménagements, ses arguments n'eussent pas eu moins de force, et nous pensons qu'il faut éviter de prodiguer les épithètes injurieuses aux populations prises en masse. On peut soutenir que le Provençal est bon, vif et franc, sans avoir besoin de qualifier le Corse et le Génois de faux et de vindicatif.

Prenant tour à tour pour exemple chacun des hommes illustres dont s'enorgueillit la Provence, l'auteur en fait un type à un certain point de vue, négligeant, pour arriver à son but, toutes les autres faces sous lesquelles on pourrait envisager son héros, et laissant prudemment dans l'ombre ses défauts même les mieux constatés. Le type de bonté, de bravoure et de franchise, c'est Crillon ; le type d'impétuosité provençale, c'est Mirabeau ; mais l'auteur se garde bien de parler de la vénalité, de la corruption du grand orateur. Mémoire, jugement, imagination, volonté, les Provençaux ont tout ; ici comme types, le roi René, le médecin Nostradamus, etc. Nous ne relèverons pas de petites contradictions dont est parsemé le livre. Si le Provençal est un type de jugement, pourquoi l'auteur dit-il, deux pages plus loin : « En Provence, chacun fait à sa tête. » Est-ce là une preuve de jugement ? Signalons en passant une définition assez neuve du républicain : « Si l'on peut juger du futur par le passé, on peut dire que le Provençal sera toujours *inquiet et remuant c'est-à-dire républicain* de fait, s'il ne l'est de nom. » L'ouvrage se termine par une biographie succincte des hommes les plus saillants qu'a produits la Provence, et parmi lesquels on retrouve avec bonheur quelques-unes de nos plus grandes illustrations : Puget, J.-J. Barthélemy, l'auteur d'*Anacharsis*, Mirabeau, Tournefort, Suffren, etc.

Pour nous résumer, en deux mots, disons que personne plus que nous n'admire, dans ce qu'il a de bon, le caractère provençal, et sous ce rapport nous partageons les idées de l'auteur de la brochure qui fait le sujet de cet article ; mais que l'auteur nous semble avoir dépassé le but en faisant de ses compatriotes l'idéal de toutes les perfections.

Quoi qu'il en soit, nous le répétons, l'original, l'abrupte, le rude de la forme de son travail, le ton de conviction qu'il respire, lui assureront, nous n'en doutons pas, des lecteurs nombreux, et nous avouons, malgré notre critique, être loin de regretter le temps que nous avons consacré à prendre connaissance de cette œuvre, dans laquelle, qu'on nous passe le mot, on retrouve à chaque ligne le goût prononcé du terroir.

Dr A. Foucart.

NOUVELLES.

Nous avons la douleur d'annoncer que la profession a fait deux nouvelles pertes depuis deux jours. M. le docteur Olinet, dont nous insérions mardi dernier un article sur la thérapeutique du choléra, a succombé, ce jour-là même, à une violente attaque de cette terrible maladie ; et M. le docteur Lebreton, membre de l'Académie, est mort subitement la nuit dernière.

Quelle que soit la valeur étiologique de ce fait, l'Académie me permettra de venir l'appuyer du résultat de mon observation personnelle.

En 1832, où il était possible malheureusement de suivre la marche du choléra sur des proportions de chiffres encore plus élevées, nous avons été à même de constater que, sur plus de 4,000 malades enregistrés dans un seul quartier de Paris, plus des trois quarts avaient été frappés à divers degrés pendant la nuit et le plus souvent même pendant le sommeil.

Sur 554 cas graves arrivés à la période algide, que j'ai été appelé personnellement à soigner du 1er avril au 11 mai, j'ai pu en compter 395 qui s'étaient déclarés après minuit et 159 seulement avant minuit. Or, ce fait me semble parfaitement concorder avec la remarque de M. Baillarger, et l'Académie n'oubliera pas que nous étions éloignés l'un de l'autre, M. Baillarger et moi, de toute la distance qui sépare les deux épidémies, c'est-à-dire de dix-sept ans, quand nous observions le même fait.

Ainsi donc, et sans rien préjuger d'ailleurs d'une telle remarque, la prédilection que semble affecter l'invasion du choléra pour certaines heures de la révolution nyctémérale serait déjà un fait suffisamment acquis à l'étiologie générale de cette maladie, prédilection qui, pour le dire en passant, lui serait assez généralement commune avec plusieurs formes d'affections nerveuses bien connues.

Quel que soit le rôle que le temps puisse réserver à un pareil fait dans l'étude de l'étiologie et de la thérapeutique du choléra, j'ai cru devoir le signaler à l'Académie et venir l'enregistrer à côté de celui de M. Baillarger comme une pierre d'attente sur laquelle il est du moins permis d'appeler l'attention des observateurs en vue de l'édification de la science relativement à l'épidémie actuelle.

En attendant, et puisque l'Académie a bien voulu me prêter un instant d'attention, je lui demanderai encore la permission d'ajouter un mot ayant trait à une proposition que je désire lui soumettre.

Depuis plusieurs mois que le choléra a envahi une grande partie de la France, que sa marche, loin de se ralentir, devient de plus en plus un sujet de préoccupation pour la médecine et d'anxiété pour les populations menacées; depuis aussi que l'Académie reçoit de toutes parts des communications plus ou moins importantes relatives à la marche et au traitement de cette maladie, il est malheureusement vrai de dire que tous les praticiens restent encore dans le même vague et la même incertitude sur le choix des traitements; chacun semble attendre de l'Académie elle-même, sinon des règles fixes de conduite pratique, au moins une appréciation quelconque des différentes méthodes de traitement que l'on a cru pouvoir opposer jusqu'à ce jour à la maladie.

L'Académie sait, en effet, qu'aucune maladie n'a été l'objet de médications plus nombreuses, plus variées et souvent plus contraires à elles-mêmes; de telle sorte que, dans cette désespérante anarchie où l'empirisme et le charlatanisme se disputent la place de la science, le praticien le plus expérimenté sent toujours le même besoin de lumières et d'appui, et à plus forte raison celui qui n'a pas encore pour lui la triste expérience de l'épidémie.

L'Académie ne peut ignorer que plus de 20,000 praticiens sont toujours dans l'attente du résultat de ses discussions sur un aussi grave sujet, et elle comprendra sans doute que sa mission ne peut s'arrêter à une *instruction* purement *populaire* devenue au moins insuffisante, non plus qu'à l'exhibition hebdomadaire et à la supputation de chiffres de mortalité destinés tout au plus à préparer le nécrologe de l'épidémie. Elle comprendra, enfin, qu'elle doit à la haute confiance dont elle est investie le tribut de son expérience et de ses lumières.

J'ai donc l'honneur de lui proposer :

1° De saisir immédiatement de la *question pathologique* du choléra la commission instituée à cet effet;

2° De mettre à l'ordre du jour la discussion du rapport de la commission ayant principalement pour objet d'apprécier et de déterminer autant que possible, et d'après les faits le plus rigoureusement observés, la valeur comparative des différentes méthodes de traitement qui ont été expérimentées ou proposées jusqu'à ce jour contre l'épidémie du choléra.

— M. Gibert. Je dirai d'abord quelques mots à l'occasion de la proposition de M. Jolly. Il me paraît à moi tout simple que dans cette épidémie, comme dans toutes les autres, on se soit d'abord préoccupé du chiffre des malades et de celui des décès. Quant à la thérapeutique, la question, scientifiquement parlant, est peut-être encore aujourd'hui prématurée, si tant est qu'on puisse arriver un jour à poser des axiomes scientifiques sur cette question.

Les grandes épidémies sont des fléaux qui se renouvellent à de certains intervalles, et auxquels les médecins ne peuvent guère opposer que des palliatifs.

En observant la marche de la nature, le médecin hippocratiste cherche à remplir les indications qui se présentent.... Mais la découverte d'un agent spécifique est pour les médecins honnêtes et consciencieux une chose fort rare et le plus souvent due au hasard. Aussi, quant à ce mode particulier de traitement, nous sommes restés dans le vague pour la plupart des épidémies comme pour celle du choléra.

C'est pour répondre à quelques attaques venues du dehors et à l'espèce de reproche déguisé sous une proposition parlementaire qui semble s'être fait jour au dedans, que j'ai cru devoir dire ces quelques mots avant de continuer les renseignements que j'avais à fournir sur l'épidémie de l'hôpital Saint-Louis.

Comme je le craignais, le choléra du dehors a réimporté la maladie dans nos salles. En outre, les cas se sont multipliés depuis une semaine dans le quartier de l'hôpital Saint-Louis. Le chiffre particulier de mon service s'est élevé de 23 cas à 65, et les décès de 9 à 27. Il est vrai que, dans ces derniers jours, presque tous les malades du dehors ont été placés dans mon service.

Sur ces 65 cas, donc, je compte 27 décès, chiffre proportionnel bien inférieur à celui de mon premier relevé.

Quatre malades sont sortis guéris, dont deux étaient très gravement atteints, l'un venu du dehors, l'autre pris dans les salles. Ce dernier avait été traité par l'infusion de stachis.

Nous comptons sur les malades restants une vingtaine environ de convalescents.

Ayant vu échouer (dans l'épidémie actuelle, comme dans celle de 1832) les prétendus spécifiques, tels que le haschis, le trichlorure de carbone, le stachis, le chlorure de sodium, etc., je suis revenu à peu près à la même méthode que je suivais en 1832, sauf les infusions aromatiques chaudes dans les premières heures de la période algide (à l'imitation de M. Castel), qui doivent seconder les révulsifs et les moyens de caléfaction appliqués à l'extérieur pour provoquer le retour du mouvement périphérique. Sitôt la réaction commençante, j'en viens à la gomme coupée d'eau de Seltz et bue à la glace, et je continue les révulsifs déjà usités dans la première période, plus les quarts de lavements laudanisés.

Je m'abstiens presque constamment des émissions sanguines et des exutoires.

Parmi les malades nouveaux, nous en avons trouvé quatre atteints de choléra foudroyant et sans prodromes. Ce qui ne m'empêche pas d'attacher, comme notre honorable collègue, M. J. Guérin, une grande importance au traitement de ces prodromes lorsqu'ils existent, et notamment à celui de la diarrhée, que l'on a plus particulièrement désignée sous le nom de cholérine.

M. Bouvier. Suivant l'habitude que j'ai prise depuis le commencement de l'épidémie, je vais avoir l'honneur de communiquer à l'Académie les renseignements statistiques que j'ai rassemblés, et qui plus tard, peut-être, pourront devenir de quelque utilité. Les chiffres de la semaine qui vient de s'écouler, comparés à ceux de la semaine précédente, nous donnent plutôt quelques sujets de nous réjouir que de nous alarmer sur les progrès de l'épidémie. Cependant il ne faut pas nous dissimuler qu'ils ont été plus élevés, pris en bloc, que ceux de la semaine précédente. Ainsi,

Du 2 au 8 avril,	441 cas nouveaux.
Du 9 au 15	471.

Le nombre des cholériques a donc augmenté de 30; mais d'autre part, la Salpêtrière, qui avait fourni pour son compte,

Du 2 au 8 avril,	244 malades,
n'en a donné du 9 au 15, que	156.

Il y a donc une différence de 88. On m'objectera peut-être, et cette remarque vient de m'être présentée par M. Moreau, que la population de cet hospice a diminué. Elle n'a pas diminué autant qu'on se l'imagine. Il n'est sorti en tout que 768 femmes, envoyées en congé dans leurs familles. La population de la Salpêtrière, qui était au 20 mars de 5,341 individus, restait, au 14 avril, de 4,804; les entrées avaient continué à se faire comme à l'ordinaire, et 231 nouvelles femmes avaient été admises à l'hôpital pendant ce laps de temps. En réalité le chiffre des cholériques a diminué.

Du 31 mars au 6 avril, il avait été en moyenne de 40 par jour; depuis le 6, il n'a pas atteint 30. Un fait dont il faudra tenir compte, c'est la dissémination dans Paris de ces 768 femmes, dont quelques-unes, comme nous le dirons dans un instant, ont dû être admises dans les hôpitaux ordinaires. Ce fait sera important à constater, car il soulève une haute question d'hygiène publique. S'il est prouvé que la dissémination de ces femmes dans Paris a fait diminuer le nombre des malades, ce sera à la fois un sujet d'éloges pour l'administration, et une réponse au scepticisme de M. Rochoux.

La Salpêtrière avait il y a quinze jours 191 décès pour la semaine; la semaine dernière, il n'y en a eu que 120; c'est une diminution bien manifeste.

Dans l'avant-dernière semaine les hôpitaux généraux avaient reçu 178 cholériques; cette semaine, il y en a 290; il y a augmentation notable; mais en analysant ces chiffres, on voit que la différence n'est pas aussi considérable qu'elle paraît au premier abord. Cette différence tient à quatre causes:

1° Les malades de l'intérieur des hôpitaux ont éprouvé une recrudescence qui n'a pas fait monter le chiffre total plus haut qu'il n'était il y a quinze jours, et ce n'était pas une aggravation, mais tout simplement une suppression de la décroissance; c'est un retour à la semaine précédente, et voilà tout.

2° Les 768 femmes de la Salpêtrière disséminées dans Paris ont fourni quelques malades aux hôpitaux. C'est un reste de l'épidémie de cet hospice qui s'est trouvé transporté ailleurs.

3° Les communes ont envoyé des malades en assez grand nombre dans certains hôpitaux excentriques, à Beaujon, à Saint-Louis, par exemple. Si Beaujon a eu proportionnellement plus de malades, c'est qu'il est à proximité de dix communes formant ensemble une population de 30,000 âmes; mais le nombre des malades du 1er arrondissement où il est situé n'a pas été modifié. Et ici, nous ferons remarquer que les cas qui nous viennent des communes avoisinant Paris sont très graves ordinairement; ce qui tient peut-être souvent à ce qu'il faut faire parcourir aux malades un assez long trajet. Nous avons trouvé chez plusieurs sujets de cette catégorie des altérations aussi graves qu'en 1832.

4° Enfin, il faut mettre en ligne de compte une légère augmentation dans le nombre des cas qui se sont montrés au dehors, dans le voisinage des hôpitaux. A l'Hôtel-Dieu, par exemple, au lieu de 40 cas observés l'avant-dernière semaine, il y en a eu 61 la semaine dernière. De même, le nombre des malades pris à l'hôpital a augmenté un peu; de 6, il y a quinze jours, il est monté à 12 cette semaine.

Je terminerai par le chiffre des décès en ville. Du 18 mars au 6 avril, il y a eu :

	Morts du choléra.	Morts d'autres maladies.
	176	1402

Les jours snivants, voici le chiffre officiel dcs décès daus Paris.

Les 7 et 8 avril,	38	123
Le 9	19	68
Le 10	20	85
Le 11	14	87
Le 12	18	79
Pour les 26 jours,	285	1844

Moyenne par jour : Choléra, 10,96
Autres maladies, 70,92

M. Rochoux. Puisque l'on tient à parler de thérapeutique, il me faut, avant tout, vous rappeler qu'en 1832 soixante-dix traitements ont été essayés dans le choléra avec un égal insuccès. Réussira-t-on mieux cette année? Il est permis d'en douter. Eu attendant, M. Gibert vous conseille de faire une sorte de médecine symptomatique, qui consiste à combattre certains symptômes alarmants. C'est peut-être ce qu'il y a de plus convenable, quand on ne peut rien contre la cause du mal. Mais, en me rangeant, faute de mieux, à ce mode de traitement, je ne puis m'empêcher de faire remarquer combien il est précaire. Pour montrer toute ma pensée à cet égard, je dirai que chercher à guérir le choléra en s'attaquant à un symptôme grave, le froid, la cyanose, la diarrhée, les crampes, etc., me semble la conduite d'un homme qui croirait pouvoir faire marcher une montre en en poussant l'aiguille avec le doigt sans avoir rétabli le jeu des rouages. Par exemple, on échouerait bien certainement contre une fièvre intermittente, si l'on dirigeait un médicament particulier sur chacun de ses symptômes graves, qui cèdent tous à la seule administration du quinquina.

Faut-il maintenant me défendre du reproche de scepticisme que m'a adressé M. Bouvier? Dans le cas actuel au moins, la chose n'est pas fort nécessaire, car je crois fermement à l'efficacité de l'évacuation des lieux où règne le choléra comme moyen assuré d'échapper à ses coups. A son égard, la prophylaxie des trois adverbes est parfaitement applicable:

Hæc tria tabificam tollunt adverbia pestem ;
Mox, longe, tarde, cede, recede, redi.

Mais il faudrait bien se garder de croire que l'abandon des lieux frappés par le choléra agit de la même manière que la dissémination des malades dans un typhus né de l'encombrement. Là les sujets portent avec eux le mal; leur accumulation augmente l'énergie morbifère de la contagion. Dans le choléra, où aucun principe contagieux n'existe, on se préserve du mal uniquement parce que l'on quitte le lieu où sa cause s'est produite; et comme elle y est attachée, les émigrants ne l'emportent pas avec eux. Il n'est pas nécessaire de les disperser pour les mettre à l'abri de son atteinte; on les garderait réunis tous ensemble, qu'ils ne seraient pas moins sauvés. Il est bon de savoir distinguer comment la dispersion agit dans chacun de ces cas, afin de ne pas se faire un argument en faveur de la contagion du choléra d'un fait qui, bien interprété, ne la prouve en aucune façon.

Quant à la statistique, c'est une fort bonne chose, à la condition cependant qu'elle soit bien faite, comme elle l'a été, par exemple, dans le rapport publié par la préfecture sur l'épidémie de 1832. Elle exige pour cela des documents complets, car essayée par petits morceaux et d'une manière parcellaire, elle a peu de valeur; elle peut aussi tromper. Ainsi, les chiffres de M. Ségalas sur la mortalité comparative du choléra de cette année avec celui de 1832 ne sont peut-être pas inattaquables. Toutefois, ces statistiques fragmentées paraissent nous apprendre que l'épidémie est en décroissance; il faut les accueillir comme *Evangile* aussi vrai que le premier.

— M. Poiseuille lit un rapport sur les sangsues mécaniques de M. Alexandre. Ce rapport contient la relation de plusieurs expériences toutes favorables à cet instrument, et se termine par les conclusions suivantes, qui sont adoptées sans discussion.

1° L'appareil, appelé par M. Alexandre, son inventeur, *Sangsue mécanique*, est un instrument utile. Dans un grand nombre de cas, il peut remplacer les sangsues naturelles; mais il existe certaines circonstances où son insuffisance oblige de recourir à ces annélides.

2° L'application de la sangsue mécanique, pour des personnes étrangères aux connaissances anatomiques, peut, dans des cas rares à la vérité, présenter des inconvénients graves, et, par conséquent, son emploi exige les conseils d'un médecin.

— M. Maisonneuve présente un corps fibreux de l'utérus qu'il a extrait par un procédé dont la description se trouve dans l'un de nos derniers comptes-rendus des séances de la Société de Chirurgie.

On parle beaucoup depuis quelques jours de l'invasion du choléra en Espagne; on a même dit que le gouvernement avait reçu la nouvelle de l'apparition du fléau à Saint-Sébastien. Nous pouvons donner comme positif que cette nouvelle est entièrement fausse. Le choléra n'est encore apparu sur aucun point du territoire.

(*Heraldo* du 10 avril.)

— M. Coste, professeur au Collége de France, ouvrira son cours du second semestre le mardi 24 avril prochain, à une heure précise.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 21 AVRIL 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 47.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 20 AVRIL 1849.

Marche du choléra.

Nous pouvons annoncer enfin un ralentissement bien prononcé dans la marche de l'épidémie. Dans les cinq principaux hôpitaux (Hôtel-Dieu, Charité, Pitié, Saint-Louis et Beaujon), où le nombre des entrées s'élevait, terme moyen, à 35 par jour, ce nombre n'a été que de 25 avant-hier, et de 23 hier. Dans tous les autres hôpitaux, l'épidémie a subi la même décroissance, en sorte qu'il est permis d'espérer qu'elle est définitivement entrée dans sa période de déclin.

Ce n'est pas seulement par la diminution du nombre des cas que le décroissement de l'épidémie s'annonce, c'est aussi par leur gravité infiniment moindre. La plupart des malades qui entrent maintenant dans les hôpitaux n'offrent plus cette cyanose foncée, ce refroidissement extrême, cette altération profonde des traits qui caractérisent l'attaque violente de choléra asiatique ; ce sont de fortes cholérines, plutôt que des choléras véritables : aussi, la mortalité devient-elle beaucoup moindre qu'elle ne l'avait été encore proportionnellement au nombre des cas. Nous ferons remarquer à ce sujet, ainsi d'ailleurs que l'avait fait observer M. Velpeau, que le chiffre de la mortalité que nous avons donné jusqu'ici ne peut être que provisoire, puisque, la plupart des malades qui ne sont pas morts étant encore dans les hôpitaux, on ne peut savoir quelle sera, parmi eux, la proportion de ceux qui guériront définitivement. Aujourd'hui cependant, le nombre des malades arrivés à une complète guérison et sortis de l'hôpital est assez considérable pour laisser entrevoir quelle sera la proportion réelle de la mortalité. Nous donnerons donc, dans une colonne spéciale, le nombre des guérisons ; ce nombre, ajouté à celui des décès, et soustrait du nombre total des entrées, permettra de constater d'un seul coup d'œil la proportion des malades qui restent encore en traitement, et très approximativement, la proportion définitive de la mortalité, pourvu toutefois que l'épidémie n'éprouve pas de recrudescence.

PARIS.	NOMBRE DE CAS.	DÉCÈS.	SORTIES.
Salpêtrière	790	563	»
Bicêtre	51	33	3
Ménages	21	11	»
Incurables (femmes)	1	1	»
Larochefoucauld	5	1	2
Hôtel-Dieu	251	114	56
Charité	190	114	29
Pitié	192	98	43
Saint-Louis	136	66	9
Beaujon	81	55	9
Necker	44	29	7
Enfants-Malades	16	8	4
Saint-Antoine	25	13	2
Cochin	8	2	1
Sainte-Marguerite	28	16	4
Bon-Secours	29	19	4
Cliniques	17	14	1
Maison de Santé	15	11	1
Invalides	13	11	»
Val-de-Grâce	171	45	»
Gros-Caillou	188	69	»
Hôpital militaire du Roule	57	20	»
Prison de Saint-Lazare	6	4	»
Total,	2335	1317	175

S'il pouvait rester quelques doutes sur la vanité de toutes les hypothèses, de toutes les combinaisons à l'aide desquelles on a voulu expliquer la nature de l'épidémie, ses préférences, ses fluctuations, sa marche et sa gravité, ce qui se passe sous nos yeux achèverait de dissiper les hésitations de tous les esprits impartiaux. C'est pendant l'influence, sinon sous l'influence d'une atmosphère des plus malsaines que la maladie ralentit sa marche de la manière la plus marquée, et sur tous les points de la cité à la fois. Peut-être se trouvera-t-il quelque esprit méditatif qui verra dans l'état même de cette atmosphère la raison du déclin de l'épidémie; mais à des vues théoriques de cette nature on opposera sans peine de nombreuses observations prouvant que l'épidémie s'est souvent exaspérée précisément dans les mêmes conditions atmosphériques sous le règne desquelles elle semble aujourd'hui se calmer.

Il faut donc en convenir, M. Rochoux est dans le vrai, et il faut reconnaître avec lui que nous ignorons encore le premier mot de tout ce qui touche au mode de développement et de propagation du choléra.

Le choléra à la Salpêtrière.

De même que les autres établissements, plus que les autres même, la Salpêtrière s'est ressentie de l'heureuse modification qui s'est manifestée dans la marche générale de l'épidémie. Au lieu de 20 à 30 nouveaux cas, par jour, il n'y en a eu avant-hier que 13, et hier que 6. Une fois déjà l'abaissement avait atteint ce dernier chiffre; mais le jour où cet abaissement avait lieu l'augmentation continuait dans tous les autres établissements; en sorte qu'il était fort à craindre que cet abaissement ne fût que passager. Aujourd'hui, au contraire, il est en rapport avec la marche générale de l'épidémie, et tout permet d'espérer qu'il sera définitif.

Société médicale des hôpitaux de Paris.

Tel est le titre d'une Société que de jeunes médecins des hôpitaux de Paris ont eu l'heureuse idée de fonder, et dont nous recevons aujourd'hui les statuts. A ces statuts est jointe une lettre adressée par les membres fondateurs à tous leurs collègues des hôpitaux, dont ils appellent l'adhésion et le concours.

Tous ceux qui lisent avec quelque attention les intéressantes séances de la Société de Chirurgie, qui a servi de modèle et qui doit évidemment servir d'exemple à la Société nouvelle, peuvent juger de l'importance qu'auront les travaux d'une agrégation de médecins placés dans les meilleures conditions possibles d'observation, et doués encore de la vigueur nécessaire pour mener à bonne fin la difficile tâche d'observateur.

L'espace nous manque pour publier aujourd'hui les statuts de la nouvelle Société et la lettre des membres fondateurs.

Nous nous bornerons, pour le moment, à applaudir à une tentative qui, nous en sommes convaincu, sera couronnée d'un brillant succès.

Revue clinique hebdomadaire.

Quoique le choléra tende à absorber en ce moment toute l'activité des écrivains et des observateurs, nous allons résister un peu à cette tendance, et chercher à fixer l'attention sur quelques faits qui, pour être étrangers à l'objet dominant des méditations du jour, n'en sont pas moins dignes de l'intérêt des praticiens.

Coloration vert-bleu du pus. — Le premier de ces faits est un de ces singuliers exemples de coloration bleue du pus qui s'offrent de temps en temps aux regards des praticiens, et qui ne manquent jamais d'exciter leur surprise et leur curiosité. Ce nouveau cas, que l'on peut encore voir dans le service de M. Maisonneuve, à l'hôpital Cochin, nous est communiqué par M. le docteur Olioli (de Maggiora), qui l'accompagne de quelques remarques judicieuses.

Ce serait chose curieuse, dit-il, de savoir comment il se fait que, dans quelques circonstances non encore déterminées, le pus se colore en vert-bleu. Il se trouve en ce moment à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Maisonneuve, une femme placée au n° 9 qui a été opérée il y a deux ans à la Clinique pour une affection cancéreuse de la mamelle droite. Elle entra dans le service de M. Maisonneuve le 20 juin 1848, portant une ulcération cancéreuse très étendue à la même mamelle. On cautérisa cette ulcération avec le nitrate d'argent et avec la pâte de Vienne, sans observer aucun changement dans la coloration du pus. On eut recours enfin à la pâte de Canquoin, que l'on appliqua quatre fois, et lors de la chute de l'escharre, le pus présenta une frappante coloration vert-bleu.

Cette coloration a été aussi observée lors même qu'aucune substance médicamenteuse n'avait été appliquée sur le siége de la sécrétion du pus. J'ai eu occasion de voir à Turin, à la clinique du professeur Riberi, en 1846, la même coloration vert-bleu du pus dans un cas où l'on avait pratiqué l'amputation de la cuisse à une femme de vingt-cinq ans environ, sans qu'on eût appliqué sur la partie amputée autre chose qu'un pansement simple (l'affection qui avait exigé l'amputation était une tumeur blanche du genou).

Maintenant, de quoi dépend cette coloration vert-bleu? C'est chose difficile à déterminer. En effet, M. Bouchardat, auquel je saisis cette occasion de témoigner ma reconnaissance, a eu l'obligeance d'analyser le pus fourni par la malade de M. Maisonneuve, et il n'est parvenu à trouver autre chose qu'une *substance colorante organique de nature inconnue*, ne contenant aucun autre principe capable d'expliquer cette coloration vert-bleu. M. Lebert examina aussi le pus au microscope; il le trouva amorphe, comme j'ai pu m'en assurer moi-même. Par conséquent, le microscope ne nous éclaira pas plus que l'analyse chimique sur la nature de cette matière colorante.

Ce serait chose non moins curieuse que de pouvoir déterminer la cause de la coloration bleue du sérum qui transsude de la surface d'un vésicatoire, coloration que l'on a constatée deux fois. (Voyez *Gazette médicale*, 6 décembre 1834 et 1831). Le champ est donc encore ouvert à de nouvelles recherches, non-seulement dans le but de découvrir la cause de cette coloration du pus, mais aussi sous le rapport du pronostic à porter quand on rencontre cette coloration. A cela j'ajouterai que, dans les cas peu nombreux qui se sont offerts à moi, j'ai observé que le pus, avant de se montrer coloré, était séreux et de mauvaise nature. Mais il faut attendre d'autres faits avant de se prononcer sur la valeur que peut avoir une pareille anomalie.

Nous n'avons rien à ajouter aux observations de M. Olioli, si ce n'est que cette coloration avait fait supposer à MM. Persoz et Dumas qu'il s'engendrait dans certaines suppurations de mauvaise nature de l'acide cyanhydrique et consécutivement un composé analogue au bleu de Prusse. Les analyses chimiques n'ont nullement confirmé cette vue *à priori*. Nous ajouterons encore que, dans son travail sur le pus (*Gazette médicale*, 1842, page 534), M. Couté a fait des recherches sur la cause de la coloration dont il s'agit, et qu'il est arrivé aux mêmes résultats qui sont exprimés ci-dessus, c'est-à-dire qu'il a trouvé une *matière colorante organique particulière*. Tout, comme le dit M. Olioli, est donc encore à faire sur ce singulier phénomène.

Avantages de la cautérisation énergique et de la position déclive pour obtenir la cicatrisation des foyers purulents. — Voici un fait qui se recommande moins que le précédent par son étrangeté, mais qui est d'une utilité plus immédiate, d'une application plus directe à la pratique.

Joseph Fellioux, âgé de vingt-trois ans, boutonnier, né à Paris, entre à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Jean, n° 29, service de M. Morel-Lavallée, le 30 décembre 1848. Quatre jours avant son entrée, ce malade s'aperçut qu'il avait le pied droit enflé; des douleurs assez vives s'y faisaient sentir, et, quand il marchait, il éprouvait des élancements qui le faisaient boiter. Il fut obligé de garder le lit. Il attribue ce gonflement à une longue marche qu'il fit la veille chaussé dans des bottes étroites. Le 30 décembre 1848, il entre à l'hôpital.

Au premier examen du malade, on constate un gonflement s'étendant à tout le pied, excepté aux orteils et au quart inférieur de la jambe; les saillies des malléoles sont effacées. La peau n'offre qu'une rougeur peu prononcée et conserve l'empreinte du doigt: douleur assez vive, que la pression augmente à peine. On ne trouve la trace d'aucune plaie.

Le pied, enveloppé de cataplasmes pendant huit jours, revient à son état normal. Mais un léger gonflement se montre à la face interne de la jambe et dans la longueur de son tiers moyen. On y sent une fluctuation bien nette; point de rougeur ni de douleur notables. Une ouverture d'environ 5 centimètres de long est pratiquée au point le plus déclive à environ deux travers de doigt en dedans du bord interne du tibia et dans le sens de l'axe du membre. Il sort environ trois cuillerées de pus.— Pansement pendant cinq jours avec des bandelettes de diachylum.

Le 13 janvier, l'abcès paraît avoir fusé un peu plus haut entre les muscles de la région interne de la jambe. L'ouverture est agrandie de moitié par son extrémité supérieure.

Du 13 au 21, pansement simple avec le linge troué enduit de cérat.

Du 21 au 28, pansement avec les bandelettes de diachylum renouvelées tous les deux jours.

Le 28, il y a une fusée purulente qui s'étend jusque vers le condyle interne du tibia; le pus s'y est accumulé, le bandage de diachylum ayant fait obstacle à sa sortie. On le remplace par des cataplasmes pendant quatre jours.

Le 1er février, une once d'huile de ricin. Bandage roulé simple autour de la jambe. La moitié inférieure de l'ouverture de l'abcès est cicatrisée.

Le 5 février, peu de changement. Cautérisation du foyer purulent aussi loin que possible avec le crayon de nitrate

d'argent. Une portion du crayon, du volume d'un gros pois, se détache et reste dans le foyer; elle n'est extraite que le lendemain.

A partir de ce jour, la cicatrisation marche beaucoup plus vite, et le malade sort le 11 février 1849.

A cette époque, l'ouverture de l'abcès est cicatrisée, excepté en un petit point de son extrémité supérieure, par lequel il sort encore quelques gouttes de pus.

L'importance de la position élevée des parties enflammées, de la position déclive des ouvertures d'abcès, est aujourd'hui assez généralement sentie pour qu'il soit inutile d'insister sur ce sujet; mais on a vu que, malgré ces deux précautions qu'on avait eu le soin de prendre dans le cas qui précède, la cicatrisation du foyer purulent ne marchait pas avec une grande rapidité. C'est à cause de cette lenteur de la cicatrisation qu'on eut recours à la cautérisation, afin d'activer la vitalité des tissus et de modifier, s'il était possible, le caractère de leur altération fonctionnelle. On ne se proposait pas toutefois de faire agir l'agent modificateur avec autant d'énergie qu'on le fit en réalité par suite de ce que l'on dut considérer d'abord comme un accident. Mais, chose singulière, c'est à la suite de cet accident supposé et même quelque temps redouté que la cicatrisation marche rapidement et fait plus de progrès en six jours qu'elle n'en avait fait auparavant en six semaines.

Les conséquences pratiques d'un semblable fait découlent d'elles-mêmes de ce fait et n'ont pas besoin d'être autrement signalées à l'attention de nos lecteurs.

Cautérisation transcurrente dans les névralgies. Névralgie du scrotum et du cordon. — Il y a quelques semaines à peine que nous rapportions une observation de névralgie guérie par la cautérisation superficielle, à l'aide du fer rouge, des surfaces douloureuses. Nous avons observé récemment un fait qui démontre l'efficacité de cette méthode, jusqu'à présent si peu employée, malgré les efforts de M. Valleix pour en rendre l'application plus générale.

Le sujet de cette nouvelle observation est un homme âgé de trente ans, entré le 3 mars à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, n° 83, service de M. Jobert.

Cet homme, de constitution moyenne, d'un médiocre embonpoint, ayant le teint pâle et fatigué, était d'une bonne santé habituelle. Les premiers symptômes de sa maladie datent du mois de novembre dernier; il les attribue à une fatigue de marche et de travail qu'il eut à supporter à cette époque; il assure n'avoir jamais eu de chaude-pisse; jamais il n'a fait de grands écarts de régime, et, marié à l'âge de dix-neuf ans, il a toujours mené une vie tranquille.

Vers l'époque indiquée, des douleurs vives se firent sentir au périnée pendant et surtout après les émissions d'urine; dans l'intervalle même des mictions, ces douleurs se reproduisaient souvent sous forme d'élancements aigus, revenant à des moments irréguliers, se propageant jusqu'à la fosse naviculaire. Bientôt un abondant écoulement de pus eut lieu par la verge, et il survint à l'entrée de l'urètre de la rougeur et de la tuméfaction, et une sensibilité se manifesta dans l'aine, sans grosseur ni rougeur. Le pus ne coulait qu'avec les urines, et il n'y avait pas de suintement continuel.

Entré alors à Beaujon, il fut sondé le premier jour, ce qui lui fut très pénible; des sangsues furent appliquées au périnée, on lui donna des bains, et il sortit au bout de six semaines, assez bien guéri pour pouvoir reprendre ses travaux. Mais huit jours après, éprouvant de nouveau les mêmes symptômes, il retourna à la consultation de Beaujon, où il fut traité de nouveau et soulagé pour quelques jours. Bientôt les mêmes douleurs se firent encore sentir, se propageant dans l'aine; c'est alors qu'il entra dans le service de M. Jobert.

L'état général était satisfaisant; il n'y a pas et il n'y a jamais eu de fièvre; l'appétit est bon; toutes les grandes fonctions s'exécutent normalement; les forces sont cependant un peu diminuées depuis quelque temps.

Fréquentes envies d'uriner; difficulté de résister à ce besoin, l'urine s'écoulant involontairement lorsque le malade veut se retenir trop longtemps; il en est de même quand il va à la selle. Le jet est d'ailleurs peu rapide, d'un volume moyen, contourné. Les urines sont claires, sans mélange de pus ni de sang, seulement quelquefois les dernières gouttes sont lactescentes; dans l'intervalle, faible suintement de mucus puriforme qui tache son linge.

Le toucher fait reconnaître un léger engorgement de la prostate. Mais ce qui appelle surtout l'attention, ce sont des douleurs vives dans le scrotum, surtout à droite, se propageant le long du cordon, et à travers l'anneau, jusque sous la paroi abdominale. Le cordon est lui-même rétracté; le testicule rapproché de l'anneau, et la pression ou même de simples frottements exaspèrent les douleurs; elles éprouvent spontanément des rémittences, et reviennent à des intervalles irréguliers, mais toujours très rapprochés; la nuit, elles ne sont ni plus, ni moins fréquentes que le jour, et elles troublent fréquemment le sommeil du malade.

On se borne d'abord à quelques moyens adoucissants et à des bains, qui ne produisent aucun soulagement.

Le 8 mars, on applique deux boutons de feu sur la région hypogastrique, qui ne produisent qu'une eschare très superficielle. Il n'en résulte aucun soulagement.

Le 11 mars, raies de feu sur la région hypogastrique.

Le 12, eschares superficielles sans rougeur; un peu de gonflement.

Le 13, un peu de dévoiement et de fièvre est survenu. — Lavement, pavot laud., 6 gouttes.

Le 14, les douleurs ont considérablement diminué; la fièvre a cessé vers la fin de la nuit; le malade se trouve bien; il sent bien moins souvent l'envie d'uriner. Les eschares sont détachées; il y a un peu de suppuration.

Le 15, la suppuration continue peu abondante; le malade est tout à fait soulagé.

Le 18, le mieux se soutient; besoin d'uriner normal; urines claires.

Le 25, l'absence de douleurs persistant, le malade sort, paraissant définitivement guéri.

Il ne nous semble guère possible de douter, malgré les dénégations du malade, que le point de départ des douleurs qu'il éprouvait ne fût une blennorrhagie; mais les névralgies qui reconnaissent cette cause ne sont pas moins opiniâtres que les autres, et il est à peu près certain que celle-ci aurait persisté encore longtemps, sans le moyen énergique que l'on a mis en usage, et que l'on est très heureux de posséder contre ces affections, qui tourmentent souvent à un si haut degré, à tel point que quelques-uns cherchent dans le suicide un soulagement à leurs maux.

HOPITAL DE BON-SECOURS. — M. Monneret.

De l'emploi du sous-nitrate de bismuth à hautes doses dans le traitement des affections gastro-intestinales et de la cholérine.

Le sous-nitrate de bismuth, auquel on a attribué, dans ces derniers temps, une si puissante influence sur les gastralgies, n'avait point encore été expérimenté d'une manière suivie à hautes doses. Les recherches que M. Monneret vient de publier dans la *Gazette Médicale* se recommandent donc à la fois par leur nouveauté et par leur importance thérapeutique.

Les recherches auxquelles je me livre depuis longtemps sur l'action thérapeutique du sous-nitrate de bismuth m'ont conduit à des résultats qui acquièrent une grande importance aujourd'hui que les moindres troubles des fonctions digestives doivent être immédiatement combattus à l'aide d'une médication énergique. J'espère établir, dans ce travail, que le sous-nitrate de bismuth, administré d'une autre manière qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour, est appelé à rendre les plus grands services. Il est d'ailleurs parfaitement approprié aux indications thérapeutiques qui se présentent à chaque instant sous l'empire de l'épidémie régnante. Je l'ai administré depuis plusieurs années dans un très grand nombre d'affections très diverses, et j'ai pu me former une opinion bien arrêtée sur sa valeur et ses applications thérapeutiques. Je me propose d'en tracer plus tard l'histoire générale. Je me bornerai, dans cette note, à faire connaître les résultats que j'ai obtenus dans le traitement des affections gastro-intestinales. J'insisterai principalement sur son utilité dans les flux gastro-intestinaux, quelle que soit leur nature. Si l'on parcourt rapidement tout ce qui a été écrit sur le sous-nitrate, on voit d'abord que ce médicament est un composé pulvérulent, blanc, tout à fait insoluble, que les chimistes considèrent comme un nitrate de bismuth quadribasique. En supposant qu'il a été préparé suivant les règles de l'art, et qu'il a été, par conséquent, débarrassé de nitrate acide et de tout autre composé chimique, on possède le médicament dans toute sa pureté. J'ajouterai qu'il se présente à cet état dans le commerce, et qu'il n'est pas nécessaire de se préoccuper d'une autre préparation. C'est ainsi que je l'ai employé dans les conditions les plus diverses et dans différentes contrées, et que toujours je l'ai trouvé identique à lui-même. J'insiste sur ce point, parce que l'on pourrait alléguer, contre l'emploi des hautes doses, que le bismuth peut être innocent ou vénéneux suivant des circonstances accidentelles. Du reste, ces faits sont suffisamment connus des chimistes et des pharmaciens pour qu'il soit inutile de m'y arrêter plus longtemps.

Le sous-nitrate de bismuth, encore appelé magistère de bismuth, ou blanc de fard, est un médicament très ancien, sur les doses duquel on paraît être aujourd'hui entièrement fixé. La dose ordinaire est de 1 gramme par jour divisé en quatre parties. On le voit figurer le plus ordinairement dans les divers composés pharmaceutiques, et associé à d'autres médicaments à la dose de 10, 20 et 30 centigr. Les plus hardis, comme Cazal, Odier (de Genève), MM. Récamier et Trousseau, osent bien le donner jusqu'à 4 grammes par jour. Or, je n'hésite pas à dire que non-seulement cette dose ne peut causer aucun accident, mais encore qu'elle est inefficace dans presque toutes les affections contre lesquelles on a dirigé le médicament. C'est ainsi que, dans les gastralgies simples ou liées à la chlorose, à l'hystérie, à l'hypochondrie ou à des affections commençantes ou déjà confirmées de l'estomac, on ne produit des effets salutaires et manifestes qu'à la condition de dépasser de beaucoup ces doses, et de les porter jusqu'à 30 ou 40 grammes, et plus encore, chaque jour. Pendant longtemps j'ai donné 1 à 6 grammes de sous-nitrate dans les affections gastro-intestinales, qui n'ont été ni amendées, ni guéries par l'usage de ce médicament. Les insuccès ont cessé lorsque, mieux instruit par l'expérience et par des recherches ultérieures, j'ai fait prendre au malade le sous-nitrate par cuillerées à café, trois, quatre et six fois par jour, c'est-à-dire lorsque je lui donné à des doses de 30, 40 et 60 grammes mêlé ou non aux aliments. Au lieu de disserter d'une manière générale et d'émettre de simples assertions, il est temps de présenter les faits cliniques sur lesquels j'ai fondé les propriétés de ce médicament.

Diarrhée simple. — Nous ne sommes plus au temps où toute hypersécrétion intestinale était rapportée à une entérocolite aiguë ou chronique. Toutefois, sans rejeter l'existence de ces diarrhées, on peut dire qu'elles sont plus rares qu'on ne l'avait prétendu. C'est surtout chez les jeunes enfants couchés dans les salles destinées aux nourrices que j'ai observé de bons effets du sous-nitrate à haute dose. L'ingestion d'un lait insuffisant par la quantité et la qualité, fourni par une mère débilitée par la misère, le travail, le chagrin ou une affection viscérale, m'a paru la seule cause de la diarrhée chez un très grand nombre d'enfants, que le sous-nitrate a guéris en trois ou quatre jours. Sur d'autres enfants sevrés et soumis à une mauvaise alimentation, dont le ventre était distendu par des gaz, et qui étaient considérablement amaigris, le sel de bismuth a fait cesser tous les accidents, spécialement la diarrhée, et j'ai pu continuer ou diminuer seulement l'alimentation. Les selles ne tardent pas à s'arrêter. C'est surtout dans des diarrhées séreuses provoquées par les indigestions auxquelles sont exposés sans cesse les enfants voraces, mal nourris ou mal dirigés par leurs parents, que le sous-nitrate de bismuth, à la dose de trois cuillerées à café, rend les plus grands services.

J'ai recueilli dans mes salles une foule d'observations de ce genre, que je pourrais citer au besoin. En voici une qui paraîtra sans doute décisive.

Obs. — Un enfant de cinq mois, allaité par sa mère, femme délicate et de faible complexion, était nourri avec des potages gras, des bouillies et des soupes au lait. Il avait chaque jour six à huit selles depuis cinq mois; il était amaigri, et avait de fréquents vomissements. Tout faisait craindre, à l'époque de son admission à l'hôpital, un ramollissement de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Pendant quatre jours, l'administration de 30 grammes de sous-nitrate ne fit que réduire à deux le nombre des selles. On porta la dose à 40, puis à 50 grammes pendant huit jours, et alors les vomissements furent supprimés; chaque jour il n'y eut plus qu'une seule selle, noire et à demi solide. Je fis continuer pendant quinze jours le bismuth à la dose de 20 grammes, et, depuis cette époque, les digestions sont devenues tout à fait naturelles; l'embonpoint et les forces ont reparu chez le jeune malade.

Cette observation prouve d'abord l'efficacité du sous-nitrate dans une diarrhée chronique et de nature suspecte; elle montre, en outre, qu'on peut donner à très haute dose, pendant longtemps (vingt-cinq jours) et impunément, à de très jeunes sujets, un médicament réputé vénéneux. La suite de ce travail prouvera que cette opinion est tout à fait erronée.

Chez l'adulte, les diarrhées simples sont beaucoup plus rares que chez l'enfant; cependant il en est qu'il est impossible de rattacher soit à une phlegmasie, soit à des ulcérations de l'intestin: telles sont, par exemple, celles que l'on observe chez les malades atteints d'affection granulacée des reins, chez les chlorotiques, les femmes anémiées par une dégénérescence cancéreuse de l'utérus, comme j'en ai actuellement plusieurs sous les yeux. Dans quelques cas d'affection du cœur, ou bien encore chez des sujets en proie à une phthisie commençante, je ne parle que de ces diarrhées que l'on voit paraître au début de maladies très diverses, et pour la production desquelles il est impossible d'imaginer, du moins à cette époque, autre chose qu'un simple trouble de la fonction sécrétoire; en pareil cas, le sous-nitrate de bismuth à dose progressive, depuis 10 jusqu'à 40 à 50 grammes, réussit merveilleusement. Je pourrais citer plus de quarante observations pour montrer les avantages qu'il possède sur les autres médicaments, lorsqu'on l'emploie pour arrêter de semblables dévoiements. Sans anticiper sur la description de ses effets thérapeutiques, je dois faire remarquer toutefois que les diarrhées dans lesquelles le liquide est surtout séreux, ou sécrété sous l'influence de l'atonie des membranes gastro-intestinales, sont particulièrement celles où le bismuth triomphe le plus sûrement.

Diarrhées symptomatiques d'une lésion intestinale. — L'entérocolite était évidente chez plusieurs enfants qui avaient la fièvre, une soif vive, et dont le ventre était tendu, sensible à la pression; quelques-uns vomissaient depuis plusieurs jours. Malgré la contre-indication apparente fournie, d'un côté, par la nature de l'affection et, de l'autre, par les symptômes d'irritation, j'ai administré souvent le bismuth à la dose de 16 à 30 grammes, et, loin de voir la maladie s'exaspérer, j'ai toujours aperçu une diminution considérable de selles, et bientôt la diarrhée était remplacée par la constipation; les vomissements, qui étaient sympathiques, en pareil cas cessaient également. Que si l'on s'étonnait de me voir combattre une phlegmasie de l'intestin par un agent réputé irritant, je répondrai que des faits cliniques sans nombre m'ont prouvé que le bismuth n'a pas la plus faible propriété irritante, et que tout ce que l'on a débité sur ce point est entièrement controuvé. Je prouverai même plus loin que l'action irritante, que l'on serait tenté d'accorder à l'action mécanique que le bismuth doit exercer sur l'intestin, est une hypothèse, une supposition que pourrait suggérer le raisonnement et que détruit l'observation. Du reste, voici quelques autres faits qui ne laisseront, je l'espère, aucun doute dans l'esprit du praticien. J'ai donné le bismuth à haute dose à des phthisiques chez lesquels la persistance de la diarrhée colliquative et l'ensemble des symptômes généraux devaient faire admettre l'existence d'une de ces entérites érythémateuses ou ulcéreuses, qui sont si communes en pareil cas; l'usage de ce médicament a été suivi, contre toute attente, d'un véritable succès, non pas chez tous les malades, mais chez le plus grand nombre, qui n'avaient éprouvé aucun effet salutaire de l'emploi des narcotiques ou des astringents.

Il y a plus, je suis parvenu à arrêter facilement la diarrhée si constante dans la fièvre typhoïde chez des sujets déjà entrés en convalescence; et ce qui est plus singulier, dans le cours du second et du troisième septénaire, lorsque l'intestin grêle est le siége de vastes ulcérations. Je ne crois pas que le sel de bismuth puisse être très utile en semblable occurrence; mais son efficacité pour arrêter les évacuations alvines prouve tout au moins que les ulcérations des plaques de Payer ne sont pas offensées par le contact de ce singulier médicament. Il m'a été fort utile lorsque j'ai voulu soutenir de très bonne heure les malades à l'aide de quelques bouillons qui provoquaient une diarrhée intense, ou bien encore dans le cas où j'avais à faire accepter par l'intestin un médicament tonique ou excitant qui aurait été repoussé sans l'intervention du bismuth.

Les diarrhées entretenues par des ulcérations ou par la phlogose de la membrane muqueuse intestinale sont arrêtées souvent avec une promptitude extrême, quoiqu'elles datent déjà d'une époque assez reculée. C'est ainsi que j'ai vu cesser le premier ou le second, et au plus tard le troisième jour, de

ces diarrhées symptomatiques que je combattais par l'usage de 40 à 50 grammes de sous-nitrate par jour. Je recommençais bientôt à nourrir les malades en leur continuant ces doses, et cependant la diarrhée ne reparaissait pas.

Je citerai à ce propos l'histoire d'un sujet atteint de colite ulcéreuse datant de douze années, et qui s'était soumis successivement et sans aucun résultat décisif à toutes les médications connues prescrites par les médecins les plus distingués. Il était réduit à un marasme très avancé; son unique nourriture consistait en préparations lactées. L'usage du sous-nitrate de bismuth, à la dose de 60 grammes par jour, suspendit enfin la diarrhée. Le malade mêlait aux premières cuillerées de ses aliments le sel de bismuth, et il était arrivé à en prendre quatre grandes cuillerées à potage par jour. A cette condition, il digérait presque tous les aliments. L'embonpoint et le retour des forces depuis plus de dix mois me permettent de considérer sa guérison comme entièrement confirmée.

Cholérine. — Tous les médecins s'accordent aujourd'hui à reconnaître que presque toutes les attaques de choléra sont précédées de ces troubles fonctionnels que l'on a désignés sous le nom de cholérine. La constitution médicale actuelle traduit son influence de plusieurs manières : les uns éprouvent des douleurs gastralgiques accompagnées de nausées et de quelques rares vomissements ; d'autres des coliques très pénibles avec constipation; la plupart ont des vomissements et des évacuations alvines fréquentes. A ces symptômes s'ajoutent souvent du refroidissement, de l'anxiété, de la prostration, une soif vive et de l'agitation. Tous ces symptômes, portés à un degré extrême, rapprochent beaucoup cette cholérine du véritable choléra. Quelle que soit l'opinion que l'on se forme à ce sujet, on ne contestera pas que toute espèce de dérangement gastro-intestinal, marquée surtout par de la diarrhée, doit être promptement réprimée. Le sous-nitrate de bismuth m'a rendu sous ce rapport les plus grands services, et m'a paru bien préférable à tous les autres médicaments, pourvu qu'on l'administre à haute dose. Il convient surtout dans la cholérine, qui est marquée par des nausées, des vomissements, de la gastralgie et de fréquentes évacuations alvines. Je ne compte plus les cas dans lesquels le médicament, administré à la dose de 30 à 40 grammes par jour, a suffi pour arrêter à l'instant même les symptômes précédemment indiqués, sans le secours de l'opium. Il m'a paru plus certain encore dans son action chez les malades qui ont perdu l'appétit, et qui ont depuis plusieurs jours de la diarrhée, des coliques sourdes, des borborygmes et de l'anorexie. Ils sont sûrs d'y mettre fin dans l'espace de quelques heures; ils peuvent même vaquer à leurs occupations et prendre des bouillons et des potages, à la seule condition d'y mêler quelques cuillerées à café de poudre de bismuth. Les malades sont tout étonnés de retrouver leur appétit et leurs forces sans s'astreindre à un autre traitement. Je ne l'ai jamais vu échouer dans la diarrhée qui règne actuellement. Plusieurs médecins et élèves, qui étaient en proie à cette cholérine, n'ont point interrompu leurs travaux ni même leurs études anatomiques, le sous-nitrate ayant amené une prompte guérison. Il faut en continuer l'usage pendant quelque temps, et l'on est sûr d'être à l'abri de toute rechute, ce qui n'est pas un des moindres avantages de cette médication.

Le seul inconvénient, bien minime sans doute, est une constipation qu'il est facile de vaincre à l'aide de lavements. Depuis que le choléra à éclaté à Paris, et particulièrement dans nos hôpitaux, je fais administrer le sous-nitrate de bismuth à tous les malades couchés dans mes salles et qui sont en proie à la diarrhée, quelle qu'en soit la cause. Sur quatre-vingt-onze malades, deux seulement ont été pris, l'un de choléra, l'autre de cholérine, et encore dans ce dernier cas la diarrhée avait été dissimulée par le malade.

La gastralgie, que l'on observe chez un grand nombre de personnes soumises à l'influence épidémique, ne cède point moins facilement au sous-nitrate lorsqu'elle constitue toute la maladie, surtout si elle est accompagnée de diarrhée.

Gastralgie. — Je ne dirai que peu de mots de l'emploi du bismuth dans le traitement des névroses gastriques ou gastro-intestinales, soit idiopathiques, soit dépendantes de l'hystérie, de l'hypochondrie, de la chlorose, de la folie, ou de toute autre affection soit locale, soit générale. Mon témoignage ne ferait que confirmer les résultats obtenus par un nombre considérable de médecins qui ont écrit sur ce sujet. Cependant, j'ajouterai une remarque clinique d'une assez grande importance : j'ai vu échouer bien souvent le sous-nitrate de bismuth dans des gastralgies simples, idiopathiques et très anciennes, parce qu'on le donnait aux doses indiquées dans tous les formulaires, c'est-à-dire à 2 ou 4 grammes. Il m'a suffi de les élever à 50 ou 60 grammes pour obtenir une guérison qui semblait être au-dessus des ressources de l'art. Je me rappelle spécialement l'histoire d'un officier de marine qui, après avoir été soumis pendant une longue campagne sur mer à une alimentation composée exclusivement de viandes salées ou conservées par la méthode Appert, fut pris d'une gastralgie intense évidemment idiopathique. L'emploi du sous-nitrate à petites doses n'apporta aucun soulagement; à partir de l'époque où le malade se mit à manger une cuillerée à soupe de ce médicament à chaque repas, tous les symptômes gastriques disparurent et l'embonpoint ne tarda pas à reparaître. Les malades, en pareille circonstance, s'habituent si bien au sous-nitrate de bismuth qu'ils continuent à en manger longtemps après que la gastralgie a cessé. Il est utile qu'ils obéissent à ce besoin instinctif quand la maladie est diminuée et tant qu'ils n'ont pas recouvré le plein exercice de leurs fonctions digestives.

La gastralgie idiopathique, que l'on observe si fréquemment chez les personnes sédentaires livrées à des travaux de cabinet ou en proie à une émotion morale, ou bien chez ceux qui ont abusé des liqueurs fortes ou du café, est du nombre des névroses gastro-intestinales contre lesquelles le sous-nitrate de bismuth a le plus sûrement réussi entre mes mains. Il m'a servi pour faire accepter par l'estomac des aliments toniques dont la digestion lente et douloureuse s'accompagnait de céphalalgie, de sommeil, de courbature et de douleurs dans les membres, et de cet appareil de symptômes que l'on trouve souvent réunis chez les chloro-anémiques.

Le sous-nitrate ne produit qu'un soulagement passager dans la gastralgie liée à une affection organique de l'estomac, excepté lorsque ce viscère sécrète une grande quantité de liquides acides.

Vomissement. — Considéré comme symptôme, le vomissement peut tenir à une simple névrose gastrique et constituer toute la maladie; dans ce cas, le sous-nitrate à haute dose peut être utilement employé. Il est encore utile dans le vomissement des femmes grosses, à l'approche et pendant le cours de la menstruation, quand celle-ci est douloureuse ou difficile. Mais son action m'a toujours paru moins certaine que dans les troubles fonctionnels et caractériser les maladies de la portion de l'intestin qui fait suite à l'estomac. Aussi ne réussit-il jamais mieux que dans les cas où la digestion s'accompagne de la production de gaz, de colique et de diarrhée.

Quelle que soit la cause de la douleur qui se manifeste dans l'estomac au moment de la digestion gastrique, il importe de recourir à l'emploi du sous-nitrate, que l'on mêle aux aliments, et qui en rend le contact moins pénible pour les membranes gastriques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 11 avril 1849. — Présidence de M. CULLERIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. MAISONNEUVE demande la parole à propos du procès-verbal, pour annoncer qu'il a l'intention d'essayer l'électropuncture à l'effet d'obtenir la consolidation d'un cal rompu par lui il y a trois ans pour remédier à la difformité d'une fracture mal consolidée. Depuis lors, tous les moyens ordinairement employés contre cette affection ont été infructueux. M. Maisonneuve tiendra la Société au courant de son entreprise.

Correspondance. — M. Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, remercie la Société de l'envoi du premier volume de ses mémoires.

— M. Heille, médecin en chef de l'hôpital de Givet, écrit à la Société au sujet de la communication de M. Jules Roux sur l'inflammation de la gaine tendineuse du doigt indicateur, et fait part de quatre faits qu'il a observés. M. Heillé est porté à penser que les accidents qui surviennent à la suite de ces inflammations sont beaucoup moins rares que ne l'a supposé M. J. Roux.

— M. MICHON donne lecture d'un Mémoire sur la paralysie de la vessie traitée par l'électricité.

M. VIDAL (de Cassis) ouvre la discussion en ces termes :

Vous savez, Messieurs, que dans ces derniers temps on a cherché à diminuer le nombre des paralysies de la vessie; on a même été jusqu'à les nier, sauf les cas où elles étaient consécutives à une affection de la moelle épinière. Pour ma part, je puis dire qu'en général je n'ai pas observé la paralysie de la vessie sans celle du rectum, et je serais porté à croire que dans les cas cités par M. Michon il n'y a peut-être pas eu de véritable paralysie. Ainsi, le malade chez lequel il y avait affection de la prostate n'aurait point eu, suivant M. Mercier, une paralysie de la vessie. Chez le malade qui fut pris de paralysie après avoir bu outre mesure, M. Michon nous a dit qu'il avait exploré la vessie par le rectum, et qu'il l'avait trouvée très développée sans que la prostate fût augmentée. Il aurait pu se faire néanmoins que la prostate fût affectée d'une hypertrophie concentrique difficile à percevoir au toucher.

En résumé, mes remarques portent, non pas sur les mauvais effets de l'électricité, mais bien sur ce point que les paralysies observées par M. Michon n'étaient que des hypertrophies de la prostate.

M. MAISONNEUVE. Il y a des paralysies complètes occasionnées par des affections du cerveau ou de la moelle épinière; il y en a d'incomplètes qui sont dues tantôt à des gonflements de la prostate, tantôt à des excès de vin ou de coït. Le plus souvent, ces paralysies incomplètes disparaissent assez facilement; cependant, lorsqu'elles persistent, la vessie finit par perdre son ressort. C'est alors que le moyen proposé par M. Michon doit rendre les plus grands services. En sera-t-il de même dans les paralysies complètes ?

J'ai eu dans mon service une jeune fille hystérique chez laquelle la vessie était paralysée. J'ai eu recours à l'électricité, mais inutilement, quoique j'aie renouvelé les séances douze à quinze fois. L'électricité était perçue au moyen d'une algalie introduite dans la vessie et d'un tampon mouillé appliqué sur l'hypogastre; chaque séance durait un quart d'heure.

Serait-il possible que, dans les cas de M. Michon, l'électricité se porte ailleurs que sur la vessie, sur la prostate, par exemple, et qu'elle amenât la cessation de la paralysie en faisant cesser l'hypertrophie de cette glande? J'ai vu plusieurs fois M. Récamier dissoudre des tumeurs avec l'électricité.

M. CHASSAIGNAC. Je désirerais que M. Michon donnât pour titre à son mémoire : *Paralysie par distension de la vessie.* M. Michon a cité deux faits dans lesquels il n'y avait aucune distension de la prostate, mais il n'en a rapporté aucun où il y eût lésion des centres nerveux. Quant au moyen proposé, à l'électricité, on ne saurait en faire un sujet de blâme, puisqu'il a réussi avec une grande rapidité là où les moyens ordinaires avaient échoué. Je vois dans ce moyen un grand progrès thérapeutique.

Reste maintenant à faire l'application de cet agent merveilleux dans les paralysies de vessie qui reconnaissent pour cause une lésion des centres nerveux.

M. ROBERT. Je partage les observations de M. Chassaignac. Je crois qu'il faut distinguer les paralysies idiopathiques de celles compliquées d'une lésion du système nerveux. Par conséquent, en insistant sur la spécialité des cas dans lesquels l'électricité a réussi, M. Michon rendrait peut-être son Mémoire plus pratique.

M. MONOD. L'électricité a déjà été employée par M. Le Roy-d'Etiolles dans la paralysie de la vessie. Seulement, au lieu de se servir de sondes ordinaires comme M. Michon, il introduisait dans la vessie et dans le rectum des stylets renflés en olive et rendus complétement isolés au moyen de sondes en gomme élastique. Par ce moyen, il n'y a aucune perte de fluide.

M. MICHON. Je me hâte de répondre à M. Monod que je ne revendique aucune espèce de priorité. J'appelle l'attention de la Société sur un agent thérapeutique qui m'a réussi là où d'autres avaient échoué; voilà tout. M. Vidal est convaincu que les paralysies que j'ai observées n'étaient que des engorgements de la prostate. Mais j'ai certainement acquis la preuve du contraire chez le premier malade dont j'ai rapporté l'observation. Chez le second, je n'ai pas nié que cet engorgement existât, je l'ai mentionné. Au surplus, peu importe; ce que je constate, c'est que la vessie ne se contractait plus; ce que je constate, c'est que l'électricité a guéri.

M. Maisonneuve parle de paralysie incomplète; mais celle de mon premier malade, qui durait depuis plusieurs mois, que rien n'avait pu soulager, qui se compliquait d'un commencement d'inertie du rectum, n'était donc pas complète.

M. Chassaignac pense que je rendrais mon travail plus pratique si j'ajoute au titre : paralysie par distension de vessie; je n'en sais rien. Je tiens peu au titre; je ferai seulement observer que, chez la malade de M. Monod, la paralysie n'a certes pas été causée par une distension du réservoir de l'urine.

Je ne veux insister que sur un point, sur l'avantage qu'il y a à agir directement et à la fois sur les nerfs spinaux et les nerfs de la vie organique. J'ai l'intime persuasion que l'insuccès de Chopart est dû à ce que les nerfs du grand sympathique n'ont reçu aucune atteinte du fluide électrique.

M. ROBERT. Tout en expliquant les résultats de M. Michon par l'action plus directe de l'électricité sur la vessie, je crois néanmoins qu'on peut encore employer l'électricité avec un certain avantage en agissant d'une manière plus ou moins médiate sur les nerfs qui s'y rendent. Quoi qu'il en soit, je suis toujours porté à croire que les paralysies observées par M. Michon étaient de simples paralysies par distension de l'organe, et que, si elles eussent été symptomatiques d'une lésion des centres nerveux, l'électricité eût complétement échoué.

M. VIDAL (de Cassis). Nous sommes tous d'accord sur le point thérapeutique; il n'y a que sous le rapport de la pathologie que nos opinions deviennent divergentes. Quant à moi, je crois que ces affections étaient causées par des obstacles au col vésical, obstacles qui n'ont rien été tant que la vessie a conservé sa jeunesse.

M. CHASSAIGNAC. Trois conditions peuvent se présenter :

1° La paralysie peut être le résultat de la perte du ressort de la vessie ;

2° La paralysie est la conséquence d'une apoplexie cérébrale ou d'une lésion de la moelle épinière;

3° Enfin, la paralysie, quelle qu'en soit la cause, se trouve en voie de guérison. Dans le deuxième cas, il est clair qu'il n'est pas probable qu'on obtienne un résultat heureux. Le troisième cas n'est pas celui qui fait le travail de M. Michon. Reste le premier cas, et voilà pourquoi je désire que ce titre soit celui du mémoire.

Un des points du traitement proposé par M. Michon a cela d'important que, par les algalies placées dans la vessie et le rectum, on déploie le plus d'électricité possible; c'est ce qui rend le procédé opératoire de M. Michon extrêmement avantageux.

La question indiquée par M. Vidal relativement aux opinions de M. Mercier me paraît d'une haute importance. Je m'inscris contre ces engorgements constants de la prostate. J'ai vu des individus qui n'avaient aucun engorgement de la prostate, aucun obstacle dans l'urètre, et qui, en retenant volontairement leur urine, se sont donné une paralysie de vessie.

M. DENONVILLIERS. Le titre de paralysie de vessie par distension ne peut convenir au Mémoire de M. Michon, puisqu'une des observations comprend une paralysie qui bien certainement ne reconnaît pas cette cause. En conséquence, je proposerais purement et simplement de mettre en tête du Mémoire *Paralysies de vessie traitées et guéries par l'électricité*, puis d'intercaler dans le corps du travail un paragraphe qui spécifierait dans quels cas de paralysie l'électricité a été employée.

Le travail de M. Michon est renvoyé au comité de publication.

M. MAISONNEUVE. Il m'est arrivé de faire l'extirpation complète des muscles jumeaux et soléaire pour un cas de cancer. Je ne me suis aperçu du siége réel de la tumeur que dans le cours de l'opération, et comme le dépôt cancéreux occupait l'épaisseur même des muscles, il m'a bien fallu les enlever. L'opération s'est passée simplement ; il n'y a point eu d'hémorrhagie.

La séance est levée à cinq heures et demie.

La syphilis et le choléra.

Nous recevons de M. Vidal (de Cassis) la communication suivante, qui sera un document digne d'attention pour ceux qui chercheront à tracer l'histoire générale de l'épidémie:

L'immunité dont jouit l'hôpital du Midi pendant l'épidémie de choléra est un fait qui doit avoir son enseignement : ce fait s'était déjà produit pendant la grande épidémie de 1832. Il ne mourut alors à l'hôpital du Midi que des cholériques qui venaient du trop-

plein des autres hôpitaux. D'après les renseignements que j'ai pris ce matin même, aucun vénérien ne devint cholérique. Une baigneuse, un infirmier furent les seules victimes que l'épidémie choisit dans l'hôpital même.

Parmi les vénériens que je traite en ville, aucun n'a été atteint. Il en est de même dans la nombreuse clientèle de M. Ricord, mon collègue à l'hôpital du Midi. Je n'ai pu encore interroger sur ce point mon autre collègue M. Puche; mais j'ai la certitude que, dans son service, il n'y a aucun cholérique. J'ai pu savoir ce matin que les vénériens du Val-de-Grâce étaient aussi heureux que les nôtres. A Lourcine, on parle de quelques cas; mais portent-ils sur des vénériennes?

La cause de cette immunité est-elle dans la maladie dont nos clients sont atteints? Est-ce que le vénérien ne pourrait pas devenir cholérique? Un poison dans l'économie fermerait-il la porte à l'autre? Ou bien est-ce le remède du premier mal qui serait le préservatif de l'autre? Le mercure serait-il l'antidote du choléra? Vous vous rappelez la communication faite à l'Institut par l'honorable M. Serres : sa méthode a eu des résultats tels qu'on les a appelés *merveilleux*. Eh bien! M. Serres fait un grand usage du mercure. Cet agent d'une si grande puissance, qu'il soit employé à l'intérieur ou à l'extérieur, agit sur les membranes muqueuses buccale et gastro-intestinale, et agit d'une manière spéciale. Sous certaines formes, le mercure a une action plus particulière sur les follicules de Peyer. Les auteurs qui ont le mieux écrit sur l'action du mercure nous diront cela.

Comme on le pense bien, je n'ai nullement le dessein de poser ici des conclusions absolues sur des données que je reconnais moi-même comme insuffisantes encore. Mais, au moment où les principes thérapeutiques nous font défaut, où l'empirisme se croit tout permis, ne serait-il pas possible, non pas de tenter de devenir vénérien pour éviter d'être cholérique, mais de tenter l'emploi de certaines préparations mercurielles pour se préserver du choléra? On a l'habitude de s'effrayer fort du mercure. Mais on sait ce qui en est au fond. On n'a qu'à voir avec quelle profusion les médecins les plus circonspects l'administrent dans le traitement de certaines phlegmasies du ventre.

Le mercure, d'ailleurs, peut être administré sous mille formes. J'ai déjà donné les pilules de Belloste pour purger certains malades qui paraissaient avoir des embarras intestinaux. J'ai administré le *mercure saccharin* et j'ai fait appliquer sur l'abdomen des emplâtres mercuriels (*Vigo cum mercurio*). Il y a à voir, à réfléchir. Je reviendrai sur tout cela.

VIDAL (de Cassis).

Nous insérons aujourd'hui la touchante allocution prononcée par M. Foissac sur la tombe de M. le professeur Blandin, et qui n'avait pu trouver place dans notre dernier numéro.

Au nom de la Société médicale du 1er arrondissement, au nom des chirurgiens de la 1re légion, je viens déposer sur cette tombe qui va se fermer le dernier adieu de l'affection confraternelle. Des voix éloquentes ont parlé avec l'autorité due au talent de cette suite non interrompue de travaux et de concours brillants commencés en 1819 à l'Ecole pratique, et couronnés en 1841 par l'obtention de la chaire de médecine opératoire, glorieux héritage des Sabatier et des Dupuytren. On nous a fait connaître cette vie qui serait si longue en la mesurant à la science acquise, à la réputation obtenue; cette vie, hélas! si courte lorsqu'on pense à l'avenir et aux espérances que le monde médical, que l'humanité attachaient au nom de Blandin.

Pour nous, ses collègues ou les confidents de ses pensées intimes, nous ne venons faire entendre ici que les regrets de l'amitié et l'éloquence de la douleur. Quelques-uns de ceux qui m'écoutent, placés au premier rang de cette affectueuse intimité, et penchés silencieusement sur cette tombe, ont craint de prendre la parole, de peur que la voix ne manquât à l'expression de regrets trop vivement sentis, tant la perte de l'ami a soulevé d'émotions cruelles et trompé les rêves que leur ambition désintéressée formait pour un camarade dont ils étaient si fiers. La rapidité de cette mort a trouvé nos âmes sans préparation contre ce coup terrible, et pendant le peu de jours qui l'ont précédée, nous n'avions, en nous interrogeant, que des paroles de consternation.

Cette amitié, ces regrets, cette douleur, qui était plus digne de les inspirer que Blandin? Praticien et savant du premier ordre, comme Portal, Vauquelin, Esquirol, Pinel, Dupuytren, sa haute position ne fut le prix que du mérite seul. Il dut tout à ces deux éléments féconds des grandes réussites, le travail et la conduite. Entré jeune dans la carrière dévorante des concours et du professorat, ce fut de sa part une longue suite d'études profondes qui attestaient le dévouement à la science, l'amour de l'art et le désir ardent de soulager ses semblables. Mais il est un mérite que vous placez tous au-dessus du talent, la *probité*. Nul ne la posséda plus intacte et plus pure que Blandin. Dans l'élite des savants, ses émules et ses rivaux, qui fit moins parade de ses découvertes et sut rendre plus entière justice aux inventions et aux travaux d'autrui? Et remarquez, messieurs, que cette consciencieuse impartialité était peut-être le secret de sa prééminence comme opérateur, car il ne sacrifiait jamais à l'amour-propre, au système préconçu un intérêt d'humanité. Nous l'avons vu élève respectueux là où il pouvait être maître; nous l'avons connu maître plein de modestie là où d'autres auraient montré l'orgueil de la supériorité.

Et cependant, avec ce fonds de modestie et de douceur, Blandin avait une rare fermeté de caractère. Savant intègre, il ne désertait jamais les luttes où il s'agissait de faire consacrer un droit, de repousser une injustice. Contraste heureux, il savait allier dans la pratique chirurgicale la décision au bon sens, la hardiesse à la prudence, l'exécution rapide au jugement le plus sain.

Dans cette période de succès, notre amitié soucieuse se sentait parfois atteinte d'un trouble involontaire. Nous pensions à Dupuytren, à Lisfranc, enlevés dans toute la vigueur de l'âge et l'éclat de la gloire; à Bichat, mort jeune d'ans et vieux de renommée; à Bérard (Auguste), tombé lorsqu'il touchait à peine au but désiré de sa noble ambition, et nous disions de Blandin : Que lui manque-t-il encore? Nous craignons, pour cette organisation frêle, l'activité de son esprit, ce travail sans délassement, l'air nosocomial et la fiévreuse continuité de la pratique journalière. Nos pressentiments, hélas! n'étaient que trop fondés. La mort qui, à si peu distance, nous a ravi Dupuytren, Larrey, Lisfranc, Bérard et Blandin, n'est pas seulement un deuil pour une famille, pour un cercle d'amis, elle est une calamité publique, un malheur pour l'humanité. Reconnaissons, Messieurs, que la vie serait une déception amère, si l'homme était tout là dans un peu de cendre déjà refroidie, si l'intelligence ne s'élevait si haut que pour s'ensevelir avec sa radieuse majesté dans le néant du cercueil. Chaque fois que la mort frappe ce qui répandait de la splendeur sur le monde, qu'elle s'attaque à tout ce qui est grand et beau, à la gloire, au génie, au talent, à la vertu, le regard perçant de l'âme affligée se détache de la terre où ne restent que les monuments périssables, un nom vénéré, des larmes, des regrets. Avant de nous quitter, Blandin, échappant aux étreintes d'un mal qui voilait momentanément sa pensée, la retrouva pour dire un adieu touchant à ceux qu'il aimait, et leur laisser, comme une espérance certaine d'immortalité, le sourire d'un ami mourant.

Au nom de tes collègues et camarades, adieu, Blandin!

Nouvelles du choléra.

Nous avons reçu de notre honorable confrère, M. le Dr Bédor, membre correspondant de l'Académie, et médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Troyes, plusieurs communications relatives aux cas de choléra qui se sont déclarés dans cette ville, et qui étaient, jusqu'à hier, au nombre de quatre seulement. L'autopsie d'un de ces cas qui s'était terminé par la mort en seize heures, chez un homme parfaitement bien portant avant l'attaque, a donné les résultats suivants :

1° Un piqueté général de la substance du cerveau, tant de la blanche que de la grise.

2° Une forte diffluence de sang trouvé amassé dans le ventricule gauche du cœur. Ce fluide, qui était caillebotté et d'une teinte foncée, avait absolument l'aspect d'une gelée de groseilles. Quant à la cavité droite du même organe, elle était vide.

3° Dans la capacité de l'estomac, outre le liquide crémeux caractéristique, une quantité notable de vin.

4° La vésicule biliaire très saine et à l'état ordinaire.

5° Une invagination intestinale de deux centimètres de longueur.

6° Les plaques de Peyer présentant du boursouflement.

— Le *Salut Public* de Lyon publie la singulière déclaration suivante :

« Le choléra a de nouveau envahi la France!

» Dans la prévision où il pourrait se déclarer à Lyon, les médecins homœopathes de cette ville, réunis sous la présidence de leur doyen, M. le docteur Des Guidi,

» Ont arrêté dans leur séance du 13 avril :

» Que, en présence de l'insuffisance *avouée* des méthodes ordinairement employées, il était de leur devoir de rassurer leurs concitoyens en leur signalant les ressources de l'*homœopathie*, dont l'efficacité incontestable a été confirmée par l'expérience dans tous les pays où le choléra a régné;

» Qu'ils publieraient *au besoin* une instruction courte et précise sur les précautions hygiéniques à prendre, et sur les moyens préservatifs et curatifs dont il convient de faire usage;

» Qu'ils s'empresseraient d'offrir les secours de leur méthode aux malades de toutes les classes qui réclameraient leurs soins, et qu'ils ne négligeraient rien pour suppléer à leur petit nombre par leur zèle et leur activité.

» Lyon, le 13 avril 1849.

» Ont signé :

» MM. les docteurs comte S. Des Guidi, Rapou père, Chazal, Servans, Noach, Salevert de Fayolle, Rapou fils, Emery. »

— On nous écrit de Bourges, 17 avril :

L'épidémie de méningite qui a régné sur notre garnison a eu, en résumé, moins de gravité qu'on ne l'avait craint. Depuis le jour de son apparition, elle a atteint 53 individus. Sur ce nombre, il y avait, le 13 avril, 13 morts, 5 guéris; 17 sont encore en traitement; et sur ces 31, 10 sont entrés en convalescence. Sur une garnison d'environ 4,000 hommes, c'est un peu plus de 1 malade pour 100, et à peine 1 mort sur 200.

JURYS MÉDICAUX DE STRASBOURG ET DE MONTPELLIER. — Nous avons annoncé dernièrement la composition du jury médical de la Seine. Voici maintenant les noms des membres des jurys de Strasbourg et de Montpellier, ainsi que les présidents des jurys médicaux du ressort des trois facultés.

Membres des jurys médicaux. — Pour le département du Bas-Rhin, MM. Maréchal, Stolz et Schützemberger, professeurs de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Pour le département de l'Hérault, MM. Lordat, Ribes et Ester, professeurs de la Faculté de médecine de Montpellier.

Présidents des jurys médicaux. — Dans les départements qui composent la circonscription de la Faculté de médecine de Paris, MM. Bérard et Adelon;

Dans les départements qui composent la circonscription de la Faculté de médecine de Strasbourg, MM. Tourdes et Stœber;

Dans les départements qui composent la circonscription de la Faculté de médecine de Montpellier, MM. Rech et Risueno d'Amador.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 24 AVRIL 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 48.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal parait trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 23 AVRIL 1849.

Marche du choléra.

L'épidémie, sans dimiuuer aussi rapidement qu'on pourrait le désirer, continue néanmoins sa marche graduellement décroissante. Le nombre des cas nouveaux dans les cinq grands hôpitaux civils qui, ainsi qu'on se le rappelle, était de 35 par jour, et qui n'avait été que de 24 pendant les deux jours qui ont précédé notre dernier bulletin, a été un peu moindre encore depuis trois jours.

Dans les hôpitaux militaires l'épidémie a heureusement suivi la même décroissance. A l'hôpital du Val-de-Grâce, où les entrées étaient de 8 ou 10 chaque jour, le nombre des cas nouveaux n'a été que de 4 chaque jour depuis vendredi. Tout annonce donc que nous touchons au déclin de la maladie, et que d'ici à quelques semaines nous rentrerons dans nos conditions habituelles de salubrité.

Le mouvement qui a lieu à Paris n'est malheureusement pas celui qui s'opère en province; le nombre des villes où des communes dans lesquelles nos correspondants nous annoncent l'invasion de l'épidémie est aujourd'hui considérable; mais nulle part heureusement elle n'affecte un caractère plus grave que celui qu'elle a présenté à Paris.

PARIS.	NOMBRE DE CAS.	DÉCÈS.	SORTIES.
Salpêtrière	808	578	»
Bicêtre	56	36	»
Ménages	24	15	»
Incurables (femmes)	1	1	»
Larochefoucauld	5	1	»
Hôtel-Dieu	277	137	68
Charité	209	121	31
Pitié	215	104	49
Saint-Louis	152	78	15
Beaujon	95	63	12
Necker	46	31	7
Enfants-Malades	17	9	4
Saint-Antoine	30	17	2
Cochin	8	2	1
Sainte-Marguerite	30	16	4
Bon-Secours	29	20	4
Cliniques	19	14	1
Lourcine	5	1	»
	2026	1244	198
Report,	2026	1244	198
Maison de Santé	18	15	3
Invalides	15	12	»
Val-de-Grâce	181	46	»
Gros-Caillou	212	74	»
Hôpital militaire du Roule	77	28	»
Prison de Saint-Lazare	6	4	»
Total,	2535	1422	201

Évacuation de la Salpêtrière.

Nous n'avons point répondu aux faibles insinuations, plutôt qu'aux attaques directes dont la mesure que nous avons conseillée pour la Salpêtrière a été l'objet. Notre raison a été bien simple : nous avons conseillé cette mesure dans un intérêt d'humanité. Jusqu'à ce que les résultats en soient parfaitement connus, personne ne peut dire ce que l'humanité y aura gagné ou perdu. Nous n'avons pas cru nécessaire d'insister sur ce sujet pour entretenir nos lecteurs de notre personnalité. Quand l'épidémie aura cessé ses ravages, quand l'administration saura exactement ce que sont devenues toutes les femmes qui ont été évacuées, et qu'elle pourra établir une comparaison entre la mortalité de ces femmes et la mortalité de celles qui ne sont pas sorties de l'établissement, alors nous saurons à quoi nous en tenir sur l'utilité de nos conseils, et nous ne doutons pas que les événements ne nous donnent complétement raison.

Que deviendra la proposition de M. Jolly? Que fera demain l'Académie de Médecine?

Quoique la proposition de M. Jolly ait passé à peu près complétement inaperçue, quoique l'Académie ne l'ait ni discutée ni même mise aux voix, la réserve scientifique habituelle et le caractère de l'honorable académicien exigent que l'on accorde quelque attention à tout ce qui émane de lui, alors même qu'il tend à s'engager et à engager l'Académie elle-même dans une voie sans issue. On nous permettra donc de revenir un instant sur la double proposition de M. Jolly, dont les événements de la semaine nous ont empêché jusqu'aujourd'hui de faire l'appréciation.

La proposition de M. Jolly, on se le rappelle, se composait de deux paragraphes :

1° Il voulait que l'on saisît immédiatement de la *question pathologique* du choléra, la commission instituée à cet effet;

2° Que l'on mît immédiatement à l'ordre du jour la discussion du rapport de la commission, dans le but principal d'arriver à la détermination du meilleur mode de traitement du choléra.

Rien assurément n'est plus digne d'approbation, en thèse générale, que de semblables propositions, et ce n'est pas nous qui en critiquerons l'étendue, nous qui avons toujours fait des efforts pour que toutes les discussions qui se sont agitées devant l'Académie fussent élevées à la hauteur du corps savant dans le sein duquel elles se produisaient, et alors que des esprits étroits, des jugements débiles cherchaient à les rétrécir, parce qu'ils ne pouvaient les suivre dans leur développement. Mais dans l'espèce, à quoi peuvent aboutir les propositions de M. Jolly? Est-ce que l'Académie a besoin d'un vote pour saisir de la *question pathologique* la commission du choléra? Il serait par trop naïf de le penser.

Mais la commission peut au moins rechercher quelle est la meilleure méthode de traitement du choléra, et il y a une haute utilité à en instruire tous les praticiens de la France. Si M. Jolly pense qu'en effet l'expérience ait prouvé la supériorité d'une méthode thérapeutique quelconque, il a raison d'exiger que l'Académie signale, recommande cette méthode à l'attention de tous nos confrères. Mais est-ce que M. Jolly se ferait illusion sur la valeur de la thérapeutique anticholérique? Et s'il ne se fait pas illusion, quel intérêt peut-il trouver à voir l'Académie discuter un à un tous les cent et quelques médicaments essayés en vain pour arriver toujours à cette déplorable conclusion : efficacité curative, néant. En vérité, nous aimons encore mieux voir l'Académie occupée à dresser des listes nécrologiques, qu'à voter *noblement, magnanimement*, etc. (comme le disent les cerveaux riches de mots et pauvres d'idées), des conclusions de ce genre. A la vérité, l'Académie pourrait, par convention, adopter une méthode à elle, et la proclamer à tout hasard supérieure à toutes les autres. Ce serait peut-être un moyen d'en imposer un peu à la populace, de se faire valoir et de s'assurer pour l'avenir la conservation de son budget, que d'aucuns ne seraient pas fâchés de voir passer en d'autres mains. Mais nous ne pensons pas que l'Académie descende à de telles manœuvres. Il n'y a, pour elle, qu'un seul moyen de se maintenir à la hauteur de sa mission et du rang qu'elle doit occuper, c'est de préférer, en tout et toujours, l'intérêt de la vraie science et de la vraie vérité à des arlequinades scientifiques qu'elle doit laisser aux coteries organisées pour se faire mutuellement la courte échelle.

Nous sommes convaincu que M. Jolly n'a fait qu'obéir à un mouvement de scrupuleuse conscience en faisant ses propositions, et nous serions désolé qu'il vît la plus légère attaque personnelle dans les réflexions générales qui précèdent. Mais ses propositions, malgré les bonnes intentions qui les ont dictées, n'en sont pas moins dénuées de toute utilité, de toute logique. Si l'Académie comprend bien ses intérêts, elle les accueillera par un ordre du jour.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Nouvelle méthode anticholérique dite *méthode du tamponnement*. — L'Académie de Médecine et le Comité supérieur d'hygiène. — La succession de M. Blandin. — Découverte et sages précautions hygiéniques de M. Berger.

A Monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Tant d'hommes, de choses et d'événements ont passé sous mes yeux depuis que j'ai eu l'honneur de m'entretenir avec vous, que je suis assez embarrassé, je l'avoue, pour me reconnaître dans le tourbillon qui s'est agité autour de moi, pour mettre un peu d'ordre dans les impressions que j'ai ressenties, pour tirer un peu au clair les quelques idées qui ont pu me pousser pendant cette fiévreuse semaine. Vous m'excuserez donc si vous ne trouvez pas dans cette lettre toute la méthode que vous pourriez désirer d'y rencontrer, et vous voudrez bien user, au besoin, des ciseaux redoutables que la loi a mis entre vos mains.

J'ai pris vis-à-vis de moi-même l'engagement de porter à votre connaissance toutes les méthodes thérapeutiques anticholériques qui échapperaient à votre attention. Cet engagement étant d'un intérêt public, je crois devoir le remplir avant d'aborder tout autre sujet.

La méthode dont j'ai à vous entretenir est moins merveilleuse que la méthode truffée, moins transcendante que la méthode sulfuro-mercurielle, moins savante que la méthode galvanique, moins agréable que l'ensemble des méthodes dont, par esprit d'éclectisme et de conciliation, j'ai formé la méthode *culinaire;* mais elle n'en est pas moins ingénieuse par son excessive simplicité, et tout à fait capable de faire honneur à l'Ecole de Paris, j'entends à la partie positive de cette Ecole qui ne croit qu'à ce qu'elle voit, à cette partie qui s'intitule à bon droit *Ecole anatomo-pathologique.*

Que dit, en effet, cette doctrine? Avez-vous la peau froide, il faut la réchauffer; votre échine tourne-t-elle, il faut la redresser; votre nez enfle-t-il, il faut le camper dans un moule d'acier, et je veux bien l'aller dire à Pékin s'il ne rengaine pas son humeur expansive. Ces raisonnements avaient vivement frappé le docteur J..., et cela se conçoit; aussi, après avoir éprouvé l'impuissance des méthodes anticholériques que le génie médical, non moins original que fécond, avait enfantées, il se tint à lui-même ce langage : « Quel est le symptôme essentiel, le symptôme redoutable du choléra? Evidemment c'est la diarrhée, c'est le vomissement. C'est cette perte de liquides qui, privant le sang de son sérum, en fait une bouillie épaisse et le rend impropre à la nutrition, à l'hématose, à la circulation. Tout le monde est d'accord là-dessus; et cependant, cette célèbre Ecole localisatrice n'a rien fait pour réparer ou empêcher cette perte de fluides; car on ne peut compter pour quelque chose l'incomplète tentative de M. Piorry, d'injecter du sérum dans les veines.

» Rien n'est cependant plus simple que de remplir l'indication que présente le symptôme dominant du choléra, la perte des liquides : au lieu d'aller chercher midi à quatorze heures; au lieu d'avoir recours au laudanum, à l'émétique, au baschich et autres drogues non moins empiriques, que ne bouche-t-on les deux orifices par où s'échappent les fluides de l'organisme? »

De la théorie à la pratique le chemin ne fut pas long. Dans la soirée même du jour où cette remarquable théorie était éclose, on vint chercher en toute hâte le docteur J... pour un voisin qui se débattait déjà sous les étreintes du choléra. L'occasion était admirable pour faire triompher la méthode : les premières déjections commençaient à peine et n'avaient lieu que par le plus étroit des deux orifices digestifs; un système de tamponnement est aussi vite appliqué que construit, et, afin d'assurer la réussite de son invention, le docteur J... maintient lui-même la solidité de l'appareil. Cependant une lutte s'établit bientôt entre les forces occlusives du tamponnement et les forces expulsives de l'intestin; le tamponnement, vigoureusement soutenu par les mains de l'inventeur, a d'abord le dessus; mais bientôt un suprême effort de contraction péristaltique rompt tous les obstacles, et le trop consciencieux docteur J... reçoit la plus désagréable douche qui puisse jamais inonder et affliger un apothicaire. L'éruption, longtemps comprimée, continua avec violence pendant douze heures, après quoi le malade mourut. Quant au docteur J..., il alla promptement se plonger dans un bain de deux heures, dont il passa la première en méditations sur la fragilité des conceptions humaines. Mais, à mesure que les effets physiques et moraux de la douche se dissipèrent, son courage revint peu à peu, et avec lui le calme de la raison. Le docteur J. parvint bientôt à comprendre que l'insuccès de sa tentative tenait à l'imperfection de son appareil *tamponisateur;* il en conçut immédiatement un autre, qui sera envoyé prochainement à l'Institut, où se donnent rendez-vous toutes les grandes inventions de ce genre; notre confrère se flatte qu'à l'aide de ce perfectionnement important, sa méthode est destinée à une suite non interrompue de succès. D'après les informations que j'ai prises, j'ai tout lieu de croire que le docteur J... sera cette fois à l'abri de toute déception.

— *Seigneur*, mon cher confrère, veux-je dire, *un bruit étrange est venu jusqu'à moi...*, etc., je vous fais grâce du reste; mais ce que je dois vous dire, c'est qu'à l'exemple d'Alexandre-le-Grand, le comité dit *supérieur* d'hygiène trouve que c'est trop de deux soleils pour éclairer la terre, et qu'il faut absolument envoyer contre l'un d'eux une compagnie de pompiers et une batterie d'artillerie Lobau. Vous me demanderez peut-être à quel propos une pareille idée a pu germer dans le cerveau du conseil de santé, et quels peuvent être les deux soleils dont l'un offusque ses regards. Quant à la cause génératrice de l'idée du conseil, je ne saurais vous la dire exactement; mais quant aux deux soleils, c'est l'Académie nationale de médecine et le conseil de santé lui-même. Il y aurait peut-être quel-

HOPITAL NECKER. — M. LENOIR.

Traitement des tumeurs sanguines à l'aide de la cautérisation actuelle.

Le traitement de ces tumeurs sanguines veineuses que l'on observe assez fréquemment chez les enfants, et beaucoup plus rarement chez les adultes, est loin d'avoir atteint toute la perfection désirable. Les deux méthodes le plus généralement employées, la ligature et l'ablation, ont toutes deux des inconvénients assez graves, qui, dans quelques circonstances, doivent en faire proscrire l'emploi.

L'ablation, généralement pratiquée en Allemagne, outre qu'elle expose à des hémorrhagies dangereuses, a pour inconvénient inévitable d'entraîner une perte de substance plus ou moins considérable, suivant le volume de la tumeur, et de laisser par conséquent à sa suite une cicatrice indélébile. Dans certaines régions, cet inconvénient peut être assez léger, mais dans d'autres, il est fort grave, et suffit même quelquefois pour rendre impossible l'application de la méthode. Tel aurait été, par exemple, le cas du jeune enfant dont on va lire plus bas l'observation. Chez cet enfant, la tumeur occupait la paupière supérieure; pour l'enlever, il aurait fallu sacrifier une grande partie de la peau de cette paupière, et s'exposer d'une manière à peu près certaine à un ectropion considérable, qui n'aurait pas été seulement une difformité, mais encore une infirmité grave.

Cette méthode expose également à la phlébite, au développement de laquelle sont naturellement prédisposés les tissus presque exclusivement veineux qui constituent les tumeurs dont nous parlons.

La ligature n'expose pas moins que l'ablation à ce dernier accident; elle expose également à l'hémorrhagie; elle est lente et incertaine dans son action; et enfin elle entraîne aussi la perte d'une certaine quantité de tissus.

Le percement de la tumeur par des aiguilles ou par un séton offre à peu près les mêmes inconvénients que les procédés précédents, moins la déperdition de substance; mais elle est plus incertaine dans ses résultats.

Pénétré de toutes ces vérités, M. Lenoir a cherché une méthode à laquelle on ne pût pas adresser les reproches que méritent les deux précédentes, et il croit l'avoir trouvée dans la cautérisation actuelle.

Cette cautérisation, jouissant de la propriété de coaguler le sang dans les vaisseaux, prévient par cela même l'hémorrhagie. Les travaux de M. Bonnet, de Lyon, ont prouvé qu'elle exposait moins que toute autre à la phlébite; et enfin, il était permis d'espérer qu'on pourrait, par elle, obtenir l'affaissement et la disparition des tumeurs sans produire de perte de substance.

Ces idées, qui paraissaient, *à priori*, si rationnelles, M. Lenoir trouva bientôt l'occasion de les mettre en pratique.

Dès 1844 ou 1845, il présenta à la Société de chirurgie de Paris un enfant affecté d'une tumeur sanguine du volume d'un œuf de poule, siégeant dans la région parotidienne. Cette tumeur fut traversée de part en part dans trois ou quatre endroits différents par une aiguille de platine chauffée à blanc. Quelque temps après, cette tumeur avait diminué des trois quarts : l'enfant fut perdu de vue.

A propos de cette présentation, A. Bérard, qui présidait alors la Société, fit remarquer qu'il avait eu précisément la même idée que M. Lenoir, et qu'il venait également de la mettre à exécution avec succès.

Plus tard, M. Lenoir traita de la même manière, chez un jeune enfant à la mamelle, une semblable tumeur siégeant sur l'avant-bras. Dans ce cas, l'inflammation provoquée par la cautérisation dépassa les limites qu'on voulait atteindre; il y eut gangrène d'une partie de la tumeur, mais saus autre accident, et le petit malade guérit radicalement. La guérison a pu être constatée depuis, longtemps après l'opération.

Deux nouvelles occasions d'expérimenter une méthode qui donnait de telles espérances s'offrirent à M. Lenoir à la fin de l'année dernière; nous allons donner quelques détails sur ces deux faits.

OBS. I. — *Tumeur érectile guérie par la cautérisation actuelle.*

Le 15 décembre 1848, est entrée à l'hôpital Necker, salle Sainte-Marie, n° 10, service de M. Lenoir, une enfant âgée de treize mois, née à Glezame, département de l'Eure.

Cette enfant a toujours joui d'une bonne santé; elle a beaucoup d'embonpoint. Sa mère raconte qu'à l'âge de cinq semaines il lui est apparu quelques *boutons* sur la figure, qui ont disparu au bout de quatre à cinq jours; à la place de l'un d'eux, sur la paupière supérieure droite, il s'est développé peu à peu une tumeur qui en un an a atteint le volume d'un châtaigne. Cette tumeur, de teinte bleuâtre, était entourée de veines qui, comme la tumeur, se dilataient quand l'enfant criait; placée sur la paupière supérieure vers le grand angle de l'œil, elle gênait les mouvements de cette paupière et empêchait son élévation. L'œil était, du reste, tout à fait sain.

Le 19 décembre, une aiguille plate de platine rougie à blanc, et sur laquelle glisse à volonté une sphère de cuivre d'un pouce de diamètre, et dont l'usage est d'entretenir le calorique dans la tige, est enfoncée à plusieurs reprises dans la tumeur, qui, à la suite de cette opération, s'est enflammée, a suppuré, puis a peu à peu diminué de volume.

Après cette cautérisation, de simples compresses imbibées d'eau froide ont été placées sur l'œil pendant vingt-quatre heures; elles ont été remplacées plus tard par des cataplasmes. L'enfant, pendant quelques jours, a eu un peu de fièvre et n'a pas mangé.

Depuis, la tumeur a été cautérisée trois fois avec le crayon de nitrate d'argent.

Actuellement, 12 janvier, l'enfant est gaie et ne paraît nullement souffrir. La tumeur a beaucoup diminué de volume, et l'œil commence à s'ouvrir, quoique incomplétement; il est sain d'ailleurs.

Le 19 janvier, même état, sauf une légère diminution dans la tumeur, qui permet des mouvements plus étendus de la paupière supérieure. L'état général est très bon.

Le 12 février. Depuis un mois la tumeur s'est graduellement affaissée, il n'en reste plus d'autre trace qu'une coloration un peu brune de la peau à l'endroit qu'elle occupait et une très légère déformation; le pli de la paupière supérieure est moins bien dessiné vers l'angle interne de l'œil; celui-ci s'ouvre moins que celui de l'œil opposé, et est à peu près égal à l'angle externe: cette légère différence entre les deux yeux est déjà moindre qu'il y a quelques jours, et tend manifestement à disparaître.

La santé générale de l'enfant est très bonne; elle a beaucoup d'embonpoint.

Elle quitte l'hôpital le 12 février 1849.

Nous n'avons à faire, sur ce fait important, d'autres remarques que celle-ci : c'est que non-seulement aucune autre méthode que la cautérisation actuelle n'aurait donné d'aussi beaux résultats que ceux que l'on a obtenus, mais encore qu'il est très douteux qu'on eût osé tenter l'usage de ces méthodes dans une région comme celle où siégeait la tumeur.

OBS. II. — Laure Duchesne, âgée de onze mois, entre à l'hôpital Necker, salle Sainte-Marie, n° 11, le 18 décembre 1848.

Cette enfant porte sur la partie inférieure du sternum une tumeur du volume d'une grosse noix, dont l'origine remonte déjà à six mois, et qui offre aujourd'hui les mêmes caractères que la précédente : teinte violacée augmentant d'intensité pendant les cris de l'enfant; le volume augmente aussi dans les mêmes circonstances. Dans les derniers temps, l'accroissement avait été assez rapide.

On traversa une seule fois la tumeur par l'aiguille rougie; on fit des pansements simples; une suppuration peu abondante s'établit. On comprima modérément la tumeur, qui s'affaissa graduellement et disparut d'une manière complète.

Le 20 février, la petite malade sortit, ne conservant sur la poitrine qu'une tache rouge sur la peau pour toute trace de la tumeur.

Il est à remarquer que, dans ce dernier cas, M. Lenoir s'est contenté d'une seule cautérisation, afin de ne pas s'exposer, comme cela lui est arrivé une fois, à provoquer une inflammation trop énergique et une gangrène consécutive. Il s'est arrêté définitivement à cette pratique maintenant, d'autant plus que, si une seule cautérisation n'amenait pas une cautérisation complète, rien ne serait plus facile que d'en faire une seconde et même une troisième plus tard. Cette manière de procéder entraîne quelques lenteurs dans la guérison; mais elles sont plus que suffisamment compensées par la quasi-certitude où l'on est de n'être pas exposé à des pertes de substance, ce qui est un point de la plus haute importance dans des cas, par exemple, où la tumeur siégerait sur les paupières.

H. DE C.

HOPITAL SAINT-MARTIN DE TOURS.

M. DUCLOS.

De l'emploi du nitrate d'argent dans les phlegmasies de la première enfance.

Rien n'est plus varié que le siége, la marche, l'expression symptomatique des phlegmasies intestinales de la première enfance, et rien n'est plus utile à connaître que toutes ces différences d'ordres divers pour instituer une thérapeutique rationnelle.

Tantôt la phlegmasie se borne à une simple inflammation diffuse, catarrhale, ayant pour caractère essentiel, et souvent même pour caractère unique la simple exagération, en proportion variable d'ailleurs de la sécrétion muqueuse intestinale. Quelle que soit dans ce cas l'étendue de la maladie, qu'elle envahisse toute la surface du petit intestin, ou bien au contraire qu'elle reste limitée à telle ou telle portion, il est rare que cette inflammation prenne jamais un caractère bien sérieux. Elle n'a pour le médecin de gravité qu'en ce sens qu'elle peut devenir, dans certaines conditions spéciales, l'occasion, le point d'appel d'une forme grave, de l'entérite dite cholériforme. Cette phlegmasie simplement catarrhale est la plus commune de toutes. C'est celle qu'on observe si fréquemment à l'occasion de la dentition, ou lorsque les enfants ont été soumis à l'influence d'un refroidissement. La diarrhée dure quelques jours, caractérisée plus particulièrement par une sécrétion bilieuse, ne s'accompagnant souvent d'aucune réaction fébrile, n'amenant dans tout l'organisme aucun trouble appréciable. Puis, soit qu'on ait recours à quelque médication, soit même qu'on se borne à quelques soins hygiéniques, tout rentre bientôt dans l'ordre. C'est là une première forme de phlegmasie intestinale, c'est aussi la plus simple de toutes. Ce n'est véritablement qu'un érythème intestinal.

Tantôt la phlegmasie est moins étendue, moins diffuse; elle envahit une portion déterminée du tube digestif, et elle y reste en général bornée. C'est plus particulièrement le gros intestin qu'on la voit attaquer, soit qu'elle embrasse à la fois toute sa surface, soit qu'elle reste limitée au colon ou au rectum, ainsi que cela a lieu plus fréquemment. Dans ce cas, l'inflammation, pour être moins disséminée, est aussi plus profonde; elle ne consiste plus seulement dans un érythème, c'est-à-dire dans une phlegmasie essentiellement superficielle et fugace. Le travail inflammatoire a pénétré l'épaisseur de la membrane muqueuse, pour y produire les altérations qui l'accompagnent ordinairement. Alors que dans le cas précédent on n'observait à l'ouverture du cadavre qu'une simple

---

que chose à dire sur le système cosmogonique ou astrologique du conseil, mais ce n'est pas ici le lieu ni le moment. Le fait est qu'en adoptant comme vraie la base de ce système, on ne peut s'empêcher de reconnaître que le conseil est d'une remarquable logique sur les conséquences. Il est évident que le soleil académique empêche le soleil hygiénique de briller de tout son éclat, qu'il le contrarie quelquefois dans ses mouvements de révolution, et le menace même d'une éclipse : Par exemple, le comité dit supérieur proclame que le choléra de Dunkerque n'existe que dans les imaginations timorées, l'Académie démontre que des preuves nombreuses de son existence existent au cimetière et dans les registres de l'état civil; le comité dit supérieur, revenant de son erreur, rédige une circulaire prophylactique qu'il envoie dans toute la France, l'Académie se permet de lui faire concurrence; le comité dit supérieur était en possession de documents nombreux relatifs au choléra, et avec lesquels il se proposait d'écrire une histoire mémorable de l'épidémie, l'Académie a l'irrévérence de réclamer ces documents. Ces faits et gestes de l'Académie, et d'autres encore qu'il serait inutile de citer, expliquent suffisamment la susceptibilité d'un conseil supérieur de nom, et qui aspire à l'être de fait, et vous serez peut-être moins étonné maintenant, mon cher confrère, de voir la guerre allumée entre les deux soleils. Le soleil hygiénique a commencé les hostilités : il a d'abord dirigé contre l'Académie un soldat invalide qui n'a pas cueilli de nombreux lauriers; peu satisfait de cette première attaque, le comité a organisé un petit corps de satellites sur lequel il a fondé les plus grandes espérances; ces satellites iront en maraudeurs inquiéter les flancs de l'Académie, jeter les bâtons dans les roues de son artillerie et faire des razzias sur ses vivres, pour peu qu'elle cesse un instant d'être sur ses gardes; ce dernier but de l'expédition plaît surtout aux maraudeurs, et leur donne une ardeur qui peut devenir redoutable. Je ne sais pas quelles mesures l'Académie compte prendre pour se mettre en état de défense; je ne sais même pas si elle a été officiellement prévenue de la déclaration de guerre, et si vous avez quelques rapports avec elle, je crois qu'il serait bien à vous, à tout événement, de lui faire part des dangers qui la menacent.

—Quel que soit l'attachement des sujets pour un roi (dans les pays où il y a des rois), c'est une triste nécessité des sociétés organisées d'être obligées de crier : Le roi est mort, vive le roi; et comme les professeurs ne sont pas plus favorisés que les rois, il faut bien qu'on se dise aussi : Les professeurs sont morts, vivent les professeurs. Je ne vous aurais pourtant pas encore entretenu de ce sujet si des cancans de coulisse n'avaient mis en émoi des droits justement acquis; mais puisqu'il en est ainsi, je vous dirai, mon cher confrère, avec toute la convenance dont je suis capable, mais sans pudeur fardée, qu'on s'occupe déjà, ou plutôt qu'on s'est déjà occupé de remplacer M. Blandin, non comme professeur, les règlements s'y opposent pendant six mois, mais comme chirurgien des hôpitaux : M. Philippe Boyer fera un déménagement intérieur et obtiendra le service de M. Blandin, et M. Jobert prendra le service de M. Boyer. La chronique, appliquant à ces mutations le système de feu Azaïs, dit que les malades seuls de M. Blandin perdront quelque chose dans tout cela; mais les langues sont si mauvaises, que je n'entends nullement garantir la justesse de ce malin propos. Quant au remplaçant de M. Jobert, et au remplaçant de ce remplaçant jusqu'à la neuvième puissance, mes investigations ne sont pas allées jusque-là, et cela d'ailleurs vous intéresse sans doute assez peu.

— Connaissez-vous M. Berger, mon cher confrère? Si vous ne le connaissez pas, j'en suis fâché pour vous; d'abord parce que vous êtes une de ses brebis et que M. Berger chérit son troupeau par-dessus tout, et ensuite parce que ce même M. Berger paraît destiné à opérer les plus profondes révolutions dans l'hygiène publique. Si vous êtes quelquefois rentré chez vous entre onze heures et minuit, il vous est sans doute arrivé plus d'une fois de faire rencontre d'un ou plusieurs rats, et vous avez continué votre chemin sans en être autrement ému, sans penser autre chose, sinon que vous aviez rencontré un ou plusieurs rats; vous avez fait comme moi et comme bien d'autres esprits vulgaires; combien de fidèles avaient vu la lampe se balancer dans la métropole de Pise avant que Galilée eût découvert dans ce balancement les lois du pendule! Combien de Parisiens avaient rencontré des rats sur leur chemin avant que M. Berger eût découvert les dangers effrayants dont cette espèce rongeuse nous menaçait! M. Berger, sachant qu'aucun homme, qu'aucun animal ne faisait une chasse suivie aux rats, connaissant la fécondité et la voracité de cette race, a judicieusement pensé qu'elle devait être très nombreuse et qu'elle pourrait bien le devenir un jour au point de pouvoir dévorer dans une seule nuit tous les habitants de Paris. Frappé de cette idée, M. Berger a immédiatement organisé un comité de recensement, lequel, après neuf mois de recherches les plus minutieuses, les plus consciencieuses et les plus pénibles, vient enfin de fixer à huit cent trente et quelques mille la population ratière de Paris; encore croyons-nous être certain que dans cette statistique le comité a oublié de comprendre les rats de l'Opéra. C'est une lacune importante que nous signalons au citoyen Berger. 830,000 rats, mon cher confrère! comprenez-vous que nous puissions dormir tranquilles chaque nuit en présence d'une pareille armée! M. Berger ne l'a pas pensé; il a craint pour son troupeau; et, aussitôt que le comité de recensement a eu terminé son travail, il a organisé plusieurs compagnies de chasseurs qui ont pour unique occupation de faire une guerre acharnée à la gent rongeuse. Déjà un affreux carnage est consommé; des épisodes curieux ont signalé cette mémorable expédition, qui paraît devoir se prolonger pendant un ou deux ans; je ne puis malheureusement entrer aujourd'hui dans aucun détail, et je dois me contenter de signaler à votre reconnaissance le citoyen Berger : plus grand que tous les Pharaons qui n'ont jamais pu parvenir à délivrer leur pays des sauterelles, notre préfet aura la gloire d'avoir délivré le sien de la voracité des rats.

Ce ne sont pas les seuls titres hygiéniques de M. Berger; mais le temps me manque pour vous en dire davantage.

X...

injection superficielle de la surface intestinale, la lésions et ici plus profonde. L'injection plus vive s'accompagne d'un ramollissement de la membrane muqueuse avec un léger gonflement ; à un degré plus avancé, l'épithélium a disparu et de très légères ulcérations deviennent apparentes à la surface intestinale. C'est d'ailleurs là un état qui varie à l'infini avec la durée de la maladie. Tandis en effet que l'érythème, l'inflammation superficielle du tube digestif était une affection essentiellement aiguë, la forme que nous signalons ici passe au contraire souvent à l'état chronique, affectant alors dans son expression symptomatique des différences tranchées, revêtant des formes très diverses, parmi lesquelles on doit ranger la lienterie.

L'inflammation profonde du tube digestif s'observe aussi assez communément, et plus particulièrement chez les enfants qu'on sèvre prématurément, ainsi que chez ceux qu'on soumet à une alimentation inopportune ou mauvaise. Elle a souvent un caractère grave, et dans les cas même où elle se présente avec sa forme la plus bénigne, elle mérite encore toute l'attention du praticien.

Dans un troisième cas, la phlegmasie intestinale est essentiellement différente de celles qui précèdent. L'expression symptomatique de la maladie, sa marche, sa terminaison si rapidement fatale, tout justifie le nom sous lequel on la désigne communément, de choléra infantile, entérite cholériforme. C'est particulièrement chez les enfants sevrés prématurément et chez ceux qui n'ont jamais tété qu'on voit se développer cette forme grave de phlegmasie intestinale. Tous les grands systèmes de l'économie semblent atteints à la fois ; le visage prend une expression cadavérique, la peau se cyanose, les yeux s'excavent profondément dans l'orbite, les traits se retirent, le nez s'effile ; l'haleine se refroidit, la respiration s'éteint, la température générale s'abaisse considérablement, et la peau perd en même temps toute son élasticité; elle se ride dans tous les points où elle est peu tendue, les plis qu'on forme dans les autres points persistent pendant quelques instants. En même temps des garde-robes séreuses presque incessantes et très peu odorantes, des vomissements blanchâtres également fréquents, également tenaces, indiquent la part que l'intestin prend à la maladie; les enfants succombent exactement comme dans le choléra. Si l'on recherche l'altération anatomique spéciale à cette grave affection, on ne rencontre ordinairement rien autre chose qu'un ramollissement avec gonflement, accompagné ou non de rougeur de la membrane muqueuse du gros intestin et plus particulièrement du rectum ; le ramollissement est poussé à ce point, qu'il devient impossible de former des lambeaux de la membrane, quelque soin qu'on mette à les enlever. Dans un petit nombre de cas, l'altération n'est point bornée à la membrane muqueuse du gros intestin, elle envahit aussi l'iléon et même l'estomac.

On observe enfin, et assez fréquemment dans la première enfance, une affection qui chaque année fait chez les adultes de terribles ravages, la dysenterie. On sait que chez les très jeunes enfants la dysenterie s'accompagne de symptômes très analogues à ceux par lesquels elle se manifeste chez l'adulte, les garde-robes très multipliées et peu abondantes, les matières glaireuses, muqueuses et sanguinolentes, le ténesme douloureux et presque incessant, l'endolorissement du ventre au niveau de la partie gauche du colon et du rectum. C'est là une affection dont on rencontre chaque année des exemples chez les très jeunes enfants.

Tantôt, comme chez l'adulte, elle revêt une forme essentiellement bénigne, s'accompagne de peu de fièvre, détermine une sécrétion intestinale peu abondante, et cède en cinq à sept jours sous l'influence du régime et de quelques moyens médicamenteux convenablement appropriés ; tantôt, au contraire, elle prend, et souvent même dès son début, une forme grave. Le pouls s'accélère, le visage se décompose ; la sécrétion intestinale est abondante, fortement glaireuse et sanguinolente ; l'expulsion des matières produit des douleurs violentes et continuelles. Des convulsions ou des accidents congestifs ou inflammatoires du côté de la poitrine terminent ordinairement la scène. Ce sont là les deux formes les plus communes, presque les seules qu'on observe chez les très jeunes enfants. Je n'ai que rarement rencontré à cet âge la dysenterie chronique, terminaison qu'on observe quelquefois chez l'adulte. A l'autopsie, les altérations anatomiques démontrent l'identité de la maladie chez l'enfant et l'adulte. L'état de la membrane muqueuse du gros intestin est exactement le même, depuis le simple gonflement avec rougeur et ramollissement, jusqu'aux ulcérations profondes multipliées et recouvertes d'une couche sanieuse et purulente.

Ainsi, et pour résumer d'une manière générale ce qui précède, il nous semble que les phlegmasies intestinales de la première enfance peuvent être ramenées à quatre types principaux ayant chacun leurs symptômes propres, leur marche, leur altération anatomique spéciale, trois états morbides par conséquent bien déterminés. Ce seraient :

1° Le catarrhe intestinal, phlegmasie diffuse, simple érythème de la membrane muqueuse ;

2° La phlegmasie profonde, comprenant toute l'épaisseur de la membrane muqueuse; état aussi différent de celui qui précède que l'érythème l'est de l'érysipèle ;

3° L'entérite cholériforme, affection plus générale dans laquelle la perturbation qui se manifeste dans le système nerveux accompagne et souvent même domine les accidents intestinaux ;

4° Enfin, la dysenterie.

Il était indispensable, avant d'aborder l'étude de l'action du nitrate d'argent dans les phlegmasies intestinales, de bien établir ce point de pathologie. C'est en effet sur ces considérations que repose toute la médication dont nous avons à parler. C'est dans l'appréciation de ces diverses conditions qu'on doit chercher les cas dans lesquels il est utile, opportun de recourir au nitrate d'argent. Une médication qui a d'abord été simplement empirique devient ainsi raisonnée. On comprend pourquoi dans certains cas elle a échoué, pourquoi dans certains autres elle a été suivie de succès.

1° Conditions générales de l'emploi du nitrate d'argent dans les phlegmasies intestinales.

La médication par le nitrate d'argent est une médication essentiellement topique. C'est là un principe qu'il importe de ne pas perdre de vue, parce qu'il domine complétement l'emploi de ce précieux agent thérapeutique. Il est bien vrai que la guérison est, comme la maladie, contagieuse de proche en proche, qu'ainsi, en agissant avec le nitrate d'argent sur un point déterminé, on peut influencer en même temps et de la même manière, par voie de continuité, les parties voisines. L'observation, par exemple, démontre [qu'en traitant l'angle de l'œil dans certaines ophthalmies on guérit en même temps toute la membrane muqueuse oculaire. Elle donne le même résultat pour les membranes muqueuses du nez, de la gorge, de l'intestin, et même d'une manière très sensible pour les affections de la peau.

Mais il n'en reste pas moins constant que l'action médicamenteuse s'exerce plus particulièrement dans les points où le moyen thérapeutique a été appliqué.

C'est à M. Bretonneau, qui a étudié et préconisé plus que tout autre les médications topiques, qu'on doit rapporter l'introduction dans la thérapeutique du nitrate d'argent comme moyen curatif des phlegmasies des membranes muqueuses. Le premier, cet illustre praticien démontra d'une manière très évidente l'innocuité et les grands avantages de son emploi dans certaines phlegmasies spéciales des membranes muqueuses, soit de la gorge, soit de l'intestin, soit même, dans quelques conditions particulières, de la vessie. Malgré ses efforts répétés, malgré ceux de M. Trousseau, de M. Velpeau, de quelques autres praticiens, l'emploi du nitrate d'argent resta borné à quelques affections peu nombreuses, et plus spécialement aux phlegmasies de la conjonctive et des membranes muqueuses nasale et pharyngienne. Par une inexplicable contradiction, on n'hésita pas et on n'hésite pas encore à le porter à des doses considérables sur la membrane muqueuse de l'urètre, le plus délicat de tous les conduits, celui dont l'oblitération ou tout au moins le rétrécissement s'opère si rapidement sous l'influence d'un gonflement même léger de la membrane muqueuse, et en même temps on n'osa pas, on n'ose même pas encore le porter à des doses même infiniment petites sur la membrane muqueuse du rectum, le plus patient de tous les conduits naturels, celui où le rétrécissement aigu exigerait pour se produire un gonflement considérable de la membrane muqueuse. C'est là une inconséquence sur laquelle M. le professeur Trousseau, qui le premier a préconisé et rendu méthodique l'emploi du nitrate d'argent dans les phlegmasies intestinales, a souvent appelé notre attention. Nous espérons qu'une étude plus attentive, que des tentatives faites avec plus de hardiesse, sans pourtant cesser d'être prudentes, rendront cette médication d'un usage plus général.

J'ai dit que la médication par le nitrate d'argent était essentiellement topique et substitutive. Les conditions générales de l'emploi de ce remède sont contenues dans cette formule. Il suit de là, en effet, qu'on ne peut et qu'on ne doit y avoir recours que dans les cas où l'agent thérapeutique peut être appliqué, porté sur la totalité ou tout au moins sur la plus grande partie de l'étendue de l'organe malade. Cherchons donc parmi les phlegmasies de l'intestin chez les très jeunes enfants celles qui rentrent dans cette catégorie.

Il est bien évident que le nitrate d'argent, si on l'administre par l'estomac, peut agir sur toute l'étendue du tube digestif. Quelle que soit la réaction chimique qui s'opère au contact des chlorures alcalins que contient l'estomac, l'observation démontre que l'effet thérapeutique ne s'en produit pas moins, en sorte qu'*à priori* on a dû être conduit à administrer le nitrate d'argent dans toutes les phlegmasies intestinales, le médicament pouvant dans tous les cas être appliqué sur la partie malade.

Mais l'observation a bientôt démontré que des quatre formes de phlegmasie intestinale que nous avons reconnues être propres à la première enfance, quelques-unes n'exigeaient pas l'emploi du nitrate d'argent ou même n'en subissaient pas favorablement l'influence. Le catarrhe intestinal simple, l'érythème de la membrane muqueuse cèdent ordinairement à des moyens beaucoup plus doux, et quelquefois, même en l'absence de tout agent médicamenteux, à de simples moyens hygiéniques. Une diète légère, quelques boissons douces et tièdes, de très faibles doses de magnésie, de sous-nitrate de bismuth ou de préparations opiacées suffisent le plus ordinairement pour triompher rapidement du mal. La phlegmasie, plus profonde elle-même, dans l'immense majorité des cas, ne nécessite pas l'emploi du nitrate d'argent. Ici encore des soins hygiéniques bien entendus, l'administration de la magnésie, du sous-nitrate de bismuth, de la poudre d'yeux d'écrevisses, des préparations opiacées peuvent mettre fin à la maladie. Ce n'est que dans des cas rares que la persistance du mal ou l'intensité de la sécrétion intestinale indiquent l'emploi du nitrate d'argent, alors que tous les moyens précédents ont échoué. Il en est de même, enfin, de la lienterie, que je n'ai presque jamais vue modifiée utilement par l'administration du nitrate d'argent soit en lavements, soit en potions.

On voit donc que, parmi les phlegmasies intestinales de la première enfance, quelques-unes ne nécessitent point l'emploi du nitrate d'argent, ou même ne sont pas favorablement modifiées par cet agent thérapeutique. Je m'occuperai seulement de celles dans lesquelles j'ai vu la médication amener de bons résultats.

Ces phlegmasies sont :

1° L'inflammation, soit aiguë, soit chronique, de la membrane muqueuse du gros intestin ; 2° la dysenterie ; 3° l'entérite cholériforme ; quelques cas d'inflammation générale et persistante de la membrane muqueuse du tube digestif tout entier.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 avril 1849. — Présidence de M. Boussingault.

M. Pouchet, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Rouen, annonce qu'il a constaté la présence de nombreux infusoires microscopiques (*vibrio rugula* de Muller) dans les déjections alvines des cholériques ; il n'y en a pas dans les matières des vomissements.

— M. Coze, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, envoie une série de recherches sur l'action du chloroforme injecté dans les artères, dans le sens du cours du sang ; il résulte de ces recherches que le sang injecté de cette manière produit une contraction tétanique des muscles de la vie organique et animale, au lieu du relâchement qu'on observe dans les inhalations.

—M. Segond envoie une note sur le mécanisme de voix d'après les expériences de l'auteur, le larynx for truments : l'un, formé par les cordes inférieures pour les sons de la voix de poitrine ; l'autre, formé par les cordes supérieures pour la voix de tête.

— M. le docteur Lebert envoie un Mémoire sur le développement de la fibre musculaire du cœur et des muscles du mouvement volontaire dans les animaux vertébrés.

Voici l'aperçu succinct de ce travail.

Quelles que soient les différences de détail pour le développement de la fibre musculaire dans les diverses classes d'animaux vertébrés, il y a des lois fondamentales applicables à toutes. On peut distinguer dans la myogénésie trois périodes : 1° l'état primordial, blastème globulaire, les globules plastiques étant les mêmes pour les muscles que pour les autres tissus et organes dans leur première ébauche ; 2° apparition au milieu de cette substance globuleuse d'un certain nombre de corps irréguliers, arrondis, qui sont la première apparition des cylindres musculaires, et que l'auteur appelle corps myogéniques ; 3° développement ultérieur de ces corps encore difformes, allongement, régularisation des contours, disparition des globules plastiques renfermées dans l'intérieur des cylindres primitifs des oiseaux, bien plutôt que pour les autres vertébrés. On voit ensuite des stries longitudinales paraître dans l'intérieur de ces corps cylindriques, et un peu plus tard on voit les raies transversales apparaître à la surface et devenir peu à peu tout à fait parallèles et régulières. A mesure que cette évolution progresse, les globules plastiques qui séparaient les cylindres disparaissent, et c'est ainsi que la fibre musculaire prend sa forme définitive.

Le développement du cœur est bien plus précoce dans l'embryon de l'oiseau que dans celui des autres vertébrés par rapport à l'apparition des muscles du mouvement volontaire. L'inverse a lieu pour les batraciens ; ces différences sont bien moins marquées pour l'embryon du mammifère et celui du poisson.

Addition à la séance du 16 avril.

M. Poggiale, professeur de chimie au Val-de-Grâce, adresse une note sur le dosage du sucre de lait par la méthode des volumes, et détermination de la richesse du lait.

Aucun des procédés connus jusqu'ici ne fournit d'une manière rapide et rigoureuse l'indication de la richesse du lait. Le lactoscope de M. Donné, le pèse-lait, la détermination du volume de la crème dans un vase gradué, l'analyse chimique, etc., sont des moyens infidèles ou rarement employés, en raison du temps considérable qu'ils exigent.

M. Poggiale détermine la richesse du lait en dosant par la méthode des volumes le sucre de lait. D'après ses expériences, 1,000 gram. de lait contiennent 52 gram. 7 décigr. de sucre, et cette quantité ne présente que de légères variations.

Le procédé que M. Poggiale emploie est l'application de celui de M. Bareswil au dosage du sucre de lait, qui réduit, comme le glucose, les sels de cuivre. Mais la liqueur d'épreuve doit être titrée avec le sucre de lait, et non pas avec le sucre de canne. M. Poggiale s'est assuré, du reste, que les proportions suivantes donnent une liqueur dont 20 centim. cubes correspondent à 200 milligr. ou 2 décigr. de sucre de lait.

Sulfate de cuivre cristallisé.	10 gram.
Bi-tartrate de potasse cristallisé.	10
Potasse caustique.	30
Eau distillée.	200

Pour doser le sucre de lait, on coagule d'abord une quantité déterminée de lait, 50 ou 60 gram., à l'aide de quelques gouttes d'acide acétique et à la température de 40 ou 50 degrés. On filtre ensuite. 1,000 gram. de lait fournissent, d'après les expériences de M. Poggiale, 923 gram. de petit-lait, ce qui donne, pour 1,000 gram. de petit-lait, 57 gram. de sucre environ.

Le petit-lait étant préparé, on prend 20 centim. cubes de liqueur d'épreuve que l'on introduit dans un petit ballon ; on y ajoute quelques fragments de potasse caustique, et on élève la température du liquide jusqu'à l'ébullition. D'un autre côté, on remplit une burette graduée de petit-lait que l'on verse goutte à goutte dans la solution cuivrique. On saisit le moment où la liqueur d'épreuve est complétement décolorée, en regardant le ballon de bas en haut. On lit alors sur la burette la quantité de petit-lait qui a été employée, et au moyen d'une proportion on détermine le poids du sucre contenu dans 1,000 gram. de petit-lait.

La plupart des fraudes seront facilement dévoilées en dosant le sucre, puisqu'elles ne peuvent avoir lieu qu'en ajoutant de l'eau au lait. On sait, du reste, que la fraude la plus ordinaire consiste à enlever la crème et à ajouter de l'eau au lait écrémé.

Si l'on enlevait la crème sans faire aucune addition d'eau, ou bien si l'on ajoutait du sucre de lait, M. Poggiale propose de déterminer la quantité de matière grasse en ajoutant de l'acide acétique au lait bouillant, et en l'agitant dans un flacon, après le refroidissement, avec l'éther qui enlève le beurre. On décante le liquide éthéré et on le fait évaporer.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er mars 1849. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Masson fait part d'une lettre de remercîments adressée par notre confrère Lefèvre.

— M. Tanchou fait part des conditions proposées par le journal ; elles sont adoptées.

— M. Pédelaborde propose un bandage appliqué par lui dans un cas de fracture de la clavicule. Il le pense préférable au bandage de Dcsault. Ce bandage, une fois en place, ne peut subir les déplacements occasioonés par l'appareil de Desault. Il consiste en une ceinture de cuir, fixée à l'aide de boucles. Au-devant, et sur le côté du corps correspondant à la fracture, est assujettie une poche ouverte à sa partie inférieure et destinée à soutenir le coude ; en arrière, est fixée une large bretelle partant de ce même côté du corps pour passer sur l'épaule du côté opposé, et fixée en avant à la ceinture par des boucles. Le coussin, une fois appliqué sous l'aisselle, on peut à volonté resserrer ou relâcher les pièces de l'appareil sans le déplacer. La main, qui reste sans soutien dans cet appareil, est ensuite maintenue par un mouchoir en sautoir.

M. Duperthuis, qui se prête à l'essai de cet appareil, en reconnaît la commodité ; toutefois, dans les cas de fractures de la clavicule, le simple appareil de Mayor, qui consiste en deux serviettes croisées, lui a toujours suffi pour maintenir les fragments réunis d'une manière satisfaisante.

— M. Coursserant communique à la Société une observation prouvant l'utilité de la saignée à la suite des chutes qui ont amené des désordres, et surtout l'épanchement dans la cavité crânienne. Une portière, d'un âge avancé et d'une constitution faible, venait de faire une chute snr la tête ; il y avait solution de continuité, mais l'intelligence était conservée et le pouls était misérable. On se contenta de sinapismes aux extrémités et de lotions fraîches sur la partie malade. Deux heures après, nous trouvâmes la malade sans connaissance, immobile, avec râle et refroidissement de la peau. Un confrère appelé à la hâte, convint avec moi de l'utilité possible d'une émission sanguine locale. J'appliquai des ventouses derrière les oreilles, qui ramenèrent, après l'extraction d'une quantité de sang évaluée à une forte saignée, des mouvements et de la force dans le pouls ; des sangsues furent ensuite appliquées au-devant du cou, et la malade reprit connaissance quelques heures après et guérit rapidement.

M. Masson. Vous ne devez pas regretter de n'avoir pas immédiatement employé la saignée. J'ai remarqué, à la suite des chutes où le cerveau est plus ou moins intéressé, des cas où la saignée du bras paraît contre-indiquée. Ce sont ceux qui ont imprimé une secousse si violente au système nerveux, qu'une saignée pouvait immédiatement tarir les sources de la vie si spontanément et si profondément ébranlée. Je pense que votre malade a été dans ce cas-là, et que la saignée, utile après quelques heures, aurait pu lui être fatale au moment de l'accident.

M. Eguisier demande quel aspect présentait la malade quand on la vit sans connaissance et sensiblement refroidie.

M. Coursserant. La face était rouge et violemment congestionnée.

M. Eguisier a fait cette question, parce que la perte de connaissance, coïncidant avec l'affaiblissement du pouls et le refroidissement, semblait annoncer une syncope plutôt qu'une congestion ou un épanchement dans le cerveau.

M. Masson. En effet, lorsque le cerveau est comprimé et qu'il y a imminence de mort, le pouls reste fort et développé jusqu'aux derniers moments. Un employé du Gymnase, dont les journaux politiques ont raconté la mort subite, continua à présenter un pouls fort et développé malgré la saignée et tous les moyens employés pour le rappeler à la vie : ces moyens furent complétement inutiles, et ce ne fut qu'au moment où la vie s'éteignait que le pouls devint filiforme.

M. Tanchou fait observer que ces deux cas ne sont pas semblables, et qu'en effet les phénomènes nerveux qui accompagnent la chute peuvent amener dans le pouls un état de dépression différent de celui qu'il présente dans l'hémorrhagie spontanée, où il reste plein jusqu'à la mort.

M. Fouquier appuie l'observation de MM. Masson et Tanchou au sujet de l'état de plénitude et de lenteur du pouls dans l'hémorrhagie cérébrale.

— M. Duperthuis demande l'avis de la Société sur le fait suivant :

Il y a six jours, un homme, d'une forte constitution, âgé de soixante-huit ans, tomba tout à coup la tête sur la table et sans faire aucun mouvement ; il resta dans cette situation jusqu'au moment où j'arrivai. Le pouls était affaibli ; cependant, je fis une saignée, j'appliquai des sinapismes aux extrémités et fis donner un lavement purgatif. Le lendemain, il ouvrait les yeux, mais refusait de parler ou prendre les boissons qu'on lui avait prescrites. L'abattement où il se trouvait le portait à rester dans le repos absolu ; depuis, cet abattement persiste avec le même refus de toutes espèces de soins, et malgré cela le malade conserve assez de forces pour se lever pisser. On lui a fait une nouvelle application de sangsues derrière les oreilles, et il conserve encore la même indifférence de sa position.

M. Belhomme. Il importe de savoir si cet homme avait l'habitude de boire. Sur la réponse de M. Duperthuis, qui connaît cette personne pour un homme très sobre, M. Belhomme ajoute que, chez les personnes adonnées à la boisson, il existe une congestion habituelle du cerveau qui dispose davantage à l'état d'hébétude dans lequel se trouve le malade de M. Duperthuis ; chez lui, au contraire, les accidents sont survenus spontanément, et il est permis de reconnaître dans son état l'affection désignée par Esquirol sous le nom de démence aiguë (stupidité). Dans ces cas, il se fait un épanchement interstitiel de sérosité qui comprime extérieurement le cerveau et amène la lésion de la volonté. Un traitement absolu ne peut être prescrit alors, et l'on doit se guider sur les indications. S'il y a des phénomènes congestifs, vous saignerez hardiment ; dans le cas contraire, vous aurez recours aux révulsifs, au calomel, aux rubéfiants ou vésicatoires à la nuque.

M. Duperthuis répond qu'il a déjà épuisé tous ces moyens, et insiste sur cette particularité d'absence de paralysie.

M. Belhomme fait remarquer que cette observation vient à l'appui de ses idées de localisation. Les différentes couches du cerveau président à des fonctions différentes. Ainsi, les couches supérieures répondent aux fonctions intellectuelles, les couches moyennes ou plus profondes aux phénomènes de la sensibilité, et plus profondément au centre, au niveau des pédoncules et de la racine des fibres, aux phénomènes du mouvement ; d'où il suit que le malade de M. Duperthuis me paraît atteint de l'épanchement interstitiel dont je parlais tout à l'heure.

M. Fouquier, en adoptant l'opinion de M. Belhomme, qui paraît fondée, serait conduit à conseiller l'emploi d'un large vésicatoire couvrant le cuir chevelu préalablement rasé.

M. Pédelaborde a vu une semblable médication employée par M. Velpeau chez un malade tombé dans le coma. Elle fut suivie d'un plein succès, alors qu'on désespérait des jours de ce malade.

M. Coursserant cite deux guérisons de presbytie chez de jeunes sujets, obtenues par des moyens hygiéniques fort simples. Deux jeunes femmes aveugles à ce point de ne pouvoir distinguer les objets placés près d'elles, et voyant cependant à une distance fort éloignée sans pouvoir presque se conduire, furent traitées et guéries à l'aide des lunettes les moins fortes dont elles pussent se servir pour travailler ; elles avaient soin de les ôter dès qu'elles cessaient de travailler, et insensiblement l'œil, habitué à contempler des objets plus rapprochés, la vue est revenue presque complétement à son état normal. Ce qu'il y a de moins surprenant, c'est le rapprochement des objets à l'aide des lunettes ; mais l'important est le choix de ces lunettes pour lesquelles le malade doit essayer les numéros les plus faibles, tels que 72 ou 84, avant de passer à d'autres dont l'usage, comme chez les personnes âgées, les condamne à ne plus voir sans lunettes, même au degré où elles voyaient avant de s'en servir ; c'est-à-dire que le seul usage de lunettes fortes contribue de plus en plus à éloigner et éteindre la vue.

M. Fouquier. L'usage des lunettes semble tenir à deux causes chez les myopes : d'abord le désir de doubler ou tripler la puissance de vision, remplacer par une vue nette et claire les brouillards qu'ils aperçoivent à une certaine distance ; et, en second lieu, le désir de se soustraire à la conscription. Lorsque j'arrivai à Paris, je fus surpris de voir des hommes jeunes encore porter lunettes. Je n'en avais jamais senti le besoin, quand, essayant au spectacle des lunettes qu'on louait alors dans les théâtres, je fus surpris du jour nouveau et si brillant sous lequel m'apparaissaient les objets ; je compris que moi aussi j'étais myope, et je sentis en même temps toute la satisfaction que les myopes devaient éprouver à se faire une nouvelle vue à l'aide des instruments d'optique, mais aussi les inconvénients qui devaient en résulter quand ils venaient à quitter leurs lunettes, et je pensai, comme M. Coursserant, qu'on devait être sobre de leur usage.

M. Coursserant. Le myope qui peut lire et écrire sans lunettes doit plutôt s'en passer que le presbyte, à qui la vue des objets rapprochés est interdite sans le secours des lunettes.

Dr Louis Terrier, *secrétaire annuel.*

Organisation des conseils d'hygiène dans chaque arrondissement.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce vient d'adresser à MM. les préfets la circulaire suivante, renfermant les instructions nécessaires pour organiser les conseils d'hygiène institués par l'arrêté du chef du pouvoir exécutif en date du 18 décembre 1848 (voy. *Gaz. des Hôp.*, ann. 1848, p. 591).

Circulaire de M. le ministre de l'agriculture et du commerce aux préfets.

Paris, le 3 avril 1849.

Monsieur le préfet, vous trouverez ci-joint :

1° Un exemplaire de l'arrêté rendu le 18 décembre 1848, par le chef du pouvoir exécutif, et portant création de conseils d'hygiène publique et de salubrité dans tous les arrondissements de la République ;

2° Un exemplaire de l'arrêté que j'ai pris, le 15 février dernier, pour déterminer le nombre des membres et le mode de composition de chaque conseil.

J'ai cru devoir joindre à l'arrêté du 18 décembre le rapport qui en explique l'esprit, afin de vous mettre à même de concourir, par vos actes et vos instructions, à la création d'institutions éminemment utiles.

Veuillez, je vous prie, procéder dans le plus bref délai possible à l'organisation de ces conseils, et m'adresser le procès-verbal de leur installation, avec la liste des membres dont ils seront composés.

Aussitôt que les conseils seront en activité, il conviendra de les consulter sur l'opportunité d'instituer les commissions cantonales que l'article 3 de l'arrêté du 18 décembre vous autorise à créer, et dans les cantons où l'on n'établira pas de commissions, il sera bon que les conseils aient un ou plusieurs correspondants pour les tenir au courant de l'état hygiénique du canton.

Vous ne négligerez pas, Monsieur le préfet, d'user de la prérogative que vous réserve l'article 5, de présider le conseil établi au chef-lieu de préfecture. Je désire que MM. les sous-préfets profitent de la même disposition pour s'associer aux travaux des conseils de leur arrondissement.

Vous veillerez à ce que, conformément à l'article 6, les conseils se réunissent au moins une fois tous les trois mois, et je ne doute pas qu'il n'y ait lieu de les réunir plus fréquemment, si l'on a soin de les consulter, toutes les fois que l'action s'en présentera, sur les divers objets énumérés dans l'article 9. En ce qui me concerne, je vous recommande expressément de ne pas négliger de le faire, et j'écris à mes collègues pour leur demander de vous adresser des instructions dans le même sens à l'égard des affaires qui ressortissent à leurs départements.

Vous aurez aussi à prescrire les dispositions nécessaires pour que les conseils d'hygiène puissent accomplir la mission que leur confie l'article 10, de réunir et coordonner les documents relatifs à la mortalité et à ses causes, à la topographie et à la statistique, en ce qui touche la salubrité publique. Dès que les conseils seront installés, il conviendra d'appeler leur attention sur cet article, et de provoquer leur avis sur les mesures à prendre pour en faciliter l'exécution. Je désire, d'ailleurs, que chaque conseil place au premier rang de ses devoirs le soin de dresser le plus promptement possible un tableau fidèle de la situation hygiénique de sa circonscription, et de rechercher les moyens de combattre et de détruire les différentes causes d'insalubrité dont il aura reconnu l'existence.

Enfin, aux termes de l'article 12, c'est au conseil institué au chef-lieu de préfecture qu'il appartient de centraliser, par votre entremise, les travaux des autres conseils du département, et de les résumer chaque année dans un rapport général destiné à être transmis à mon ministère, et vous aurez à assurer l'accomplissement de cette disposition.

Il me reste à vous entretenir d'un point sur lequel l'arrêté du 18 décembre ne pouvait pas statuer. Je veux parler des dépenses auxquelles ces conseils donneront lieu, et des moyens d'y pourvoir. Une loi seule pourrait leur assigner des ressources particulières. Mais, d'après les informations parvenues à mon ministère, en réponse aux questions posées par la circulaire ministérielle du 4 septembre 1848, j'ai lieu de croire que presque partout les conseils généraux consentiront sans difficulté à subvenir aux frais, d'ailleurs peu considérables, qu'entraînera le service des conseils d'hygiène, qui trouveront, soit dans les préfectures ou les sous-préfectures, soit dans les hôtels-de-ville et les mairies, le local nécessaire à la tenue de leurs séances.

Recevez, Monsieur le préfet, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le ministre de l'agriculture et du commerce,

Signé L. BUFFET.

Pour expédition, le chef de division,

Delambre.

ARRÊTÉ.

Le ministre de l'agriculture et du commerce,

Vu les articles 1er et 4 de l'arrêté du chef du pouvoir exécutif, en date du 18 décembre 1848, sur l'organisation des conseils d'hygiène publique et de salubrité,

Arrête :

Art. 1er. — Le nombre des membres des conseils d'hygiène et de salubrité, tant de département que d'arrondissement, sera fixé conformément au tableau annexé au présent arrêté.

Art. 2. — Le nombre des médecins, pharmaciens ou chimistes et vétérinaires, est fixé, pour chaque conseil, dans la proportion suivante :

NOMBRE des MEMBRES.	MÉDECINS. — Doct. en médecine, chirurgiens et officiers de santé.	PHARMACIENS OU CHIMISTES.	VÉTÉRINAIRES.
10	4	2	1
12	5	3	1
15	6	4	2

Les autres membres seront pris, soit parmi les notables agriculteurs, commerçants ou industriels, soit parmi les hommes qui, à raison de leurs fonctions ou de leurs travaux habituels, sont appelés à s'occuper des questions d'hygiène.

Art. 3. — L'ingénieur des mines, l'ingénieur des ponts-et-chaussées, l'officier du génie chargé du casernement, ou, à son défaut, l'intendant ou le sous-intendant militaire, l'architecte du département, les chefs de division ou de bureau de la préfecture dans les attributions desquels se trouveront la salubrité, la voirie et les hôpitaux, pourront, dans les cas où ils ne feraient pas partie du conseil d'hygiène publique et de salubrité de leur résidence, être appelés à assister aux délibérations de ce conseil avec voix consultative.

Art. 4. — Dans les cantons où il n'aura pas été établi de commissions d'hygiène publique, des correspondants pourront être nommés par le préfet, sur la proposition du conseil d'arrondissement.

Art. 5. — Les préfets des départements sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 15 février 1849.

Signé L. BUFFET.

Suit l'énumération de tous les arrondissements, dont les conseils auront 10, 12 ou 15 membres.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 26 AVRIL 1849. (2e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 49.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	[illegible] FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS.	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER.	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 25 AVRIL 1849.

Marche du choléra.

Les espérances qu'avait fait naître le décroissement de l'épidémie dans les cinq jours qui ont précédé notre dernier bulletin ont été plus que réalisées par l'événement. Depuis deux jours, le nombre des cas admis dans les cinq principaux hôpitaux, est inférieur de plus de moitié à celui de la semaine dernière. Mais c'est urstout à la Salpêtrière que la diminution a été le plus considérable. Du chiffre énorme de 35 à 40 qu'on observait chaque jour pendant la première quinzaine de ce mois, le nombre des cas est descendu à 3 avant-hier, et hier à 1 seul.

Il est donc permis d'espérer que d'ici à la fin du mois le caractère épidémique de la maladie aura disparu, et qu'on n'observera plus que quelques cas rares et isolés de choléra, comme ou en a toujours observé depuis 1832.

Voici le chiffre total des cas admis dans les divers hôpitaux et hospices, ainsi que le nombre des décès et des sorties. A propos des sorties, on aura remarqué sans doute qu'on n'en a pas tenu compte dans tous les hôpitaux, et que, dans les hospices, ces sorties ne sont jamais marquées, puisque les malades restent dans l'établissement après leur guérisou.

PARIS.	NOMBRE DE CAS.	DÉCÈS.	SORTIES.
Salpêtrière	812	582	»
Bicêtre	58	36	»
Ménages	24	15	»
Incurables (femmes)	1	1	»
Larochefoucauld	5	1	2
Hôtel-Dieu	293	143	76
Charité	218	127	36
Pitié	221	108	57
Saint-Louis	156	81	25
Beaujon	98	66	12
Necker	46	31	7
Enfants-Malades	17	9	4
Saint-Antoine	30	17	4
Cochin	11	3	2
Sainte-Marguerite	30	16	4
Bon-Secours	29	20	4
Cliniques	21	16	1
Lourcine	8	2	1
Maison de Santé	18	15	3
Invalides	15	12	»
Val-de-Grâce	185	48	»
Gros-Caillou	215	75	»
Hôpital militaire du Roule	77	28	»
Hôpital milit. Popincourt	40	10	»
Prison de Saint-Lazare	6	4	»
Total,	2634	1463	238

Séance de l'Académie de Médecine.

Le choléra a encore aujourd'hui occupé tous les instants de l'Académie, et plus spécialement la question de la contagion. Quelques renseignements envoyés à l'Académie par plusieurs correspondants et une lettre reçue par M. J. Guérin, dont il a donné lecture et qu'il nous est impossible de publier aujourd'hui, ont paru ébranler quelques académiciens, qui, après avoir pris connaissance de ces documents, se sont montrés assez disposés à admettre la contagion. M. Martin-Solon a cependant fait quelques efforts pour détruire l'effet de ces renseignements, qu'il a montré être beaucoup moins concluants qu'on ne pourrait le croire après un examen superficiel. M. Bégin a fait une chaleureuse sortie, non pas seulement contre les contagionistes, mais contre ceux qui *ne craignaient pas* de livrer à la publicité des faits capables d'ébranler l'opinion si généralement admise, et si favorable aux malades, de la non-contagion, alors qu'on sait tous les malheurs que peut produire l'opinion contraire, si elle venait à s'accréditer dans le public. M. Bégin pousse même si loin ses craintes à cet égard, qu'il n'hésiterait pas à conseiller à l'Académie de dissimuler les faits qui peuvent prouver la contagion si ces faits existaient réellement. Il a proposé, pour rassurer le public, un ordre du jour auquel la majorité de l'Académie a paru donner son adhésion, mais qui n'a point cependant été mis aux voix.

On connaît nos opinions sur la contagion du choléra comme sur celle de la fièvre typhoïde. Les faits que nous avons entendu raconter ne sont pas de nature à nous en faire changer. Ce n'est pas que nous craignions les conséquences auxquelles a fait allusion M. Bégin, conséquences qui ne sont que trop possibles cependant, des exemples déplorables l'ont malheureusement trop prouvé; mais nous avons toujours cru, et nous croyons encore qu'il faut habituer tout le monde à entendre la vérité, quelle qu'elle soit, et que l'intérêt de la vérité doit passer avant toute autre considération. Ce n'est donc point dans des considérations extra-scientifiques que nous puiserons les motifs de nos convictions, mais bien dans les faits rigoureusement observés et logiquement interprétés.

Des faits communiqués hier à l'Académie, les seuls qui ne soient pas complétement opposés à la doctrine de la contagion, ou qui même puissent être invoqués en sa faveur, sont ceux de Nogent-le-Rotrou, dont on peut lire la narration au compte-rendu de l'Académie, et ceux qui se trouvent consignés dans la lettre lue par M. Guérin, et que nous ferons connaître dans notre prochain numéro. De ces faits, ceux de Nogent ne nous paraissent avoir aucune valeur. Ainsi, une nourrice cholérique est arrivée dans la ville, et quarante-huit heures après il y avait des cas de choléra dans divers points fort éloignés les uns des autres; peut-on raisonnablement admettre que ce temps a suffi pour qu'une seule personne répande la maladie dans toute la cité? Nous ne le croyons pas; il nous semble évident au contraire que la ville était sous l'imminence du choléra au moment où la nourrice y est arrivée, et qu'il y a eu simple coïncidence entre les faits. Ce qui tend à prouver la justesse de cette opinion, c'est que la nourrice qui s'est rendue dans la petite commune de Brunelles n'y a point importé la maladie, sans doute parce que cette commune était dans des conditions différentes de celles de Nogent. Quant aux faits communiqués par M. J. Guérin, nous les examinerons à part.

Mais dès aujourd'hui nous devons rappeler ce que nous avons eu l'occasion de dire tant de fois: Ce n'est point par des faits isolés que l'on peut arriver à déterminer le caractère contagieux d'une maladie épidémique; tous les auteurs ont insisté sur les immenses difficultés qu'il y a en temps d'épidémie à distinguer ce qui appartient à la contagion de ce qui est propre à l'influence régnante; ce n'est donc que par l'ensemble des faits que la question peut se juger. Sous ce rapport, M. Rochoux a parfaitement posé la question.

Sous le rapport qui nous occupe, on peut distinguer la population en deux parties bien différentes; l'une se compose des médecins, des sœurs d'hôpital, des infirmiers, en un mot de toutes les personnes qui sont incessamment en rapport avec les malades, et par conséquent exposées d'une manière permanente à la contagion; l'autre est formée par tous les individus qui ne s'y exposent nullement ou du moins que d'une manière très médiate. Le choléra est-il proportionnellement plus fréquent dans l'une que dans l'autre de ces deux classes? Voilà la question réduite à ses plus simples, à ses véritables termes. Eh bien! l'expérience de 1832 a résolu d'une manière irrévocable le problème: Non, le choléra n'a pas été plus fréquent chez les sœurs, chez les infirmiers, chez les élèves internes ou externes des hôpitaux, chez les médecins que chez tous les autres individus. Ce résultat ne supporte pas la controverse.

Les différents membres qui ont fait usage du teucrium contre le choléra ont fait part aujourd'hui de leurs observations, qui ne peuvent conduire qu'à des résultats bien incomplets, puisqu'aucun des observateurs n'a cru devoir employer seul le médicament nouveau. Nous nous sommes déjà expliqué sur les raisons de ce scrupule.

Quant à la proposition de M. Jolly, il n'en a point été question.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

Un mot sur l'angine diphthéritique et l'angine scarlatineuse.

Il est encore bon nombre de médecins qui, sans être embarrassés pour le traitement de ces affections, omettent néanmoins quelques circonstances favorables à leur traitement. Les deux observations suivantes, que nous ferons suivre des considérations du savant professeur, donneront une idée exacte du traitement qu'il convient d'appliquer à chacune de ces maladies, et c'est à ce titre que nous les livrons à la publicité.

Au no 1 de la salle Sainte-Thérèse était un enfant atteint d'amygdalite quand il fut pris de diphthérite. La fausse membrane, comme cela arrive toujours, tendait à s'étendre rapidement, et il fallut avoir recours à un traitement énergique. Des cautérisations avec l'acide hydrochlorique, des injections alumineuses furent employées; le malade fut guéri en quatre jours.

Dans la même salle, au no 10, se trouvait un enfant atteint de scarlatine et chez qui existaient aussi des fausses membranes sur les amygdales. Ces fausses membranes occupaient toute l'arrière-gorge et la luette; les ganglions du cou étaient engorgés, et cependant le malade guérit d'une manière très rapide.

Pour le médecin qui considère la maladie comme une lésion locale, ces deux affections étaient identiques; pour celui qui cherche la nature des maladies, elle ne l'était pas du tout. C'est ce que M. Trousseau a fait ressortir par les considérations suivantes.

J'aurais pu, a-t-il dit, abandonner aux soins de la nature la guérison de l'angine scarlatineuse, et cependant je ne l'ai pas fait. Pourquoi? Chez le no 1, j'avais la certitude qu'en laissant la maladie abandonnée à elle-même l'enfant mourrait, tandis que chez l'autre l'absence de tout traitement ne pouvait presque pas empêcher que la maladie ne se terminât d'une manière favorable. La maladie du premier était due à une cause spécifique, c'était la diphthérite; chez le second, l'affection reconnaissait une cause spécifique appelée virus scarlatineux. Dans le premier cas, la production de la fausse membrane, outre qu'elle a un caractère particulier, celui de gagner de proche en proche le larynx et les bronches, se termine d'une manière fatale 99 fois sur 100. Dans le second cas, au contraire, outre que la fausse membrane n'a pas de tendance à s'étendre, la maladie se termine d'une manière favorable 99 fois sur 100. Dans un cas, la nature de la maladie est de rester là où elle est; dans l'autre, outre qu'elle reste sur le point primitivement affecté, elle s'étend et se propage vers les parties voisines.

Il s'ensuit que les médications à employer sont différentes; car, tandis que l'on peut laisser marcher l'angine couenneuse scarlatineuse, on ne peut sans danger laisser à elle-même l'angine diphthéritique, qui amène la mort. J'ai employé les cautérisations chez le no 1, la maladie a cessé. Chez le no 10, j'aurais pu ne rien faire, et cependant j'ai fait quelque chose. Est-ce pour le plaisir d'employer une médication? Non. La phlegmasie du pharynx dans la scarlatine a une certaine gravité en ce qu'elle occasionne l'engorgement des ganglions du cou. Les bubons scarlatineux arrivent au cou comme arrivent dans l'aine des bubons quand existe une inflammation ou une lésion du pénis; mais l'action que l'on exerce sur les chancres du pénis, quand existent des bubons inguinaux, retentit sur les ganglions de l'aine, et l'on voit ces ganglions s'affaisser dès que l'inflammation de la muqueuse ou la lésion cessent. Il en est de même pour les bubons scarlatineux qui surviennent au cou. C'est pour cela que j'ai traité l'angine chez le no 10; car je ne me souciais pas de voir survenir chez lui des bubons à cause des inconvénients qu'ils peuvent avoir, tels que l'engorgement ou la gangrène des tissus du cou, et souvent même des complications du côté du cerveau. Or, comme cette mauvaise chance m'était offerte, il m'appartenait d'éteindre au plus vite la phlegmasie scarlatineuse là où elle existait. Je n'ai pas eu d'autre motif pour traiter ce malade.

J'ai employé dans les deux cas des cautérisations avec l'acide chlorhydrique, et j'ai des motifs pour employer cet agent plutôt qu'un autre. En effet, il est facile de s'en servir: son usage est exempt de tout danger. S'il en tombe quelques gouttes sur les parties voisines, il n'y a aucun inconvénient, au contraire.

L'emploi du nitrate acide de mercure est difficile; celui du nitrate d'argent a cet inconvénient qu'il colore en blanc les parties sur lesquelles on le porte, de sorte qu'on ne peut plus distinguer la fausse membrane de l'eschare légère produite par la cautérisation. En outre, les affections angineuses, couenneuses et diphthéritiques ont une fétidité considérable; l'acide chlorhydrique a le grand avantage de la faire disparaître et de modifier les tissus de telle sorte que l'absorption soit moins fâcheuse.

A la suite de ces considérations sur le traitement, M. Trousseau étudie ce qu'on doit entendre par diphthérite, et cite de

nombreuses observations desquelles il résulte que la médication topique est la seule qui modifie la diphthérite, et la seule qu'on doive employer. M.

HOPITAL BEAUJON. — M. Robert.

Considérations et observations sur les rétrécissements circulaires du rectum. — Efficacité de la cautérisation destructive pour détruire ces rétrécissements.

Dans un précédent article (Gaz. des Hôp. du 29 mars), nous avons rapporté deux observations où la cautérisation a été suivie des plus heureux résultats. Nous allons faire connaître maintenant un fait dans lequel cette cautérisation aurait eu les mêmes avantages si les désordres consécutifs à la maladie du rectum n'avaient pas rendu inutile l'amélioration locale obtenue sur cet organe. Ce fait nous permettra en même temps d'étudier l'anatomie pathologique de l'affection dont nous nous occupons spécialement ici.

Obs. — Hardy, âgée de trente ans, blanchisseuse, née à Paris, entrée à l'hôpital Beaujon, n° 360, service de M. Robert, le 14 septembre 1848.

Constitution lymphatique, teint pâle, amaigrissement notable.

Bonne santé habituelle jusqu'à il y a six ans, époque à laquelle de vives douleurs se sont fait sentir au périnée. Il y a eu formation d'un abcès qui s'est ouvert de lui-même, et dont le trajet est resté fistuleux. Par cette fistule sortaient des gaz et un pus fétide.

Il y a trois ans, la malade ressentit de fréquents besoins d'aller à la selle, sans que chaque fois il y eût un résultat; mais les matières étaient d'un volume plus petit qu'auparavant; il n'y avait point de douleur.

Vers le mois de juin 1847, la malade éprouva de grandes pesanteurs au fondement, avec des douleurs s'irradiant dans les reins et vers le coccyx. Les douleurs allèrent toujours en augmentant, et devinrent si vives, lors de la marche, que le mois suivant la malade fut obligée de garder le lit. A cette époque, les règles, qui jusque-là avaient été très régulières dans leur apparition, se supprimèrent. Les matières étaient toujours d'un petit volume, et n'étaient rejetées qu'après de nombreux efforts, pendant lesquels la douleur augmentait. Son état empirant de jour en jour en jour, la malade entre, au mois d'octobre 1847, dans le service de M. Robert, qui constate un rétrécissement du rectum et un léger engorgement utérin. Après deux cautérisations avec la pâte de Vienne et l'introduction de mèches, la malade ressent beaucoup de soulagement.

Au mois de janvier 1848, il se forme un abcès à la fesse droite, qui est ouvert et donne issue à une grande quantité de pus et à des gaz. La malade sort au mois de février sans être guérie; elle rentre le 14 septembre.

Pendant le temps qu'elle a passé hors de l'hôpital, les douleurs du rectum sont revenues plus fortes; le volume des matières a diminué, et il y a eu plus de difficulté pour les expulser; les règles n'ont toujours pas reparu depuis le mois de juin 1847; mais, aux époques, la malade éprouve une grande pesanteur de tête et des douleurs de reins très vives.

Le 15 septembre, on constate deux trajets fistuleux, l'un à la vulve, l'autre à la fesse droite, là où siégeait l'abcès ouvert au mois de janvier. Le doigt, introduit dans le rectum, est arrêté à une distance de 7 à 8 centimètres de l'anus par un bourrelet dur qui ne permet pas même l'introduction de la pulpe du doigt. Au spéculum, on voit un tissu rougeâtre, inégal, présentant une ouverture très étroite à bords déchiquetés. La malade a beaucoup maigri depuis le mois de janvier; le teint est pâle, la face est un peu bouffie; il y a du bruit de souffle dans les carotides; le pouls est fréquent, médiocrement développé; l'appétit est très modéré.

Le 20 septembre, on cautérise pendant cinq minutes le rétrécissement avec la pâte de Vienne solidifiée.

Le 22, on commence à mettre des mèches. La suppuration par l'anus est modérée; mais elle sort en plus grande abondance par le trajet fistuleux de la fesse. Selles plus faciles.

Le 30, on fait une nouvelle cautérisation avec la pâte de Vienne; on laisse le caustique appliqué pendant cinq minutes. La malade souffre beaucoup plus qu'à la première cautérisation.

Le 2 octobre, on reprend l'usage des mèches; la malade va plus facilement à la garde-robe, mais ressent une forte douleur avec sentiment de chaleur dans le rectum.

Elle accuse une douleur vive à la région coccygienne, près de l'ouverture fistuleuse de la fesse.

Le 11 octobre, la malade se plaint toujours de la douleur du coccyx. On explore alors avec un stylet le trajet fistuleux de la fesse, et on le trouve aboutissant au coccyx dénudé et carié; on agrandit ce trajet pour enlever quelques portions du coccyx, mais on ne peut y parvenir. La malade va, du reste, bien à la garde-robe, sans difficulté, et on peut introduire des mèches plus grosses que le pouce; on fait injecter par la plaie de la fesse de l'eau de quinquina, qui passe en partie par le rectum.

Le 29 octobre, on fait l'ouverture d'un abcès qui s'est formé à la fesse droite, et par lequel sortent du pus très fétide et du tissu cellulaire mortifié; du reste, affaiblissement considérable, perte d'appétit, douleurs de ventre, dévoiement, fièvre presque continuelle.

Le 3 novembre, le membre pelvien gauche est infiltré dans toute son étendue, et cause de vives douleurs à la malade; toujours du dévoiement; la malade ne prend plus aucune nourriture; le pouls est très fréquent et très petit.

Le 5 novembre, mort à huit heures du matin.

Autopsie. — Dans différentes parties de l'abdomen, on trouve de nombreuses adhérences, signes d'une ancienne péritonite.

Le pubis scié de chaque côté de la symphyse et enlevé avec la vessie, l'utérus et le vagin, laisse le rectum à découvert dans toute son étendue.

On le fend dans toute sa longueur, et l'on trouve, à 7 ou 8 centimètres de l'anus, une surface noirâtre, inégale, dure au toucher, comme lardacée, sur laquelle se voient plusieurs orifices de trajets fistuleux; tout l'intestin est épaissi en cet endroit, lardacé, et présente un calibre de plusieurs centimètres. Le rectum présente cette altération dans une étendue de 5 centimètres environ. Au-dessus, on voit une ulcération noirâtre, à bords inégaux, au fond de laquelle on distingue très facilement les fibres circulaires du rectum, et qui a la largeur d'une pièce de 5 francs; cette ulcération est voisine de l'S iliaque du colon, où l'on trouve quelques follicules ulcérés. Le coccyx est carié dans toute son étendue, et là viennent aboutir les trajets fistuleux se rendant au rectum, et celui de la fesse.

La veine iliaque primitive gauche, près de son ouverture dans la veine cave, contient, dans une étendue de 4 à 5 centimètres, un liquide épais, rosé, formé par du sang et du pus; lavée, cette veine offre une plaque rougeâtre à sa face interne; la teinte rouge est disposée sous forme de marbrure; les parois sont épaissies. On trouve des caillots dans le reste de la veine iliaque primitive et dans l'hypogastrique. Anémie des reins.

Pas d'abcès métastatiques dans les organes splanchniques.

Rien dans l'utérus.

L'infiltration du membre abdominal gauche se trouve expliquée par l'inflammation veineuse.

Remarques. — Malgré la triste fin qu'a eue, chez la malade de l'observation précédente, la médication caustique, on ne peut méconnaître cependant que cette médication a produit une amélioration locale qui n'est devenue inutile que par suite des désordres trop profonds qui s'étaient déjà développés au moment où le traitement a été commencé. Il est évident que, si la malade s'était trouvée dans les mêmes conditions que celles dont nous avons déjà rapporté les observations, la médication aurait eu, chez elle, le même résultat.

Il s'agirait maintenant de savoir si l'on peut arriver à quelques données générales sur l'étiologie, la nature, le diagnostic, etc., de l'affection dont nous venons de rapporter quelques exemples.

Observation de guérison spontanée d'une hydropisie de l'ovaire, au moyen d'une ouverture ulcérative de la tumeur dans la vessie.

Par John-Hughes Bennett,
Professeur à l'Institut de médecine, et l'un des professeurs de médecine clinique à l'Université d'Edimbourg.

Anne Pyper, domestique, âgée de vingt-cinq ans, fut admise à la clinique des femmes de l'Infirmerie royale, le 8 novembre 1848. Quatorze jours avant elle était accouchée d'un enfant mâle à l'hospice de la Maternité. L'accouchement avait été naturel, et n'avait rien présenté d'extraordinaire. Cependant, après la naissance de l'enfant, l'abdomen demeurant très développé, on soupçonna d'abord qu'un autre fœtus restait dans l'utérus; mais bientôt on découvrit une grosse tumeur qui était mobile, et qui présentait tous les caractères d'une tumeur de l'ovaire gauche.

Lorsque je l'examinai pour la première fois à l'infirmerie, l'abdomen était gonflé comme celui d'une femme grosse de six ou sept mois. La tumeur s'étendait de l'épigastre au pubis, mais elle inclinait considérablement vers le côté gauche; sa surface était irrégulière, et deux grosseurs, chacune de la dimension d'une noix de cacao, existaient vers le centre; elle était tendue et solide au toucher, un peu élastique; mais on n'y découvrait aucun mouvement. La tumeur, solidement fixée, était le siége d'une douleur incessante, particulièrement dans la région lombaire du côté gauche, douleur augmentée soit par la pression, soit par le décubitus de la malade sur le côté droit, soit pendant la station. L'urine était légèrement colorée en jaune et avait son caractère normal. Les appareils digestif, nerveux, respiratoire et circulatoire paraissaient dans le meilleur état. Elle avait remarqué l'existence de la tumeur sept mois avant son accouchement; la douleur s'était fait sentir dès le commencement, et l'accroissement avait été graduel. — Huit sangsues furent appliquées sur la partie la plus douloureuse de l'abdomen.

Pendant quatre jours la malade demeura dans le même état; mais cependant la douleur locale fut calmée par l'application des sangsues.

Le 12 novembre, mon attention fut attirée par l'urine, qui présenta alors un abondant dépôt blanchâtre, occupant les deux cinquièmes du vase; le reste de l'urine était de couleur légèrement ambrée et visqueuse, comme elle ne l'avait jamais été. En examinant ce dépôt avec le microscope, on le trouva composé de pus et de quelques corpuscules grenelés. La partie claire de l'urine se coagula fortement par la chaleur et par l'acide nitrique.

J'imaginai d'abord que la tumeur avait débordé, crevé dans le vagin; mais la malade et sa garde m'assurèrent qu'il n'y avait aucun écoulement dans les intervalles de la miction, et que tout ce liquide provenait bien de la vessie.

L'urine présenta ces mêmes caractères pendant les trois jours suivants. Sa quantité était d'environ trois pintes en vingt-quatre heures.

Le 15 novembre, j'observai que la tumeur avait un peu diminué de volume; sa dureté, sa tension avaient disparu; on pouvait même discerner positivement une certaine oscillation. J'ordonnai d'appliquer fortement autour de l'abdomen un large bourrelet de flanelle, et la compression fut faite au moyen de cartons que l'on avait d'abord mouillés et modelés selon la configuration de la surface abdominale.

A partir de ce moment, le volume de l'abdomen diminua rapidement, tandis que la quantité de liquide purulent et visqueux provenant de la vessie varia de trois à cinq pintes dans les vingt-quatre heures. L'état général de la santé et l'appétit continuant à être bons, on ordonna un régime nourrissant et quatre onces de vin par jour.

Le 23, la quantité de pus contenu dans l'urine était fort diminuée, et le reste de l'urine ne devenait un peu épais que si l'on y ajoutait de l'acide nitrique.

Le 27, l'abdomen était rentré dans son état normal, quoiqu'on pût facilement constater qu'une masse compacte (évidemment le sac de l'ovaire affaissé) occupait les régions hypocondriaque et iliaque gauches. La quantité des urines devint alors naturelle; elles ne présentèrent plus qu'un léger sédiment qui, observé au microscope, se composait de quelques cristaux d'oxalate de chaux et de quelques globules de pus.

On peut dire qu'à partir de cette époque la malade fut guérie. Elle souffrit encore un peu de malaises dans le côté gauche, qui, lorsqu'ils allaient jusqu'à la douleur, étaient dissipés par l'application de quatre sangsues et d'un petit vésicatoire. Une fois, la piqûre d'une des sangsues s'enflamma superficiellement; mais elle fut promptement guérie.

La malade fut renvoyée le 18 décembre, se trouvant parfaitement bien sous tous les rapports, étant levée et marchant dans l'hospice depuis quinze jours au moins. La masse compacte de la région iliaque du côté gauche avait beaucoup diminué de volume; mais, quoiqu'elle ne fût plus perceptible pour l'œil, elle l'était encore fortement au toucher.

(*Monthly Journal*, février 1849.)

ACADEMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 avril 1849. — Présidence de M. Velpeau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance imprimée comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'une formule prophylactique contre le choléra.

2° Une lettre du même ministre, avec envoi d'un remède propre à guérir la teigne.

3° Une troisième lettre du même ministre, avec envoi d'un rapport de M. le docteur Bérard, de Saint-Jean-d'Angely, sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Dampierre.

4° Une lettre de M. ministre de l'instruction publique, avec envoi d'un échantillon d'une substance dite *poudre alimentaire*, propre à confectionner une *crème nutritive*.

— La correspondance manuscrite comprend les communications suivantes :

1° Fait intéressant de taille bilatérale; par M. Cazenave, de Bordeaux.

2° Résection d'une exubérance du col utérin chez une fille vierge, par le même.

3° Une lettre de M. Brochard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Nogent-le-Rotrou, contenant la narration des faits suivants :

Dans la nuit du 30 au 31 mars, arrivée d'une voiture de nourrices de la rue Sainte-Apolline. Dans cette voiture, se trouvait une nourrice qui avait déjà la diarrhée en partant de Paris, qui l'eut plus fort encore en route, et qui présenta tous les caractères du choléra dès le samedi. Le lendemain de son arrivée dans la commune de Brunelles, cette femme mourut. Le nourrisson mourut du choléra dans la nuit du dimanche au lundi.

La femme Benoît, nourrice du *même convoi*, fut prise du choléra, à Nogent, le dimanche matin, et mourut le lundi à deux heures. Deux des femmes qui ont soigné la femme Benoît ont été prises du choléra à quelques jours d'intervalle.

Une des femmes qui ont soigné la nourrice de Brunelles est également morte du choléra; mais aucun autre cas ne s'est manifesté dans cette commune.

Mais à Nogent-le-Rotrou, il y a eu, depuis le 1er avril, plus de trente cas de choléra *mortels*, et une vingtaine sont encore en traitement.

On n'est pas aussi secondé qu'on le voudrait bien par les personnes qui entourent les cholériques, parce que l'idée de la contagion effraie.

4° Une lettre de M. Murville, chirurgien de l'hôpital militaire de Lille, renfermant les détails suivants :

Le premier malade atteint du choléra dans les environs de Lille habitait une maison malsaine, située à proximité du canal de la Deule. Il est avéré que ce malade n'a eu aucun rapport avec d'autres individus atteints du choléra, et qu'il n'a fait aucun voyage dans des lieux où régnait l'épidémie; mais la maladie sévissait dans le village de Sautes, situé à deux lieues de Lille, près de la petite rivière de la Deule. Le second et le troisième malades étaient des membres de la famille du premier, et habitaient sous le même toît.

Le quatrième malade n'a eu aucun rapport avec les précédents, du domicile desquels le sien était éloigné d'une portée de fusil.

Le cinquième malade habitait une maison en face de celle qu'habitait le quatrième.

Le premier cas de l'intérieur de la ville s'est manifesté dans une rue (de la Baignerie) située près du canal qui communique avec la Deule.

Une dame habitant le faubourg de Gand, où régnait avec intensité l'épidémie, vient, dans la ville, habiter avec sa famille; pendant trois jours, elle ne présente aucun symptôme de maladie, puis elle est tout à coup prise d'un choléra intense qui la tue dans la journée. Aucun autre membre de la famille n'est affecté.

Une lettre de M. Burq, externe-interne à l'hôpital Cochin, qui propose, pour faire cesser les crampes, d'entourer les membres, et au besoin le tronc, de bandes de cuivre, qu'il désigne sous le nom de *bracelets*. Cet appareil a été expérimenté avec succès, suivant l'auteur, à Cochin, à la Salpêtrière et au Val-de-Grâce.

6° M. Lemazurier, correspondant de l'Académie, à Versailles, adresse les renseignements suivants sur la marche de l'épidémie dans le département de Seine-et-Oise.

Le choléra s'est montré à la Maison centrale de Poissy presque en même temps qu'au Dépôt de mendicité de Saint-Denis; 2 cas de choléra y ont été observés, 3 se sont montrés dans la ville. A la même époque, c'est-à-dire dans la première quinzaine de mars, les communes de Meulan, Conflans-Sainte-Honorine, de Saint-Gratien, de Saint-Cloud, de Saint-Germain, d'Argenteuil, de Bazoin, d'Herbley et de Limay, ont présenté des cas de choléra, mais dans une proportion très minime, si l'on compare ce qui se passe maintenant avec ce que l'on observait en 1832; la commune d'Argenteuil a seule présenté une exception. Au 4 avril dernier, il s'y était déjà montré sur une assez grande échelle, et 10 décès avaient été observés; plusieurs avaient eu lieu dans la même maison, le choléra ayant d'abord attaqué un enfant au berceau et ensuite la nourrice.

Quant à Versailles, si favorisé en 1832, il continue, sauf une exception peu importante, à jouir de la même immunité; 5 cas ont été observés, tant dans l'hospice civil que dans la ville. En ville, j'en ai observé un sur une femme de soixante ans, garde-malade, fatiguée par de longues veilles, et qui avait négligé une cholérine datant de quatre jours. Elle a été emportée en moins de vingt-quatre heures. La période algide était complète, si ce n'est que la langue était restée dans l'état naturel, et la réaction n'a pu être obtenue.

La proportion de la mortalité a été la même à peu près qu'à Paris.

7° M. Plouviez, de Lille, envoie un rapport sur le traitement prophylactique du choléra, dont voici les conclusions :

1° Le choléra asiatique a des symptômes avant-coureurs au moins 95 fois sur 100;

2° Le symptôme précurseur qu'il importe le plus de combattre est la diarrhée, quelle qu'en soit la nature;

3° La diarrhée, les vomissements et même les crampes précèdent d'une ou plusieurs heures et d'autres fois d'un ou plusieurs jours le froid glacial, la cyanose, la faiblesse ou l'absence du pouls;

4° Quand les évacuations ne discontinuent pas, le choléra ne peut pas tarder à se développer. Lorsqu'elles se succèdent copieuses, blanches toutes les dix, quinze minutes, le danger est proche. Si elles viennent un peu plus rarement, il peut tarder un ou plusieurs jours; toutefois, il ne faut pas placer trop de confiance dans cette rareté;

5° Le médecin doit interroger minutieusement son malade, afin qu'il se rende compte des pertes plus ou moins abondantes qui ont eu lieu et du temps précis où les évacuations ont commencé. Il jugera souvent ainsi de la curabilité plus ou moins probable du choléra;

6° L'ipécacuanha et le laudanum de Sydenham sont incontestablement les agents les plus précieux que nous ayons pour attaquer efficacement les préludes de cette cruelle épidémie. L'ipécacuanha doit toujours être mis en première ligne, et, s'il n'est pas un spécifique dans toute l'acception du mot, c'est assurément le médicament le plus certain que nous connaissions;

7° Afin que les personnes étrangères à l'art de guérir puissent un jour apprendre à se mettre en mesure contre ce fléau, il faudrait annoncer aux populations son arrivée possible et faire une instruction claire, simple, fondée sur les idées exprimées dans le cours de ce Mémoire.

8° Une lettre de M. Delaroque, qui considère comme le meilleur mode de traitement du choléra celui composé ainsi qu'il suit :

Dans la cholérine comme dans le choléra, il commence par administrer deux, trois ou quatre onces de sirop d'ipéca étendu dans un bol d'eau de tilleul très chaude et donnée de quart en quart d'heure. Une fois que les vomissements provoqués sont bien établis, on cesse l'emploi du sirop et l'on donne de l'eau de tilleul sucrée en grande abondance. Sous l'influence de cette médication, tous les symptômes ont considérablement diminué ou même disparu en trente-six heures. La sueur se montrant communément au bout de quelques heures, on la favorise avec du sirop de coquelicot, que l'on met dans l'eau de tilleul, et avec une potion laudanisée et éthérée. Si cette médication ne suffit pas pour modérer les « inquiétudes musculaires, » on fait des frictions avec l'éther, le chloroforme et le baume tranquille. On tient le lit chaud.

Le deuxième jour, on n'emploie aucune autre médication, et, quand « la chaleur a cessé, » on administre 48 grammes d'huile de ricin, qui, chez presque tous les malades, déterminent de nombreuses évacuations blanchâtres. L'effet du purgatif terminé, on prescrit un quart de lavement avec laudanum 12 gouttes.

Dans tous les cas de cholérine, la guérison ne s'est pas fait attendre plus de deux jours. Sur quatre cas de choléra traités par l'auteur, il n'a éprouvé aucun insuccès. Chez un cinquième malade, qui était expirant quand l'auteur a été appelé, il n'a pas osé mettre la méthode en usage et la mort a eu lieu.

— M. le Président invite les membres qui ont fait usage du stachys a rendre compte des faits qu'ils ont observés, afin que l'Académie puisse répondre au ministre, qui désire savoir l'opinion des membres de cette Compagnie sur la valeur de cette plante dans le traitement du choléra.

M. Cruveilhier n'a employé le stachys que dans un seul cas; la malade, c'était une femme âgée, était arrivée à une période avancée de la maladie; elle a pu prendre une grande quantité d'infusion concurremment avec des stimulants et des opiacés; elle a succombé après douze heures de traitement.

M. Baillarger. Je n'ai pas cru, non plus que M. Cruveilhier, devoir employer le teucrium seul et comme un spécifique. Les trois malades sur lesquels ce médicament a été essayé et qui tous les trois ont guéri, ont en même temps pris de l'opium en lavement, et on a mis en usage, pour amener la réaction, les moyens ordinaires. Le teucrium se trouvait donc ici purement substitué aux tisanes et aux potions excitantes. Sous ce rapport, et dans cette limite, je crois qu'il peut être utile par le double avantage qu'il semble avoir d'être sudorifique et astringent. Je le crois surtout appelé à rendre des services pour arrêter rapidement la diarrhée qui précède si souvent l'invasion du choléra. Une sous-surveillante de mon service est prise d'une diarrhée séreuse très forte, qui résiste pendant deux jours à l'opium et aux tisanes astringentes; le troisième jour, il y avait encore eu plus de vingt selles dans les vingt-quatre heures : c'est alors que l'infusion du teucrium fut administrée. Le lendemain il n'y avait plus eu que deux selles, et le second jour de l'emploi de la nouvelle tisane, cette diarrhée avait complètement cessé.

Chez les trois malades atteints de choléra, qui ont pris l'infusion du teucrium, le phénomène le plus tranché a été l'abondance de la sueur. Chez l'un de ces malades, des vomissements abondants survenus pendant la réaction ramenèrent tout à coup un refroidissement général et une prostration extrême; la tisane fut néanmoins continuée, et la réaction suivie de sueur fut obtenue une seconde fois.

Les vomissements que provoquent d'abord l'infusion du teucrium doivent persister d'autant plus que cette infusion est plus forte, et par conséquent plus amère. A la dose de 10 grammes pour un litre, la tisane édulcorée est plutôt agréable que désagréable au goût, et les malades la supportent facilement.

Des trois cas de choléra dont j'ai parlé, l'un était léger et aurait probablement guéri par toute autre médication. Quant aux deux autres cas, outre que le teucrium n'a pas été employé seul, ils ne sauraient suffire pour servir de base à une opinion, et ne peuvent qu'engager à faire de nouvelles tentatives.

J'ajouterai que M. Barth a essayé quatre fois le même médicament à l'infirmerie de la Salpêtrière, et qu'il a échoué dans les quatre cas.

— M. Gibert communique d'abord en peu de mots le résultat de ses expériences sur le *stachis*, qui ne lui paraît pas en somme plus actif que nos espèces aromatiques indigènes. J'annonce avec satisfaction, ajoute t-il, qu'hier une seule admission nouvelle a eu lieu à l'hôpital Saint-Louis.

Le chiffre total du bureau depuis le 10 mars comprend aujourd'hui 152 cas, sur lesquels 79 décès.

Le chiffre spécial de mon service est de 82 cholériques, sur lesquels nous comptons 39 décès, 17 sortis guéris, et la plupart de ceux qui restent en voie de convalescence.

On remarquera que ces proportions sont plus avantageuses que celles du relevé général de l'hôpital, et pourraient être invoquées en faveur de la médication, que j'appellerai rationnelle ou *naturelle*, et qui me paraît jusqu'ici devoir être préférée aux remèdes empiriques et surtout aux médications actives. Dans mes salles, comme je l'ai dit dans la dernière séance, on n'a employé ni spécifique d'aucune sorte (car le *stachis*, administré à quelques malades, ne doit pas être regardé comme un spécifique), ni émission sanguine, ni vomitif, ni purgatif, ni même le bain d'air chaud ou de vapeur.

Or dans les autres services où des remèdes spécifiques divers ont été tentés, un relevé fait par le bureau de l'hôpital et poussé seulement jusqu'au 17 avril, donne les proportions suivantes :

		Cas	Décès
Femmes :	Saint-Thomas	18 cas,	8 décès.
	Pavillon Gabrielle	1	1
Hommes :	Saint-Mathieu	4	2
	Henri IV	13	9
	Saint-Augustin	3	3
	Saint-Louis	11	8

Tandis que dans mes salles, durant le même espace de temps, le bureau a relevé

	Cas	Décès
Chez les hommes : Saint-Charles	39 cas,	17 décès.
Et chez les femmes : Saint-Jean	30	12

On m'accordera, je l'espère, que ce relevé n'est point à l'avantage des médications empiriques. C'est à tort, selon moi, que l'on a cherché dans la séance précédente à tant déprécier la méthode que j'appellerai *naturelle*, et qui à défaut de remède spécifique connu et apprécié, doit être regardée comme rationnelle.

Il est curieux de noter que le même résultat avait déjà été obtenu de la grande et terrible expérience de 1832, où les méthodes empiriques et surtout les médications actives (telles que celle de Broussais, par exemple) avaient généralement donné une proportion de mortalité plus grande que les autres.

— M. Guérin donne lecture d'une longue lettre relative à la question de la contagion. Nous sommes obligé d'en remettre l'impression à notre prochain numéro.

M. Martin-Solon dit que, s'il y a un fait dans l'histoire du choléra sur lequel il ne puisse pas rester d'incertitude, c'est celui de la non-contagion de la maladie. Les quelques faits épars qu'on oppose à la masse de faits qui prouvent la non-contagion, soumis à une étude attentive, perdent toujours la valeur qu'on leur accorde. Tels sont, par exemple, ceux qu'on a observés à Nogent-le-Rotrou; il est probable que ceux qui sont consignés dans la lettre de M. Guérin ne prouveraient pas davantage; ce sont de simples coïncidences.

M. le Président. J'ai soutenu en 1832 une opinion contraire à celle de M. Martin-Solon, et je crains bien que les faits ne viennent me donner raison; mais il me semble que le moment n'est peut-être pas très opportun pour discuter la question de la contagion, et je crois que l'Académie ferait bien de la réserver.

M. Rochoux. Le reproche d'avoir cherché à déprécier la méthode dite *rationnelle* ou plutôt de tâtonnement, à *juvantibus et tedentibus*, ne s'adressant qu'à moi, il faut bien montrer qu'il n'est pas fondé. Pour cela, il me suffit de rappeler que, dans la dernière séance, j'ai considéré cette méthode comme étant, vu l'absence de tout traitement méthodique, un assez tolérable pis-aller; mais je n'ai pas pu m'empêcher de dire que c'était là un traitement vraiment précaire. Dans un petit travail sur l'épidémie de 1832, j'ai parlé comme je fais à présent, et l'expérience actuelle n'est pas, ce me semble, trop défavorable à ma façon de penser.

Un mot maintenant sur la contagion du choléra. Si cette opinion avait la vérité pour elle, il faudrait le déclarer franchement; car toute vérité non-seulement est bonne à dire, elle est encore ici-has le vrai bien, et par conséquent toujours désirable. Si donc je m'élève contre la contagion du choléra, c'est parce que, chercher à la défendre, c'est vouloir propager l'erreur. Il ne me sera pas difficile de vous en convaincre.

La contagion d'une maladie se prouve par le danger attaché à l'approche des malades. Or, il n'y a pas plus d'inconvénients à soigner des cholériques qu'à panser une fracture de cuisse. Voyez, au contraire, ce qui se passe par rapport au typhus nosocomial; médecins, confesseurs, élèves, infirmiers, infirmières, etc., sont pour la plupart atteints du mal qu'ils s'exposent à contracter. C'est ce qu'a présenté, comme toutes les autres, la dernière épidémie d'Irlande. Mais, dans le choléra, rien de pareil ne s'observe; il n'est donc pas contagieux.

M. le Président. Je crois devoir réitérer ma prière à l'Académie au sujet de la discussion sur la contagion.

M. Emery. Il n'y a pas de localité plus malsaine que celle du dépôt de Saint-Denis; le 27 février, quinze cas se déclarent soudainement, et cependant, parmi les détenus qui se trouvent en contact avec les cholériques, aucun ne contracte la maladie, malgré les conditions qui paraissaient éminemment propres à en favoriser le développement.

En 1832, le choléra se déclare avec intensité dans une caserne de pompiers; je disperse tous les pompiers de cette caserne dans plusieurs autres, et dans aucun cependant le choléra ne se développe.

M. Guérin. Je n'ai point voulu résoudre la question de la contagion par les faits que j'ai rapportés; je n'ai même pas voulu soulever un débat approfondi sur cette question; mais je dois affirmer que les faits contenus dans la lettre dont j'ai donné lecture sont très sérieux et très bien observés.

M. Collineau. A Saint-Lazare, il y a deux divisions; c'est dans celle qui renferme les sujets les plus robustes qu'il y a cinq cas de choléra (parmi les filles publiques); dans l'autre division dont je suis le médecin, et qui a une population cacochyme, il ne s'est manifesté jusqu'à présent aucun cas, quoiqu'il me soit arrivé plusieurs détenues du dépôt de Saint-Denis, où régnait l'épidémie.

M. Bouvier. Pour que les faits cités par M. Guérin eussent quelque valeur, il faudrait d'abord établir que la localité où ils ont été observés n'était pas prédisposée au choléra.

M. Guérin. Je dirai que le choléra s'est borné à une seule famille; le pays n'était donc nullement prédisposé à l'invasion de la maladie.

M. Fr. Dubois. Je crois que l'Académie ne doit pas dans ce moment aborder à fond la question de la contagion; mais je crois que, sans discuter cette question, l'Académie doit entendre et prendre connaissance de tous les faits qui s'y rapportent et qui peuvent aider à la résoudre.

M. Bégin. Je suis d'un avis précisément opposé à celui de M. le secrétaire perpétuel. Je ne comprends pas, lorsqu'on sait les immenses inconvénients qu'il peut y avoir pour les malheureux malades à propager les idées de contagion, comment on ose proclamer publiquement les faits qui peuvent ébranler l'opinion contraire et que des médecins ne craignent pas de communiquer ces faits. S'ils étaient vrais, il faudrait encore les taire par humanité, à plus forte raison faut-il les garder pour soi quand ils ne prouvent rien. Je propose à l'Académie de passer à l'ordre du jour en déclarant que les faits tendant à démontrer la contagion du choléra ne sont ni assez nombreux ni assez bien observés pour ébranler en quoi que ce soit l'opinion contraire généralement admise.

M. Fr. Dubois. Je crois qu'on peut se dispenser d'entrer dans la discussion de la contagion; mais je ne pense pas que l'Académie puisse se dispenser d'accueillir les faits qui lui sont envoyés, et qu'elle a même sollicités de ses correspondants.

— M. Hutin présente un cas de cancer de la base du crâne qui a perforé les os de cette base et envahi la dure-mère et le cerveau sans qu'aucune douleur de tête se soit fait sentir.

— M. Bouvier présente l'intestin grêle d'un cholérique, sur lequel on voit des destructions évidentes de la muqueuse produites par des escharres qui se sont détachées de la surface intestinale; ces escharres n'étaient autre chose que ce que l'on a décrit sous le nom de plaques jaunes ou bilieuses.

Nouvelle observation de luxation complète de l'avant-bras en dehors.

Nous recevons de notre honorable confrère, M. le docteur Perrin, de Pontvallain (Sarthe), la communication suivante :

Monsieur le Rédacteur,

Aux deux faits intéressants de luxation complète des os de l'avant-bras en dehors publiés dans votre numéro du 17, et qui appartiennent l'un à M. Nélaton et l'autre à M. Robert, je viens vous prier de donner place dans votre estimable journal à un troisième exemple de cette curieuse luxation, que j'ai eu l'occasion d'observer il y a déjà plusieurs années. Il s'agit cette fois d'une luxation récente.

Je copie textuellement et sans réflexions la note que j'ai recueillie à cette époque.

Observation d'une luxation latérale externe et complète de l'avant-bras.

« Au mois de mars 1845, un fermier, âgé de trente-cinq ans, de haute stature, maigre, vigoureux, étant au haut d'une échelle, dont les montants vermoulus vinrent tout à coup à se briser sous lui,

tomba sur le coude gauche, et se releva sans pouvoir se servir de son membre.

» J'arrivai trois heures après l'accident. Le malade souffrait horriblement et m'attendait avec une grande impatience.

» Voici ce que je constatai :

» Déformation complète du coude, augmentation de sa circonférence, et surtout de son diamètre transversal; l'avant-bras, fléchi sur le bras à angle obtus, est situé en pronation; tout mouvement de flexion ou d'extention est impossible. Les mouvements de pronation et de supination sont très incomplets et douloureux.

» En suivant avec le doigt et de bas en haut le corps du cubitus, on arrive à l'olécrane, qui est tout à fait situé en debors et au côté externe de l'extrémité inférieure de l'humérus. A la place où existe normalement la pointe du coude, on trouve la cavité olécranienne complétement vide. Le tendon du triceps brachial qui s'insère à l'olécrane est saillant, tendu et dévié en debors. En dedans, l'épitrochlée soulève douloureusement et fortement la peau : celle-ci est amincie, tendue et comprimée au point, à coup sûr, de s'enflammer et de s'ulcérer en quelques jours s'il n'y a réduction prompte et immédiate. Le tendon du biceps est contracté et forme corde au-devant de l'articulation fléchie.

» Les tentatives de réduction furent aussi simples qu'heureuses : le malade est assis; un aide saisit et fixe l'épaule, un autre le poignet; ils sont là pour maintenir solidement et immobiliser le membre et le tronc du malade plutôt que pour exercer une extension et une contre-extension véritables. — De la main gauche embrassant l'extrémité inférieure du bras, je saisis en même temps de l'autre main l'extrémité supérieure de l'avant-bras en appuyant fortement le pouce sur le côté externe de l'olécrane. Alors, exerçant sur le bras et l'avant-bras une traction en sens inverse et suivant le diamètre transversal de l'article, je cherchai à éloigner latéralement de l'humérus les os de l'avant-bras, et simultanément à repousser vigoureusement à l'aide du pouce droit de debors en arrière l'olécrane de manière à le diriger vers sa cavité naturelle. Au bout de quelques minutes, ces efforts de réduction réussirent à merveillle, et cela sans déploiement considérable de force musculaire de ma part. Le recouvrement instantané de tous les mouvements et le retour de la conformation régulière du coude m'indiquèrent que la réduction était bien complète.

» J'appliquai un bandage en 8 de chiffre imbibé, pendant deux jours consécutifs, d'une liqueur résolutive, et je fis placer le bras en écharpe. Les jours suivants, un gonflement œdémateux considérable s'empara de la main et de tout l'avant-bras, en même temps qu'une large ecchymose apparut à la partie interne du bras. La résolution ne se fit pas attendre longtemps, et à partir du second jour de la réduction toute douleur avait cessé pour le malade. »

Société médicale des hôpitaux de Paris.

Dans l'impossibilité où nous nous trouvons encore aujourd'hui de publier les statuts de cette nouvelle Société, nous nous bornons à faire connaître la lettre adressée par les membres fondateurs à tous leurs collègues.

Très honoré collègue,

Frappés des avantages que pourrait présenter pour la science, pour l'humanité et pour nos propres intérêts, une Société qui réunirait tous les médecins des hôpitaux, nous avons cru pouvoir prendre l'initiative, en posant les bases d'une *Société médicale des hôpitaux de Paris*, au principe et aux statuts de laquelle nous venons vous demander d'adhérer.

Nous n'avons pas besoin, sans doute, de vous signaler tout ce que la science peut gagner dans ce commerce régulier qui s'établira entre les médecins des hôpitaux civils et militaires, et où les trésors d'une si vaste pratique, disséminés ou perdus jusqu'ici, seront désormais mis à profit pour l'expérience de tous et pour le bien de l'humanité. Les utiles travaux et le succès de la Société de Chirurgie, fondée depuis plus de cinq ans, sont pour nous un exemple et un encouragement.

En outre, au moment où l'organisation nouvelle de l'assistance publique, à Paris, appelle les médecins à participer d'une manière active, quoique dans une limite étroite, à l'administration des établissements hospitaliers, il est de la plus haute importance que nous ne nous trouvions pas pris au dépourvu, et que nous travaillious ensemble à nous pénétrer de ces nouveaux devoirs, et à connaître ceux d'entre nous qui nous paraîtront les plus dignes de nous représenter dans les conseils où nous devons trouver place.

Nous espérons donc, très honoré collègue, que vous accueillerez avec faveur le projet que nous vous soumettons, et que vous voudrez bien examiner les dispositions des statuts qui doivent servir de base à notre Association. Nous appelons spécialement votre attention sur les articles 5, 6 et 21. Vous y verrez qu'il suffit d'une simple adhésion de votre part pour que vous entriez *de plein droit*, *sans conditions et sans frais de diplôme*, dans la Société. Cette faculté exceptionnelle cessera d'être accordée après un délai de deux mois, afin que l'Association puisse se compléter et jouir sans retard de tous ses développements et de toute son activité.

Vous ne ferez pas défaut, très honoré collègue, à cette réunion qui peut exercer tant d'influence sur la position scientifique et morale des médecins des hôpitaux. Nous avons la confiance que vous apprécierez les motifs qui nous ont portés à vous adresser cet appel, et nous comptons sur votre utile concours.

Agréez, très honoré collègue, l'expression de nos sentiments de haute considération et de dévouement confraternel.

Legroux, médecin de l'hôpital Beaujon; Sandras, méd. de l'hôpital Beaujon; Requin, méd. de la Maison nationale de Santé; Nonat, méd. de l'hôp. Cochin; Bazin, méd. de l'hôp. Saint-Louis; J. Pelletan, méd. de l'hôp. de Bicêtre; Valleix, méd. de l'hôp. Sainte-Marguerite; Grisolle, méd. de l'hôp. Saint-Antoine; Beau, médecin de l'hôp. Saint-Antoine; Barth, méd. de l'hôp. de la Salpêtrière; Monneret, méd. de l'hôp. Bon-Secours; Hardy, méd. de l'hôp. Bon-Secours; H. Roger, méd. du Bureau des nourrices; Tessier, méd. de l'hôp. Sainte-Marguerite; Gillette, méd. de l'hôp. Bon-Secours; Marrotte, méd. de l'hôp. Sainte-Marguerite; C. Baron, méd. de Sainte-Périne; Gueneau de Mussy (Noël), méd. de l'hôp. Lourcine; Vigla, méd. du service de la teigne; Béhier, méd. de l'hôp. Bon-Secours; Vernois, méd. du Bureau central; Bouley, id.; Moissenet, id.; Barthez, id.; Gueneau de Mussy (Henri), id.; Piroux, id.; Cazalis, id.; A. Tardieu, id.; Legendre, id.; Léger, id.; Becquerel, id.

Nota. — Vous êtes prié d'adresser l'adhésion ci-jointe, dans le plus bref délai, à M. le docteur Legroux, doyen et président de l'Association du Bureau central, rue Richelieu, 24.

Une convocation spéciale vous indiquera le jour où la Société se réunira pour la première fois et le lieu où elle tiendra ses séances.

Compte-rendu annuel des travaux de la Société nationale de médecine de Marseille.

A travers les agitations politiques de l'année qui vient de s'écouler, la Société nationale de médecine de Marseille a continué sans interruption ses travaux scientifiques. Dans la séance du 3 décembre dernier, M. le docteur Pierson, devant un brillant concours d'assistants, a exposé dans un remarquable compte-rendu les nombreux travaux que la Société avait accomplis pendant l'année; ce compte-rendu, qui n'a pas moins de 100 pages, quoiqu'il ne soit qu'une nomenclature raisonnée, un jugement précis sur les différents travaux de la Société, prouve assez l'importance de ces travaux; malheureusement, la nature même de ce compte-rendu en rend toute analyse impossible, et nous devons nous borner ici à en faire une simple mention.

Ce compte-rendu se termine par quelques éloges donnés par M. Sicard aux membres décédés.

M. Sollier, président, rappelle que la Société a mis au concours la question suivante :

« Rechercher le véritable mode d'action des eaux de mer tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

» Prises en bains, agissent-elles plus particulièrement par leur température froide, par le mouvement naturel des vagues ou par les substances salines et autres qu'elles contiennent?

» Les eaux de mer perdent-elles de leur énergie ou deviennent-elles plus actives en les faisant chauffer?

» Quels sont, enfin, les tempéraments et surtout les affections qui, dans l'état actuel de la science, indiquent ou contre-indiquent l'usage des eaux de mer. »

L'auteur du meilleur mémoire recevra une médaille d'or du prix de trois cents francs.

Les mémoires devront être adressés, avant le 1er septembre 1849, franc de port, et dans les formes académiques, à M. Pierson, secrétaire général.

VARIÉTÉS MÉDICALES. — MALADIES ÉPIDÉMIQUES. — CHOLÉRA.

En ce moment où l'apparition du *choléra* donne naissance à une foule de préservatifs et de spécifiques contre cette épidémie, nous croyons devoir rappeler les lignes suivantes publiées par la commission de l'Institut et insérées dans le *Bulletin de l'Académie des sciences* :

« *On ne saurait* trop, disent les savants membres de cette com-
» mission, se garder des prétendus spécifiques qui sont vantés
» comme ayant produit des guérisons et qui, mis à l'épreuve, trom-
» peraient les intentions de ceux qui les emploieraient, etc., etc. »

Mais, s'il est d'une extrême importance d'éviter l'emploi des remèdes actifs et des agents prétendus préservatifs qui peuvent apporter du trouble dans les fonctions digestives, l'expérience a prouvé l'utilité et même la nécessité d'observer fidèlement les règles de l'hygiène, et de faire usage d'aliments sains et de *facile digestion*; parmi ces aliments, on doit surtout citer ici le Racahout préparé par M. Delangrenier; ce n'est pas, toutefois, comme préservatif que nous indiquons cet aliment approuvé par l'Académie de Médecine, mais bien parce qu'il constitue un déjeuner sain et léger, utile surtout pour donner du ton à l'estomac et maintenir les *viscères abdominaux* dans les meilleures conditions possibles.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 28 AVRIL 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 50.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 27 AVRIL 1849.

Marche du choléra.

Si, comme il est permis de l'espérer, l'épidémie continue à décroître aussi rapidement qu'elle le fait depuis quelques jours, le moment n'est pas éloigné où nous en serons complètement débarrassés. Dans les cinq grands hôpitaux, le nombre des entrées n'a été, dans les dernières quarante-huit heures, que de 77. C'est un chiffre presque insignifiant à côté de celui qu'on observait il y a quinze jours. L'hospice de la Salpêtrière a été plus heureux encore que les autres établissements : aucun nouveau cas ne s'y est déclaré depuis avant-hier. Les hôpitaux militaires ont également éprouvé une amélioration marquée, quoique dans des proportions un peu moins considérables que les établissements civils. La différence entre ces deux sortes d'établissements est surtout considérable lorsque l'on considère la gravité des cas; ainsi, tandis que la maladie diminue de gravité dans les hôpitaux civils en même temps qu'elle diminue en nombre, dans les hôpitaux militaires, au contraire, la gravité se maintient au même degré que dans le fort de l'épidémie, si même elle n'augmente. C'est là une particularité fort remarquable, et qui mérite de fixer l'attention des observateurs.

Nous avons entendu dire que dans la ville, l'épidémie était loin de suivre la même marche que dans les hôpitaux; qu'au lieu de décroître, elle était même en voie d'augmentation. Nos informations particulières ne nous permettent pas de partager cette opinion. Pendant la semaine dernière et les premiers jours de la semaine qui finit, le nombre des cas de la ville paraissait, en effet, suivre une progression croissante; mais depuis trois ou quatre jours, les nombreux praticiens que nous avons interrogés n'ont pas eu à soigner un seul cholérique. Il nous paraît donc certain que l'épidémie diminue sur tous les points de la ville en même temps que dans toutes les classes de la société.

PARIS.	NOMBRE DE CAS.	DÉCÈS.	SORTIES.
Salpêtrière	821	583	»
Bicêtre	65	41	»
Ménages	25	17	»
Incurables (femmes)	1	1	»
Larochefoucauld	5	3	2
	917	645	2
Report,	917	645	2
Hôtel-Dieu	305	149	82
Charité	226	137	40
Pitié	230	111	63
Saint-Louis	164	85	29
Beaujon	105	68	14
Necker	46	31	7
Enfants-Malades	18	10	4
Saint-Antoine	35	21	4
Cochin	11	3	3
Sainte-Marguerite	31	16	6
Bon-Secours	34	21	6
Cliniques	24	20	9
Lourcine	12	2	1
Maison de Santé	21	16	3
Invalides	15	12	»
Val-de-Grâce	190	50	»
Gros-Caillou	228	84	»
Hôpital militaire du Roule	90	37	10
Hôpital milit. Popincourt	40	10	»
Prison de Saint-Lazare	6	4	»
Total,	2747	1532	283

Revue clinique hebdomadaire.

Contagion du choléra. — Quoique nous pensions avoir posé, dans notre dernier article, la question de la contagion dans ses véritables termes, en montrant que ce n'était point à l'aide de quelques observations particulières, mais bien par l'ensemble des faits, qu'il fallait chercher à la résoudre, notre intention cependant n'est point de passer sous silence celles d'entre ces observations particulières qui pourraient paraître opposées à notre opinion, que nous serions d'ailleurs très disposé à modifier si des faits nombreux et concluants nous semblaient lui être contraires. Nous reproduisons donc aujourd'hui textuellement la lettre lue dans la dernière séance de l'Académie par M. J. Guérin, et qui n'a pas laissé que de faire une certaine impression sur l'auditoire. Nous ajouterons même aux faits consignés dans cette lettre deux autres faits qui ont avec eux une certaine analogie, et que nous avons observés à l'Hôtel-Dieu.

OBS. I. — Il n'y avait à Hamel, commune rurale à 25 kilomètres d'Amiens, non plus que dans les communes voisines, aucun cas de cholérine ni de choléra, lorsque, le mercredi 4 avril, arrive dans ce village, venant de Paris où il tenait garnison, un soldat nommé Guilbert, du 52e de ligne, je crois, et atteint de diarrhée. La diarrhée, ainsi que ce militaire nous l'a dit, à M. le docteur Rigollot et à moi, à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, où il est venu se faire guérir, datait déjà de quelques jours et avait été accompagnée, dès le début, de malaise général, de perte d'appétit et de maux de cœur. Guilbert est reçu dans la maison paternelle, où il reste alité le jeudi, le vendredi et le samedi. Le dimanche matin, il se rend à l'Hôtel-Dieu d'Amiens. C'est aussi ce même jour que Guilbert (André), âgé de trente-deux ans, frère du militaire, éprouve les atteintes d'un choléra foudroyant qui, sans prodromes, sans cholérine, le tue en douze heures avec les symptômes suivants : vomissements abondants de matières séreuses, blanchâtres; selles de même nature, et si abondantes que le malade semblait se vider, comme on l'a dit près de lui; crampes horribles; extinction de la voix; suppression des urines; cyanose, etc. André Guilbert était marié; il n'habitait pas la maison paternelle, mais il s'y était rendu plusieurs fois chaque jour depuis l'arrivée de son frère.

OBS. II. — Guilbert le père, âgé de cinquante-quatre ans, ayant dix enfants, vivant avec eux dans la misère, chez lequel est descendu et a couché le militaire, éprouva dès le vendredi 6, c'est-à-dire le second jour du séjour de son fils dans sa maison, les symptômes d'une cholérine qui dura le samedi, le dimanche et le lundi, pour être suivie, le mardi 11, du choléra le mieux caractérisé. Alors vomissements de matières séreuses, blanchâtres, abondantes; diarrhée de même nature; crampes; cyanose; voix éteinte; amaigrissement rapide; pouls comme un cheveu; puis réaction assez bonne, retour de la chaleur, transpiration, retour de la voix, pouls meilleur; puis enfin stupeur, somnolence, nouvelle chute du pouls, et la mort ayant lieu le dimanche suivant 15 avril, après quatre jours de cholérine, six jours de choléra : en tout dix jours de maladie.

OBS. III. — L'épouse d'André Guilbert, âgée de trente ans, d'une constitution frêle, est prise le 11 avril, trois jours après la mort de son mari, d'une cholérine qui dure deux jours, suivie de vomissements et de diarrhée, de matières blanchâtres très séreuses, abondantes, avec douleurs vives dans la région épigastrique, anxiété, jactation, crampes, cyanose, voix éteinte, pouls presque nul. Elle meurt le 16, le sixième jour depuis l'invasion de la maladie.

OBS. IV. — Un autre fils de Guilbert père, âgé de dix-sept ans, demeurant aussi dans la maison paternelle, a eu une simple cholérine dont il est guéri.

OBS. V. — Un enfant âgé de quatre ans, fils d'André Guilbert, a eu la diarrhée séreuse avec vomissements de matières séreuses, crampes, amaigrissement rapide, mais sans cyanose. Il est aujourd'hui convalescent.

OBS. VI. — Valentin Couture, âgé de soixante-trois ans, père de l'épouse d'André Guilbert, après avoir donné ses soins à son gendre et à sa fille, éprouve, dès le 13 avril, de la diarrhée; il a des vomissements et des crampes; son visage est profondément altéré; les paupières sont enfoncées dans les orbites, les urines supprimées; la voix est éteinte; le pouls reste assez bon. Ce sujet est aujourd'hui en voie de guérison.

OBS. VII. — Un enfant de onze ans, scrophuleux, éprouve, le samedi 14 avril, les symptômes du choléra; il meurt le lendemain, après quinze heures de maladie. Cet enfant allait chez Guilbert père, dont la maison est contiguë à celle où il demeurait. Son père et sa mère ont aussi donné des soins aux époux André Guilbert.

OBS. VIII. — Couture (Jean-Baptiste), âgé de trente-deux ans, fils de Couture (Valentin), qui a soigné André Guilbert et sa femme, est malade depuis avant-hier d'une diarrhée donnant lieu à des évacuations de matières durables. Cet homme est fort peu malade le 19 avril, jour où nous le visitons.

Je dois vous dire, ajoute l'auteur de la lettre, que le militaire qui est venu semer cette maladie dans son village est sorti de l'Hôtel-Dieu parfaitement guéri après quelques jours de séjour dans cet établissement, et sans que l'on y ait vu naître aucune affection analogue à la sienne.

Si des faits particuliers pouvaient détruire ou même atténuer la valeur des faits généraux, nul doute qu'au premier abord ceux qu'on vient de lire ne fussent de nature à ébranler la conviction des adversaires de la contagion. Cependant

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par le docteur Félix ROUBAUD.

(Première année. 1849.)

Ce n'est chose ni facile ni amusante que l'analyse d'un annuaire. En effet, se borner à la liste des chapitres qui correspondent aux matières contenues dans un pareil livre, c'est dresser une table semblable à celle qui figure à la fin du volume. Entrer dans des détails, c'est se mettre dans la nécessité de choisir ceux qui doivent être les plus intéressants, et d'ailleurs les lecteurs n'aiment ces détails que lorsqu'ils ont à y recourir. En toute autre circonstance, le divertissement leur paraît médiocre de lire des tableaux et des résumés statistiques, de passer en revue des chiffres alignés. Et cependant, dussions-nous ne pas être lu jusqu'au bout par un seul des abonnés de ce journal, nous voulons essayer de donner ici une idée de l'*Annuaire médical et pharmaceutique de la France* que vient de publier notre ami et ancien collaborateur le docteur Félix Roubaud.

Ce que l'on n'a fait jusqu'à présent d'une manière suivie que pour Paris, le docteur Roubaud a tenté de le faire pour la France entière, et l'Annuaire que nous avons sous les yeux est la première année d'une publication qui se continuera désormais avec régularité, se complétant de plus en plus et devenant de plus en plus exacte. Car, disons-le tout d'abord avec franchise, il y a çà et là quelques légères erreurs, et pouvait-il en être autrement? Ce volume contient le nom de tous les médecins, pharmaciens et officiers de santé qui exercent dans chaque ville, village, commune ou bourgade de la France, avec la date de leur réception. N'y eût-il que les changements par décès, mutations ou autres causes survenues pendant l'impression, il serait de toute impossibilité d'avoir un livre absolument et exactement complet au jour de sa publication. Mais, en réalité, que font peut-être une centaine de noms sur vingt-cinq ou trente mille que contient cet Annuaire?

Voici en deux mots l'exposé de ce que contient l'Annuaire du docteur Roubaud. — D'abord, et sous forme d'almanach, des éphémérides médicales et scientifiques pour tous les jours de l'année, éphémérides dans lesquelles on trouvera rassemblés un grand nombre de faits curieux et dont quelques-uns sont peu connus. Puis la législation qui régit actuellement l'enseignement et l'exercice de la médecine, l'enseignement et l'exercice de la pharmacie, législation malheureusement bien incomplète, et dont le corps médical poursuit vainement depuis vingt ans et poursuivra longtemps encore la refonte et l'organisation.

Des dispositions spéciales régissent, on le sait, les hôpitaux et les bureaux de bienfaisance, les établissements publics et privés pour les aliénés, les lazarets, l'hygiène privée et publique, les eaux minérales, etc. Toutes ces dispositions, rassemblées avec soin, classées méthodiquement et rapportées en entier, ne constituent pas les documents les moins importants de l'Annuaire et peuvent être à chaque instant consultés avec fruit par les praticiens. Or, il faut le dire, il n'existait pas encore de livre où ils eussent été tous réunis de telle sorte que l'on pût dans un petit nombre de pages trouver facilement l'article de loi ou d'ordonnance dont on avait besoin sur le moment.

Puis vient tout ce qui a trait à l'enseignement médical et pharmaceutique dans les trois Facultés de Paris, de Montpellier et de Strasbourg, aux jurys médicaux, aux corps savants officiels et non officiels de Paris et des départements. Tout ce qui touche à la médecine et à la pharmacie dans les différents ministères et dans les administrations nationales est indiqué dans un chapitre particulier, où l'on trouvera, dressée sur les listes officielles, la liste des officiers de santé de l'armée de terre et de la marine avec leurs grades et leur position.

La presse médicale et pharmaceutique occupe dans l'Annuaire une section à part, où sont mentionnés ses divers organes tant de Paris que de la province; comme document bibliographique original et curieux, nous citerons une liste générale et complète de tous les ouvrages de médecine et de pharmacie publiés en France pendant le cours de 1848.

Enfin, vient la liste générale des médecins et pharmaciens de la France, classés par départements, liste dressée avec un soin tout particulier sur les documents officiels du ministère de l'intérieur; les médecins de Paris, contrairement à ce qui s'est fait jusqu'ici, figurent, en vertu de l'égalité républicaine, au département de la Seine, suivant l'ordre alphabétique, au lieu d'être placés en tête de la liste générale.

Ici nous devrions terminer cette analyse; les médecins de Paris et de la province savent, d'après ce que nous venons de dire, ce qu'ils pourront demander à l'*Annuaire*, et qu'il n'est pas une question relative à l'enseignement ou à la pratique qui soit exposée à rester sans réponse. Cependant, puisqu'il nous reste encore quelques lignes, nous en profiterons pour faire juger à nos lecteurs du soin que notre confrère a mis à rédiger ce petit livre, et des curieux renseignements qui s'y trouvent contenus, en rapportant quelques passages pris au hasard dans les documents statistiques les plus importants, relatifs, par exemple, aux hôpitaux et hospices de France, à leur nombre, à leur richesse, à leur répartition.

« Il existe en France 1,164 administrations hospitalières dirigeant, sous le nom de commissions administratives, 1,338 hôpitaux ou hospices dont les revenus ordinaires s'élèvent annuellement à la somme de 58,632,992 fr. 77 c.

il s'en faudrait que ces faits fussent concluants, même envisagés en eux-mêmes.

Ainsi, pour croire que la contagion a été la cause de tous les cas de choléra qui se trouvent mentionnés ci-dessus, il faudrait admettre que le soldat Guilbert a pu communiquer le choléra alors qu'il n'en éprouvait lui-même que les prodromes, ce qui est à la rigueur possible; mais ce qui n'est point un fait normal dans l'histoire des maladies contagieuses; il faudrait admettre que ce même soldat, qui a si promptement communiqué la maladie aux quelques parents qui l'ont visité, n'a pu la communiquer à personne dans l'hôpital où il a été soigné; il faudrait admettre que la période d'incubation de la maladie n'a rien de déterminé, puisque tous les individus pris se sont trouvés soumis en même temps ou à peu près à la contagion, et que la maladie ne s'est cependant développée qu'à des époques très différentes. Il faudrait admettre que tous les voisins de la famille Guilbert et Couture (à l'exception du jeune scrophuleux de onze ans) étaient incapables de contracter le choléra. Toutes ces choses, quoique étranges, sont assurément possibles; mais lorsqu'on leur trouve une explication toute naturelle dans une influence de localité (influence si remarquable dans l'histoire du choléra), lorsque cette explication les fait en outre rentrer dans une règle générale dont la justesse est démontrée par tant d'exemples, ne serait-ce pas vouloir s'égarer à plaisir que de préférer à tout prix une interprétation anormale, étrange, à une interprétation simple et naturelle?

Ne doit-on pas également expliquer par une influence de conditions hygiéniques semblables, plutôt que par la contagion, les deux exemples qu'on a observés à l'Hôtel-Dieu de deux nourrices attaquées de choléra, et dont les nourrissons ont également été atteints de la même maladie? Cela nous paraît extrêmement rationnel, et pour notre part nous n'hésitons pas à le faire. Ce sont ces deux faits qui ont une certaine analogie avec ceux de M. Guérin, et auxquels nous avons fait allusion en commençant. On pourrait y ajouter celui de la nourrice de Brunelles, dont l'histoire se trouve consignée dans la lettre de Nogent, que nous avons rapportée dans le dernier compte-rendu de l'Académie de médecine. Dans ce cas encore, le nourrisson et la nourrice ont été affectés en même temps; mais toutes les personnes qui les entouraient ont été parfaitement préservées.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu. — Nous n'avons pu, dans notre dernière *Revue*, rendre compte d'une lettre de M. Abeille, écrite à propos de ce que nous avions dit dans la *Revue* précédente du traitement du rhumatisme articulaire aigu. Nous allons revenir aujourd'hui sur ce sujet.

Nous ne voulons point discuter néanmoins toutes les questions que notre honorable correspondant soulève dans sa lettre, questions de *nature des maladies*, dont le développement nous entraînerait bien au delà des limites dans lesquelles nous sommes obligé de nous circonscrire dans cet article. D'ailleurs, la discussion et même la solution d'une question pareille ne serviraient de rien pour élucider celle du traitement, qui reste toujours et exclusivement une question d'expérience. C'est donc à l'examen de cette dernière que nous devons nous borner.

Nous avions dit que toutes les méthodes de traitement du rhumatisme employées jusqu'à ce jour n'étant point parvenues à abréger sensiblement la durée du rhumatisme articulaire aigu, et encore moins à le juguler, suivant l'expression d'un observateur sujet à de grandes illusions, nous conseillerons, dans un cas de rhumatisme, de recourir de préférence à une médication narcotique, afin de calmer les douleurs, *symptôme dominant de la maladie*, et de donner à la maladie le temps d'accomplir son évolution sans que le malade éprouve des souffrances un peu vives.

Mais, tout en conseillant ce moyen, qui nous semble encore le meilleur, *dans l'état actuel de la science*, nous n'avons en aucune façon prétendu fermer la porte à tout progrès thérapeutique, et nous sommes, au contraire, très disposé à accepter de grand cœur toutes les améliorations qu'on apportera dans cette partie de la thérapeutique, comme dans toutes les autres. C'est donc avec un vif sentiment de satisfaction et d'espoir que nous avons lu l'annonce des succès que M. Abeille nous dit avoir obtenus à l'aide des évacuations sanguines combinées avec l'émétique à haute dose. Malheureusement nous n'avons point trouvé dans sa lettre de quoi justifier notre espoir : un seul fait s'y trouve relaté, dont nous allons donner une analyse très succincte.

Un soldat tombe malade le 15 janvier, et ressent, dès le 20, des douleurs articulaires dans les genoux et dans les cou-de-pieds, et une fièvre assez intense. Dès ce jour on pratique une saignée de 4 onces, et l'on prescrit 0,03 d'émétique, ce qui est loin d'être une haute dose, à moins qu'on n'ait fait erreur en posant la virgule, ce qui ne nous semble pas probable, puisque dans tout le cours de l'observation la prescription se trouve formulée de la même manière.

Quoi qu'il en soit, l'émétique fut continué à la dose de 0,03 à 0,04 jusqu'au 2 mars ; ce jour-là, c'est-à-dire treize jours après le début de la maladie, les douleurs avaient disparu. Mais, dès le 9, elles reparurent coïncidant avec une inflammation péricardiaque; elles furent de nouveau traitées par l'émétique, à la même dose (plus des vésicatoires à la région précordiale). Les douleurs disparurent de nouveau le 15 février, vingt-cinq jours après le début des douleurs, et trente jours après celui de la maladie. L'affection du péricarde marcha concurremment avec une affection aiguë des poumons, entée sur une phthisie chronique, et le malade succomba au commencement de mars.

Nous ne voyons pas en quoi ce fait peut prouver en faveur de l'émétique dans le traitement du rhumatisme. En supposant que l'on considère cette dernière maladie comme guérie au 15 février, c'est toujours au moins vingt-cinq jours, sinon trente, qu'elle a duré, c'est-à-dire une période de temps qui est à peu près celle de la durée des douleurs articulaires dans la majorité des cas traités par n'importe quelle méthode. Or, considérer la maladie comme guérie au moment où les douleurs articulaires ont cessé, et lorsque l'affection du péricarde persistait assez intense pour avoir évidemment contribué à produire la mort, c'est aller plus loin qu'on ne doit, car on ne peut s'empêcher de voir dans cette affection la continuation du rhumatisme.

HOPITAL DE BON-SECOURS. — M. MONNERET.

De l'emploi du sous-nitrate de bismuth à hautes doses dans le traitement des affections gastro-intestinales et de la cholérine.

Mode d'administration. — J'ai toujours administré le sous-nitrate de bismuth en poudre, soit mêlé à la première cuillerée de bouillon ou de potage, soit dans une cuillerée de tisane ou dans du pain à chanter. Le premier mode est préférable à tous les autres. Ce médicament est tout à fait insoluble et inodore; il n'inspire aucune répugnance aux malades, surtout quand ils savent l'envelopper entre deux morceaux de pain détrempés dans le bouillon. Les petits enfants l'avalent très bien avec le lait de leur mère, avec la bouillie ou les tisanes qu'on leur donne. L'administration facile du sous-nitrate n'est pas un de ses moindres avantages dans la médecine des enfants et dans une foule d'autres circonstances. La forme pilulaire ou la suspension du médicament dans une potion sont loin d'offrir les mêmes facilités, et c'est sans doute ce mode vicieux d'administration qui a empêché les médecins d'en tirer tout le parti désirable.

J'ai employé le sous-nitrate sans l'associer à aucun autre médicament, et dès lors j'ai pu en étudier les effets sans m'exposer à des erreurs que fait toujours naître une médication complexe.

Doses. — Je les ai déjà indiquées. Je rappellerai seulement que je n'ai jamais donné moins de 8 à 10 grammes; mais je suis bien convaincu qu'on peut aller au delà de cette dernière dose. Je n'ai jamais observé, je ne dirai pas d'effet toxique, mais même le plus léger inconvénient à la suite de l'administration à hautes doses; aussi, ce médicament doit-il être donné par cuillerées à café ou à potage, sans autre formalité, comme je le fais dans mon service d'hôpital, même pour les petits enfants. Les élèves qui suivent mes visites peuvent dire qu'il n'est jamais survenu le moindre symptôme appréciable qu'on pût rapporter à l'action du médicament.

Effets du médicament. — Il résulte d'abord de tout ce qui précède et des observations nombreuses que je possède aujourd'hui que les idées généralement accréditées parmi les médecins sur les effets du sous-nitrate de bismuth sont fautives, et qu'il importe de les rectifier au plus vite, puisqu'elles les empêchent de tirer tout le parti convenable de ce médicament. Il faut aussi que les médecins fassent connaître aux pharmaciens les véritables effets de ce médicament, afin que ceux-ci se décident à livrer des quantités aussi exorbitantes de l'agent qu'ils regardent comme un poison. C'est en vain qu'ils consultent les formulaires sur les quantités acceptées et acceptables de sous-nitrate de bismuth, ils y lisent invariablement 1, 4 ou 6 grammes. Les études que je viens de faire, et que tout le monde peut facilement répéter, lèveront bientôt tous les scrupules. La thérapeutique se trouvera enrichie d'un médicament qui n'a pas donné tout ce qu'on peut en obtenir lorsqu'on l'emploie dans des proportions convenables.

Que si l'on me demande pourquoi les médecins-légistes en ont fait un poison irritant, je répondrai que j'ignore entièrement sur quels faits et sur quelles expériences ils se fondent pour soutenir cette singulière opinion. Je n'ai pas à en rechercher les motifs; ce que je puis dire, c'est que je n'ai jamais vu le moindre signe d'irritation, soit chez les sujets dont l'intestin était sain, soit chez les malades qui avaient le tube digestif en fort mauvais état.

L'examen anatomique de l'intestin m'a prouvé encore tout récemment, qu'à part une coloration noire fort curieuse à étudier, il n'existe aucune altération appréciable dans les tuniques gastro-intestinales. On n'y découvre ni ramollissement, ni injections vasculaires morbides; la membrane interne est seulement colorée en noir dans plusieurs points. L'estomac, le duodénum, les valvules connivantes et le gros intestin offrent çà et là, par places, et dans une étendue qui varie entre un à quatre ou cinq centimètres, des taches noires d'une forme variable et très irrégulière. Tantôt c'est un pointillé noir très rapproché, distinct ou imitant des traînées de poudre ; tantôt on voit ces taches constituer des îlots à bords sinueux et déchiquetés, et ressembler ailleurs à un granit fin et élégant déposé sur les valvules connivantes. Faute d'une observation attentive, on pourrait prendre pour des taches gangréneuses ou hémorrhagiques, ou bien encore pour des ulcérations de la tunique interne, les colorations anormales qui résultent de la pénétration du médicament dans les membranes.

J'ai trouvé injectées en noir, et très visibles même à un faible grossissement, les glandes de Lieberkhun et les villosités intestinales. La tunique muqueuse, loin d'avoir perdu sa consistance naturelle, est plus dense et plus résistante; les liquides intestinaux sont en moindre quantité.

Mon médicament, administré par la bouche, peut produire des effets locaux, puis des effets généraux, lorsqu'il a été porté au loin par le liquide en circulation. Recherchons ces effets chez les malades qui prennent le sous-nitrate de bismuth à haute dose.

Action sur le tube digestif. — Elle se borne à un très petit nombre d'effets. S'il y a douleur profonde, obtuse ou vive dans l'estomac, elle diminue, se calme ou disparaît. Elle peut revenir avec plus ou moins de promptitude, et alors une nouvelle dose dissipe la sensation douloureuse. Presque tous les malades assurent qu'ils ne ressentent aucune pesanteur épigastrique, ainsi qu'on serait porté à le supposer d'après l'action présumée du médicament. La soif n'augmente dans aucun cas, et souvent elle diminue. On ne constate par la pression aucune douleur épigastrique, aucune tension produite soit par les gaz, soit par la turgescence de l'organe gastrique. En un mot, il m'a été difficile d'observer autre chose que des phénomènes négatifs, ou bien alors je trouvais diminués ou disparus les symptômes de l'affection gastrique, tels que la douleur et les autres sensations que le malade rapporte au creux épigastrique. Point de nausées ni de vomissements dans aucun cas, et très souvent, s'il existait de ces tiraillements qui sont si pénibles, et que les gastralgiques prennent pour de la faim, bientôt ils se dissipaient pour faire place à une faim réelle et à une digestion plus régulière et plus facile des aliments. Ainsi donc, diminution de la sensi-

---

80	ont plus de 100,000 fr. de rev., soit ens.	38,207,797	32
137	— 30 à 100,000 —	7,707,132	36
278	— 10 à 30,000 —	4,918,222	68
669	— moins de 10,000 —	2,799,840	41
1,164		53,632,992	77
180	hôpitaux ou hospices situés dans 86 chefs-lieux de départements, leurs revenus s'élèvent à........................	35,435,054	85
318	hôpit. ou hosp. dans 254 chefs-lieux d'arr.	11,243,650	47
840	— 824 chefs-lieux de canton, leurs revenus sont de........	6,954,287	45
1,338	hôpit. ou hosp. 1,164 adm. hospitalières.	53,632,992	77

53	chefs-lieux de départ. ont des administr. hospital. dont les revenus dépassent. .		100,000	
27	Id.	Id. de 30 à	100,000	
6	Id.	Id. au-dessous de	30,000	
86				

26	chefs-lieux d'arrondissement possèdent des administrations hospitalières ayant plus de....		100,000	fr. de revenus,
83	administ. hospit. ayant plus de 30 à		100,000	—
91	Id.	Id. de 10 à	30,000	—
54	Id.	Id. au-dessous de	10,000	—
254				
23	de ces chefs-lieux n'ont pas d'administration hospitalière.			
277	nombre égal à celui des chefs-lieux d'arrondissement.			

1 chef-lieu de canton possédant une administration hospitalière ayant plus de 100,000 fr. de revenus.

27	administ. hospit. ayant plus de 30 à		100,000	de revenus.
181	Id.	Id. de 10 à	30,000	—
615	Id.	Id. au-dessous de	10,000	—
824.				

» Les administrations hospitalières les plus riches sont celles de :

Paris............	14,524,298 f.	26 c.	de revenus	ordinaires.
Lyon...........	3,147,454	00	—	—
Bordeaux.........	995,877	80	—	—
Rouen..........	995,000	00	—	—
Marseille.........	985,278	00	—	—
Lille............	777;102	35	—	—
Nantes..........	713,817	31	—	—
Strasbourg........	609,801	80	—	—
Angers..........	505,987	12	—	—

» Les administrations hospitalières dont les revenus ordinaires sont le moins considérables sont celles de :

Toms (Var)..............	382 f.	00 c.	de revenus.
Alassac (Corrèze)..........	357	68	—
Suse-la-Rousse (Drôme)....	339	00	—
Bonny (Loiret)...........	317	00	—
Bonrdeilles (Dordogne).....	279	00	—
Chauffailles (Saône-et-Loire).	253	00	—
Saint-Satur (Cher).........	215	00	—

» Les départements qui renferment les administrations hospitalières les plus riches, après les départements de la Seine et du Rhône, sont ceux du :

Nord, dont les revenus hospital. s'élèvent à	1,970,828	05
Seine-Inférieure........................	1,607,254	07
Bouches-du-Rhône.......................	1,559,242	71

» Les départements dans lesquels les hôpitaux et hospices présentent le moins de revenus, réunis ensemble, sont,

Hautes-Alpes.......	92,585 f.	91 c.
Haute-Saône.......	72,022	94
Corse.............	49,581	84

» Les départements qui comptent le plus d'administrations hospitalières sont :

Var...............	46
Vaucluse...........	45
Nord..............	28
Haut-Rhin..........	28
Seine-et-Oise.......	28

» Les départements qui en renferment le moins sont :

Seine.............	2
Hautes-Alpes.......	3
Corse.............	3
Hautes-Pyrénées....	4
Haute-Saône........	4

» En jetant les yeux sur le tableau qui représente les départements groupés suivant les anciennes délimitations, on voit que les riches provinces de l'Alsace, de la Bourgogne, de la Flandre, de l'Ile-de-France et de la Normandie possédaient les établissements hospitaliers les mieux dotés et les plus considérables. Puis viennent les provinces réputées religieuses, la Bretagne, le comtat Venaissin, le Lyonnais et la Provence. »

On comprend que nous ne puissions entrer ici dans le détail des indications particulières des localités qui possèdent des établissements hospitaliers; nous nous contenterons de rapporter les deux tableaux de récapitulation présentant les chiffres des revenus de ces administrations considérées dans leur ensemble.

bilité morbide de l'estomac et de contraction spasmodique des tuniques musculaires, accomplissement plus régulier des fonctions de l'organe, diminution de la sécrétion gazeuse, voilà ce que l'on remarque. Les selles sont métalliques, très divisées; il est utile de prévenir les malades de cette circonstance, parce qu'ils pourraient s'en alarmer.

On observe à peu de chose près les mêmes effets dans l'autre portion du tube digestif : cessation des coliques, soit sèches, soit accompagnées d'évacuations alvines; tension moindre du ventre, qui est peu sensible à la pression, ou qui devient tout à fait indolent. Tels sont les effets que l'on constate et qui annoncent une sédation bien réelle de la sensibilité. Mais ce qui frappe surtout l'observateur, c'est la suspension plus ou moins complète, ou plutôt la diminution singulière de la sécrétion de la membrane muqueuse; le gargouillement s'affaiblit, puis cesse. Les gaz qui distendaient le ventre sont résorbés, et ils ne s'en forme plus; la constipation bientôt succède à la diarrhée. Ce qui doit nous porter à admettre que la sécrétion est diminuée ou tarie, et que la locomotion intestinale ou péristaltique, qui porte en dehors les liquides, est elle-même ralentie ou suspendue.

Action sur les autres appareils. — Il m'a été impossible, malgré la plus scrupuleuse attention, d'observer quelque effet appréciable dans les fonctions autres que celles qui sont dévolues à l'intestin. Peut-être l'urine est-elle plus abondante. Le pouls se ralentit; mais il faut attribuer cet effet au changement heureux survenu dans l'affection gastro-intestinale, et nullement à l'action du médicament qui aurait été absorbé.

Mode d'action du sous-nitrate de bismuth. — De l'étude impartiale des symptômes absorbés, il résulte de la manière la plus évidente que le bismuth n'exerce aucun effet général, et que toute son action est locale et limitée aux parties avec lesquelles il se trouve en contact. Ce premier fait, d'une grande importance, me paraît tellement incontestable, que je ne m'y arrêterai pas.

Maintenant, de quelle nature est l'effet local produit pour le médicament? Est-ce une irritation? J'ai déjà répondu à ceux qui ont émis cette opinion. J'ajouterai seulement que les symptômes observés soit dans l'estomac, soit dans l'intestin, sont en opposition formelle avec cette manière de voir, et tendent plutôt à faire penser que le sous-nitrate de bismuth diminue l'activité des phénomènes dont les membranes intestinales sont le siége. En effet, que trouvons-nous comme formule générale? Diminution de la sécrétion et de l'absorption dans toute la longueur de l'intestin, affaiblissement de la sensibilité morbide et de celle qui a lieu par le contact des substances alimentaires; ralentissement de la commotion intestinale. Telle est la rigoureuse interprétation que je puis offrir de tous les symptômes dont l'étude clinique m'a rendu témoin. Est-ce à dire pour cela que je fais avec Giacomini, par exemple, du sous-nitrate de bismuth ou hypostbénisant gastro-intestinal? Assurément non. Je ne crois pas que le médicament, qui est complétement insoluble, puisse exercer la moindre action sur les membranes qui sont en contact immédiat avec lui. Cependant il y a des effets incontestables produits; les guérisons que l'on obtient sont là pour attester l'efficacité du remède. Mais j'ai peine à admettre qu'une substance inerte puisse agir activement et directement sur le tube digestif à la manière d'un médicament soluble, par exemple, qui, après avoir été absorbé, agit localement et va ensuite porter plus loin son action thérapeutique. Comment agit donc ce singulier médicament?

Je pourrais me dispenser d'en chercher une explication, car les médecins ont été en général assez mal inspirés lorsqu'ils ont voulu apprécier l'action des médicaments. Cependant je vais risquer une hypothèse peu compromettante, en soutenant que le sous-nitrate, étant tout à fait insoluble, joue peut-être le rôle d'un corps inerte, comme le ferait la poudre de charbon ou du ligneux; qu'en s'appliquant sur les organes de l'absorption et de la sécrétion, ainsi que sur les papilles nerveuses dont la sensibilité est excitée, il les protége contre le contact trop immédiat des liquides, des boissons et surtout des aliments. Il s'étend sur toute la muqueuse et lui constitue une couche protectrice; il sert, en un mot, d'enveloppe de passe-port aux diverses substances qui parcourent l'intestin. Les arguments que l'on peut faire valoir en faveur de cette hypothèse sont tirés des effets salutaires que l'on en obtient dans les diarrhées et dans tous les cas où la sécrétion est exagérée. Le sous-nitrate agit alors mécaniquement en obturant momentanément les vaisseaux, ou du moins en limitant le champ de l'absorption et de l'exhalation par son opposition grossière et toute mécanique sur les organes chargés de cette importante fonction. C'est là ce qui explique son efficacité dans le traitement de la cholérine, qui mérite aujourd'hui toute l'attention des médecins, et qu'on ne saurait trop considérer, avec M. J. Guérin, comme un état morbide précurseur du choléra.

Je crois que quelques autres médicaments insolubles, et dont je suis occupé à poursuivre l'étude, agissent de la même manière. Il y a dans les effets de ces agents des remarques d'une baute importance à faire, et c'est pour le thérapeutiste tout un champ nouveau et fécond à explorer. Je n'irai donc pas au delà de ce j'ai dit, me proposant de revenir dans un autre temps sur ce sujet.

On pourrait prétendre que le sous-nitrate de bismuth est astringent; les effets qu'il détermine dans le tube digestif sont, au premier abord, favorables à cette opinion; mais je répéterai qu'on ne pcut attribuer une pareille action à un agent aussi réfractaire à toute espèce d'absorption.

Que penser maintenant des prétendues propriétés antispasmodiques du sous-nitrate? Elles n'ont pas eu d'autre base que la singulière logomachie à l'aide de laquelle on a soutenu que le médicament est hyposthénisant gastrique, parce qu'on a vu les accidents gastro-intestinaux et d'excitation soit locale, soit générale diminuer ou disparaître. On n'a pas recherché si c'est par le seul effet de la soustraction, par la négation de tout ce qui peut entretenir l'irritation nerveuse de la surface gastro-intestinale, que le médicament agit. On observe la diminution des accidents nerveux locaux et généraux, et il n'en a pas fallu davantage pour dire que le sous-nitrate de bismuth est un antispasmodique. Et, cependant, c'est comme si l'on disait que l'obscurité est un antispasmodique, parce qu'elle permet à la rétine de se reposer et à l'irritation de se calmer dans les maladies de l'œil marquées par la photophobie.

Du reste, il me suffira, pour montrer l'incertitude qui règne au sujet de l'action thérapeutique du sous-nitrate de bismuth, de rappeler que les uns le placent parmi les irritants, les autres, au contraire, parmi les sédatifs et les contro-stimulants (Trousseau et Pidoux, Giacomini); ceux-ci le regardent comme un nerven ou antispasmodique, ceux-là comme un astringent. Je serai heureux pour ma part si je parviens à fixer l'attention des praticiens sur un médicament qui me paraît appelé à prendre un rang distingué dans la thérapeutique si l'on veut bien le manier hardiment.

MALADIES DES YEUX. — M. Tavignot.

Réflexions sur les cataractes congénitales.

Entre la cataracte congénitale examinée peu de temps après la naissance et la même affection étudiée un certain nombre d'années plus tard, vers l'âge adulte, par exemple, il existe des différences anatomo-pathologiques très grandes qu'il importe de ne pas méconnaître, car elles doivent être prises en sérieuse considération dès qu'il s'agit de faire choix d'une méthode ou d'un procédé opératoire.

Voici ces caractères différentiels.

La cataracte congénitale récente est constituée par l'opacité de la capsule et du cristallin.

La cataracte congénitale ancienne n'est plus formée que par l'opacité de l'enveloppe capsulaire.

Le mécanisme selon lequel s'opèrent ces changements est le suivant. Saunders, le premier, le fait bien connaître.

La cataracte congénitale est, avons-nous dit primitivement, capsulo-lenticulaire; en outre, elle est le plus ordinairement demi-molle. Or, avec le temps, la lentille cristalline se ramollit graduellement, et la capsule, agissant ici d'une manière très active, résorbe les parties diffluentes du cristallin jusqu'à disparition complète du corps opaque.

La cataracte congénitale, lorsque ce travail éliminateur est terminé, ce qui n'a guère lieu que vers l'âge de sept à huit ans, n'est plus constituée alors que par les deux feuillets opaques de la capsule.

Mais nous ferons remarquer que cette résorption du cristallin n'a eu lieu qu'en modifiant très notablement les caractère anatomo-pathologiques de la cataracte telle qu'elle existait primitivement. En effet, aucun liquide n'étant sécrété, dans les cas ordinaires, à la place de la lentille, le feuillet antérieur de la capsule du cristallin se déplace en arrière pour s'accoller à son feuillet postérieur, qui ne subit aucun déplacement, à cause des adhérences qui le fixent à la membrane hyaloïde. Par cela même, la chambre postérieure de l'œil se trouve considérablement agrandie, et égale presque l'étendue antéro-postérieure de la chambre antérieure.

Une conséquence découle naturellement de ce changement de structure survenu dans l'œil; l'iris, désormais en contact avec une quantité extra-normale d'humeur aqueuse qui remplit la chambre postérieure, reçoit les ondulations imprimées à ce liquide pendant la contraction des muscles de l'œil, et accuse chacune d'elles par une sorte d'oscillation caractéristique qui a reçu le nom de tremblement de l'iris.

Il importe que le chirurgien soit bien fixé sur la valeur de ce symptôme, qui n'est que l'expression d'un état anormal de l'appareil cristallinien, comme nous l'avons démontré dans le *Journal des Conn. méd.-chirurg.* (1844, 1er semestre, p. 99), car il pourrait le regarder avec quelques auteurs, et tout à fait à tort, selon nous, comme indiquant nécessairement l'existence d'un synchysis ou d'une amaurose.

J'ai choisi à dessein les deux observations que l'on va lire, parce que les malades qui en font le sujet se trouvent précisément, l'un le plus jeune, l'autre le plus âgé, parmi les faits de cataracte congénitale que j'ai recueillis jusqu'à présent. Le second malade sera d'ailleurs pour nous l'occasion de quelques réflexions particulières.

Obs. I. — *Cataracte congénitale opérée avec succès par broiement sur un enfant de deux ans.*

Le 12 octobre 1846, je donnai mes soins au fils de M. Enjalric, n° 1, rue du Chevalier-du-Guet. Cet enfant, âgé de deux ans, est né avec une double cataracte; il existe en même temps un strabisme interne des deux yeux, quoique plus prononcé du côté droit. Nystagmus; pupilles contractiles; les cataractes capsulo-lenticulaires sont d'un blanc opalin. L'état général est satisfaisant.

Le 14 octobre, aidé du docteur A. Caron, je procède à l'opération de la manière suivante :

L'enfant ayant été, au préalable, convenablement fixé sur une planchette à l'aide de tours de bande, j'opère d'abord l'œil gauche. Le cristallin, demi-solide, et sa capsule sont divisés rapidement avec l'aiguille introduite par la sclérotique. Les débris sont laissés en place dans le champ pupillaire et abandonnés à l'absorption. Il ne fut pas nécessaire de fixer l'œil d'une manière particulière pendant les manœuvres opératoires.

Même procédé pour le côté droit; excepté cependant que la direction forcée et constante de l'œil en dedans m'a obligé d'avoir recours à l'emploi d'une pince avec laquelle j'ai saisi de la main droite la conjonctive pour dévier le globe oculaire en dehors, pendant que j'opérais de la main gauche. La plupart des fragments capsulo-lenticulaires sont abandonnés *in situ;* quelques-uns sont projetés à dessein dans la chambre antérieure.

Il n'est survenu aucun accident après cette double opération; et le 14 novembre, un mois après, je constate la disparition à peu près complète du strabisme, la diminution du nystagmus, et surtout la résorption des fragments capsulo-lenticulaires, qui est déjà complète du côté gauche et presque complète du côté droit. La vision est parfaite des deux yeux.

Cet enfant avait deux ans; cet âge est, selon nous, celui qu'il faut choisir, toutes les fois que le choix est possible, pour opérer la cataracte congénitale. C'est là, en quelque sorte, un terme moyen entre l'opinion de Saunders, qui conseillait l'opération dans les premiers mois de la naissance, et la pratique de Forlenza, qui remettait l'opération à l'âge de raison.

Nos raisons à l'appui de cette manière de faire sont bien simples :

L'opération pratiquée sur un sujet plus jeune n'ajoute rien aux chances favorables de succès; tandis que les manœuvres

---

Récapitulation générale suivant les revenus ordinaires.

ÉTAT DES HOSPICES AYANT :	NOMBRE d'administrations.	NOMBRE d'établissements.	MONTANT TOTAL DES REVENUS ORDINAIRES. fr. c.
1. Plus de 100,000 fr. de revenus	80	205	38,207,797 32
2. De 30 à 100,000 fr. de revenus	137	166	7,707,132 36
3. De 10 à 30,000 fr. de revenus	278	294	4,918,222 68
4. Moins de 10,000 fr. de revenus	669	673	2,799,840 41
Total général	1,164	1,338	53,632,992 77

Récapitulation générale par localité.

	NOMBRE d'administrations.	NOMBRE d'établissements.	MONTANT TOTAL DES REVENUS ORDINAIRES. fr. c.
1. Chefs-lieux de département	86	180	35,435,054 85
2. Chefs-lieux d'arrondissement, sous-préfectures	254	318	11,243,650 47
3. Communes rurales	824	840	6,954,287 45
Total général	1,164	1,338	53,632,992 77

Nous terminerons par le résumé des documents relatifs aux établissements consacrés au traitement des aliénés :

« Le nombre des aliénés indigents en France à la charge des départements est de 12,286, savoir :

5,935 hommes.
6,351 femmes.

Nombre égal 12,286, dont la dépense annuelle s'élève à la somme de 4,826,168 fr. 75.

» Ces aliénés sont traités dans des asiles spéciaux, dans des hospices (quartiers séparés), ou dans des établissements particuliers.

37	asiles publics renferment	6,060 aliénés indig.
25	quartiers dans les hospices	4,621 —
11	établissements particuliers	1,605 —
73	établissements divers	12,286 aliénés indig.

» Ces divers établissements sont situés dans 61 départements et répartis de la manière suivante :

22	asiles publics	dans des chefs-lieux de département.
1	—	dans un chef-licu d'arrondissement.
14	—	dans des chefs-lieux de canton.
37		
18	quartiers d'hospices	dans des chefs-lieux de département.
6	—	dans des chefs-lieux d'arrondissement.
1	—	dans un chef-lieu de canton.
25		
4	établissements particuliers	dans les chefs-lieux de départem.
1	—	dans un chef-lieu d'arrondissem.
6	—	dans un chef-leu de canton.
11		

» Sur 12,286 aliénés indigents, le département de la Seine en oompte à sa charge 2,536, plus du cinquième! Un pareil chiffre démontre évidemment l'influence fatale du séjour des grandes villes.

» Après le département de la Seine viennent se placer les départements de :

Seine-Inférieure	410	aliénés indigents.
Bouches-du-Rhône	358	—
Rhône	320	—
Nord	270	—
Calvados	230	—

» Les départements de

Corse	30	aliénés indigents.
Hautes-Alpes	35	—
Indre	80	—
Pyrénées-Orientales	35	—

sont les départements qui ont le moins d'aliénés indigents à leur charge. En général, les départements réputés pauvres ont beaucoup d'enfants trouvés et peu d'aliénés.

» Le nombre des femmes aliénées est plus considérable que celui des hommes; et même le département de la Seine offro à cet égard une différence remarquable; mais les Hautes-Alpes, la Corse et Tarn-et-Garonne présentent une situation contraire. »

On le voit, l'auteur a voulu élever l'*Annuaire*, qui n'est ordinairement qu'une publication faite en vue d'une spéculation, au rang des publications sérieuses, et lui donner un but incontestable d'utilité pour le corps médical et pharmaceutique.

A-t-il atteint son but? Nous le pensons; mais la meilleure réponse à cette question sera, sans contredit, le succès qu'il a obtenu depuis quelques semaines à peine qu'il est publié, et qui ne peut manquer d'aller en augmentant chaque année. Dr A. F.

opératoires sont rendues plus difficiles, à cause du petit volume du globe de l'œil, du peu de convexité de la cornée, de l'absence de contraction de l'iris, etc.

L'opération pratiquée sur un sujet plus âgé ne rend pas l'opération plus facile; tandis que la résorption des débris capsulo-lenticulaires est plus longue à s'opérer, qu'il y a plus de chances d'accidents phlegmasiques, et qu'enfin l'éducation de l'œil demande plus de temps pour être complète.

Obs. II. — *Cataracte congénitale avec amaurose, opérée par abaissement sur un sujet de vingt-deux ans.*

Mademoiselle Dumas, de Vendôme, m'a été présentée pour une cataracte congénitale de l'œil gauche. Voici les diverses particularités qui méritent d'être consignées :

A droite, l'œil est à l'état normal; la vision est nette à la distance normale; l'iris, parfaitement contractile, est bleu.

A gauche, l'iris est d'un gris jaunâtre; la pupille est complétement immobile lorsque l'œil droit est fermé, mais elle devient parfaitement contractile quand l'œil droit est ouvert; en d'autres termes, par elle-même la pupille du côté gauche est paralysée, et elle ne redevient active que par l'action sympathique qu'exerce sur elle l'œil du côté opposé.

La consistance du globe oculaire est à l'état normal; mais son volume est un peu plus petit que celui du côté opposé. Pendant les mouvements un peu brusques de l'œil, je constate un léger tremblotement de l'iris, plus évident vers son bord pupillaire que du côté de sa grande circonférence.

L'examen catoptrique de l'œil à l'aide d'une bougie me permet de constater l'existence d'une seule image. La cornée et la chambre antérieure sont à l'état normal; la chambre postérieure a d'avant en arrière environ six millimètres d'étendue, c'est dire qu'elle égale presque les dimensions de la chambre antérieure, contrairement à ce qui existe à l'état physiologique. Au fond de cette chambre postérieure de l'œil ainsi agrandie, et loin par conséquent de l'iris, on aperçoit un corps opaque d'un blanc jaunâtre; sa surface paraît plane, quoique assez irrégulière et comme chagrinée, lorsqu'on l'examine dans ses différents points.

Quand la pupille est dilatée par l'occlusion de l'œil sain, on distingue très bien les limites de l'opacité capsulo-lenticulaire à son point de jonction avec le rebord hyaloïdien du corps vitré.

Nous constatons que l'œil gauche n'est en aucune façon sensible au contact de la lumière, soit naturelle, soit artificielle; l'ombre des objets n'est pas perçue, et de légers mouvements de pression exercés sur le globe oculaire ne donnent lieu à aucune sensation lumineuse, comme cela a lieu lorsque la rétine n'est pas paralysée. Il est par conséquent bien démontré qu'il existe avec la cataracte une amaurose, et que l'opération ne saurait avoir pour but de rétablir la vision de cet œil. Toutefois, la malade désire vivement être débarrassée de sa cataracte, qui est en effet, pour une personne de son sexe et de son âge, une véritable difformité. Je cède volontiers à ce désir, l'observation m'ayant appris que l'opération de la cataracte pratiquée sur un œil amaurotique est d'ordinaire exempte d'accidents inflammatoires.

Le 4 mars 1849, je pratiquai, aidé de M. Decourt, l'abaissement par la sclérotique d'après les règles ordinaires, et en déprimant en masse l'appareil cristallinien opaque. Le corps opaque, qui résulte tout simplement de l'accollement des deux feuillets capsulaires, par suite de l'absorption du cristallin, n'a que de bien faibles adhérences avec les parties voisines et se laisse abaisser avec la plus grande facilité. Pour tout traitement, je prescris des compresses d'eau froide sur l'œil opéré.

Il n'est survenu aucune espèce d'accidents, soit primitifs, soit consécutifs, et la malade n'a été soumise à aucune médication, à l'exception d'un purgatif salin que je lui ai prescrit le 7 mars, trois jours après l'opération.

17 mars. Depuis lors, l'injection très légère de la conjonctive qui s'était développée après l'opération a disparu d'une manière complète, et la malade ne porte même plus de bandeau sur l'œil opéré.

Le 20 mars, le corps qui avait été déprimé est venu de nouveau se placer dans le champ pupillaire et à peu de distance de l'iris; la consistance très grande des capsules opaques, la position qu'elles occupent dans l'œil nous empêchent de confier à l'absorption le soin de les faire disparaître.

Le 5 avril, je procède de nouveau à l'abaissement du corps opaque, qui, cette fois, n'est plus remonté. Aucun accident n'est survenu.

Ce dernier fait est instructif, et je l'ai rapporté ici précisément parce qu'il semble contredire les idées que je professe depuis longtemps sur l'innocuité des cataractes anciennes par rapport à la rétine.

D'après l'opinion généralement admise jusque dans ces derniers temps touchant les cataractes anciennes, on croit que les chances de succès de l'opération sont en raison inverse de l'ancienneté de la maladie; car, dit-on, la rétine, ayant cessé de fonctionner depuis un certain nombre d'années, doit tomber nécessairement dans un état de torpeur ou de paralysie qui la rend inapte à remplir désormais ses fonctions.

Cependant, cette hypothèse, qui a encore cours dans la science, puisque je la trouve reproduite dans les ouvrages les plus récents, consacre une erreur; car l'observation donne un démenti formel à la théorie.

J'ai publié en 1845, dans la *Gazette Médicale*, une série d'observations qui prouvent que des cataractes datant de 10, 20, 30, 40 et 50 ans ont été opérées avec un succès complet. Dans ces cas la rétine n'était donc en aucune façon paralysée. D'ailleurs, il faut se hâter de reconnaître que l'explication que l'on invoquait pour se rendre compte de la coexistence d'une amaurose dans les cataractes anciennes n'était rien moins que judicieuses.

En effet, l'existence d'une cataracte dans l'œil ne prive pas la rétine du contact de la lumière; l'obstacle placé devant cette membrane empêche seulement la perception des objets, mais il est insuffisant pour arrêter le passage des rayons lumineux directs, et la preuve, c'est que tous les malades accusent la présence de ceux-ci, apprécient avec précision leur quantité, leur direction, etc. Quelque restreint que soit en réalité cet exercice de la rétine, il suffit pour nous rendre compte de l'aptitude que conserve cette membrane à reprendre ses fonctions après une opération pratiquée avec succès sur un sujet atteint de cataracte depuis un certain nombre d'années.

Il résulte des considérations précédentes que, dans notre seconde observation, l'amaurose coexistante avec la cataracte n'était en aucune manière la conséquence de celle-ci, et le résultat de son ancienneté.

Dans la pratique, cette question n'est pas sans importance; car dans les termes que nous venons de lui assigner, elle servira à encourager les praticiens à opérer les malades atteints de cataracte ancienne, sans se laisser dominer par la crainte d'échouer devant une complication qui n'existe pas nécessairement.

Maintenant, est-il nécessaire de dire que l'amaurose peut se rencontrer en même temps qu'une cataracte ancienne, comme elle peut exister avec une cataracte de formation récente? Ces faits se présentent tous les jours dans la pratique; mais autant il importe de les reconnaître, autant il est utile aussi de ne pas leur donner une signification qu'ils n'ont jamais eue. Lorsque la cataracte et l'amaurose existent simultanément chez un même malade, ces deux affections ont l'une et l'autre une origine différente, ou bien elles se sont développées sous l'influence d'une cause analogue; mais dans aucun cas la cataracte n'a provoqué le développement de l'amaurose, pas plus que l'amaurose n'a donné naissance à la cataracte.

Il n'en a pas été autrement dans notre cas particulier. Ici, d'ailleurs, il s'agissait d'une cataracte congénitale, et on sait que cette affection, même lorsqu'elle est récente, coïncide parfois avec une amaurose. J'ajouterai enfin que les renseignements qui nous ont été fournis par notre opérée et sa famille confirment de tous points notre manière de voir; car il nous a été affirmé que la malade n'avait jamais pu distinguer, de l'œil cataracté, le jour de la nuit, et cela dès sa plus tendre jeunesse. On s'est assuré du fait à plusieurs reprises, en ayant la précaution de fermer à chaque expérience l'œil du côté opposé.

Nouvelles du choléra.

On écrit de Nogent (Eur-et-Loir), le 17 courant :

« Le choléra continue à sévir avec rigueur dans cette ville. Du samedi au dimanche, six nouveaux cas se sont déclarés; sur ces six malades, deux ont succombé après dix à douze heures de souffrances. Parmi les personnes atteintes, on cite madame Lelasseux.

» L'état arrêté par les médecins de la ville donne 38 cas, dont 22 décès, 9 guérisons, et 7 dont l'état reste encore incertain.

» L'autorité continue à veiller à toutes les mesures de salubrité commandées par la prudence. »

— 19 avril. — Le choléra étend ses ravages sur cette malheureuse ville. Les habitants sont dans la consternation; les communes ont interrompu leurs relations avec le chef-lieu de l'arrondissement, et le marché est presque entièrement abandonné. Les médecins peuvent à peine suffire à leur pénible tâche. Madame Lelasseux, dont nous annoncions la maladie, a succombé.

» Une sœur de l'hospice des orphelins, qui déjà avait été atteinte en 1832, et qui a montré beaucoup de courage pour soigner les malades, a été prise par la maladie; déjà elle était considérée comme perdue; cependant elle a été rappelée à la vie, et l'on espère la conserver. Jeudi, on comptait 50 cas et 29 décès.

Vendredi, il ne s'est déclaré aucun nouveau cas; les malades se trouvaient dans une bonne voie de guérison. On espère que le fléau va cesser ses ravages.

— Le choléra vient de se déclarer dans plusieurs provinces du sud des Etats-Unis.

NOUVELLES.

M. Magendie a commencé son cours de médecine et de physiologie, au Collége de France, mercredi 25, à midi, et le continuera tous les mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. Caudmont commencera, aujourd'hui 28 avril, à 3 heures, dans l'amphithéâtre nº 2 de l'Ecole pratique, un cours public sur les maladies des voies urinaires, et le continuera le mardi et le samedi de chaque semaine.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 1er MAI 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — No 51.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 31 AVRIL 1849.

Marche du choléra.

L'épidémie n'a malheureusement pas continué sa marche décroissante. Une de ces recrudescences qui sont si fréquentes et que l'on doit toujours craindre pendant les épidémies cholériques s'est manifestée depuis trois jours. Le nombre des malades admis dans les hôpitaux, après être descendu très bas dans les cinq premiers jours de la semaine dernière, est remonté à l'Hôtel-Dieu, dans la journée d'hier et dans celle d'avant-hier, presque au chiffre le plus élevé qu'il eût encore atteint. Les admissions dans cet établissement ont été de 25 avant-hier et de 21 hier. Dans les autres grands hôpitaux l'accroissement a été beaucoup moins considérable, mais néanmoins très marqué. L'hospice de la Salpêtrière ne s'est ressenti que faiblement de cette recrudescence ; le nombre des nouveaux cas n'a été que de 10 en trois jours ; mais on se rappelle que pendant les quarante-huit heures précédentes cet établissement n'avait vu se déclarer aucun cas nouveau.

L'épidémie paraît suivre dans la ville la même marche que dans les hôpitaux. Nous avons pu constater depuis vendredi, dans des familles aisées, plusieurs décès qui ont été causés par des attaques en général très rapidement mortelles. On ne saurait donc trop rappeler aux personnes intelligentes, qui ont été si souvent averties, l'importance qu'il y a à arrêter dès leur apparition les troubles même légers qui peuvent se manifester dans leur état de santé. Elles doivent savoir que c'est là un moyen presque infaillible de se prémunir contre les atteintes de l'épidémie.

PARIS.	NOMBRE DE CAS.	DÉCÈS.	SORTIES.
Salpêtrière	831	595	117
Bicêtre	66	44	»
Ménages	30	19	2
Incurables (femmes)	1	1	»
Larochefoucauld	5	3	2
Hôtel-Dieu	363	175	96
Charité	245	145	48
Pitié	246	123	71
Saint-Louis	181	99	33
Beaujon	114	75	16
Necker	48	31	9
	2130	1310	394
Report,	2130	1310	394
Enfants-Malades	20	12	5
Saint-Antoine	39	22	7
Cochin	11	4	3
Sainte-Marguerite	35	17	8
Bon-Secours	42	24	6
Cliniques	25	20	10
Lourcine	14	2	3
Maison de Santé	26	17	3
Invalides	15	12	»
Val-de-Grâce	214	51	»
Gros-Caillou	247	86	87
Hôpital militaire du Roule	107	43	15
Hôpital milit. Popincourt	40	10	»
Prison de Saint-Lazare	6	4	»
Total,	2971	1634	541

Encore des permutations de chaires.

Après les dangers que les corps savants, que les Facultés de médecine en particulier viennent de courir, dangers qui sont loin d'être passés sans retour, il y avait lieu d'espérer que ces corps éviteraient soigneusement de fournir le moindre prétexte à de justes récriminations. Dans leur propre intérêt, dans l'intérêt surtout des principes et de la justice, nous regrettons vivement qu'il n'en ait point été ainsi. La Faculté de Montpellier et celle de Paris viennent de justifier, en demandant de nouvelles permutations, des reproches qui ne leur feront certainement pas défaut.

La Faculté de Montpellier, après avoir adopté le principe de permutation à la majorité de *huit* voix contre *sept* (l'un des *huit* votants étant intéressé à l'adoption du principe), a décidé, à la majorité de dix voix contre quatre, qu'il y avait lieu à demander la chaire de clinique chirurgicale pour M. Dumas, professeur actuel d'accouchements, qui n'a même pas eu l'occasion de faire une seule fois son cours. La Faculté de Paris n'a pas encore pris, que nous sachions, de décision officielle ; mais nous savons que l'opinion de la majorité des professeurs est favorable à la demande de M. Denonvilliers, qui désire échanger sa chaire d'anatomie contre la chaire de médecine opératoire.

Ce n'est pas la première fois que nous avons à discuter le principe, ou plutôt l'abus des permutations ; car, ce n'est malheureusement pas la première fois que cet abus se produit. Quoique nous ayons bien perdu de nos illusions touchant l'infaillibilité des concours, nous croyons toujours que, lorsqu'on adopte un principe, il en faut accepter loyalement les conséquences. Or, le premier tort des permutations, et ce n'est pas le moindre, c'est de fausser complètement, ou plutôt de détruire ce que le concours a fait. Parce qu'un homme a été jugé le plus capable dans la science de l'anatomie, est-ce à dire qu'il doit être le professeur le plus éminent de médecine ou de chirurgie? Une telle opinion serait outrée d'absurdité ; c'est pourtant sur elle que doivent s'appuyer les partisans du principe des permutations. Car, de quel droit demanderait-on une chaire en faveur d'un homme qu'on ne jugerait pas le plus capable, et comment le jugerait-on le plus capable, sinon par ses épreuves antérieures, puisqu'on le soustrait aux épreuves d'un concours nouveau !

Que peut-il résulter de la multiplicité des permutations? Tout ce qu'il y a de plus nuisible à la sincérité, et par conséquent à la solidité des études pratiques. Quand on sera bien convaincu qu'à l'aide d'un arrangement de famille on pourra passer de chaire en chaire, au gré de son caprice ou de son intérêt, on en arrivera à étudier la chimie pour parvenir à une chaire d'accouchements ; l'anatomie, pour arriver à une chaire de médecine légale, et la botanique, pour devenir professeur de clinique médicale ou chirurgicale. Et qu'on ne considère pas ces conséquences comme des exagérations sans fondement ; on ne saurait prévoir des conséquences trop forcées, quand on part de mauvais principes. Il est évident, il est très probable au moins, que les hommes consciencieux deviendront de plus en plus rares, qui étudient exclusivement pendant quinze ou vingt ans la médecine ou la chirurgie, afin de pouvoir un jour professer l'une ou l'autre, lorsqu'ils seront exposés à voir la position qu'ils avaient ambitionnée et méritée par tant de travaux tomber aux mains de jeunes botanistes ou anatomistes à peine sortis des bancs de l'école.

Au point de vue de la justice, de la science et de l'enseignement, tels sont, résumés en quelques mots, les graves inconvénients des permutations. Il ne faut pas croire que les conséquences de cet abus soient moindres au point de vue de la considération morale et même de l'intérêt matériel des corps enseignants.

Quel peut être le mobile qui engage ces corps à demander des permutations? Voilà la question que doivent nécessairement se faire le ministre sollicité et aussi tous les hommes qui par goût ou par devoir s'occupent de l'organisation et de l'amélioration des institutions publiques. Est-ce l'intérêt de l'enseignement? Non, puisque nous avons vu que l'enseignement n'aura qu'à perdre à l'établissement d'un pareil abus ; il n'y aurait donc qu'une seule réponse à faire au ministre, et cette réponse, hélas! est celle-ci : le professorat n'est ni un sacerdoce, ni même une profession ; c'est un marchepied. Telle chaire a des conséquences plus *lucratives* que telle autre ; voilà uniquement pourquoi elle est préférée. Nous ne voyons pas ce qu'une école gagnerait en considération à une telle réponse, la seule pourtant qui soit vraie ; quant à son intérêt matériel, elle ne peut qu'y perdre.

Quand un ministre intelligent, économe, intègre, énergique, comme il n'est pas tout à fait impossible qu'il s'en trouve un, sera bien convaincu que le professorat n'est qu'un marchepied et non une vocation, ce ministre se fera le raisonnement que voici :

Ou bien le professorat officiel est utile à l'enseignement, ou bien il ne l'est pas.

S'il est utile, il faut le conserver, mais en obligeant les professeurs à le considérer comme un devoir sérieux, c'est-à-dire, puisqu'ils n'ont pas le désintéresse-

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Les canards de la Liberté. — Un singulier défenseur de l'Académie. Générosité du comité supérieur d'hygiène. — Portrait d'Antoine Dubois.

A monsieur le rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Serait-il vrai, mon cher confrère, que vous vous êtes lancé dans la politique, et, malgré le soin que je mets à vous lire, aurais-je laissé passer sans m'en apercevoir quelque article de propagande *honnête* et *modérée?* Ou bien cette insinuation n'est-elle qu'un de ces nombreux canards fades et coriaces que la *Liberté* sert chaque matin à ses lecteurs? Mais vous ne savez probablement pas ce que c'est que la *Liberté*. S'il en est ainsi, je vous dirai que c'est un journal aussi vilain que son nom est beau. C'est dans ce journal que j'ai appris la nouvelle dont je vous fais part, et qui m'affligerait réellement beaucoup si par hasard le vilain journal avait dit vrai une fois dans sa vie. Ce n'est pas que je ne vous suppose toutes les qualités requises pour faire de la politique et de la meilleure ; ceci ne peut plus passer pour un compliment depuis que nous connaissons le personnel du palais ex-Bourbon et de bien d'autres ; mais je pense que la science ne peut que déchoir en s'alliant à d'autres sujets ; je crois que cette opinion doit être aussi celle de vos lecteurs, et, comme en définitive c'est aux lecteurs qu'il faut chercher à plaire, c'était, comme j'ai lieu de le croire, connaissant votre sagesse, la crainte de vous voir manquer ce but qui était l'objet de mon affliction. Si l'insinuation de la *Liberté* n'est qu'un méchant canard, je crois qu'il n'est pas bien difficile d'en deviner le motif, ni de vous indiquer le moyen d'en prévenir le retour : la *Liberté* a ouvert une souscription à 10 centimes par tête ; pour quel motif? ce n'est pas ce qu'il importe de savoir, et il faudrait être bien petit pour s'inquiéter de ce que peuvent devenir 10 centimes qu'on aurait versés dans une souscription quelconque, et il faudrait être bien plus petit encore pour refuser ces dix centimes à un honnête journal qui ne demande qu'à vivre. C'est ce qu'a pensé la *Liberté* ; et, comme elle n'a aucune sympathie pour les petites gens, les petits esprits, les petits caractères ; comme, d'une autre part, je n'ai point encore vu votre nom sur les fameuses listes qu'elle publie chaque jour, il pourrait bien se faire que son canard eût pour mission de vous rappeler votre oubli. Pour peu donc que les canards de la *Liberté* vous soient incommodes, je vous donne le conseil d'aller déposer vos 10 centimes dans les bureaux de la *Liberté*, 20, rue Bergère.

— Vous savez sans doute, et, si vous ne le savez pas je vous l'apprends, que de tous les dangers que l'Académie nationale de Médecine a courus le plus grand a eu lieu sous le ministère Carnot, d'illustre mémoire. A cette époque, un savant économiste avait pensé, non sans de bonnes raisons sans doute, qu'un ministre qui mettait toute son ambition à régénérer les maîtres d'école devait se soucier fort peu de la médecine et des médecins, et qu'il ne demanderait pas mieux que d'économiser sur le budget médical pour grossir celui des magisters ; cette idée une fois chaussée, notre économiste se mit à composer un mémoire dans lequel il démontrait par A plus B que l'Académie n'avait jamais rien fait d'utile depuis sa création, et que c'était faire la meilleure de toutes les économies que de lui supprimer son budget. L'existence de l'Académie était réellement dans le plus grand péril lorsque s'éteignit celle du ministre Carnot. Le danger diminua alors, mais ne cessa pas complètement ; aujourd'hui encore, après la généreuse libéralité de l'Assemblée nationale, il persiste encore, quoique beaucoup moins imminent, et c'est ce qui a engagé un savant avocat à prendre la défense de l'Académie. A plus d'un titre, cette défense mérite d'être connue ; elle se fait remarquer par la manière piquante et toute nouvelle dont l'avocat fait ressortir les mérites de son client ; aux yeux des gens ordinaires et étrangers aux finesses du métier, une telle défense pourrait passer pour une détraction indigne ; mais il paraît que c'est précisément dans cette fausse apparence que consiste le sublime de l'habileté, et que, grâce à cette manœuvre oratoire, quand elle est bien exécutée, on est absolument certain de ne jamais perdre une cause. Comme tout le monde peut avoir des causes à défendre, il ne peut nous être indifférent d'être initié aux finesses oratoires du nouvel avocat ; je vais donc vous citer le passage le plus saillant de son remarquable discours :

« L'Académie nationale de médecine est entourée de détracteurs adroits qui cherchent à la perdre en lui persuadant qu'elle a fait quelque chose d'utile depuis qu'elle existe, en racontant çà et là que ses séances offrent quelquefois un certain et même un vif intérêt. Que l'Académie y prenne garde, elle n'a pas de plus cruels ennemis !

» Quant à nous, qui sommes imprégné d'un tendre et profond amour pour l'Académie, nous devons lui dire, car qui aime bien châtie bien, que de sa vie elle n'a jamais rien fait qui vaille. Mais depuis quelque temps surtout elle semble se surpasser elle-même : son bavardage hebdomadaire était quelquefois amusant, à défaut d'être instructif ; maintenant, nous avons honte de le dire, ses séances sont descendues au dernier degré de l'inutilité, de la stérilité,

ment de le faire spontanément, en les forçant à lui consacrer tout leur temps, toutes leurs facultés.

S'il n'est pas utile, il faut le supprimer.

Que les Ecoles ne s'y trompent point, ce dilemme est fort sérieux; déjà bien des esprits en ont compris la justesse et la portée; elles pourraient être plus près qu'elles ne pensent d'en subir l'application. Qu'elles ne se précipitent donc pas, par des abus flagrants, dans le péril qui ne fait encore que les menacer; leur intérêt particulier ne l'exige guère moins que l'intérêt général.

Dans les quelques réflexions qui précèdent, nous avons à dessein laissé de côté tout ce qui pouvait se rapporter aux applications particulières de l'abus que nous signalons. Nous devons ajouter cependant, en terminant, que, si dans quelques circonstances tout exceptionnelles, il était permis de se relâcher de la *sévérité des principes* pour récompenser une haute capacité des longs et nombreux services qu'elle a rendus, ce ne serait nullement ici le cas : jamais faveurs n'auraient été moins justifiées.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons cliniques sur le choléra.

(Première leçon.)

Qu'est-ce que le choléra? Le choléra est une maladie épidémique produite par une cause spéciale et peut-être spécifique. Je dis que la cause du choléra est tout au moins une cause spéciale, c'est-à-dire une cause toute particulière qui frappe de la même manière un grand nombre d'individus à la fois. Cette cause est-elle transmissible d'un individu à un autre? C'est là une question qui n'est pas encore résolue, et à l'égard de laquelle nous restons dans le doute.

Les caractères les plus généraux du choléra sont : un trouble profond des fonctions digestives, des fonctions circulatoires et de l'innervation. C'est une maladie extrêmement grave, qui fait plus que décimer la population, elle tue la moitié environ des sujets qu'elle attaque. Ses signes sont tellement caractéristiques qu'on ne peut la méconnaître ni la confondre avec aucune autre. Telle est la maladie qui va nous occuper. Avant d'entrer dans la description de ses symptômes et des lésions anatomiques qui la caractérisent, et d'aborder les points principaux de son histoire, nous allons jeter un coup d'œil sur les faits qui se sont présentés dans nos salles.

Depuis le commencement de l'épidémie, nous avons reçu 35 malades. Je dois dire, avant toute chose, que les premiers malades ont presque tous péri, tandis qu'actuellement la plupart guérissent : nous en avons en ce moment 7 ou 8 en convalescence dont la guérison ne nous paraît pas douteuse. La maladie a perdu beaucoup de son danger; cependant, il n'y a pas de différence sensible dans les symptômes. Nous avons même remarqué que les symptômes se présentaient avec une apparence de gravité moindre chez nos premiers malades que chez les derniers ; et cependant les premiers sont morts, tandis que les derniers guérissent. Ceci est important à signaler, parce qu'on a dit que toutes les médications étaient inutiles. Nous n'avons pas plus à nous reprocher nos premiers insuccès qu'à nous glorifier de nos succès. C'est à la nature même de la maladie qu'il faut attribuer les uns et les autres. La différence des résultats tient à ce que l'épidémie est moins grave en ce moment qu'au début.

Ces 35 cas se répartissent, par rapport aux sexes et à l'âge, de la manière suivante : 15 hommes et 20 femmes. Nous avons perdu 4 hommes et 10 femmes; 2 hommes et 7 femmes sont sortis guéris; il reste actuellement dans les salles 9 hommes et 3 femmes en traitement. Parmi les hommes il y en avait 1 de 7 ans, 3 de 10 à 20 ans, 3 de 20 à 30 ans, 4 de 30 à 40 ans, 2 de 40 à 50 ans, 1 de 50 à 60 ans, point de 60 à 70 ans, 1 de 78 ans. Pour les femmes, 1 de 10 ans, 7 de 20 à 30 ans, 4 de 30 à 40 ans, 2 de 40 à 50 ans, 4 de 50 à 60 ans, et 2 de 60 à 70 ans. La conclusion naturelle de ces chiffres, c'est que l'âge le plus exposé est l'âge moyen de la vie. Quant à la mortalité, elle a été dans nos salles, comme dans les autres services de l'Hôtel-Dieu, de 1 sur 2 1/2 environ, c'est-à-dire moindre que dans tous les autres hôpitaux. Il y a, par rapport à la gravité, une telle différence, qu'il importe pour le pronostic d'établir une distinction entre les degrés divers de la maladie. Ainsi nous admettrons des cas légers, des cas moyens et des cas graves. Nous distinguerons aussi des formes différentes, les unes avec prédominance nerveuse, d'autres avec prédominance des phénomènes inflammatoires ou de réaction, etc. Nous entrerons plus tard dans de plus amples détails sur tous ces points; nous ne les indiquons maintenant que comme des points de repère. Notre intention aujourd'hui est de faire voir que parmi les malades de nos salles il y a assez de variétés de formes pour que nous puissions d'ors et déjà, à l'aide de ces faits seuls, esquisser la description générale de la maladie.

Au n° 1 de la salle Sainte-Jeanne est un homme que nous devons prendre comme type du summum d'intensité du choléra. Il présente les phénomènes suivants : décubitus sur le côté, comme s'il affectait cette position pour faciliter les vomissements; face violette, brune, presque noire, fuligineuse, comme si on l'eût recouverte d'une teinture d'un brun violacé; yeux excavés, pommettes saillantes, joues creuses, peau du corps cyanosée et froide, extrémités de la même teinte que le visage, langue violette, humide et froide; vomissements abondants et presque continuels de matières qui ne sont pas précisément blanches, mais plutôt jaunâtres, troubles, floconneuses; selles ressemblant à de la décoction de riz légèrement teinte en jaune; ventre rétracté; pouls presque insensible (on a pu compter cependant, mais avec une extrême difficulté, 84 pulsations); respiration haute; l'air expiré est froid; urines supprimées complétement (on n'a pu par conséquent s'assurer si elles contenaient de l'albumine); la nutrition a considérablement souffert; la chaleur animale a sensiblement diminué, elle est de 18 à 20° R. aux extrémités; les paupières sont en partie closes, le malade voit à peine; sa voix est éteinte; l'intelligence est nette, mais affaiblie, ainsi que les sens; crampes très opiniâtres et très douloureuses.

Comme cas moyen, je citerai le n° 2 de la même salle. Ce malade, qui est couché à côté du précédent, était cyanosé au moment de son entrée; mais la cyanose n'a pas tardé à faire place à une teinte plus naturelle, mais qui n'est pas encore tout à fait normale, c'est une teinte cuivrée, qui annonce qu'il y a encore arrêt du sang dans les capillaires. La peau, d'ailleurs, est chaude, le pouls est revenu, la langue est naturelle; il n'y a plus de nausées ni de vomissements; le malade dit avoir faim; la diarrhée a cessé, mais il reste encore une douleur épigastrique; les urines, un instant supprimées, ont reparu avec un très léger précipité. Rien de particulier dans les organes de la respiration, ni au cœur; le pouls est à 56, assez développé; la respiration est normale; plus de crampes; rien du côté des centres nerveux.

Enfin, comme cas léger, je citerai le cas d'une femme malade depuis huit jours, qui a eu des vomissements, des selles, mais rien qu'un peu de refroidissement le premier jour, quelques crampes très légères; aujourd'hui, la diarrhée et les vomissements ont cessé. C'est là manifestement une influence affaiblie de l'affection régnante.

Maintenant, si nous analysons les symptômes de ces différents malades, nous en trouvons chez qui les phénomènes abdominaux ont prédominé, d'autres chez qui c'étaient les phénomènes nerveux, chez d'autres les phénomènes inflammatoires. Ces derniers ont guéri sous l'influence des ventouses et de la saignée. Dans les premiers jours, nous avons reçu une femme, au n° 20, qui a présenté des symptômes d'une congestion cérébrale. Mais j'abrége, parce que ces faits n'ont d'intérêt qu'au lit des malades; nous aurons d'ailleurs à y revenir; nous terminerons aujourd'hui cette première leçon par quelques considérations sur les lésions anatomiques particulières au choléra.

Je commence ordinairement l'histoire d'une maladie par celle des altérations organiques, parce que rien n'est plus facile que de rapporter le souvenir des lésions aux symptômes. Bien que dans le choléra les lésions anatomiques n'aient pas l'importance qu'elles ont dans d'autres maladies, il nous a paru que ce n'était pas une raison pour procéder d'une manière différente. Nous examinerons donc successivement les lésions que l'on rencontre dans les organes digestifs, dans les organes respiratoires et circulatoires, et dans l'encéphale des cholériques.

Organes digestifs. — On trouve ordinairement le péritoine injecté, violacé, surtout dans les parties déclives du petit bassin; les intestins sont tantôt vides, tantôt ils contiennent des matières. Ces matières varient par leur aspect, leur consistance et leur couleur depuis l'estomac jusqu'au gros intestin ; elles contrastent souvent d'une manière frappante avec la couleur blanche des selles; elles ont une réaction alcaline prononcée; elles sont albumineuses. M. Bouchut y a trouvé un principe sucré; j'ai manifesté quelques doutes à cet égard à M. Bouchut, non pas sur l'existence du sucre, que je ne conteste pas, mais sur son origine. L'abondance des tisanes sucrées que boivent les malades n'explique-t-elle pas jusqu'à un certain point la présence du sucre dans les viscères? Il n'en est pas de même à l'égard de la présence de l'albumine dans les urines que nous avons pu constater tous les jours.

On a, dans ces derniers temps surtout, attaché une grande importance à l'éruption intestinale, à la psorentérie. Cette éruption n'est pas constante; il n'y en avait pas de traces dans l'intestin d'un sujet que nous avons ouvert récemment; les glandes de Payer n'y étaient point malades; les glandes de Brunner n'existaient pas; les follicules mucipares seuls étaient évidemment développés.

L'intestin grêle offre ordinairement une teinte rouge qui a fait croire à une inflammation de la muqueuse intestinale; ce n'est en réalité qu'une injection mécanique, et non le produit d'un travail inflammatoire. Cela a été mis hors de doute par les expériences de M. Magendie, qui est parvenu, à l'aide d'injections, à chasser tout le sang des capillaires et à le remplacer par de l'eau.

Le calibre de l'intestin est ordinairement augmenté; la vessie, au contraire, est revenue sur elle-même, et ne renferme point d'urines. Cependant le défaut de miction n'implique pas toujours un défaut de sécrétion; il tient quelquefois à un spasme, à des crampes et, dans quelques cas, à une paralysie de la vessie.

Le foie est, comme les intestins, couvert d'ecchymoses; la bile est rare et épaisse. La rate est petite, revenue sur elle-même. Rien du côté des reins.

Les poumons sont engoués, mais non phlegmasiés, sauf les cas de réaction inflammatoire. Les bronches sont, en outre, fortement injectées; de même que toutes les membranes muqueuses, elles contiennent une mucosité épaisse, comme crémeuse, pulpeuse.

Le cœur est petit, vide, violacé; il contient souvent un peu de sang noir et des concrétions fibrineuses décolorées. On trouve des taches sur le cœur. Le péricarde est poisseux et visqueux; cet état est commun à toutes les membranes séreuses : il s'explique très bien par l'abondance des évacuations. On trouve dans les artères du sang noir, caillebotté comme dans les veines; ce sang ne se coagule que très difficilement, et cependant il ne se sépare pas en caillots et en sérum. Les globules sanguins sont amorphes.

Le cerveau présente, comme tous les viscères, des taches ecchymotiques à sa surface; ses membranes sont sèches et poisseuses. Il n'y a que peu ou même pas de sérosité dans les ventricules, à moins cependant qu'il y ait en complication de méningite, auquel cas, au contraire, on trouve de la sérosité en abondance.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Bouchacourt.

Extraction d'après la méthode indirecte d'un corps étranger situé à la partie postérieure et externe du coude droit. Guérison. Analyse chimique de ce corps et réflexions à ce sujet.

Mon intention n'est pas, en publiant l'observation suivante, de faire prévaloir les avantages de l'extraction des corps étrangers des articulations par la méthode indirecte, qui consiste, comme on le sait, à inciser la peau et la capsule articulaire de manière à ce que les deux ouvertures ne se correspondent point. Quoique cette méthode que l'on attribue à Desault, et qui a parfaitement réussi dans ce cas, soit un véritable perfectionnement apporté à celle des anciens, on préfère aujourd'hui avec juste raison jouir des bénéfices de la méthode sous-

---

de la stupidité, etc. Aussi, quand nous avons surmonté le sentiment de dégoût que nous inspirent ces séances, nous livrons-nous à une indignation sans fin, en songeant que tous ces académiciens ineptes touchent chacun un jeton de présence de 3 francs, soit (à cinquante-deux séances par an) 156 francs dans une année! Qu'a-t-elle fait, cette Académie, depuis que le choléra a étendu ses ravages sur la France? Saurait-on seulement qu'elle existe, si quelques hommes éminents n'étaient pas venus lui faire part de leurs belles découvertes, telles que la méthode truffée, la théorie albuminoïde, etc.? Et dire que, si l'on voulait nous donner les 47,000 francs que dépense annuellement cette absurde Académie, nous propagerions tant d'excellentes vérités, nous ferions tant d'utiles découvertes; nous imprimerions une marche si rapide au progrès scientifique! Mais non! les chambres, les ministres ne comprennent rien ou ne veulent rien comprendre au progrès, et ils continuent à laisser l'Académie se traîner dans son ornière avec ses 47,000 francs. Mais nous la prévenons qu'il faut que cela finisse, et cela finira. Nous aimons trop l'Académie pour qu'il en soit autrement! *Amen.* »

Voilà, mon cher confrère, ce qui s'appelle défendre l'Académie dans le *chik!* Vous ne comprenez peut-être pas bien tout ce qu'il y a d'art dans ce petit morceau; moi non plus, et l'Académie pas davantage; mais cela n'empêche pas que ce passage ne soit d'une rhétorique à enfoncer et à confondre Démosthène et Cicéron. Tâchez donc de le méditer et d'en faire votre profit.

— Il paraît, mon cher confrère, que je m'étais trompé sur les véritables intentions du comité supérieur d'hygiène; il n'est point si diable qu'il est noir, et veut bien laisser vivre l'Académie. C'est fort généreux à lui! Il n'est pas douteux que l'Académie ne soit vivement touchée de cette marque de tendresse; cependant ledit comité n'accorde pas la paix sans condition; suivant son chargé d'affaires, ministre plénipotentiaire, l'Académie devra, pour jouir du bénéfice de l'amnistie, considérer comme nul et non avenu l'article 2 de son ordonnance constitutive, et se garder de donner son avis en matière d'hygiène publique, de médecine légale, etc. Il lui sera permis de faire de la science, mais non point d'en conseiller l'application, ce privilége étant exclusivement réservé au comité supérieur; l'Académie pourra bien constater *scientifiquement* que le choléra, le typhus ou la peste règnent à Paris, à Dunkerque ou à Marseille; mais le comité supérieur pourra seul décider *administrativement* que l'Académie fait ou ne fait pas erreur. Ceux qui prennent plaisir aux savantes combinaisons constitutionnelles, aux complications de ce qu'on appelle le jeu des institutions publiques, apprécieront seuls le mérite organisateur du comité; quant à moi, je me borne à admirer sa modestie.

— L'enceinte de l'Académie va bientôt recevoir un hôte illustre de plus. Grâce à la pieuse et intelligente sollicitude de M. le secrétaire perpétuel, la belle tête d'Ant. Dubois, cette tête si riche d'expression, si pétillante d'intelligence, pour ne pas dire de génie, sera placée à côté de la tête si finement spirituelle de Corvisart. Ç'a été une heureuse idée que de réunir après leur mort ces deux hommes supérieurs qu'une étroite amitié réunît pendant leur vie. — Quand nous voyons ces justes hommages rendus à la mémoire des hommes qui ont illustré notre science et leur pays, nous regrettons toujours de ne pouvoir pas contempler dans l'enceinte de l'Académie la figure de Laënnec, dont une seule personne, à ce qu'il paraît, a cherché à faire reproduire les traits. Il nous semblait que M. Mérat avait promis, il y a quelques années, de faire mettre à la disposition de l'Académie, pour en faire prendre une copie, l'unique portrait qui existe de Laënnec. Il serait bien à désirer que M. Mérat tînt sa promesse.

— Malgré le progrès social auquel nous sommes parvenus, on ne peut se dissimuler que les portiers ne soient restés dans l'estime et la considération publiques très notablement au-dessous des autres citoyens. Ce n'est pas seulement parmi la classe *aristo* que la gent portière est un peu dépréciée, je connais tel *démoc* et soc des plus renforcés qui donnerait tout au plus un navet d'un portier si la banque d'échange était en fonctions. La raison de cette dépréciation du portier, je ne vous la dirai pas, quoiqu'il soit probable qu'elle réside dans l'intelligence généralement peu développée et dans l'humeur généralement peu fraternelle des individus de cette profession. Jusqu'à présent, il n'y avait guère de profession qui ne pût revendiquer pour elle quelque inventeur célèbre, quelque grand homme de guerre, de robe ou de plume; les portiers seuls restaient en dehors de la règle commune.

Ami de l'égalité, comme tout bon citoyen doit l'être, vous n'apprendrez donc pas sans une vive satisfaction que cette estimable partie de la société vient de prendre une revanche aussi éclatante qu'inattendue! Quelle découverte, pensez-vous, en effet, que puisse faire un portier? Quelque observation inédite sur les mœurs des serins ou sur la physiologie des chats. Eh bien! vous êtes à cent coudées de la réalité; le portier qui vient de réhabiliter si brillamment sa profession n'a découvert rien moins qu'une comète! La chose est très sérieuse, puisque je l'ai entendu raconter par la propre bouche de M. Arago. Où diable l'astronomie va-t-elle se nicher. Je dois ajouter, il est vrai, que le portier astronome est celui de l'Observatoire de Marseille; vous ne trouverez peut-être pas trop extraordinaire qu'un portier d'observatoire entretienne un peu de commerce avec les astres. Pour rendre la réhabilitation plus complète, M. Arago a positivement promis au nouveau Ptolémée la première place vacante dans la section d'astronomie. X...

cutanée, et extraire ces corps d'après le procédé de M. le docteur Goyrand (d'Aix).

Aussi, laissant de côté le manuel opératoire, je désire surtout appeler l'attention des chirurgiens sur la composition chimique de ce corps étranger, car cette analyse mérite à plus d'un titre d'être signalée.

En effet, le volume, le nombre, la consistance et la texture analomique de ces corps semblent avoir plutôt préoccupé l'esprit du praticien que leur composition chimique. Cependant il serait bien important, au point de vue de la pathogénie de ces productions, de ne laisser échapper aucune occasion d'en faire l'analyse chimique.

M. Beaumers, dans sa thèse sur les corps étrangers, soutenue l'année dernière devant la Faculté de médecine de Paris, n'a pu citer que les deux passages suivants relatifs à cette question :

« Ces corps sont tantôt cartilagineux ou osseux ; d'autres fois ce sont de simples concrétions dures, inorganiques, formées, d'après l'analyse qui en a été faite en 1797 par Wollaston, d'acide urique et de soude. (Lédo, *Dissertation inaugurale.* Paris, 1817.) Larrey, dans ses *Mémoires*, tome II, avance que l'analyse qui en a été faite par Vauquelin donne pour résultat que cette concrétion ne diffère presque point du cartilage ordinaire. »

Or dans le cas que nous allons faire connaître, l'analyse chimique du corps, ayant été faite, a donné un résultat que nous allons interpréter bientôt, car il peut éclairer jusqu'à un certain point la pathogénie de ces productions. Voici d'abord l'observation.

Saillard (Etienne), âgé de dix-neuf ans, natif de Saint-Germain (Rhône), entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 15 décembre 1847, salle Saint-Louis, service de M. Bouchacourt.

Ce jeune homme, d'un tempérament sanguin et d'une constitution vigoureuse, n'a jamais contracté de maladies vénériennes ni d'affections rhumatismales. Il présente à la partie postérieure et externe du coude droit, c'est-à-dire entre le bord externe de l'olécrane et l'épicondyle, un petit corps mobile, fuyant sous la main qui le presse, et que l'on reconnait pour être un corps étranger de cette articulation. En effet, du volume d'un gros haricot et d'une dureté considérable, il est profondément situé et gêne singulièrement la flexion de l'avant-bras, qui le refoule en haut et en dehors presque immédiatement au-dessous de l'épicondyle, où l'on peut parfaitement en apprécier et la forme et la dureté. Les antécédents corroborent le diagnostic : Saillard raconte qu'il le porte depuis environ trois ans, et qu'au début il pouvait à volonté le faire passer du côté externe au côté interne de l'article, et *vice versa*, et qu'il n'y aurait environ que six mois qu'il ne pourrait plus lui faire accomplir cette évolution.

Il est bien difficile de déterminer la cause qui lui a donné naissance : le malade n'a éprouvé ni chute sur l'articulation ni même une simple contusion. On doit toutefois noter l'existence d'une grande fatigue que l'articulation malade a subie à la suite des travaux manuels auxquels cet homme se livrait sans cesse dans l'exercice de sa profession. Il n'existe point d'hydropisie articulaire; les souffrances que cette production occasionne, quoique peu vives, sont cependant assez prononcées pour obliger le malade à se servir de préférence du membre gauche.

Après avoir préparé le malade pendant quelques jours, M. Bouchacourt, sollicité par Saillard, résolut de faire l'extraction du corps étranger au moyen du procédé qui suit.

Le 20 décembre, l'avant-bras ayant été à demi fléchi, et le corps étranger solidement fixé par la main d'un aide qui le pressait de bas en haut pour le ramener à la partie supérieure et externe de l'article, immédiatement au-dessous de l'épicondyle, le chirurgien fit un pli transversal à la peau, environ à deux centimètres au-dessus, et la faisait ainsi glisser de haut en bas, il l'incisa directement sur le corps étranger lui-même, pénétra à travers le tissu cellulaire, et enfin, après quelques manœuvres assez difficiles, atteignit la séreuse, qui, sitôt ouverte, laissa échapper la production qu'elle contenait, ainsi qu'une assez grande quantité de synovie. Prenant alors toutes les précautions indispensables pour éviter l'entrée de l'air dans cet article, M. Bouchacourt relâcha le pli fait à la peau, détruisit par ce moyen le parallélisme des deux ouvertures, et put se convaincre que le canal sous-cutané pouvait avoir environ deux centimètres d'étendue. Plusieurs bandelettes de diachylon furent appliquées sur l'ouverture extérieure ; l'avant-bras fut placé dans une légère flexion et dans une pronation modérées, et l'articulation fut tenue dans une immobilité complète au moyen d'une bande roulée en 8 de chiffre.

Ce corps étranger avait une forme triangulaire, à bords mousses ; une de ses surfaces était convexe par opposition à l'autre, qui était légèrement concave ; d'une dureté pierreuse et d'une couleur jaunâtre, mêlée çà et là à quelques teintes rouges, il présentait une épaisseur de 4, une hauteur de 15 et une largeur de 10 millimètres. Une coupe transversale permit de constater que son intérieur était tout à fait blanc et composé d'un noyau central et d'une coque, parties entre lesquelles existaient quelques vides dus sans doute à l'absorption des parties les plus liquides.

« M. Ferrand, pharmacien-chimiste à Lyon, voulut bien se » charger d'en faire l'analyse chimique. Il lui trouva la même » composition que celle des os; toutefois, la matière organi- » que, la gélatine, était en bien plus grande quantité que les » sels calcaires (carbonate et phosphate de chaux). »

Le soir de l'opération, aucun accident ne s'était manifesté ; et le lendemain, le malade, dont l'état général n'avait nullement été influencé par cette extraction, jouissait du calme le plus parfait. Cependant, dans la crainte de voir se développer une inflammation qui aurait pu devenir préjudiciable, M. Bouchacourt prescrivit une saignée de 500 grammes, et 3 pilules composées d'opium (1 centigramme) et de calomel (3 centigr.) ; elles furent continuées les jours suivants.

Le 22, le gonflement et la douleur survenus du côté de l'article ne nécessitent que le relâchement des bandes; l'état général est très satisfaisant.

Le 23, l'appareil fut enlevé avec précaution, et l'on constata ce qui suit : tout au pourtour de la plaie faite à la peau, il existait une légère inflammation qui paraissait être bornée et ne pas se propager à la séreuse articulaire (cataplasme émollient). La suppuration ne tarda pas à se manifester ; comme l'inflammation qui lui avait donné naissance, elle se limita au tissu cellulaire sous-cutané. Le pus coula par l'ouverture faite à la peau, et au bout d'une quinzaine de jours, Saillard, fatigué de son séjour à l'Hôtel-Dieu et voyant que la cicatrisation était presque accomplie, se décida à quitter l'hôpital, pouvant bien remuer son avant-bras et n'éprouvant plus la moindre douleur au niveau de l'articulation. Huit jours après, il vint faire constater sa guérison définitive.

Le succès de l'opération a été aussi complet que possible; car, malgré cette suppuration qui est venue s'ajouter comme complication si redoutable, le malade a pu retourner chez lui parfaitement guéri. On doit donc donner la préférence au procédé de Desault sur celui des anciens; il expose moins, comme l'on peut en juger par ce fait, à l'accès consécutif de l'air dans l'intérieur de l'article.

Mais, comme je l'ai déjà dit un peu plus haut, cette observation, déjà très curieuse sous ce rapport, mérite, à un autre titre, de fixer l'attention des praticiens. En effet, comme l'on a pu s'en convaincre, le corps étranger avait la même composition chimique que le tissu osseux. L'analyse qui en a été faite y a démontré la présence de la gélatine et des sels calcaires, carbonate et phosphate de chaux. Ce résultat chimique me paraît bien plaider en faveur de la thèse que défend M. Bonnet, de Lyon, sur la pathogénie de ces productions. Ce chirurgien, se fondant sur ce que la formation des produits nouveaux organisés qui se rencontrent dans l'économie est attribuée à la lymphe plastique, ne voit pas pourquoi l'on ne ferait pas rentrer l'origine de ces corps dans la même règle générale.

« Cette formation est, dit-il (*Maladies articulaires*, t. Ier, p. 477), la même que celle de toutes les tumeurs accidentelles et organisées; elles sont formées par la lymphe plastique qui, sécrétée soit sur la surface adhérente des synoviales, soit sur leur surface libre, s'organise et, suivant des phases régulières, devient fibreuse, cartilagineuse et même osseuse. »

R. PHILIPEAUX.
Ancien prosecteur-adjoint à la Faculté de Médecine de Montpellier.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 avril 1849. — Présidence de M. BOUSSINGAULT.

M. CASTELNAU lit une note sur une fontaine dite *fontaine aérifère*, dont le but est de rendre à l'eau l'air dont elle se dépouille en passant à travers la pierre à filtre. L'eau filtrée dans cette fontaine est, suivant l'auteur, beaucoup plus salubre, beaucoup plus favorable aux digestions que l'eau filtrée par les fontaines ordinaires.

— M. DE HUMBOLDT, dans une lettre écrite à M. Arago, communique des observations de M. Reimond, desquelles il résulte qu'à l'aide du courant électrique qui se développe pendant une contraction musculaire, on peut faire dévier à de grandes distances une aiguille astatique (1).

— M. ALVARO REYNOSO communique un nouveau procédé pour reconnaître l'iode et le brome. L'ancienne méthode en usage n'étant pas applicable, suivant l'auteur, à la recherche de petites quantités d'iodure ou de bromure, surtout quand ces corps se trouvaient mêlés avec des substances capables de s'emparer du chlore, il a cherché un procédé à l'aide duquel on peut isoler l'iode ou le brome au moyen d'un corps incapable d'agir sur eux quel que fût leur excès. L'eau oxygénée lui a paru remplir tout à fait ces conditions. Elle décompose l'acide iodhydrique ou bromhydrique sans avoir aucune action sur l'iode ou le brome mis en liberté.

Voici comment on procède pour l'iode :

On prend un petit tube fermé par un bout, et on y met un morceau de bioxyde de barium. On y ajoute de l'eau distillée et de l'acide chlorhydrique pur et de l'empois d'amidon. On attend que l'on voie venir des bulles à la surface pour y ajouter l'iodure. Si la quantité d'iode est très minime, on voit à l'instant une coloration rose, bleue si elle est un peu considérable et bleue bien foncée, au point qu'elle paraît noire, si la quantité d'iode est notable.

Il est plus convenable d'opérer dans ces conditions tant sous le rapport des manipulations, qui deviennent très faciles, que sous celui de la réussite de l'expérience; de cette manière, on est sûr d'employer un excès d'eau oxygénée nécessaire quand il existe des hyposulfites, sulfites ou sulfures, et d'ailleurs l'acide chlorhydrique employé dans la préparation de l'eau oxygénée joue aussi un rôle important, car il sert à mettre en liberté l'acide iodhydrique.

Quand les iodures se trouvent mêlés avec des chlorures, sulfures, sulfites ou hyposulfites, le procédé est tout aussi exact.

Les hyposulfites et sulfites, en passant à l'état de sulfates, produisent dans la liqueur un précipité de sulfate de baryte ; ce qui pourrait arrêter l'action, si on n'agitait pas pour détacher le sulfate de baryte de la surface du bioxyde. Du reste, c'est une précaution qu'on doit prendre toujours pour augmenter la production d'eau oxygénée. Par ce procédé on décelle très bien dans l'urine d'un malade prenant 0,10 centigrammes d'iodure de mercure, matin et soir, la présence de l'iode. Au moyen du chlore ces mêmes urines n'ont rien produit.

En résumé, ce procédé indique très commodément moins de 1/100,000 d'iodure de potassium.

Pour le brome, le procédé est le même; seulement, au lieu de mettre l'amidon, on met de l'éther. On agite, le brome se dissout dans l'éther et se colore en jaune plus ou moins foncé, suivant la quantité.

(1) On sait qu'une aiguille astatique n'est qu'une aiguille magnétique disposée de telle façon qu'elle n'a pas de direction propre, et qu'elle est d'une assez grande mobilité pour obéir aux moindres impulsions magnétiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 18 avril 1849. — Présidence de M. CULLERIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. MICHON. J'ai eu l'occasion de rencontrer M. Le Roy-d'Etiolles depuis la dernière séance, et j'en ai profité pour lui demander quelques renseignements sur la manière dont il avait employé l'électricité dans la paralysie vésicale. M. Le Roy-d'Etiolles m'a répondu que son expérience était muette à cet égard. Il croit, du reste, qu'il y a fort peu de paralysies essentielles, et qu'elles sont presque toujours occasionnées par une barrière au col de la vessie.

M. LARREY. J'ai recherché quelques faits qui se sont passés aux Invalides du temps de mon père, et dans presque tous les paralysies sont dues à des engorgements de la prostate. M. Hutin, qui a recueilli une trentaine de faits, a toujours vu, sauf deux ou trois fois, ces paralysies causées par quelque obstacle au col vésical.

M. MICHON. Qu'il n'y ait que très peu de paralysies idiopathiques, cela ne change point la question. Il s'agit de déterminer si on n'arrivera pas à rendre le ressort à la vessie plus promptement et plus énergiquement avec l'électricité, même lorsqu'il y aura un obstacle qui cause la paralysie. Les faits que j'ai rapportés étant insuffisants pour me permettre de porter un jugement définitif, je fais un appel à la pratique de mes confrères.

—La parole est à M. DANYAU, pour la lecture d'un mémoire intitulé :

Nouvelle observation de rupture spontanée du vagin, avec passage de l'enfant dans la cavité abdominale. Guérison.

M. CHASSAIGNAC. Le fait de M. Danyau est d'autant plus curieux que la cause qui lui a donné lieu n'est pas celle qui est la plus fréquente. En effet, les ruptures du vagin sont dues le plus souvent à des tentatives obstétricales mal conduites. Chez le malade de Ross, de Hambourg, la rupture fut occasionnée deux fois par des manœuvres de cette nature, et deux fois la malade guérit.

M. DANYAU. La mémoire de M. Chassaignac le sert mal pour le fait de Ross, car ce n'est pas une chute qui a déterminé la rupture du vagin. Quant aux exemples que j'ai cités, la cause de la lésion n'a eu lieu que fort rarement à la suite de manœuvres.

— M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai l'honneur de présenter à la Société un névrome du nerf médian qui siégeait au bras gauche depuis fort longtemps. La tumeur n'était devenue douloureuse que depuis quatre ans environ, jouissait d'une mobilité assez bornée et avait apporté dans les mouvements des doigts un affaiblissement considérable.

Les cordons nerveux du médian s'envoyaient des anastomoses autour de la tumeur ou bien allaient se fondre dans son intérieur. Au-dessus et au-dessous le nerf offrait des dilatations.

La tumeur, du volume d'un œuf de dinde, présentait dans sa structure la plus grande analogie avec la substance grise du cerveau. On ne put découvrir au microscope la plus légère trace de cellule cancéreuse.

Tout le système nerveux présentait des dilatations ganglionnaires. Les deux pneumo-gastriques en avaient de la grosseur d'une noix. Il n'y avait eu cependant aucun trouble du côté des voies respiratoires ou digestives. Les filets du grand lymphatique étaient intacts ainsi que le cerveau et la moelle épinière.

J'avais arrêté l'opération, c'est-à-dire l'énucléation du névrome, lorsque le choléra vint enlever le malade.

M. GIRALDÈS. Chez un malade mort dans le service de M. Piedagnel, on a trouvé tous les nerfs de l'économie remplis de tumeurs semblables. Celles de pneumo-gastrique avaient le volume des deux doigts réunis. Rien pendant la vie n'avait pu faire pressentir une semblable lésion.

Les cordons nerveux ne se comportaient pas tous de la même manière. Tantôt ils passaient simplement à la partie postérieure, tantôt ils s'éparpillaient autour de la tumeur, de façon qu'à son centre la substance nerveuse proprement dite n'existait plus; d'autres fois les cordons traversaient toute la tumeur et se reconnaissaient facilement à sa sortie. Un membre de l'Institut avait cru voir dans ces lésions une exagération des tubes monoliformes; mais cette hypothèse n'est point admissible.

La multiplicité de ces tumeurs explique leurs récidives.

M. MOREL-LAVALLÉE. M. Giraldès a dit que dans quelques

cas la substance nerveuse avait complétement disparu. Je ferai remarquer que partout dans ma tumeur on a retrouvé l'élément nerveux. Sur l'avant-bras j'ai trouvé une masse composée de grappes évidemment constituées par du tissu nerveux et reliées autour des nerfs.

M. LENOIR. Est-ce là un névrome? Je ne le pense pas. Le nom de névrome doit être réservé aux tumeurs constituées par un tissu anormal (du cancer, par exemple) déposé dans l'intérieur du nerf.

J'ai eu l'occasion d'opérer un véritable névrome du nerf médian. La tumeur formée par du tissu encéphaloïde, du volume d'un petit œuf de poule, occupait l'aisselle; le nerf médian s'éparpillait autour. Après l'extraction les mouvements furent abolis, mais seulement au bout de deux ou trois jours. Il n'est donc pas exact, comme cela a été imprimé dans les Bulletins de la Société anatomique, que la sensibilité ait été conservée.

Au bout de cinq ou six ans la malade est revenue portant dans l'aisselle opposée une pareille tumeur. Mais je l'ai perdue de vue, et j'ignore ce qu'elle est devenue.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je veux bien qu'on réforme le nom de névrome; mais je ne vois pas pourquoi ma tumeur ne rentrerait point dans ce genre d'affection.

M. MICHON. Peu importe de savoir si c'est la tumeur de M. Morel-Lavallée ou celle de M. Lenoir qui se trouve être un véritable névrome; ce qu'il importe de bien connaître, c'est le diagnostic. J'ai opéré une fois une tumeur *encagée* dans l'épaisseur du sciatique. Les mouvements se sont rétablis, quoique je sois certain d'avoir enlevé complétement le nerf et de l'avoir lié à sa partie supérieure avant d'en faire la section.

J'avais essayé la dissection de la tumeur avant de pratiquer la section du nerf, mais je fus obligé d'y renoncer, tant furent grandes les douleurs que ressentit le malade; ce fut au point que je craignis un instant qu'il n'expirât entre mes mains. Aussi, je doute très fort que M. Morel-Lavallée eût pu venir à bout de son opération.

M. MOREL-LAVALLÉE. Un cas semblable à celui de M. Michon s'est présenté à M. Velpeau en 1838; la tumeur a été énucléée, et le malade a parfaitement guéri.

M. LENOIR. L'énucléation complète d'un névrome me paraît aussi bien difficile. Je crois qu'il vaut mieux couper le nerf au-dessus de la tumeur, et renverser celle-ci pour rechercher si quelques filets nerveux ne passent pas derrière elle, puis faire l'extraction du névrome en conservant ces filets postérieurs, qui donnent de la sorte la possibilité de conserver l'influx nerveux.

— M. VIDAL (de Cassis). Vous vous rappelez, Messieurs, l'homme que je vous ai amené pour une ulcération d'une grande partie de l'urètre occasionnée par un lupus. Vous vous rappelez que je vous demandai conseil sur l'opportunité et la nature d'une opération. Mon opération a consisté à aller à la recherche de l'urètre au périnée pour y établir un méat. Aller à la recherche de l'urètre sans conducteur, cela n'est pas facile; mais enfin j'ai réussi. Je me propose maintenant de sonder d'arrière en avant pour agrandir l'urètre.

La séance est levée à cinq heures.

Traitement du choléra.

A l'opposé de ceux qui considèrent le choléra comme le résultat de l'action d'un acide particulier sur l'économie, notre confrère M. Desrivières attribue cette maladie à l'absence ou la diminution des acides de l'économie; il conseille, en conséquence, l'usage modéré des fruits légèrement acides comme le meilleur régime prophylactique. Nous extrayons de la lettre qu'il nous adresse à ce sujet les conclusions suivantes :

1° Le choléra est une asphyxie continue, progressive, etc.

2° Quelle qu'en soit la cause première, absence d'électricité ou non, elle me semble être le résultat d'un manque d'acides dans la circulation.

3° L'état saburral du tube digestif, les inappétences, les envies de vomir, les accidents typhoïdes consécutifs, la soif, le désir des boissons acides, etc., ne l'indiquent-ils pas suffisamment.

4° Dès lors, le traitement du choléra ne doit-il pas consister à porter des acides à *hautes doses* dans l'économie pour combattre en quelque sorte l'état d'alcalinité prédominant, ou même à titre de modificateurs quelconques de l'économie; d'autant plus que les accidents typhoïdes sont souvent les conséquences des attaques de choléra, et que le remède le plus précieux contre ces accidents est certainement l'usage des limonades acidulées.

5° A cette occasion, ne serait-il pas intéressant d'examiner si, en 1832, le choléra n'a pas augmenté ou diminué, dans certaines parties de la population, en raison de l'usage des fruits acides, tels que cerises, groseilles; plus tard, raisins, etc.?

6° Ne serait-il pas bon de constater si dans les grandes villes, où le vin nouveau ne pénètre que fort rarement, le choléra n'a pas fait plus de ravages que dans les localités où l'on boit des vins verts, des cidres forts, etc.?

7° Ne serait-il pas curieux de constater si le choléra ne sévit pas sur telle ou telle localité du Nord ou du Midi en raison de l'usage de ces nourritures acides?

8° Quant à ma pratique, très honoré confrère, je puis assurer que, depuis que j'applique un tel traitement à mes cholériques, je vois les accidents cesser très promptement. Du reste, j'ai des faits et des adresses à vous donner; disposez-en; quelques-uns de ces faits ont été observés par des confrères qui, ayant suivi cette méthode, ne s'en sont pas trop mal trouvés.

9° Je regarde donc l'usage modéré des acides, sauf quelques précautions hygiéniques, comme le meilleur moyen prophylactique.

La réputation de la méthode préconisée par notre confrère ne pourrait que gagner à la publication des faits qu'il annonce. Nous ne pouvons donc que l'engager à faire connaître ces faits.

De l'emploi du deuto-chlorure de mercure contre les rhumatalgies.

Par le Dr RENÉ VAN OYE, de Thourout.

Rien n'est plus difficile à guérir que ces affections pénibles connues sous le nom de névralgies; elles résistent en général à une foule de traitements, et pourquoi? Parce que l'on n'est pas encore parvenu à bien préciser la nature de ces maladies, pas plus que les altérations qui les constituent, es causes qui les produisent, et enfin parce que dans leur examen le médecin n'apporte pas toujours le degré d'attention voulu. Quelques-unes de ces affections, dit M. Van Oye, ont la plus grande corrélation avec les affections rhumatismales, desquelles on les distinguerait avec peine; ces affections sont celles qu'on observe dans les contrées humides et froides, et qui siégent surtout à la tête; — la *Dermalgie rhumatismale* du cuir chevelu, par M. Beau, dans les *Archives générales de médecine*; elles doivent être rangées, d'après M. Van Oye, dans cette catégorie. Cette affection est caractérisée par des douleurs continues ou intermittentes, d'une intensité variable et augmentant par la pression. — M. Van Oye propose de désigner ces diverses maladies sous le nom de *rhumatalgies*.

De tous les traitements suivis par M. Van Oye contre ces douleurs rhumatalgiques, c'est le deuto-chlorure de mercure qui lui a le mieux reussi, surtout dans les cas rebelles.

L'usage du sublimé dans les affections rhumatismales ne remonte que jusqu'au dernier quart du dix-huitième siècle. Hufeland regardait le sublimé comme le remède le plus efficace contre les rhumatismes invétérés; nous le croyons aisément quand on réfléchit à l'énergique action de ce médicament. Et combien de prétendus rhumatismes doivent être rapportés à une cause spécifique? Le deuto-chlorure de mercure est employé plus particulièrement par M. Van Oye contre les rhumatalgies chroniques. On peut en faire usage à l'intérieur et à l'extérieur. Wédekind l'a prescrit avec succès en lotions chaudes (ʒs sur ℔ d'eau) dans une névralgie de la face de nature rhumatismale. Gebel l'a employé sous forme d'onguent (onguent de Cyrillo : sublimé ʒ, axonge ℥j) en frictions à la plante des pieds; enfin d'autres l'ont préconisé en bains (℥ij, ℥j).

M. Van Oye l'administre à la dose de 1/12 de grain à 1 grain en pilules, en solution aqueuse faible, par cuillerées à bouche, ou en solution concentrée, soit aqueuse, soit alcoolique, soit éthérée, par gouttes dans un véhicule approprié. Bien appliqué, ce médicament n'a pas besoin d'adjuvant dans les affections rhumatalgiques. Des auteurs pourtant l'unissent à des frictions, à des rubéfiants, des vésicants : d'autres à la teinture de colchique. Hufeland le faisait prendre dans une décoction de gayac; d'autres enfin l'associaient aux narcotiques. Hormis deux cas de salivation, M. Van Oye n'a pas éprouvé de désagréments à l'administration de ce médicament; il recommande néanmoins de le donner avec prudence et de surveiller méthodiquement son action.

M. Van Oye termine son intéressant travail en rapportant cinq observations où l'emploi du deuto-chlorure de mercure a parfaitement réussi, et cela, en général, en très peu de temps. — Du reste, M. Van Oye, en préconisant l'emploi du deuto-chlorure mercurique, ne prétend nullement bannir les autres préparations mercurielles, et surtout le deutoxyde de mercure, dont l'usage a été préconisé dans les mêmes circonstances par le docteur Pittschaft.

(*Annales de la Soc. méd. d'émulation de Roulers*, 2e livr., 1849.)

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

Je lis dans la *Gazette des Hôpitaux* du 17 avril une phrase d'un Mémoire de M. Bayard, ainsi conçue :

« Un sujet qui a été atteint de variole ne l'est pas plus tard de fièvre typhoïde, *et vice versa.* »

Si ce fait est quelquefois vrai, il ne l'est assurément pas toujours. J'en suis une preuve vivante. Dès mon enfance je fus atteint d'une forte variole, comme on peut encore le lire écrit sur ma figure, et pourtant quand j'allai à Paris pour étudier la médecine, la fièvre typhoïde ne me respecta pas plus que le commun des martyrs.

M. Bayard ne pourra pas dire que je n'ai pas eu de fièvre typhoïde, quand un praticien comme M. Andral porta pour diagnostic : *fièvre typhoïde bien caractérisée*, et quand surtout je me rappelle encore avoir remarqué avec beaucoup de peine, à l'aide d'une domestique, les petites vésicules transparentes, perlées, qui se voyaient sur mon ventre comme des gouttelettes de sueur, et avoir vu les plaques rosées et même couleur lie-de-vin qui parsemaient tout mon corps.

Si je fais cette remarque à M. Bayard, c'est qu'elle pourrait avoir une grande importance eu égard à la vaccine, et eu égard à la contagion de la fièvre typhoïde.

Recevez, etc. LOUVEL, D.-M.-P.

Dans une lettre assez peu fraternelle pour les confrères de Troyes, adressée par M. Daremberg à un journal de médecine de Paris, l'honorable bibliothécaire désignait la ville de Troyes sous le nom de cloaque impur, et mettait cette ville au *ban de la France*. Les Champenois, tout faciles à vivre qu'ils soient, n'ont pas accepté la qualification de M. Daremberg, et nous trouvons dans le *Propagateur de l'Aube* une réfutation qui se termine par les paragraphes suivants :

« Relevons aussi l'exagération énorme du signataire de la lettre dans son récit des désastres que Troyes a eu à subir du choléra. Il n'est pas vrai que des quartiers entiers aient été dépeuplés en 1832 par le fléau. La terrible maladie nous a frappés, mais non pas plus particulièrement que beaucoup d'autres villes; et, quant à la nouvelle invasion, nous pouvons rassurer les esprits à son égard. Rien n'annonce, jusqu'à présent, qu'elle soit implacable.

» Nous ignorons les impressions sous lesquelles M. Ch. Daremberg a quitté Troyes; mais, si l'on s'en rapporte à sa lettre, il était évidemment dans de fâcheuses et dans de maussades préoccupations qui lui ont fait voir tout en mal et en laid. N'ajoutons rien de fictif aux inconvénients réels et nombreux de notre pauvre ville, surtout au moment où, en se démolissant le plus qu'elle peut, elle cherche à s'embellir. »

Nouvelles du choléra.

Une lettre fort intéressante que nous avons reçue de M. Hirtz, et que nous publierons dans notre prochaine *Revue clinique*, se termine par le *post-scriptum* suivant, qui est indépendant du reste de la lettre.

Ce matin, un homme de soixante-dix ans, non asthmatique, mais tourmenté de la diarrhée depuis huit jours, était en chemin pour aller à l'église, lorsqu'il fut pris subitement de crampes, d'une dyspnée très intense, de refroidissement du corps avec cyanose des lèvres; j'arrive à la hâte, et déjà le pouls ne battait plus à la radiale. Je m'empressai de réchauffer son corps à l'aide de couvercles en terre entourés de serviettes et fortement chauffés, et lui administrai 20 centigrammes d'émétique. Le remède *révolutionna* tout le corps; la chaleur revint, et avec elle la respiration et le pouls. *Quatre heures après, guéri*. Etait-ce le choléra? »

NOUVELLES.

L'Assemblée nationale a voté dans la séance d'avant-hier une somme de 1,500,800 fr. pour subvenir aux dépenses des hôpitaux de la marine.

— M. ÉDOUARD ROBIN ouvrira, le 3 mai, par la physique expérimentale, la chimie, l'histoire naturelle et les mathématiques, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès sciences et au premier examen de médecine. Ils auront lieu tous les jours, le dimanche excepté. Le cours de chimie sera commencé à deux heures, celui de physique à trois heures et quart, et celui d'histoire naturelle à quatre heures un quart.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 3 MAI 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 52.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

Les Ateliers étant fermés vendredi à l'occasion de la fête de la République, la Gazette ne paraîtra pas samedi, 6.

PARIS, 2 MAI 1849.

Marche du choléra.

Il n'y a pas eu de modification sensible depuis deux jours dans la marche de l'épidémie; la recrudescence qu'elle a éprouvée se maintient sans diminuer ni augmenter. Le nombre des entrées, dans les cinq grands hôpitaux (Hôtel-Dieu, Charité, Pitié, Saint-Louis et Beaujon), a été de 93 dans les dernières quarante-huit heures, c'est-à-dire presque égal au chiffre le plus élevé qui ait encore été atteint.

A la Salpêtrière, au contraire, la recrudescence a été presque nulle : 4 nouveaux cas seulement se sont développés dans les dernières quarante-huit heures.

En ville et dans la garnison, la recrudescence a été la même que dans les hôpitaux civils.

Le tableau suivant montre à quel chiffre s'élève aujourd'hui le nombre des cas de choléra, ainsi que celui des décès et des guérisons définitives dans les divers hôpitaux civils et militaires.

PARIS.	NOMBRE DE CAS.	DÉCÈS.	SORTIES.
Salpêtrière	835	600	130
Bicêtre	71	49	»
Ménages	31	20	3
Incurables (femmes)	1	1	»
Larochefoucauld	5	3	2
Incurables (hommes)	2	»	»
Hôtel-Dieu	396	193	106
Charité	263	152	54
Pitié	260	128	83
Saint-Louis	202	107	43
Beaujon	121	79	16
Necker	52	31	10
Enfants-Malades	20	12	5
Saint-Antoine	48	23	11
Cochin	12	5	3
Sainte-Marguerite	37	19	10
Bon-Secours	47	25	6
Cliniques	25	20	10
Lourcine	14	2	3
Maison de Santé	28	17	3
Invalides	18	14	2
Val-de-Grâce	214	51	»
Gros-Caillou	247	86	87
Hôpital militaire du Roule	122	47	18
Hôpital milit. Popincourt	40	10	»
Prison de Saint-Lazare	6	4	»
Total,	3097	1698	593

Séance de l'Académie de Médecine.

Quelques communications relatives au choléra, quelques remarques sur l'intérêt, sur l'opportunité de ces communications, ainsi que des discussions auxquelles elles pourraient donner lieu; enfin, une lecture de M. Michel Lévy sur la méningite cérébro-spinale, tels sont les objets divers qui ont occupé l'Académie pendant sa dernière séance; mais de ces trois objets, le second a tellement dominé les deux autres, que cette séance a été surtout une séance d'ordre intérieur; c'est donc à ce point de vue qu'il convient surtout de l'apprécier.

La question de la contagion, ou plutôt l'opportunité de cette question, a été encore remise sur le tapis. Nous avons déjà dit notre avis, tant sur la contagion elle-même que sur l'opportunité qu'il y aurait à en faire l'objet d'une discussion publique; nous ne pourrions donc que répéter ce que nous avons exprimé déjà, mais cela nous paraît utile.

Nous dirons franchement que, si notre opinion avait été favorable à la contagion, et que nous eussions observé des faits à l'appui de notre opinion, nous nous serions abstenu de produire ces faits pendant que l'épidémie régnait et que la population jouissait d'une sécurité parfaite, grâce à l'opinion contraire.

Nous n'aurions pas, pour cela, voué nos faits à l'oubli, parce que nous avons toujours soutenu, et que nous soutiendrons toujours que le premier de tous les intérêts est de connaître la vérité; mais nous aurions renvoyé la publication de ces faits à un moment plus opportun, parce que nous n'avons pas oublié les monstruosités auxquelles les populations ont été entraînées par la crainte de la contagion. La grande peste de Marseille en offre un des plus fameux et des plus sinistres exemples.

Est-ce à dire qu'au point où en est la question devant le public et devant l'Académie, il faille actuellement reculer devant la discussion? Nous ne le pensons pas. Il nous semble, au contraire, qu'il y a beaucoup plus d'inconvénients à dire : les contagionistes ont d'excellents arguments, mais ils craignent de les faire valoir, que de produire franchement ces arguments pour qu'on puisse les attaquer de front et les réduire à leur juste valeur. Or, quand ces arguments auront été produits et discutés, nous ne craignons pas, avec M. Velpeau, qu'ils puissent avoir des suites bien fâcheuses. Si quelques rares médecins restent encore fidèles à l'opinion de la contagion après une discussion qui ne pourra pas laisser le moindre doute sur la justesse de l'opinion contraire, il n'est guère probable que leur autorité soit assez grande pour troubler la sécurité publique.

Quant à nous, nous avons déjà démontré qu'il était impossible d'admettre la contagion d'après l'immense majorité des observations; nous l'avons démontré par un seul argument qui peut se passer de tous les autres; c'est que le choléra n'est ni plus fréquent, ni plus grave chez les individus dont la profession est d'être dans un rapport continuel avec les malades, que chez ceux qui se trouvent dans des conditions complétement opposées. Aussi, les contagionistes d'aujourd'hui ne soutiennent plus la contagion d'une manière générale, ils se bornent à soutenir que la contagion n'a lieu que dans certaines conditions toutes particulières. On a même fait à ce sujet une comparaison qui rend bien la pensée des contagionistes d'aujourd'hui : de même, a-t-on dit, que le chloroforme ne tue que dans des cas très exceptionnels, de même le choléra ne devient contagieux que dans des circonstances fort rares; mais dans l'un et l'autre cas, les exceptions n'en sont pas moins positives; aussi, la contagion du choléra trouve-t-elle les mêmes adversaires que l'empoisonnement chloroformique. Nous en demandons bien des pardons aux savants confrères qui ont émis ces assertions, mais la question du chloroforme n'a absolument aucun rapport avec les questions de contagion, et ces deux questions ne sont ni défendues par les mêmes partisans, ni combattues par les mêmes adversaires, ce qui d'ailleurs, au cas échéant, n'en changerait en aucune façon la nature.

Dire que le choléra est contagieux à Amiens et non contagieux à Paris, ce n'est point dire que le chloroforme peut tuer tel individu et épargner tel autre, c'est dire, au contraire, que le chloroforme peut tuer à Amiens, mais non à Paris; en d'autres termes, admettre qu'une maladie est contagieuse ici et non contagieuse là, c'est attribuer à la maladie ce qui dépend des individus, c'est supposer qu'elle peut varier dans ce qu'elle a de plus essentiel, qu'en un mot, elle peut changer de nature tout en restant la même; c'est, en définitive, admettre que deux choses essentiellement différentes, l'or et le fer, par exemple, peuvent n'être, dans quelques cas, qu'une seule et même chose; c'est renverser tout ce que l'on connaît de plus positif sur les espèces pathologiques, sur la nature des maladies. Une maladie peut donc être plus ou moins contagieuse, c'est-à-dire se communiquer plus ou moins facilement; mais il est contraire à toute raison qu'elle soit contagieuse dans un endroit et non contagieuse dans un autre; car dans ce cas ce ne serait plus la même maladie.

Nous n'insisterons pas sur les incidents en quelque sorte administratifs qui se sont produits dans la séance; nous dirons seulement qu'à un moment où l'Académie ne possédait aucun document sur l'épidémie actuelle, il ne nous paraissait pas très logique qu'elle ouvrît une discussion sur cette épidémie. Nous ne voyons pas, dès lors, ce qu'elle aurait pu faire de mieux que de recueillir les renseignements qui lui arrivaient soit du dedans, soit du dehors. Elle nous paraît avoir fait tout ce qu'elle pouvait faire. Maintenant elle doit aller plus loin.

Nous ne pouvons rien dire du travail de M. Lévy, qui a été lu d'une voix faible, et qui demande à être étudié avec soin pour être apprécié en connaissance de cause.

FEUILLETON.

Lettres sur l'état de la profession médicale en Angleterre.

Nous commençons aujourd'hui la publication de quelques lettres inédites sur l'état de la profession médicale en Angleterre, qu'a bien voulu nous adresser notre savant confrère, M. le Dr Chatto, de Londres. Au moment où tous les esprits sentent de plus en plus la nécessité d'introduire des réformes dans l'enseignement et surtout dans l'exercice de notre art, on n'apprendra pas sans un vif intérêt à connaître la situation de nos confrères d'outre-mer, de ce pays étonnant, où la civilisation est si avancée à beaucoup d'égards, et si arriérée sous d'autres rapports.

Monsieur le rédacteur,

Pour remplir la tâche que vous m'avez confiée de vous faire parvenir une description exacte de la condition actuelle de la profession médicale en Angleterre, je ne puis mieux commencer qu'en vous fournissant une petite esquisse historique des différents corps qui la constituent; sans cela, vous auriez quelques difficultés à comprendre notre position vraiment anormale et peu satisfaisante; position dans laquelle on ne sait pas ce qui doit le plus surprendre, de l'absence de toute organisation générale ou du caractère défectueux des organisations partielles qui y ont été substituées. Ces choses choquent à un tel degré le bon sens le plus ordinaire, que je trouverais mon amour-propre anglais très froissé, si je n'avais pas la conviction que le zèle et le talent de nos très nombreuses célébrités médicales ont tellement avancé l'art de guérir dans ce pays, que l'humanité n'a pas souffert de l'indifférence et de l'ignorance des pouvoirs régnants. Mais, quoique l'état de la santé en Angleterre démontre amplement que notre population, comparée à celle des autres pays, ne souffre pas de cet état de choses, le corps médical lui-même a trouvé les obstacles les plus sérieux à ses progrès, qui ont été plus souvent accomplis malgré l'indifférence et même l'opposition de ses institutions, qu'avec leur assistance et leur encouragement.

Comme dans le reste de l'Europe, la profession médicale en Angleterre était originairement exercée par le clergé, la seule classe instruite; et tandis que les moines soignaient les pauvres malades, les évêques entraient dans les palais des rois, aussi bien en vertu de leur capacité médicale que de leur pouvoir spirituel. Cette coutume se prolongea chez nous bien plus que sur le continent. En effet, la médecine, en Angleterre, ne participa pas aussitôt que dans les autres pays aux avantages de la renaissance des lettres. Ainsi, tandis que Paris, Montpellier, Padoue, Mantoue et d'autres villes de l'Italie avaient leurs écoles célèbres, rien de semblable n'existait en Angleterre, et tous nos premiers médecins ont été gradués dans les universités étrangères, au moins jusqu'au dix-septième siècle. Il est vrai qu'il y avait nos deux célèbres universités d'Oxford et de Cambridge. Mais, quoique bientôt après la conquête des Normands le degré de bachelier en médecine fût accordé, et que celui de docteur en médecine ne fût pas rare dans le quatorzième siècle, ni l'un, ni l'autre de ces fameux établissements n'a jamais acquis la moindre réputation comme école de médecine. Notre vieux poète, Geoffrey Chaucer, nous a laissé une description d'un médecin du quatorzième siècle, dans laquelle nous trouvons qu'il était très instruit en astrologie; Roger Bacon avait déjà, dans son *Opus major* (1267), considéré l'astronomie, c'est-à-dire l'astrologie, comme la meilleure partie de la médecine. C'était d'ailleurs l'opinion générale du temps, puisque Charles V, de France, établit, dans l'Université de Paris, un collége de médecine et d'astrologie. Les auteurs grecs et arabes avaient, peu de temps avant Chaucer, été traduits en latin, et commençaient à porter leur influence sur la pratique de la médecine. Ainsi, dans son énumération des livres qui se trouvaient dans la bibliothèque du médecin, Chaucer en compte plusieurs qui portent des noms arabes. Parmi ces livres, il y a celui de John de Gaddesden, qui, élevé à Oxford, avait acquis une immense réputation, et fut le premier Anglais attaché à la cour comme médecin. Son ouvrage, *Rosa anglica*, donne une description bien singulière de la médecine en Angleterre au quatorzième siècle. Il y expose l'étymologie, la symptomatologie, le pronostic et le traitement des différentes maladies, et l'immense nombre de recettes qu'il donne, leur complication, suffisent pour démontrer que l'amour des Anglais pour les drogues et la polypharmacie remonte assez haut dans le passé. Gaddesden ne fait pas le moindre mystère qu'il s'accommodait aux goûts et aux caprices de ses malades, pourvu que cela lui garnît la bourse. Dans tous ses procédés il se conduit comme un vrai charlatan. Parmi ses guérisons, la plus glorieuse était celle du fils du roi, dangereusement malade de la petite-vérole, et qu'il obtint sans laisser la moindre cicatrice, en enveloppant le malade, son lit et tout ce qui l'environnait, dans du *drap écarlate*. Il croyait que des formes particulières de prières, dites d'une certaine manière, avaient le pouvoir de *charmer* l'épilepsie, et que le toucher du roi, tout autre moyen ayant échoué, était infaillible contre les écrouelles. Du reste, il n'était pas prudent alors de contester ce fait; car nous trouvons, dans les temps beaucoup plus modernes, qu'un homme qui avait eu la témérité de nier ce pouvoir miraculeux du roi fut poursuivi comme criminel de haute trahison.

Il n'y avait pas anciennement la moindre restriction au droit de pratiquer la médecine, et quoique les universités, en 1422, fissent des efforts pour obliger ceux qui l'exerçaient à acquérir quelque éducation, elles n'obtinrent point la sanction nécessaire du parlement. La première loi, à cet effet, ne date que de 1511; elle porte : « Parce que le traitement des maladies est hardiment et ordinairement entrepris par les artisans, comme les forgerons, les tisserands

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Considérations sur le diagnostic des différentes espèces de brûlure.

Nos malades nouveaux ont tous quelque chose de sérieux. A la salle des femmes, c'est une couturière qui entre pour une brûlure. Elle s'est brûlée tout le dos de la main avec de la tisane houillante, en voulant verser cette tisane d'un vase dans un autre. Je note cette particularité parce qu'une brûlure varie beaucoup selon le corps qui la produit. Par exemple, la brûlure d'un corps houillant n'est pas la même que celle d'un corps incandescent, et, pour les liquides, elle diffère de l'un à l'autre. La brûlure faite par l'eau pure n'est pas tout à fait la même que celle de l'eau chargée d'un sel, pas plus que celle d'un acide n'est la même que celle d'une huile bouillante. Il en est de même pour les corps solides. Un charbon incandescent ne vous brûlera pas de la même manière que les vêtements qui s'enflamment.

Quoiqu'il ne soit pas toujours facile de dire : voilà une brûlure produite par tel corps, on peut cependant distinguer une brûlure produite par un corps solide d'une brûlure produite par un corps liquide. Ainsi, une brûlure par un corps liquide détermine une eschare plus ou moins large. Une brûlure par un liquide peut causer des eschares; mais il y a de la rougeur dessus ou autour, et puis la brûlure par un liquide offre toujours plusieurs degrés. Une brûlure par la flamme produit encore des eschares; mais l'épiderme est soulevé, rétracté, rôti en quelque sorte. Ce n'est pas comme quand un corps solide incandescent a été appliqué sur la peau, ni comme dans la brûlure par un liquide bouillant; on a la forme érythémateuse; il y a des phlyctènes volumineuses remplies d'un liquide diaphane, légèrement jaunâtre, et, si la brûlure existe à un haut degré, le liquide a une couleur d'un jaune assez prononcé.

L'eau bouillante, étant un liquide qui s'étend facilement, produira une brûlure étendue en surface ; l'huile est un liquide moins coulant; par conséquent, elle s'arrêtera davantage sur la partie qu'elle touche et brûlera plus profondément.

Un acide produit des brûlures qui ressemblent à celles d'un corps solide, parce que le liquide brûle par lui-même. On a donc ainsi des brûlures circonscrites avec des eschares. Elles portent une teinte différente suivant l'acide : si c'est l'acide sulfurique, la teinte est d'un brun noirâtre; si c'est l'acide nitrique, elle est plus ou moins jaune ; avec l'acide chlorhydrique, on a un vert ou un vert jaunâtre; de manière qu'on peut dire d'avance quel est le liquide qui a produit la brûlure, et cela est important, parce que la marche n'est pas la même, et que le médecin a intérêt à éclaircir les faits de ce genre au point de vue médico-légal.

Chez notre femme, la brûlure est produite par un liquide. Le derme a été scarifié. Il y a de la rougeur, de l'érythème et une apparence d'érysipèle; il y a, en outre, du gonflement dans la couche sous-cutanée. Il faut donc bien croire que c'est une brûlure par un liquide. J'ai dit que ce liquide était une tisane, et, au premier abord, vous avez pu croire que cette remarque était sans intérêt; mais si la brûlure diffère selon le liquide qui la produit, vous voyez qu'il y a à tenir compte de la nature de ce liquide. Ici la différence n'est pas sensible; c'est une tisane de tilleul, qui ne peut changer la capacité calorique de l'eau. Il s'agit donc d'une brûlure par de l'eau bouillante.

Il faut cependant s'attacher à connaître d'avance le liquide. Cette particularité est de nature à servir le médecin, à augmenter la confiance qu'il inspire ; car, je suppose qu'un malade vous consulte pour une brûlure, et que vous deviniez quel est le corps qui a produit cette brûlure, ce malade se dira : « Voilà un homme qui sait son affaire ; voilà un savant. » On est souvent dans l'erreur ; mais du moins cette erreur profite à celui qui en est l'objet.

Nous avons donc ici une brûlure par de l'eau bouillante. Il y a dans cette sorte de brûlure trois degrés : le degré érythémateux, phlycténoïde et de scarification. Dans ce moment, il y a, chez notre malade, un travail assez intense, une inflammation vive. Eh bien! c'est encore une particularité que le clinicien ne doit pas perdre de vue. Il est bon de pouvoir dire, en voyant une brûlure, quand elle a été produite. Or, il y a certaines affections dont on peut déterminer l'âge. Dans une variole, par exemple, on sait qu'il y a trois jours de fièvre, trois à quatre jours d'éruption, quelques jours de suppuration et de cicatrisation ; on peut donc dire à quelle époque elle a commencé. En voyant une pneumonie, on arrive également à déterminer à quel jour on en est. Cela est important, en ce qu'un médecin qui sait ainsi déterminer l'âge d'une maladie donne de lui une bonne idée.

Eh bien ! une fois arrivé à cette notion, il faut savoir ce qui se passe. Si c'est un liquide bouillant, il s'écoule une journée ou deux pendant lesquelles il n'arrive rien de particulier, si ce n'est des phlyctènes sans gonflement ; si, au contraire, il y a de la rougeur qui s'étale, du gonflement, des symptômes inflammatoires, la brûlure est de trois ou quatre jours ; s'il y a autour des eschares un liséré rouge qui semble les circonscrire, elle date de huit ou dix jours, et, s'il ne reste rien de pareil, on est au quinzième jour environ.

Chez notre malade, quelques plaques sont tombées, et le reste conserve les symptômes inflammatoires; il y aurait donc quatre à six jours que la brûlure s'est produite, ce qui est effectivement exact.

Quant au pronostic, il y a à dire qu'il est assez grave, parce que la brûlure est au troisième degré. Quelques surfaces sont indurées ; ce qui indique le besoin d'une élimination, et exige que la maladie dure de quinze à vingt-cinq jours. J'espère d'ailleurs que la portion phlycténoïde ne tardera pas à se cicatriser, et que la portion scarifiée éprouvera un travail d'élimination exempt de complications ; en sorte que la maladie n'a de gravité que par rapport à sa durée.

Quant à la thérapeutique, c'est le cas de recourir aux topiques émollients, à cause de l'inflammation. On établira en même temps, avec des bandelettes, une compression modérée sur la peau endommagée pour en hâter la cicatrisation.

L...

Diathèse suppurative générale commençant dans la dure-mère et s'étendant à tout le corps.

Par le Dr E.-S. Bennett.

L'homme sur lequel nous avons fait les observations suivantes était un nègre que l'on avait traité pendant plusieurs mois à la campagne, et qu'enfin l'on m'envoya le 22 juin 1841. Il présentait alors les symptômes suivants : la tête était partout tuméfiée, mais elle ne présentait d'autre lésion qu'une petite ulcération fistuleuse derrière la partie inférieure de l'oreille gauche, qui donnait issue à un écoulement jaune très abondant. La maladie avait commencé par de vives douleurs dans cette oreille gauche ; au bout de quelques jours, il s'y était formé un abcès que l'on avait ouvert, au grand soulagement du malade. Mais ce petit abcès fut bientôt suivi d'un autre beaucoup plus volumineux qui se forma sur l'os pariétal gauche; on l'ouvrit de même, et il s'en forma bientôt un troisième, puis plusieurs autres; enfin, aussitôt qu'un se fermait, il s'en montrait un autre. J'introduisis une sonde dans le petit orifice; elle pénétra obliquement en haut derrière le muscle temporal, qui était décollé dans une grande étendue, et immédiatement sous le péricrâne jusqu'au milieu de l'os pariétal.

Le malade fut soumis à un traitement antiphlogistique énergique combiné avec les purgatifs; mais comme il n'éprouvait aucun soulagement de ce traitement, je sollicitai les conseils de plusieurs médecins éclairés de mes amis. Nous l'examinâmes avec le plus grand soin, et nous ne découvrîmes aucune maladie de l'os. L'ouverture du péricrâne fut élargie, et l'on eut recours à des injections excitantes. Peu de jours après il sortit par la plaie une grande quantité de pus, et en élargissant l'incision dans toute l'étendue du foyer, nous découvrimes une ouverture dans l'os pariétal gauche, au-dessus de sa partie moyenne, qui pénétrait dans l'os et qui donnait issue à beaucoup de pus jaune. Une sonde introduite dans cette ouverture passa dans un profond sinus formé entre l'os et la dure-mère ; la surface interne de l'os était rude et inégale. Nous décidâmes qu'il fallait trépaner avec le petit trépan ; et en conséquence, le 18 juillet, en présence de plusieurs de mes confrères, j'essayai l'opération, en faisant dans la partie inférieure du sinus principal une incision s'étendant depuis la partie inférieure et postérieure de l'oreille au quart supérieur de l'os pariétal gauche, et une autre incision transversale qui coupait la première à son extrémité supérieure, et qui s'étendait de la partie antérieure à la partie postérieure du même os. En enlevant ces fragments avec le scalpel, nous eûmes à découvert le périoste, fortement induré, macéré, et qui se sépara de l'os très aisément. Nous aperçûmes promptement alors pourquoi nous n'avions pas pu découvrir avec la sonde courbe l'ouverture formée dans l'os; car l'orifice était complétement couvert par une matière spongieuse dépendant de la dure-mère et remplissant presque entièrement l'ouverture. J'appliquai alors le petit trépan sur le bord inférieur de l'ouverture, que je couvris tout entière avec la couronne de l'instrument, et j'enlevai une portion d'os d'un pouce de diamètre. En enlevant cet os, nous vîmes une lésion très considérable de toute sa surface interne, et nous pûmes alors facilement introduire une sonde jusqu'à quelques lignes de la suture lambdoïde; toute cette partie inférieure présentait la même surface rugueuse. J'appliquai encore une fois l'instrument, et j'enlevai un autre morceau d'os de la même dimension au coin du sinus, qui présenta le même caractère, mais à un moindre degré. Nous trouvâmes qu'au-dessous de cela le sinus était contracté, étroit, et peu profond.

Notre patient commençait à perdre ses forces ; nous résolûmes donc de suspendre nos recherches, et nous nous confiâmes aux efforts réparateurs de la nature. La plaie fut remplie avec de la fine charpie, sur laquelle nous posâmes l'appareil. Nous prescrivîmes pour traitement : teint. opium, 40 gouttes. Le repos de la nuit fut parfait.

Le 8 août, notre malade avait toujours été de mieux en mieux jusqu'à la nuit dernière, où il sortit d'un sommeil pénible en se plaignant d'une douleur violente partant de l'oreille et s'étendant à l'ouverture faite par le petit trépan le 18 juillet; le pouls était dur et inégal. Je demandai la coopération de mon ami le docteur Bellinger. En enlevant les appareils, nous découvrîmes un sinus allant du quart supérieur de l'os pariétal vers l'apophyse mastoïde ; sur le côté gauche, il s'en échappa une très grande quantité de matière liquide, ce qui amena quelque soulagement.

Le 10 août, le patient se plaignit d'un peu de douleur vers la première et la seconde vertèbre cervicale ; une petite quantité de liquide sortit par le bord inférieur de l'ouverture faite par le petit trépan le 18 juillet. Une sonde fut introduite à la profondeur de deux pouces et demi, dans la direction de l'apophyse mastoïde ; un petit écoulement succéda à l'introduction de la sonde. On proposa d'enlever toute la partie de l'os qui se trouvait affectée, ce qui fut exécuté à l'aide du petit trépan ; cette ablation faite, on put facilement introduire une sonde en dedans et tout autour du bord inférieur du pariétal et de la moitié supérieure de l'occipital. Lorsque nous eûmes devant nous cette grande lésion, la question fut de savoir si toute la table interne du côté gauche n'était pas atteinte par la maladie ; mais comme la sonde rencontrait de la résistance, nous résolûmes d'enlever tout ou presque tout ce que nous trouverions de malade, selon que cela nous serait possible.

Une incision fut donc faite du bord inférieur du sommet occipital et prolongée en remontant de façon à couper l'angle postérieur de l'incision transversale faite lors de la première opération. Nous enlevâmes ainsi un fragment d'os qui avait deux pouces de diamètre à son bord supérieur, et nous mîmes à nu toute la portion restante du sommet de l'occipital; ensuite, avec le petit trépan, nous enlevâmes un morceau d'os d'un pouce de diamètre sur la partie supérieure gauche de l'occipital, et, avec la scie de Hay, nous réunîmes les deux ouvertures, et emportâmes un fragment d'os qui les séparait et qui avait deux pouces et demi de long sur un pouce trois quarts de large. La dure-mère était très épaissie et couverte de pus dans toute cette étendue.

Le 24 août, à l'exception d'un peu de douleur causée par un petit abcès, le malade a été très bien depuis notre dernier compte-rendu : la plaie a un très bon aspect; la santé générale est très satisfaisante.

10 février 1842. Depuis notre dernière note, le malade s'est maintenu en bon état; mais, aujourd'hui, il se plaint d'une forte douleur dans le cou vers la cinquième vertèbre cervicale : en palpant, on sent dans ce point des tumeurs

---

et les femmes, qui ne reculent pas même devant les maladies sérieuses et les choses de grande difficulté, dans l'accomplissement desquelles elles emploient en partie sortilége et magie, et en partie font usage de tels remèdes qui sont très dangereux, et nullement appropriés à la maladie, et cela au grand déplaisir de Dieu, au déshonneur de la Faculté, et pour la grande misère des sujets de Sa Majesté le roi, spécialement de ceux qui ne peuvent pas distinguer les savants des ignorants, etc. » Par cette loi, il était défendu à toute personne de pratiquer à Londres, si elle n'avait pas été examinée et approuvée par l'évêque de Londres et le doyen de l'église de Saint-Paul, qui appelleraient à leur aide quatre docteurs en médecine, et pour l'examen des chirurgiens, des personnes instruites en cet art. Pour le reste de l'Angleterre, l'examen par les évêques dans leurs diocèses respectifs semble avoir été suffisant; les shériffs des différents comtés ordonnaient aux personnes qui aspiraient à pratiquer la médecine de se présenter pour l'examen, sous peine d'amendes et d'emprisonnement. Quoique l'institution d'un collége de médecins, quelques années après, eût rendu inutile ce privilége des évêques, il ne semble pas avoir été immédiatement aboli d'une manière formelle, et ils ont continué d'admettre de temps en temps des licences jusqu'au milieu du dernier siècle. On dit qu'une de nos célébrités médicales vivantes a reçu son titre de docteur des mains de l'archevêque de Cantorbéry, ce qui lui a valu le surnom de *Docteur Divin*.

En 1518, le *College of Physicians* (1) (Collége des Médecins) fut fondé à Londres, grâce à l'influence du docteur Thomas Linacre, par le cardinal Wolsey, ministre de Henri VIII. Ce qui montre bien l'absence des moyens d'instruction médicale en Angleterre à cette époque, c'est que les six personnes qui les premières firent partie de cette institution avaient toutes été graduées dans des universités étrangères. Linacre (1460-1524), à qui l'initiative en appartient, était un homme de grande instruction, qui, après avoir étudié à Oxford, alla dans les principales universités de l'Italie, où il acquit une grande réputation. Après son retour, il fit des leçons de médecine à Oxford, et il fut le premier qui enseigna la langue grecque en Angleterre. Il répandit par ses traductions la connaissance des ouvrages classiques médicaux. Frappé de l'état dans lequel il trouva en Angleterre la pratique de la médecine, dégradée entre les mains des charlatans ou des moines souvent aussi ignorants, il employa toute son influence auprès du cardinal Wolsey pour fonder le nouveau collége, dont il devint le président. Le célèbre sir Thomas Moore fit de lui l'éloge suivant : « A son retour en Angleterre il y introduisit les langues, et il fut le premier restaurateur des lettres dans notre nation. On se demande s'il était meilleur latiniste qu'helléniste, meilleur grammairien que médecin, plus savant qu'homme de bien. » Erasmus dit dans une de ses épîtres : « *Mitto tibi libros Galeni opera Th. Linacri melius latine loquentes quam antea Græce loquebantur.*

Pour comprendre combien de temps les affaires médicales furent administrées par les ecclésiastiques, il faut savoir que Linacre lui-même tenait de riches bénéfices de l'église. Un autre médecin de cette époque, collègue de Linacre dans le nouveau collége, était le docteur John Caius (1510-1573), médecin du roi Edouard VI et des reines Marie et Elisabeth. Comme Linacre, il avait fait ses études en Italie, et contribua beaucoup à répandre les classiques médicaux grecs et latins en Angleterre. Parmi ses œuvres, il y en a une qui est d'un grand intérêt, même actuellement : *De Ephemera Britannica*, étant une description détaillée de la dernière épidémie de la sueur anglaise (*The sweating sickness*), qui ravagea si cruellement l'Angleterre en 1551. Depuis ces deux hommes jusqu'au grand Harvey, l'Angleterre n'a produit aucun médecin qui ait reculé les bornes de l'art médical.

Le nouveau Collége fut doté par Henri VIII et ses successeurs, avec pleins pouvoirs de *Supervisionem, scrutinium, correctionem et gubernationem*. Ce qu'il exerça vigoureusement par les moyens d'amendes et d'emprisonnements. Le docteur Goodall, écrivant en 1684, nous a donné une liste exacte des nombreuses punitions qui furent appliquées par décision du Collége, et il parle avec beaucoup d'approbation de la fermeté et de l'activité de cette institution. Un grand nombre de charlatans audacieux furent emprisonnés jusqu'après payement de leur amende, et jusqu'à ce qu'ils eussent donné la garantie de ne pas retomber dans le délit. Les boutiques des apothicaires furent visitées et les mauvaises drogues brûlées. Le Collége envoya des médecins même dans les provinces pour la poursuite des empiriques.

Dans ce temps, comme dans le nôtre, les grands personnages furent souvent les patrons des charlatans, et ils firent des efforts pour engager le collége à cesser ses poursuites contre leurs favoris, mais toujours sans succès.

La royauté elle-même, et une royauté bien despotique, ne put influencer sur les déterminations consciencieuses du Collége. Ainsi, Walsingham, secrétaire d'Etat d'Elisabeth, écrivit au président, en 1581, pour lui exprimer le vif désir qu'avait la reine de voir cesser des poursuites qu'on exerçait contre une femme nommée Margaret Kennix « pour avoir entrepris la guérison des maladies et des plaies au moyen de certaines herbes, dans l'application desquelles il semblerait que Dieu lui avait donné une connaissance spéciale pour le bienfait de ceux qui ne sont pas très riches, etc. » Le président est même menacé du déplaisir de la reine, si la femme en question se plaignait encore. Le président réplique que, quelque grand que fût le respect du Collége pour les autorités, la force de leur serment et de leur conscience était encore plus grande, et que, guidé par le devoir, il ne pouvait permettre aux personnes ignorantes de poursuivre une aussi dangereuse vocation. En 1586, Walsingham s'in-

(1) Le terme *physician* signifie, en anglais, le docteur en médecine ayant le droit de pratiquer. Nos premiers médecins furent tous appelés *doctors in physic*.

dures et profondément enracinées. Ordonnons l'application de cataplasmes ; calomel, 10 gr. ; poudr. rhub., 40 gr.

Le 26 février, une des tumeurs de chaque côté a suppuré ; elles ont été ouvertes par deux larges incisions et ont rendu une très grande quantité de pus, puis un peu de sang coagulé et une matière brunâtre, ce qui nous porte à croire que la trame des os est attaquée. La sonde a pu être introduite parallèlement à la colonne cervicale et a pu toucher facilement les apophyses transverses de cinq vertèbres. — Catapl. ; potion anodine.

Le 1er mars, les tumeurs ouvertes sont complétement guéries, et le malade est maintenant aussi bien qu'il y a quelques mois.

Le 10, le malade éprouve une vive douleur, qui s'étend de la quatrième vertèbre cervicale à la dixième dorsale ; il y a beaucoup d'oppression ; toux opiniâtre et dyspnée, accompagnée de faiblesse. Fomentations chaudes sur la poitrine et entre les épaules. — Huile de ricin avec teint. op. 40 gouttes en une dose.

Le 4 avril, jusqu'à ce matin, le malade a continué d'être dans un pénible état ; mais il vient d'être très soulagé par une évacuation naturelle par la bouche d'une matière jaune, extrêmement fétide, malfaisante. Un gros abcès se forme entre les épaules.

Le 8, ouverture de l'abcès, d'où il sort une immense quantité de matière brune, ichoreuse. Les symptômes fâcheux disparaissent après cette évacuation.

Le 20, le malade est très bien.

Le 1er juillet, nous découvrons ce matin quelques petits abcès le long de la colonne dorsale, qui, quoique très petits, paraissent se prolonger profondément, et semblent communiquer avec celui qui était situé vers la partie supérieure du rachis. De ce dernier on a fait sortir une quantité de matière brunâtre beaucoup plus considérable que n'en pourrait contenir la capacité apparente de la poche.

20 juillet. Depuis la dernière note, une immense sécrétion de liquide s'est établie par l'ouverture faite entre les épaules ; elle affaiblit beaucoup le malade. L'appétit est toujours bon. Nous avons été fort étonné de l'aspect tout particulier qu'offrent les excrétions du malade ; on y distingue une matière jaune très évidente, dont quelques parcelles flottent dans l'urine. Nous ordonnons que l'on recueille les évacuations dans deux vases bien distincts, et dans chacun nous trouvons la même matière. Ainsi donc, le malade rend cette matière liquide et jaune par l'ouverture pratiquée dans le dos, par la bouche (sans toux), par l'intestin et par la vessie, sans qu'aucun symptôme puisse nous faire découvrir une lésion dans quelqu'un des viscères d'où cette matière semble s'écouler si librement.

Il est peut-être utile de dire aussi que le malade se plaint d'une douleur violente et profonde dans le genou droit.

Le 25 juillet, la grande douleur du genou a disparu ; mais les évacuations continuent avec la même abondance et les mêmes caractères. Les forces diminuent ; les facultés intellectuelles s'affaiblissent beaucoup.

29 juillet. Jusqu'à ce matin, notre malade s'est maintenu dans le même état ; ensuite il a dit qu'il se sentait très mal ; on a pansé ses plaies ; il s'est relevé sur son lit ; mais au bout d'un quart d'heure environ, un mouvement soudain a attiré notre attention, et il est tombé comme en asphyxie spinale, et a succombé brusquement.

Autopsie faite 24 heures après la mort.

Les perforations faites au crâne par le trépan sont en partie oblitérées par des végétations osseuses partant des bords osseux et aussi de la dure-mère. Tout le long de la colonne spinale, nous trouvâmes une foule de petits kystes remplis d'une matière jaune, disposés comme les cellules d'un gâteau de miel, et pénétrant très profondément entre les vertèbres. Les muscles eux-mêmes, lorsqu'on les pressait fortement, laissaient s'écouler le même liquide d'entre leurs fibres. La même matière existait dans toute la région dorsale et lombaire.

Nous avons porté ensuite notre attention sur la partie postérieure latérale du thorax ; la main aurait pu passer facilement sous le scapulum, entre les côtes et le muscle sub-scapulaire gauche, nous découvrîmes une ouverture d'environ un pouce de diamètre pénétrant dans la cavité de la poitrine, entre la troisième et la quatrième côte, et par où coulait une très grande quantité de pus.

Poitrine. — Après avoir enlevé le sternum, nous avons trouvé le cœur flottant dans une sorte de sérosité sanguine. Le poumon droit était hépatisé et fortement tuberculeux à son bord inférieur ; le poumon gauche était rempli de tubercules plus ou moins ramollis ou même tout à fait liquides.

Abdomen. — Le foie avait perdu sa consistance et sa couleur particulières ; il était gris cendré, très mou et graisseux ; son bord inférieur était ulcéré ; les intestins étaient dépourvus de tout indice d'inflammation, mais ils baignaient dans une grande quantité de matière jaune ; la rate était de la même couleur (grise) que le foie, ridée et comme macérée.

La membrane muqueuse de l'estomac était ramollie ; il en était généralement de même de la muqueuse intestinale. La vessie était épaissie, ramollie et contenait environ deux onces de matière jaune.

Une grande abondance de liquide jaune sous les rotules et dans les grandes articulations ; le périoste était décollé en certains points et partout adhérait peu aux os.

Les os. — Le crâne était fort épaissi dans quelques parties ; dans d'autres, au contraire, il paraissait avoir diminué sous l'influence de l'absorption.

Les vertèbres dorsales avaient toutes subi plus ou moins les ravages de la maladie ; mais les six premières particulièrement étaient les plus affectées : le corps de ces os était ramolli et avait un aspect singulièrement spongieux. Les côtes, adhérentes à ces cinq premières vertèbres dorsales, étaient extrêmement malades. Les sept autres vertèbres dorsales étaient plus ou moins attaquées, mais généralement les apophyses l'étaient moins que d'autres parties de l'os.

Expliquer ces conditions, dit l'auteur, est, nous l'avouons, au-dessus de notre puissance ; nous laissons donc cette tâche à une plume plus habile : nous nous bornerons à dire que la préparation a été conservée et peut être vue au Collége de médecine de la Caroline du Sud.

(*The Charleston medical Journal*, vol. III, n° 2.)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er mai 1849. — Présidence de M. Velpeau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce avec envoi de deux rapports sur le service médical des eaux minérales de Saint-Alban (Loire), par M. Gay, médecin inspecteur, et de Sail-les-Château-Morand (même département), par M. Merle Désisles, médecin inspecteur adjoint ;

2° Une lettre du même ministre avec envoi d'un rapport sur le service médical des eaux de Luxeuil (Haute-Saône), par M. Chapelain, médecin inspecteur ;

3° Une lettre du même ministre avec envoi d'un rapport sur une épidémie qui a régné en 1848 dans les communes de Vailfin, Leschères et Septmonces (Jura), rédigé par M. le docteur Guichard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Claude ;

4° Une lettre du même ministre avec envoi d'un échantillon d'eau inodore propre à servir d'engrais et désinfecter les plaies et ulcères gangréneux, et à préserver du choléra.

— La correspondance manuscrite comprend les communications suivantes :

1° Une lettre de M. le docteur Bayard, de Cirey-sur-Blaise, relative à l'influence de la vaccine sur la mortalité. (Nous avons déjà inséré un travail de cet honorable confrère sur le même sujet.)

2° Une lettre de M. le docteur Gonyon, de Clermont-Ferrand, dans laquelle ce confrère propose de piquer avec de grosses aiguilles les pustules varioliques pour diminuer la gravité de la maladie.

3° Plusieurs lettres de MM. Levrat, Pointe, Gensoul et Brachet, qui donnent des détails sur un cas mortel de choléra qui s'est développé à Lyon chez un conducteur des messageries venant de Paris, et qui n'a eu aucun mauvais résultat ni pour les personnes qui ont soigné le malade, ni pour le reste de la ville.

M. Brachet ajoute que, si Lyon a été préservée de l'épidémie en 1832, et si elle doit l'être encore en 1849, c'est que l'épidémie a une période d'augmentation, d'état et de déclin, et qu'elle a eu ces trois périodes en 1832 avant d'arriver à Lyon, et qu'elle les aura de même en 1849, puisque déjà l'épidémie se meurt à Paris.

Ces quatre correspondants, du reste, sont conduits à repousser par tous les faits venus à leur connaissance toute idée de contagion.

4° M. le docteur Wagninge envoie une brochure sur le *choléra neuronisme* (nous en avons dit quelques mots dans un de nos derniers numéros), et une lettre renfermant le modèle en papier d'un emplâtre de résine de sapin, qu'il suffit d'appliquer sur sa poitrine pour se préserver du choléra. Cet emplâtre a la forme d'un cœur, d'environ 20 centimètres de la pointe à la base, et de 25 centimètres d'un côté à l'autre. Il a préservé le roi de Prusse, ainsi que tous ceux qui l'ont porté.

5° M. le docteur Delaporte, correspondant de l'Académie, à Vimoutiers (Orne), et maire de cette ville, a écrit à M. Isidore Bourdon que le choléra ne règne point aux environs d'Alençon, comme on l'a dit par erreur dans le public.

6° M. Frestel, de Saint-Lô, propose le mercure comme agent de préservation et de traitement dans le choléra ; il se fonde sur la propriété antiplastique si connue du mercure. Vu la difficulté de faire pénétrer un composé mercuriel dans l'économie, il propose, comme préservatif, de faire usage d'un petit tube rempli de mercure que l'on tiendrait entre les dents à la manière de cigarettes, et de pilules à base de mercure tous les quatre jours. Dans le cas de choléra confirmé, on placera sur la bouche du malade, de temps en temps, l'extrémité libre de l'appareil à éther, dans le récipient duquel on aura mis une certaine quantité de mercure dont on activera la volatilisation à l'aide d'un bain de sable.

7° M. le docteur Stiévenard, de Valenciennes, rend compte à l'Académie des informations qu'il a pu recueillir sur la marche du choléra dans cette ville, et particulièrement sur la contagion. Le premier cas de choléra qui s'est manifesté dans l'arrondissement de Valenciennes a eu lieu chez une femme qui n'avait pas quitté le pays, et qui par conséquent n'avait eu aucun rapport avec des cholériques. Les personnes qui lui ont donné des soins ont été entièrement exemptes de la maladie.

Parmi d'autres exemples d'immunité pour les personnes qui ont soigné des cholériques, M. Stiévenard rapporte le fait suivant :

Un enfant de cinq ans environ est atteint par le choléra. Arrivé à la période algide, ses parents font tout pour le réchauffer : leurs efforts sont inutiles. Sur le conseil d'un médecin qui ne croit pas à la contagion, ils placent entre eux le petit patient. La chaleur ne tarde pas à revenir, la réaction se prononce et la convalescence se dessine franchement. Malgré le contact immédiat, le père, la mère et un autre enfant au sein qui a passé la nuit dans le même lit sont exempts de toute atteinte cholérique.

L'auteur termine sa lettre en disant que, comme beaucoup de ses confrères qui ont vu de près bon nombre de cholériques, il est profondément convaincu que le choléra n'est pas contagieux.

8° M. Lepetit, de Poitiers, adresse un mémoire intitulé : *Recherches sur la nature du choléra*. Le choléra, suivant l'auteur, est une maladie nerveuse produite par une diminution de l'électricité dans l'atmosphère. Il propose comme préservatif, à défaut de l'électrisation journalière par la pile, qui ne lui paraît pas exécutable, l'usage du phosphore en inhalations pulmonaires.

9° M. Bonnafons, chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'Arras, fait savoir que, contrairement à ce qui s'est passé à l'hôpital du Midi, dont les habitants ont joui jusqu'ici d'une sorte d'immunité contre le choléra, les premiers cas de choléra qui ont paru à l'hôpital militaire d'Arras se sont déclarés dans les salles des vénériens. Sur 19 cas de choléra qu'il a eu à traiter, les 5 premiers ont atteints 5 hommes affectés d'ulcères syphilitiques qui étaient en traitement par le biiodure de mercure. Tous les 5 ont succombé en peu de temps. Sur

---

téressa encore à un charlatan nommé Nott, que le Collége avait emprisonné, écrivant que lui-même et d'autres personnes avaient éprouvé beaucoup de bien du traitement de ce charlatan. Le Collége envoya chercher le prisonnier et lui promit sa liberté s'il voulait s'engager à cesser sa pratique. Nott refusa, disant qu'il se bornait à guérir la syphilis ; le président répondit alors à Walsingham que Nott calomniait sans doute ses protecteurs, et il le fit reconduire en prison. Ces efforts du Collége, s'ils n'ont pas eu tout l'effet désirable, n'en sont pas moins louables, quand on considère surtout qu'ils ont été faits à une époque où le pays était inondé d'empiriques audacieux soutenus par des protecteurs ignorants. Mais les poursuites ne furent pas seulement dirigées contre ces charlatans, elles le furent aussi contre les apothicaires et les chirurgiens qui osaient donner des médecines internes, et même contre les docteurs en médecine qui s'établissaient à Londres sans subir l'examen du Collége et sans lui payer des honoraires. Dans des temps plus rapprochés du nôtre, ces procédés ont dégénéré en de véritables persécutions, et des personnes instruites, aussi bien que des membres du Collége eux-mêmes, en ont été plus d'une fois victimes. Quelques détails sur ce dernier abus de pouvoir trouveront leur place dans une lettre prochaine sur l'organisation actuelle du Collége.

Une chose remarquable, c'est que les disputes entre les galénistes et les chimistes, qui revêtirent en France un si extrême caractère d'acrimonie et d'opiniâtreté, n'existèrent presque pas ici : il est vrai que nos galénistes n'avaient pas un Gui-Patin pour diriger leurs forces, pour encourager leurs espérances et poursuivre leurs ennemis, même dans leurs succès, avec un acharnement inébranlable et une verve satirique inimitable. Linacre et Caius, comme la plupart des médecins qui allaient en France et en Italie pour y étudier, en revenaient galénistes ardents ; mais les plus grands ennemis qu'ils trouvaient à leur retour étaient l'ignorance et l'indifférence générales pour tout ce qui avait rapport aux affaires médicales.

Une circonstance qui contribua beaucoup à l'introduction facile des remèdes chimiques en Angleterre fut l'arrivée de Théodore Mayerne (1573-1655) dans le commencement du dix-septième siècle, médecin de Henri IV de France ; après la mort du roi, persécuté par Patin et autres galénistes, à cause de sa prédilection pour les remèdes chimiques et spécialement pour le terrible antimoine, il se trouva dans la nécessité de quitter la France, et vint en Angleterre, où sa grande réputation l'avait précédé.

Incorporé à l'Université d'Oxford avec de grandes solennités en 1606, il fut nommé premier médecin du roi, office qu'il conserva pendant trente ans, sous Jacques Ier et son fils Charles Ier. En peu de temps il fut en grande faveur dans toute l'aristocratie anglaise ; ses théories et ses ordonnances ressemblaient beaucoup à celles des galénistes ; seulement il préconisait l'emploi des remèdes chimiques, et spécialement l'antimoine. Il ne paraît pas qu'il fût combattu par les médecins de Londres, sur lesquels, au contraire, il acquit une grande autorité, autorité qui sans doute contribua beaucoup à faire introduire dans la thérapeutique des médecins anglais ces nouvelles substances médicinales. Dans les annales du Collége, nous trouvons cependant beaucoup d'accusations de mort à la charge de l'antimoine et des autres remèdes chimiques ; mais c'était seulement dans des cas où le médicament avait été employé par des charlatans et des ignorants que le Collége fit entendre des plaintes. Sir Théodore Mayerne lui-même écrivit au Collége pour se plaindre de l'abus dangereux de sa « tasse d'antimoine », fait par les empiriques. Mayerne publia son *Apologia* contre les médecins de Paris, et il existe dans le musée de la Grande-Bretagne ses journaux en manuscrit jusqu'à 1649. Il les appelle ses *Ephémérides* ; ils contiennent les observations des principaux personnages qu'il a soignés en France et en Angleterre, accompagnées de particularités incidentes d'une délicatesse extrême, qui seraient une mine féconde pour un Réveillé-Parise ou un docteur Lyrac.

Dans ma prochaine lettre, je vous donnerai l'histoire des chirurgiens et des apothicaires, de leurs contestations avec « leurs maîtres les médecins », comme Gui-Patin les appelle.

John Chatto.

Londres, avril 1849.

Nouvelles du choléra.

Depuis quarante-huit heures, le choléra sévit avec gravité à la Grenouillère, commune de Chantenay.

Thérapeutique du choléra.

M. Lebatard préconise pour déterminer la réaction, une infusion de fleurs de sureau, sucrée avec le sirop suivant :

Sirop acétique	45 grammes.
Sirop diacode	32
Acétate d'ammoniaque	13
Sirop d'écorces d'oranges	32

A prendre fréquemment par petites tasses.

les 14 autres, 7 se sont déclarés dans les salles des fiévreux et 7 dans les casernes. Il y a eu 2 décès seulement.

10° M. Ravin, de Saint-Valery-sur-Somme, rend compte à l'Académie de la marche du choléra dans l'arrondissement qu'il occupe. Avant d'apparaître sous une forme plus grave, dit l'auteur, le mal avait existé sous celle-ci : les évacuations alvines étaient accompagnées de cardialgie avec nausées, vertige et malaise général. On a vu le mal passer de famille en famille par les individus malades. D'autres fois, sa transmission a paru inexplicable; c'est probablement, ajoute-t-il, parce qu'on a négligé de tenir compte des cholérines.

11° M. le docteur Junod rappelle à l'Académie les bons résultats qu'il a obtenus tant en 1832 qu'en 1849 à l'aide de son puissant procédé de dérivation, les ventouses-monstres.

12° M. Vanner adresse une nouvelle communication sur l'emploi de la glace dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Sur 150 malades *environ*, dit-il, qui présentaient les premiers symptômes, et chez lesquels on a fait usage de la glace, tous sans exception ont été guéris au bout de vingt-quatre ou trente-six heures; ceux qui ont été le plus longtemps malades n'ont pas dépassé cinq jours.

Quant au mode d'administration, le malade en avale nuit et jour, toutes les cinq minutes, un morceau de la grosseur d'une noix jusqu'à complète guérison. Aussitôt que la fièvre a cessé, il éprouve un dégoût très marqué; malgré cela, on lui fait continuer encore l'usage de la glace pendant vingt-quatre heures, et alors il est guéri. On applique aussi continuellement sur le front des compresses d'eau à la température de la glace fondue.

— M. Gibert. L'épidémie a eu une nouvelle recrudescence depuis quelques jours à l'hôpital Saint-Louis. Hier dans l'après-midi ont été reçus 10 malades nouveaux, dont 3 avaient déjà succombé ce matin avant la visite.

Le relevé du bureau de l'hôpital arrêté hier soir donne un chiffre total de 194 cas, 99 décès et 50 sorties.

Sur ce chiffre, ma part pour mes deux salles, hommes et femmes, est de 93 cas, 33 guérisons sorties et 41 décès; tandis que la réunion des autres services donne 101 cas, 58 décès et seulement 17 sorties.

Vous voyez que l'avantage dans cette statistique faite par le bureau et entièrement soustraite à toute préoccupation médicale reste pleinement à la médication *naturelle* ou hippocratique.... ce qui ne nous empêche pas assurément d'applaudir aux efforts et au zèle persévérant de ceux de nos confrères qui cherchent dans une autre voie des ressources plus efficaces.

— M. Bouvier donne des renseignements sur la marche générale de l'épidémie dans la ville et dans les hôpitaux; ces renseignements sont conformes à ceux que nous avons donnés nous-même.

L'honorable membre termine sa communication en rendant compte de deux faits dans lesquels il a employé comme révulsif cutané assez énergique une plante exotique de la famille des légumineuses, le *dolichos pruriens*, qui jouit des mêmes propriétés que l'ortie fraîche. Chez une femme nourrice et chez une fille de dix ans, l'urtication, pratiquée à la période typhoïde, a déterminé une roséole qui a paru avoir une influence favorable sur la marche de la maladie; les deux malades vont bien. Ce matin, l'urtication a été essayée sur un homme qui était dans la période algide. On ne peut dire encore quel sera le résultat de cette nouvelle tentative.

M. Gérardin. Il me semble que l'Académie pourrait se passer d'entendre les détails qu'on lui apporte à chaque séance sur le nombre de cas qui ont eu lieu dans tel ou tel hôpital ou ailleurs. Quel intérêt peut-il y avoir, après la grande expérience que nous avons faite en 1832, à savoir que l'épidémie a augmenté ou diminué de quelques cas pendant sept à huit jours? Ne savons-nous pas que l'épidémie durera pendant quelques mois avec des diminutions et des recrudescences qu'on peut prévoir à très peu de chose près?

Il serait bien à désirer également que l'Académie fît cesser le désordre qui règne dans ses discussions depuis que le choléra a éclaté parmi nous. On est venu agiter sans aucune suite une foule de questions qui ont été jugées irrévocablement en 1832, et sur lesquelles il est parfaitement inutile de revenir.

Ainsi, il a été parfaitement démontré que le choléra n'est en aucune façon contagieux.

L'urtication dont on vient de parler a été reconnue parfaitement inutile, et ainsi du reste.

Je crois donc que l'Académie ferait bien d'écarter toutes ces questions et d'attendre pour en discuter d'autres que l'épidémie ait disparu, et que nous possédions des documents sur toutes les phases de son existence. Dans tous les cas, je propose, si l'Académie doit continuer à discuter, qu'elle choisisse une question donnée, celle de la contagion ou toute autre, et qu'elle ne courre pas de sujet en sujet; enfin, qu'elle mette un peu d'ordre dans ce qu'elle fait. Quant à la contagion, je ne pense pas que la discussion sur ce point puisse avoir les inconvénients qu'on a craints; le public sait aujourd'hui si bien à quoi s'en tenir sur ce point que tous les gouvernements qui avaient d'abord pris des mesures sanitaires rigoureuses contre cette maladie ont tous cessé de les appliquer sans s'en trouver plus mal.

M. Rochoux. On observe mieux dans les petites localités la marche des maladies contagieuses. Quand ceux qui reproduisent à chaque instant cette assertion se seront donné la peine de faire connaître les raisons sur lesquelles ils peuvent l'appuyer, je ne manquerai pas de les combattre, si, comme je le pense, elles n'ont aucune valeur. En attendant, je répondrais à une affirmation par une autre en sens opposé, me contentant de dire : on observe mieux dans les grandes villes, et surtout à Paris, que dans les petites localités, en outre, on y conclut plus logiquement, comme je vais le prouver.

Parmi les faits de contagion découverts dans une petite localité, M. Guérin vous a cité celui d'un père frappé du choléra quarante-huit heures après avoir reçu chez lui son fils atteint de cette maladie. Eh bien, il y a évidemment là absence de contagion. En effet, toutes les maladies vraiment contagieuses, telles que la syphilis, la variole, le vaccin, la rage, la morve, etc., ont un temps d'incubation plus ou moins prolongé, dont le minimum dépasse quatre jours. J'en conclus hardiment, à l'opposé de notre collègue, que le choléra dans le cas dont il s'agit n'a pas été transmis d'un sujet à l'autre.

M. le président. Je crois devoir faire remarquer encore une fois que la question de la contagion ne pouvant être discuté en ce moment sans de graves inconvénients, il serait peu généreux aux anti-contagionistes d'attaquer leurs adversaires, qui ne peuvent pas produire leurs arguments.

M. Gérardin. Qui les en empêche, de les produire?

M. le président. Je répondrai à M. Gérardin que les raisons qui empêchent les contagionistes de défendre leur opinion ont été suffisamment exposées déjà; il ne faut pas croire que parce que l'Académie déciderait à une majorité considérable, ou même à l'unanimité moins une voix, que le choléra n'est pas contagieux, les arguments de ceux qui soutiendraient l'opinion contraire fussent sans influence sur le public; il s'en faut de beaucoup. D'ailleurs l'Académie n'est pas seule dans le monde, et il est probable que l'opinion des contagionistes trouverait assez d'écho au dehors pour pouvoir produire des résultats fâcheux. Pour ma part donc, quoique je me permette d'être contagioniste, je déclare que je ne ferai valoir aucun argument en faveur de mon opinion, à moins que l'Académie ne déclare formellement qu'elle met à l'ordre du jour la question de la contagion.

Maintenant, je dirai que je n'ai pas très bien compris ce que M. Gérardin a demandé en reprochant l'Académie le désordre de ses discussions. Je ne vois pas qu'il ait fait une proposition formelle.

M. Gérardin. Je demande qu'on régularise la discussion.

M. le président. Ce n'est pas là faire une proposition. Proposez un moyen.

M. Moreau. Je crois que dans ce moment l'Académie ne peut que recueillir des documents, c'est-à-dire continuer à faire ce qu'elle fait. Quand l'épidémie aura cessé, et que nous pourrons avoir sous les yeux tous les éléments nécessaires à une discussion complète, alors seulement nous pourrons aborder cette discussion.

M. Bouvier. L'Académie ayant adopté à l'unanimité la proposition qui lui avait été faite de réclamer auprès de l'autorité les tables de la mortalité dans la ville de Paris pendant la durée de l'épidémie, et cette proposition n'ayant encore produit aucun résultat, je n'ai pas cru faire une chose inutile en faisant connaître à l'Académie les documents statistiques que je me suis procurés.

M. Fr. Dubois. Après ce que vient de dire M. Bouvier, je dois informer l'Académie qu'il a été donné suite à la proposition qui lui a été faite par son président. L'administration de la Préfecture de Police ne dresse pas des statistiques aussi complètes, tant s'en faut, que celles de Londres; mais elle pourra néanmoins nous communiquer chaque mois des relevés dignes d'intérêt, et elle a accueilli favorablement la demande de l'Académie.

J'ajouterai, relativement à ce qui a été dit sur le désordre de nos discussions, que jusqu'à présent aucune discussion n'a eu lieu sur le choléra; l'Académie a reçu de ses correspondants et d'autres personnes des faits concernant l'épidémie. Ces faits ont été exposés devant vous; des membres de l'Académie ont communiqué des faits de même nature, suivant l'ordre dans lequel ils les ont observés, ou tels qu'on les leur a transmis. Je ne vois pas trop quel désordre il peut y avoir à raconter des faits qu'on a vus, ou dont on a connaissance. Quant à des discussions, il n'y en a point eu.

Quant à ce qu'on a proposé, de saisir la commission du choléra de la question pathologique et de l'étude des traitements, je ne vois pas de quoi la commission pourrait s'occuper, sinon de la question pathologique et de la question du traitement; il ne me paraît pas qu'elle ait besoin d'une mission spéciale pour cela. On pourrait demander, à la vérité, pourquoi la commission n'a pas fait plus tôt son rapport; mais on conviendra qu'un pareil rapport ne s'improvise pas, qu'il faut des documents pour le faire. Or, jusqu'à présent, la commission n'avait pas ces documents; elle les possède maintenant, et il y a lieu d'espérer que très prochainement elle sera en état de présenter son travail, et d'ouvrir ainsi une discussion qui pourra alors être dirigée avec ordre.

M. Jolly. J'ai demandé seulement que la commission s'occupât immédiatement de la question pathologique et de l'étude des traitements.

M. Fr. Dubois. Je ne vous ai pas fait dire autre chose, et je répète que je ne vois pas de quoi la commission pourrait s'occuper, sinon de ce que vous demandez.

Plusieurs voix. L'ordre du jour! l'ordre du jour!

M. le président. Je ne vois pas, en effet, qu'on puisse demander à la commission autre chose que de hâter son rapport; je prie donc ceux de ses membres ici présents de prendre en considération le vœu de l'Académie.

La parole est à M. Michel Lévy.

M. Michel Lévy lit un mémoire sur la méningite cérébro-spinale observée au Val-de-Grâce en 1848 et 1849.

Les nombreux détails statistiques renfermés dans ce mémoire se refusent à toute analyse. Nous aurons soin de faire connaître plus tard les faits et les opinions consignées dans ce travail.

La séance est levée à cinq heures.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 5 ET MARDI 8 MAI 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 53.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris.	24 fr. —	13 fr. —	7 fr.
Départements.	26 fr. —	14 fr. —	8 fr.
Étranger . .	30 fr. —	16 fr. —	9 fr.

PARIS, 7 MAI 1849.

Marche du choléra.

Aucune diminution ne s'est manifestée depuis la recrudescence que l'épidémie a éprouvée. Les hôpitaux civils ont reçu chaque jour, depuis notre dernier bulletin, entre 75 et 91 malades nouveaux ; c'est la proportion la plus élevée qui ait encore eu lieu, si l'on met de côté, bien entendu, l'épidémie de la Salpêtrière. Ce matin à onze heures l'Hôtel-Dieu avait déjà reçu 24 cholériques ; en sorte que rien encore n'indique que la recrudescence doive cesser de sitôt.

Il n'y a malheureusement pas plus de changement dans la gravité que dans le nombre des cas ; aucune modification non plus dans l'impuissance de la thérapeutique.

Le moment où la recrudescence a eu lieu est encore venu déjouer tous les calculs. On avait vu l'épidémie se calmer un peu sous l'influence du froid humide, de la neige et du vent ; on l'a vue se ranimer à l'instant où la pureté du ciel et la douceur de la température semblaient devoir lui imprimer une marche toute contraire.

A la Salpêtrière, la maladie a cessé d'avoir sa marche à part ; on la voit aujourd'hui suivre les oscillations de l'épidémie générale avec une grande régularité.

Nous n'avons eu l'occasion de faire qu'une seule remarque depuis notre dernier bulletin ; cette remarque, nous la donnons comme un simple renseignement, mais comme un renseignement qu'il est bon de ne pas négliger. C'est l'hôpital militaire de Popincourt qui nous l'a fournie.

Cet hôpital se compose de deux longs bâtiments parallèles dirigés de l'ouest à l'est, et exposés par conséquent l'un au nord, l'autre au midi. La plupart des cas traités dans cet hôpital se sont déclarés dans l'hôpital même. Or, chose singulière, presque tous se sont déclarés dans le bâtiment exposé au nord, quoique ce bâtiment ne soit pas plus peuplé que l'autre.

Nous profiterons de cette occasion pour faire remarquer, sans prétendre en donner la raison, que la mortalité de l'hôpital Popincourt est la moins chargée de toutes. M. le docteur Boudier, qui a traité presque tous les cholériques de cet établissement, n'emploie d'ailleurs que la méthode ordinaire, dite rationnelle (réchauffement, excitants, etc.), à laquelle il joint cependant, dans presque tous les cas, l'administration du chloroforme. Cet honorable confrère ne cherche d'ailleurs à tirer aucune vanité de ses résultats, et il ne les aurait point fait connaître si nous ne lui avions demandé ces renseignements comme un service personnel.

Nous ferons remarquer également, en terminant, que la maison de Saint-Lazare, où la population est assez entassée, et qui n'avait encore compté qu'un très petit nombre de cholériques, vient de subir l'influence de la recrudescence générale. Ce fait aidera, s'il en est besoin, à résoudre la question de la contagion.

En ville, l'épidémie suit la même marche que dans les hôpitaux. Vendredi matin, la mortalité était, dans Paris et dans la banlieue, de 851.

Hospices.	Nombre de cas.	Décès.	Sorties.
Salpêtrière	853	604	159
Bicêtre	89	55	11
Ménages	31	20	2
Incurables (hommes)	3	2	»
Incurables (femmes)	1	1	»
Larochefoucauld	5	3	»
Hospices civils.			
Hôtel-Dieu	475	226	147
Charité	297	165	76
Pitié	304	137	105
Saint-Louis	273	119	61
Beaujon	133	83	19
Necker	69	37	43
Enfants-Malades	28	12	10
Saint-Antoine	68	27	17
Cochin	20	5	10
Sainte-Marguerite	52	27	15
Bon-Secours	64	30	13
Cliniques	25	20	5
Lourcine	15	2	3
Maison de Santé	36	20	6
Hôpitaux militaires.			
Invalides	22	18	2
Val-de-Grâce	248	65	»
Gros-Caillou	288	96	87
Hôpital militaire du Roule	163	76	30
Hôpital milit. Popincourt	56	14	»
Prison de Saint-Lazare	26	11	8
Total,	3643	1875	820

HOTEL-DIEU. — M. Tardieu.

Emploi de l'eau salée et de l'eau de mer dans le traitement du choléra.

La réputation qu'on avait faite à l'eau salée dans le traitement du choléra paraît malheureusement destinée à aller rejoindre, dans le fleuve d'oubli, celles de tant d'autres médicaments dont on s'était promis des merveilles. Dans une de nos dernières *Revues cliniques*, nous avions annoncé que M. Tardieu, espérant trouver à un plus haut degré dans l'eau de mer les vertus qu'on avait attribuées à l'eau salée, s'était fait expédier un tonneau de cette eau. Il a donc employé l'un et l'autre de ces deux liquides, naturel et artificiel ; mais ni l'un, ni l'autre n'ont, par malheur, répondu à son attente.

D'abord, l'eau salée ou l'eau de mer, ainsi que beaucoup d'autres médicaments, ne peut pas toujours être gardée par les malades qui ont des vomissements fréquents et én[illegible]que d'autres malades ont une telle répugnance po[illegible] solution, qu'après en avoir bu quelques verres, ils se refusent obstinément à en boire davantage. M. Tardieu n'a pu l'administrer d'une manière assez suivie pour être concluante que chez cinq malades, dont nous allons résumer l'histoire d'après les notes qu'a bien voulu nous communiquer M. Becquet, interne du service.

Premier fait. — Femme de trente-neuf ans, habituellement bien portante, prise de diarrhée le 3 avril, et entrée le 5 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, no 9, avec la peau froide et cyanosée, le pouls filiforme, des vomissements et des évacuations alvines caractéristiques. — Dès le soir de son entrée, on prescrit un demi-lavement avec l'eau de mer, et une cuillerée à bouche de cette eau toutes les heures.

Le lendemain, il n'y a pas de modifications dans les vomissements ni les garde-robes. — On continue la même médication.

Le 7, les vomissements ont cessé ; la face est congestionnée ; un peu de réaction vers le cerveau ; éruption érythémateuse. — Ventouses scarifiées ; cessation de l'eau de mer. Mort le 9.

Deuxième fait. — M. N..., interne en pharmacie, est pris, dans la matinée du 8 avril, de vertiges et de bourdonnements d'oreilles, sans autres phénomènes. Dans la nuit du 8 au 9, diarrhées fréquentes et caractéristiques ; nausées sans vomissements. — Lavement d'eau de mer, et, à l'intérieur, une cuillerée à bouche du même liquide toutes les heures ; eau de Seltz.

Dès le soir, un peu de réaction ; retour d'un peu de chaleur à la peau ; le pouls se relève faiblement. Pendant la nuit, pas de sommeil ; sentiment de courbature ; selles fréquentes et toujours caractéristiques.

Le 10, l'expression de la face est bonne ; les traits ne sont plus grippés ; les garde-robes persistent avec les mêmes caractères. — Même médication.

Le soir, le malade se sent fatigué. Même état d'ailleurs.

Le 11, pas de modification depuis la veille ; le mieux persiste ; mais les garde-robes ne sont pas encore modifiées.

Le 12, même état ; on supprime l'eau de mer, qui a été prise jusqu'à ce matin avec une constance et une régularité parfaites. — Lavement avec extrait de ratanhia et laudanum.

Le 13, le mieux est encore plus marqué ; garde-robes moins fréquentes et bilieuses. — Même prescription.

Le 14, pas de garde-robes depuis la veille ; convalescence déclarée. Le malade mange un œuf, et va de mieux en mieux à partir de ce jour.

Troisième fait. — Femme de cinquante ans, à constitution débilitée par la misère ; à l'hôpital depuis plusieurs jours pour une contusion de la région splénique. Prise dans la nuit du 13 au 14 avril.

Le 14, à la visite, refroidissement ; facies cholérique ; pouls insensible ; diarrhée caractéristique ; pas de vomissements ; prostration. — Bain d'air chaud ; lavement avec laudanum et ratanhia ; potion avec eau de mélisse, de menthe, éther et laudanum.

Le soir, l'état, qui paraissait complétement désespéré le matin, paraît être un peu moins mauvais ; cependant la malade éprouve un sentiment de froid encore plus vif, quoique la température de la peau soit sensiblement la même pour le médecin. Pouls toujours misérable ; garde-robes un peu moins fréquentes et un peu colorées ; eau de mer à l'intérieur et en lavements ; en outre, après le lavement d'eau de mer,

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Fausses accusations. — Beau modèle de certificat. — Préservatif inodore du choléra. — Autre préservatif plus agréable. — Un commissaire fort en diagnostic.

A monsieur le rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Mon cher confrère,

Si vous pensiez tant seulement la dixième partie de tout le mal qu'on a débité sur mon compte la semaine passée, je dois croire que vous n'auriez pour moi, à l'heure qu'il est, qu'un degré très modéré d'estime ; mais, comme vous ne me connaissez pas d'hier, vous devez savoir à quoi vous en tenir sur la fidélité de ma correspondance, sur l'exactitude de mes renseignements ; vous êtes édifié également sur mes prétendus airs de matamore et mon style de pourfendeur ; s'il y a des Don Quichottes parmi la gent médicale, ce que je n'ose affirmer, vous vous doutez bien à peu près de la latitude et de la longitude sous lesquelles on pourrait les rencontrer ; quant à mon humeur pourfendeuse, vous savez qu'elle se borne à n'adorer pas trop ces vaines simagrées, à ne pas trop donner tête baissée dans ces fanfaronnades de vertu à l'aide desquelles de faux puritains espèrent capter la confiance publique et décréditer ceux qui se contentent de faire leur devoir sans zèle exagéré comme sans complaisance servile.

Vous vous en tiendrez donc, mon cher confrère, uniquement à ce que je vous ai dit dans ma dernière lettre touchant un certain défenseur de l'Académie. Vous me permettrez seulement d'ajouter que je serais infiniment reconnaissant à mon complaisant dénonciateur s'il voulait bien me faire connaître le nom des académiciens ou de l'académicien (puisqu'il paraît que c'est le pluriel ou le singulier, *ad libitum*) qui serait disposé à souffler n'importe quoi ; car, enfin, il est toujours bon de connaître ces hommes-là ; nul ne peut jurer qu'il n'en aura pas besoin un jour. Mais je n'ai pas besoin de vous dire que, jusqu'à ce moment ; je ne me suis pas encore trouvé dans cette nécessité, et que la dévote insinuation qu'on vous a faite à ce sujet est une de ces gentilles..... inexactitudes qui doit sans doute avoir un nom charmant dans le saint vocabulaire de la pieuse congrégation. En attendant cette marque de loyale confraternité, je rappellerai à mon aimable censeur qu'on ne souffle que les écoliers qui ne savent pas leur leçon ou les acteurs qui sont embarrassés de leur rôle, et que, parmi les bien modestes prétentions que je puis avoir, se trouve celle de ne me trouver ni dans l'un ni dans l'autre de ces cas. Je connais des gens qui s'y sont trouvés ; mais ces gens ne sont pas moi.

En voilà probablement beaucoup trop sur ce sujet ; passons donc à un autre.

— Serait-il vrai, mon cher confrère, que, malgré les excellents conseils que vous avez si souvent donnés dans vos Revues médico-légales, il y eût encore des praticiens assez faibles (j'espère que le mot est parlementaire) pour délivrer des *certificats de complaisance*, comme on a eu la bonté de les appeler à la tribune nationale ? J'aime à croire que non pour l'honneur de la profession ; mais ce n'est pas ce que je veux rechercher aujourd'hui ; il s'agit d'un certificat bien autrement intéressant que ceux qu'on peut avoir délivrés à des préfets aveugles qui voient encore parfaitement clair ; vous allez en juger vous-même ; quant à son authenticité, il n'y a pas moyen d'en douter ; je l'ai vu, de mes propres yeux vu, ce qu'on appelle vu : le voici sans ornement :

« Je soussigné, docteur-médecin, visiteur de l'hôpital de la marine à ....., certifie que le fluide inodore, désinfectant et propre à engraisser les terres du sieur L..., a été employé à l'hôpital de B... avec les succès les plus étonnants.

» Quand le feu colonel C... vivait, il prétendait que le fluide inodore et engraissant, non-seulement arrêtait la gangrène, mais encore rétablissait la vitalité dans les membres mortifiés. Je dois confesser que je me crus autorisé par mes connaissances anatomiques et pathologiques à être d'une opinion contraire à celle de feu le colonel C..., surtout quand je le voyais décidé à prescrire des applications de cette eau froide sur des membres déjà morts. Cependant, pour avoir la paix avec ce brave guerrier, je l'ai laissé faire, et je me confesse de nouveau que, à *mon estupéfaction*, le fluide inodore sauva bien des ongles, bien des doigts, bien des pieds, etc.

» D'où je conclus que ce fluide inodore, engraissant et désinfectant, est de la plus haute importance pour les hôpitaux et la marine, en foi de quoi je lui ai délivré le présent certificat pour lui servir que de besoin. P...,

» Mêmes titres que dessus. »

Voilà, mon cher confrère, où en est arrivé l'art de faire des certificats.

Il est inutile de vous dire que le fameux fluide inodore, engraissant et désinfectant est le meilleur de tous les spécifiques contre le choléra. C'est là aujourd'hui la moindre de toutes les qualités de

second lavement avec ratanhia et laudanum.

Mort dans la matinée du 15 avant la visite.

Quatrième fait. — Homme de cinquante-deux, pris le 12 de diarrhée avec accablement, et entré le 15, à l'hôpital, avec cyanose, refroidissement, yeux caves, nausées fréquentes, quelques vomissements, et des selles caractéristiques. — Eau de mer par cuillerées toutes les heures; demi-lavement avec le même liquide, et deux heures après second lavement avec ratanhia et laudanum.

Le 16, peau froide et sèche; pouls insensible; plus de vomissements, diarrhée persistante. — On cesse l'eau de mer, et l'on prescrit le sirop d'éther; lavements, ratanhia.

Le soir, délire.

Le lendemain, état typhoïde qui persiste jusqu'au 19, et se termine ce jour-là par la mort.

Cinquième fait. — Femme de vingt-six ans, prise brusquement, dans la nuit du 13 au 14 avril, de diarrhée, de vomissements, et d'un refroidissement dont elle n'a pu se débarrasser.

Le 14 au matin, jour de son entrée à l'hôpital, on constate les symptômes suivants : Peau froide et sèche; pouls encore sensible, mais très petit; nausées continuelles; diarrhée; abattement extrême. — Lavement d'eau de mer, qui est rendu presque aussitôt, puis lavement de ratanhia; eau de mer à l'intérieur, par cuillerées.

Le 15, même abattement; absence complète de réaction; céphalalgie, lombago, garde-robes jaunâtres. — Lavement à l'eau de mer d'abord, puis avec le ratanhia; sirop d'éther; grog au rhum; eau de mer.

Le 16, pas de modifications dans l'état de la malade. — On remplace les lavements d'eau de mer par des lavements d'eau fortement salée artificiellement; sirop d'éther.

Le 18 seulement, il se manifeste une amélioration sensible qui fait chaque jour des progrès et conduit la malade à une convalescence franche.

Aujourd'hui, 2 mai, elle est hors de danger.

Après avoir observé ces faits et quelques autres dans lesquels l'eau de mer n'a pu être supportée, M. Tardieu a dû perdre toute confiance dans cette médication. L'interne en pharmacie, qui a pris avec la plus opiniâtre résignation cette eau, que beaucoup de malades refusent obstinément après en avoir pris quelques cuillerées, est le seul malade qui ait semblé en éprouver de bons résultats; mais ces résultats n'auraient-ils pas été obtenus avec toute autre méthode? C'est ce qu'il est rationnel de penser, si l'on songe à la rareté avec laquelle ils se sont montrés; c'est aussi l'opinion de M. Tardieu. Du reste, ce médecin est porté à croire, d'après ses observations, que l'eau salée (de 10 à 15 grammes par potion de 125 grammes) a un peu plus d'efficacité pour déterminer la réaction que l'eau de mer elle-même. Dans tous les cas, l'un et l'autre de ces liquides lui paraissant plutôt inférieurs que supérieurs aux stimulants généralement usités, il est décidé à en abandonner l'usage.

HOPITAL DE NEW-YORK.

Statistique des amputations faites dans cet hôpital depuis le 1er janvier 1839 jusqu'au 1er janvier 1848.

Par le docteur Henry W. Buel, chirurgien résident.

Les conclusions aussi importantes qu'inattendues auxquelles a été conduit M. Malgaigne par ses recherches statistiques sur les amputations dans les hôpitaux de Paris montrent assez l'intérêt qui s'attache à ce genre de recherches, et l'intérêt bien plus grand encore qu'elles pourraient avoir si elles portaient sur des faits plus précis, plus détaillés que ceux qui sont consignés dans les registres des hôpitaux. Néanmoins, l'étude de ces faits tels qu'ils sont est d'une utilité incontestable; et c'est pour cette raison que nous publions aujourd'hui le travail de M. W. Buel, qui ne peut manquer d'attirer l'attention des médecins. Nous le ferons suivre de quelques remarques, principalement dans le but de signaler les *desiderata* d'un pareil travail, et afin que les chirurgiens fassent leur possible pour qu'à l'avenir les registres des hôpitaux contiennent des faits plus détaillés.

On ne peut pas mettre en doute l'importance de documents positifs sur une opération telle que l'amputation. Les anciens la redoutaient et l'évitaient, parce qu'ils manquaient de connaissances sur la circulation du sang et sur les moyens d'arrêter les hémorrhagies; ils la regardaient même comme si dangereuse, que nous trouvons chez eux cette recommandation : « Il vaut mieux laisser tomber un membre que de le couper. » Depuis lors, M. Benjamin Bell a dit : « les progrès faits dans cette opération sont tels, que maintenant, je crois, il arrive à peine une mort sur vingt amputations, même en y comprenant le service général des hôpitaux. »

Pareille opinion a été émise récemment, et c'est encore celle de beaucoup de chirurgiens.

Dans ces dernières années, les amputations ont été l'objet de recherches scrupuleuses de la part de M. Benjamin Phillips à Londres, et de M. Malgaigne à Paris; ils ont publié des tableaux statistiques des amputations pratiquées dans le pays qu'ils habitent; M. Phillips a même étendu ses observations sur d'autres pays.

Chez nous, le docteur Norris, de Philadelphie, et le docteur Hayward, de Boston, ont publié un travail sur les amputations faites dans les hôpitaux.

Les tableaux suivants contiennent aussi exactement que possible toutes les amputations faites à l'hôpital de New-York pendant les neuf années qui se sont écoulées depuis le 1er janvier 1839 jusqu'au 1er janvier 1848. Il y a cependant une légère lacune pour une partie des deux années 1842 et 1843, le registre de l'une des divisions chirurgicales de l'hôpital qui contenait les observations ayant été perdu.

L'auteur place ici des tableaux contenant :

1° Le nom et l'âge des malades;
2° La maladie pour laquelle ils ont subi l'amputation;
3° La date de leur admission dans l'hôpital;
4° La date de l'opération;
5° Enfin, la date de la mort ou de la guérison.

Il serait inutile de reproduire ces tableaux, qui sont fidèlement analysés dans la suite du travail.

On voit que le nombre des amputations ci-dessus mentionnées se monte à quatre-vingt-onze; sur ce nombre, vingt-six furent fatales, ce qui établit la mortalité à 28,57 pour 100.

Il y eut une désarticulation de hanche qui fut fatale.

Il y a eu trente-quatre opérations de la cuisse; dix ont été fatales, ce qui donne une mortalité de 26,47 pour 100.

Il y a eu une désarticulation du genou; elle a été fatale.

Il y a eu vingt-quatre amputations de la jambe, dont sept ont été fatales, ce qui met la mortalité à 29,16 pour 100.

Il y a eu neuf désarticulations de l'épaule, dont quatre ont été fatales, ce qui met la mortalité à 44,44 pour 100.

Il y a eu onze amputations du bras; toutes ont réussi.

Il y a eu treize amputations de l'avant-bras, dont trois ont été fatales, ce qui met la mortalité à 23,07 pour 100.

Nous trouvons donc soixante amputations des extrémités inférieures, dont dix-neuf ont été fatales, ce qui met la mortalité à 31,66 pour 100; tandis que, de trente-trois amputations des extrémités supérieures, sept ont été fatales, ce qui met la mortalité à 21,21 pour 100.

A l'égard de la méthode employée dans ces diverses opérations, elle n'est pas toujours spécifiée dans les rapports; mais sur quarante-neuf cas où elle est indiquée, vingt-quatre amputations furent faites par la méthode à lambeaux, et vingt-cinq par la méthode circulaire. Sur les vingt-quatre, il y en eut quatre de fatales, ce qui met la mortalité à 17,66 pour 100. Sur les vingt-cinq, il y en eut trois, ce qui met la mortalité à 12 pour 100.

Sur ces amputations à lambeaux, il y en eut quinze de la cuisse, dont deux furent fatales; trois de la jambe, dont une fut mortelle; quatre du bras et une de l'avant-bras, qui toutes furent heureuses.

Sur les vingt-cinq amputations circulaires, il y en eut six de la cuisse, et elles furent toutes heureuses; quinze de la jambe, dont trois furent mortelles; trois du bras et une de l'avant-bras, qui toutes réussirent.

Dans ces quarante-neuf opérations, il n'y eut qu'un cas d'hémorrhagie secondaire qui se répéta deux fois. Deux autres fois, l'hémorrhagie secondaire survint, mais ne se répéta pas.

Si la mortalité fut plus grande dans les amputations à lambeaux, il faut probablement en chercher la cause dans la plus grande proportion de cuisses amputées par cette méthode.

Quant à la question de savoir à laquelle des deux opérations on doit donner la préférence, de l'amputation primitive et de l'amputation secondaire, il est évident qu'il faudrait citer un nombre égal de cas homogènes dans chaque genre si l'on voulait établir une comparaison exacte. Il est d'usage à l'hôpital de New-York, lorsque l'amputation est nécessaire, d'opérer avant le développement de l'inflammation, de sorte que, strictement parlant, les occasions d'amputation secondaire sont comparativement rares.

Sur le nombre total des amputations primitives, qui s'élève à soixante-deux, il y en eut dix-neuf mortelles, ce qui met la mortalité à 30,64 pour 100.

Sur ce nombre, il y eut trente-six amputations primaires, dont une à l'articulation de la hanche; elle fut mortelle; sept de la cuisse, dont quatre furent mortelles; douze de la jambe, dont cinq furent mortelles; sept du bras et cinq de l'avant-bras, qui toutes réussirent. Cela donne une mortalité de 27,77 p. 100.

Les vingt-six autres amputations, causées par des blessures d'un caractère plus ou moins grave, furent, ainsi qu'on le verra, faites à des époques très diverses après la blessure. Dans ce nombre, il y eut onze amputations de la cuisse, dont trois furent mortelles; une du genou, qui fut mortelle; sept de la jambe, dont une seule fut fatale; cinq de l'épaule, dont trois furent mortelles; une du bras et une de l'avant-bras, qui toutes deux réussirent : ce qui met la mortalité à 30,76 pour 100.

Le nombre des opérations nécessitées par diverses affections chroniques fut de vingt-neuf, dont six furent mortelles. Il y en eut dix-huit de la cuisse, dont quatre furent mortelles; cinq de la jambe, qui toutes furent heureuses; trois du bras, qui furent heureuses aussi, et quatre de l'avant-bras, dont deux furent mortelles. Ce qui met la mortalité à 20,67 pour 100.

Les âges des personnes opérées étaient les suivants :

Au-dessous de 10 ans,	4	dont	1	mort.
de 10 à 20	—	11	—	1	—
de 20 à 30	—	32	—	12	—
de 30 à 40	—	21	—	5	—
de 40 à 50	—	11	—	4	—
de 50 à 60	—	9	—	2	—
de 60 à 70	—	2	—	0	—
de 70 à 80	—	1	—	1	—
		91		26	

Sur le nombre total de 91, il n'y eut que 9 femmes, dont 3 moururent.

Pendant le même laps de temps, on fit des opérations moins graves sur les extrémités inférieures; en voici le relevé :

Il y eut deux amputations partielles du pied dans l'articulation tibio-tarsienne et deux dans l'articulation tarso-métatarsienne : dans un de ces derniers cas, on enleva les cinq os métatarsiens; dans l'autre cas, le premier os fut seul enlevé. Treize fois la désarticulation du gros orteil fut exécutée, et deux fois on fit l'amputation d'une des phalanges. Dans le nombre de ces opérations, dix furent nécessitées par la congélation du gros orteil; les autres furent pratiquées pour diverses causes. Six fois on opéra la désarticulation de l'un des autres orteils, et quatre fois on fit l'amputation d'une seule phalange : dans ces derniers cas, il y en avait sept de congélation.

Sur les membres supérieurs, deux fois on fit l'amputation de la première articulation carpo-métacarpienne; une fois de la seconde et de la troisième; une fois de la troisième et de la quatrième; une fois de la troisième, de la quatrième et de la cinquième. Dans une autre circonstance, les cinq os métacarpiens furent enlevés. Cinq fois le pouce fut amputé à l'articulation métacarpo-phalangienne, une fois à la première phalange et une fois à l'articulation phalangienne. Un malade fut amputé de trois des os métacarpiens; un autre malade le fut de deux; trois autres le furent chacun d'un de ces os. L'amputation du doigt fut pratiquée vingt fois à l'articulation métacarpo-phalangienne; une fois sur la première

---

tous les fluides et autres préparations et inventions plus ou moins inodores, incolores, insipides et stupides.

— Voici un préservatif plus agréable que celui du sieur L..., et auquel vous avez sans doute pensé lorsque vous avez reçu la lettre de votre savant correspondant, M. Vidal (de Cassis), mais que vous n'avez sans doute pas osé conseiller, non plus que M. Vidal lui-même. Un spirituel confrère de la Provence, M. le docteur César Provençal, a cru devoir faire davantage pour l'humanité, sans se soucier du qu'en dira-t-on. Cet agréable confrère s'est assuré, en 1832, pendant qu'il était chef de clinique à Montpellier, que c'était bien le virus vénérien et non le mercure, qui préservait du choléra, puisque les vénériens de Montpellier, qui ne prenaient, à cette époque, que des préparations d'or et d'argent, n'en ont pas moins été garantis complétement de l'épidémie; aussi ne se borne-t-il pas, comme M. Vidal, à poser des questions. Pour contrebalancer l'influence du fameux proverbe exhumé par M. Moreaux : « ne vois pas Marguerite », etc., M. César Provençal prescrit, comme le plus sûr moyen prophylactique « le commerce avec les nymphes du palais ex-royal. » Cette prophylaxie est sans doute destinée à un beau succès; cependant, nous nous permettrons de combler une lacune que M. César Provençal a laissée dans son aphorisme, c'est que ce n'est pas avec toutes les nymphes indistinctement que le commerce doit se faire, mais bien avec des nymphes choisies, que, par malheur, la police a l'inhumanité de retirer de la circulation. Pour que les conseils de notre spirituel confrère produisissent tout le bien qu'on doit en attendre, il serait donc utile qu'ils fussent combinés avec des mesures sanitaires que nous l'engageons vivement à réclamer de l'administration.

— Je vous transmets la petite anecdote suivante qui, si elle n'est pas vraie, prouve du moins les excellentes dispositions de nos confrères les hauts journalistes à l'égard des médecins. La voici telle qu'elle se trouve dans plusieurs journaux politiques :

« Il est alloué par la ville un droit aux médecins appelés, soit par habitude, soit accidentellement, à donner des soins aux personnes qui sont blessées ou indisposées sur la voie publique. Quelques-uns de ces praticiens recherchent les occasions de cette nature avec un empressement souvent excessif, et un fait qui vient de se passer a démontré que leur science n'est pas toujours égale à leur zèle.

» Avant-hier, un homme tomba frappé d'une attaque qui présentait tous les symptômes de l'épilepsie sur le marché Saint-Honoré. Toutes les marchandes, qui, en général, ont un excellent cœur, s'empressèrent autour de lui, et un individu qui passait leur ayant dit que cet homme était un honnête ouvrier chargé de famille, elles firent aussitôt une quête qui produisit une somme assez abondante.

» Cependant, on avait été chercher dans les environs un médecin; il en arriva bientôt deux. Ils donnèrent au malade les soins nécessaires, et, dans leur rapport, ils furent d'accord pour signaler la nature et le caractère de la maladie; ils ajoutaient même que, dans leur opinion, cet homme devait être admis dans un hospice.

» C'était très charitable à ces messieurs; mais le commissaire de police, plus positif dans sa manière d'apprécier les choses, s'informa, et apprit que le malheureux épileptique est un musicien nommé Wisinger, qui simule à merveille cette maladie, en introduisant un morceau de savon dans sa bouche, et qui à l'aide de cette fourberie qu'il répète fréquemment, assisté d'un compère, se fait ainsi de bonnes journées.

» Des ordres ont été donnés pour l'arrêter, et il doit être sous la main de la justice. »

Ne connaissant point les honorables confrères auxquels il est fait allusion dans cette petite anecdote, je ne voudrais point assurer qu'ils n'ont pas pu commettre une erreur de diagnostic entre une épilepsie simulée et une épilepsie réelle. Ils ne seraient pas les premiers qui auraient été trompés, et l'erreur n'est pas toujours facile à éviter. Mais ce m'est une raison de plus d'admirer la sagacité de ce commissaire de police, *si positif dans sa manière d'apprécier les choses*. Je regrette vivement que son nom ne soit pas venu jusqu'à moi; quand je le connaîtrai, je proposerai d'élever une statue à cet Achille du diagnostic, et une autre à son éloquent Homère.

X.....

Diminution des étudiants dans les facultés d'Allemagne. — Une correspondance de Leipsick renferme les curieux renseignements qui suivent sur le mouvement de la population des écoles dans les Universités d'Allemagne :

« Le nombre total des étudiants aux dix-neuf Universités de l'Allemagne, qui en 1847 était encore de 22,327, et qui en 1848 se trouvait réduit à 17,089, est en ce moment de 11,465 seulement.

» Celle de ces Universités qui actuellement a le plus d'étudiants est l'Université de Munich (Bavière), laquelle en compte 1,732; puis vient l'Université de Berlin avec 1,182 étudiants.

» Les Universités le moins fréquentées en Allemagne sont celles de Greisswalde, en Prusse, et de Rostock, dans le grand-duché de Mecklenbourg-Schwerin; à la première il n'y a que 201 étudiants, et à l'autre 103 seulement. »

phalange; cinq fois à la première articulation phalangienne; une fois sur la seconde phalange; cinq fois à la deuxième articulation phalangéale, et une fois sur la dernière phalange. Dix-sept de ces opérations furent nécessitées par des blessures d'armes à feu; toutes ces petites amputations sur les extrémités supérieures et inférieures furent heureuses.

Après avoir établi les faits, eu égard à la mortalité de ces opérations, disons un mot des causes qui les ont nécessitées.

M. Phillips attribue l'augmentation de la mortalité à Londres au plus grand nombre d'accidents de chemins de fer qui ont eu lieu dans ces dernières années; la même cause a, sans aucun doute, produit les mêmes effets ici. On admettra facilement que cette nature d'accidents est celle qui présente le plus de ces cas graves, désespérés même, où l'amputation est toujours indispensable. Presque toujours aussi la blessure pour laquelle l'opération est indiquée se trouve accompagnée d'autres blessures graves. Très souvent beaucoup de ces malades ne reçoivent les secours de la chirurgie que plusieurs heures et même plusieurs jours après l'accident; souvent aussi il faut, pour cela, leur faire parcourir une distance considérable. Il faut aussi ranger dans cet ordre de blessures les accidents qui surviennent assez fréquemment lorsqu'on descend des vaisseaux. Parmi les grandes amputations ci-dessus mentionnées, treize furent le résultat des accidents que nous venons de signaler, et il y en eut six mortelles.

Un autre genre d'accidents qui présente des cas également désespérés est celui des fortes brûlures. Tout le monde sait quelle grande mortalité accompagne ces accidents lorsqu'une grande surface a été envahie. Six fois l'amputation a été nécessaire dans de tels cas: deux fois sur des hommes, quatre fois sur des femmes: trois femmes moururent. Il y a donc là deux classes d'amputations, dans chacune desquelles la mortalité est presque de cinquante pour cent.

Deux malades moururent de phthisie après l'amputation de l'avant-bras, par suite d'une maladie scrophuleuse de vieille date. Deux malades moururent du tétanos, l'un le septième et l'autre le neuvième jour après l'amputation dans l'articulation de l'épaule.

Quatre amputations furent nécessitées par une affection organique maligne; trois réussirent parfaitement et très rapidement; la quatrième fut mortelle, la maladie ayant attaqué les poumons lorsque le malade était à moitié rétabli de l'amputation.

Quatorze amputations de la cuisse furent nécessitées par une maladie du genou: deux seulement furent mortelles; les deux malades étaient des hommes de couleur.

Dans les amputations ci-dessus mentionnées, quatre furent faites sur des nègres, dont trois moururent: ce fait tendrait à corroborer l'opinion générale, que l'amputation ou toute autre grave opération n'est pas aussi bien supportée par les nègres que par les blancs.

La majeure partie des petites amputations opérées sur les extrémités supérieures étaient causées par des blessures d'armes à feu, et celles des extrémités inférieures par le froid.

En résumé, quoique la mortalité après les grandes amputations pratiquées pour les causes dont il vient d'être question puisse sembler très grande au premier coup d'œil, il est impossible de ne pas conclure que ce résultat provient plutôt en dépit qu'en raison même de l'opération. Adopter l'opinion contraire serait aussi irrationnel que d'accuser un agent de la matière médicale de la mort qui peut survenir à une époque quelconque après qu'il aurait été administré.

Les relevés présentés ci-dessus offrent beaucoup de similitude avec ceux présentés par les docteurs Norris et Hayward dans leurs recherches sur le même sujet. Sous quelques rapports, les nôtres sont moins avantageux; sous d'autres, au contraire, ils le sont davantage: une juste appréciation des uns et des autres ne peut avoir lieu qu'à l'aide d'un grand nombre de faits.

Il aurait été fort intéressant que ces messieurs eussent pris le soin de classer les amputations articulaires suivant les articulations où elles ont été faites, afin de montrer leur danger comparatif.

La très grande mortalité produite par les amputations de ce genre dans les hôpitaux de Paris fait désirer vivement qu'on publie à cet égard des documents complets sur tous les établissements. Le docteur cependant fait mention de sept amputations aux articulations dont quatre furent heureuses, et les trois autres mortelles. Il établit qu'il a fait quatre-vingts amputations sur soixante-dix-neuf sujets, en dix ans; tandis que le docteur Hayward relate soixante-dix amputations faites sur soixante-sept sujets en dix-hnit ans environ.

Le résultat total est donc de deux cent quarante et une opérations pratiquées sur deux cent trente-sept malades dans les hôpitaux civils des États-Unis, et dans des circonstances offrant toute la similitude que l'on peut espérer de rencontrer. Nous donnons ici un tableau abrégé des chiffres pour deux ou trois des questions les plus importantes.

	Philadelphie.	Boston.	New-York.	Total génér.
Total	79	67	91	237
Guérisons	57	52	65	174
Mortalité p. 0/0	27..84	22..38	28..57	26..58
Extrémités supér.	32	10	33	75
Guérisons	27	9	26	62
Mortalité	15..62	10	21..21	12..73
Extrémités infér.	47	57	60	164
Guérisons	31	43	41	115
Mortalité	34..04	24..55	31..66	29..87
Pour malad. chron.	25	45	29	99
Guérisons	21	39	23	83
Mortalité	16	13..33	20..68	16..16
Pour blessures	54	22	62	138
Guérisons	37	12	43	92
Mortalité	31..48	45..45	30..64	33..33

Les résultats que nous venons de montrer ne sont pas désavantageux pour la chirurgie américaine, si on la compare à la chirurgie européenne.

M. Phillips donne le relevé suivant fait par lui:

France	203 cas.	47 morts ou	23..10 p. 0/0
Allemagne	109	26	23..85
Amérique	95	24	25..26
Grande-Bretagne	233	54	22..66

Pour ces statistiques, M. Phillips a puisé à une grande quantité de sources. Il n'indique pas celles qui lui ont fourni ses renseignements sur l'Amérique. Ceux donnés sur la Grande-Bretagne sont tirés d'un grand nombre d'hôpitaux et de la pratique particulière des chirurgiens d'hôpitaux. Les choix sont faits de façon à donner une idée juste de ce qui se passe en ce moment.

Si nous considérons chaque ville séparément, nous trouvons que:

A Londres, les cas s'élèvent à 107 et les morts à 28, ou 26..16 p. 0/0 (1).

A Paris, suivant M. Malgaigne, les cas se montent à 560; les morts à 299, ou 53..39 p. 0/0.

Pour trois de nos villes principales ci-dessus désignées, les cas se montent à 237; les morts à 53, ou 26..58 p. 0/0.

(*American journal of the medical sciences of Philadelphia.*)

Épidémie de rhumatisme.

Ainsi que M. le docteur Hirtz (de Kaysersberg) nous l'avait annoncé, c'est bien une petite épidémie de rhumatisme qui règne dans cette localité. Voici la description succincte que notre distingué confrère trace de cette petite épidémie, qui sera la moins équivoque de toutes celles qui se trouvent plutôt indiquées que décrites dans les annales de la science.

Une véritable petite épidémie de rhumatisme vient de se déclarer dans notre localité. Du 1er mars au 15 avril, j'ai eu occasion d'observer et de soigner 52 cas de rhumatisme répartis entre 41 hommes et 11 femmes de l'âge de dix-sept à trente-huit ans. Sauf deux ou trois exceptions, tous les sujets atteints jouissaient d'une bonne santé, d'une constitution forte, robuste, d'un tempérament sanguin.

Chez presque tous, la maladie s'est déclarée subitement, sans cause connue; car je n'accorde pas toujours le titre de cause réelle à l'action du froid que la plupart des malades n'invoquent que par préjugé, par habitude, par usage pour ainsi dire, tandis que des milliers de personnes se refroidissent impunément.

Chez un tiers des malades, l'affection simulait à première vue une pleuro-pneumonie, attendu qu'elle s'était fixée sur les parois thoraciques et surtout du côté gauche; mais, malgré le point de côté, la dyspnée et la fièvre, qui était parfois très intense, l'auscultation et la percussion nous ont toujours mis sur la voie: chez l'un des malades, il y avait en même temps une péricardite des plus intenses, qui a manqué de déterminer la mort. Deux sont encore malades aujourd'hui, le rhumatisme articulaire aigu dont ils avaient été atteints s'étant concentré chez l'un et l'autre dans l'articulation du genou droit, dont aucun traitement ne parvint jusqu'à ce jour à le faire déguerpir.

Un fait curieux, et dont je ne me permettrai de tirer aucune conclusion quant à une hypothèse de contagion, c'est celui d'une femme atteinte de rhumatisme à l'épaule et au bras du côté gauche, qui, en l'absence de son mari, fit coucher dans son lit une jeune ouvrière de fabrique; cette fille, dès le lendemain, vint se plaindre des mêmes douleurs, mais dans l'épaule et le bras du côté opposé, c'est-à-dire dans la région qui s'est trouvée en contact avec la partie malade de la femme. A Freland, à 6 kilomètres d'ici, le maître d'une maison tombe malade; je constate une fièvre rhumatismale avec douleurs vagues dans les membres. Au bout de quinze jours, il quitte le lit assez bien portant, lorsque sa femme est prise du même mal avec des douleurs plus violentes. Elle couchait dans le même lit que son mari et prétendait l'avoir *gagné* de lui. Elle se fit transporter dans le lit de sa fille placé dans une pièce voisine, et deux jours après la fille fut prise d'un rhumatisme général. L'examen des lieux sous le rapport du froid ou de l'humidité ne m'a rien fait découvrir qui pût expliquer ce phénomène.

Je ne m'arrêterai pas à décrire ici les symptômes locaux et généraux qu'offraient tous ces malades. Il n'est pas de praticien qui ne connaisse le rhumatisme et ses innombrables variétés de siége, d'étendue, de violence, etc., etc. Ainsi, chez trois femmes, il existait un rhumatisme épicrânien, dont les douleurs étaient très supportables chez l'une, violentes chez l'autre et atroces chez la troisième. Il en est de même de la fièvre; quant aux accidents du côté du cœur, sauf la péricardite dont j'ai parlé, je n'ai rien observé de ce côté-là. Pour ce qui est des sueurs, je puis dire, en général, que ceux qui naturellement ou artificiellement ont transpiré le plus ce sont ceux qui étaient le plus malades; les deux malades encore en traitement appartiennent à cette catégorie.

Quant au traitement, et c'est là l'objet principal de cette note, j'ai acquis la triste conviction qu'il en est du rhumatisme comme d'un grand nombre d'affections dont la nature intime nous échappe, c'est-à-dire que notre thérapeutique est à peu près impuissante. Là où l'affection était légère, peu étendue, tous les moyens réussissaient, par la raison toute simple que, dans ces cas, on guérit spontanément au bout de quelques jours; tandis que, dans les cas graves, tous les moyens que j'ai mis en usage ont échoué, et que le temps seul a guéri les malades. Chez les deux qui restent, j'ai employé successivement les antiphlogistiques, saignées, sangsues, ventouses, les calmants et les opiacés à l'extérieur et à l'intérieur sous toutes les formes (sans oublier les pilules d'opium répétées), les vésicatoires, la teinture d'aconit, celle d'arnica, le chloroforme sur des compresses, les poudres de Dower, le colchique, le nitre à hautes doses, le sulfate de quinine, les frictions mercurielles, les purgatifs coup sur coup, le camphre et ses préparations, l'application du papier antigoutteux, l'éther acétique, etc., etc.

De toutes mes observations et réflexions sur le rhumatisme depuis un grand nombre d'années, il résulte pour moi cette opinion que:

1° Nous ne connaissons pas plus le rhumatisme que nous ne connaissons la fièvre typhoïde, le choléra, etc.;

2° Que, puisque cette maladie attaque les individus les plus robustes, les mieux portants, il est probable qu'elle provient d'un *excès de santé*, d'un excès de sève vitale qui travaille, agite, tourmente le sang jusqu'à ce que la nature parvienne soit à l'éliminer par les sécrétions et les excrétions, soit à le loger quelque part, dans les articulations ou ailleurs, soit enfin que l'affaiblissement résultant de la diète ou du régime sévère, du séjour au lit, des sueurs, etc., fasse mourir sur place ce ferment rhumatisant en enlevant au malade les éléments de son excès de santé, c'est-à-dire l'exercice et la bonne alimentation;

3° Qu'en conséquence tout moyen, tout mode curatif qui, directement ou indirectement, enlèvera au malade le trop-plein de sa vie; l'exagération de sa santé pourra contribuer à hâter la terminaison du rhumatisme, mais que généralement on ne peut compter sur aucun moyen spécial.

4° Les récidives doivent trouver leur raison d'être dans la continuation des malades à mener le même genre de vie, à se livrer aux mêmes excès.

J'ajoute, du reste, en terminant, que je me propose d'expérimenter contre le rhumatisme des moyens qui n'ont pas encore été employés, et d'en faire plus tard l'objet d'un travail sérieux.

Examen microscopique du sang et des matières vomies ou rendues par les selles chez les cholériques.

Dans une des dernières séances de la *Société de Biologie*, M. Follin a fait sur ce sujet une communication intéressante que cet honorable membre a rédigée ainsi qu'il suit dans les comptes-rendus de la Société, dont il est le secrétaire.

L'étude chimique du choléra a été faite avec un certain soin à l'époque où l'épidémie de 1832 vint envahir la France; mais en parcourant ces recherches, on est étonné de ne rencontrer aucune observation positive qui ait trait à l'analyse microscopique de ces produits. Plus tard seulement, MM. Andral et Gluge entreprirent l'examen des matières vomies ou rendues par les selles. Tous deux trouvèrent dans le liquide sécrété par la membrane muqueuse « un grand nombre de globules contenant, comme ceux du pus, des nucléoles et des noyaux dont le nombre variait d'un à quatre, rendus plus évidents par l'addition de l'acide acétique; quelques cristaux, des lamelles épithéliales venaient s'ajouter accidentellement à ces globules. » Mais ils ne s'accordèrent pas sur la nature des globules: Gluge y voyait des noyaux de cellules épithéliales; M. Andral, quelque chose qu'il rapprochait des globules de pus.

M. Follin a examiné avec soin et un très grand nombre de fois les matières blanches rendues par les garde-robes; il a constaté que, dans la majorité des cas, ces amas blancs et le liquide au milieu duquel ils nageaient étaient formés par des globules très nombreux, granuleux à leur surface, irrégulièrement arrondis, de volume de m.00,60 environ, et réunis entre eux. Ils ne contenaient point à leur intérieur de noyaux distincts; on y constatait seulement un ou deux points plus brillants que le reste. Ces globules, qu'on rencontre en si grand nombre et réunis en amas immense, ont paru à M. Follin être des globules de pus récemment formés et n'étant pas développés d'une manière complète. On rencontre des globules analogues, pour l'aspect général et le volume, dans toutes les membranes muqueuses qui commencent à subir le plus léger degré d'irritation. Je les ai observés, dit M. Follin, dans le mucus utérin le plus transparent, dans les larmes après une très faible irritation de l'œil, etc.

Le développement du choléra se fait d'une manière si brusque, les produits morbides sont exhalés si promptement que leurs éléments ne peuvent acquérir leur plein et entier développement jusqu'à leur expulsion au dehors de l'économie. Toutefois, les choses ne se passent pas toujours de la même manière. Chez une cholérique qui a succombé à la Charité dans le service de M. Briquet, les matières rendues par les selles ne l'étaient pas aussi promptement que d'habitude, et elles avaient revêtu l'aspect d'un pus jaunâtre, épais et assez bien lié pour qu'on ne pût pas d'abord songer à la matière des cholériques. L'examen de cette substance me montre, au milieu de globules en tout comparables à ceux que j'ai déjà décrits, un grand nombre de globules de pus à plusieurs noyaux bien distincts, et de globules pyoïdes reconnaissables à leur volume et à leur aspect, bien différents des précédents. Ainsi, j'ai pu suivre, sur différentes matières rendues par des cholériques, la transition des globules purulents imparfaits aux globules de pus à noyaux bien caractérisés.

Un autre élément également très abondant dans les selles des cholériques, mais qu'on remarque surtout au début des évacuations ou dans la période qui précède la mort, c'est l'épithélium cylindrique du canal intestinal. Souvent des cellules épithéliales ou des plaques de cellules épithéliales sont intimement mêlées aux globules que j'ai précédemment indiqués. Ces cellules épithéliales ont conservé leur forme cylindrique; souvent elles sont accolées les unes aux autres sur la même ligne.

J'ai aussi constaté dans un cas, au milieu de ces matières

(1) La différence qui paraît exister entre cette dernière statistique et celle de M. Phillips donnée plus haut provient de ce qu'en présentant le résultat général il n'a borné son attention ni à la ville de Londres uniquement, ni à la pratique des hôpitaux particulièrement.

blanches, une assez grande quantité de cristaux de cholestérine.

On rencontre aussi ces deux premiers éléments dans ces petites saillies blanches, sous-muqueuses qui m'ont paru n'être que des follicules remplis de la matière cholérique. Dans l'intestin grêle, les globules recouvrent les villosités, unis qu'ils sont entre eux par une matière amorphe, visqueuse et soluble, dans l'acide acétique.

J'ai traité dans plusieurs cas, par l'éther, les matières rendues par les selles. Ce puissant dissolvant des principes gras ne m'a révélé le plus souvent aucune matière nettement définie.

De cette première partie de mes recherches, je crois pouvoir conclure : 1° que la matière cholérique n'a rien de particulier; 2° que les éléments trouvés dans les produits exhalés sont ceux qu'on voit dans les membranes muqueuses irritées.

1° Globules de pus incomplètement développés; 2° globules du pus complets à noyaux; 3° globules pyoïdes; 4° lamelles épithéliales.

J'ai aussi examiné dans le sang des cholériques, et dans deux cas immédiatement après la sortie de la veine. Les altérations si promptes des globules sanguins exigent que l'examen se fasse seulement dans ces conditions. J'ai pris du sang chez une cholérique qui était dans la période algide. La lancette, enfoncée vers la partie moyenne du bras à un centimètre et demi de profondeur, n'a laissé couler aucune goutte de sang. En la faisant pénétrer plus profondément, il a été possible d'obtenir une goutte de ce liquide. Mise aussitôt sous le microscope, cette gouttelette sanguine m'a offert un grand nombre de globules qui, en s'aplatissant, laissaient transsuder au-delà de leurs parois la matière colorante qu'on voyait dans la masse liquide environnante. Dans un autre cas j'ai pu faire les mêmes observations. Des deux malades, l'une était couchée dans le service de M. Briquet, l'autre dans celui de M. Andral; mais de ces observations je me garderai bien de conclure que le choléra produit une altération des globules sanguins. J'ai depuis longtemps appris que ces altérations des globules ont surtout été vues chez des individus débilités par des maladies, ou dont le sang est appauvri par une nourriture insuffisante et malsaine. Partant de là, il est curieux de voir l'épidémie sévir d'abord chez ceux dont le sang se trouve dans de si mauvaises conditions.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 mai 1849. — Présidence de M. Boussingault.

M. Duvernoy, à l'occasion de la communication de M. de Humboldt relative aux expériences de M. Raymond, fait part à l'Académie d'expériences qu'il a faites lui-même en sens contraire. Il est parvenu, en présentant un aimant aux muscles fléchisseurs et extenseurs des membres d'une personne qui avait une attaque de nerfs, à déterminer l'extension ou la flexion de ces membres. Il a obtenu à peu près les mêmes résultats en contractant vivement ses propres muscles et en les rapprochant de ceux de la même personne, toujours en attaque de nerfs et privée pour le moment de ses facultés intellectuelles.

M. Arago fait remarquer que ces expériences n'ont aucun rapport avec celles de M. Raymond, et que des milliers de tentatives analogues à celles de M. Duvernoy ont été faites toujours inutilement.

M. Magendie. Dans tous les cas plus ou moins analogues à celui rapporté par M. Duvernoy, et dans lesquels des expérimentateurs sérieux ont voulu voir parfaitement clair, on a trouvé que des faits qui pouvaient tout d'abord paraître merveilleux tenaient à des lois physiques parfaitement simples.

— M. H. Carnot communique un document statistique duquel il résulterait que l'*accroissement* de la population féminine diminue chaque année, et qu'en 1864 il y aura balancement entre les naissances et les décès féminins; à partir de cette époque, les décès l'emporteront, et la population féminine, au lieu de s'accroître, diminuera.

— M. Robert, ancien médecin du lazaret de Marseille, envoie une note dans laquelle il préconise l'utilité des frictions mercurielles dans le traitement du choléra.

— M. Poggiale communique un procédé pour doser le sucre de lait à l'aide du saccharimètre de M. Soleil.

Le nouveau moyen indiqué par M. Poggiale est basé sur les propriétés optiques du sérum du lait bien clarifié. Il se sert pour cela de l'ingénieux appareil de polarisation de M. Soleil.

Pour faire cette expérience, on coagule d'abord le lait au moyen de l'acide acétique et à la température de 40 ou 50°; on filtre ensuite, et l'on ajoute au liquide filtré quelques gouttes d'acétate de plomb qui déterminent un précipité assez abondant. On obtient, par une nouvelle filtration, une liqueur parfaitement transparente et très propre à ce genre de recherches.

Le sérum étant ainsi préparé, on l'introduit dans un tube d'observation de 22 centimètres de longueur, et, après l'avoir fermé, on le place sur l'instrument pour obtenir le nombre de degrés indiquant la déviation que la lumière polarisée éprouve en traversant le liquide sucré. Si l'on a trouvé, je suppose, 28°, il suffira de consulter la table que M. Poggiale a dressée à cet effet pour avoir le poids du sucre contenu dans un litre de petit-lait. On arrivera au même résultat à l'aide de la proportion suivante :

$$100 : 201,90 :: 28 : x.\ x = 56,53.$$

C'est-à-dire que, dans cette supposition, 1,000 grammes de petit-lait contiennent 56 grammes 53 centigrammes de sucre. 201,90 est la quantité de sucre de lait qui, dissoute dans l'eau distillée, et portée au volume de 1,000 centimètres cubes, produit une déviation de 1,00 degré.

M. Poggiale a fait une table indiquant depuis 1 degré jusqu'à 100 la quantité de sucre contenue dans un litre de petit-lait; mais il s'est borné à faire connaître les chiffres réellement utiles. La première colonne comprend les degrés trouvés, et la seconde le poids du sucre :

Degrés trouvés	Quantité de sucre dans un litre de petit lait.	Degrés trouvés	Quantité de sucre dans un litre de petit lait.	Degrés trouvés	Quantité de sucre dans un litre de petit lait.
18	36,34	23	46,43	28	56,53
19	38,36	24	48,45	29	58,55
20	40,38	25	50,47	30	60,57
21	42,39	26	52,49	31	62,58
22	44,41	27	54,51	32	64,60

Addition à l'Académie des Sciences du 30 avril.

Emploi des armatures métalliques dans le traitement des crampes cholériques. — Depuis longtemps M. Burq s'est occupé de savoir quelle pouvait être l'influence des applications métalliques et des courants électriques multiples à la surface du corps dans certains accidents nerveux *dynamiques*, caractérisés par une augmentation ou une aberration de la force nerveuse.

Les résultats auxquels il est arrivé lui paraissent avoir une grande importance pratique. Il signale aujourd'hui l'un des plus récents.

Quinze fois il a appliqué ses armatures métalliques sur les cholériques de la Salpêtrière, de l'Hôtel-Dieu, du Val-de-Grâce, de Cochin et de la ville; et chaque fois les crampes, quelle qu'en fût la violence, ont disparu complètement presque aussitôt, et n'ont reparu que lorsque l'application a cessé d'être exacte et méthodique, ou bien lorsqu'elle n'a pas duré un temps assez long.

D'où il conclut que les armatures métalliques sont un moyen presque toujours certain de faire cesser en quelques minutes les crampes les plus violentes. Il les a employées avec un grand succès pour prévenir ou faire cesser des attaques d'hystérie d'une grande violence, pour enlever des migraines, etc., sujet sur lequel il se propose de revenir une autre fois.

Ses armures ou armatures métalliques se composent de cercles ou anneaux en cuivre d'un nombre variable comme celui des parties affectées, de 10 à 15 centimètres de large, d'une longueur et d'une forme convenables pour s'adapter aussi exactement que possible à toute la circonférence des membres ou du tronc sur lesquels on doit les appliquer : leur application est très facile pour tous, et, pour être efficace, elle doit durer aussi longtemps que l'accident nerveux lui-même qu'on veut combattre.

NOUVELLES.

M. le professeur Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, vient d'être nommé officier de l'ordre de la Légion-d'Honneur.

Parmi les autres nominations faites à l'occasion de la fête de la proclamation de la République, nous remarquons celles des docteurs

Lalourcey, médecin à Paris, promu officier;
Bixio, représentant du peuple;
Auhan, président du Conseil de santé, à Toulon;
Laprairie, chirurgien aide-major d'artillerie de marine;
Charuel et Vrignau, chirurgiens de 1re classe de la marine;
Saint-Hilaire, chirurgien de la marine en retraite;
Debeauvais, chirurgien à la maison de détention de Saint-Lazare;
Despréaux, chirurgien aide-major de la 5e légion, à Paris;
Forget, chirurgien aide-major de la 2e légion, à Paris; — nommés chevaliers.

En annonçant dans notre numéro du 17 avril dernier les cigarettes chlorées et oxygénées que vient d'inventer M. E. Cottereau, nous avons dit que ces cigarettes étaient fabriquées par M. Potot. C'est une erreur : elles sont préparées par M. Paton, fabricant de produits chimiques, lauréat de l'École de pharmacie de Paris, rue de Rambuteau, 95.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 10 MAI 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 54.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 9 MAI 1849.

Marche du choléra.

La recrudescence que nous avons signalée dans notre dernier bulletin, loin de se calmer, a éprouvé depuis deux jours un nouvel accroissement. Le nombre des cas nouveaux admis dans les hôpitaux et hospices civils pendant les dernières quarante-huit heures a été de 287; ce qui donne une moyenne de 143. C'est un tiers de plus que le chiffre le plus élevé qui ait encore été atteint depuis le début de l'épidémie.

Le mouvement des malades dans les hôpitaux militaires a été en rapport avec celui des hôpitaux civils, et tout porte à croire qu'il en a été de même dans la ville.

Les causes de cette nouvelle recrudescence ne sont pas moins mystérieuses que celles de la première; les conditions atmosphériques dans lesquelles elle se produit sont fort analogues à celles pendant lesquelles avait eu lieu le décroissement de l'épidémie. On ne saurait donc trouver dans ces conditions une explication raisonnable.

Quant à la gravité de la maladie, elle ne paraît éprouver encore aucune modification sensible; si cette gravité a paru être un peu moindre pendant quelques jours, la proportion de la mortalité ne permet pas aujourd'hui la moindre illusion à ce sujet. La seule modification que nous ayons cru observer dans les caractères de la maladie, c'est qu'elle est moins souvent précédée de prodromes. Si les observations que nous avons faites à ce sujet s'appliquaient à la généralité des cas, il faudrait reconnaître que la maladie se serait doublement aggravée, car c'est surtout lorsqu'elle se manifeste brusquement et sans signes précurseurs qu'elle déjoue toutes les ressources de l'art.

Cette modification est-elle de nature à inspirer des inquiétudes sérieuses pour l'avenir? On ne peut faire à une semblable question qu'une réponse nécessairement très hasardée; cependant pour quiconque a suivi avec attention la marche de l'épidémie dans toutes les grandes villes, pour quiconque a remarqué que presque partout la maladie a été semblable à elle-même, à Constantinople, à Vienne, à Berlin et à Londres, que presque partout elle a revêtu un caractère très comparativement pareil à celui qu'elle avait en 1832, ce ne sera pas sortir des bornes d'une extrême probabilité, sinon d'une certitude complète, que de prévoir qu'il en sera de même à Paris, et que malgré la nouvelle recrudescence que nous subissons, nous n'aurons pas de grands malheurs à déplorer.

Hospices.	Nombre de cas.	Décès.	Sorties.
Salpêtrière	886	633	161
Bicêtre	104	72	11
Ménages	33	21	4
Incurables (hommes)	3	2	»
Incurables (femmes)	1	1	»
Larochefoucauld	5	3	»
Hôpitaux civils.			
Hôtel-Dieu	519	269	162
Charité	327	185	81
Pitié	346	160	107
Saint-Louis	301	140	65
Beaujon	175	91	25
Necker	78	43	44
Enfants-Malades	31	15	12
Saint-Antoine	77	39	17
Cochin	23	13	10
Sainte-Marguerite	57	28	16
Bon-Secours	69	37	15
Cliniques	25	20	5
Lourcine	16	2	3
Maison de Santé	39	22	6
Prison de Saint-Lazare	28	13	8
Hôpitaux militaires.			
Invalides	24	20	2
Val-de-Grâce	262	68	113
Gros-Caillou	340	110	87
Hôpital militaire du Roule	163	76	30
Hôpital milit. Popincourt	56	14	»
Total,	3968	2099	980

Séance de l'Académie de Médecine.

Une discussion sur une motion d'ordre a absorbé la majeure partie de la séance d'hier. Il s'agissait de savoir si les documents envoyés par les correspondants sur le mode de propagation du choléra seraient ou non substantiellement analysés par M. le secrétaire perpétuel avant d'être envoyés à la commission. M. Bégin aurait voulu le renvoi pur et simple; M. Moreau, interprétant le sentiment le plus général de l'Académie, a demandé seulement qu'on ne fit de ces documents qu'une courte mention. La proposition de M. Moreau a été adoptée.

Si ce n'est que sur une question de plus ou de moins, et sur un cas spécial que l'Académie a entendu se prononcer, nous n'avons pas grand'chose à dire sur son vote; mais si, comme M. Gaulthier de Claubry en a exprimé la crainte, on devait étendre à toute la correspondance la mesure qu'on a prise hier pour les documents relatifs au choléra, nous ne saurions trop nous élever contre une mesure semblable. L'Académie ne peut pas ignorer que les faits qui lui arrivent par la correspondance sont un des principaux éléments qui donnent de l'intérêt à ses séances; que ce sont eux souvent qui provoquent des discussions intéressantes, et que, renvoyer tous ces faits sans distinction à l'examen des commissions ordinaires, c'est les exposer, c'est très souvent les vouer à l'oubli; c'est, par conséquent, éloigner de l'Académie tous les travailleurs. Qu'il faille faire un choix entre toutes les communications qui arrivent à l'Académie, cela est juste, indispensable même; mais c'est à la sagacité du secrétaire perpétuel qu'il appartient de faire ce choix. Ce ne serait que dans le cas où cette sagacité ne répondrait pas aux désirs de l'Académie qu'elle pourrait émettre un vœu, non pour annihiler la correspondance, mais pour lui imprimer une meilleure direction.

Hâtons-nous de le dire, nous ne croyons pas que la crainte exprimée par M. Gaulthier de Claubry soit fondée; mais nous devons cependant prémunir l'Académie contre une décision qui pourrait lui être funeste.

M. Bouvier a été le seul membre qui ait aujourd'hui fait des communications relatives au choléra; il a continué à présenter à l'Académie le mouvement de l'épidémie pendant le cours de la semaine. Parmi les remarques faites par l'honorable membre, il en est une qui a soulevé une légère observation de M. Louis, et sur laquelle nous devons insister un instant.

Suivant M. Bouvier, la mortalité par suite du choléra serait plus considérable dans la classe ouvrière que dans la classe aisée, et cette proposition ressortirait, suivant lui, du travail rédigé par la commission médicale départementale de 1832. Nous croyons que M. Bouvier a fait dire à ce travail plus qu'il ne dit en effet, ou que du moins il n'a pas assez distingué les éléments de la question. Cette question est beaucoup plus compliquée et plus difficile que ne sont disposés à se l'imaginer ceux qui ne sont habitués qu'à disserter sur des théories physiologiques ou pathologiques : nous ajoutons d'ailleurs que ce n'est pas pour M. Bouvier que nous faisons cette remarque. Nous espérons le démontrer dans notre prochain numéro.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons cliniques sur le choléra.

(Deuxième leçon.)

Description générale de la maladie.

Dans la dernière conférence, nous avons présenté un tableau rapide et aussi complet que possible des altérations anatomiques. Nous pouvons vous soumettre aujourd'hui les pièces anatomiques d'un sujet qui a malheureusement succombé à la maladie, et vous faire voir ce que nous avions dû nous borner à vous décrire sans vous en fournir la preuve.

Dans l'intestin de cet homme, vous voyez les granulations psorentériques d'une extrême abondance s'étendre depuis le commencement de l'iléon jusqu'à la valvule iléo-cœcale. Vous

FEUILLETON.

Les bains de Lavey dans le canton de Vaud, en Suisse.

Pour le médecin habitué à lutter contre les nombreuses difficultés que présente le traitement des maladies chroniques, il n'y a pas de plus précieuse ressource que les eaux minérales, qui, judicieusement ordonnées, peuvent convenir à une foule d'affections diverses, tout en retranchant d'emblée, cela va sans dire, le vaste cadre des maladies organiques. Mais il reste encore un grand nombre de maladies très rebelles aux traitements ordinaires qui guérissent assez souvent, et s'améliorent bien plus souvent encore par les eaux minérales et leurs divers modes d'emploi. Telles sont les affections chroniques de la peau, le rhumatisme chronique sous toutes les formes, les altérations fonctionnelles si variées du tube digestif, plusieurs phlegmasies chroniques des voies aériennes, celles des voies génito-urinaires, etc.

En effet, on a à leur opposer un choix assez riche de moyens, auxquels il faut ajouter et même placer très haut l'hydropathie. On a à sa disposition des eaux sulfureuses, alcalines, ferrugineuses, salines, salées, iodées, gazeuses, l'usage de l'eau sous forme de bains, de douches, en boisson, en bains de vapeur, etc.

Aussi doit-on choisir de préférence, parmi les établissements affectés à la balnéo-thérapie, ceux qui réunissent en une seule localité le plus grand nombre de ressources de ce genre.

Nous n'en connaissons guère qui, sous ce rapport, soit aussi richement doué par sa position et son voisinage, que les eaux de Lavey, dans le canton de Vaud, en Suisse. Nous sommes d'autant plus en droit d'attirer sur cet établissement toute l'attention des praticiens, que pendant les neuf années que nous avons été médecin inspecteur de ces eaux, nous n'avons jamais eu recours à la presse médicale périodique pour diriger les regards de nos confrères sur cette localité, et aujourd'hui, trois ans bientôt après l'avoir définitivement quittée, vivant à une grande distance et en dehors de toute connexion directe avec ce pays, notre opinion pourra, à coup sûr, prétendre à une parfaite impartialité.

La source de Lavey a été découverte il y a vingt ans bientôt par un propriétaire du village de Lavey, M. Ravy, qui, en faisant des travaux pour la pêche de la truite dans le Rhône, fut étonné et presque effrayé de sentir sa main brûlée par de l'eau chaude au milieu de l'eau glaciale de ce torrent, qui, à cet endroit, à cinq lieues au-dessus de son embouchure dans le lac de Genève, a conservé toute l'impétuosité et la très basse température des fleuves de la Suisse, en majeure partie alimentés par la fonte des neiges.

On avertit bientôt de ce fait, qui parut si extraordinaire aux gens de la contrée, un géologue fort distingué, M. de Charpentier, directeur des salines de Bex, depuis longtemps connu dans le monde scientifique par son ouvrage sur les Pyrénées, couronné par l'Institut, et par ses recherches sur les glaciers.

Il fallait pour utiliser cette source minérale, car il n'y avait pas à se méprendre sur l'explication de cette eau chaude au milieu de l'eau froide, détourner dans cet endroit le lit du Rhône. M. de Charpentier ne recula point devant les grandes difficultés d'une telle tentative; il y parvint, et fit encaisser ainsi la source. Une belle plantation de saules s'élève aujourd'hui à l'endroit même où jadis encore le Rhône roulait d'énormes cailloux au fond de ses flots rapides.

La source une fois bien encaissée, on ne tarda point à transformer cette localité, jusque-là inhabitée, en une petite colonie, qui fournissait bientôt aux personnes qui y séjournaient toutes les aises de la vie, et qui avec le temps s'est de plus en plus perfectionnée, grâce surtout aux efforts persévérants de MM. Ravy et Girod, propriétaires de la source.

Lavey possède aujourd'hui des ressources balnéo-thérapeutiques très variées. Les eaux thermales sulfureuses sont employées en boisson, en bains, en douches de diverses espèces et en bains de vapeur.

La proximité des salines de Bex a permis d'utiliser aux bains de Lavey les eaux-mères très riches en chlorure de magnésium et renfermant une assez forte proportion de brome et d'iode. Les eaux de graduation, renfermant jusqu'à 27 pour 100 de chlorure de sodium, permettent d'y donner des bains salés purs ou mêlés avec les eaux sulfureuses.

Les eaux froides du Rhône, enfin, y ont été utilisées pour y prendre des bains froids par immersion et pour y faire des cures hydrothérapiques complètes.

Il serait trop long d'entrer ici dans des détails sur les cas spéciaux de maladies rhumatismales, d'affections de la peau, des os, des articulations, de scrophules, de maladies des voies digestives et génito-urinaires, de paralysies incomplètes, etc., dans lesquels les divers moyens que cet établissement offre peuvent être employés avec plein succès.

Nous renvoyons pour de plus amples détails sur ce sujet au travail récemment publié du médecin inspecteur de ces eaux, au *Bulletin clinique de l'hôpital des bains de Lavey*, par M. Cossy. — Lausanne, 1848.

Qu'il nous soit permis, avant de terminer cette bien courte esquisse, de dire deux mots de celui qui dirige actuellement ce bel établissement.

M. Cossy est un des bons élèves de l'Ecole de Paris. Pendant longtemps interne de M. Louis, il a puisé dans l'enseignement de ce célèbre médecin les principes d'une observation sévère et approfondie et d'une probité scientifique à toute épreuve, et il serait impossible d'avoir laissé un meilleur souvenir que celui de M. Cossy parmi tous ses anciens condisciples et surtout parmi ses collègue de la Société médicale d'observation, dont on connaît généralemen le rigorisme en matière d'études médicales.

voyez aussi que rien de pareil n'existe dans le gros intestin. Je dois ici revenir sur la nature de ces granulations psorentériques, et vous faire observer que, pour nous, elles ne sont pas déterminées par le développement des follicules de Brunner, mais bien par l'hypertrophie des follicules mucipares. Nous fixerons également votre attention sur l'injection générale de la muqueuse de l'intestin et sur l'état poisseux des surfaces séreuses, du péritoine et de la plèvre; état poisseux caractéristique, et que l'on constate dans presque tous les cas, à un degré plus ou moins prononcé, surtout lorsque les sujets ont succombé dans la période algide. Toutes les fois qu'il existe de ces concrétions albumineuses signalées dans le péritoine par M. Contour, elles sont dues, suivant nous, à un état inflammatoire du péritoine.

Nous arrivons à la description générale de la maladie. Nous devons dire d'abord que nous n'aurons pas, dans l'exposition des symptômes, beaucoup à ajouter à ce qu'ont dit les nombreux auteurs qui se sont occupés du choléra. Cependant, il est quelques nuances que nous croyons avoir signalées le premier, qui nous appartiennent en propre, et sur lesquelles nous insisterons plus spécialement.

Description générale des symptômes.

Le choléra-morbus frappe les organes et les fonctions de la digestion. C'est là un fait hors de toute contestation. Si, dans quelques circonstances rares, ces organes et ces fonctions ne paraissent pas avoir subi d'altérations, ce sont des faits que l'on doit considérer comme tout à fait exceptionnels, et qui ne détruisent nullement la règle générale. Pour nous, nous ne voudrions pas assurer qu'il ne nous est pas passé sous les yeux, avant que l'épidémie se fût franchement déclarée, quelques individus qui se trouvaient bien réellement sous l'influence épidémique, et des affections desquels nous aurons méconnu le véritable caractère.

Les altérations des fonctions digestives sont les suivantes. (Ce que nous allons dire est applicable au choléra dans toutes les périodes, et nous ne voulons pas, pour le moment, distinguer s'il s'agit de la période algide ou réactionnelle; nous reviendrons plus tard sur ces distinctions). Indépendamment de toute espèce de formes et de périodes, voici ce que l'on observe du côté de l'appareil digestif:

Les dents et les gencives n'offrent pas de concrétions diphthéritiques; l'aspect de la langue ne présente pas de grands changements. Relativement aux enduits dont elle est recouverte, voici ce que l'on remarque : à la base, il existe un enduit blanchâtre. La langue est rouge et sillonnée à la pointe et sur ses bords. La température n'en reste pas la même qu'à l'état normal. Elle est tiède ou même froide, à une époque plus avancée, au lieu d'être chaude. Ce dernier phénomène constitue un signe remarquable et pathognomonique. Dans quelques cas l'enduit peut être brun. Disons en passant, et pour mémoire, que dans les affections typhoïdes l'enduit devient brun; de même dans la période typhique du choléra, la couleur brune de l'enduit ne dépend pas du passage de l'air dans la bouche, et de la sécheresse de la muqueuse déterminée par ce passage de l'air. Elle est le produit d'une exsudation particulière.

L'observation de l'état de la langue est de la plus haute importance dans l'étude du choléra. Lorsque la langue commence à devenir humide sur les bords, alors même que les autres phénomènes ne diminuent pas d'intensité, et que par conséquent la gravité de l'affection paraît être restée aussi considérable, le médecin peut concevoir les espérances les mieux fondées. C'est un fait que nous avons observé en 1832, et sur lequel nous avons de nouveau fixé notre attention dans la nouvelle épidémie. Jamais il ne nous a trompé.

Les différentes sensations de saveur que les malades éprouvent dans la bouche n'ont rien de particulier. La bouche peut être pâteuse, surtout dans la période algide. En général, il n'y a ni goût acide, ni goût sucré, ni amertume. Nous avons voulu savoir quelle était la réaction chimique de la sécrétion buccale. Dans les cas où nous avons pu répéter l'expérience, nous l'avons trouvée acide. Le papier bleu de tournesol est rougi d'une manière bien appréciable. Ceci est bien important à noter; car vous savez que l'on a prétendu dans des travaux récents que la réaction des fluides est toujours alcaline. L'observation des faits nous a prouvé qu'il est loin d'en être ainsi.

L'un des phénomènes fonctionnels les plus ordinaires, ce sont les nausées, les envies de vomir, les vomissements. Les vomissements varient quant à leur fréquence et à leur abondance. La manière dont ils s'effectuent mérite encore d'être prise en considération. Les malades, ordinairement dans le décubitus dorsal, rendent par une simple régurgitation et presque sans aucun effort ce qu'ils ont dans l'estomac. Les vomissements n'ont pas lieu dans toutes les phases de la maladie. Ils durent pendant deux ou trois jours seulement, puis cessent complétement.

Arrêtons-nous un instant sur la nature des matières vomies. Elles peuvent varier d'aspect et de composition, et ne présentent pas de caractères constants. D'abord, et surtout lorsque la maladie débute peu après un repas, les matières des premiers vomissements consistent dans les aliments. Puis les malades rendent simplement la tisane qu'ils ont prise; une troisième espèce de vomissements contiennent un liquide jaune ou verdâtre, composé en grande partie de bile. Lorsque les vomissements deviennent véritablement cholériques, les liquides sont semblables à de l'eau de riz, à de l'eau tenant en suspension de la farine de riz, dans laquelle nagent des grumeaux assez analogues pour l'aspect à des grains de riz crevés par l'ébullition. Les liquides vomis, d'après les analyses chimiques les plus récentes, paraissent contenir de l'albumine en assez grande quantité. Nous ne sachions pas que l'on y ait rencontré d'animalcules microscopiques, comme on prétend en avoir rencontré dans les matières des selles.

En même temps, les malades se plaignent d'un sentiment de vive constriction dans l'œsophage; à l'épigastre, ils accusent une douleur sourde, profonde, qui augmente un peu par la pression.

Dans l'épidémie de 1832, ces douleurs épigastriques étaient portées à un point extrême; elles constituaient une véritable torture.

Dans celle de 1849, elles sont beaucoup moins intenses, dans la plupart des cas du moins; car il est quelques malades chez lesquels, exceptionnellement, nous les avons trouvées presque aussi fortes qu'il y a dix-sept ans.

Le ventre est ordinairement rétracté; en le palpant, on est frappé de la rigidité des parois abdominales; un phénomène que nous avons remarqué, c'est le développement considérable et la production presque incessante chez nombre de malades de gaz dans l'appareil gastro-intestinal. Les sujets en rendent par la bouche et par le rectum, et, chose singulière, malgré cette production de gaz, l'abdomen n'est pas à proprement parler météorisé. Mais il y a des borborygmes. Seulement, au lieu de n'exister que dans la fosse iliaque droite, comme dans la fièvre typhoïde, on les rencontre dans toute l'étendue de l'abdomen, et principalement dans la fosse iliaque gauche.

Bientôt arrivent les selles; leur nombre varie depuis trois ou quatre seulement par jour jusqu'à quarante et même plus. Quelquefois les déjections sont involontaires et rendues sans que les sujets en aient la conscience. Au début de la maladie, les selles sont jaunes, bilieuses, contiennent des matières fécales. Lorsque la maladie avance, elles prennent une odeur plus fétide. Enfin, lorsqu'elles sont blanches caractéristiques, elles ont une odeur fade que l'on a comparée à l'odeur du sperme, et dont l'analogie, nous devons le dire, est loin de nous sembler suffisamment fondée. A ce moment, les matières des selles ont beaucoup de ressemblance avec celles des vomissements. Elles semblent formées d'eau tenant en suspension de la farine de riz ou de l'amidon, dans laquelle nagent des grumeaux un peu plus abondants et plus épais que dans les vomissements.

D'où viennent ces matières? Quelle est leur composition? C'est une sécrétion morbide bien évidemment. D'après les auteurs qui en ont fait l'analyse, la réaction chimique en est alcaline; elles contiennent de l'albumine en dissolution. Dans l'épidémie de 1832, les caractères parfaitement tranchés des selles étaient bien plus communs que maintenant. Ils constituaient la presque universalité des cas. Cette fois, ils sont bien moins pathognomoniques. C'est à peine, pour notre part, si trois ou quatre fois nous les avons rencontrés exempts de toute complication, dans leur pureté primitive, et sans aucun mélange de bile, de coloration jaune, verte ou noire.

Urines. — Les premiers cas de choléra que nous ayons eu à observer cette année ne sont pas venus du dehors, mais se sont développés dans nos salles. Ils se montraient donc chez des sujets que nous avions vus plusieurs fois, que nous connaissions, que nous avions examinés sous tous les rapports. Nous avons soumis leurs urines aux réactifs chimiques que nous employons d'ordinaire, et dès le premier jour nous avons constaté un précipité albumineux. Nous nous sommes empressé d'annoncer aussitôt l'existence de ce phénomène; mais on a commencé par nous répondre que ce n'était pas possible, comme on fait en général pour les découvertes que l'on n'a pas faites soi-même. Bientôt on a reconnu l'exactitude de notre assertion, on a constaté les résultats de nos expériences, et alors chacun a voulu avoir découvert ce que nous avions annoncé.

A la période de réaction, on ne trouve plus d'albumine dans les urines. C'est à peine si l'acide nitrique et la chaleur déterminent un léger nuage dans l'urine. Chez les 37 malades que nous avons eus dans nos salles au moment où nous vous parlons, nous avons trouvé de l'albumine. Ce phénomène est donc très important, et j'ai fini par adopter au bout de peu de temps cette opinion que peut-être constituait-il en réalité un des caractères les plus importants et les plus essentiels du choléra. Pour ma part, j'en suis venu à ce point que, dans les cas où tous les symptômes font croire à l'existence du choléra, s'il n'existe pas d'albumine, je doute que le choléra existe réellement, et je réserve mon diagnostic. Vous voyez d'après cela quel prix j'attache à ce caractère.

Il est bien entendu que, pour faire ces expériences sur la nature et la composition des urines, il faut employer plusieurs réactifs. Si l'on se bornait à un seul mode d'investigation, on pourrait objecter, et ceci a été fait, que le précipité est formé des sels contenus dans l'urine. La chaleur, employée isolément, donnant également ce précipité, il reste bien prouvé qu'il est albumineux, car les sels ne se précipitent pas sous l'influence d'une élévation quelconque de température.

En même temps que la présence de l'albumine peut être prise comme élément du diagnostic, elle peut l'être également comme un des éléments du pronostic. En effet, nous avons trouvé toujours l'albumine en proportion avec la gravité de l'affection cholérique, à peu près comme la bile dans l'ictère. Sous ce point de vue, l'existence de l'albumine dans l'urine ne laisse pas que d'être encore d'une grande utilité.

Dans le choléra confirmé, les urines sont supprimées; c'est encore un fait important à noter. La suppression des urines est due, selon nous, à deux causes. D'abord, la diminution de la sécrétion, puis la suppression de l'excrétion, ce qui n'est pas du tout la même chose. La preuve en est que nous avons souvent trouvé de l'urine dans la vessie, soit sur les sujets vivants en pratiquant le cathétérisme, soit à l'autopsie. Y a-t-il, outre ces deux choses, spasme, crampes de la vessie? C'est possible; dans tous les cas, c'est une question que nous ne sommes pas actuellement en mesure de résoudre.

(La suite à un prochain numéro.)

Maladies de l'appareil lacrymal.

Note sur un moyen d'éviter dans certains cas les difficultés qu'on rencontre dans la ponction du sac lacrymal.

Par le docteur Marc DUPUY,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Quand on veut pratiquer l'opération de la fistule lacrymale, on éprouve assez souvent des difficultés sérieuses pour arriver dans le canal nasal. Tout le monde sait qu'il peut arriver qu'au lieu d'introduire le bistouri dans le canal, on fasse pénétrer dans la cavité de l'orbite ou bien dans l'épaisseur de la joue; cet accident est arrivé à des chirurgiens très habiles. Je tiens de bonne source qu'une fois le stylet, entre des mains cependant expérimentées, avait déchiré les tissus et était venu soulever la muqueuse de la lèvre supérieure dans le sillon gengivo-labial au-devant des os.

Le procédé que je crois avoir le premier employé n'est applicable que lorsqu'il y a une fistule, et nullement si la

---

On est toujours heureux de voir de tels hommes à la tête des établissements d'eaux minérales, qui malheureusement sont bien plus souvent exploités par le charlatanisme et la cupidité qu'ils ne fournissent le sujet de recherches approfondies sur les maladies chroniques, qui s'y présentent pourtant si fréquemment et sous des formes si variées. H. Lebert.

Eaux minérales de Cransac (1).

Dans un résumé des diverses observations pharmaceutiques et cliniques qui ont été faites dans ces derniers temps sur le manganèse, principalement par M. Hannon, dont nous avons nous-même analysé le travail il y a déjà quelques semaines, M. Martin-Lauzer donne les renseignements suivants sur les eaux minérales de Cransac, qui sont celles où le manganèse paraît avoir été constaté en plus notable quantité.

La célébrité des eaux minérales de Cransac remonte au delà de l'an 900, c'est-à-dire la troisième année du règne de Charles-le-Simple. Une charte datée de cette époque, et déposée aux archives de Rhodez, fait foi de la donation qui avait été faite de ces eaux à l'abbaye de Conques par une pieuse dame. Ces eaux furent préconisées en 1605 par J. Banc, en 1686 par Dissez, en 1700 par Lemery. Murat, en 1805, publia un traité sur ces eaux par ordre du préfet de l'Aveyron. Parmi les auteurs qui ont encore écrit sur ces eaux, il faut citer Alibert, Vauquelin, Patissier, Victor Murat, M. le docteur Bras, et en dernier lieu M. le docteur Ducoux. En 1840, MM. O. Henry et Poumarède firent une analyse des diverses sources : c'est celle que nous allons donner ici.

Parmi les sources différentes, qui sont loin d'avoir la même composition, il en est deux principales qui composent l'établissement des eaux de Cransac, sont autorisées par l'Etat et sont seules exportées. Elles sont connues sous le nom de *source haute* ou *forte* de Richard, *source basse* ou *douce* de Richard.

Source haute ou forte de Richard.

Voici sa composition :

Sulfate de manganèse	1,55
— de fer	1,25
— de magnésie	0,99
— d'alumine	0,47
— de chaux	0,75
Silice	0,07
Eau pure	994,92
	1,000,00

Sa saveur n'a rien de désagréable au goût.

Source douce ou basse de Richard.

Sulfate de chaux	2,43
— de magnésie	2,20
— d'alumine	1,15
	5,78

Report	5,78
Sulfate de fer	0,15
— de manganèse	0,14
Matière organique noire, bitumineuse	0,02
Silice	0,02
Eau pure	993,89
	1,000,00

L'expérience semble l'avoir désignée depuis longtemps comme la plus efficace dans un grand nombre de cas.

Deux autres sources, dont l'une ne sert qu'à laver les bouteilles, et dont l'autre sert journellement aux buveurs (*source basse de Bezelgues*), mais qu'on n'exporte pas, ne contiennent aucune trace de fer, mais seulement du manganèse et les sels indiqués plus haut. Voici l'analyse de cette dernière :

Sulfate de chaux	1,21
— de magnésie	1,12
— de manganèse	0,41
— d'alumine	0,95
Eau pure	996,31
	1,000,00

Nous donnons cette analyse de la source basse de Bezelgues, parce que nous pensons que cette source, qui ne contient pas de fer, mais seulement du manganèse, doit avoir une valeur particulière susceptible d'être mise à profit.

Une particularité caractéristique qui distingue les eaux de Cranzac de beaucoup d'autres, c'est que les malades boivent ces eaux avec une grande facilité et sans aucun inconvénient, malgré l'énorme proportion des sels de fer et de manganèse qui les minéralisent, puisque quelques-unes de ces sources en renferment jusqu'à deux grammes; tandis que dans la plupart des cas une eau ferrugineuse,

(1) Petit bourg de l'Aveyron, près Aubin, à 40 kilomètres de Rhodez et à 34 de Villefranche. Vis-à-vis de Cransac et au-dessus des sources d'eaux minérales est le pic d'une montagne qui brûle depuis des siècles. Une fumée plus ou moins intense s'échappe sans interruption de ses flancs. C'est le Vésuve en miniature, moins ses dangers. Ce volcan est un voisin inoffensif, très curieux à visiter et très utile : des excavations souterraines pratiquées dans ses flancs constituent des étuves à émanations sulfureuses très efficaces pour les rhumatisants et les paralytiques.

tumeur lacrymale seule existe. Ce procédé est très simple, et rend l'opération extrêmement facile.

Je fus appelé, dans le mois de février 1849, par un de mes collègues, M. Bonhome Lacombe, pour rendre visite à une malade demeurant dans les environs de Cubjac (Dordogne); elle était atteinte de deux fistules lacrymales. La maladie remontait à un an environ; mais ce n'était que depuis deux mois et demi à trois mois qu'un ægylops se déclara, c'est-à-dire qu'il s'établit un orifice cutané appartenant à une fistule qui s'ouvrait dans le sac lacrymal. Cette malade étant décidée à se laisser opérer immédiatement, mon intention fut d'abord de suivre le procédé ordinaire. La première chose à faire était donc de bien reconnaître l'orifice supérieur du canal nasal; or, ce n'est pas toujours chose aisée, car bien des lésions circonvoisines peuvent altérer les caractères de la région. La donnée la plus certaine est fournie par le rebord osseux qui limite en avant la gouttière lacrymale. Je portai donc le doigt sur le rebord orbitaire inférieur, et le fis glisser de dehors en dedans vers le grand angle de l'œil pour trouver la lèvre antérieure de la gouttière lacrymale; il me fut impossible de reconnaître cette saillie osseuse, le tissu cellulaire de toute la région étant hypertrophié et induré. Des deux côtés, les mêmes phénomènes pathologiques existant, je ne pus donc point m'assurer de la disposition de ces parties à l'état normal. Je ne pouvais point non plus compter beaucoup sur le tendon du muscle palpébral, qui n'est lui-même qu'un guide assez souvent trompeur, car il s'attache quelquefois plus en dedans qu'il ne le fait ordinairement. Les deux sacs lacrymaux ne contenaient aucun liquide et ne faisaient aucune saillie; la malade, en les pressant, les avait vidés avant mon arrivée près d'elle. Je me voyais donc en présence de difficultés assez grandes, et, je l'avoue, je craignis de faire fausse route avec le bistouri. C'est alors que je songeai à employer le procédé que je vais décrire.

La malade assise sur une chaise, j'introduisis la pointe d'un stylet en argent dans l'orifice fistuleux qui se trouvait situé des deux côtés à une assez grande distance de la commissure interne des paupières. L'instrument, tenu comme une plume à écrire, fut dirigé de bas en haut et de dehors en dedans en suivant le trajet de la fistule. Lorsque je sentis que sa pointe était arrivée dans le sac lacrymal, vers le centre de l'orifice supérieur du canal nasal, je le fis basculer en portant en haut son extrémité externe, de telle sorte que sa pointe arriva tout naturellement dans le canal. L'instrument se trouvant alors dans la verticale, en le poussant de haut en bas, sa pointe pénétra dans les fosses nasales, après avoir déchiré tout ce qui s'opposait à son passage. Toute la partie de la paupière comprise entre l'orifice fistuleux et la commissure interne des paupières fut plissée; le stylet restant fixe dans le canal nasal, j'introduisis alors sous cette partie plissée de la paupière, et perpendiculairement à l'axe du stylet, la pointe d'un bistouri; je débridai de bas en haut des parties profondes vers la superficie, de telle sorte que le trajet fistuleux et le sac lacrymal furent ouverts du même coup. Cela fait, j'engageai, en me servant comme conducteur du stylet resté en place, un bistouri pointu dans le canal nasal. Après l'avoir retiré, je le remplaçai par une petite bougie en éponge préparée; pendant que j'introduisis celle-ci dans le canal, je retirai en même temps le stylet qui me servait toujours de conducteur.

Les deux fistules furent opérées de la même manière.

Mon collègue M. Bonhome, aux soins intelligents de qui je confiai les suites de cette opération, dirigea le traitement ultérieur. Des bougies furent maintenues en place pendant seize jours environ; les deux petites plaies se cicatrisèrent ensuite très facilement. La guérison a été complète; je n'ai point appris qu'il y ait eu de récidive.

Ce procédé, comme on le voit, est très simple et très facile à exécuter; il a, je crois, l'avantage de permettre d'arriver dans le canal nasal avec certitude complète. On ne peut l'employer, il est vrai, que lorsqu'il y a réellement fistule; mais comme il est facile d'ouvrir l'abcès, d'attendre quelques jours pour mettre l'affection dans les conditions d'une fistule, ce moyen pourrait être bien plus généralisé qu'on ne serait tenté de le supposer de prime abord.

J'ai cru devoir publier cette simple note, parce que des difficultés analogues à celles que j'ai rencontrées pouvant se présenter à d'autres qu'à moi, le même procédé que j'ai suivi pourra sans doute être mis en usage avec le même succès.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 mai 1849. — Présidence de M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend:

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce avec envoi d'un sirop anticholérique;

2° Une seconde lettre du même ministre, avec envoi d'une foule de formules anticholériques employées par M. le docteur Gaudriant, médecin à Paris;

3° Une troisième lettre du même ministre, avec envoi d'une note de M. Tailhade, officier de santé en retraite, à Giguai (Lot), dans laquelle ce médecin vante la compression pour arrêter les crampes cholériques;

4° Une autre lettre du même ministre, avec envoi d'une lettre de M. Champenois, officier de santé à Launoy (Ardennes), dans laquelle ce médecin conseille l'abstinence complète des liquides comme traitement du choléra;

5° Une autre lettre du même ministre, avec envoi d'une note de M. le docteur Fiévet, qui annonce qu'il n'hésiterait pas à prescrire, comme traitement prophylactique du choléra, les infusions de camomille, de petite centaurée, et même de quinquina;

6° Autre lettre du même ministre, avec envoi d'une lettre de M. Royer, aide-major au dépôt de la garde mobile, qui propose comme spécifique contre le choléra un mélange de sel de cuisine et d'eau-de-vie de bonne qualité;

7° Autre lettre du même ministre, avec envoi d'une formule d'un remède secret, spécifique contre le choléra;

8° Autre lettre du même ministre, avec envoi d'un instrument inventé par madame Coquillard, sage-femme à Belleville, et destiné à allonger le bout des seins chez les femmes qui se destinent à l'allaitement;

9° Autre lettre du même ministre, avec envoi d'un échantillon d'eau minérale dont la source a été découverte dans la commune de Saint-Didier, au Mont-d'Or.

— La correspondance manuscrite se compose des communications suivantes:

1° M. Chambay, médecin des épidémies à Alençon, communique quelques faits qu'il croit de nature à jeter quelque jour sur la question de la contagion. Il rapporte, entre autres, le fait suivant: Le 16 mars, une nourrice partie de Paris fut prise le jour même de son arrivée à Alençon des symptômes du choléra, auquel elle succomba au bout de trois jours. Deux jours après une fille de cette nourrice, âgée de six ans, fut prise du choléra, et succomba; puis successivement la grand'mère, la mère et la sœur de cette nourrice, qui lui avaient toutes donné des soins, ne tardèrent pas à être prises de la même maladie et à y succomber. Il n'y avait, ajoute M. Chambay, dans la commune de Lonroy, où venaient de se passer ces faits, rien qui annonçât que l'influence épidémique pesait sur la contrée.

— M. BÉGIN demande la parole à propos de la correspondance. Il me semble utile de renouveler la proposition que j'ai eu l'honneur de faire à l'Académie de renvoyer à la commission les documents relatifs à la question de la contagion, et dont M. le secrétaire donne une longue analyse à chaque séance. Ces documents qui, ainsi que nous venons de le voir, se contredisent quelquefois les uns les autres, ne peuvent être jugés à la première audition. En les analysant longuement on perd son temps, on n'arrive à rien, et l'on peut inquiéter la population. Il me paraît donc urgent de changer de marche, et c'est pour cela que je renouvelle la proposition.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL. Je ne pense pas que l'Académie veuille adopter le système de M. Bégin, dont la proposition dans la dernière séance n'a pas même été mise aux voix. Dans tous les cas, je ne puis que repousser personnellement cette proposition. J'ai écrit au nom, et d'après l'invitation de l'Académie, à tous les correspondants des localités où règne le choléra, pour avoir des renseignements spécialement sur le mode de propagation de l'épidémie. Il me semblerait peu convenable de ne pas mentionner pour ainsi dire ces documents, quand les correspondants ont bien voulu faire preuve de zèle en se rendant aux vœux de l'Académie.

M. ROCHOUX. Je ne puis qu'approuver la proposition de M. Bégin. Les documents que nous recevons sont fort intéressants sans doute; mais il faudrait être étranger à toute espèce de connaissances médicales pour croire que ces documents peuvent être ainsi appréciés à une première audition, et qu'ils peuvent par conséquent éclairer l'Académie. Ce n'est que lorsqu'ils auront été étudiés sérieusement par une commission qu'on pourra en tirer des inductions fondées; c'est donc à la commission qu'il faut les renvoyer.

M. GAULTHIER DE CLAUBRY. Je demande qu'avant d'adopter la proposition faite par M. Bégin, l'Académie veuille bien réfléchir que cette proposition peut constituer un précédent fâcheux. Si nous adoptons aujourd'hui cette proposition, il n'y a pas de raison pour qu'un autre jour on ne propose de renvoyer à une commission telle autre partie de la correspondance, et alors il n'y a plus de correspondance possible.

M. LOUIS. Il ne faut pas faire de confusion entre la correspondance ordinaire et les documents qui nous arrivent en ce moment sur la contagion du choléra. Ces documents forment les éléments d'un travail sérieux, et ce n'est pas l'Académie qui peut faire ce travail en séance; c'est là évidemment l'affaire de la commission, et je crois qu'il convient de lui renvoyer ces documents après les avoir mentionnés honorablement.

M. MOREAU. Je fais en effet la proposition de renvoyer à la commission les documents en question, après toutefois que M. le secrétaire perpétuel les aura fait connaître succinctement à l'Académie.

M. GIBERT. Il me semble que rien n'est plus facile que de nous mettre tous d'accord. M. le secrétaire perpétuel fera l'analyse des documents en lui donnant un peu moins de développement, et voilà tout.

Avant de mettre aux voix la proposition de M. Moreau, je crois devoir demander à l'Académie si elle ne craint pas de blesser un peu l'amour-propre des correspondants en renvoyant à une commission, sans les mentionner honorablement, les documents qu'ils veulent bien nous envoyer. Les correspondants ne sont pas toujours très empressés de répondre à nos invitations; il ne faudrait pas les refroidir dans leur zèle quand ils viennent à en faire preuve. Il y a là un danger, un inconvénient du moins que je dois signaler à l'Académie.

PLUSIEURS VOIX. Les correspondants ne peuvent être blessés de ce qu'après avoir mentionné les documents qu'ils nous transmettent, on envoie ces documents à une commission qui les étudiera et qui en rendra compte à l'Académie, où ils pourront être publiquement discutés.

La proposition de M. Moreau est mise aux voix et adoptée.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL continue ensuite le dépouillement de la correspondance.

2° M. de Fermon, d'Alençon, correspondant de l'Académie, adresse sur les faits précédents un rapport duquel il conclut qu'il est impossible de trouver dans ces faits la moindre preuve en faveur de la contagion; que ces faits d'ailleurs ont été très incomplétement observés, et que rigoureusement on n'en saurait tirer aucune conséquence.

3° M. Renault, chirurgien de l'Asile des aliénés de la même ville, donne quelques renseignements sur les mêmes faits. Ces renseignements tendent à confirmer le contenu de la lettre de M. Chambay.

4° M. Demarbaix, de Mons (Belgique), annonce que le choléra a reparu dans cette contrée, et que plusieurs villes de la Belgique, Anvers, Mons, Liége, Gand, ont été successivement visitées par le fléau. Il préconise le chlorure de sodium, qu'il a employé, dit-il, dans cinq cas, et quatre fois avec succès.

5° M. Robert, de Marseille, envoie à l'Académie la même communication qu'il a envoyée hier à l'Académie des sciences.

6° M. Angelot écrit, pour M. Toulmouche, empêché, que deux cas de choléra ont éclaté à Rennes dans la journée du 27 avril.

7° M. Belloc, médecin militaire, rappelle, à l'occasion de la communication de M. Bouvier, qu'il a employé l'urtication avec succès en 1832 à l'hôpital militaire de Valenciennes. Il

---

contenant un décigramme ou un demi-décigramme de l'élément ferrugineux, a déjà une saveur des plus atramentaires. A quoi peut-on attribuer cette propriété des eaux de Cransac? Ne serait-ce pas, comme l'a pensé M. Poumarède, dans son travail sur les sulfates doubles de fer (sulfate ferroso-ferrique), à ce que les eaux de Cransac sont minéralisées par des composés de cette nature.

La conséquence de ce qui précède, c'est que les eaux de Cransac, les plus fortement minérales que l'on connaisse, réunissent au plus haut degré les conditions favorables, soit pour l'exportation, soit pour l'usage interne. Ces eaux peuvent être transportées au loin sans qu'elles perdent en aucune manière, soit leur transparence, soit leurs propriétés énergiques; tandis que la plupart des eaux minérales seulement ferrugineuses se décomposent et n'offrent plus que quelques atomes de fer. Les eaux de Passy, entre autres, que j'ai analysées, m'ont présenté moins d'un milligramme de fer pour une cruche d'eau prise chez un dépositaire.

Les deux sources principales présentent, comme on l'a vu, des différences bien marquées dans leur composition; ces différences s'observent également dans leur action. Tandis que la source douce est légèrement laxative et apéritive, la source haute ou forte est tonique par excellence et astringente; elle arrête les selles ainsi que les hémorrhagies passives; elles trouvent toutes deux, dit le docteur Ducoux, leur application dans le traitement de toutes les maladies qui ont pour cause et pour symptômes dominants un appauvrissement du sang. La source haute, ajoute-t-il, est un des plus puissants hémostatiques que nous connaissions. Les eaux de Cransac, dit Atibert, sont administrées avec beaucoup de succès dans les engorgements abdominaux, l'aménorrhée accompagnée d'un état de langueur; les fièvres quartes, splanchniques, etc. B. Murat vantait leur spécialité contre les fièvres intermittentes prolongées présentant des récidives nombreuses, et contre lesquelles le quinquina a échoué; il avait déjà observé dans les eaux de Cransac les propriétés du manganèse, que Gmelin avait étudiées chez les animaux. Les eaux de Cransac, dit-il, concourent à débarrasser les conduits biliaires, à exciter l'action du foie; ce sont aussi les expressions dont se sert le docteur Bras, médecin en chef de l'hospice de Villefranche. Le docteur Ducoux a observé qu'elles ont une grande action sur l'hystérie, les gastralgies, les névralgies périodiques. Les eaux de la source haute ou forte, d'après son expérience, conviennent spécialement dans les cas où il faut tonifier un ou plusieurs organes; il a guéri, par leur moyen, plusieurs écoulements leucorrhéiques et des gonorrhées chroniques, ainsi que des engorgements, entre autres, ceux de la rate, non accompagnés de fièvre. Les eaux de la source basse ou douce lui ont été très utiles, dans sa pratique, contre les paralysies, suite d'apoplexie. Chez plusieurs vieillards, il a observé, sous l'influence de ces eaux, la disparition ou la diminution sensible des tintements d'oreilles, de la somnolence, de l'engourdissement des membres, de la difficulté dans la prononciation, en un mot, de tous les symptômes concomitants d'un état apoplectique; ses malades, malgré l'effet purgatif du remède, se disaient plus forts, et pouvaient reprendre leurs petites promenades depuis longtemps abandonnées.

Nous pensons, comme le docteur Ducoux, que les eaux de Cransac sont appelées à jouer un grand rôle contre les récidives des fièvres intermittentes et contre la cachexie qu'elles laissent après elles. M. Gendrin prédit aux deux sources une efficacité certaine contre les maladies saturnines, à cause de l'acide sulfurique qu'elles contiennent.

Les eaux de Cransac se prennent le matin à jeun, depuis un demi-verre jusqu'à une demi-bouteille. La dose, comme la durée du traitement, dépend des effets obtenus et de la maladie qu'il s'agit de combattre.

L'usage externe de ces eaux a également une grande efficacité contre les ulcères atoniques, variqueux, scorbutiques, etc.

Les propriétés presque identiques du manganèse et des eaux de Cransac ne permettent pas de douter que ces eaux ne doivent au manganèse leurs principaux effets, et ne soient appelées à prendre rang parmi les eaux minérales les plus utiles. Lors même que ces eaux perdraient un jour à leur source leur élément ferrugineux, l'analogie que nous avons vue exister entre le fer et le manganèse conduirait encore à cette autre conséquence; c'est que ces eaux manganésiennes, toujours limpides malgré le transport et le séjour en bouteilles, pourront encore remplacer avec avantage les eaux ferrugineuses qui se décomposent à la longue.

Ministère de la guerre.

Concours pour l'admission à soixante-quinze emplois de chirurgien élève en 1849.

Un concours sera ouvert le 25 août prochain pour l'admission à soixante-quinze emplois de chirurgien élève dans les hôpitaux militaires d'instruction de Lille, Metz et Strasbourg, et à l'hôpital militaire de perfectionnement, à Paris.

Les examens auront lieu à Paris, Lille, Metz, Strasbourg, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Rennes et Bastia.

Chaque candidat devra se faire inscrire dans les bureaux de l'intendance militaire de la ville où il désirera concourir, et il lui sera donné dans ces bureaux communication des conditions d'admission au concours, dont le programme a été inséré au *Journal militaire officiel.*

Les chirurgiens des hôpitaux militaires d'instruction reçoivent en première division une indemnité de quatre cents francs. Cette indemnité est fixée à six cents francs pour les chirurgiens élèves de l'hôpital militaire de perfectionnement.

adresse un mémoire intitulé : *Quelques considérations générales sur le choléra-morbus épidémique, et de l'urtication comme moyen thérapeutique à employer contre cette maladie.*

8° MM. Girardin et Mérielle adressent quelques renseignements sur l'épidémie de choléra de Rouen, et en particulier sur les faits observés dans l'Asile des aliénés de cette ville. M. Mérielle, à la suite du rapport, énonce les motifs qui lui font repousser l'opinion de la contagion du choléra.

9° M. Lecadro adresse une note sur la transmissibilité du choléra. Les faits dont il a été témoin s'expliquent, suivant lui, par l'imprégnation miasmatique de l'air dans des localités basses, humides, obscures, où l'atmosphère ne se renouvelle pas ou se renouvelle fort difficilement, où il y a agglomération de personnes, où les soins de propreté sont loin d'être observés et maintenus.

10° M. Demeunynck, de Bourbourg, adresse quelques considérations sur la dernière épidémie de choléra-morbus, particulièrement au point de vue du mode de propagation de cette maladie, suivies de réflexions sur les moyens prophylactiques et le traitement curatif de cette affection.

11° M. Blatin met sous les yeux de l'Académie un appareil de réchauffement qui lui a rendu de bons services. Cet appareil consiste en une lampe à esprit-de-vin enfermée dans un cylindre en toile métallique et surmontée d'un grillage en osier.

12° M. le docteur Barthez, médecin en chef de l'hôpital du Gros-Caillou, soumet au jugement de l'Académie des observations tendant à démontrer l'efficacité du sous-acétate de plomb dans le traitement des diarrhées et des dysenteries. Ce médecin a été conduit à employer sans aucun inconvénient ce médicament à la dose de 20 à 25 *grammes* dans la journée (c'est-à-dire en douze heures) en quatre doses dissoutes dans 500 grammes d'eau distillée chacune.

— M. le Président annonce la mort de M. Jourda, membre de l'Académie dans la section de pathologie chirurgicale.

— M. Malgaigne, au nom de la section de médecine opératoire, propose de fixer à six le nombre des candidats à inscrire sur la liste de présentation à la place vacante dans cette section.

Cette proposition est adoptée.

M. Bouvier donne quelques détails sur la marche de l'épidémie dans la semaine qui vient de s'écouler.

M. Louis. M. Bouvier a avancé que la mortalité, par suite de choléra, était plus grande dans la classe pauvre que dans la classe riche ; mais il n'a apporté aucune preuve à l'appui de cette assertion.

M. Bouvier. Cela a été établi dans le travail de la commission de l'Hôtel-de-Ville.

— M. Gaulthier de Claubry a la parole pour lire un rapport sur un remède secret contre le choléra ; les conclusions, défavorables, sont adoptées.

— M. Capuron lit deux rapports, l'un sur un céphalotribe proposé par M. le docteur Gavaudan, de Naples ; le rapporteur conclut au dépôt de l'instrument dans les archives de l'Académie et à des remercîments à adresser à l'auteur. Ces conclusions sont adoptées.

Le second rapport a pour sujet le Mémoire de M. Guizard sur trois opérations de céphalotomie et lu devant l'Académie par ce médecin il y a quelques semaines. Les conclusions sont le dépôt du Mémoire aux archives et l'inscription de l'auteur au nombre des candidats pour les places de correspondants. — Adopté.

— M. Maisonneuve présente une partie des os maxillaires supérieurs d'une jeune fille, sur la maladie de laquelle il donne les renseignements suivants :

Une jeune fille allemande vint travailler à Paris dans une fabrique d'allumettes chimiques. Elle y était employée, depuis six mois environ, au trempage dans la pâte phosphorée, quand des douleurs vives et continues dans la mâchoire supérieure la forcèrent de renoncer à cette occupation. Pendant plusieurs semaines, elle resta chez elle privée de tout secours, et, quand elle vint à l'hôpital Cochin, la nécrose des os maxillaires supérieurs était déjà fort avancée.

Toute la partie moyenne de la face était gonflée et douloureuse ; le nez était affaissé, les dents vacillantes, la voûte palatine tuméfiée. Une sanie fétide s'écoulait par le nez et les arcades dentaires supérieures.

J'eus dès l'abord l'idée de pratiquer la résection des deux os maxillaires, ainsi que dans une circonstance semblable l'avait fait le docteur Heilfelder, professeur de clinique à Erlangen. Mais je voulus d'abord essayer d'arrêter les progrès du mal par des applications répétées de sangsues aux gencives et par l'emploi de l'eau de choux à l'intérieur. Ce traitement fut continué pendant trois mois environ. Puis, voyant que l'ingestion des matières putrides excrétées par les parties malades menaçait gravement la vie, je me décidai à opérer. C'est ce que je fis le 1er mai 1849 en employant un procédé qui me paraît nouveau et avantageux.

La malade est couchée sur le lit d'opération et soumise à l'inhalation du chloroforme. Je fais maintenir la bouche largement ouverte, et, à l'aide d'un bistouri droit, je circonscris les parties molles de la voûte palatine par une incision semi-elliptique dont la convexité correspond aux gencives ; j'obtiens ainsi aux dépens de cette voûte un large lambeau adhérant seulement en arrière au voile du palais, et je le détache des os en conservant le périoste dans son épaisseur.

D'un second coup de bistouri, je détache les joues et la lèvre supérieure de leurs adhérences à la face antérieure et externe de l'os. Je prolonge cette dissection avec les doigts et les ciseaux courbes jusqu'au bord inférieur de l'orbite et aux os de la pommette.

A l'aide d'une forte pince, je cherche à ébranler l'os maxillaire gauche, qui était plus mobile que le droit ; j'en arrache bientôt la partie antérieure, et je vais promptement à la recherche des portions qui sont restées et me paraissent suspectes. Je procède ensuite de la même manière à l'extirpation de l'os maxillaire droit.

La mobilité des os résultant de la nécrose m'épargna l'emploi des pinces incisives, ainsi que de la gouge et du maillet.

Pendant toute l'opération, j'avais fait maintenir au moyen d'un fil le lambeau palatin ; après l'opération, je le ramenai à sa place, où je le fixai par de nombreux points de suture aux parties correspondantes des joues et de la lèvre supérieure.

Pendant l'opération, qui dura à peine vingt minutes, la malade perdit une notable quantité de sang qu'elle avala. Je ne fus obligé, néanmoins, ni de faire de ligatures, ni d'user des fers rouges que j'avais fait préparer.

Ce matin, la malade était en très bon état ; la bouche, parfaitement reconstruite, est seulement privée de ses dents supérieures, et la partie antérieure de la face est aplatie.

Les deux os maxillaires n'ont pas été enlevés dans leur totalité ; le plancher des deux orbites, qui n'était point malade, a été conservé, ainsi que les os palatins, dont je n'ai sacrifié qu'une petite partie.

Onze dents saines garnissaient les os enlevés, les cinq autres manquaient.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

séante rue d'Anjou-Dauphine, 6.

Séance du 25 avril 1849. — Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. Lenoir demande la parole à propos du procès-verbal, et rend compte de quelques expériences qu'il a entreprises autrefois sur des chiens, dans le but de s'assurer de l'état de la sensibilité après la section incomplète des nerfs. Il lui est arrivé une fois d'enlever les deux tiers de l'épaisseur du nerf sciatique ; au bout de deux semaines, la sensibilité était aussi parfaite qu'avant l'expérience.

M. Morel-Lavallée. L'expérience dont parle M. Lenoir conclut en faveur du procédé qu'il a indiqué à la dernière séance. Néanmoins, je persiste à soutenir qu'avant de faire la section du nerf, il faut constater l'impossibilité d'énucléer le névrome.

M. Lenoir. S'il n'y a qu'adossement de la tumeur au nerf, il est clair que l'énucléation est facile ; mais, dans la plupart des cas, celui de M. Michon, par exemple, les douleurs sont tellement intolérables qu'il vaut mieux de suite couper le nerf au-dessus de la tumeur.

— M. Deguise père, chargé d'un rapport verbal sur un mémoire imprimé du docteur Hubert Rodrigues, intitulé *Recherches sur la paralysie générale des aliénés*, donne lecture d'un travail sur le même sujet.

M. Rodrigues ayant envoyé un mémoire imprimé à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, et les statuts de la Société ne permettant point de délivrer le titre de membre correspondant aux auteurs de mémoires imprimés, la Société décide qu'une lettre de remercîment sera envoyée au docteur Rodrigues, à laquelle sera joint l'article du règlement qui concerne les membres correspondants.

MM. Larrey, Huguier, Debout et Lenoir expriment à M. Deguise père leurs regrets qu'il ne se soit pas livré à de plus longs développements sur la partie chirurgicale de son travail. La chirurgie des aliénés offre des particularités du plus haut intérêt ; envisagée sous ce point de vue, elle eût fait du mémoire de M. Deguise père un travail tout à fait original.

— La séance est levée à cinq heures.

Un avocat officieux ou officiel de toutes sortes de causes nous accuse, avec ce bon goût qui, dit-il, n'appartient qu'à lui, d'avoir *inventé l'antifraternité* de l'honorable bibliothécaire de l'Académie à l'égard de ses confrères de Troyes, écrivant dans notre numéro du 1er mai ces mots : « Dans une lettre assez peu fraternelle, etc. »

Si ce n'était l'estime que nous avons pour notre savant confrère et ami M. Daremberg (estime beaucoup plus sincère que celle de son Zoïle de la veille, flatteur du lendemain), nous eussions laissé à notre collaborateur qui s'occupe des affaires plaisantes le soin de repousser cette étrange accusation. C'est donc uniquement par égard pour M. Daremberg que nous justifierons le reproche, assez modéré d'ailleurs dans le fond comme dans la forme, que nous lui avons adressé. Après avoir désigné la ville de Troyes sous le nom de *cloaque infect*, et l'avoir mise au *ban de la France civilisée*, M. Daremberg ajoutait dans sa lettre :

« Et cependant il y a à Troyes un conseil de salubrité..... qui s'est même rassemblé à l'occasion du choléra !

» Qu'est-il résulté de sa délibération ? Rien, absolument rien ! »

Ces réflexions devaient évidemment laisser supposer que, si la ville de Troyes était un cloaque impur, c'était, en partie au moins, la faute des membres du conseil de salubrité ; c'étaient donc là, suivant nous, des réflexions *assez peu fraternelles*, et, malgré l'estime et l'attachement bien sincères que nous avons pour M. Daremberg, nous n'avons pas cru devoir nous dispenser de signaler la faute qu'il avait commise. En cette circonstance, comme en toute autre, nous avons été fidèle à la devise : *Amicus Plato, magis amica veritas.* Nous ne craignons pas, malgré la leçon intéressée de notre vertueux censeur, d'avoir à nous en repentir.

M. le docteur Aug. Mercier commencera son cours public sur les maladies des organes urinaires et génitaux le mercredi 16 mai, à quatre heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Quelques leçons seront consacrées aux maladies vénériennes.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 12 MAI 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 55.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 11 MAI 1849.

Marche du choléra.

L'épidémie a malheureusement éprouvé un nouveau quoique faible accroissement depuis notre dernier Bulletin. De 287, le chiffre des entrées dans les hôpitaux civils s'est élevé à 297; sur ce nombre, l'Hôtel-Dieu est compris pour l'énorme chiffre de 98 : c'est une moyenne de 49 entrées par jour dans ce seul hôpital. La Salpêtrière continue à subir les modifications générales de l'épidémie; le nombre des cas nouveaux y a été de 29.

En ville et dans les hôpitaux militaires, la maladie a éprouvé le même accroissement; cependant, nous nous croyons encore autorisé à penser que le pronostic que nous avons porté avant-hier se confirmera, et que nous n'aurons pas à déplorer de grands malheurs.

Le tableau suivant donne le nombre des cholériques reçus jusqu'à ce jour dans les divers hôpitaux civils et militaires.

HOSPICES.	NOMBRE DE CAS.	DÉCÈS.	SORTIES.
Salpêtrière	915	638	180
Bicêtre	114	72	16
Ménages	35	25	8
Incurables (hommes)	4	3	1
Incurables (femmes)	1	1	»
Larochefoucauld	5	3	»
HÔPITAUX CIVILS.			
Hôtel-Dieu	647	298	191
Charité	344	191	93
Pitié	378	166	119
Saint-Louis	332	148	74
Beaujon	209	92	41
Necker	88	43	48
Enfants-Malades	35	17	14
Saint-Antoine	84	42	19
Cochin	30	13	12
Sainte-Marguerite	69	31	24
Bon-Secours	73	38	18
Cliniques	26	20	6
Lourcine	18	2	3
Maison de Santé	42	23	10
Prison de Saint-Lazare	38	16	5
HÔPITAUX MILITAIRES.			
Invalides	26	21	2
Val-de-Grâce	275	70	113
Gros-Caillou	374	121	67
Hôpital militaire du Roule	203	82	30
Hôpital milit. Popincourt	56	14	»
Total,	4390	2173	1144

La mortalité par suite du choléra est-elle plus grande dans la classe pauvre que dans la classe aisée?

Telle est la question sur laquelle nous avons promis de revenir, et que nous nous proposons d'examiner aujourd'hui.

Nous avons dit que cette question offrait des difficultés dont on était généralement loin de soupçonner l'étendue. En effet, la première condition pour arriver à la solution du problème posé serait de déterminer d'une manière rigoureuse le nombre respectif des pauvres et des riches, ce qui est une chose absolument impossible. La commission qui a rédigé le grand et important travail sur la marche du choléra dans le département de la Seine en 1832 a cherché à se rapprocher le plus possible de cette condition, en classant les décès cholériques par professions; elle a fait une catégorie des professions qui supposaient une existence aisée, et une autre catégorie de celles qui supposaient une condition nécessiteuse. En admettant cette donnée, qui est jusqu'à un certain point exacte, on élimine une partie de la difficulté, mais non pas la difficulté tout entière; car il reste encore à savoir quel est le nombre des individus qui composent chaque profession, ce que l'on ne peut arriver à déterminer. Voici comment a procédé la commission de 1832 pour surmonter cette nouvelle difficulté : elle a cherché quel avait été, en 1831, le nombre des décès par maladies ordinaires dans les diverses professions composant les deux catégories de professions; elle a fait le même travail pour les décès cholériques, et elle a établi une comparaison qui lui a donné les résultats suivants :

Sur le nombre des décès qui ont eu lieu en 1831 par suite de toutes sortes de maladies, les rentiers ont compté pour les 88 millièmes, et les commis (employés) pour les 36 millièmes. Parmi les décès cholériques, en 1832, les premiers ont compté une mortalité de 67, et les seconds de 32 p. 1,000. Ce résultat prouve évidemment que la classe des rentiers et des employés a éprouvé, en 1832, une mortalité moindre par suite du choléra que par les maladies ordinaires en 1831. Des calculs semblables, faits sur la partie aisée de la classe commerçante, ont donné des résultats analogues; et les mêmes calculs, faits pour les professions salariées, ont produit des résultats contraires, mais dans des limites très restreintes.

De tous ces résultats, la commission avait conclu, non pas d'une manière absolue, comme a paru le penser M. Bouvier, mais avec beaucoup de circonspection, et en faisant bien sentir toute l'incertitude de sa conclusion, que le choléra paraît sévir avec moins d'intensité sur les individus qui vivent dans l'aisance que sur les autres.

La commission termine toutefois en signalant les difficultés du problème et une cause d'erreur qui pourrait parfaitement changer les résultats obtenus, c'est que la profession des 52 millièmes des individus décédés pendant les deux années n'a pas été déterminée. Voilà où la commission s'est arrêtée. Nous allons tenter d'aller un peu plus loin, et nous espérons démontrer que la proportion, conditionnelle d'ailleurs, formulée par la commission, est, sinon complétement inexacte, établie du moins sur des bases d'une solidité fort contestable.

Il y a d'abord une seconde cause d'erreur que la commission n'a point signalée. La commission a supposé que la population des propriétaires et des rentiers était la même à Paris en 1832 qu'en 1831, ce qui est évidemment une erreur. En 1832, le plus grand nombre des personnes que les affaires ne retenaient point à Paris ont quitté cette ville; celles qui y viennent habituellement pour leur agrément ou pour des affaires peu urgentes n'y sont point venues, en sorte que la population aisée a évidemment été diminuée pendant la durée du choléra. Or, si la population était moindre, le nombre proportionnel des décès en est d'autant plus augmenté.

Une seconde et importante cause d'erreur dont la commission n'a point tenu compte, c'est la distinction des conditions hygiéniques qui sont inhérentes aux professions et de celles qui leur sont étrangères. Ainsi, la commission a parfaitement établi elle-même que les lundis et les mardis, c'est-à-dire le lendemain des excès auxquels les ouvriers se livrent aux barrières, étaient les jours où le nombre des entrées dans les hôpitaux était le plus élevé; or cette circonstance, qui a augmenté d'une manière considérable le chiffre de la mortalité dans la classe ouvrière, n'est point une condition inhérente à la profession, et il faudrait évidemment faire abstraction, pour établir une comparaison exacte, de l'influence qui lui appartient. Cette influence, nous le disons sans hésiter, est suffisante pour effacer la différence de mortalité qui existe entre les deux classes de professions que nous avons admises, et voici une preuve qui ne laissera aucun doute à cet égard.

Il est une classe d'individus qui, sous le rapport de la nourriture, sous le rapport des conditions morales, sous le rapport du travail même, se trouve dans les conditions au moins aussi défavorables que la classe ouvrière, c'est la population des prisons. Or cette population a souffert beaucoup moins non-seulement que la population générale, puisqu'elle n'a éprouvé qu'une mortalité de 22 p. 1,000, tandis que la population générale a offert une mortalité de 42 p. 1,000, mais encore que la population rentière elle-même. La marche de la maladie, en 1849, conduira sans aucun doute, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer plusieurs fois en parlant du choléra dans les prisons, à des résultats fort analogues. Nous n'avons certainement pas la prétention d'expliquer d'une manière complète cette immunité si remarquable de la population des prisons; mais il ne nous semble nullement hasardé de l'attribuer pour la plus grande partie à la régularité des repas (quoique mauvais), de la veille et du sommeil, à l'absence forcée de tout excès dans ces établissements soumis à une discipline sévère.

Une dernière considération que nous signalait un scrupuleux observateur avec qui nous débattions la grave question dont il s'agit, M. le docteur Lebert, c'est que, d'après tous les documents connus, la mortalité produite par le choléra a été la même dans toutes les localités où il a passé, eu égard, bien entendu, au nombre des individus atteints. Or si telle condition sociale était favorable à la maladie, il est évident que la mortalité ne pourrait être la même partout, à moins d'admettre que dans toutes les villes de l'Europe, par exemple, les populations sont dans des conditions hygiéniques semblables; ce qui est impossible à supposer.

De tout ce qui précède il résulte, si nous ne nous abusons point, que ce ne sont pas les conditions inhérentes à telle ou telle profession qui prédisposent à éprouver les atteintes du choléra ou qui en augmentent la gravité, mais bien des conditions extrinsèques, et ces conditions consistent dans l'inobservation des premières règles de l'hygiène.

Revue clinique hebdomadaire.

Remarques sur quelques opérations de hernies étranglées. — Par un de ces basards qu'il n'est pas très rare de rencontrer quand on se livre d'une manière suivie à l'observation, et qui montre bien jusqu'à quel point il convient de se tenir en garde contre la singularité des coïncidences, le service de M. Nélaton, à l'hôpital Saint-Antoine, offre en ce moment trois exemples d'opération de hernie étranglée, sur lesquels nous désirons appeler un instant l'attention.

Le premier des trois malades est un homme de trente-deux ans, ouvrier aux meules, et affecté d'une hernie inguinale droite. Cet homme fut pris, dans la soirée du dimanche 6 mai, de vomissements, de douleurs abdominales, de ballonnement du ventre, d'impossibilité d'aller à la garde-robe, en un mot de tous les symptômes de l'étranglement. Des tentatives de réduction furent inutilement faites à deux reprises différentes, d'abord sans l'intervention du chloroforme, puis après avoir mis le malade sous l'influence de cet agent.

A dix heures du matin, M. Nélaton procéda à l'opération. Une incision cutanée d'environ cinq centimètres, et qui supérieurement ne se prolongeait pas au-dessus du niveau de l'anneau inguinal externe, permit de saisir le sac, de l'attirer au dehors de manière à faire descendre le collet bien au-dessous de l'anneau, et de débrider sur ce collet sans aucune difficulté, comme aussi avec la plus complète certitude de ne point toucher l'anneau lui-même; l'incision du collet une fois faite, la hernie fut réduite, et tous les accidents cessèrent. Un purgatif produisit promptement plusieurs évacuations, et le malade est aujourd'hui dans les meilleures conditions possibles; on peut compter sur sa très prochaine guérison.

Ce fait, qui n'offre rien d'absolument nouveau, puisque Sanson déjà avait conseillé d'attirer au dehors de l'anneau le collet du sac, afin de débrider celui-ci sans toucher à celui-là, a cependant un intérêt réel à cause de la netteté avec laquelle il démontre une vérité encore contestée par quelques chirurgiens, à savoir, l'étranglement par le collet du sac, qu'ils attribuent encore exclusivement à l'anneau.

Le second fait a été observé sur un homme de quarante-cinq ans. Chez celui-ci, l'étranglement datait de dix-huit heures. Deux tentatives de réduction à l'aide du chloroforme avaient été faites inutilement. L'opération fut faite vendredi, 4 mai, à peu près dans les mêmes conditions que chez le malade précédent; seulement le collet du sac ne put être attiré aussi facilement en bas, en sorte que la démonstration du siége de l'étranglement ne put pas être aussi claire que dans le cas précédent, quoique M. Nélaton soit parfaitement certain de n'avoir pas débridé l'anneau. Le malade va d'ailleurs parfaitement bien aujourd'hui. Nous n'avons pas à insister davantage sur ce fait pour le moment.

Mais le fait sur lequel nous désirons appeler spécialement l'attention des praticiens, et qui mérite à un haut degré leur intérêt, est celui dont nous allons donner un exposé succinct.

Le nommé Graves, âgé de seize ans, blanchisseur, affecté depuis son enfance d'une hernie inguinale non congéniale, fut opéré le lundi 6 mai, offrant depuis sept jours des symptômes caractérisés d'étranglement. L'opération fut exécutée avec la même facilité que chez les précédents malades, et le débridement eut encore lieu exclusivement sur le collet du sac.

Mais après la réduction les accidents d'étranglement persistèrent; les purgatifs répétés ne parvinrent à produire aucune évacuation.

A la visite du lendemain mercredi, M. Nélaton trouva l'ab-

domen énormément distendu et sonore à la percussion ; les vomissements continuaient aussi fréquents qu'avant l'opération. Espérant que l'évacuation des gaz pourrait faciliter le cours des matières dans l'intestin, M. Nélaton pratiqua sur la ligne médiane de l'abdomen, et à 8 centimètres de l'arcade pubienne, une ponction avec un trocart explorateur; il s'échappa une grande quantité de gaz et une petite quantité de matières stercorales liquides. On appliqua des vessies remplies de glace sur l'abdomen pour tâcher de ranimer les contractions intestinales; mais les symptômes d'étranglement n'en persistèrent pas moins dans toute leur intensité. Dans la soirée, le malade est revu par M. Nélaton ; son pouls était à peu près normal ; l'abdomen était à peine douloureux à la pression ; la face n'était pas grippée ; en un mot le malade n'éprouvait aucun des signes fonctionnels de la péritonite ; mais le ballonnement du ventre était extrême, les vomissements incessants, et malgré l'application continue de la glace sur l'abdomen, malgré le refroidissement excessif de la peau qui recouvre cette cavité, aucune évacuation alvine n'avait encore pu avoir lieu depuis le matin.

En présence de la gravité des symptômes et de leur opiniâtreté, M. Nélaton crut devoir recourir à une dernière ressource, et il se décida à établir dans la région iliaque droite un anus artificiel. Cette opération, pratiquée avec toutes les précautions nécessaires pour ouvrir le petit intestin le plus bas possible, et pour empêcher tout épanchement de matières fécales dans la cavité péritonéale. Nous reviendrons plus tard sur les particularités de cette opération; nous ne voulons insister aujourd'hui que sur ses résultats. Nous devons dire néanmoins, dès à présent, qu'au moment où le péritoine a été ouvert il s'est écoulé de l'intérieur de sa cavité une petite quantité de liquide purulent.

Dès que l'ouverture de l'intestin fut effectuée, une abondante quantité de gaz et de matières fécales liquides s'en échappa, et les vomissements cessèrent aussitôt.

Ce matin, jeudi, au moment où nous voyons le malade, l'évacuation des matières continue à se faire avec abondance; quelques nausées ont eu lieu, mais aucun vomissement ne s'est reproduit; le pouls est bon; la peau n'est pas chaude; l'abdomen est à peine douloureux.

En présence des phénomènes aussi graves qu'inaccoutumés qu'on a observés chez ce malade, deux questions dominantes se présenteront tout d'abord à l'esprit de tous les praticiens : Quelle peut être la cause de la persistance de l'étranglement après la réduction de la hernie ? Quelles seront les suites des opérations successives subies par le malade?

Si le débridement avait été fait sur l'anneau inguinal, et que la hernie eût été réduite en masse, rien n'aurait été plus naturel que de comprendre la persistance de l'étranglement par le sac lui-même; on sait que les accidents de ce genre ne sont pas excessivement rares, et qu'ils ont été une fois l'occasion d'un des plus éclatants succès de Dupuytren. Mais dans ce cas, il n'est pas permis de recourir à une semblable explication. M. Nélaton est parfaitement certain d'avoir ouvert le sac, d'avoir débridé sur le collet et d'avoir réduit progressivement une anse intestinale qui n'était que médiocrement congestionnée, et qui n'offrait aucun caractère de gangrène.

Cette dernière circonstance, et plus encore l'absence des signes fonctionnels de la péritonite, éloignent l'idée d'une gangrène consécutive de l'intestin et d'un épanchement stercoral dans le péritoine. La petite quantité de pus qui est sortie de cette cavité séreuse au moment où elle a été ouverte tenait sans aucun doute à une légère péritonite locale, et ne peut, en aucune façon, infirmer l'opinion que nous émettons.

Comment cependant expliquer la persistance des symptômes de l'étranglement? Cet étranglement se sera-t-il reformé à l'intérieur du péritoine par une de ces dispositions singulières de l'intestin dont M. le docteur Parise a présenté à la Société anatomique et décrit dans les *Bulletins* de cette Société un exemple si remarquable? Ou bien, comme nous croyons que M. Nélaton est disposé à le penser, la longue compression subie par l'intestin aurait-elle eu pour résultat de paralyser cet organe au point de rendre impossible toute contraction péristaltique et d'arrêter ainsi le cours des matières? Nous nous bornons aujourd'hui à poser ces deux questions qui ont chacune des probabilités diverses, mais auxquelles il ne nous paraît guère possible de répondre dès à présent d'une manière certaine. L'avenir nous instruira à cet égard, et nous aurons soin d'instruire ceux de nos lecteurs qui ne pourront pas suivre eux-mêmes toutes les phases de ce fait important de ce qui surviendra plus tard.

Inflammation de la glande thyroïde et du tissu cellulaire environnant survenue dans la convalescence d'un choléra. — Dans le service de M. Cruveilhier existe en ce moment un jeune homme de vingt-deux ans, ouvrier dans une teinturerie, et affecté d'une maladie assez singulière. Ce malade est sorti dimanche dernier de l'hôpital Beaujon, en convalescence d'un choléra dont le début remontait à six semaines. Le soir, en se couchant, il se sentit pris d'un mal de gorge assez intense; il ne dormit pas de la nuit, éprouva une soif vive et une chaleur prononcée à la peau.

Le lendemain, il ne put se lever, et consulta un médecin qui l'engagea à entrer à l'hôpital, où il entra mardi matin. A la visite, on constata une sensibilité telle de toute la région antérieure du cou, qu'on pouvait à peine toucher même légèrement la surface de la peau ; la glande thyroïde paraissait développée anormalement et faire une saillie qui en dessinait la forme sous la peau; le cou était modérément gonflé dans toute la région laryngienne et au pourtour. L'intérieur de la gorge n'offrait d'ailleurs aucune rougeur anormale; la voix n'était point altérée; les ganglions cervicaux n'étaient point engorgés; tout le mal paraissait concentré dans la glande thyroïde et surtout dans le tissu cellulaire ambiant. Ce malade a d'ailleurs eu des glandes scrophuleuses au cou; mais il ne croit pas qu'il eut le cou plus développé qu'on ne l'a communément avant la maladie dont il est actuellement affecté. Une fièvre assez forte existe; l'appétit est nul, il n'y a pas eu de sommeil la nuit. Une forte saignée du bras a été faite mardi, et vingt sangsues ont été appliquées sur la partie tuméfiée ; la saignée était fortement couenneuse.

Le mercredi, douze nouvelles sangsues ont été appliquées. Aujourd'hui vendredi, le malade se trouve beaucoup mieux; la tuméfaction est beaucoup moindre; la douleur légère à la pression et nulle spontanément; la peau de chaleur normale, et le pouls est moelleux, à 75 environ.

A quelle cause faut-il rapporter cette singulière maladie qu'on a si rarement occasion de rencontrer, au moins à Paris? Faut-il y voir une suite du choléra, une sorte de parotide à siége spécial? Nous serions assez disposé à admettre cette opinion, en songeant que quelques véritables parotides ont été observées pendant l'épidémie qui sévit sur nous. Cependant ce pourrait bien être aussi une affection idiopathique de nature rhumatismale que le malade aurait prise en s'exposant au froid dimanche, se trouvant dans la convalescence encore incomplète d'une maladie grave. Nous croyons que c'est là l'opinion de M. Cruveilhier, dont nous n'avons pas besoin de proclamer l'autorité.

Quoi qu'il en soit, on doit croire que la maladie se terminera d'une manière favorable, et même peut-être plus promptement qu'on n'aurait été disposé à le penser en voyant la violence des symptômes au début.

HOPITAL COCHIN. — M. Maisonneuve.

Du traitement de la fissure à l'anus par la dilatation forcée.

(Clinique rédigée par M. Lepelletier, interne du service.)

Je me propose, dans cette note, d'appeler l'attention sur un nouveau mode de traitement de la fissure à l'anus, prompt dans son exécution et sûr dans ses résultats. Je veux parler de la dilatation forcée du sphincter anal.

Ce procédé opératoire, employé depuis longues années par son auteur, M. Récamier, qui l'appelait massage cadencé du sphincter de l'anus, était resté complètement dans l'oubli jusqu'à l'époque où M. Maisonneuve, instruit des avantages réels de cette méthode, eut l'idée de l'appliquer dans le but d'en apprécier la valeur. Les résultats qu'il en obtint furent tellement avantageux que d'autres chirurgiens, après lui, essayèrent et adoptèrent ce mode de traitement. Aussi, dans ce moment, cette opération, que quelques chirurgiens ont condamnée sans la connaître, a pris rang dans la science, et me paraît destinée à remplacer d'une manière avantageuse les nombreux moyens thérapeutiques que la médecine et la chirurgie ont inventés pour la cure d'une si douloureuse affection.

Ayant été témoin de plusieurs guérisons de ce genre, je viens appeler l'attention des chirurgiens sur une opération nouvelle, leur montrer combien il est facile de guérir la fissure à l'anus, et combien est simple le procédé opératoire.

Je m'occuperai uniquement du manuel opératoire, me proposant, plus tard, de reprendre cette question et de l'étudier d'une manière complète.

Le massage cadencé du sphincter de l'anus, tel que le pratiquait M. Récamier, consiste d'abord dans l'introduction successive de plusieurs doigts dans le rectum; puis, ce premier temps une fois exécuté avec soin, le chirurgien presse en cadence le sphincter entre le pouce et les autres doigts, qui dilatent en même temps l'ouverture anale.

Cette idée, aussi originale qu'ingénieuse, fit penser à M. Maisonneuve que, par un autre moyen beaucoup plus simple, il pourrait arriver au même résultat que M. Récamier; et, au lieu d'introduire plusieurs doigts successivement dans le rectum pour opérer la dilatation du sphincter, il imagina de l'obtenir au moyen de deux doigts, sans avoir besoin de le masser en cadence, comme le recommande l'auteur du procédé.

Voici donc le moyen de dilatation qu'il employa; c'est celui, du reste, que je lui ai vu plusieurs fois mettre en pratique sur des malades dont je rapporterai plus loin les observations.

Cette opération étant très douloureuse, le chirurgien doit préalablement chloroformer le malade, afin de ne pas être gêné dans la manœuvre par des mouvements désordonnés.

Le malade, du reste, est placé sur le bord du lit, comme pour l'opération de la fistule à l'anus. Le chirurgien introduit alors dans le rectum, avec précaution, un de ses index graissé de cérat, et arrive au-delà du point où existe la contracture. L'index de l'autre main est conduit à côté du premier, de manière à écarter tout d'abord le moins possible les parois du rectum, dans le but de ne pas causer au malade de trop grandes douleurs qui pourraient le réveiller. Dans cette position, les deux index doivent se toucher par le dos.

Ce premier temps de l'opération une fois exécuté avec soin, le chirurgien écarte brusquement les index en sens contraire pour opérer la dilatation des fibres du sphincter de l'anus, et les tient quelques secondes dans cette position. Si la contracture est portée à un degré extrême, il est nécessaire d'opérer dans un autre sens la dilatation des fibres musculaires. Pour cela, il suffit de porter les index dans un sens perpendiculaire à la position qu'ils avaient d'abord, et on obtient ensuite de même, en les écartant brusquement, la dilatation forcée des fibres du sphincter.

Telle est la manœuvre opératoire du procédé de la dilatation forcée réduit à sa plus simple expression.

Cette opération une fois terminée, l'ouverture anale reste béante pendant quelques secondes; c'est ce qui prouve que la contracture musculaire a été vaincue.

Il s'écoule habituellement un peu de sang, qui résulte sans doute de la déchirure soit de la muqueuse, soit de la fissure. Les douleurs qui suivent l'opération sont assez vives, mais ne durent pas longtemps. Elles sont remplacées par quelques légères cuissons.

L'opération une fois terminée, on peut assurer au malade qu'il est guéri; car, s'il faut en juger par les faits observés par M. Maisonneuve, la guérison est instantanée. Jamais il n'a vu de récidive, jamais de guérison incomplète.

Les suites en sont très simples. Après avoir souffert pendant quelques heures, les malades se présentent à la garde-robe le soir ou le lendemain de l'opération, et sont fort étonnés de pouvoir s'y aller sans éprouver la moindre douleur.

J'ai vu dans un cas survenir une ecchymose autour de la partie inférieure du rectum. Elle tenait à la déchirure de quelques vaisseaux sous-jacents à la fissure, et disparut facilement, comme on pourra en juger en lisant l'observation.

Que devient la fissure? Sa guérison se fait facilement du moment que la contracture du sphincter de l'anus a disparu, car alors ce n'est plus un ulcère continuellement entretenu par la pression qu'exercent sur elles les matières fécales pendant leur passage à travers une ouverture qui tend à se rétrécir continuellement, mais une plaie simple qui est dans de bonnes conditions pour guérir. Ce qui prouve, du reste, que la guérison de la fissure s'opère rapidement, c'est que, lors de la première selle qui suit l'opération, le malade, le plus souvent, n'éprouve aucune douleur.

Ainsi donc l'opération une fois faite, le chirurgien n'a pas à s'occuper de la fissure; elle guérit toute seule.

Cependant, il est une circonstance qui retarde la guérison de la fissure, et que je dois signaler ici, c'est la présence d'un bouton hémorrhoïdal sur lequel elle est quelquefois située. J'en ai observé un cas, que je rapporterai plus bas.

Telles sont, en quelques mots, les suites de cette opération. Il me serait facile de les comparer à celles des autres procédés, mais les faits parlent assez haut d'eux-mêmes pour que je me croie dispensé de m'étendre plus longtemps sur ce sujet.

Du reste, dans un autre travail, je me propose d'étudier *in extenso* le procédé de dilatation forcée et les nombreuses applications que l'on peut en faire en chirurgie.

Je vais, en terminant, rapporter trois observations de fissure à l'anus traitées à l'hôpital Cochin par le procédé de dilatation forcée, et qui ont été radicalement guéries.

Obs. I. — Cornu (Jacques), cambreur, âgé de quarante-deux ans, entré à l'hôpital Cochin le 24 mars 1849, et est couché au n° 2 de la salle Saint-Charles.

Depuis quatre ans cet homme a des hémorrhoïdes qui tous les mois, à peu près, lui occasionnent de violentes douleurs dans le fondement, des cuissons et de la constipation. A ces époques, quand il va à la selle, il rend du sang en assez grande quantité, et éprouve après des élancements qui durent quelques heures.

Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, ces accidents ont apparu avec une intensité assez grande. Pendant six jours il n'a pu aller qu'une seule fois à la selle.

Il entre le 24 mars. Le fondement et le bord interne des fesses sont rouges, tuméfiés, et le siége d'un érysipèle très intense produit par l'application d'une pommade irritante que, par une méprise fâcheuse, on a donné en ville au malade.

Après quelques jours de repos et quelques applications émollientes, on put voir exactement ce qu'il avait.

Le 6 avril, le malade étant convenablement placé sur le bord du lit, on aperçut des boutons hémorrhoïdaux enflammés à la partie postérieure de l'orifice anal. Le doigt, introduit dans la partie inférieure du rectum, occasionna une vive douleur, et reconnut une contracture violente bornée à la moitié postérieure de la circonférence du sphincter. Au milieu des tumeurs hémorrhoïdales il existait une petite fissure assez longue et se prolongeant dans le rectum.

M. Maisonneuve procède immédiatement à la dilatation forcée du sphincter de l'anus. Le malade, n'étant pas endormi, éprouva des douleurs excessivement violentes, qui durèrent six heures après l'opération.

Le soir il a besoin d'aller à la selle, et ressent quelques petites cuissons.

Le lendemain, à six heures du matin, il va de nouveau à la selle, et cette fois sans éprouver la moindre douleur.

Les jours suivants le malade se trouve dans un état très satisfaisant. La contracture du sphincter avait complètement disparu, et les selles étaient très faciles.

Il sortit le 11, parfaitement guéri de la fissure.

Obs. II. — Cuchet (Léon), âgé de vingt-huit ans, employé au gaz, entre le 3 janvier à l'hôpital Cochin, et est couché au n° 9 de la salle Cochin.

Cet homme, qui est habituellement constipé, ressentit, il y a un mois à peu près, en allant à la selle, de violentes douleurs dans le fondement. Dès cette époque, quelques instants après les garde-robes, ces douleurs reparaissaient et duraient sept ou huit heures.

A l'examen de l'anus, on trouve une contracture violente du sphincter, qui permet à peine l'introduction du doigt dans le rectum, et, au milieu des plis radiés de l'anus, à la partie postérieure, une petite ulcération spécifique.

M. Maisonneuve se disposa à l'opérer par le procédé de la dilatation forcée, qui fut exécuté le 4 janvier.

Le malade fut chloroformé. La dilatation fut assez facile, mais elle donna lieu à un petit suintement sanguin.

Le malade, étant réveillé, accusa de violentes douleurs, qui durèrent une partie de la journée. La nuit fut bonne. Seulement, le malade, ayant éprouvé le besoin d'uriner, ressentit quelques légers picotements le long du canal.

Le 5, il fut à la selle sans éprouver la moindre douleur.

Les jours suivants l'état du malade fut tellement satisfaisant, qu'il demanda à sortir le 10 janvier.

J'ai revu ce malade déjà plusieurs fois, et j'ai pu constater que la guérison s'est parfaitement maintenue.

Obs. III. — Dégénéresse, repasseuse, âgée de trente ans, entre à l'hôpital Cochin, et est couchée au n° 16 de la salle Saint-Jacques. Il y a un mois, la malade perdit un peu de sang en allant à la selle, et éprouva de vives cuissons dans le fondement.

Depuis cette époque, les selles devinrent rares et aussi douloureuses. Les douleurs apparurent continuellement, et l'empêchèrent de prendre le moindre repos.

Quand on l'examine, on trouve quelques petites tumeurs hémorrhoïdales et une forte contracture du sphincter qui rend l'introduction du doigt dans le rectum douloureuse et assez difficile. Puis, à la partie antérieure et supérieure de l'orifice anal, il existe une petite fissure rouge, assez longue, qui se prolonge dans l'intérieur du rectum.

Après l'administration de quelques bains et quelques lavements émollients, M. Maisonneuve lui pratique l'opération le 6 janvier 1849. Elle ne présente aucune circonstance particulière digne d'être notée.

Dans la journée, la malade éprouve quelques douleurs, mais qui ne ressemblent nullement à celles qu'elle ressentait auparavant.

Le 17, on a remarqué une assez large ecchymose au pourtour de l'anus, qui a perdu son extrême sensibilité. Elle n'a pas été à la selle.

Le 18, elle va à la selle et éprouve quelques légers fourmillements dans le fondement.

Le 20, l'état de la malade est satisfaisant; cependant, comme elle accuse encore quelques douleurs, on examine le fondement, et l'on trouve un bouton hémorrhoïdal enflammé, et à côté de lui la petite fissure qui n'est pas encore cicatrisée.

Un bain et un lavement émollient firent disparaître cet état inflammatoire, de telle sorte que le 21 elle put aller parfaitement à la selle sans éprouver la moindre douleur.

Cette femme resta dans l'hôpital jusqu'au 12 février, pour une autre affection, et on put, pendant ce temps, constater la guérison de la fissure.

Plusieurs fois depuis j'en ai eu des nouvelles, et j'ai appris que la guérison s'était parfaitement maintenue.

HOPITAL SAINT-MARTIN DE TOURS.

M. Duclos.

De l'emploi du nitrate d'argent dans les phlegmasies intestinales de la première enfance.

(Suite du numéro du 24 avril.)

I. *Inflammation aiguë ou chronique de la membrane muqueuse du gros intestin.*

Les réflexions générales que j'ai présentées sur l'action essentiellement topique et substitutive du nitrate d'argent indiquent assez quel doit être ici le mode d'administration du médicament. Je ne mets pas en doute qu'en le faisant prendre en potion on obtint encore un effet, et un effet puissant sur le gros intestin; mais il est évident qu'ici la possibilité d'appliquer le remède immédiatement sur la partie malade est une indication formelle de le prescrire en lavement.

Pour beaucoup de médecins un peu trop préoccupés de réactions chimiques, l'administration d'un lavement exige aussitôt tout un appareil nouveau. On rejette la seringue en étain, qui est attaquée par le sel d'argent, pour employer une seringue en verre. Je n'hésite pas à dire, et pour en avoir souvent renouvelé l'expérience, que cette précaution est parfaitement inutile; que la seringue en étain suffit, la quantité du nitrate d'argent décomposé par son action sur les parois de l'instrument étant infiniment petite. Dans le service de M. Trousseau, où l'on prescrit chaque jour plusieurs lavements au nitrate d'argent, c'est la seringue en étain qu'on emploie, et le lavement est donné par une infirmière. Il n'y a donc pas nécessité de recourir à un instrument nouveau. Le lavement au nitrate d'argent n'exige aucune autre précaution qu'un lavement ordinaire.

La dose de nitrate d'argent chez les très jeunes enfants est évidemment faible; celle qui nous a paru réussir le plus généralement est la suivante :

Nitrate d'argent cristallisé. . . .	5 centigrammes.
Eau distillée.	200 grammes.

On donne préalablement un lavement d'eau tiède, afin de vider et de laver l'intestin, et, quand ce lavement est rendu, on administre celui de nitrate d'argent.

L'action du nitrate d'argent sur la membrane muqueuse enflammée du gros intestin ne détermine aucune douleur. Les lavements d'eau de guimauve, ceux même d'amidon, ne sont pas plus facilement supportés par les enfants. Je n'ai jamais observé non plus ces accidents d'inflammation suraiguë qu'on pourrait craindre de voir se développer sous l'influence du nitrate d'argent, si l'on ne savait à l'avance l'innocuité générale de la médication topique et substitutive.

J'ai vu bon nombre de colites aiguës se terminer en quatre à cinq jours après l'administration de lavements au nitrate d'argent composés suivant la formule précédente. J'ai même vu dans quelques cas la diarrhée s'arrêter immédiatement après le premier lavement pour ne pas reparaître jusqu'à la fin de la maladie; mais ce sont là des conditions exceptionnelles. Il est en général vrai de dire que la durée moyenne de la colite aiguë, traitée suivant la médication par le nitrate d'argent, est de cinq à sept jours. Le nitrate d'argent est aussi bien supporté aux derniers qu'aux premiers jours du traitement.

La colite chronique offre peut-être plus d'indications encore que la colite aiguë de recourir aux lavements de nitrate d'argent. On sait, en effet, quelle difficulté le praticien rencontre à modifier avantageusement les phlegmasies chroniques des membranes muqueuses par toute autre médication que par une médication topique. Si la phlegmasie occupe l'œil, condition si commune, la pituitaire, la membrane muqueuse buccale, on n'hésite généralement pas à porter sur la partie malade un médicament actif, irritant; à l'œil, le sulfate de zinc, le nitrate d'argent; sur la pituitaire, le nitrate d'argent encore, le calomel, l'alun, le borax. Ce qui est vrai pour ces membranes l'est aussi pour celles du gros intestin; les conditions anatomiques et pathologiques sont les mêmes. Si le nitrate d'argent est sans danger et curatif pour la membrane muqueuse conjonctivale frappée de phlegmasie chronique, il est sans danger aussi et curatif pour celle du gros intestin. L'expérience d'ailleurs confirme ici la théorie.

Je me bornerai à citer l'observation suivante comme exemple de la rapidité avec laquelle peut se produire la guérison :

Un enfant de quinze mois est amené par sa mère au n° 8 de la salle Sainte-Julie, hôpital Necker; il était bien développé et semblait être d'une robuste constitution. Sa santé s'était maintenue bonne pendant tout le temps qu'il avait été allaité par sa mère; mais, depuis deux mois environ qu'il avait été sevré, elle s'était préalablement altérée. Sa mère l'avait nourri de potages gras ou maigres indifféremment, de pain, et souvent même des aliments dont elle faisait usage ainsi que son mari. Depuis ce moment, l'enfant était sujet à de la diarrhée, qui augmentait par intervalles. Les gardes-robes étaient nombreuses (huit à dix par jour), très peu consistantes, de couleur verte, sans mélange de matières jaunâtres; elles étaient souvent précédées de coliques assez vives, qui cessaient, en général, après l'expulsion des matières fécales, et se reproduisaient quelquefois dans l'intervalle des gardes-robes. Le ventre était alors un peu douloureux à la pression dans la direction du colon, la fièvre à peu près nulle. C'est dans cet état que l'enfant fut amené à l'hôpital. On lui prescrivit le lavement suivant :

Nitrate d'argent cristallisé. . . .	5 centigrammes.
Eau distillée.	200 grammes.

Le premier jour, les gardes-robes se réduisirent de dix à quatre. Le lavement fut continué et donné de la même manière. Le second jour, l'enfant n'avait eu dans les vingt-quatre heures que deux gardes-robes de couleur jaunâtre, de consistance ordinaire; les coliques avaient disparu. L'enfant resta à l'hôpital quelque temps avec sa mère, qui était gravement malade. Sous l'influence d'un régime surveillé et dirigé avec soin, l'intestin se maintint en bon état : la diarrhée ne reparut pas. L'enfant allait chaque jour trois ou quatre fois à la garde-robe. Les matières étaient de couleur jaunâtre, assez consistantes et rendues sans douleur. Le malade quitta l'hôpital parfaitement guéri.

Le même résultat est encore sensible dans l'observation suivante, dont je ne donne que le résumé sommaire :

Honoré (David), enfant de deux mois et demi, allaité par sa mère et d'une santé habituellement bonne, est pris de colite dans la journée du 16 février. Cinq gardes-robes tout à fait séreuses sont rendues, sans fièvre d'ailleurs.

Le 17, huit selles diarrhéiques vertes rendues sans coliques. On administre 10 centigrammes de magnésie.

Le 18, dix selles diarrhéiques très vertes, sans coliques, ni vomissements, ni fièvre. On renouvelle la dose de magnésie.

Le 19, la diarrhée a été extrêmement fréquente, les selles tout à fait vertes, un peu de fièvre : l'appétit a beaucoup diminué. On administre : un lavement avec nitrate d'argent, 5 centigr. ; eau distillée, 200 gramm.

Le 20, il n'y a plus eu que trois selles depuis le lavement, mêlées de jaune et un peu consistantes.

Le 21, deux selles de même aspect.

Le 22 et le 23, deux selles non diarrhéiques, et à partir de ce moment la diarrhée ne reparaît pas.

II. *Dysenterie.*

C'est surtout dans la dysenterie que le nitrate d'argent me paraît appelé à rendre quelques services aux praticiens. On sait combien cette cruelle affection est souvent et rapidement grave chez les très jeunes enfants : soit qu'elle conserve sa forme aiguë, soit qu'elle passe à l'état chronique, il arrive fréquemment qu'on ne puisse modifier l'état de l'intestin, et que la phlegmasie dysentérique, poursuivant sa marche, amène une terminaison fatale. Ici encore il est bien évident que la possibilité d'appliquer directement le médicament sur la partie de l'intestin qui est frappée de la maladie indique la nécessité de l'employer sous forme de lavement; mais souvent aussi ce mode d'administration du remède ne suffit pas, et le nitrate d'argent doit être également prescrit en potion. Pour le lavement, on conserve toujours les mêmes proportions, c'est-à-dire 200 grammes d'eau distillée pour 5 centigrammes du sel d'argent. Pour la potion, il m'a semblé que pour un enfant de un à quinze ou dix-huit mois, la meilleure formule était celle-ci :

Nitrate d'argent cristallisé. . . .	1 centigramme.
Eau sucrée.	60 grammes.

La potion pourrait être prise soit tout entière par cuillerées à café, soit en partie seulement, suivant l'âge de l'enfant, et surtout suivant l'effet immédiat que produirait le nitrate d'argent.

On pourra juger par l'observation suivante des bons résultats qu'on obtient quelquefois de cette médication :

Eugène Fouquereau, âgé de treize mois, allaité par sa mère et d'une santé habituellement bonne, est pris, dans la nuit du 2 au 3 janvier, d'une violente diarrhée. Depuis quelques jours déjà il était un peu triste, et son appétit avait diminué. La diarrhée, d'abord bilieuse et jaune, devient le lendemain glaireuse, sans changer de couleur; puis le lendemain encore, le 5, glaireuse et fortement ensanglantée. Chaque garde-robe est précédée de coliques violentes et suivie de ténesme, qui se prolonge longtemps. Pas de vomissements, beaucoup de soif. Urines très rares. La fièvre, très violente dans les premiers jours, a cédé.

Le 7, au matin, gardes-robes vertes ressemblant à des herbes hachées, et mélangées de beaucoup de glaires ensanglantées. Pas de fièvre; ventre souple et indolent. La prescription se compose de :

Deux lavements de nitrate d'argent, selon la formule; eau de riz. Le premier lavement est rendu aussitôt que donné; le second, pris à cinq heures du soir, est retenu pendant quelques minutes seulement.

Le 8, au matin. Depuis ce second lavement, deux selles seulement peu glaireuses, non ensanglantées, toujours aussi vertes. Pas de fièvre; ventre souple, moins de sommeil, agitation; de l'appétit d'ailleurs. — On continue les deux lavements.

Le 9, cinq gardes-robes depuis hier, dont une seule, celle du matin, un peu glaireuse et ensanglantée. — Mêmes lavements.

Le 10, dans la journée, l'enfant a pris ses deux lavements à trois heures d'intervalle; immédiatement après chacun d'eux, une petite selle glaireuse ensanglantée. Depuis lors une seule selle; toujours un peu de ténesme. On ne donne qu'un seul lavement.

Le 11, le lavement a été donné hier à quatre heures; il avait été, par erreur, mis dans un vase contenant encore du ratanhia. Trois selles dans la journée, deux dans la nuit, toutes glaireuses et ensanglantées. — On redonne deux lavements.

Le 12, le premier lavement a été pris à deux heures, le second à huit heures du soir. Depuis deux heures de l'après-midi pas de gardes-robes, si ce n'est une ce matin, glaireuse, mais non ensanglantée. — Deux lavements.

Le 13, cinq gardes-robes. Les selles sont un peu glaireuses, mais en partie aussi bilieuses, sans trace de sang, ni coliques, ni ténesme. — Un seul lavement au nitrate d'argent.

A partir de ce moment les gardes robes cessent d'être ensanglantées, excepté une ou deux dans lesquelles on retrouve encore quelques traces de sang. Pendant quelques jours elles restent glaireuses, pour devenir bientôt uniquement jaunes et bilieuses.

La dysenterie aiguë n'est pas la seule forme de cette affection qui soit utilement modifiée par le nitrate d'argent, administré soit uniquement par le rectum, soit aussi concurremment sous forme de potion. Lorsque la phlegmasie spéciale dysentérique a passé à l'état chronique, les ulcérations qui se forment alors à la surface et dans l'épaisseur de la membrane muqueuse du rectum et du colon sont encore favorablement modifiées par ce précieux agent thérapeutique. On sait combien alors les moyens médicamenteux sont rarement employés avec succès. Le ratanhia et les autres astringents, les préparations opiacées ou émollientes, restent le plus souvent sans aucune efficacité. Nous n'hésitons pas, dans de pareilles circonstances, à recommander l'emploi des lavements de nitrate d'argent, pénétré que nous sommes de la complète innocuité du médicament lorsqu'il est convenablement administré aux doses que nous avons indiquées. Certes, si les altérations anatomiques que détermine la dysenterie chronique occupaient un autre siége, une surface qu'on pût toucher extérieurement ou même voir, aucun praticien n'hésiterait à passer sur ces ulcérations sanieuses, sur ces membranes tuméfiées et ramollies, une solution ou même le crayon de nitrate d'argent. La différence de siége ne saurait amener ici une différence dans l'appréciation de la médication; elle est aussi formellement indiquée dans un cas que dans l'autre, s'il est vrai, et cela est constant, qu'elle y soit également exempte de dangers. Je le répète, tout se réduit à une question de dose, et certes il faudrait augmenter d'une bien grande quantité celle qui entre dans les formules précédentes pour courir le risque de déterminer le plus petit accident.

Il ne sera peut-être pas sans intérêt de rapprocher de l'observation que j'ai rapportée plus haut une autre également concluante recueillie chez un adulte. Ici la dose de nitrate d'argent était cinq fois plus forte, la surface en rapport avec le nitrate évidemment bien plus étendue; et pourtant, ainsi qu'on va le voir, il ne s'est produit aucun accident soit immédiat, soit consécutif.

La malade, âgée de quarante-quatre ans, était depuis quinze jours aux prises avec la dysenterie. Pendant les premiers jours de la maladie, elle avait des envies continuelles d'aller à la garde-robe, souffrait vivement à chaque selle, qui était très peu abondante et composée de glaires ensanglantées. La fièvre était d'ailleurs assez modérée.

Sous l'influence d'un traitement actif et dont l'opium formait la principale base, la dysenterie s'était rapidement amendée. Les gardes-robes étaient devenues moins fréquentes, les douleurs moins vives. La malade n'allait plus que sept à huit fois par jour à la selle, mais les matières fécales étaient peu abondantes et toujours mélangées d'une très grande quantité de mucus ensanglanté; le ventre était un peu douloureux dans la direction du colon descendant. Chaque évacuation s'accompagnait d'une douleur assez vive au niveau de l'anus. Le pouls était fréquent, la peau sans chaleur fébrile. La malade prit un lavement ainsi composé :

Nitrate d'argent cristallisé. . . .	25 centigrammes.
Eau distillée.	200 grammes.

Qui fut pris de la manière suivante : dès que le lavement de nitrate d'argent était administré, on donnait immédiatement un autre lavement composé d'environ 300 grammes d'eau tiède.

Dès le lendemain, l'amélioration était notable. Il n'y avait eu que trois gardes-robes beaucoup moins glaireuses et moins ensanglantées; la malade n'avait plus de ténesme.

Après quatre jours du même traitement, les selles étaient redevenues normales; elles ne contenaient plus ni mucus, ni stries sanguines. La malade allait chaque jour une seule fois à la garde-robe sans douleur. On put sans inconvénient augmenter la quantité assez faible d'aliments qu'elle avait prise jusqu'alors. Dans le cours de la convalescence et à l'occasion de quelques écarts de régime, la diarrhée reparut, quelquefois mêlée de stries sanguines, mais sans mucus. Elle céda toujours et immédiatement à un lavement de nitrate d'argent, suivi le lendemain d'un simple lavement d'amidon.

III. *Entérite cholériforme.*

J'ai dit, dans les réflexions générales présentées au commencement de ce travail, avec quelle fréquence et surtout quelle gravité l'entérite cholériforme, le *choléra infantile*, frappait les très jeunes enfants placés dans de mauvaises conditions d'alimentation, ceux, par exemple qui, sevrés prématurément, recevaient une nourriture ou trop abondante ou d'une digestion difficile. J'ai ajouté que dans cette singulière affec-

tion il y avait autre chose qu'une phlegmasie intestinale, si spéciale qu'on la suppose; que les symptômes démontraient de la manière la plus évidente la large part que le système nerveux prend à la maladie.

Dans ces conditions, le nitrate d'argent est encore indiqué; mais il est bien évident qu'on ne doit en attendre rien autre chose que son effet essentiel, son effet topique, son action sur l'intestin, et conséquemment sur les symptômes, vomissements et diarrhée, qui ont dans le choléra infantile une grande importance, mais qui ne sont pas toute la maladie.

Le nitrate d'argent doit être alors administré en lavement, seulement si, l'estomac étant un peu envahi, les vomissements sont aussi peu fréquents, et la diarrhée séreuse le symptôme prédominant; au contraire, en potion et en lavement si les vomissements sont fréquents presque à l'égal de la diarrhée.

Ainsi que je l'ai dit, et en apportant à la formule des variations en raison de l'âge de l'enfant et de l'intensité du mal, la dose d'un centigramme de nitrate d'argent en potion suffit ordinairement pour les vingt-quatre heures.

Mais, je le répète, n'attendez du nitrate d'argent que ce qu'il peut donner, c'est-à-dire une action sur l'estomac et l'intestin, et par conséquent une diminution des vomissements et de la diarrhée, mais n'attendez rien de plus. Les crampes, le refroidissement général, la cyanose marchent si l'on n'a recours à aucun autre moyen, souvent même en dépit de tout autre moyen. Le nitrate d'argent est un médicament essentiellement topique dans ce cas, et qui, dès lors, n'exerce aucune influence directe sur les divers symptômes.

Il est bien vrai qu'en général on doit considérer comme un symptôme favorable la diminution ou même la cessation complète des vomissements et de la diarrhée, que cette atténuation des accidents intestinaux amène aussi une détente générale, une diminution dans l'intensité des crampes, de la réfrigération, de la cyanose; mais ce serait une grande erreur que de juger la maladie à l'état apparent de l'intestin. Souvent le nitrate d'argent a produit ce qu'on lui demandait, a suspendu l'excessive sécrétion de la membrane muqueuse intestinale, et pourtant les accidents généraux continuent de marcher. L'enfant reste froid, la peau cyanosée, l'haleine glacée, les yeux profondément excavés; la prostration fait des progrès, et bientôt l'enfant succombe.

Il y a donc évidemment ici deux ordres d'indications thérapeutiques, une action à produire sur le tube digestif, mais avant tout et surtout, un effet général à déterminer sur tout le système. Pour le premier effet, pour l'action locale, ayez recours au nitrate d'argent; la médication stimulante peut seule déterminer le second.

On voit par là quelle part convenablement restreinte nous faisons au nitrate d'argent dans le traitement de l'entérite cholériforme chez les très jeunes enfants. Ce n'est pas tout le traitement, c'en est seulement une partie essentielle.

J'insiste d'autant plus sur ce point, qu'en général les moyens que nous pouvons opposer dans l'entérite cholériforme aux vomissements et à la diarrhée ont peu d'efficacité. J'ai bien rarement vu dans ce cas les préparations opiacées amener le résultat qu'on en attendait. C'est plutôt à des médicaments d'une action analogue à celle du nitrate d'argent, la magnésie, la poudre d'yeux d'écrevisses, le sous-nitrate de bismuth et surtout les sels neutres, comme le sulfate de soude ou de magnésie, le sel de seignette, qu'il m'a semblé qu'on devait s'adresser. Eh bien, le nitrate d'argent agit dans le même sens, il est d'une administration aussi facile; il m'a semblé seulement que son action était plus puissante.

IV. *Quelques cas d'inflammation générale et persistante de la membrane muqueuse du tube digestif tout entier.*

J'ai compris dans cette dernière catégorie les phlegmasies intestinales catarrhales occupant toute l'étendue de la membrane muqueuse, mais parfaitement distinctes des phlegmasies spéciales, comme la dysenterie et l'entérite cholériforme, qui d'ailleurs sont, en général, bornées à des points déterminés de l'intestin.

Dans ce cas aussi, ce n'est pas seulement en lavement qu'on administre le nitrate d'argent, c'est aussi en potion, suivant la formule déjà indiquée.

L'observation suivante servira d'exemple de l'effet curatif du nitrate d'argent, en même temps que de description de la maladie.

Elle a trait à un enfant de quatre mois allaité par sa mère, et habituellement malade depuis l'âge de trois semaines, sujet à la diarrhée et aux vomissements. Cet enfant fut pris il y a trois semaines d'une violente entérite, qui fut précédée et accompagnée de convulsions, et qui se modéra sous l'influence de l'emploi de moyens émollients, pour revenir il y a trois jours, le 4 février.

Le 6, au matin, la fièvre est vive. Selles séreuses presque continuelles, vomissements incessants; peau très chaude, ventre un peu rétracté, pâleur considérable, peu d'élasticité de la peau, yeux un peu excavés.

Nitrate d'argent cristallisé. . .	1 centigramme.
Eau sucrée.	60 grammes.

Potion dont on ne donnera que trois cuillerées à café.

Le 7, mêmes vomissements, beaucoup moins de diarrhée; peau très chaude, fièvre un peu moins vive; pas de gaieté. L'enfant crie beaucoup. — Même potion, même dose.

Le 8, pas de diarrhée, encore des vomissements; moins de fièvre. — La potion est continuée.

Le 9, pas de diarrhée, une selle non séreuse, moins de vomissements, moins de fièvre; le ventre n'est pas douloureux. — Même traitement.

Le 10, pas de diarrhée, pas de vomissements, pas de fièvre, beaucoup de faiblesse. La potion est suspendue.

A partir de ce moment l'enfant entre en convalescence. Il survient de temps en temps un peu de diarrhée (deux gardes-robes seulement dans les vingt-quatre heures) qui cède à l'emploi de moyens émollients.

Ici c'est un état bien évidemment aigu; c'est une entérite accompagnée de fièvre. Le nitrate d'argent a pu être porté sur la membrane muqueuse au moment de la plus grande intensité de l'inflammation, dans sa période la plus aiguë, et il l'a été sans déterminer le plus petit accident, soit immédiat, soit ultérieur. C'est donc un fait acquis à la science que le nitrate d'argent peut être administré dans la période aiguë des phlegmasies intestinales, au même titre qu'il l'est dans la période aiguë des phlegmasies de la conjonctive.

Je n'ai point observé l'effet du nitrate d'argent dans les cas de phlegmasie chronique du tube digestif tout entier chez les très jeunes enfants. Je ne saurais donc dire avec quel avantage on peut le faire, ou quels inconvénients on peut rencontrer. Je l'ai vu administrer chez des adultes sous forme pilulaire, et ici encore, je dois dire que la variété des résultats obtenus ne permet pas de formuler une opinion tranchée et définitive.

Pour résumer ce qui précède, je dirai donc :

1° Le nitrate d'argent en lavement convient dans la colite aiguë ou chronique, chez les très jeunes enfants; son administration est toujours sans danger.

2° Il convient également et sous la même forme dans la dysenterie, soit aiguë, soit chronique.

3° Administré sous forme de potion à la fois et de lavement dans l'entérite cholériforme, il exerce sur les vomissements et la diarrhée une influence favorable.

4° Enfin, on en obtient encore de bons résultats dans les cas de phlegmasie aiguë occupant la membrane muqueuse intestinale dans toute sa longueur.

Est-ce à dire qu'il réussisse toujours? Certainement non. Je ne connais pas de médicament pour lequel on puisse soutenir une pareille prétention. Ce qu'il y a de constant, c'est qu'avec le nitrate d'argent on obtient fréquemment, mais dans des conditions déterminées, de bons effets pour le traitement des phlegmasies intestinales de la première enfance.

Correspondance.

Monsieur le rédacteur,

Dans une leçon sur le choléra, publiée par votre numéro de ce matin, M. Rostan déclare avoir découvert la présence de l'albumine dans l'urine des cholériques, et il ajoute que, depuis que l'on a vérifié l'exactitude de son assertion, *chacun a voulu avoir découvert ce qu'il avait annoncé.*

Cette allusion ne peut rester sans réponse. Je déclare donc à mon tour que, dès l'admission du premier cholérique dans mon service, j'ai traité par les réactifs usités l'urine des cholériques avec la pensée d'y constater la présence de l'albumine; cette recherche, je l'ai répétée plus de cent fois; pour la rendre plus complète, j'ai eu recours fréquemment au cathétérisme et examiné de la même manière les quantités minimes d'urine que l'on extrait quelquefois par la sonde chez des malades qui n'ont point uriné depuis deux ou trois jours. Quand j'ai signalé le *premier* à l'Académie de médecine l'albuminurie cholérique et sa valeur pour le diagnostic comme pour le pronostic, j'avais déjà fait plus de soixante expériences; les nombreux élèves qui assistent à ma clinique et beaucoup de confrères qui ont visité mon service en ont été témoins dès le début de l'épidémie, et j'affirme que j'avais publiquement apprécié le fait si intéressant de l'albuminurie cholérique avant d'avoir appris que de son côté M. Rostan s'était livré ou se livrait à des recherches analogues.

Au reste, le fait précité était d'une vérification facile; la tendance actuelle des études cliniques devait nécessairement y conduire; une dispute de priorité à cet égard serait presque puérile, et, si j'ai cru devoir relever l'assertion de M. Rostan, c'est uniquement pour établir derechef et publiquement que le Val-de-Grâce a eu dans cette circonstance la même initiative que l'Hôtel-Dieu, et l'a même devancé dans l'appréciation publique d'un fait nouveau; il n'est presque pas un mot du passage où M. Rostan le discute qui n'ait été dit et répété depuis deux mois au Val-de-Grâce en présence de tous les élèves. Il y a près de deux mois que nous signalons l'albuminurie comme une échelle de l'influence cholérique, comme un élément fondamental du diagnostic, comme un motif de réserve extrême et dans le pronostic et dans le régime; nous n'avons cessé de faire ressortir le parallélisme entre ce signe et ceux fournis par les autres fonctions et l'état général des malades; il nous est arrivé fréquemment de prédire avant l'essai des urines la proportion ou la disparition même de l'albumine suivant l'aspect du malade, et d'autres fois, l'albumine persistant, de nous défier avec raison d'une apparente amélioration.

Voilà ce qui se débite au Val-de-Grâce depuis près de deux mois, et voilà pourquoi il conviendrait à M. Rostan de ne pas revendiquer la priorité d'une découverte que nous avons faite au moins en même temps que lui, que nous avons discutée et signalée avant lui, et qui était après tout, et sans lui ni moi, le résultat inévitable des recherches cliniques et anatomiques dont le choléra devait être l'objet en 1849.

J'ose attendre de votre impartialité l'insertion de cette lettre, et je vous prie d'agréer, etc. Michel Lévy,

Médecin en chef du Val-de-Grâce,

10 mai 1849.

NOUVELLES.

Concours à l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Ce concours pour deux places de médecins-suppléants, annoncé pour le 23 juillet, a été renvoyé au 20 août.

— *Nomination d'un professeur de chimie à l'Ecole préparatoire de Lyon.* — La Faculté de médecine de Strasbourg et l'Ecole préparatoire ayant présenté en première ligne M. Glénard, M. le ministre de l'instruction publique a nommé ce jeune médecin pour remplir la chaire vacante par le décès de M. A. Dupasquier.

La Faculté de médecine de Strasbourg a répété, à l'occasion de cette présentation, ce qu'elle déclare toujours, qu'elle n'est point en mesure de se prononcer sur la valeur des candidats; que ces présentations sont illusoires, et qu'il n'y a que le concours qui puisse juger l'aptitude au professorat. M. le ministre fait invariablement la même réponse, que la loi parle de présentation et non de concours.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 15 MAI 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 56.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 14 MAI 1849.

Marche du choléra.

Nous avons malheureusement encore à annoncer un nouvel accroissement dans le nombre des victimes que le choléra a frappées. Le chiffre des entrées dans les hôpitaux civils, qui n'avait pas encore atteint 150 dans les vingt-quatre heures, s'est élevé à 158 vendredi, et à 161 samedi. La journée d'hier a été plus heureuse: ce chiffre est descendu à 106.

Un cas, qui heureusement ne paraît pas très grave, s'est développé à la Maternité: c'est le premier qui ait atteint cet établissement. L'hôpital du Midi continue seul à être préservé, non par le fait de la maladie qu'on y traite ni des médicaments qu'on y emploie spécialement, mais par des circonstances inconnues.

La Salpêtrière, qui, dans les premiers jours de la recrudescence, n'avait éprouvé que l'influence générale subie dans toutes les parties de la ville, a repris le triste privilége qui lui était échu au début de l'épidémie; le nombre proportionnel des cas y est bien plus considérable qu'ailleurs. M. Berlier, interne de cet hospice, a été atteint subitement, hier à dix heures du matin; et, moins heureux que ses deux collègues, qui sont maintenant rétablis, il a succombé dans la soirée, après douze ou quatorze heures de maladie.

En ville, la maladie suit exactement la même marche que dans les hôpitaux; il n'y a maintenant aucun quartier qui n'ait offert quelques cas, et la mortalité, d'après les renseignements que nous avons recueillis près des nombreux médecins que nous avons consultés, y sévit à peu près dans les mêmes proportions.

Doit-on espérer que la journée d'hier sera le commencement d'une décroissance progressive et définitive de l'épidémie? S'il est permis de juger de l'avenir par le passé, on serait autorisé à faire une réponse affirmative. Dans presque aucune des villes que le choléra a traversées, il n'a pas eu plus d'une recrudescence en 1832, comme en 1849. Il n'y a donc pas de raison de croire qu'il se comportera différemment à Paris que partout ailleurs. Ce que nous avons vu ce matin dans les grands hôpitaux est fait pour nous donner de l'espoir.

HOSPICES.	NOMBRE DE CAS.	DÉCÈS.	SORTIES.
Salpêtrière	978	680	185
Bicêtre	130	82	16
Ménages	37	28	8
Incurables (hommes)	4	3	1
Incurables (femmes)	1	1	»
Larochefoucauld	5	3	»
Sainte-Périne	1	1	»
HÔPITAUX CIVILS.			
Hôtel-Dieu	753	353	220
Charité	377	210	102
Pitié	430	198	135
Saint-Louis	379	170	94
Beaujon	246	118	48
Necker	100	46	49
Enfants-Malades	46	19	17
Saint-Antoine	99	48	28
Cochin	33	14	15
Sainte-Marguerite	79	34	25
Bon-Secours	82	43	21
Cliniques	26	20	6
Maison d'accouchement	1	»	»
Lourcine	19	4	3
Maison de Santé	49	25	12
Prison de Saint-Lazare	38	16	5
HÔPITAUX MILITAIRES.			
Invalides	28	23	2
Val-de-Grâce	289	75	137
Gros-Caillou	374	121	67
Hôpital militaire du Roule	256	101	41
Hôpital milit. Popincourt	56	14	»
Total,	4916	2450	1237

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le local des séances de l'Académie étant occupé demain pour le dépouillement du scrutin électoral, et jeudi prochain étant un jour férié, la séance est renvoyée à samedi, à l'heure ordinaire.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. LÉVY.

Recherches anatomo-pathologiques sur le choléra-morbus;

Par M. MASSELOT, chef de clinique.

Quoique des occasions malheureusement trop nombreuses se soient présentées depuis quelque temps d'étudier les lésions cadavériques produites par le choléra, nous ne voyons pas qu'on en ait profité bien souvent, peut-être parce qu'on a pensé, d'une part, que ce n'était pas là ce qu'il y avait d'important à rechercher, et que, d'autre part, nos prédécesseurs n'avaient rien laissé à faire à l'anatomo-pathologiste. Il n'en est cependant point ainsi. Quelle que puisse être l'utilité des descriptions anatomo-pathologiques, ce que je ne veux pas discuter ici, il est certain que les recherches de nos prédécesseurs laissent à désirer sous ce point de vue, et j'ose espérer que les détails que je vais donner ne seront pas sans un certain intérêt d'opportunité, et même, à quelques égards, de nouveauté, et qu'ils mériteront quelque attention de la part de tous les observateurs qui attachent de l'importance à ce que les observations soient exactes et complètes.

Dans l'étude de l'anatomie pathologique du choléra, les médecins ont fixé d'une manière toute particulière leur attention sur les lésions du tube digestif, et ils ne parlent guère des altérations des autres organes que pour signaler quelques complications développées dans la période de réaction.

Les faits recueillis dans le service de M. le professeur Lévy ont montré, dans les autres organes, des lésions cadavériques qui ne sont pas sans grand intérêt. Je vais donner aujourd'hui un résumé succinct et général de quarante-une autopsies que j'ai faites en présence de M. Lévy, me réservant de traiter plus tard cette question d'une manière plus complète.

Les altérations nécroscopiques chez les cholériques peuvent être partagées en deux groupes principaux.

1° Dans le premier groupe, nous placerons les altérations primitives, celles qui se développent pendant la première période, et qui sont les effets immédiats et constants de l'influence cholérigène.

2° Dans le deuxième groupe, nous comprendrons les altérations secondaires. Ce sont celles qui ne sont pas constantes, qui sont ordinairement subordonnées aux premières, et qui présentent des différences de caractère et de siége.

Accumulation et stase du sang dans les capillaires. — Les premières lésions que l'on observe consistent principalement dans l'accumulation et la stagnation du sang dans les capillaires de la peau et de tous les autres organes de l'économie. De là résultent les nombreuses variétés de nuances présentées par la cyanose dans les tissus membraneux et parenchymateux. Ainsi, dans le crâne, les gros et les petits vaisseaux de la pie-mère sont gorgés de sang noir; la surface des coupes pratiquées dans le cerveau offre un pointillé rouge ordinairement nombreux, quelquefois très confluent, et la substance cérébrale présente une teinte plombée ou lilas plus ou moins tranchée.

Le tissu pulmonaire, à la surface des coupes, présente une coloration uniforme qui varie du rose foncé au rouge sombre et violet. Cette coloration générale est toujours plus prononcée vers les bords postérieurs. Le lavage entraîne le sang sorti par les vaisseaux pulmonaires et répandu à la surface des coupes, mais il ne décolore pas le tissu des poumons.

Le cœur, le foie, les reins, présentent à leur surface une teinte générale bleuâtre, avec des marbrures, des taches et des vergetures violacées, dont le nombre et l'étendue offrent de grandes variétés.

La rate seule semble faire une exception remarquable; elle ne participe à l'altération générale que dans un petit nombre de cas.

L'hypérémie de la muqueuse intestinale, quand la maladie a été promptement mortelle, s'est montrée quelquefois moins générale et moins prononcée que l'hypérémie pulmonaire; et si, dans ces cas, on examine avec soin les diverses tuniques de l'intestin, on voit que c'est au derme, et surtout au tissu

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Un candidat à perpétuité. — Décorations bien méritées. — Encore de faux certificats.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Je ne sais si vous êtes de mon sentiment, mais j'aime par-dessus tout, quoiqu'en dise le docteur Tartuffe et sa docte cabale, j'aime par-dessus tout la constance et la fidélité, et cela, d'autant plus que ces deux vertus sont plus rares, par ce temps de civilisation où l'art de violer ses serments a fait tant de progrès, comme dit M. de Montalembert; vous ne serez donc point étonné que mon suffrage soit acquis au candidat qui est l'image vivante de la fidélité et de la constance, au docteur Antoine Watbled! Déjà vous avez été informé que le docteur Watbled s'était présenté comme candidat à la représentation nationale; puis une nouvelle affiche vous a appris que le même docteur Wathled se mettait sur les rangs pour la présidence de la République. Aujourd'hui, une troisième affiche nous instruit que M. Wathled serait heureux de pouvoir travailler comme simple représentant « à réaliser ses améliorations relatives à divers sujets, et contribuer *donc* plus aisément au bonheur, *autant que possible*, du peuple français. » Mais M. le docteur Wathled, qui, après la constance, aime avant tout le progrès, a trouvé qu'il doit être très fatigant pour le peuple français de lire, à chaque époque électorale, cette innombrable quantité d'affiches qui tapissent les murs de Paris et de la province. Pour éviter cette peine à ce peuple, dont il tient tant à faire le bonheur, M. le docteur Watbled a imaginé de se présenter une fois pour toutes, et il a composé la remarquable affiche dont nous regrettons vivement de ne pouvoir citer que quelques fragments :

CANDIDATURE PERMANENTE.

« 1° A l'Assemblée législative;

» 2° A la présidence de la République.

» Le docteur Wathled, rue ....., n° ....., a l'honneur de prévenir *consciencieusement* (le docteur Tartuffe, comme on le voit, n'a pas le monopole de la conscience) ses compatriotes qu'il *continue à se porter à Paris* candidat à l'Assemblée législative, et qu'il continuera aussi à se porter, quand il y aura *loyalement* lieu, dans tout le territoire français, comme candidat à la présidence de *ladite* République. »

Franchement, quand on est aussi *consciencieusement* et aussi *loyalement* candidat constant et permanent : 1° à l'assemblée législative; 2° à la présidence de la République, il n'y a, selon moi, que des gens sans foi ni loi qui puissent vous refuser leur suffrage; aussi, je suis heureux et fier de le déclarer hautement, je vote d'une manière constante et permanente pour le docteur Watbled, qui s'occupe de *tout ce qui intéresse* le peuple français, et j'engage de tout mon pouvoir mes amis, mes connaissances et mes lecteurs à en faire autant.

Par exemple, une seule chose troublera mon bonheur lorsque je déposerai dans l'urne électorale le nom du docteur Watbled, ce sera de ne pouvoir y déposer en même temps celui du docteur X... et celui du docteur Y..., sur la poitrine desquels la patrie reconnaissante vient de placer les insignes d'une récompense nationale. J'entendais dire l'autre jour dans un cercle de médecins que ces prétendus insignes de l'honneur n'étaient dans ce cas que les insignes du plus flagrant abus; mais ceux qui parlaient ainsi ne connaissaient évidemment pas le véritable état de la question.

M. le docteur X... n'a jamais rien fait pour la science, c'est vrai; mais personne n'ignore qu'il peut faire beaucoup; or, de même que Rossini avait déclaré qu'il n'écrirait jamais une ligne pour l'Opéra tant que Louis-Philippe serait sur le trône, le docteur X... avait juré qu'il ne ferait jamais rien pour la science tant qu'il n'aurait pas la croix. Le gouvernement a pensé qu'on ne pouvait pas priver plus longtemps le monde savant des lumières du docteur X...; à sa place, j'aurais agi mêmement.

Quant au jeune chirurgien Y..., ses titres ne sont point à venir; ils sont passés et présents; ils sont nombreux et importants; ils sont médicaux et diplomatiques. Parmi ces titres sans nombre, je me bornerai à vous citer les deux échantillons suivants :

Comme titre médical, M. Y... a démontré au ministre et, qui plus est, à son médecin que le contact du sang artériel d'un malade *supposé syphilitique* sur la conjonctive d'un individu réputé sain pouvait produire une kératite *scrophuleuse* et la perte de l'œil. Voilà assurément une découverte qui à elle seule valait plus d'une croix; je trouve même qu'elle ne serait encore que mesquinement récompensée si l'on ajoutait à la croix une rente viagère de 800 fr., comme il paraît que la commission des récompenses nationales a eu la lésinerie de le faire.

Mais le titre médical perd tout son éclat à côté du titre diplomatique. M. Y... avait parié que, s'il voulait demander la croix, il ferait appuyer sa demande à la fois par les plus purs démocrates et par la plus fine fleur de la réaction. Ses amis n'ayant pas cru la chose possible, voici comment notre jeune confrère procéda à la démonstration. Mais, pour bien comprendre cette démonstration, il faut supposer que le nom de notre jeune confrère est Deparis, Delyon ou Depontoise. Cette supposition faite, vous vous expliquerez suffisamment l'effet produit par les missives suivantes :

Au citoyen N.... représentant.....

Citoyen,

Le peuple réclame en ma faveur d'une voix unanime une récom-

cellulaire sous-dermique, qu'il faut rapporter l'injection arborisée et la rougeur que l'on observe, et non pas à la membrane villeuse, qui est d'un blanc mat ou d'un gris-rosé pâle dans presque toute sa longueur; on rencontre seulement çà et là, et particulièrement sur les valvules conniventes et les plis transversaux, des taches rouges, comme saignantes, auxquelles il faut rapporter les globules sanguins mêlés au liquide blanchâtre qui tapisse la muqueuse. Dans les cas d'invasion soudaine et de mort rapide avec déjections alvines nombreuses, rigiformes, les veines mésentériques, ainsi que les rameaux veineux de la masse intestinale, sont remplis de sang rouge, livide, et le toucher fait reconnaître un épaississement notable des parois de l'intestin, dû à la fois à la rétraction du tube digestif sur lui-même, puis à la congestion sanguine et séreuse. Dans les cas dont il s'agit, c'est ordinairement la congestion blanche qui domine, et la muqueuse n'est ni friable, ni ramollie.

A la peau, la cyanose est générale, peut présenter toutes les nuances de coloration comprises entre la pâleur livide ou plombée et la couleur bleuâtre ou ardoisée.

Le muscle diaphragme a souvent une couleur violacée ou bleue bien tranchée, tantôt générale, tantôt disposée par larges plaques. Enfin, le tissu osseux lui-même présentait souvent une teinte vert-bleuâtre des plus manifestes.

A ces lésions de circulation, il faut ajouter l'accumulation assez fréquente dans les veines-caves, les cavités droites du cœur et les artères pulmonaires, d'un sang noir, luisant, poisseux, filant, liquide dans les gros vaisseaux, tantôt liquide, tantôt pris en une masse grumeleuse dans le ventricule droit, avec ou sans caillot blanc fibrineux central.

Nous n'avons pas reconnu d'altération appréciable dans les ganglions du grand lymphatique.

Telles seraient, selon les auteurs, les lésions principales qui correspondent à la première période. Il est vrai que, dans des cas très rapidement mortels, on peut ne rencontrer que ces lésions; mais quand la première période a une certaine durée, et même dans quelques cas de fort courte durée, on rencontre des lésions plus graves, plus tranchées, et si elles n'ont pas été vues, cela tient probablement à ce que « l'état » des poumons n'a pas été assez remarqué » (Dalmas).

Si une réaction salutaire ne vient pas rétablir promptement les actions organiques suspendues, à ce premier degré d'altération succède bientôt l'imbibition et l'extravasation sanguines, les hémorrhagies dans les parenchymes et à la surface des muqueuses; et, après la mort, l'on rencontre, dans divers organes, la coexistence de l'hypérémie, des pétéchies, des ecchymoses, des infiltrations de sang avec ou sans perte de cohésion des tissus infiltrés, enfin des foyers hémorrhagiques multiples très circonscrits et, dans quelques cas, une gangrène particulière de la muqueuse intestinale.

Pétéchies. — Les pétéchies, taches pourprées de M. Rochoux, se sont montrées à la peau, chez un certain nombre de malades, sous forme de taches jaune-verdâtre ou brunâtres, les plus grandes ne dépassaient guère le diamètre d'une pièce d'un franc. Elles siégeaient particulièrement sur le tronc, le cou et les cuisses; elles ne déterminaient jamais ni saillie, ni desquamation. Il était facile, en incisant la peau sur les pétéchies, de constater l'existence d'une exsudation sanguine à la superficie du derme.

Ecchymoses. — Les ecchymoses cutanées, qui semblent ne différer des pétéchies que par l'abondance de l'exhalation sanguine, ont toujours été superficielles, et paraissaient formées par l'agglomération de points hémorrhagiques plus ou moins confluents. Jamais je n'ai vu d'infiltration sanguine dans l'épaisseur du derme cutané, comme j'en ai rencontré dans quelques organes parenchymateux.

Les ecchymoses que je viens de décrire se sont présentées constamment et presque toujours à la fois sur le cœur, les poumons, le foie, les reins, mais assez rarement sur la rate. Elles siégeaient sous les membranes enveloppes de ces organes, à leur superficie et particulièrement à leur face postérieure. Leur étendue en surface a varié depuis *un* jusqu'à vingt et même trente millimètres. C'est toujours à la face postérieure des poumons que nous avons rencontré les plus larges. Tantôt elles étaient en petit nombre et disséminées; tantôt confluentes, groupées par plaques. Dans deux cas, les ecchymoses formaient sur toute la longueur du bord postérieur des poumons un pointillé lenticulaire de grandeur très variable, noir, extrêmement nombreux sur le fond rouge-violet du tissu pulmonaire. Des ecchymoses semblables, aussi nombreuses, s'observaient sous la plèvre pariétale, le long de la colonne vertébrale et dans les gouttières pulmonaires postérieures.

Au cœur, les ecchymoses occupent principalement la base des ventricules, l'origine des gros vaisseaux, la face postérieure des oreillettes, et assez souvent les bords ventriculaires qui présentent alors deux traces rubanées de 5 à 10 millimètres de largeur, formées d'ecchymoses noires, confluentes, de toute grandeur.

A la surface des reins, les ecchymoses se présentent souvent sous forme de stries ou de petites taches irrégulièrement étoilées.

Dans la membrane villeuse de l'intestin, les ecchymoses sont constituées par un petit pointillé et par des stries très courtes et très fines réunies pour former des plaques rouges ou violacées de diverses grandeurs. Le sang n'est pas déplacé ici par la pression et par le frottement, comme dans le cas où l'hypérémie consiste dans une simple arborisation.

Les ecchymoses ne se rencontrent pas seulement à la surface des organes dont nous venons de parler; mais encore dans leur parenchyme, et se présentent sur les coupes avec l'apparence de taches noires irrégulières, très légèrement saillantes, formées par un grand nombre de très petits foyers sanguins très rapprochés les uns des autres et le plus souvent confondus.

Les petites masses de tissu pulmonaire ecchymosées sont encore perméables à l'air, et rougissent par l'insufflation; elles surnagent, et présentent au toucher plus de rénitence que le tissu environnant; elles ne sont ni ramollies, ni friables, à moins qu'il existe déjà de l'infiltration sanguine.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOTEL-DIEU D'AIX. — M. Payan.

Deux opérations de cheiloplastie ou de restauration des lèvres.

Les deux observations suivantes, recueillies par M. Payan, sont loin d'être sans analogues dans la science. Plusieurs fois déjà les succès qu'elles consacrent ont été obtenus par d'autres chirurgiens. Cependant la vulgarisation de faits semblables n'est pas encore assez générale pour que ces faits soient désormais sans intérêt et sans utilité. Les simples praticiens ne sont pas encore assez convaincus de la facilité avec laquelle on peut maintenant pratiquer la cheiloplastie, et obtenir des résultats pratiques importants. Quand les observations qu'on va lire n'auraient d'autre résultat que de leur donner un peu plus de confiance en eux-mêmes, elles auraient déjà une grande importance pratique.

Obs. I. — Le nommé Amiel (Louis), âgé de soixante ans, doué d'une bonne constitution, entre à l'Hôtel-Dieu d'Aix le 11 novembre 1848, avec l'intention de se faire enlever une tumeur cancéreuse de la lèvre inférieure. Le mal avait commencé plusieurs années avant par un bouton indolent de la grosseur d'un grain de blé, qui, prenant peu à peu de l'accroissement, a fini par envahir la presque totalité de la lèvre. La tumeur, de forme irrégulière, bosselée, extrêmement dure et compacte, ulcérée, et facilement saignante, s'étend à toute la largeur de la lèvre inférieure, sauf un demi-centimètre à droite qui est resté sain. En bas et vers le milieu de la lèvre, l'induration morbide va jusqu'aux limites de celle-ci, c'est-à-dire jusqu'au sillon mento-labial; elle est un peu moins étendue sur les parties latérales. Des douleurs pongitives et térébrantes sillonnent parfois avec la rapidité de l'éclair l'intérieur de ce carcinome, qui est en outre le siége d'un prurit incommode très fréquent. D'ailleurs, absence complète de fièvre, de dépérissement, d'engorgement des glandes voisines, et de cette teinte jaune-paille de la peau qui annonce une cachexie cancéreuse générale, et par suite fournit une contre-indication formelle à l'opération.

La double incision en V, usitée pour l'ablation des boutons cancéreux ordinaires, ne pouvait être ici employée. Le mal était pour cela trop étendu, et une trop grande déperdition de substance était ici nécessaire. Extirper la tumeur cancéreuse dans sa totalité, et, pour cela faire, il y avait lieu d'emporter toute la lèvre inférieure, réparer, par la substitution d'un double lambeau d'emprunt, la vaste perte de substance qui devait résulter de cette extirpation: tel était le problème chirurgical que nous avions à résoudre. Nous crûmes pouvoir en tenter avec succès la solution, en agissant de la manière suivante:

Le malade étant assis sur une chaise, et les lignes que devait parcourir le bistouri, soit pour emporter la totalité du mal, soit pour limiter les lambeaux, étant pour plus de précision tracées avec un petit pinceau imbibé de teinture d'iode, je fis avec le bistouri, après avoir commodément saisi la lèvre, une première incision verticale pratiquée au dehors des tissus malades, laquelle, partant du bord libre de la lèvre, du point même de la commissure gauche, se prolongeait, en comprenant toute l'épaisseur de l'organe, jusqu'à la limite de cette lèvre en bas. Une incision semblable, verticale aussi, et partant à un quart de centimètre de la commissure, fut pratiquée à droite; une troisième incision horizontale, suivant la direction du sillon mento-labial, réunit en bas les deux incisions verticales, et servit à détacher, sous forme d'un carré allongé, la lèvre cancéreuse. Deux petites artères furent liées, l'une à droite, l'autre à gauche.

Après cette ablation faite, et afin de pouvoir réparer cette perte de substance considérable, nous portons d'abord sur la commissure droite, préalablement tendue, le tranchant du bistouri, avec lequel nous pratiquons une incision transversale qui se prolonge presque vers le bord antérieur du masséter, en comprenant toute l'épaisseur de la joue. Tout aussitôt nous en faisons une seconde, qui, partant de l'angle inférieur droit de la perte de substance à réparer, et continuant par conséquent le bord saignant sus-mentonnier, se dirige parallèlement à la première, en en ayant la longueur et l'épaisseur. Ainsi se trouve pratiqué un lambeau formé aux dépens de la partie voisine de la joue, à laquelle il tient en dehors et en arrière par un bord adhérent que le bistouri a dû laisser intact; un lambeau en tout semblable est pratiqué de la même manière à gauche. L'un et l'autre lambeau ont donc juste la largeur que doit avoir la lèvre nouvelle, et qui est autant que possible la largeur de la lèvre naturelle. Nous les rapprochons l'un de l'autre pour en affronter les bords verticaux ou antérieurs sur la ligne médiane, et comme nous éprouvons quelque difficulté pour opérer cette juxta-position, nous incisons verticalement la muqueuse de chaque lambeau vers son tiers postérieur, et par cette précaution, que notre expérience nous a d'autres fois démontré être très propre à augmenter l'extensibilité des tissus, nos lambeaux s'allongent davantage, sont plus facilement rapprochés, et trois points de suture entortillée, placés comme pour le bec-de-lièvre, les tiennent affrontés l'un à l'autre. Les bords supérieur et inférieur sont maintenus en contact avec les parties correspondantes par un nombre suffisant de points de la même suture, que l'on sait être faite avec des aiguilles droites, ou même des épingles qui doivent rester en place, fixées qu'elles sont par des entrecroisements de fil convenablement disposés. L'ouverture buccale se trouva de la sorte formée par la lèvre supérieure demeurée intacte, et par le bord supérieur de la nouvelle lèvre, lequel était encore saignant, excepté dans l'étendue d'un demi-centimètre que nous avions pu conserver. Cette ouverture avait donc la même étendue qu'avant l'opération.

Celle-ci étant donc terminée, et quelques petits morceaux de diachylon ayant été placés sous la pointe des aiguilles pour qu'elles ne blessassent pas les tissus, nous faisons reconduire le malade à son lit, et recommandons expressément de ne pas le faire parler, et de ne lui donner que des boissons et des aliments liquides dans les quelques premiers jours. Aucun bandage ne fut appliqué, mais seulement une simple compresse pour couvrir la partie opérée.

Tout se passa selon notre attente, moins une toute petite escharre au bas de la ligne médiane, qui ne donna pas même lieu à une fistule consécutive tant elle était minime. Dès le quatrième jour, nous enlevâmes trois des aiguilles placées à droite et à gauche aux extrémités des incisions, c'est-à-dire aux points où se trouve le moins de résistance. Au sixième

---

pense nationale pour les services que je lui ai rendus pendant l'*héroïque* lutte de juin; cependant la voix du peuple n'a pas encore été entendue par le pouvoir. Ne prêterez-vous pas à cette voix, qui est la voix de Dieu, l'appui de votre éloquence et de votre populaire autorité?

Salut et fraternité.

Camille Depontoise.

On comprend facilement l'influence d'une pareille lettre sur un républicain socialiste pour qui le vœu du peuple est tout; il fit donc des efforts inouïs en faveur du jeune démocrate, et de ce côté tout alla bien.

Au reçu de la lettre suivante, le marquis de M... ne fut pas moins satisfait des bons sentiments du jeune réactionnaire:

A M. le marquis de M...

Monsieur le marquis,

Pendant que la sauvage insurrection de juin désolait notre belle patrie, j'ai épuisé tout ce que j'avais de forces au soulagement des défenseurs de l'ordre et surtout de la *bonne cause*. J'aurais dédaigné de réclamer auprès du gouvernement d'alors la récompense due à un dévouement qui n'était pas pour lui; mais aujourd'hui le temps est venu d'accorder des distinctions aux mérites de *tous les partis*, et j'ose compter sur votre bienveillant appui pour me faire obtenir celle que je réclame.

Veuillez agréer, monsieur le marquis, l'expression de haute considération avec laquelle j'ai l'honneur d'être

Votre très humble et très obéissant serviteur,

Ce de Pontoise.

A la manière dont les caractères de la signature étaient disposés, on pouvait facilement lire: Comte de Pontoise. Aussi le marquis de M... ne laissa-t-il un instant de repos au ministre que lorsque celui-ci eut fait la promesse formelle de donner la croix au jeune aristocrate.

Il paraît que le ministre, intrigué de recevoir des recommandations de couleurs si opposées, fit prendre des renseignements sur les véritables opinions politiques du postulant, et acquit la certitude que celui-ci en était complétement dépourvu; mais le ministre n'en apprécia que mieux la nécessité de s'attacher un citoyen qui avait de si grandes dispositions diplomatiques; il tint donc parole au marquis, accorda la croix, et fit gagner à l'adroit chirurgien le pari qu'il avait fait avec ses amis.

Ne trouvez-vous pas que les épisodes de ce genre font beaucoup d'honneur à la corporation de la Légion-d'Honneur, et qu'ils sont très encourageants pour les braves soldats ou les vrais savants?

— Les médecins certificateurs ne sont pas heureux depuis quelque temps; hier on les accusait de faux à la tribune nationale; aujourd'hui on les accuse de complaisance, ce qui est à peu près la même chose, à la 7e chambre de la correctionnelle; seulement à la tribune nationale on n'a nommé personne, tandis qu'à la 7e chambre on a nommé beaucoup de monde, au moins implicitement, puisqu'on a articulé les propres paroles suivantes:

« Le jury médical (il s'agit du jury des récompenses nationales) remplissait ses fonctions avec une grande légèreté; *il démentait le lendemain ce qu'il avait fait la veille.* »

Nous aimons à croire qu'il y a au moins autant d'exagération dans cette accusation que de complaisance dans les certificats incriminés; toutefois, comme un des deux prévenus à qui des certificats avaient été délivrés a été condamné pour *escroquerie* par le tribunal, il ne serait peut-être pas trop hors de propos que les membres du jury médical des récompenses nationales, dont nous nous abstiendrons pour le moment de désigner les noms, fissent telle réclamation que de droit; car il serait fâcheux de laisser croire à l'exactitude d'une accusation aussi formellement articulée.

— Je croyais en avoir fini avec cet austère moraliste dont la bonne foi et la naïveté consistent à adorer aujourd'hui ce qu'il dénigrait hier, et *vice versâ*; je me trompais: cet écrivain éminent et consciencieux dont les principaux titres scientifiques sont d'avoir eu 2 ou 3 journaux tués sous lui, voudrait bien épargner à sa modestie la gloire d'un troisième exploit du même genre. C'est sans doute dans le louable but d'échapper à cette gloire, qui le menace, qu'il essaie, par votre intermédiaire, d'occuper un peu le public de sa personne, et que, n'étant point arrivé à se faire prendre au sérieux dans vos colonnes supérieures, il tente maintenant d'y parvenir en essayant de mordre sur la rédaction de la *Gazette*, en s'occupant de *détails d'intérieur*, tout en déclarant qu'il n'en a que faire. Hélas! vous savez que de tous les droits qu'il s'est acquis, celui de se taire sur ce chapitre-là est assurément le plus incontestable, et, par la fidélité de ses assertions, vous pouvez juger s'il aurait sagement fait d'en user plus rigoureusement qu'il ne l'a fait. Je pourrais vous donner bien d'autres preuves à l'appui de cette assertion; mais comme il faudrait, pour cela, entrer dans des détails qui sont d'un médiocre intérêt pour le public, je m'en abstiendrai jusqu'à ce que je sois contraint et forcé d'en agir autrement. Jusque-là, je n'abuserai pas davantage de votre patience et de celle de vos lecteurs, et je terminerai en livrant à la risée publique ces burlesques et jésuitiques emportements de vertu contre l'indignité de vos procédés et des miens. Je n'ai pas besoin d'ajouter que l'indignité des vôtres consiste dans le dédain de votre silence, et l'indignité des miens dans la liberté grande que j'ai prise de m'amuser un peu de ces façons pédagogiques, de ces drôlatiques airs de Caton et de ces misérables petites intrigues qui ne peuvent trouver d'autre approbation que celle de quelque coterie intéressée, ni tromper personne, si ce n'est quelque niais ignorant de tout ce qui se passe depuis quinze ans dans le monde médical.

X.

jour, toutes les autres aiguilles, moins la supérieure de la ligne verticale ou médiane, sont enlevées.

Au septième jour, la dernière aiguille est ôtée, et tout annonce que la réunion immédiate est parlout opérée. Restait encore en suppuration le bord libre de la lèvre restaurée, qui ne fut complétement cicatrisé que le vingt-deuxième jour. La guérison fut alors réalisée, et nous pouvons assurer que le résultat fut tout ce qu'on devait espérer, et que la lèvre de nouvelle formation présenta toute la régularité qu'on pouvait attendre.

Toutefois, nous eûmes un moment d'inquiétude sur cette opération, et elle fut déterminée par le manque de la couronne des dents incisives inférieures chez ce sujet. Cette absence d'un point d'appui complet pour notre lambeau nous fit craindre que la conformation de la lèvre ne s'en ressentît. Mais, comme les incisives supérieures étaient bonnes et longues, la lèvre restaurée put s'appuyer sur elles et en être soutenue. Si cette circonstance a été ici sans inconvénient, elle pourrait en avoir d'autres fois de compromettant pour le succès définitif; c'est pourquoi il pourrait devenir indiqué dans un cas analogue, pour la sécurité de l'opération, qu'une pièce dentaire artificielle fût préalablement mise à la place des incisives qui manqueraient, au moins quand les quatre sont tombées.

Nous ferons observer que, si nous ne cherchâmes pas à recouvrir le bord saignant de la nouvelle lèvre avec la muqueuse que nous aurions pu attirer sur lui et y fixer par quelques points de suture, comme nous l'avions pratiqué d'autres fois, c'est parce que nous ne regardions pas cette précaution comme sérieusement utile, par la raison qu'il n'y avait qu'une des lèvres qui eût son bord saignant, et qu'il n'y avait pas dès lors à craindre qu'il se fît une cicatrisation qui risquât de rétrécir la cavité buccale.

Nous avons revu ces jours derniers notre opéré, qui depuis plus de trois mois était à la campagne. La nouvelle lèvre acquiert tous les jours un peu de cette sensibilité tactile propre à la lèvre naturelle. Il est d'ailleurs bien, et rien n'annonce jusqu'à ce jour que le cancer doive s'y reproduire.

Obs. II. — Elle a pour objet une opération de même nature, que je pratiquai en novembre 1846, à l'Hôtel-Dieu d'Aix, dans les circonstances suivantes :

Le nommé Roux, cultivateur d'une commune voisine d'Aix, âgé de cinquante-six ans, était atteint d'un cancer ulcéré de la lèvre inférieure, dont l'origine était ancienne, et qui occupait tout le bord libre de la lèvre, moins un demi-centimètre de la commissure labiale droite et un centimètre de la commissure labiale gauche, et s'étendait, en diminuant un peu de largeur, jusqu'à la partie de la lèvre adhérente au menton, ou jusqu'au sillon mento-labial, qui n'était pas dépassé par le mal. L'opération à faire consistait donc ici dans l'ablation de la tumeur ou de la presque totalité de la lèvre, et dans la formation d'une lèvre nouvelle. Je crus pouvoir l'entreprendre avec toutes chances de réussite.

Je ne décrirai pas minutieusement ici toutes les particularités de l'opération ; il me suffira de dire que je procédai de la même manière qui a été décrite dans l'observation précédente, et que tout s'y passa au gré de mes désirs, aucune contrariété n'étant venue menacer ou entraver le succès que nous attendions. L'opération ayant été pratiquée le 4 décembre, la cicatrisation fut complète le 25 du même mois ou le vingt et unième jour après l'opération.

Nous pûmes constater à cette époque, après que le malade eut la figure nettoyée et rasée, que le résultat obtenu était très satisfaisant; que la lèvre nouvelle était très régulière, de même que l'ouverture buccale; que de simples traces linéaires, qui se sont en grande partie effacées plus tard, dénotaient seules les points de réunion des lambeaux; que les joues qui avaient fourni ces derniers n'en étaient ni creuses ni trop tiraillées, comme on aurait pu le présumer. — Nous avons revu cet homme dix mois plus tard : le bon état de sa santé se maintenait; rien encore ne faisait présumer qu'il dût y avoir récidive du cancer. On ne se serait réellement pas douté alors, à voir sa figure régulière, qu'il eût subi une pareille mutilation de la face : le résultat avait donc été aussi satisfaisant que possible.

Comme la lèvre supérieure était intacte, nous n'avions pas à craindre en faisant l'opération que le bord libre saignant de l'inférieure s'y agglutinât ou s'y réunît; c'est pourquoi nous nous abstînmes encore de recouvrir ce bord avec la muqueuse relevée sur lui du lambeau, ce qui eût été compliquer sans nécessité notre opération.

Nous avons fait remarquer que, pour diviser ou tailler plus méthodiquement ou plus géométriquement nos lambeaux, nous avions eu la précaution de tracer légèrement, avec un petit pinceau trempé dans de la teinture d'iode, les lignes que devait suivre le bistouri. Cet expédient nous paraît digne d'être rappelé, parce qu'il nous semble pouvoir remplacer très bien les crayons dermo-graphiques qu'on a voulu proposer et que l'on a moins facilement sous la main.

Je n'ai pas songé dans l'une et l'autre opération à m'adresser aux procédés consistant, après l'ablation de la lèvre, soit à faire la traction vers la ligne médiane des parties externes que le mal n'avait pas envahies, soit dans le soulèvement de la peau du menton et du cou portée ensuite au-devant du maxillaire inférieur en s'aidant de la flexion forcée de la tête, parce que la perte de substance était trop considérable pour l'emploi du premier, et que le second me paraissait trop compliqué, sujet à trop d'inconvénients, soit que j'eusse voulu opérer d'après les préceptes de Chopart ou ceux de MM. Roux (de Saint-Maximin) et Lisfranc. Deux autres procédés devaient me faire espérer des résultats plus satisfaisants; savoir : celui indiqué par M. Malgaigne, qui conseille, après avoir enlevé la totalité du mal par une double incision en V, de prolonger les angles de la bouche de chaque côté par une incision transversale, et de ménager ainsi, par la dissection, deux lambeaux triangulaires dont on réunit ensuite les bords verticaux par des points de suture; ou bien celui qu'a surtout préconisé M. le professeur Serre, et auquel nous nous étions adressé avec avantage dans nos précédentes opérations de cheiloplastie, lequel devait consister ici à enlever carrément le mal, à réparer la perte considérable de substance qui s'ensuivrait par deux lambeaux pris sur chaque joue et détachés par une double incision transversale et parallèle, l'une supérieure et l'autre inférieure. C'est à ce dernier, qui nous paraissait le plus favorable, que nous nous adressâmes de préférence.

Si nous avions pu sérieusement craindre que nos lambeaux latéraux n'eussent pas été assez extensibles pour pouvoir constituer la lèvre à restaurer, nous aurions pu songer à adopter le procédé proposé par M. Sédillot à l'Académie de médecine dans la séance du 27 septembre 1847, et qu'il désigne sous le nom de procédé à double lambeau de la méthode indienne; mais l'expérience fournie par nos précédentes opérations nous attestait que la méthode par déplacement, telle que nous l'avons suivie, nous suffirait pleinement.

Nous nous sommes abstenu, dans les deux cas, de produire l'anesthésie à l'aide du chloroforme ; nous aurions craint que, pendant la période de l'éthérisme, l'inspiration fit involontairement pénétrer du sang dans les bronches. Si nous avions trouvé moins de force morale chez nos malades, nous nous serions plus sérieusement demandé si une pareille crainte devait ou non nous empêcher de recourir au précieux agent anesthésique. Mais l'un et l'autre supportèrent leur opération avec un courage vraiment stoïque; leur impassibilité semblait vraiment défier la douleur.

Physiologie comparée.

Observations sur les proportions de gaz acide carbonique exhalées par les chevaux dans l'état de repos, et après un exercice plus ou moins long ; et sur celles que laissent dégager les animaux de la même espèce dans divers états morbides ;

Par J.-L. LASSAIGNE.

Les expériences auxquelles nous nous sommes livré à différentes époques nous ont déjà fait connaître les proportions d'acide carbonique qu'exhalent en un temps donné les chevaux dans l'état de santé. Les résultats que nous avons obtenus nous ont permis de déduire plusieurs faits importants relatifs à l'hygiène des habitations destinées à ces animaux.

Dans le nouveau travail que nous présentons et qui a été entrepris avec le concours de notre collègue M. le professeur Bouley, nous avons essayé de déterminer dans une série d'expériences comparatives les changements qui étaient survenus dans l'air respiré par les mêmes animaux avant et après un exercice plus ou moins soutenu.

Tous les faits que nous avons observés l'ont été dans les mêmes conditions. L'air qui avait servi à la respiration des animaux était limité ; son volume renfermé dans la boxe où l'on expérimentait a été trouvé par le calcul de 47 mètres cubes 34, égalant 47,340 litres. C'est au milieu de cette masse d'air que l'animal était placé et respirait librement pendant une heure ; après ce laps de temps, une prise d'air était faite au moyen d'un flacon sec rempli de mercure qu'on débouchait auprès de l'animal dans l'écurie. Cet échantillon d'air, recueilli avec la précaution de bien boucher le flacon et d'en renverser l'ouverture dans du mercure, était transporté dans le laboratoire et soumis à l'analyse. Cette partie de l'opération était exécutée sur la cuve à mercure en absorbant d'abord le gaz acide carbonique par un solutum concentré de potasse caustique, et déterminant ensuite le rapport de l'azote à l'oxygène par la combustion lente du phosphore.

La proportion de gaz acide carbonique trouvée dans l'air respiré par l'animal a été calculée pour le volume d'air contenu dans la boxe où l'expérience avait été faite, et on a déduit de cette quantité celle que renferme l'air dans les conditions ordinaires.

Le volume d'acide carbonique produit, évalué en litres, a été corrigé des effets de la température et de la pression atmosphérique par le calcul ; c'est sur la proportion de ce gaz ramené à 0 température et à 0m76 de pression que l'on a calculé la quantité de carbone brûlé pendant une beure et ensuite pour un intervalle de 24 beures.

Le résumé des expériences entreprises est rapporté dans les tableaux que nous transcrivons ci-dessous.

Première expérience. (Cheval sain, avant l'exercice.)

Température + 15° ; pression atmosphérique	0 mèt.,	770
Volume d'acide carbonique produit en une heure	179 litres,	99
Volume à 0	170	42
Volume à 0m,760	172	66
Poids de ce gaz	341 gram.,	69
Carbonne brûlé en une beure	93,	38
Carbone brûlé en vingt-quatre heures	2241,	12

Deuxième expérience. (Cheval sain, après un exercice continué pendant un quart d'heure.)

Température + 15° ; pression atmosphérique	0 mèt.,	770
Volume d'acide carbonique produit en une heure	392 litres,	92
Volume du même gaz à 0	372,	02
Volume du même gaz à 0m760	376,	91
Poids de ce gaz	745 gram.,	90
Carbone brûlé en une beure	203,	63
Carhone brûlé en vingt-quatre heures	4887,	12

Troisième expérience. (Cheval sain, avant l'exercice.)

Température + 15° ; pression atmosphérique	0 mèt.,	770
Volume d'acide carhonique produit	355 litres,	05
Volume à 0	341,	84
Volume à 0m76	346,	33
Poids de ce gaz	685 gram.,	38
Carhone brûlé en une beure	187,	10
Carbone brûlé en vingt-quatre heures	4490,	40

Quatrième expérience. (Cbeval sain, après l'exercice.)

Température + 15° ; pression atmosphérique	0 mèt.,	770
Volume d'acide carhonique produit	397 litres,	65
Volume à 0	376,	49
Volume à 0m76	381,	44
Poids de ce gaz	754 gram.,	88
Carbone brûlé en une heure	206,	40
Carbone brûlé en vingt-quatre beures	4945,	68

Cinquième expérience. (Cheval arahe de pur sang.)

Sur un cheval de cette race il a été constaté que la proportion de carbone brûlé par heure *avant* et *après* l'exercice était la même ; elle s'est élevée à 232 grammes 48 ; ce qui porte la quantité pour vingt-quatre heures à 5 kil., 579, 59, ou 5579 gram., 59.

Ce fait présente donc une exception remarquable.

Sixième expérience. (Cheval affecté d'bydrothorax.)

Température + 15° ; pression atmosphérique	0 mèt.,	770
Volume d'acide carbonique produit	94 litres,	68
Volume à 0	93,	19
Volume à 0m76	94,	41
Poids de ce gaz	186 gram.,	83
Carbone brûlé en une heure	51,	
Carbone brûlé en 24 heures	1 k. 224.	

Septième expérience. (Cheval attaqué de tétanos traumatique.)

Température + 15° ; pression atmosphérique	0 mèt.,	76
Volume d'acide carbonique produit	601 litres,	29
Volume à 0	569,	30
Volume à 0m760	570,	40
Poids de ce gaz	1126 gram.	
Carbone brûlé en une heure	307,	6
Carbone brûlé en 24 beures	7382.	

Huitième expérience. (Cheval morveux).

Température + 15° ; pression atmosphérique	0 mèt.,	770
Volume d'acide carbonique	293 litres,	50
Volume à 0	277,	87
Volume à 0m760	281,	52
Poids de ce gaz	557 gram.,	12
Carbone brûlé en une heure	152,	09
Carbone brûlé en 24 heures	3650,	16

Neuvième expérience. (Cheval sain après l'exercice d'un quart d'beure.)

Température + 15° ; pression atmosphérique	0 mèt.,	770
Volume d'acide carbonique produit	397 litres,	65
Volume à 0	376,	49
Volume à 0m76	381,	44
Poids de ce gaz	754 gram.,	88
Carbone brûlé en une heure	206,	07
Carbone brûlé en 24 beures	4945,	68

Conclusions. — Les faits consignés dans le travail qui précède peuvent être formulés par les propositions suivantes :

1° La proportion de gaz acide carbonique exhalée par la respiration dans des temps égaux augmente le plus ordinairement chez le cheval après un exercice plus ou moins prolongé qui active les fonctions du poumon ;

2° Dans le cheval arabe de pur sang l'exhalation du gaz acide carbonique n'est pas sensiblement modifiée après une course plus ou moins longue; elle est toutefois supérieure à celle exhalée par des chevaux communs de race différente ;

3° Dans les affections où l'organe pulmonaire éprouve une gêne matérielle (comme dans l'hydrothorax), la quantité d'acide carbonique exhalée diminue considérablement ;

4° Les affections aiguës, inflammatoires, en excitant les fonctions du poumon, donnent lieu à un plus grand développement d'acide carbonique.

CORRESPONDANCE.

Pustule maligne.

Nous recevons d'un de nos collaborateurs la lettre suivante :

Monsieur le Rédacteur en chef,

Voici une observation de pustule maligne que je trouve dans la lettre d'un de mes amis exerçant en province. Le petit nombre de cas de cette maladie qu'il nous est donné d'observer à Paris, le soin avec lequel l'observation est rédigée, m'ont paru d'excellentes conditions pour lui assurer une place dans votre estimable journal.

Agréez, etc.

R.

Pustule maligne. — Phénomènes généraux très graves; marche rapide arrêtée par l'emploi des caustiques à l'extérieur, et l'usage des toniques à l'intérieur. — Guérison.

Par M. A. Henry, médecin au Muy (Var).

Observation. — M. C. est un jeune homme âgé de vingt-trois ans, jouissant d'une forte constitution et offrant un tempérament sanguin. Il exerce la profession de tanneur. Il se présente à moi dans la matinée du 25 janvier 1849, et me montre, au quart inférieur et sur le bord radial de l'avant-bras droit, un bouton lenticulaire percé à son centre d'un tout petit pertuis. Ce bouton est légèrement proéminent; son diamètre n'est guère que de 2 ou 3 millimètres. M. C. m'assure qu'il s'en est aperçu depuis deux jours à peine, et qu'il n'y a éprouvé aucune démangeaison. Il ajoute que la petite tumeur avait été précédée par une petite vésicule qu'il a déchirée en travaillant. La chaleur de la peau est très grande au pourtour de cette petite induration et dans une assez grande étendue. L'état général du malade est bon. Cependant il accuse de la fatigue, et sa langue présente un léger enduit saburral. Je conseille un topique simple, le repos absolu du bras, et je recommande à M. C. de me faire appeler s'il y avait progrès du mal. Le soir du même jour il survient de la céphalalgie, de la prostration, et la chaleur du bras augmente ; elle devient luisante au niveau de la tumeur. Le malade éprouve en ce point une sensation d'érosion. Cependant malgré tout cela, et malgré ma recommandation, vingt-quatre heures s'écoulent sans qu'on me fasse appeler. Aussi le lendemain matin, au moment de ma visite, je trouve M. C. extrêmement abattu et assoupi. Son pouls est fréquent, mais faible et dépressible. Tout l'avant-bras est le siége d'un engorgement élastique très considérable. C'est à ce point que l'avant-bras est trois fois gros comme l'avant-bras gauche, qui est sain. La sensation d'érosion a fait place à une sensation de pesanteur et d'engourdissement. Le bouton est noirâtre à sa

surface et insensible. Le cataplasme emporte avec lui des fragments pelliculaires, probablement les débris de l'aréole vésiculaire.

Aussi le doute n'était plus possible. La profession du malade, la marche de la maladie, locale d'abord, puis générale, son siége sur un point découvert, la tubercule lenticulaire et gangréneux, les débris de l'aréole vésiculaire, tout me rappelait une pustule maligne. Je crus à son existence, et je me déterminai à agir, et même, à cause des progrès rapides que la maladie avait faits en vingt-quatre heures, je me crus dans la nécessité d'agir avec énergie.

En conséquence, j'incisai crucialement sur le point qu'occupait le bouton, et de manière à dépasser de quelques millimètres les limites du mal. Ces incisions cruciales me permirent de dégager de ce point un noyau gangréneux gros comme une noix. Après cela je promenai dans les deux incisions une boulette de charpie trempée dans l'acide azotique. Malgré cette cautérisation, il s'écoulait un peu de sang par les plaies. Pour arrêter cette légère hémorrhagie, je plaçai entre les lèvres des plaies des tampons de charpie allongés en mèche et trempés aussi dans l'acide azotique. Puis je recouvris le tout de compresses trempées dans l'eau fraîche. Quand l'hémorrhagie fut complétement arrêtée, cet appareil fut remplacé par un pansement à plat. M. C. resta à peu près insensible aux incisions et à la cautérisation.

L'état général du malade m'inquiétait beaucoup. L'abattement et la prostration des forces, l'anéantissement de la sensibilité, la faiblesse et la dépressibilité du pouls jointes à une grande fréquence, révélaient un état d'adynamie très avancé. Je me souvins alors des louanges prodiguées par deux honorables professeurs de l'Ecole de Montpellier, MM. Golfin et Gaizergues, à la potion tonique suivante :

Résine de quina	4 grammes.
Sel d'absinthe	1 id.
Liqueur d'Hoffmann	30 gouttes.
Eau de fleurs d'oranger	30 grammes.
Eau de tilleul	90 id.
Sirop de gomme	30 id.

Les deux praticiens que j'ai cités plus haut attribuent des guérisons inespérées à l'administration de cette potion dans les affections gangréneuses. Je la prescrivis à M. C., et conseillai aux parents de la lui faire prendre par cuillerées d'heure en heure. Je prescrivis également deux demi-bouillons pour la journée.

L'influence favorable de cette médication, soit sur l'état local, soit sur l'état général, ne tarda pas à se faire sentir. Dès le second jour l'abattement des forces, l'anéantissement de la sensibilité et autres symptômes d'adynamie avaient cédé. Le pouls s'était relevé. En même temps le gonflement avait reculé ses limites vers le centre du mal. En ce point l'inflammation gangréneuse s'était bien arrêtée et modifiée.

Je prescrivis dès le quatrième jour des lavements légèrement chlorurés pour combattre la constipation, et un vomitif pour débarrasser les premières voies de l'enduit saburral qui les couvrait.

Au huitième jour après la cautérisation, il ne restait de cette maladie grave que les plaies en voie de guérison de l'incision cruciale que j'avais faite.

La terminaison de la pustule maligne n'est pas toujours aussi favorable. Son pronostic est généralement grave; méconnue, elle compromet l'existence ou laisse à sa suite des difformités plus ou moins considérables, suivant la partie du corps où elle a son siége; reconnue, elle fait courir au malade d'autant plus de dangers qu'on est plus éloigné du moment de son invasion. Rien ne manquait dans l'observation que nous venons de donner pour faire craindre une terminaison fatale. Nous voyons en vingt-quatre heures les phénomènes d'intoxication marcher avec une rapidité telle, qu'au bout de cette courte période de temps les symptômes d'adynamie sont arrivés à leurs dernières limites. Le succès était au moins problématique. S'il a été aussi complet, il faut l'attribuer, nous n'en doutons pas, à la conduite énergique autant qu'éclairée de notre estimable confrère. Du reste, ce n'est pas la première fois que nous sommes appelé à constater l'efficacité de la méthode combinée des caustiques à l'extérieur, et des toniques à l'intérieur contre la pustule maligne. L'habitude des hôpitaux nous a depuis longtemps édifié sur sa valeur. Aujourd'hui nous ne pouvons plus hésiter à en conseiller l'application.

Des bons effets de la proteine dans la carie.

Par M. TUSON.

Partant de ce principe, que la proteine fait la base des différents tissus du corps, le docteur Tuson a supposé que l'absence de cette matière peut favoriser le développement de certaines maladies et empêcher la guérison de quelques autres. En conséquence, il a commencé à l'administrer dans divers états morbides. Il est ainsi parvenu, dit-il, à modifier d'une manière favorable les ulcères gangréneux, et à obtenir les succès les plus imprévus dans le traitement des scrophules. Après avoir fait prendre deux fois par jour 10 grains de protaine à un jeune homme dont les os du métatarse étaient cariés, il a eu le bonheur de voir disparaître en deux mois, sous l'influence de sa médication, cette maladie, dont la gravité avait été auparavant jugée telle que l'on ne pensait plus qu'à l'amputation. Le docteur Tuson a obtenu un résultat aussi satisfaisant dans un cas de carie du tibia et des os du pied, et dans plusieurs cas de carie vertébrale. Ce praticien ne regarde pas seulement ce remède comme très avantageux dans la carie; il le vante aussi contre le rachitisme, la galactorrhée, les maladies de l'épine dorsale et les *affaiblissements*. La proteine a aussi, d'après M. Tuson, des propriétés apéritives et toniques bien prononcées.

Dix ou douze grains pris deux fois par jour suffisent pour un adulte, et cinq grains, également répétés matin et soir, pour un enfant.

Ce médicament peut être pris en poudre, seul ou mis sur du pain avec du beurre.

Du teucrium iva et du teucrium polium.

Le *teucrium iva* (L.) est une plante très répandue dans tout le bassin de la Méditerranée. C'est une des plantes les plus célèbres de la matière médicale arabe, où elle est connue sous les noms de *chengoura*, *chendegoura* et de *chender'oura*; quelques-uns la désignent aussi sous le nom de *leded-chenfouat*. On lui attribue jusqu'à 99 propriétés, et je ne sais vraiment quelle maladie elle ne guérit pas, depuis la lèpre et l'hydrophobie jusqu'aux maux si divers provenant de maléfices, tels que, par exemple, la stérilité et l'impuissance. Elle guérit même certaines passions de l'âme, telles que la jalousie et les querelles qui s'élèvent si souvent parmi les imparfaits mortels. A cet effet, on la met dans une amulette sur laquelle on prononce ensuite ces paroles :

« Les hommes sont les croyants; approche et ne crains pas, car » tu es du nombre des fidèles; approche et ne crains pas les sug- » gestions des pervers. »

Le *chendegoura* favorise les ventes et les achats, et fait disparaître les fourmis des lieux où on le dépose. Pour plus de détails sur cette plante, sous le rapport de ses propriétés et de son mode d'administration, selon le cas pour lequel on y recourt, nous renvoyons à l'ouvrage qui lui a été consacré par un auteur arabe sous le titre de *Traité de la plante dulcifiante*.

A Alger, on en use dans les débilités d'estomac, indisposition dont se plaignent bon nombre d'indigènes. Sa préparation à cet effet consiste à le mettre en poudre pour en faire avec du miel une pâte (*madjoune*, confiture), dont on avale tous les jours une petite portion.

Sans doute, les innombrables propriétés attribuées par les Arabes au *teucrium iva* permettent d'ajouter quelque créance aux vertus anticholériques de sa très prochaine parente le *teucrium polium* (1). En attendant les expérimentations dont celle-ci sera peut-être l'objet au point de vue du choléra, nous nous permettrons de recommander contre cette maladie les préceptes suivants :

Très propre soyez en tout point,
De la chambre jusqu'au pourpoint;
Très sobre aussi, même en la chose
Que vous nommer, ma foi, je n'ose; —
De fatigue point ne prenez,
Et de souci pas davantage :
Tout au contre, gai de visage,
Et point de choléra n'aurez.

—

Que si, pourtant, le mal arrive,
Alors très grand froid vous aurez :
Frottez-vous fort, — jusqu'à chair vive,
Tout en même temps chaud buvez.....
Advienne alors qu'au froid succède
Douce chaleur, bonne sueur, —
Rendez vite grâce au Seigneur,
Puis à d'autres venez en aide !

Ces quelques rimes rappelleront sans doute celles tout récemment lues à l'Académie de Médecine. Ce sont, en effet, ces rimes qui ont produit les nôtres, pour lesquelles nous demandons grâce au lecteur.

Alger, 20 avril 1849. Dr G.

(1) Il se pourrait que ces deux espèces fussent la même, car nos savants confrères de l'Académie de Médecine ne sont pas d'accord sur l'identité de l'espèce qui a été envoyée à l'Académie, envoi qui a été fait de Constantinople.

Société médicale des hôpitaux de Paris.

La *Société médicale des hôpitaux de Paris*, qui compte déjà plus de cinquante adhérents, est définitivement constituée.

Le bureau est ainsi composé :

MM. Andral, président ; Legroux, vice-président; Requin, secrétaire général ; Tardieu et Bébier, secrétaires ; Horteloup, trésorier-archiviste.

Membres du conseil d'administration. — MM. Martin-Solon, Gillette, Nonat, Bouvier et Gendrin.

Membres du comité de publication. — MM. Requin, Tardieu, Bébier, Horteloup et Valleix.

Nous rappelons que les séances sont publiques, et qu'elles ont lieu le deuxième et le quatrième mercredi de chaque mois, dans le local des Sociétés savantes, rue Taranne, no 12, à trois heures et demie.

NOUVELLES.

La séance de l'Académie des Sciences d'aujourd'hui a été consacrée à des objets étrangers aux sciences médicales.

— M. Poggiale, professeur de chimie au Val-de-Grâce, est nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— Le personnel de santé désigné pour les hôpitaux d'eaux thermales en 1849 est composé ainsi qu'il suit :

Hôpital militaire de Bourbonne.

MM. Férat, médecin principal de 1re classe.
Ballard, chirurgien principal de 2e classe.
Bard, pharmacien-major de 1re classe.
Comte, chirurgien aide-major de 1re classe.
Julien, Patézon, Bousquet, Lesprit, Besnier; Bigot, Scoutetten, chirurgiens sous-aides.

Hôpital de Barèges.

MM. Campmas, médecin ordinaire de 1re classe.
Duplan, chirurgien principal de 2e classe.
Claude, pharmacien, aide-major de 1re classe.
Dimulle, Mouillac, Corbière, Dours, chirurgiens sous-aides.

Hôpital militaire de Vichy.

MM. Barthez, médecin principal de 2e classe.
Besnier, Levé, chirurgiens sous-aides.

Hôpital militaire de Guagno.

MM Gaudineau, médecin ordinaire de 2e classe.
Grimal, pharmacien aide-major commissionné.
Lacan, chirurgien sous-aide.

— Le docteur Ricord commencera son cours clinique sur les maladies vénériennes samedi prochain, 19 mai, à l'hôpital du Midi, et le continuera les mardis, jeudis et samedis.

Les visites auront lieu tous les jours à huit heures ; les leçons à neuf heures, les jours indiqués.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tons les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 16 MAI 1849.

Marche du choléra.

L'épidémie se maintient dans le plus fâcheux *statu quo*. Le nombre des cas nouveaux admis ou développés dans les hôpitaux civils est à la vérité moins considérable que celui de vendredi et de samedi, mais il est supérieur à celui de dimanche. Ce jour-là, le nombre des cas nouveaux était de 106; dans les dernières quarante-huit heures il a été de 222, c'est-à-dire de 111 par jour.

Dans toutes les parties de la ville, la maladie sévit avec la même intensité que dans les hôpitaux; les rapports des nombreux confrères que nous avons consultés nous le démontrent suffisamment; mais l'administration continue à refuser avec la même obstination toute espèce de renseignement, pour des raisons qu'il est difficile de comprendre et encore moins d'approuver.

On trouvera dans le tableau suivant le nombre des individus atteints, celui des décès et des guérisons.

HOSPICES.	NOMBRE DE CAS.	DÉCÈS.	SORTIES.
Salpêtrière	1020	706	185
Bicêtre	140	93	18
Ménages	39	28	8
Incurables (hommes)	5	4	1
Incurables (femmes)	1	1	»
Larochefoucauld	5	3	»
Sainte-Périne	1	1	»
HÔPITAUX CIVILS.			
Hôtel-Dieu	794	372	245
Charité	387	222	107
Pitié	447	215	148
Saint-Louis	409	183	108
Beaujon	265	129	54
Necker	110	52	50
Enfants-Malades	49	19	18
Saint-Antoine	103	53	32
Cochin	41	16	18
Sainte-Marguerite	87	41	29
Bon-Secours	94	47	24
Cliniques	26	20	6
Maison d'accouchement	1	»	»
Lourcine	21	5	4
Maison de Santé	52	27	13
Prison de Saint-Lazare	38	16	5
HÔPITAUX MILITAIRES.			
Invalides	28	23	2
	4153	2276	1073
Report,	4153	2276	1073
Val-de-Grâce	303	80	146
Gros-Caillou	431	136	150
Hôpital militaire du Roule	264	122	48
Hôpital milit. Popincourt	100	43	»
Total,	5231	2657	1417

Dans l'augmentation qui a eu lieu pendant les deux derniers jours, la Salpêtrière continue à tenir un rang exceptionnel, c'est-à-dire que cet établissement souffre toujours beaucoup plus que le reste de la population des alteintes de l'épidémie. La mortalité continue également à y être plus forte qu'ailleurs.

Nous avons déjà eu l'occasion de signaler l'accroissement de gravité qui a accompagné la recrudescence; mais nulle part cet accroissement n'a été plus frappant qu'à l'hôpital militaire de Popincourt. La faible mortalité qui avait eu lieu dans cet hôpital pendant la première période de l'épidémie, et sur laquelle nous avions appelé l'attention sans y attacher plus d'importance que le médecin en chef lui-même, s'est tout à coup transformée en une mortalité très considérable, quoique le traitement, qui avait paru d'abord si avantageux, n'ait en rien été modifié. Ainsi, sur 14 entrées qui ont eu lieu du 10 au 12 mai, il y a eu 10 décès, et aujourd'hui, sur le nombre total des attaques, qui est de 100, le chiffre des décès s'élève à 43; triste revirement, qui prouve une fois de plus combien, ainsi que les destins, les résultats thérapeutiques du choléra sont changeants.

Nous avons pu voir dans le même hôpital, service de de M. Lacauchie, deux cas qui pourront intéresser notre confrère M. Vidal; ce sont deux vénériens qui ont été pris subitement d'un choléra très grave, auquel l'un des malades a succombé dans deux heures; le second est dans un état fâcheux, et succombera très probablement plus tard.

Enfin, M. Boudier nous a fait part d'un cas qui n'est pas sans analogue, et qui pourra avoir son intérêt pour ceux qui voudront tracer une histoire générale de l'épidémie.

Le choléra en province.

Nous continuons à recevoir de diverses parties de la France des renseignements sur l'invasion et la marche du choléra dans un grand nombre de localités. Dans aucune de ces localités, l'épidémie ne revêt un caractère très grave; presque partout même, la gravité est moindre qu'à Paris: à Nantes, par exemple, où l'épidémie a éclaté le 11 avril, il n'y a eu jusqu'à ce jour que 21 cholériques, dont 12 ont succombé. A Laval, la proportion est analogue; on a remarqué que, dans cette dernière ville, plusieurs personnes de la classe très aisée ont été fatalement atteintes. A Troyes, l'épidémie paraît s'être arrêtée après avoir fait seulement six ou sept victimes.

Obsèques de M. Berlier, interne en médecine, à la Salpêtrière.

Hier, mardi, ont eu lieu les obsèques du jeune confrère dont nous avons eu la d[illegible]r d'annoncer la mort avant-hier.

Tout s'est passé avec le plus grand ordre, avec la dignité la plus parfaite pendant cette triste et touchante cérémonie. L'administration et le corps médical ont également bien compris les respectueux hommages qu'ils devaient à la mémoire de ce jeune soldat de l'humanité, frappé avant l'âge dans l'accomplissement du plus saint des devoirs.

L'administration était représentée par MM. Davesnes, directeur-général des hôpitaux; Blondel et Censier, chefs de division; Dubost, secrétaire-général; Aimey, directeur de la Salpêtrière; et Thierry, ancien directeur provisoire de l'administration.

Une députation composée de MM. Baillarger, Falret, Lafont, Guillot, Piédagnel et Giraldès, représentait le corps médical des hôpitaux.

Le corps tout entier des internes et un grand nombre d'élèves externes s'étaient empressés de venir rendre un pieux hommage à un infortuné collègue.

Beaucoup d'étudiants en médecine s'étaient associés à eux

Enfin les élèves du Val-de-Grâce avaient eu la fraternelle pensée de se faire représenter par une députation à cette touchante cérémonie.

Le corps du défunt a été porté par six internes à sa dernière demeure.

Un des internes de la Salpêtrière, M. A. Labal, a rappelé, dans quelques paroles empreintes d'un sentiment élevé, les qualités qui recommandaient son ami à la considération du corps médical et à l'estime de tous les honnêtes gens.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. LÉVY.

Recherches anatomo-pathologiques sur le choléra-morbus;

Par M. MASSELOT, chef de clinique.

(Suite et fin du numéro précédent.)

Infiltration sanguine. — Cette dernière altération peut se rencontrer dans presque tous les organes qui ont offert des ecchymoses; mais on la trouve principalement dans la région postérieure des poumons, sous forme d'engorgements ou de noyaux d'un rouge noir ou violacé, dont le volume varie entre celui d'une petite noisette et celui d'une grosse noix. Leur nombre est très variable. A l'incision, ils laissent écouler une notable quantité de sang noir, et présentent une légère saillie à la surface de la coupe. Dans quelques-uns, assez résistants, la structure pulmonaire est encore reconnaissable après le lavage; les autres, semblables à un caillot de sang veineux, d'un noir de jais et luisants, donnent bien, au toucher, la sensation d'un corps dur; mais par la plus légère pression ils s'écrasent, et il est impossible, même après le lavage, de reconnaître la texture et les éléments du tissu pulmonaire dans la partie centrale du noyau.

La coupe de ces engorgements sanguins est lisse et nullement granulée. Autour des noyaux infiltrés, le tissu pulmonaire est très hypérémié, et l'on trouve du sang noir liquide dans quelques ramifications bronchiques. On voit, par ces faits, dans quelle erreur sont tombés les médecins qui ont écrit « que les poumons, dans les cas où le choléra n'était

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique de la fièvre jaune observée à la Nouvelle-Orléans;
par le docteur P. FRÉDÉRIC THOMAS.

Fièvre jaune, peste, typhus et choléra-morbus, voilà quatre maladies qui, sans être une seule et même chose, peuvent et doivent évidemmment être rangées dans la même classe nosologique (typhus), quel que soit le point de vue sous lequel on veuille les envisager. Nous croyons qu'un médecin instruit qui aurait vu par lui-même ces quatre maladies, qui les aurait consciencieusement observées, et qui serait doué de quelque talent de généralisation, ferait un travail utile et avancerait plus la science que les nombreux auteurs qui, n'ayant vu que l'une ou l'autre d'entre elles, ne possèdent pas tous les éléments nécessaires pour établir la solution de bien des points encore obscurs de leur histoire. Malheureusement, il en est peu qui se trouvent dans des conditions aussi favorables à l'étude des maladies toxhémiques. Tous les médecins ont vu le typhus d'Europe, beaucoup maintenant ont vu le choléra, ce typhus de l'Asie, qui est déjà deux fois venu nous rendre visite. Mais un bien petit nombre ont observé la peste, que nous considérons comme le typhus d'Afrique; un petit nombre aussi ont vu la fièvre jaune, typhus d'Amérique. Et s'il est quelqu'un de nos confrères qui ait rencontré ces quatre formes de typhus, un motif quelconque l'aura sans doute empêché de nous tracer cet intéressant tableau parallélique duquel découleraient, nous n'en doutons pas, de grands enseignements. Ce serait, suivant nous, une grande et belle mission que devrait confier à un homme éclairé, bon observateur et écrivain distingué, un gouvernement qui serait soucieux du progrès de la science. Un ouvrage bien exécuté sur cette large donnée ne pourrait manquer d'être un monument précieux qui ferait honneur au pays de l'auteur.

En attendant que cette idée soit mise à exécution, si jamais elle doit l'être, remercions du moins ceux de nos confrères qui ont passé plusieurs années dans les pays où règne l'une ou l'autre de ces maladies de payer leur contingent par des travaux isolés qui, consciencieusement élaborés à l'aide de l'observation clinique, fournissent des éléments utiles à l'étude de la pathologie générale et de la pathologie spéciale.

Au nombre de ces dernières, nous mettrons le livre que vient de publier sous le titre de *Traité pratique de la fièvre jaune*, notre honorable confrère, M. Thomas. Pendant près de trente ans, M. Thomas a habité la Nouvelle-Orléans, où il a été témoin de plusieurs grandes épidémies. Et à ce propos, nous devons signaler un fait qui donnera tout d'abord à nos lecteurs une favorable opinion de la modestie et de la bonne foi de M. Thomas. En 1823, après cinq ans de séjour en Amérique, après avoir vu les trois grandes épidémies de 1819, de 1820, de 1822, M. Thomas publia un *Essai sur la fièvre jaune*, travail consacré à relater principalement les observations faites par lui, et dans lequel il enseignait sa manière de voir sur la nature de la maladie. Eh bien, aujourd'hui, l'auteur avoue qu'il s'était trop pressé d'écrire et de publier. Il a reconnu, il l'avoue franchement, qu'il s'est trompé sur plusieurs points importants, qu'il a émis alors des opinions que depuis il a reconnues erronées. Pour n'en citer qu'une, il disait, en 1823, que la maladie devait être considérée comme agissant d'abord en général sur le système sanguin, et ensuite sur le système nerveux. Cette opinion, qui résultait de l'observation des épidémies auxquelles il avait assisté, fut démentie depuis pendant celles de 1837 et de 1839, où le système nerveux fut presque toujours primitivement affecté. Ce sincère aveu donne bien plus de prix au travail actuel, qui est bien certainement le fruit de l'expérience, puisqu'il est fondé sur le résumé de faits recueillis dans le cours de vingt-huit de ces épidémies annuelles qui désolent la Nouvelle-Orléans.

Arrivons à l'analyse du livre de M. Thomas.

Il est divisé en sept chapitres. Dans le premier, l'auteur traite de la topographie et de la géographie des lieux où existe habituellement la fièvre jaune. Il envisage les questions de position, de température, d'hygrométrie, etc., et de son étude il déduit cette conclusion: que les lieux bas et humides, marécageux, contenant des matières animales en putréfaction sont plus exposés que les autres au développement de l'épidémie. Mais il faut aussi le concours d'une température élevée; en un mot, il est persuadé que partout où une chaleur intense unie à un foyer d'infection existera pendant un certain temps, la fièvre jaune pourra se développer si les individus qui habitent ces endroits sont aptes à la contracter.

De ce chapitre à celui des causes, la liaison est naturelle; là sont indiquées les causes générales, ici vont l'être les causes particulières commentées suivant leur valeur et leur énergie. Et d'abord, la chaleur; 26 ou 27° C. au moins sont de toute nécessité. Au-dessous, elle ne se montre pas, et rien d'étonnant à cela, puisque les foyers d'infection ne se forment que par la putréfaction de débris organiques, lesquels dégagent des miasmes délétères. Puis l'humidité, nécessaire aussi à cette décomposition organique, l'encombrement. Pour les causes individuelles, le non acclimatement, la frayeur, un refroidissement subit, etc.

pas compliqué d'une lésion primitive aiguë ou chronique de ces organes, étaient exempts de toute lésion de structure. » Dans un fait qui vient de se passer sous mes yeux, j'ai pu constater ces noyaux sur le cadavre d'un homme mort *sept* heures après l'invasion de la maladie, et qui était parfaitement bien portant et robuste avant l'attaque de choléra. Le tissu pulmonaire était d'ailleurs sain partout où il n'y avait pas de noyau.

La même altération a été observée dans le foie; elle était subjacente aux taches violacées et ecchymotiques qui en marbraient la surface. Une pression progressive et médiocre sur ces points produisait une dépression persistante, puis la déchirure du tissu hépatique.

Nous avons vu une fois une lésion semblable, mais moins étendue, dans les reins. Ces organes ont ordinairement présenté une hypérémie très remarquable; aussi, la surface des coupes se recouvrait-elle constamment d'une couche assez épaisse de sang noir. Après le lavage, on constatait presque toujours la présence d'ecchymoses dans le tissu des reins, et parfois des bandelettes ecchymotiques noires, de 2 à 3 millimètres de largeur, placées entre la substance corticale et les cônes qu'elles contournaient.

Dans l'intérieur du tube digestif, depuis l'estomac jusqu'à l'anus, on trouve disséminées ou groupées, à des intervalles très inégaux, des saillies [illegible] élevées, sous forme de plaques rouges et violacées, dues à l'infiltration du sang dans l'épaisseur de la membrane villeuse. Cette membrane ainsi infiltrée est toujours plus ou moins ramollie, friable, et devient saignante par une pression exercée autour de la plaque.

Dans cinq cas, cette infiltration sanguine a été observée pendant la vie dans la conjonctive oculaire, où elle a occupé de préférence tout le sillon oculo-palpébral inférieur.

Exsudations et foyers sanguins. — Il est un degré d'altération plus avancé que les précédents que l'on peut encore rencontrer dans la première période du choléra avant la réaction, c'est l'hémorrhagie à la surface des muqueuses, et la formation de petits foyers sanguins soit à la périphérie, soit dans les parties centrales des organes parenchymateux.

Ainsi dans le canal alimentaire on trouve le sang, qui a transsudé de la muqueuse digestive, tantôt entièrement mêlé au liquide cholérique, tantôt en partie à l'état de mélange, et en partie pris en caillots noirs, mous, fixés à la muqueuse sur les saillies dont il a été question; c'est surtout dans le gros intestin qu'on a rencontré ces caillots.

La muqueuse bronchique est ordinairement d'un rouge brun ou violacée; ses vaisseaux et ceux qui rampent dans le tissu cellulaire sous-jacent sont gorgés de sang noir, et il n'est pas rare de trouver çà et là dans les bronches une légère exsudation sanguinolente spumeuse ou non. Ces lésions rendent compte des épistaxis, des hémoptysies, des hématémoses et des entérorrhagies, que nous avons observées pendant la vie chez quelques cholériques.

Plusieurs fois nous avons trouvé la plèvre décollée et séparée du tissu pulmonaire par du sang épanché à la superficie des poumons. Une incision faite à la séreuse permettait au sang de s'écouler spontanément ou au moyen d'une légère pression, et il restait une petite cavité oblongue et irrégulière.

Le tissu pulmonaire en contact avec le sang épanché était infiltré de sang et semblait parfois comme érodé et ramolli.

Dans le tiers postérieur des poumons, et plus rarement dans les sommets, on a rencontré de semblables foyers sanguins. Il était très difficile de reconnaître s'il y avait destruction ou déchirure seulement du tissu pulmonaire infiltré. On les a trouvés encore dans le foie chez trois sujets, et une fois dans la rate. Dans ce dernier cas ils étaient nombreux, et les plus volumineux avaient la grosseur d'un haricot. Ils formaient à la surface et à l'intérieur de l'organe autant de petits corps noirs qui se détachaient très facilement de la masse de la rate, et laissaient après leur enlèvement une petite cavité dont les parois étaient un peu congestionnées, mais de consistance normale.

Gangrène. — Dans trois cas le gros intestin présentait cette lésion que quelques auteurs ont décrite chez les cholériques, sous le nom de gangrène de l'intestin, et dont ils n'ont pas exactement décrit tous les éléments. Elle se présente sous forme de plaques très dures, très saillantes au-dessus du niveau des parties environnantes, et ne s'effaçant pas par une forte pression.

Ces saillies ne sont pas dues à la membrane villeuse, qui n'est altérée que dans sa consistance, dans sa couleur, et se présente, quand elle existe encore, dans un état pultacé, mollasse, avec une teinte livide, jaunâtre ou noirâtre, sans odeur appréciable de gangrène; mais cet épaississement est causé par une altération particulière du derme (membrane fibreuse des auteurs) sous-jacent à la membrane villeuse. Il m'a paru devoir être rapporté en partie à l'infiltration du derme par une matière blanche analogue à celle que l'on trouve dans les follicules altérés et tuméfiés qui avoisinent ces plaques. L'altération de ces plaques n'est pas partout au même degré. Sur quelques-unes on trouve la membrane villeuse à l'état sain; sur d'autres elle est rouge, infiltrée de sang, ou bien jaune, brunâtre, ramollie, et en partie détruite; enfin il en est où la membrane villeuse est en débris, en filaments, ou entièrement détruite, ainsi qu'une bonne partie de l'épaisseur du derme; dans certains cas même le fond de l'ulcération repose sur le tissu musculaire. L'injection vasculaire paraît ne pas accompagner cette altération; le derme, partout où il est épaissi, est d'un blanc mat ou d'un gris jaunâtre.

Il me paraît convenable de placer immédiatement à côté des lésions que je viens d'indiquer des altérations qui, pour n'être pas absolument constantes, comme les précédentes, semblent cependant appartenir particulièrement à la première période du choléra. Ainsi la psorentérie, la rétraction de certains tissus et du tissu musculaire en particulier, puis les modifications survenues dans les sécrétions des membranes muqueuses et séreuses, et dans la sécrétion urinaire.

Psorentérie; tuméfaction des plaques de Peyer.

Sur quarante-quatre ouvertures faites chez des cholériques, nous avons rencontré quarante-trois fois la psorentérie à tous les âges de la maladie. Chez des sujets morts après huit et vingt-quatre heures d'invasion soudaine, nous avons trouvé la psorentérie développée dans toute la longueur du tube digestif, à la base de la langue et dans le pharynx, dans l'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin; il existait même dans trois de ces cas, à la surface de la muqueuse laryngienne, une éruption psorique tout à fait semblable à celle de l'intestin.

Nous avons encore trouvé la psorentérie chez des sujets qui ont succombé douze jours après l'invasion bien dessinée du choléra.

La confluence et le volume de l'éruption psorique n'ont pas de rapport constant avec l'âge de la maladie. Dans les cas où la mort est arrivée dans les quarante-huit premières heures, nous avons vu la psorentérie tantôt confluente, générale et volumineuse, tantôt très rare, très fine, et n'occupant que le dernier mètre de l'intestin grêle. Chez d'autres qui n'avaient succombé qu'après dix ou douze jours, nous l'avons rencontrée tantôt bornée à la partie inférieure de l'intestin grêle et disséminée, tantôt nombreuse et siégeant dans la portion pylorique de l'estomac, dans une bonne partie de l'intestin grêle et dans les colons. Mais si la confluence et le volume de la psorentérie sont indépendants de la durée de la maladie, il n'en est plus de même de ses caractères anatomiques. M. le professeur Lévy a fait ressortir cette particularité que, dans les cas de mort rapide, l'éruption psorique dans le tube digestif, qu'elle soit fine ou volumineuse, rare ou confluente, est entièrement blanche. Lorsque la mort n'a lieu qu'après huit ou douze jours, on trouve les follicules rosés, injectés, infiltrés de sang; leur orifice est tacheté d'un pointillé noir; quelques-uns sont ulcérés, ce qui est rare; mais ces altérations appartiennent aux lésions secondaires, et ne sont pas le fait immédiat du choléra.

La psorentérie n'a manqué qu'une seule fois, chez un malade qui est entré le 15 avril et a succombé le 19. Le 15 et le 16, quatre à cinq selles peu abondantes, d'un blanc jaunâtre, troubles, avec grumeaux et flocons blancs. Les jours suivants les selles, encore moins abondantes, étaient devenues bilieuses et roussâtres. L'autopsie a été faite vingt heures après la mort. Nous avons trouvé l'intestin dans l'état suivant: On ne voit pas la plus légère trace de psorentérie, ni de développement des plaques de Peyer, même en plaçant l'intestin entre l'œil et la lumière. La muqueuse de l'intestin grêle est d'une couleur rosée générale dans la moitié supérieure, et présente dans sa moitié inférieure une coloration d'un rouge brun ou vineux uniforme, passant au violet après le contact de l'air. La muqueuse n'est pas recouverte de la matière visqueuse blanche cholériforme, qui est ici remplacée par une couche de mucus poisseux, sanguinolent, très adhérent. La muqueuse, dans l'estomac, dans l'intestin grêle, et notamment dans le gros intestin, présente un assez bon nombre de taches saillantes dues à des infiltrations sanguines; plusieurs de ces taches sont recouvertes de sang noir transsudé resté liquide ou coagulé. La partie saillante des valvules conniventes et des plis transverses du gros intestin est d'un rouge violacé, et çà et là infiltrée de sang. Le calibre et la longueur de l'intestin sont très notablement diminués. L'épaisseur des parois intestinales est partout augmentée. La membrane villeuse, de bonne consistance, se détache, en la roulant sur elle-même avec le dos du scalpel, en très grands lambeaux, qu'on peut ensuite dérouler sans les briser; il n'y a que dans les points infiltrés qu'elle semble un peu ramollie. Dans le cas dont il est question, la psorentérie avait-elle existé, et avait-elle déjà disparu?

Depuis (13 mai), nous avons fait l'autopsie d'un infirmier qui, entré à onze heures du matin, est mort à dix heures du soir. Il avait eu une diarrhée prodromique de dix jours.

Le 11 mai, sont survenus brusquement crampes, vomissements; puis, état algide, cyanose noirâtre, disparition du pouls radial et carotidien; cessation des évacuations; prostration extrême, terreur, voix éteinte. — La psorentérie n'était très apparente que dans le dernier décimètre de l'iléon, presque nulle au-dessus.

Dans tous les cas où existait la psorentérie, nous avons toujours remarqué le développement d'un certain nombre de plaques agminées dont les surfaces présentaient la même éruption psorique que les parties environnantes.

Quand la maladie avait duré huit jours et plus, on rencontrait quelques plaques à pointillé noir, entremêlées ou non de plaques légèrement soulevées et infiltrées d'une matière blanc-grisâtre. Nous n'avons vu que ces plaques de *barbe faite* chez un nommé Martinage, qui a succombé au quatorzième jour, après une apparente convalescence de deux jours, à une pneumonie lobulaire (hépatisation grise) coïncidant avec le retour de l'albumine dans les urines.

Rétraction. — Un fait bien remarquable, c'est la rétraction qu'éprouvent certains tissus de l'économie, et notamment le tissu musculaire, rétraction qui s'opère pendant les crampes, qu'on peut suivre de l'œil à la face et aux membres, et qu'on voit coïncider avec l'amaigrissement, le grippement de la face, le développement de la cyanose, et le plissement de la peau.

Nous avons vu, dans des cas rapidement mortels, la cyanose, la suspension de la circulation, le faciès hippocratique, l'enfoncement des yeux, le plissement de la peau, l'amaigrissement *apparent*, accidents qu'on attribue à l'abondance des vomissements et des déjections alvines, se développer au plus haut degré en quelques heures chez des malades atteints subitement au milieu d'une bonne santé, et qui n'avaient pas perdu, y compris, la tisane bue, deux litres de matière liquide. Ces effets se réalisent parfois avec une incroyable rapidité, dans l'espace de quelques heures, de manière à rendre parfois le malade méconnaissable. M. Lévy nous a fait remarquer plus d'une fois l'instantanéité du grippement facial, l'excavation orbitaire augmentant visiblement par l'effet des crampes atroces dont nous étions témoin.

A l'autopsie, on trouve les muscles saillants et raccourcis, denses, très consistants.

Le ventricule gauche du cœur est excessivement dur au toucher; on dirait un corps tout à fait compact; c'est qu'en effet sa cavité est presque complétement effacée. A la première vue, on croirait avoir affaire à une hypertrophie concentrique très prononcée, apparence que M. Lévy nous a fréquemment signalée dans l'examen de cœurs appartenant à des cadavres encore rigides.

Le tube digestif, dans les cas de mort rapide avec prédominance des crampes, des constrictions épigastriques et abdominales, et des douleurs lombaires, est notablement diminué dans sa longueur, rétréci dans son calibre; les valvules conniventes saillantes se touchent ou se recouvrent les unes les autres, tant se trouvent effacés les espaces inter-valvulaires. Le mésentère lui-même a son attache à l'intestin, est rétracté, plissé sur lui-même, et forme des nodosités qui embrassent une partie de l'intestin.

C'est ici le lieu de signaler une lésion qui ne paraît pas avoir été notée, savoir, la tuméfaction des ganglions mésentériques. Ces petits organes, qui peuvent acquérir, au maximum, le volume d'une amande, présentent à leur surface

---

Nous ne parlerons ni de la description très complète et très fidèle de la maladie, mais qui est bien connue, théoriquement au moins, de tous les médecins; ni des observations particulières rapportées à l'appui; ces observations sommaires, choisies dans diverses épidémies, sont destinées, non-seulement à prouver l'exactitude de la description générale de la maladie, mais à montrer la différence des symptômes, suivant qu'elle revêt tel ou tel caractère. Ces observations seront lues avec d'autant plus d'intérêt que leur nombre n'est pas très élevé. Par une sobriété de bon goût et qui sera appréciée de ses lecteurs, M. Thomas n'a publié que neuf faits des plus intéressants, et qui lui suffisent pour caractériser les principales variétés de la maladie. M. Thomas n'est pas de ceux qui croient avoir fait un livre parce qu'ils ont farci un gros volume de deux ou trois cents observations; il préfère les envisager dans leur ensemble, en ne donnant que les plus remarquables comme spécimen, s'il nous est permis de nous exprimer ainsi, de ce qu'il aurait pu faire en ce genre.

Dans le cinquième chapitre, M. Thomas trace le résumé des divers traitements employés, conseillés ou préconisés, en l'accompagnant de considérations pratiques sur leur utilité, leur efficacité vraie ou fausse, leur vogue plus ou moins méritée, les effets qu'ils produisent en général; mais, sur la promesse que nous avait faite l'auteur dans son introduction, nous avons cherché en vain dans ce chapitre la définition du traitement que l'expérience a démontré le plus convenable et le plus rationnel. Nous convenons qu'à la rigueur une lecture attentive et méditée de ce chapitre conduira les praticiens à reconstruire ce traitement dans son intégralité, du moins à peu près; mais il faudra, pour le faire sortir de cette discussion, un travail d'analyse qu'il eût peut-être été utile d'épargner au lecteur. Une ou deux pages présentant ce résumé thérapeutique fait par M. Thomas lui-même, qui s'est montré, dans le reste de son livre, plus capable que qui ce soit de l'esquisser à grands traits, nous eussent paru une bonne chose, et que nous l'engageons à essayer si, comme nous l'espérons, il donne une seconde édition de son important travail.

Comme pièces justificatives de ses tendances thérapeutiques, l'auteur a fait suivre la discussion de ces divers traitements de l'exposé d'un certain nombre d'autopsies cadavériques faites dans le but de déterminer le siége des lésions organiques que l'on rencontre d'ordinaire chez les individus qui succombent à la fièvre jaune.

Ici encore, nous devons le dire, nous eussions désiré trouver quelques réflexions sur ce que l'on est convenu d'appeler la nature de la maladie. Nous savons bien que l'opinion de l'auteur ressort de la contexture même de l'ouvrage, et peut facilement se déduire de son ensemble. Mais, sous forme de conclusions nettes et tranchées, il lui a été très aisé de résumer sa manière de voir à ce sujet. M. Thomas nous pardonnera ces quelques réflexions critiques; elles témoignent, à notre avis, et du soin que nous avons mis à lire son livre, et de l'intérêt que nous avons pris à cette lecture.

Aux hommes sérieux, nous ne devons pas des louanges banales et sans restriction, nous devons la vérité; et, dans notre manière de procéder à son égard, nous sommes persuadé que notre honorable confrère ne verra que l'expression d'une bienveillance dont ses travaux le rendent tout à fait digne.

Dans son sixième chapitre enfin, M. Thomas examine en détail et avec le plus grand soin la question de la contagion de la fièvre jaune; question si longtemps controversée, non encore résolue pour beaucoup de médecins, pas plus pour la fièvre jaune que pour la peste et le typhus, et qui commence à s'agiter depuis quelques semaines devant les corps savants au sujet du choléra-morbus. Sans entrer dans les détails de cette discussion, toute basée sur des faits authentiques, nous dirons que, pour M. Thomas comme pour Chervin, de si regrettable mémoire, *la fièvre jaune n'est pas contagieuse* dans l'acception rigoureuse du mot (transmission par contact), mais bien *infectieuse* seulement; d'où découle naturellement l'inutilité des lazarets, des quarantaines, des cordons sanitaires, si préjudiciables au commerce et aux relations internationales.

Nous mentionnerons, en terminant, un dernier chapitre, qui peut être considéré comme un appendice, et qui contient la description sommaire de la dernière épidémie observée par l'auteur à la Nouvelle-Orléans, en 1847. En corroborant tout ce que contient son travail, cette relation prouve, suivant lui, d'une manière irréfragable, la supériorité du traitement symptomatique sur tous les autres et sa constante rationnalité.

Nous n'avons pas besoin d'en dire davantage sur le livre de M. Thomas pour prouver que nous le regardons comme un travail de la plus haute valeur, et qui restera comme un véritable traité pratique que ne pourront se dispenser de consulter tous ceux qui voudront désormais écrire sur le typhus américain.

D[r] A. Foucart.

---

extérieure une couleur blanche remarquable, qui tranche nettement sur la couleur gris-rosé des parties environnantes. Ils sont aplatis d'avant en arrière. A l'intérieur, les uns sont entièrement blancs, et la pression fait sourdre sur le bord de la coupe un liquide laiteux, semblable à celui qui est contenu dans la psore intestinale. Les autres, d'un blanc rosé ou d'un gris rosé, donnent, par la pression, un liquide blanc avec des traces de sang. Ni les uns ni les autres ne sont ramollis ni friables.

C'est à la rétraction générale et en tous sens de certains tissus qu'il faut probablement rapporter l'excavation des yeux, le grippement de la face, l'amaigrissement *apparent*, l'augmentation d'épaisseur des parois du tube digestif, la réduction de la capacité de la vessie à celle d'une grosse noix, et la diminution du calibre de l'urètre. Peut-être aussi cette rétraction se fait-elle sentir dans le tissu musculaire des bronches, et contribue-t-elle à produire la dyspnée, l'anxiété qui tourmentent tant les malades.

Altérations de sécrétion. — Un fait bien remarquable, presque constant et observé par M. le professeur Lévy dès l'apparition du choléra, c'est la présence de l'albumine dans l'urine. Les recherches faites à ce sujet par le savant professeur du Val-de-Grâce semblent devoir faire admettre que l'albumine renfermée dans l'urine est en proportion de la gravité de la maladie, de telle sorte que la constatation de la présence et l'évaluation quantitative d'albumine deviennent des signes diagnostiques et pronostiques aussi constants que certains.

La convalescence confirmée a toujours coïncidé avec la disparition de l'albumine, comme les rechutes avec le retour de ce même signe. C'est encore l'état des urines qui permet de vérifier le degré de liaison des maladies consécutives avec l'influence épidémique, et de prononcer s'il y a intercurrence, complication ou simplement évolution continue. Dans les pneumonies réactionnelles, l'urine reste plus ou moins albumineuse jusqu'au moment où elle devient critique, et c'est ce qui décide M. Lévy à les appeler pneumonies cholériques. Dans un cas de méningite cérébro-spinale notablement influencé par le choléra, l'urine était à la fois albumineuse et ictérique, et à l'autopsie on a trouvé l'exsudation purulente de la pie-mère avec la psorentérie. Les modifications favorables de l'urine sont les suivantes : augmentation notable de sa quantité : quand elle dépasse 1,800 grammes, elle cesse d'être albumineuse ; pellicule grasse, complète ou parcellaire; suspension floconneuse blanchâtre tendant au fond; excès d'acide urique formant sédiment, ou dépôt d'acide rosacique. M. Lévy nous a fait souvent remarquer que les faibles proportions d'albumine ne précipitent point dans l'urine par une première et minime addition d'acide azotique ; mais qu'il faut souvent en verser une assez forte dose.

Un autre fait incontestable établi par les recherches que j'ai faites dans le service clinique du Val-de-Grâce, c'est encore la présence ds l'albumine, contrairement à l'assertion de M. Mialhe, dans les selles de la plupart des cholériques, en proportion très variable.

Mais l'albumine n'est pas seulement fournie par la muqueuse digestive. Dans les cas où le larynx présentait une éruption psorique, folliculeuse, semblable à celle de l'intestin, la muqueuse laryngienne était recouverte d'un liquide blanc, visqueux, épais, parfaitement ressemblant au liquide cholérique qui tapisse la muqueuse intestinale. Ce liquide, enlevé par le lavage avec l'eau distillée, a fourni par la filtration une liqueur transparente précipitant assez abondamment en grumeaux blancs par l'acide nitrique et par la chaleur.

Traité de la même manière, le liquide visqueux et blanchâtre qu'on trouve dans la vessie rétractée a donné les mêmes résultats.

Le bassinet et les calices contenaient assez souvent une matière blanche, épaisse, visqueuse, présentant les mêmes caractères microscopiques que le liquide contenu dans la vessie ; elle était en très petite quantité, et ordinairement mêlée à du sang répandu pendant l'incision du rein. En présence de ces faits, il semble rationnel de poser cette question : l'albumine contenue dans le urines doit-elle être rapportée à une altération des reins ou à une modification dans leur fonction sécrétoire, ou bien transsude-t-elle des muqueuses qui tapissent la vessie, le bassinet et les calices ?

Si nous exceptons cinq cas dans lesquels la substance corticale des reins était assez développée, d'un jaune chamois, et effaçait en partie la substance tubuleuse, nous n'avons jamais trouvé d'autres altérations, dans ces organes, que l'hypérémie, les ecchymoses et les infiltrations sanguines dont nous avons parlé. Il pourrait bien se faire que cette albumine fût exhalée par les muqueuses, et que l'albuminurie cholérique ne fût que l'un des éléments d'un phénomène plus général qui se lie intimement à l'altération spéciale du sang. C'est à cette opinion que penche M. le professeur Lévy, qui rattache le choléra aux intoxications de cause encore inconnue.

Enfin nous avons rencontré à la surface de toutes les séreuses viscérales, mais particulièrement sur le péritoine et sur les plèvres, une substance gluante, visqueuse, formant une couche très mince et difficilement aperçue. J'ai trouvé plusieurs fois cette matière gluante dans les articulations du genou, du coude et de la cuisse. Les séreuses qui en sont recouvertes se dessèchent très rapidement au contact de l'air. Cette matière, recueillie et traitée par l'eau distillée, donne par la filtration une liqueur transparente qui, traitée par l'acide azotique et la chaleur, se trouble, prend une teinte laiteuse, mais ne donne pas de précipité appréciable.

Telles sont les altérations les plus constantes et les plus caractéristiques que nous avons vu se développer sous l'influence cholérigène pendant la durée de la première période de la maladie. Les lésions anatomiques ne présentent guère entre elles que des différences de degrés ; elles composent un premier groupe d'altérations qu'avec M. Lévy nous appelons cyaniques, principe et régulateur à la fois des phénomènes réactionnels.

Passons aux altérations qu'on rencontre chez les sujets qui succombent dans la période de réaction

Dans cette seconde période, disent les auteurs, on voit les fonctions, qui avaient été suspendues, se rétablir, dépasser même leur rhythme naturel, et de là, la plupart des accidents qui surviennent à cette époque, et qui sont presque tous dus à l'excès du mouvement circulatoire, aux congestions et inflammations qui se développent sous son influence. Cette opinion paraît en opposition avec les faits ; ce n'est point ainsi que se développent, du moins dans le plus grand nombre des cas, les accidents de la seconde période. Les phlegmasies locales que l'on voit apparaître soit vers la tête, soit du côté de la poitrine ou du tube digestif, sont bien loin d'être le fait constant de l'excès du mouvement circulatoire ; leur véritable cause est préparée, pendant la première période, par les stases sanguines, les ecchymoses, les infiltrations de sang et les hémorrhagies capillaires qui se forment dans les divers organes. Au moment de la réaction, ces organes, plus ou moins altérés dans leur structure, se trouvent, contrairement à l'opinion généralement admise, dans des conditions très fâcheuses qui nécessitent pour ainsi dire un travail phlegmasique local, réparateur quand les lésions locales qui le provoquent sont limitées et peu nombreuses; trop souvent funeste quand ces mêmes lésions sont étendues, multiples, disséminées dans tout l'organe, et qu'il devient impossible, en raison des conditions particulières dans lesquelles se trouvent les malades, de choisir les remèdes et d'appliquer à la lésion locale une médication active contre-indiquée par l'état général du malade.

On voit donc qu'il serait peu rationnel d'envisager tous les accidents de la période de réaction comme de simples phlegmasies développées dans des tissus sains sous l'influence exclusive de l'excès du mouvement circulatoire, et de vouloir les traiter comme telles. Nous n'avons pas remarqué, chez nos malades, que la réaction circulatoire fût aussi constante et aussi développée qu'on semble l'admettre généralement. Je reviendrai, dans un autre travail, sur cette question que je ne fais qu'indiquer aujourd'hui, et je rapporterai les considérations pratiques, aussi intéressantes que judicieuses, émises par M. le professeur Lévy sur l'étiologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de ces affections secondaires.

Je termine cette note en indiquant ce que deviennent les principales lésions de la première période dans la seconde, et quelles modifications subissent certaines fonctions.

L'accumulation et la stagnation du sang dans les capillaires, les ecchymoses, l'infiltration sanguine et les hémorrhagies développées dans les tissus pendant la première période, sont autant de causes de ramollissement et d'inflammation le plus souvent disséminés. Ainsi, dans les poumons, on trouve confondus avec les lésions de la première période, ou immédiatement à côté d'elles, des noyaux disséminés de tissu pulmonaire au deuxième et au troisième degré d'hépatisation. Mais il est à remarquer que l'état granulé n'est pas aussi bien dessiné que dans les inflammations franches, primitives, et que les altérations qu'on observe ne sont pas la représentation fidèle des lésions de la pneumonie franche, pour la couleur, le degré de friabilité et d'hypérémie.

On rencontre çà et là, en nombre variable, des points en général très circonscrits, où le tissu du poumon est complétement transformé en une petite masse sanieuse, mélange de détritus organique, de pus et de sang noir. Toutefois, nous avons rencontré tout récemment (13 mai) l'infiltration purulente du poumon sous forme lobulaire, avec tous les caractères du troisième degré de la pneumonie ordinaire et plusieurs foyers purulents du volume d'une grosse noisette ; il y avait eu douleur pleurétique à la base gauche. M. Lévy avait dicté d'abord : submatité, respiration bronchique dans le tiers inférieur, souffle lointain à l'angle de l'omoplate. Le lendemain, il y eut des crachats sanieux, fluents ; puis refroidissement, pouls filiforme, anhélation, collapsus. Mort le quatrième jour de ces accidents, qui survinrent huit jours après l'invasion du choléra déjà dissipé. L'autopsie a montré les traces de la pleurésie diagnostiquée par M. Lévy, plus la pneumonie sur laquelle l'expectoration et les autres symptômes n'avaient pu laisser de doute.

On a observé, dans un service de l'Hôtel-Dieu, que plusieurs cholériques dont la maladie marchait vers une terminaison heureuse, et chez lesquels on ne constatait pas l'existence d'une pneumonie, expectoraient cependant des crachats purulents mêlés de sang. Ce fait, dont on ne se rendait pas compte, trouve son explication dans les lésions pulmonaires que nous avons constatées au Val-de-Grâce, dans l'existence de quelques noyaux sanguins disséminés, profondément situés, et qui ont guéri par un travail phlegmasique local.

Dans la seconde période, la membrane muqueuse n'a plus son aspect arborisé avec fond blanc, ou seulement sa couleur rosée uniforme et générale, comme dans la première ; mais elle est très hypérémiée, d'un rouge vif ou d'une rougeur vineuse, tantôt générale, tantôt disséminée, et occupant à certains intervalles une longueur variable de la muqueuse. Çà et là on peut la trouver infiltrée de sang, épaissie, ramollie, ulcérée, parfois d'une couleur livide, gris-bleuâtre ou d'un vert jaunâtre dans les points où la villeuse est soulevée par le derme tuméfié.

Les follicules psorentériques ont perdu leur blancheur et leur texture normale du début ; ils sont injectés, rouges, infiltrés de sang, ulcérés, et présentent à leur sommet un pointillé noir qui rougit en partie après le contact de l'air.

La sécrétion blanche cholérique caractéristique disparaît plus ou moins rapidement pour être remplacée par un liquide muqueux, mêlé quelquefois d'une proportion variable de sang et de bile, ou de bile seule.

Du côté de la tête, on peut rencontrer dans les centres nerveux, et surtout dans les méninges, les mêmes altérations secondaires que dans les poumons et l'intestin.

Dans la seconde période, les sécrétions normales suspendues se rétablissent. La vessie cesse d'être rétractée ; la sécrétion urinaire s'effectue et annonce une amélioration prochaine. Dans un assez bon nombre de cas, les malades ont rendu rapidement trois à cinq litres d'urine dans les vingt-quatre heures. Ce fait a toujours coïncidé avec un changement très heureux dans l'état du malade et avec la disparition de l'albumine.

Nous avons encore vu assez souvent un changement très heureux dans la marche de la maladie coïncider soit avec des sueurs générales abondantes, soit avec des éruptions cutanées, qui n'ont pas été toutefois très fréquentes au Val-de-Grâce : M. le professeur Lévy a dès le début fixé notre attention sur ces solutions critiques qu'il s'applique à respecter et à favoriser, quand cela est possible comme pour les sueurs ; ces faits, contrôlés par une observation réitérée, servent aujourd'hui de guides à sa pratique et de base certaine à ses pronostics.

Depuis la rédaction de cette note, le nombre des nécropsies que nous avons faites s'est élevé à 73. Nos dernières recherches sont venues confirmer les faits d'anatomie pathologique que nous avions constatés dans les quarante et une premières autopsies dont je viens de présenter l'analyse.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Pétrequin.

Opération particulière pratiquée pour une tumeur hypertrophique de la lèvre supérieure.

Par M. L. Gubian, élève des hôpitaux.

Il est des difformités qui ont peu occupé les pathologistes, et dont la thérapeutique paraît être jusqu'à un certain point restée en dehors des recherches des praticiens. Parmi ces difformités, celles qui portent sur la face altèrent plus ou moins profondément le type facial, et, en déformant les organes, peuvent altérer aussi la parole et certaines parties de l'appareil digestif supérieur. Sous ce point de vue, elles peuvent nuire à la vie sociale, arrêter les sujets qui en sont atteints dans les carrières qu'ils ont embrassées, s'opposer à leur avancement, empêcher leur établissement, etc., etc. Par tous ces motifs, les opérations qu'elles réclament cessent d'être des opérations de complaisance, et même elles exigent du chirurgien d'autant plus de soins et de combinaisons qu'il est nécessaire que tous les détails du procédé opératoire soient parfaitement appropriés et les résultats de l'opération complétement satisfaisants. Sans cela, on manquerait le but qu'on se propose d'atteindre : l'opération pourrait réussir comme opération, mais elle ne réussirait pas comme moyen thérapeutique. Or, c'est précisément ce que l'on cherche à obtenir dans ce cas. Sous ce rapport, l'opération de M. Pétrequin que nous avons à faire connaître offrira un certain intérêt, puisqu'elle tend à résoudre ce double problème.

Les difformités des lèvres qui ont le plus occupé les chirurgiens sont celles qui dépendent du bec-de-lièvre et de ses variétés. Il s'agit alors d'un arrêt ou d'un défaut de développement. Ici, au contraire, on avait affaire à un excès de développement. On sait que chez certains scrophuleux, qui ont le type strumeux très prononcé, les lèvres sont grosses et saillantes. C'est un phénomène assez ordinaire ; mais un phénomène qui l'est moins, c'est la production d'une tumeur hypertrophique dans l'une des lèvres, et notamment dans la supérieure, comme chez la malade dont nous allons faire l'histoire. Ce n'est point alors une tumeur circonscrite et facile à enlever comme un kyste, un noyau induré ou une glande engorgée. Il s'agit d'une tuméfaction diffuse, non circonscrite, large, plus ou moins irrégulière, avec des bosselures qui peuvent déformer les arcades alvéolaires, refouler les dents en dedans et en arrière, etc. Cette tuméfaction rend la lèvre proéminente, épaisse, tellement difforme que l'aspect de la physionomie est complétement changé : la lèvre est allongée, pendante ; elle a perdu de sa mobilité, et surtout de la facilité de ce mouvement comme vermiculaire nécessaire pour favoriser les fonctions labiales. De là gêne pour la parole et quelquefois pour la gustation, la préhension des aliments et des boissons par les lèvres, etc. L'aspect difforme et repoussant que les malades en contractent devient en outre pour eux l'objet de préoccupations pénibles et mélancoliques : ils imploreraient les secours de l'art s'ils pensaient que la chirurgie pût venir efficacement à leur aide. Cette ignorance ne fait qu'augmenter leur tristesse. S'ils sont dans l'âge et dans l'intention de songer au mariage, leurs appréhensions redoublent, et, si jusque-là cette difformité leur a paru plus ou moins supportable, elle leur devient alors intolérable et leur semble plus hideuse que jamais.

Tous ces phénomènes physiques et moraux se sont rencontrés chez la malade qui fait le sujet de cette note, et ce sont même ces dernières considérations qui l'ont décidée à venir à l'hôpital implorer les secours de la chirurgie, comme on le verra dans l'observation détaillée.

L'anatomie topographique de la région labiale rend compte de cette espèce de dégénérescence. L'autopsie de la pièce enlevée par l'opération, en nous révélant les éléments de composition de cette tumeur, nous permettra de discuter ce point d'anatomie pathologique, et pour le moment nous croyons ne devoir faire ici que le signaler, afin d'appeler l'attention là-dessus en attendant que nous entrions dans les particularités de la question elle-même. Ceci posé, passons aux détails de l'observation clinique.

Tumeur hypertrophique de la lèvre supérieure d'origine congéniale avec déformation du rebord alvéolaire, déjettement des dents en arrière, etc. — Opération particulière. — Restauration de la lèvre. — Guérison.

Observation. — Louise Bastian, âgée de vingt-quatre ans, non mariée, matelassière, née et domiciliée à Gex (Ain), entre le 30 janvier 1849 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Paul, n° 116, dans le service de M. Pétrequin. Cette fille, d'une assez bonne constitution du reste, dit n'avoir jamais été malade. Elle est d'un tempérament lymphatique, mais non scrophuleux ; elle ne présente ni glandes ni cicatrices ; elle ne se rappelle pas avoir eu ni gourme ni humeurs de râche (teigne). L'hypertrophie labiale pour laquelle elle est venue à l'hôpital paraît être congéniale, du moins elle l'a depuis son enfance ; seulement, la tumeur a acquis un développement proportionnel avec l'âge, et même elle a crû outre mesure, puisque les

parents, qui d'abord ne s'en inquiétèrent point, crurent devoir la conduire à Genève à l'âge de dix ans pour l'y faire opérer. La malade ignore le nom du chirurgien à qui elle fut présentée. Il y eut en effet une tentative d'opération ; mais une hémorrhagie qui survint empêcha de continuer la manœuvre, et la maladie ne fut point arrêtée. Elle continua ses progrès. La gêne augmenta surtout pour la parole et la préhension labiale des aliments. L'âge et le désir du mariage étant venus, elle pensa qu'il y avait dans cette difformité un obstacle insurmontable à son établissement : elle se décida donc à venir à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour se faire enlever cette tumeur. M. Pétrequin constate que la lèvre supérieure forme un relief énorme ; qu'elle est encore plus proéminente en arrière qu'en avant ; que, à l'intérieur, elle offre des bosselures qui ont déformé le bord alvéolaire et enfoncé en arrière les trois dents médianes de la mâchoire supérieure : ce qui, sans empêcher la mastication, empêche toutefois les deux mâchoires d'être en rapport dans toute leur courbe. Cette lèvre est allongée, pendante, peu mobile, et donne un aspect difforme et désagréable à la physionomie. L'état général est du reste assez bon ; les règles sont régulières, peu abondantes ; il n'y a pas de complication strumeuse actuelle. Le pays qu'habite la malade est sain, et ses parents n'offrent rien de semblable à son mal. M. Pétrequin songea au procédé opératoire qu'il pourrait employer, et pendant quelque temps il prépara la malade à l'opération par des pédiluves, des lavements, des bains, une purgation et un régime approprié.

Le 10 février 1849, il opéra de la manière suivante en présence de plusieurs médecins, internes et étudiants en médecine.

Premier temps. — Il pratique une incision verticale sur la dépression médiane de la lèvre supérieure, qui se trouve ainsi divisée en deux moitiés, ce qui permet de juger parfaitement de la nature de l'hypertrophie. L'épaisseur de la lèvre est énorme ; on distingue une hypertrophie simple, cellulo-adipeuse et vasculaire, occupant plus particulièrement les deux tiers postérieurs de la lèvre.

Deuxième temps. — M. Pétrequin dissèque dans chaque moitié latérale un épais lambeau représentant une pyramide triangulaire, qu'il creuse à l'aide d'un bistouri effilé dans l'épaisseur même de la lèvre, dans les points précisément où l'hypertrophie est plus prononcée, de manière à enlever toute l'exubérance morbide de cet organe. Une hémorrhagie capillaire assez abondante accompagne le premier et le deuxième temps de l'opération. On bassine les parties avec de l'eau tiède, puis avec de l'eau fraîche.

Troisième temps. — On s'occupe alors de la réunion de chaque moitié de la lèvre séparément ; à cet effet, l'opérateur imagine de passer à un centimètre de l'incision verticale un point de suture, qu'il pratique avec une aiguille qui pénètre d'abord d'avant en arrière, puis sort d'arrière en avant, de manière qu'avec l'anse verticale qui en résulte, et en faisant un nœud en avant, il puisse accoler les deux parois de la cavité creusée dans l'épaisseur même de la lèvre et les maintenir réunies. Ce mode de suture réussit très bien.

Quatrième temps. — Il s'agit alors de réunir ensemble les deux moitiés de la lèvre divisée, ce qui se fit en affrontant le rebord à l'aide de trois longues épingles placées transversalement les unes au-dessus des autres, et piquées profondément pour maintenir un contact parfait. La réunion fut assurée par une suture entortillée.

Cinquième temps. — L'affrontement était exact en arrière et dans les trois quarts postérieurs des parties ; mais en avant et superficiellement, il restait deux points qui bâillaient, et dont conséquemment la cicatrisation eût pu être moins régulière. A cet effet, M. Pétrequin plaça deux petites épingles superficiellement, et compléta l'affrontement par quelques tours d'une suture entortillée placée par dessus.

On obtint un résultat complet. La lèvre était affaissée, la tumeur réduite, la longueur exubérante de l'organe diminuée par le mode de placer les épingles et la suture entortillée. — Diète, tisane de violettes et tilleul, potion calmante, 30 grammes de sirop diacode ; le silence est recommandé. La malade boit avec le biberon.

Anatomie pathologique de la tumeur. — C'est une hypertrophie simple sans induration ni dégénérescence particulière, hypertrophie portant spécialement sur l'élément cellulo-adipeux de la lèvre avec conversion cellulo-fibreuse des muscles et persistance du tissu vasculaire. Nous reviendrons plus loin sur ces détails anatomiques.

Les premières suites de l'opération furent simples, la réaction inflammatoire fut modérée, la fièvre traumatique bénigne, et la tuméfaction de la lèvre assez peu prononcée pour que les épingles ni les points de suture n'aient coupé cet organe.

Dès le quatrième jour, on enleva successivement et une à une chacune des cinq épingles, et enfin les points latéraux de suture : tout s'annonçait pour le mieux ; la malade avait pris successivement du bouillon, de la soupe, de la confiture, etc., lorsque vers le 20 février il survient un érysipèle facial qui envahit successivement les joues, le nez, le front et le menton, se complique de fièvre, d'insomnie et d'embarras gastrique : les onctions d'onguent napolitain, les lotions émollientes, les pédiluves, les lavements et la diète en viennent heureusement à bout. La cicatrice se forma peu à peu, la fièvre diminua, la tuméfaction de la lèvre se réduisit considérablement ; mais de nouveau, le 28 février, il y eut récidive de l'érysipèle sans cause connue. (Il faut noter seulement que plusieurs sujets dans l'hôpital en ont été successivement affectés à cette époque.) Les sinapismes aux jambes, les lavements de miel et de mauve, des bains de pieds à la moutarde et la reprise des lotions et onctions ont de nouveau triomphé du mal.

Le 3 mars, l'érysipèle a de nouveau diminué, la cicatrice est assez bien formée, la lèvre supérieure n'est guère plus tuméfiée que l'inférieure, et, si elle n'était encore trop longue, le résultat serait parfait, tant la cicatrice est peu apparente. L'érysipèle tendant à devenir chronique, la malade est mise à la tisane de veau purgative avec la crème de tartre.

Le 5 mars, il y a une amélioration prononcée : il semble que les dents qui avaient été fortement rejetées en arrière commencent à revenir à leur place.

Le 7 mars, la rougeur est nulle, la cicatrisation solide ; l'épaisseur de la lèvre supérieure dépasse peu celle de l'inférieure ; seulement, elle est encore un peu plus longue qu'elle ne devrait être.

Le 10 mars, la guérison peut être considérée comme complète ; seulement, on garde encore la malade pendant quelque temps pour observer les progrès qu'a commencé à faire le retrait de la lèvre ainsi que le redressement des dents. En effet, le 19, jour de départ de la malade, la lèvre n'est pas plus épaisse ni plus saillante que chez beaucoup d'individus chez qui elle est naturellement un peu grosse ; elle est moins longue et n'a plus l'apparence pendante. La cicatrice se réduit peu à peu à l'état d'une ligne étroite et blanchâtre. Les mouvements exécutés par la lèvre lui redonnent un aspect presque naturel. On est autorisé d'après ce qu'on a déjà obtenu à compter sur un redressement plus complet des dents, et cela à l'aide de la manœuvre simple qu'on a conseillé de répéter plusieurs fois tous les jours.

Cette observation prête à plusieurs considérations. Le mode de génération de ces tumeurs s'explique par l'anatomie topographique des lèvres. Nous citerons à cet effet le passage suivant de l'*Anatomie médico-chirurgicale* de M. Pétrequin, page 148 :

« Les faisceaux du muscle orbiculaire des lèvres sont entremêlés de tissu fibreux, qui, avec les capillaires, fait des lèvres un véritable tissu érectile. Au-dessous, une couche du tissu cellulaire lamelleux contient un grand nombre de glandes adipeuses très sujettes à s'hypertrophier chez les scrophuleux, où elles produisent une épaisseur difforme des lèvres. »

C'était précisément le cas de notre malade. Or que faire dans cette circonstance ? La plupart des auteurs classiques ont négligé ce point de pathologie. Toutefois, il n'avait point échappé à Dupuytren, et l'un de ses élèves, M. le docteur Paillard, a proposé un procédé ingénieux, qui consistait à enlever cette couche par dissection sans intéresser ni muscles ni artères ; mais on conçoit que cette dernière recommandation n'est pas toujours exécutable, comme le prouverait au besoin le fait ci-dessus.

M. Pétrequin a imaginé de décomposer l'opération principale en plusieurs opérations secondaires, et, pour rendre la manœuvre plus simple, il la divise en plusieurs temps, comme nous l'avons exposé, ce qui facilite singulièrement le manuel opératoire. Le résultat a démontré ici qu'on avait préjugé juste.

La division verticale a été pratiquée ici suivant une ligne droite, dans un but opposé à celui que M. Pétrequin se propose dans le bec-de-lièvre, en faisant une double incision elliptique, curviligne dans ce dernier cas. Voici ses motifs :

« J'ai remarqué, dit M. Pétrequin (*Anatomie médico-chirurgicale*, p. 150), dans les amputations de sein que, lorsqu'on fait l'ablation du cancer au moyen d'une double incision elliptique, la plaie au moment de la réunion offre une longueur plus considérable par l'augmentation de son grand diamètre. La longueur qui diminue à mesure que la cicatrisation se parachève, de manière à présenter une différence de plusieurs lignes aux deux époques extrêmes ; les phases de la cicatrice en rendent compte ; sa rétraction progressive raccourcit l'étendue du diamètre précité : c'est elle qui dans le bec-de-lièvre produit l'angle rentrant ; c'est elle qu'il faut avoir en vue si l'on veut remédier à la défectuosité qu'elle entraîne. Il s'agit donc d'apprécier la quantité approximative du raccourcissement qui est dû à ce retrait, etc. »

C'est précisément ce que M. Pétrequin a cherché à réaliser dans ce cas, non en employant une incision curviligne qui aurait allongé la lèvre déjà trop longue, mais avec une incision droite, qui est la plus courte et qui, par le travail même du tissu cicatriciel, devait raccourcir encore le diamètre vertical de la lèvre. L'événement a justifié en quelques semaines les prévisions théoriques que l'on a eues dans cet espace de temps, malgré des complications fâcheuses qu'ont successivement amenées l'inflammation traumatique, l'érysipèle facial et l'engorgement labial consécutif à ces deux ordres de lésions ; si bien que, après un mois et quelques jours, la défectuosité que la lèvre présente encore s'éloigne peu du pli et de l'aspect que présentent naturellement les lèvres chez certains sujets scrophuleux, et même on peut dire que beaucoup d'entre eux les ont plus allongées et plus proéminentes.

Une dernière remarque, c'est l'influence des parties molles sur le développement ou la déformation des os. Les résultats que l'on observe dans ce cas deviennent d'autant plus prononcés qu'ils se produisent à une époque plus rapprochée de la naissance, c'est-à-dire dans un temps où le squelette est pour ainsi dire plus malléable. On tire un grand parti de cette observation en thérapeutique : ainsi, dans le bec-de-lièvre avec division antérieure de la voûte du palais, il suffit, chez les très jeunes enfants, de faire et de maintenir une bonne réunion des parties molles pour opérer naturellement, à la longue, la réunion consécutive des os palatins. Ici c'est un fait de même ordre que nous observons ; seulement il a lieu en sens inverse. Ainsi, la pression de la lèvre a déformé le rebord alvéolaire, en refoulant en arrière, dès l'enfance, les trois dents médianes correspondantes à la tumeur. Aujourd'hui, malgré le succès de l'opération, nous ne pouvons pas espérer le même résultat que dans le bec-de-lièvre ; car d'abord la malade est arrivée à un âge où le squelette se modifie très difficilement ; puis il n'y a rien dans la conformation des parties qui favorise directement le redressement des dents déviées. Le cas en cela est, comme on le comprend bien, différent des conditions que présente l'opération du bec-de-lièvre avec écartement antérieur des os palatins. Aussi devra-t-on recourir à d'autres ressources. C'est pour cela qu'on a recommandé à la malade de repousser en avant plusieurs fois par jour les trois dents déviées, en les saisissant avec les doigts. Les résultats qu'on obtient en chirurgie dentaire de l'emploi de moyens plus ou moins analogues font espérer un bon effet de cette manœuvre, et cela avec d'autant plus de raison qu'on remarque déjà un redressement sensible.

Ainsi, l'opération particulière que M. Pétrequin a tenté de pratiquer dans ce cas difficile aura obtenu tout le succès désirable.

(*Gazette médicale de Lyon.*)

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 19 MAI 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 58.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris. . .	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements.	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger. . .	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 18 MAI 1849.

Marche du choléra.

Si la diminution de l'épidémie est faible, elle est au moins continue depuis cinq jours, ce qui permet d'espérer qu'elle sera définitive. Le nombre des nouveaux cas admis ou développés dans les hôpitaux pendant les dernières quarante-huit heures a été de 185; c'est moins de 100 par jour, tandis que depuis la recrudescence ce chiffre avait été constamment dépassé.

La diminution porte à la fois sur tous les hôpitaux; l'Hôtel-Dieu a cependant reçu, avant-hier, 31 nouveaux cholériques; mais hier, 15 seulement ont été admis.

La Salpêtrière semble rentrer une fois encore dans les conditions générales où se trouve le reste de la cité: 11 cas nouveaux seulement s'y sont manifestés depuis avant-hier. Nous avons la douleur d'annoncer que parmi ces 11 cas, le corps médical compte une nouvelle victime; M. Londe, interne de l'établissement, a succombé cette nuit à une attaque soudaine et violente qui s'est terminée fatalement dans l'espace de douze à quatorze heures.

La gravité du mal ne diminue pas avec sa fréquence; les attaques continuent à être très graves, et assez souvent dépourvues de tout symptôme précurseur. Nous avons pu constater cette dernière circonstance deux fois depuis quarante-huit heures dans notre propre pratique et sur des personnes assez soigneuses de leur santé pour qu'on ne puisse avoir aucune espèce de doute sur l'exactitude des renseignements qui nous ont été fournis. Il serait d'ailleurs inutile de répéter maintenant que, dans la ville, le nombre et la gravité des cas sont absolument analogues à ceux que l'on observe dans les hôpitaux.

Hospices.	Nombre de cas.	Décès.	Sorties.
Salpêtrière	1031	747	187
Bicêtre	147	94	18
Ménages	41	30	8
Incurables (hommes)	6	4	1
Incurables (femmes)	5	2	»
Larochefoucauld	5	3	»
Sainte-Périne	1	1	»
Hôpitaux civils.			
Hôtel-Dieu	840	392	268
Charité	403	230	113
Pitié	470	224	154
Saint-Louis	433	197	114
Beaujon	278	138	63
Necker	122	58	52
Enfants-Malades	50	19	22
Saint-Antoine	107	55	34
Cochin	45	18	20
Sainte-Marguerite	91	44	30
Bon-Secours	98	51	26
Cliniques	26	20	6
Maison d'accouchement	1	»	»
Lourcine	22	6	4
Maison de Santé	60	28	13
Prison de Saint-Lazare	41	18	9
Hôpitaux militaires.			
Invalides	33	25	3
Val-de-Grâce	311	83	151
Gros-Caillou	444	142	152
Hôpital militaire du Roule	264	122	48
Hôpital milit. Popincourt	100	46	»
Total,	5370	2797	1496

Malgré la mortalité désolante qui règne dans tous les services des hôpitaux, quelques médecins ne laissent pas que de se faire illusion sur l'efficacité de la méthode qu'ils emploient. Quand le moment sera venu, nous démontrerons mathématiquement l'erreur dans laquelle ils se bercent, mais qui saute aux yeux de tous les hommes attentifs et non prévenus.

Nous avons, dans notre dernier article, fait allusion à un cas observé par M. Boudier, de l'hôpital Popincourt, et qui, par erreur, n'a point été analysé. Il s'agissait d'un malade qui, parvenu au cinquième jour d'une attaque de choléra, était déjà entré en convalescence et mangeait des potages. A trois heures de relevée, ce malade fut rencontré par le chirurgien en chef, auquel il exprima le désir de sortir le lendemain. Après une courte promenade, ce malade se recoucha bien portant, et à six heures du soir il succomba subitement. L'autopsie n'en a point été faite.

Comme fait insolite, nous avons également observé à Saint-Lazare un enfant né depuis vingt-quatre heures, parfaitement constitué, qui a été pris de tous les symptômes du choléra, et a succombé en deux heures. La mère était parfaitement bien portante au moment de l'accouchement, et n'avait point été malade pendant sa grossesse; elle a continué à se bien porter depuis.

Le choléra chez les animaux.

On a pu lire dans plusieurs journaux politiques la note suivante rédigée d'après une correspondance des Indes Orientales :

Dans les premiers jours du mois de mars dernier, époque, comme on sait, où le choléra commençait à prendre parmi nous une certaine intensité, l'île de Pinang, dans le détroit de Malacca, était alarmée par l'apparition subite de cette terrible épidémie.

Là, comme à Paris, c'est dans les hôpitaux qu'on a observé les premiers cas et le plus grand nombre de décès. Mais le choléra de Pinang offre, en outre, cette particularité remarquable, qu'il sévit avec plus de rigueur sur la race chevaline que sur l'homme; à tel point que, dix jours après l'invasion du fléau, on comptait déjà soixante chevaux de morts et un nombre à peu près égal dans un état désespéré. Aussi était-il très difficile de se procurer une voiture, même à des prix exorbitants, et les loueurs qui avaient encore quelques chevaux valides les gardaient soigneusement à portée de recevoir de prompts secours en cas de maladie.

Si l'épidémie prenait en Europe le même caractère, nous éprouverions probablement des pertes plus considérables encore, vu que nos chevaux mangent beaucoup plus de vert que les chevaux malais.

Dans les autres contrées de l'Inde où le choléra a éclaté depuis un an, les cas sont peu nombreux, mais fort graves; on n'y a observé nulle part que la race chevaline ait subi les moindres atteintes, ce qui doit faire espérer que le fait, jusqu'à présent isolé, de Poulo-Pinang ne se reproduira pas ailleurs.

Dans un autre journal, on a annoncé, probablement en faisant allusion à une épizootie que nous avons signalée nous-même il y a quelques semaines, que dans certaines localités le choléra avait fait de nombreuses victimes parmi les poules.

En l'absence de toute indication des phénomènes auxquels ont succombé les chevaux malais, il nous serait difficile de dire si le choléra est ou non étranger à leur mort; mais les renseignements que nous avons pris ne sont guère favorables à l'opinion de l'auteur de la lettre. M. Leblanc, que nous avons consulté à cet égard, nous a dit que jamais les chevaux ne s'étaient mieux portés en France qu'en 1832 pendant le règne de la cruelle épidémie de cette époque. De plus, aucun cas de choléra développé sur la race chevaline n'est venu à sa connaissance depuis que la nouvelle épidémie a fait invasion parmi nous, et ses correspondances ne lui signalent non plus aucun cas en Allemagne ni en Angleterre.

Quant au choléra des poules, il est bien vrai que ces animaux ont présenté plusieurs fois depuis deux ans, et tout récemment encore dans quelques fermes, une affection qui les tuait subitement, et qui presque constamment sévissait en même temps sur toute la population de la basse-cour; mais cette affection, qu'on a prise généralement pour une asphyxie, ne ressemblait nullement au choléra, au moins autant qu'on en peut juger par la différence d'organisation; dans tous les cas, il n'y avait point de diarrhée ni même aucun trouble apparent du côté du tube digestif. De plus, cette épizootie n'a nullement coïncidé avec l'apparition du choléra dans les lieux où elle s'est manifestée.

De tout cela il semble résulter que le choléra n'a pas encore été observé chez les animaux domestiques. Cependant un fait qui s'est passé à l'Hôtel-Dieu tendrait à prouver que les chats sont sujets à cette maladie. Dans la salle de M. Chomel, où l'on a reçu le plus de cholériques, le chat de la religieuse a succombé en quelques heures à une affection que la religieuse, qui a vu un si grand nombre de cas de choléra, a prise pour une véritable maladie cholérique, et que sur son récit quelques médecins ont également considérée comme telle. L'animal, bien portant auparavant, a été pris de diarrhée; son nez et ses lèvres se sont cyanosés; ses yeux sont devenus caves, et enfin il paraissait être refroidi. Quand on le mettait dans une étuve où l'on sèche le linge, il paraissait se trouver mieux, et souffrir davantage au contraire lorsqu'on l'exposait au froid. Les soins qu'on lui a prodigués ne l'ont pas empêché de succomber très promptement. L'autopsie n'en a point été faite.

Revue clinique hebdomadaire.

Opération de hernie étranglée. — Persistance des symptômes de l'étranglement. — Anus artificiel. — Rétablissement des selles. — Guérison probable. — Le fait extrêmement remarquable dont nous avons entretenu nos lecteurs dans notre dernière *Revue* n'a fait qu'acquérir un nouvel intérêt depuis huit jours. Nul autre ne peut donner une plus haute idée de la puissance de l'art dans certains cas, malheureusement un peu trop rares; nul ne peut être un encouragement plus grand pour les praticiens modestes, qui n'oseraient peut-être pas entreprendre des opérations qui peuvent paraître hasardeuses, s'ils n'avaient sous les yeux quelques exemples capables de mettre leur responsabilité à couvert.

Lorsque nous avions vu le malade pour la dernière fois quand nous avons écrit notre *Revue*, nous l'avions laissé dans un état aussi satisfaisant qu'on pouvait l'espérer, après avoir supporté deux opérations aussi graves que celles de la hernie étranglée et de l'anus artificiel; mais, à ce moment encore, rien ne pouvait indiquer d'une manière positive laquelle des hypothèses que nous avons émises était la véritable, ni quelle serait, par conséquent, l'issue, sinon certaine, du moins probable, de la maladie. Aujourd'hui, il en est tout autrement.

Dès le vendredi, dans l'après-midi, c'est-à-dire moins de quarante-huit heures après l'établissement de l'anus artificiel, le malade a commencé à rendre des matières fécales par l'anus naturel; celles qui étaient rendues par l'anus artificiel ont diminué en quantité; aucun vomissement ne s'est reproduit. Samedi, M. Nélaton a enlevé les fils qui unissaient l'intestin ouvert à la peau; aucun accident ne s'est reproduit; la plaie faite pour réduire l'étranglement herniaire est dans un état excellent; il n'y a point de fièvre; l'appétit se manifeste; la guérison paraît très prochaine.

En présence de ce beau résultat clinique, les questions que nous nous étions adressées s'éclaircissent singulièrement: il est évident maintenant que l'absence de selles, qui persistait après la réduction de la hernie, chez ce jeune malade, ne tenait point à un étranglement interne; or, cette cause étant écartée, on ne peut pas davantage invoquer la péritonite, et encore moins la gangrène de l'intestin. Il faut donc avoir recours à la paralysie intestinale pour expliquer cette opiniâtre constipation. Cette explication devient elle-même plus plausible quand on la rapproche du fait que M. Marjolin fils a communiqué à la Société de Chirurgie.

Ce chirurgien avait opéré une hernie étranglée, et la réduction s'était faite sans difficulté. Cependant les selles ne se rétablirent point après la réduction, et, malgré l'emploi de purgatifs énergiques, aucune garde-robe n'eut lieu dans la journée. On pouvait croire que l'opération n'aurait aucun résultat avantageux; néanmoins les purgatifs furent continués; le second jour les selles se rétablirent, et le malade guérit. Il n'est guère possible d'attribuer, dans ce cas, la persistance des phénomènes d'étranglement à une autre cause qu'à la paralysie intestinale. Mais ces phénomènes s'étant dissipés sous l'influence des purgatifs et peut-être par l'effet du temps, on peut se demander s'il n'en aurait pas été de même chez le malade de l'hôpital Saint-Antoine, et si l'on ne ferait pas mieux d'attendre, dans les cas analogues, l'effet des forces de la nature. Nous croyons qu'il est fort difficile de poser des règles générales sur des faits qui ont été si peu observés jusqu'à ce jour. Quand le malade de M. Nélaton a été vu le mercredi soir, il paraissait sous l'imminence de la mort, et tous les chirurgiens qui l'ont observé en ce moment ne faisaient aucun doute qu'il ne succombât dans la soirée, si un moyen inespéré ne venait apporter une modification importante dans son état. Il aurait donc été on ne peut plus imprudent, dans ces conjonctures, de s'abandonner aux efforts de la nature. Dans tous les cas, l'événement vint justifier la conduite du chirurgien, car l'amélioration suivit immédiatement l'ouverture de l'intestin. On peut donc, selon nous, conclure de ce fait qu'il n'y aurait rien de mieux à faire, dans des circonstances analogues, que de suivre l'exemple qui a été donné par l'habile chirurgien à la pratique duquel nous avons emprunté cette belle observation clinique.

Quelques cas anormaux de choléra. — Ce n'est pas seulement par sa marche générale, par ses modes d'invasion, par ses oscillations inexplicables, que l'épidémie cholérique déjoue toutes les combinaisons pathologiques que l'on se plaît à faire sur elle; c'est encore par les effets inattendus qu'elle produit chez certains individus. Nous avons observé dans le service de M. Louis, à l'Hôtel-Dieu, trois faits qui, par leur étrangeté, méritent d'être connus.

Le premier a été observé sur une femme entrée à l'Hôtel-Dieu pour faire ses couches; elle accoucha effectivement le 29 mars. Le 2 avril, elle fut prise d'une scarlatine intense qui mit ses jours en danger; vers le neuvième jour de cette affection, la malade étant encore très mal, une attaque de choléra violent se manifesta; vers le troisième jour une réaction modérée s'établit, et le 3 mai la malade était hors de danger; elle se porte très bien aujourd'hui.

Le second fait est celui d'une femme de vingt-huit ans qui,

étant enceinte de quatre à cinq mois, reçut une violente contusion sur le ventre; des accidents inflammatoires intenses se développèrent, et l'avortement eut lieu. Onze à douze jours après l'avortement, la malade fut prise d'un choléra intense qui suivit la même marche que le précédent, et s'est terminé en moins de temps encore par la guérison.

Enfin, nous avons encore vu chez M. Louis une vieille femme affectée d'un cancer très grave ou très avancé de l'utérus, qui a également été atteinte d'une manière violente par l'épidémie, et qui n'en a pas moins guéri dans un espace de temps plus court que celui que mettent à se rétablir la plupart des malades robustes et parfaitement sains avant l'attaque de choléra.

De ces faits, il ne faudrait certainement pas conclure que la débilité et la maladie atténuent les dangers du choléra; nous croyons, au contraire, que la proposition inverse ne cesse pas d'être vraie; mais c'est précisément parce que la vérité de cette proposition est incontestable qu'on aurait pu désespérer des trois malades dont nous venons de parler, et qu'au point de vue du pronostic il est intéressant d'avoir connaissance des faits analogues.

Des parotides dans le choléra. — En rapportant samedi dernier l'histoire succincte de ce jeune malade que nous avons observé dans le service de M. Cruveilhier et qui va très bien aujourd'hui, nous nous demandions si l'on pouvait voir dans la maladie dont il était affecté une suite du choléra. Nous avons observé depuis deux autres faits qui donnent une certaine consistance à cette opinion.

Un homme d'environ trente ans, qui se trouve en ce moment dans une des salles de M. Velpeau, a été affecté à la suite d'un choléra assez intense d'un phlegmon de la région mastoïdienne et d'une otite. L'une et l'autre de ces inflammations se sont terminées par la suppuration; un abcès, occupant toute la région postérieure de l'oreille, a été ouvert et est aujourd'hui à peu près complétement cicatrisé; au moment de l'ouverture, on a cru sentir que l'os était à nu, ce qui n'a pas empêché la cicatrisation de se faire avec une assez grande promptitude; la muqueuse auditive est également entrée en suppuration; la membrane du tympan a été perforée et n'est pas encore cicatrisée aujourd'hui.

Parotide et emphysème spontané. — Une affection plus curieuse encore à étudier que la précédente se trouve en ce moment dans le service de M. Rostan, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 2. Le malade est un homme de trente ans, qui, dans la convalescence d'un choléra de moyenne intensité, a été pris (quatre semaines après le début) de douleurs dans le cou et dans la poitrine. Ces douleurs, sur lesquelles on ne peut avoir de renseignements précis, non plus que sur les autres symptômes qui ont pu les accompagner, ont promptement été assez intenses pour engager le malade à entrer à l'hôpital.

Admis le 16 mai dans le service de M. Rostan, on constata dès ce jour une tumeur inflammatoire volumineuse de la région parotidienne droite et un emphysème très évident, mais limité aux parois thoraciques. La respiration était très accélérée et anxieuse; il existait une fièvre de médiocre intensité. On ne put constater à l'auscultation ni à la percussion l'état de la poitrine, à cause de la crépitation emphysémateuse des parois du thorax; mais par les crachats puro-sanguinolents, aussi bien que par les troubles de la respiration, on doit croire que les poumons sont plus ou moins gravement affectés.

Aujourd'hui le phlegmon parotidien, largement suppuré, a été ouvert, et a fourni une abondante quantité de pus sanguinolent; l'état général n'est pas modifié; l'emphysème est moins bien circonscrit, et tend à gagner les parois de l'abdomen.

Il nous semble difficile, et en considérant la rareté des parotides sous le climat que nous vivons, de ne pas voir dans les faits précédents l'influence d'une cause générale inaccoutumée. Cette cause est-elle la même que celle qui produit le choléra? Cela nous semble extrêmement probable; mais ce qu'il y aurait surtout d'intéressant à connaître en cas où cette opinion serait fondée, ce serait la valeur pronostique de ces parotides. On sait qu'en 1832 quelques phénomènes analogues, sinon tout à fait semblables, annoncèrent le déclin de l'épidémie. Nous avons entendu M. Rostan exprimer avec beaucoup d'assurance l'espoir qu'il en serait de même en 1849. Notre propre expérience ne nous permet pas d'avoir une opinion à cet égard. Nous ne pouvons que désirer ardemment de voir se réaliser le pronostic porté par le savant professeur.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Leçons sur le choléra asiatique

Recueillies par M. A.-H. MARGERIE.

Le choléra en lui-même, envisagé dans son état de simplicité, n'est pas une maladie aussi grave qu'on le suppose et qu'on l'admet généralement; si dans le plus grand nombre des cas il se présente avec ce caractère de violence et d'intensité que nous lui connaissons, il faut l'attribuer à ce qu'une cause septique vient compliquer son action. Cette cause, il est au pouvoir d'une sage hygiène de l'éloigner. Elle réside, en effet, dans une mauvaise aération due tantôt à des émanations de nature animale ou végétale, tantôt au défaut de renouvellement de l'air. Il résulte de là que, pour enlever à l'épidémie toute sa gravité, il suffirait de prévenir la complication que nous venons de signaler. Notre expérience ne nous laisse aucun doute sur cette importante vérité; nous pourrions citer un grand nombre de faits à l'appui, nous n'en rapporterons qu'un seul : en 1832, nous avons vu à la Salpêtrière les funestes ravages du choléra cesser comme par enchantement sous l'influence d'une ventilation convenable. Aujourd'hui encore, nous avons recours à ce moyen; il n'a point, comme on peut le constater, les inconvénients qu'on serait naturellement porté à lui attribuer.

Le choléra épidémique est dû, suivant nous, à un miasme particulier, auquel nous avons donné le nom d'*indoloiose* (virus de la peste de l'Inde); ce miasme est susceptible d'être transporté par l'air d'un lieu à un autre; il a pris naissance sur les bords du Gange, dans des lieux très marécageux, au sein de grandes réunions d'hommes et de pèlerins; comme toutes les grandes pestes connues depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, et ici nous exceptons la fièvre jaune, il a marché d'orient en occident; son essence nous est entièrement inconnue; il échappe à la vue et aux sens; le microscope, les instruments de physique, les analyses de la chimie n'ont rien appris sur sa nature. Pour ce qui est de son mode de transportation et d'importation, on a remarqué qu'il a toujours suivi les réunions d'hommes, les armées, les troupes de pèlerins dans leurs déplacements : aussi l'a-t-on vu parcourir le trajet des routes, des rivières, des canaux, et se montrer bien plus souvent dans les grandes villes que dans les petites, principalement dans celles qui sont liées les unes aux autres par des rapports commerciaux très fréquents.

Le choléra a sans doute perdu dans nos climats une partie de son intensité primitive. Quoi qu'il en soit, lorsqu'il agit seul, et que les malades sont placés dans de bonnes conditions, presque jamais il ne détermine la mort. Comme le tartre stibié, il produit des vomissements et des évacuations alvines; les matières rendues sont de nature séreuse, elles ont une couleur blanchâtre caractéristique. Presque toujours des crampes se font sentir. La circulation est ralentie, le malade éprouve une soif vive; mais bientôt le poison paraît avoir épuisé son action; la circulation se ranime, la *réaction* se prononce, et au bout de vingt-quatre heures, de douze heures quelquefois, la maladie a complétement disparu.

Tels sont les effets principaux du miasme cholérique lorsqu'il agit en l'absence de toute complication. On s'est demandé, en présence des faits que nous avons rapportés, s'il ne consistait pas en des animalcules infiniment petits? Nous l'avons déjà dit, le microscope ne nous a rien appris sur ce point; d'un autre côté, il n'est pas nécessaire d'un grossissement très considérable pour voir les véritables animalcules du corps de l'homme; ces données ne sont pas suffisantes pour résoudre négativement la question. Il faut avouer que la manière dont se transmettent et se propagent le choléra et les maladies virulentes semblerait faire croire que cette transmission et cette propagation sont le résultat de la reproduction incessante de véritables insectes microscopiques.

On s'est aussi demandé au bout de combien de temps l'*indoloiose* faisait sentir son action? Il résulte de nos observations que le virus cholérique, sous ce rapport, est entièrement comparable aux autres virus, et qu'on ne saurait assigner aucun intervalle fixe entre le moment de son action et les premiers effets qu'elle détermine. De même que nous voyons l'hydrophobie se manifester quinze jours, un mois, six mois, un an et même davantage après la morsure d'un animal enragé, de même aussi nous voyons que le choléra ne se déclare qu'au bout d'un espace de temps plus ou moins considérable, espace de temps qui est évidemment subordonné aux circonstances extérieures et aux susceptibilités individuelles. C'est pourquoi certains individus se trouvent frappés aussitôt qu'ils arrivent au milieu du foyer épidémique, tandis que d'autres peuvent impunément en braver l'action.

De quelle manière agit le virus qui nous occupe? Nous ne saurions le dire. Son absorption a-t-elle lieu par la peau? Nous ne sommes pas disposé à le penser. Nous savons, en effet, que les virus d'une autre nature ne peuvent être absorbés par la peau qu'autant que celle-ci a été privée de son épiderme. Nous ne pensons pas davantage que les aliments servent de véhicule au virus cholérique; nous croyons plutôt que son introduction dans le sang se fait par l'intermédiaire des voies respiratoires. Cette opinion est conforme à celle que nous avons déjà exprimée; à savoir : que l'*indoloiose* est un poison gazeux susceptible d'être transporté par l'air d'un endroit à un autre.

Le choléra à l'état simple offre, en général, un début insensible et à peine marqué, mais qui peut cependant être très prononcé; rarement il s'accompagne d'un frisson initial. Des nausées se montrent d'abord; elles sont bientôt suivies de selles et de vomissements. Les matières rejetées au dehors sont celles que l'estomac et l'intestin contiennent habituellement; elles sont mêlées d'une plus ou moins grande quantité de bile; bientôt elles perdent leur coloration et leur consistance, et deviennent de plus en plus claires et transparentes. Si on les soumet à l'action de la chaleur ou de l'acide nitrique, on voit qu'elles sont essentiellement formées d'albumine. A une époque plus avancée, elles sont blanchâtres et contiennent une matière analogue à des grumeaux de riz. Cette modification s'accomplit pendant leur séjour dans l'intestin. La durée de ces évacuations varie entre trois et six heures. Leur nombre ne s'élève pas, en général, à plus de trente-six.

Ces symptômes sont le résultat direct de l'intoxication du sang par le miasme cholérique, de l'*indoloiémie*, pour nous exprimer d'une manière plus simple. Ils entraînent une diminution plus ou moins considérable dans la proportion de l'élément séreux du sang. C'est là ce que nous désignons, en général, sous le nom d'*hypohydrémie*.

L'hypohydrémie, dans le choléra, s'accompagne d'un certain nombre de phénomènes qui en sont la conséquence naturelle. Celui qui frappe le premier l'attention de l'observateur est le ralentissement de la circulation; il se traduit par la faiblesse et la lenteur du pouls, et par la stase du sang dans les vaisseaux capillaires, d'où résulte une teinte bleuâtre de la peau plus ou moins marquée. Les sécrétions sont taries plus ou moins complétement; c'est ce qu'on observe surtout à l'égard de la salive et de l'urine. Un autre ordre de phénomènes consiste dans la diminution de volume des organes; la percussion seule peut nous le révéler. Si, à l'aide du plessimètre, on prend soin de limiter le cœur et le foie, on voit que ces viscères ont subi une rétraction de plusieurs centimètres. La rate a conservé ses dimensions normales.

La percussion est encore d'un grand secours lorsqu'on vient à explorer l'état de l'abdomen. Au début de l'affection, elle fait reconnaître une matité générale; peu à peu et à mesure que la maladie diminue, cette matité est remplacée par de la sonorité. Le retour des gaz dans le tube intestinal est un des signes les plus certains et les plus favorables au point de vue du pronostic.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. LÉVY.

Recherches anatomo-pathologiques sur le choléra-morbus;

Par M. MASSELOT, chef de clinique.

Après avoir étudié plus attentivement peut-être qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour les lésions qu'on observe sur les cadavres des cholériques, il ne sera pas inutile d'indiquer en quelques mots les résultats pratiques qu'on a observés dans le service où ces études ont été faites.

MORTALITÉ. — Du 12 mars au 16 mai, il est entré dans les salles spécialement destinées aux cholériques 303 malades, au nombre desquels se sont trouvés sept individus affectés de méningite cérébro-spinale et un autre de péritonite aiguë. Ces affections furent toutes reconnues à l'entrée des malades après un examen attentif; mais les modifications apportées dans leurs symptômes par l'influence épidémique régnante décidèrent M. Lévy à les traiter dans le service des cholériques. De ces huit malades, six succombèrent à la méningite; chez tous, les lésions nécroscopiques furent parfaitement caractéristiques, et l'on trouva constamment une infiltration purulente abondante dans la pie-mère cérébrale et rachidienne, formant de larges traînées le long des veines sur les faces des deux hémisphères et descendant avec elles latéralement pour gagner les scissures de Sylvius et la base du crâne. Le pus, semi-concret, est amassé en couche épaisse d'un blanc mat au niveau de l'entre-croisement des nerfs optiques et sur le ver supérieur du cervelet. Enfin, la face postérieure de la moelle était recouverte d'une exsudation purulente blanche plastique, dont le maximum d'épaisseur était de quatre et même cinq millimètres. Cinq fois, on trouva de la psorentérie; mais cette altération existe dans les deux tiers des méningites cérébro-spinales.

Dans le cas de péritonite, nous avons trouvé sur les intestins, sur le mésentère et sur le foie une exsudation pseudo-membraneuse, molle, d'un gris jaunâtre, épaisse en quelques points de six millimètres. Dans le petit bassin et dans les espaces circonscrits par les duplicatures du mésentère, sécrétion purulente abondante.

Il est de toute évidence, d'après ces altérations nécroscopiques, que ces sept cas de mort compris jusqu'à présent dans le chiffre exprimant la mortalité des cholériques doivent en être retranchés. Il nous restera pour expression véritable du mouvement de l'épidémie les chiffres suivants : du 12 mars au 16 mai, 296 cholériques, 73 morts, 146 sortis guéris, 77 restant en traitement. Le chiffre de la mortalité n'atteint pas tout à fait le quart du nombre des cholériques entrés à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Ce résultat, on a cru pouvoir l'attribuer, non sans une apparence de fondement, à la force de constitution des malades reçus au Val-de-Grâce, à leur âge et à la promptitude des secours donnés dès l'invasion de la maladie.

Quant à ce dernier point, il nous suffira de dire que l'immense majorité des cholériques traités par M. Michel Lévy sont entrés à l'hôpital plusieurs jours après l'apparition des phénomènes dits prodromiques, et bon nombre ont été apportés dans l'état le plus grave.

La plupart de ceux qui étaient casernés à Vincennes, dans les forts de Charenton, d'Ivry, de Bicêtre, ne se décidaient qu'à la dernière extrémité à déclarer leur maladie, et arrivaient dans un état algide et cyanique des plus prononcés.

L'explication déduite de la vigueur des individus paraît plus plausible; cette induction est en rapport avec l'âge des malades et avec les probabilités du choix effectué par le recrutement; mais d'une part, les limites d'âge de nos malades ont oscillé entre vingt et un et soixante ans; l'âge moyen était de vingt-six ans environ. On sait d'ailleurs combien le recrutement laisse à désirer, et combien de jeunes soldats vont se détériorant dès leur incorporation dans les régiments. Voici, du reste, quelques chiffres qui prouvent que les constitutions faibles ne sont point une exception dans la pratique de la médecine militaire : constitution forte, 193; constitution moyenne, 52; constitution faible, 36; constitution détériorée, 15.

Les différences de force et de constitution individuelles ne semblent point suffire pour rendre compte du chiffre de la mortalité au Val-de-Grâce. En effet, on a déjà dit que le choléra de cette année est aussi funeste que celui de 1832, et qu'il n'en diffère que par une extension moins rapide et moins générale. Cette égale gravité ressort d'ailleurs des statistiques publiées jusqu'à ce jour. Du 30 mars au 30 avril 1832, Broussais avait traité dans ce même Val-de-Grâce 128 cholériques, dont 52 décédés, 24 sortis, et 52 restant en traitement. (*Chol. morb. épid. observé et traité selon la méd. physiol.*, par Broussais, page 127.)

Voilà le résultat de la pratique de 1832, à gravité égale d'épidémie, sur le même théâtre, avec les mêmes éléments de population. En 1832, la mortalité dans la garnison a été plus considérable que dans la population civile de 25,8 sur 1,000 pour les militaires, et de 23,4 sur 1,000 pour le civil. Cependant alors la garnison était moins nombreuse, on ne comptait que 31,598 hommes; tandis qu'aujourd'hui elle passe 60,000 hommes. Les conditions hygiéniques étaient

meilleures; il y avait moins d'encombrement, les troupes n'étaient pas baraquées, ne vivaient pas dans des casemates, comme cela existe maintenant. Si on objecte que cette différence de résultats s'explique ici par les insuccès de la médecine physiologique, c'est concéder que le traitement a sa part d'influence. Un autre fait contribue à démontrer que la différence de constitution des malades n'explique point à elle seule la différence de mortalité; c'est la statistique des morts au point de vue de la constitution; 73 décédés nous fournissent les données suivantes: constitution forte, 52; constitution moyenne, 8; constitution faible, 10; constitution détériorée, 3. D'où l'on concluerait que la force de constitution prédisposerait aux attaques les plus funestes et les plus rapidement mortelles du choléra; ce qui serait une erreur ou au moins une exagération. On voit qu'il est extrêmement difficile d'apprécier la part d'influence qu'exerce sur le développement et la marche de la maladie la constitution individuelle.

Après avoir mis en évidence la réalité du traitement et sa part d'influence dans les résultats, nous avons besoin d'ajouter que le traitement comprend à nos yeux non-seulement le choix et la direction des moyens thérapeutiques, mais l'ensemble des conditions qu'une sollicitude incessante et éclairée procure aux malades.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 2 mai 1849. — Présidence de M. Deguise fils.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Monod lit un mémoire intitulé: *De la dilatation forcée comme moyen de traitement de la fissure à l'anus, avec constriction du sphincter.*

Dans ce travail, qui n'a trait qu'à la thérapeutique, M. Monod, après avoir fait l'historique de la méthode de M. Récamier, décrit la manière de procéder, ses effets immédiats et consécutifs; il montre, par des observations, comment s'opère la cicatrisation de la fissure; il examine ensuite quel est le mode d'action de la dilatation forcée, et émet l'opinion qu'il n'y a pas déchirure des fibres du sphincter, mais simplement une modification subite dans l'état nerveux du muscle, d'où résulte une paralysie momentanée suivie du retour à l'état normal. Après avoir prouvé par de nombreux faits que cette opération bien faite réussit presque constamment, et n'a jamais de suites fâcheuses, l'auteur établit un parallèle entre ce moyen de traitement et l'incision, et s'efforce de prouver qu'il n'est pas permis d'hésiter à donner la préférence à la méthode de M. Récamier. Quatorze observations accompagnent ce mémoire; l'une d'entre elles établit la possibilité de la contracture du sphincter interne sans lésion du sphincter externe.

M. Huguier. Depuis que j'ai entendu la communication de M. Maisonneuve sur le sujet traité aujourd'hui par M. Monod, j'ai expérimenté cinq fois le procédé de M. Maisonneuve, et cinq fois j'ai réussi. Une autre fois encore, j'ai opéré de la même manière, mais je n'ai eu aucune nouvelle de mon opéré, et j'ignore si la guérison s'est maintenue.

M. Chassaignac. Les détails donnés par M. Monod sur les suites de la fissure après l'opération me paraissent fort intéressants; pour ma part, je les ignorais. Je combats néanmoins l'opinion de M. Monod, qui veut préférer la dilatation à l'incision, et je me fonde sur deux points:

1° Il n'existe pas de terme précis à la dilatation;

2° La plaie qui persiste après l'opération est une plaie par déchirure, qui se trouve, par conséquent, beaucoup moins simple qu'une plaie faite par incision.

M. Monod énumère les accidents fâcheux qui peuvent survenir à la suite de l'incision; mais ces accidents sont si rares, eu égard à l'immense quantité des opérés, qu'ils deviennent presque insignifiants.

Quand les opérations par dilatation seront aussi nombreuses, nous verrons si elles ne sont pas suivies de récidives, nous compterons les accidents, et j'en prévois une foule à la suite de la dilatation forcée. En résumé, je ne vois pas de supériorité à cette méthode, et j'y vois, au contraire, de grandes chances d'accidents: les phlegmons, les déchirures des veines, etc.

M. Giraldès. Lorsqu'on emploie la dilatation, on sent le sphincter se déchirer sous les doigts; et cette déchirure est quelquefois assez grande pour s'étendre jusqu'à la muqueuse, qui cependant est bien plus extensible. La mécanique nous apprend qu'un fil forcé perd toutes ses propriétés; en physiologie, les choses doivent se passer de même. La pathologie nous montrera sans doute les résultats fâcheux de cette dilatation forcée. Les fibres du sphincter, distendus outre mesure, détermineront sa paralysie, et il en résultera une incontinence des matières fécales.

M. Guersant. J'ai essayé une fois la dilatation du sphincter. Après avoir successivement introduit l'index et le médius de chaque main, j'ai encore fait pénétrer le doigt d'un aide pour augmenter la dilatation; mais, le lendemain, j'ai aperçu une énorme ecchymose qui s'est étendue sur les fesses. Quatre à cinq jours après, il est survenu un abcès à deux centimètres en dehors de l'anus. J'ai redouté un instant l'établissement d'une fistule. Néanmoins, mes craintes ne se sont point réalisées, et l'abcès s'est cicatrisé. Je partage entièrement l'opinion de M. Giraldès; je crois, comme lui, que la dilatation forcée doit occasionner la déchirure du sphincter.

M. Robert. Au point de vue pratique, le travail de M. Monod me paraît extrêmement important. Moi aussi, j'ai opéré trois malades par la dilatation, et je les ai guéris tous le trois. Cependant, l'inconvénient signalé par M. Chassaignac est majeur; il est effectivement impossible de préciser le degré de dilatation auquel on devra s'arrêter.

Boyer regardait la contracture comme cause de la fissure; il est prouvé aujourd'hui que c'est le contraire qui a lieu. Aussi, les grandes incisions de Boyer ne se font plus; Dupuytren se contentait d'inciser quelques fibres superficielles du sphincter au niveau de la fissure, et n'en guérissait pas moins ses malades. Si la manière d'opérer de Dupuytren suffit, et c'est mon opinion, elle doit soutenir le parallèle avec la méthode de M. Récamier. L'une opère par déchirure, l'autre par incision. Je donnerai la préférence à l'incision.

M. Maisonneuve. Vous vous rappelez, messieurs, que, lors de ma première communication, je vous ai dit que M. Récamier, en opérant la dilatation de l'anus, introduisait un doigt, puis deux, puis trois, puis enfin la main tout entière, et pratiquait ensuite ce qu'il nomme un massage cadencé. Je n'ai fait que proposer à M. Récamier de dilater l'anus simplement avec deux doigts. On demande: Quelle est la mesure de la dilatation? Elle réside dans la sensation perçue par le chirurgien au moment où le resserrement est vaincu. S'il est arrivé quelquefois des déchirures un peu considérables, des ecchymoses dans des cas de fissures très profondes, le plus habituellement il ne survient rien de semblable. Lorsque la fissure est superficielle, le malade est immédiatement guéri; quand elle est profonde, les douleurs persistent quatre ou cinq jours, puis cèdent à la suite de quelques bains de siége et de quelques lavements.

La constipation chez les femmes et chez certains vieillards est souvent occasionnée par un certain resserrement de l'anus. Ce resserrement et cette constipation cèdent très bien à la dilatation.

En présence de tous ces avantages, la dilatation forcée, que j'ai employée pour ma part plus de cinquante fois, me paraît être une conquête de la chirurgie contemporaine.

M. Morel-Lavallée. Je me suis servi trois ou quatre fois de la dilatation forcée. La première fois, en opérant transversalement et d'avant en arrière, j'ai produit quatre déchirures à la muqueuse; il a fallu recourir à plusieurs bains et à quelques lavements pour achever la guérison. Quant au muscle, je crois qu'il est difficile ou même impossible de le déchirer, à moins de déployer une force extraordinaire, surtout si on prend la précaution de ne l'exercer que dans le diamètre bi-sciatique.

M. Chassaignac. Les défenseurs de la dilatation forcée demandent à leur tour: Quelle est la mesure de l'incision? Cette mesure est extrêmement facile à connaître: on incise jusqu'à ce que le resserrement cesse. Le chirurgien est toujours maître de conduire et d'arrêter son bistouri, tandis qu'il ne peut modérer à volonté la dilatation. Je répète encore que, s'il y a une déchirure, il y a une plaie qui doit suppurer et qui se trouve par conséquent dans des conditions beaucoup moins favorables pour se cicatriser que s'il y avait une simple incision. Et aujourd'hui que la plupart des chirurgiens sont d'accord pour admettre que la section pure et simple de la fissure suffit pour amener la guérison sans qu'il soit nécessaire de recourir aux mèches de Boyer, il est permis de soutenir que l'incision doit être préférée à la dilatation forcée.

M. Gosselin. Mon peu d'enthousiasme pour la dilatation est basé sur les raisons données par M. Chassaignac. J'ai eu quelquefois l'occasion de voir faire l'incision par des chirurgiens timides et qui négligeaient le pansement; ces malades n'en guérissaient pas moins; en un mot, l'incision faite à peu de profondeur et sans pansement contentif peut donner les mêmes résultats que la dilatation. C'est pourquoi j'emploie volontiers cette dernière, mais je ne la trouve pas aussi merveilleuse que l'ont dit MM. Monod et Maisonneuve.

M. Larrey. Je crains aussi les accidents signalés par M. Chassaignac et, de plus, l'incontinence des matières fécales. Comme il m'a semblé que la fissure à l'anus était de beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme, on pourrait peut-être réserver la dilatation pour la femme, qui, on le sait, redoute à l'excès les opérations sanglantes.

M. Huguier. Les reproches que l'on adresse à la dilatation ne me paraissent point fondés; je crois même, au contraire, qu'ils sont plutôt applicables à l'incision. Les érysipèles, les hémorrhagies, la lésion des hémorrhoïdes, la filtration des matières fécales constituent des accidents qui ne sont pas très rares à la suite de l'incision, tandis qu'ils ne s'observent point après la dilatation. La déchirure que l'on produit pendant la dilatation, soit au niveau de la fissure, soit dans un ou plusieurs autres points de la muqueuse, ne comprend jamais toute l'épaisseur de la muqueuse et guérit très rapidement. Quant à la déchirure des veines placées sous la muqueuse, elle ne s'est pas encore rencontrée, et, fût-elle possible, qu'elle n'offrirait pas plus de danger que les opérations pratiquées sur les veines en ménageant la peau qui les recouvre.

M. Monod. Les objections de M. Chassaignac tiennent sans doute à ce qu'il n'a pas encore pratiqué la dilatation forcée. M. Chassaignac nous a parlé d'hémorrhagies, de phlébites, etc., qui ne surviennent jamais. On n'est pas maître de ses mouvements, a-t-il dit encore; où est la précision, le critérium de la dilatation. Tout cela est inexact. Il est extrêmement facile de diriger ses mouvements; et quant au terme de la dilatation, M. Maisonneuve l'a déjà fait observer; il est marqué par la cessation de la résistance.

M. Giraldès a donné pour preuve de la déchirure du sphincter la sensation que l'on éprouve lorsque le resserrement cesse. Je crois que le sphincter n'est pas déchiré, par la raison que les malades vont de suite à la selle et que les jours suivants il ne survient rien.

M. Guersant, en pratiquant la dilatation, a observé une ecchymose, puis un abcès. Je ne ferai observer qu'une chose à M. Guersant, c'est que je ne recommande point le procédé dont il s'est servi.

M. Robert a dit que la fissure était la cause de la contraction du sphincter; cette opinion est trop absolue: elle est tantôt la cause ou l'effet de l'affection.

M. Chassaignac. Je ne ferai plus qu'une remarque toute à l'avantage de l'incision, c'est que cette incision se pratique où l'on veut, tandis que la dilatation s'exerce forcément sur toute la circonférence de l'anus. Il en résulte que, par la première opération, on peut très aisément laisser de côté soit une tumeur hémorrhoïdale, soit une veine variqueuse; tandis que, par la seconde, il n'est pas possible de les soustraire à la violence exercée sur le sphincter.

M. Loir. Avant de chercher à établir la supériorité de la dilatation sur l'incision avec son pansement habituel, je serais d'avis de poser la question suivante: L'incision superficielle sans pansement est-elle préférable à la dilatation forcée? La réponse est dans les faits à venir.

M. Huguier. Puisque l'argument principal contre la dilatation est le défaut de précision dans l'étendue de la dilatation, j'estime que trois pouces environ, dans le plus grand diamètre de l'anus, seront le terme auquel il faudra s'arrêter.

Le travail de M. Monod est renvoyé au comité de publication.

— M. Marjolin présente une pièce qui démontre, suivant lui, l'existence de tubercules enkystés dans l'un des condyles du tibia, ainsi que dans le péroné et le fémur.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 9 mai 1849. — Président, M. Cullerier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La parole est à M. Maisonneuve pour la lecture d'un mémoire, intitulé: *Luxation de l'articulation médio-carpienne en arrière.*

Dans l'observation qui fait la base du travail de M. Maisonneuve, unique dans la science, d'après notre collègue, les signes de la luxation sont les suivants: 1° Déplacement en totalité de la main vers la face postérieure de l'avant-bras; 2° saillies de 2 centimètres en avant, d'un centimètre en arrière formées l'une par le carpe, l'autre par les os de l'avant-bras, la première placée à quelques lignes au-dessus de la seconde; 3° longueur égale au plan osseux carpo-métacarpien sur les deux membres; 4° même longueur des deux radius; 5° apophyses styloïdes du radius et du cubitus dans leurs rapports normaux; 6° position fléchie des doigts.

M. Maisonneuve termine son mémoire en faisant remarquer que ces signes sont exactement les mêmes que ceux attribués par M. Voillemier à la luxation radio-carpienne.

M. Robert entame la discussion en ces termes: Il me semble que dans la luxation proprement dite du poignet on peut sentir d'une part l'apophyse styloïde du radius, et d'autre part la saillie du carpe. Je me rappelle avoir vu cette saillie du carpe sur une pièce qui a été présentée à la Société par M. Marjolin fils (1).

M. Maisonneuve. Dans le cas en particulier dont il s'agit, les saillies indiquées par M. Robert n'existaient point; elles étaient masquées par les tendons. J'ai tenté quelques expériences sur le cadavre avec l'idée de rencontrer un signe différentiel; mais je n'ai jamais pu réussir à luxer la deuxième rangée des os du carpe.

M. Lenoir. Le signe différentiel recherché par M. Maisonneuve ne me paraît pas difficile à trouver. Ce signe, c'est la présence de pisiforme au-dessous du cubitus. Il est bien évident que, dans la luxation du poignet, la première rangée du carpe se déplaçant avec la main, on doit rencontrer une dépression au-dessous du cubitus. Or, dans la luxation de la deuxième rangée, le pisiforme reste forcément accolé au radius.

M. Michon. Je n'ai pas compris pourquoi M. Maisonneuve a cité les travaux de Dupuytren à propos de son mémoire; ces travaux n'ont aucune espèce de corrélation avec le sien.

Quand aux signes pathognomoniques donnés par MM. Robert et Lenoir, ils peuvent être vrais en théorie, faciles peut-être à rencontrer au moment même de l'accident lorsque la main n'est pas encore tuméfiée; mais je crains qu'ils ne deviennent illusoires quand le gonflement sera survenu. Comment, en effet, porter un diagnostic certain en prenant des points de repères, tels que le pisiforme et le grand os? Il est un signe négatif dans lequel j'aurai plus de confiance que la saillie du pisiforme ou du grand os; je veux parler de la non existence d'une fracture à l'un des os de l'avant-bras.

Le mémoire de M. Maisonneuve est renvoyé au comité de publication.

— M. Demarquay, prosecteur à la Faculté de médecine, présente à la Société plusieurs pièces anatomiques destinées à démontrer l'existence et la position véritable du muscle de Wilson. Beaucoup d'anatomistes, en particulier MM. Velpeau et Blandin, avaient regardé le muscle de Wilson comme une dépendance et une continuation du releveur de l'anus. M. Denonvilliers, et après lui M. Gosselin, ont déjà publié des travaux ayant pour but de combattre cette opinion et de montrer qu'indépendamment du releveur de l'anus il y avait des fibres musculaires séparées de ce dernier par des lames aponévrotiques. M. Guthrie, en Angleterre, a donné une description analogue. Cependant les idées ne sont peut-être pas encore bien fixées sur ce sujet. M. Demarquay fait donc voir trois préparations sur lesquelles on aperçoit très bien des fibres musculaires partant des branches ascendantes de l'ischion et descendante du pubis, et allant passer les unes au-dessus, les autres au-dessous de la partie membraneuse de l'urètre qui s'engage à travers elles comme dans une boutonnière. Ces fibres sont manifestement séparées du releveur de l'anus par l'aponévrose latérale de la prostate. Du reste, M. Demarquay n'a trouvé sur aucune pièce les fibres insérées au bas de la symphyse pubienne que Wilson avait indiquées, et que M. Gosselin décrit également.

M. Gosselin. Cette question est intéressante au point de vue des rétrécissements spasmodiques. Les fibres les plus antérieures du releveur de l'anus ne sont pas en contact assez

(1) Dans la luxation de la deuxième rangée des os du carpe sur la première, la saillie du grand os doit se distinguer facilement de la saillie du carpe.

immédiat et n'entourent pas assez la portion membraneuse pour que leur contraction puisse apporter un obstacle momentané à l'émission de l'urine. Au contraire, les fibres que nous fait voir M. Demarquay sont bien disposées pour qu'une contraction violente produise cet effet. Ces fibres, qui constituent le vrai muscle propre à l'urètre, présentent d'ailleurs des variétés quant à leur nombre et à leur situation. Quelquefois elles s'insèrent exclusivement aux branches ascendante de l'ischion et descendante du pubis, comme sur les pièces que nous avons sous les yeux; d'autres fois elles viennent exclusivement de la symphyse pubienne, comme je suis certain d'en avoir observé des exemples, ou bien tout à la fois de la symphyse pubienne et de sa branche descendante, ainsi que l'a indiqué Guthrie. Ces variétés me paraissent expliquer suffisamment la divergence qui existe entre la description de M. Demarquay et la mienne.

M. Giraldès. Les fibres musculaires dont on vient de parler, et qui sont, en effet, bien distinctes du releveur de l'anus, me paraissent être une continuation de l'appareil musculaire du col vésical, comme l'a déjà indiqué Santorini. En effet, quelques-unes de ces fibres passent au-dessous des ligaments antérieurs de la vessie, le long de la prostate, arrivent à la portion membraneuse de l'urètre, et reviennent du côté opposé vers le col vésical; celles du côté droit s'entre-croisent avec celles du côté gauche, d'où il résulte une disposition en 8 de chiffre.

M. Denonvilliers représente par plusieurs dessins faits sur le tableau la disposition des aponévroses périnéales, et montre comment, en effet, les fibres qui constituent le muscle de Wilson sont placées entre les deux feuillets de l'aponévrose périnéale moyenne, et se trouvent par conséquent tout à fait distinctes du releveur de l'anus. La plupart des anatomistes ont donc eu le grand tort de regarder le muscle de Wilson comme un faisceau du releveur.

M. Chassaignac. Je ne conteste nullement la disposition du muscle de Wilson, telle que la montrent les pièces placées sous nos yeux. Mais il me semble que le releveur de l'anus est placé de façon à pouvoir agir sur l'urètre; il forme, en se réunissant avec celui du côté opposé, une sorte d'anse à concavité tournée en haut et en arrière, qui embrasse la partie inférieure du canal. Dans ses contractions, l'anse musculaire peut bien presser sur le canal et l'aplatir; c'est donc une action ajoutée à celle du muscle de Wilson.

M. Gosselin. Sans doute l'effet dont parle M. Chassaignac est incontestable, et cette contraction du releveur a lieu après chaque miction pour imprimer à l'urètre une secousse qui contribue à débarrasser ce conduit des dernières gouttes d'urine; mais je dis seulement que cette contraction du releveur ne pourrait aller jusqu'à fermer l'urètre et faire obstacle à l'émission de l'urine, ce que peut faire au contraire le muscle de Wilson.

M. Giraldès. Je ne crois pas, comme M. Chassaignac, que le releveur de l'anus puisse comprimer le col de la vessie lors de sa contraction, et cela par une raison très simple et tout anatomique. Ce muscle est séparé du col de l'organe par l'aponévrose de la prostate; ensuite, dans les efforts de contraction, il ramène l'anus en haut près de son origine, et ne peut d'aucune façon comprimer le col de la vessie. M. Chassaignac confond l'action des fibres antérieures du rectum avec celle du muscle releveur. En effet, les fibres antérieures du rectum s'insèrent au ligament transverse, et se confondent avec quelques-unes des fibres postérieures de la vessie; dans l'acte de défécation, la contraction de ces fibres agit nécessairement sur le col vésical.

— M. Robert présente à la Société une pièce d'anatomie pathologique qui offre, suivant lui, un exemple de tumeur colloïde, à l'état de crudité, de la mamelle.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

De la papavérine, nouvelle base retirée de l'opium.

Par M. G. Merck.

Le docteur G. Merck, en traitant les résidus d'opium qui avaient servi à la préparation de la morphine, en a retiré une nouvelle base à laquelle il a donné le nom de *papavérine*, et dont voici les principales propriétés. Elle se présente sous forme de cristaux prismatiques fort nets et d'une grande blancheur : très soluble dans l'alcool et l'éther à chaud, elle est presque insoluble à froid dans ces deux liquides et tout à fait insoluble dans l'eau. La papavérine bleuit très sensiblement le tournesol, verdit le papier de dahlia et forme avec les acides des sels fort bien déterminés : le chlorhydrate est surtout remarquable par la beauté de ses cristaux. Lorsqu'on broie la papavérine avec de l'acide sulfurique concentré, elle prend une belle teinte fort caractéristique.

Si on verse un grand excès d'acide chlorhydrique dans une solution de papavérine, il se précipite une huile pesante qui, en quelques heures, se prend en masse cristalline qu'on redissout dans l'eau bouillante, d'où elle se dépose en beaux prismes, n'ayant pas de réaction acide. Ces prismes, traités de nouveau par un excès d'acide chlorhydrique, donnent naissance à la même huile qu'on peut, du reste, également produire en employant les acides nitrique ou sulfurique de la même manière. Le chloroplatinate de papavérine est jaune, pulvérulent et insoluble. La formule de la papavérine, calculée d'après la composition du chlorhydrate et du chloroplatinate est : $C^{40} H^{21} Az O^8$.

CORRESPONDANCE.

Du massage et de la dilatation forcée.

Monsieur le Rédacteur,

Je viens de lire avec le plus vif intérêt, dans votre estimable journal du 12 mai, une note sur le traitement de la fissure anale par la *dilatation forcée* qu'emploie M. Maisonneuve, d'après le rapport de M. Lepelletier, note qui mérite sous tous les rapports de fixer l'attention des praticiens.

Depuis la publication dans le numéro de janvier 1838 du *Journal des Progrès*, de l'intéressant mémoire de M. Récamier sur l'*extension*, le *massage* et la *percussion cadencée* dans le traitement des contractures musculaires, il m'est arrivé bien souvent de mettre à profit les heureuses idées thérapeutiques de ce savant maître; presque toujours ç'a été avec grand avantage et constamment sans inconvénient : c'est surtout contre les fissures à l'anus que les moyens indiqués peuvent être considérés comme spécifiques.

Je ne citerai que deux faits appartenant à des affections diverses pour prouver la puissance de cette méthode thérapeutique si simple, si efficace et pourtant presque généralement oubliée.

Le premier est un garçon âgé de seize ans, nerveux, atteint depuis trois ans, sans cause connue, d'un torticolis spasmodique et intermittent, contre lequel on avait employé en vain des liniments en frictions, des antispasmodiques et des antipériodiques. Les accès revenaient tous les deux ou trois mois et duraient quatorze à quinze jours, pendant lesquels la tête était fortement inclinée sur l'épaule gauche, et les muscles du cou de ce côté violemment contractés, douloureux à la pression. Dans l'intervalle, la tête était parfaitement libre dans tous ses mouvements. Il y a un an environ, je fus appelé pendant que le malade était dans un accès; aussitôt je me mis en devoir d'employer le massage, puis l'extension d'après la méthode de M. Récamier, et en moins de trois minutes, la tête était ramenée dans sa direction normale. Les soins furent continués huit jours, c'est-à-dire le massage. Depuis cette époque, on répète les mêmes manœuvres chaque fois qu'il est menacé d'une nouvelle attaque, et déjà, cinq à six fois, on est parvenu, par le même moyen, à la faire avorter, en sorte qu'il n'y a pas encore eu de rechute.

Deuxième fait. — Il y a deux mois, on m'appela pour une dame âgée de vingt-cinq ans, qui avait des attaques de nerfs. D'après l'historique que l'on me fit des atroces douleurs qu'elle éprouvait pour aller à la garde-robe, et de la multiplicité des agents appliqués inutilement sur les parties douloureuses depuis plus de trois mois, je pensai qu'elle était atteinte d'une fissure anale, seule cause de tous ces accidents. Après avoir constaté son existence, j'introduisis immédiatement l'indicateur de la main droite enduit de cérat au delà du sphincter, puis l'indicateur de la main gauche; mais la malade se retira si vivement, qu'il me fut impossible de faire l'extension forcée. Cependant la dilatation par la simple pénétration des deux doigts avait été suffisante; car les gardes-robes devinrent faciles dès ce moment, et la guérison s'en est suivie. Après cet attouchement, j'ai pansé la fissure comme après une opération de fistule, avec un bourdonnet de charpie et du cérat, pansement qui fut continué sept à huit jours; ce qui a peut-être, en pareil cas, une certaine influence pour aider à la terminaison de la cure.

Sans rien vouloir préjuger, je crois, d'après d'autres observations, qu'une simple dilatation brusque doit suffire souvent, et que, pour éviter de trop vives douleurs, on fera bien de ne pas la porter bien loin.

Je bornerai là mes réflexions, et je vous prie d'agréer, etc.

Plouviez, d.-m.

Lille, le 13 mai 1849.

NOUVELLES.

L'Académie de Médecine vient de faire une nouvelle perte. M. Loiseleur-Deslongschamps, membre de la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, est mort le 8 de ce mois, à l'âge de 75 ans.

— M. Vanbeddeghem, chirurgien-major de 1re classe au 5e d'artillerie, est désigné pour passer à la garde républicaine de Paris.

— M. de Wateville vient d'adresser à M. le ministre de l'intérieur un rapport sur les enfants trouvés et abandonnés. Dans ce rapport, M. Wateville s'est appliqué à consigner les résultats obtenus par chaque système : conservation ou suppression des tours, déplacement, colonies agricoles.

Voici quelques détails statistiques empruntés à son travail :

« On peut diviser topographiquement la France en départements de la frontière de terre, en départements de la frontière de mer, en départements manufacturiers et en départements agricoles.

» Dix départements de la frontière de terre, pour une population de 4,606,983 habitants, comptent seulement 6,224 enfants trouvés, soit un enfant sur 740 habitants; 1,197 expositions sur 141,925 naissances, ou une exposition sur 119 naissances.

» Douze départements frontières de mer, pour une population de 6,364,123 habitants, ont 12,142 enfants trouvés, soit un enfant sur 371, et sur 184,156 naissances ont 5,098 expositions, soit une exposition pour 36 naissances.

» Dans les départements agricoles, la proportion des enfants trouvés est de 6 sur 360 habitants, et les expositions de 1 sur 50.

» Dans les départements manufacturiers, elle est également de 1 sur 560; mais les expositions ne sont que de une sur 58 naissances.

» Les départements qui possèdent de grands centres de population ont un enfant trouvé sur 204 habitants et une exposition sur 25 naissances.

» Dans les départements réputés pauvres, on compte un enfant trouvé sur 255 habitants, et une exposition sur 35 naissances. »

Une circulaire du 12 mars 1839 a créé dans chaque département un service d'inspections; mais malheureusement la tutelle des enfants âgés de plus de douze ans, confiée aux commissions administratives des hôpitaux, dépositaires par la loi du 15 pluviôse an XIII, est très négligée; d'après M. Wateville, cette loi est bien exercée dans vingt départements, à moitié exercée dans cinq, complétement abandonnée dans soixante-un.

Il en résulterait que ces malheureux enfants comptent dans la population des bagnes dans une proportion de 15 pour 100, dans celle des maisons centrales pour 13 pour 100. Le cinquième du personnel des maisons de tolérance serait composé des pauvres filles enfants trouvés.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 22 MAI 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 59.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne À PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 21 MAI 1849.

Marche du choléra.

La moyenne des nouveaux cas admis ou développés dans les hôpitaux civils a été de 92 par jour ; c'est exactement le même chiffre que celui de notre dernier bulletin. Le *statu quo* le plus complet s'est donc maintenu depuis trois jours dans la population cholérique de ces établissements.

La ville, au contraire, d'après les informations que nous avons pu prendre, aurait éprouvé un mouvement favorable, et la légère décroissance que nous avions signalée dans notre dernier bulletin y aurait continué son cours.

Il n'en a malheureusement pas été de même de tous les hôpitaux militaires; celui du Gros-Caillou a non-seulement reçu un grand nombre de malades du dehors, mais encore les cas développés à l'intérieur ont été beaucoup plus nombreux que d'habitude; cinq ou six infirmiers ont été gravement atteints dans la journée de vendredi. Cette sorte de recrudescence locale a ému la population de l'hôpital, et désorganisé un peu le service sanitaire, qui malheureusement laissait déjà à désirer. Nous appelons toute la sollicitude des chefs de service et de l'administration elle-même sur la classe des infirmiers, qui jouent un si grand rôle dans les résultats que peuvent avoir les méthodes thérapeutiques, et que l'on ne cherche pas assez à attacher à leurs devoirs par de bons procédés et par une rémunération un peu plus libérale. Nous avons eu déjà trop souvent l'occasion de formuler le même reproche, qui malheureusement s'adresse aussi à l'administration des hôpitaux civils.

Nous avons d'ailleurs vu avec la plus grande satisfaction que l'administration s'était décidée à améliorer l'alimentation des soldats pendant la durée de l'épidémie. Nous aurions seulement désiré que les ressources du budget lui eussent permis de faire un peu plus; car telle qu'elle est actuellement, cette alimentation laisse encore à désirer sous le rapport hygiénique.

HOSPICES.	NOMBRE DE CAS.	DÉCÈS.	SORTIES.
Salpêtrière	1058	775	197
Bicêtre	156	104	20
Ménages	44	32	9
Incurables (hommes)	9	6	1
	1267	917	217
Report,	1267	917	217
Incurables (femmes)	6	5	»
Larochefoucauld	5	3	»
Sainte-Périne	1	1	»
HÔPITAUX CIVILS.			
Hôtel-Dieu	911	433	308
Charité	417	238	120
Pitié	494	235	163
Saint-Louis	473	214	134
Beaujon	299	151	74
Necker	146	60	62
Enfants-Malades	53	20	23
Saint-Antoine	114	58	38
Cochin	50	19	28
Sainte-Marguerite	103	47	35
Bon-Secours	106	59	28
Cliniques	26	20	6
Maison d'accouchement	2	1	»
Lourcine	22	7	4
Maison de Santé	64	35	16
Prison de Saint-Lazare	41	18	9
HÔPITAUX MILITAIRES.			
Invalides	36	26	5
Val-de-Grâce	330	88	164
Gros-Caillou	537	169	152
Hôpital militaire du Roule	264	122	48
Hôpital milit. Popincourt	100	46	»
Total,	5797	3014	1648

Séance de l'Académie de Medecine.

Pour une séance extraordinaire, l'assemblée était assez nombreuse. Cependant, aucune discussion ne s'est élevée. M. Gérardin a seulement fait observer une fois de plus à M. Bouvier, dans des termes parfaitement convenables, le peu d'utilité de ces communications hebdomadaires, et a saisi cette occasion pour donner lui-même quelques détails sur la marche de l'épidémie dans les principales villes d'Europe, de l'Asie occidentale et de l'Egypte. Si ces détails avaient eu plus de précision, ils auraient offert un grand intérêt; mais tels que M. Gérardin les a donnés, leur utilité est beaucoup moindre. M. Bouvier n'a pas accepté le reproche de M. Gérardin; il n'a eu ni tout à fait tort, ni tout à fait raison; ce qui veut dire que ses communications intéresseraient davantage si elles étaient un peu plus courtes.

Un charmant rapport de M. Gueneau de Mussy sur un spécifique contre le choléra, quatre rapports de M. Gaulthier de Claubry sur des remèdes secrets anticholériques, un rapport de M. Chevallier sur un nouveau moyen de conserver indéfiniment l'eau, et une lecture de M. H. Larrey, ont rempli le reste de la séance. Aucune question sujette à controverse n'a été soulevée dans ces rapports. La lecture de M. Larrey, au contraire, qui n'a pu être terminée dans cette séance, demandera à être étudiée attentivement.

La correspondance renfermait plusieurs communications intéressantes relatives au choléra, mais qui seront examinées avec plus d'opportunité lorsque la commission présentera son rapport, ce qui ne peut tarder.

Parmi ces communications, s'est fait remarquer, par son originalité, celle de M. Eymard, qui continue à prédire que le choléra ne dépassera pas, vers le Midi, une ligne droite qui, partant des Vosges, irait se rendre au Finistère. Notre confrère ignorait sans doute, quand il a écrit sa lettre, que nous avions déjà signalé l'existence du choléra au Mans et à Angers.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Diagnostic et extirpation d'une tumeur graisseuse sur la hanche droite.

Nous avons à opérer aujourd'hui le malade du n° 1 de la salle des hommes. C'est un garçon assez bien constitué qui était venu à la consultation pour un coup de couteau qu'il avait reçu à l'avant-bras. La dernière fois qu'il s'est présenté et que je lui ai dit qu'il était guéri, il m'a montré une tumeur assez volumineuse siégeant à son flanc droit.

Cette tumeur est grosse comme un œuf de dinde. Elle est de forme ellipsoïde, un peu courbée, à concavité supérieure. Elle existe depuis quinze ou vingt ans; elle s'est développée très lentement; le malade n'en a rien souffert; elle ne fait que le gêner.

Elle est sans empâtement, sans adhérences intimes avec les tissus environnants, soit par sa face profonde, soit par sa face superficielle. La peau est libre et conserve son épaisseur et sa couleur naturelles. Il est manifeste au toucher que cette tumeur a son siége sous les téguments dans le tissu cellulaire sous-cutané. Elle ne présente ni fluctuation ni bosselures; c'est une masse régulière, de densité modérée, non fluctuante, non pâteuse, qui n'a pas la dureté ni les autres caractères du squirrhe, des tumeurs fibreuses, cancéreuses, etc. Elle a, au contraire, les caractères des tumeurs graisseuses; en un mot, c'est un lipome.

Comme toutes les tumeurs mobiles, les tumeurs de cette espèce ne sont pas susceptibles de disparaître sous l'influence des topiques ni des médications générales. Toutefois cette règle très générale ne paraît pas être tout à fait absolue. On cite des exemples de tumeurs graisseuses guéries sans extirpation, et parmi ces exemples il y en a quelques-uns qui paraissent incontestables. J'y ai été pris moi-même. J'ai vu chez un homme une tumeur qui formait sur sa main droite une sorte de bissac, dont une partie occupait l'espace compris entre deux doigts et une petite étendue de la paume de la main, et l'autre couvrait toute l'éminence thénar. Je lui fis l'opération seulement de la partie qui occupait la paume de la main et l'espace situé entre les doigts, bien persuadé qu'on serait obligé plus tard d'en faire autant pour celle de la racine du pouce; eh bien! cette portion du lipome a disparu. Or qu'a-t-il fait à cette tumeur? Il a employé un remède, non pas de bonne femme, mais d'un curé, qui l'a guéri en lui appliquant des compresses enduites d'un vinaigre très fort. Il est vrai qu'on avait ajouté à ce vinaigre une certaine plante, mais pour nous l'effet est dû au vinaigre lui-même dont nous connaissons l'action amaigrissante : tout le monde sait que les personnes qui mangent beaucoup de salade et autres aliments vinaigrés sont sujettes à devenir maigres. Ainsi, il est probable qu'une action analogue a été exercée sur cette tumeur.

Quoi qu'il en soit, ces faits sont si rares qu'on ne doit ja-

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Nouveaux progrès du mesmérisme. M. de Humholdt et M. Duvernoy. — M. Roux panégyriste de Joseph Fourier. — La question des permutations. — Mouvement parmi les chirurgiens des hôpitaux. — La guerre civile à Montpellier. — La circulaire de l'archevêque de Paris.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Si les actions de la Banque et des chemins de fer sont fortement en baisse, celles du magnétisme animal sont singulièrement en hausse ; cela doit suffire pour rétablir l'équilibre des affaires publiques. C'est sans doute ce qu'a pensé l'illustre Humholdt, et ce qui l'a engagé à appuyer de son crédit les observations mesmériques de M. Reymond, qui a trouvé le moyen de faire pirouetter la houssole par la seule force de sa volonté, aidée ou non de quelques contractions musculaires plus ou moins énergiques. Sous l'immense autorité d'un homme comme M. de Humboldt, cette nouvelle découverte ne pouvait manquer de prendre pied dans la science. Cependant, M. Duvernoy n'a pas cru inutile de venir à son secours. Il a raconté à l'avant-dernière séance de l'Académie des sciences l'histoire fort touchante d'une personne qui lui *était* ou qui lui *avait été* chère (je ne sais trop lequel des deux), qui se permettait quelquefois d'avoir des attaques de nerfs en sa présence, lesquelles attaques de nerfs l'honorable académicien est parvenu à calmer d'abord en promenant un aimant naturel le long des membres en convulsions, et plus tard, en remplaçant l'aimant par des passes mesmériques qui n'étaient même pas faites suivant toutes les règles de l'art ; d'où M. Duvernoy laisse à conclure ce que ces passes auraient pu produire si elles avaient été exécutées par Mesmer en personne ! Quant à moi, j'en suis effrayé... pour la personne en expérience.

En présence de ces témoignages de la science officielle, M. le docteur T... a éprouvé le besoin d'écrire ses confessions, de les écrire en deux volumes in-8°, et de les faire vendre chez MM. Garnier frères, au Palais-Royal, à Paris, et M. M. J. a senti le besoin non moins pressant d'initier le public au secret de ces confessions, dans un article publié dans le numéro du 18 mai, du journal *l'Assemblée nationale*. Quant au titre des confessions, il est assez appétissant, comme vous allez en juger :

« LES CONFESSIONS D'UN MAGNÉTISEUR, *suivies d'une consultation médico-magnétique sur des cheveux de madame Lafarge;* par M. le docteur T... »

L'analyse de M. M. J., sans être tout à fait à la hauteur de ce titre flambant, débute d'une façon qui n'est pas mal alléchante pour le pékin :

« Il y a trente ans environ », dit l'impartial critique, « un soir que M. le baron Cuvier réunissait dans son salon une société d'élite, un jeune savant, né dans la patrie de Mesmer, parlait avec conviction et enthousiasme du magnétisme animal. Les personnes qui l'entouraient, peu crédules, souriaient de pitié aux révélations du jeune Allemand. « Messieurs, dit alors Cuvier, ne riez pas, le magnétisme est une vérité; seulement les principes de ce phénomène nous sont inconnus, et peut-être ne pourra-t-on jamais les découvrir... » Depuis cette époque, MM. les docteurs Husson, Pariset, Marc, Foissac, etc., ont étudié le magnétisme avec zèle et impartialité et ont partagé l'opinion de notre illustre compatriote. Ils ont pensé que, lorsqu'il s'agit d'une découverte nouvelle, d'un fait que tout le monde peut vérifier, on ne devait jamais croire sans preuve, ni rejeter sans examen.

» Mais les adversaires du magnétisme s'écartent constamment de cette réserve si nécessaire aux progrès des sciences. Quand ils ont prononcé ces mots : *imposture*, *charlatanisme*, *absurdité*, ils croient avoir jugé la question d'une manière souveraine. Les partisans éclairés du magnétisme, au contraire, après avoir commencé par le doute, n'ont dédaigné ni l'observation des faits, ni le témoignage des sens ; et, lorsque des preuves multipliées ont formé leur conviction, ils ont dit à ceux qui ne partageaient pas leur opinion : « Examinez, faites comme nous, et vous serez convaincus. »

» C'est ainsi que M. le docteur T... a procédé. Longtemps il fut au nombre des incrédules. Comme tant d'autres, il s'égayait aux dépens des magnétiseurs. Convaincu, depuis, par de longues études et de nombreuses expériences, que cette science occulte était une vérité, il a publié d'abord des leçons sur la nature du magnétisme, sur ses effets et sur son application ; puis un *Manuel pratique du magnétisme animal*, ouvrage qui est parvenu à sa troisième édition ; et enfin, les *Confessions d'un magnétiseur*.

» M. le docteur T... est un homme d'esprit vrai, impartial, tendre, gracieux, divinateur », etc., etc., trois lignes d'etc. Inutile, bien entendu, d'ajouter à tous ces renseignements que M. le docteur T... donne des consultations extra-lucides rue ..., n°. .., et que, par l'intermédiairee d'une jeune somnambule, il lit dans les profondeurs du corps humain, absolument comme M. Arago ou le portier de Marseille lit dans le firmament.

Un confrère qui lisait avec moi l'analyse impartiale des *Confessions* par M. M. J., me demandait si la consultation du docteur T... était fréquentée; je trouvai la question un peu naïve, et je crus pouvoir me permettre d'y répondre par une citation que vous voudrez bien me pardonner, car je n'en abuse pas :

Le plaisant Dieu ! — Plus il est ridicule,
Mieux il convient à l'espèce crédule
Chez qui tout prend, excepté la raison.

Oui, mon cher confrère, la consultation du docteur T... est suivie, très suivie, et elle le sera encore davantage quand il annoncera

mais compter là-dessus, et que eela ne doit pas nous empêcher de dire que, pour guérir ces sortes de tumeurs, il faut les enlever, et dans un cas comme celui-ci c'est le seul remède à essayer.

Autrefois, pour enlever des tumeurs pareilles, on faisait deux incisions, l'une suivant le grand diamètre, l'autre suivant le petit diamètre de la tumeur, et l'on disséquait au-dessous. J'ai substitué, il y a dix à douze ans, à ces incisions en croix comme aux incisions en T et en V, une incision courbe, et depuis douze ans je n'ai pas encore trouvé un seul cas qui ait exigé autre chose.

Vous allez voir qu'avec cette incision on peut découvrir toute la tumeur; et, quant à ses avantages, ils sont frappants pour tous les yeux. Avec cette incision, on obtient une cicatrice presque constamment linéaire; tandis qu'avec les incisions complexes il y a des cicatrices en triangle, en croix, en T. C'est déjà là certainement une amélioration; mais il y a encore un autre avantage, c'est que l'opération est plus simple, la douleur moindre et la guérison plus facile et plus prompte.

L. M.

HOPITAL SAINTE-MARGUERITE. (Hôtel-Dieu annexe.)

M. VALLEIX.

Hépatite aiguë circonscrite.

On sait qu'on a attribué des symptômes très différents à l'hépatite aiguë, suivant qu'elle a son siége à la face convexe du foie, à la face inférieure ou au centre de cet organe. Chez le sujet dont nous allons présenter l'histoire, l'inflammation occupait évidemment un point médiocrement étendu de la partie inférieure de l'organe, et paraissait bornée à une couche peu épaisse du bord tranchant à droite et à gauche de la vésicule biliaire. Ce siége a déjà, comme on le voit, quelque chose de particulier; et s'il est vrai que l'hépatite aiguë ait des symptômes aussi différents suivant le point qu'elle occupe, aucun fait n'est plus propre à le démontrer que celui-ci.

Voici l'observation suivie des réflexions auxquelles elle a donné lieu de la part du chef de service.

Beaumont (Louis), âgé de trente ans, cordonnier, ancien militaire, ayant servi en Afrique, est entré le 9 avril 1849 à l'hôpital Sainte-Marguerite, salle Saint-Augustin, n° 24. Il affirme que, jusqu'à ces trois derniers mois, il n'a pas eu de maladie grave. Il y a environ trois mois, il éprouva des douleurs dans l'épaule droite qui se sont dissipées sans traitement, pour reparaître ensuite à diverses reprises et notamment en même temps que les premiers symptômes de la maladie pour laquelle il entra à l'hôpital.

Des douleurs qu'il caractérise de douleurs de reins, et qui paraissent avoir siégé aux environs de la partie inférieure de la colonne vertébrale, se sont manifestées chez lui le 4 avril, et se sont propagées le 7 aux régions lombaire droite et épigastrique.

Le 8 et le 9, ces douleurs sont accompagnées de frisson, puis de sueur, sans céphalalgie, sans vomissements ni vomiturations, sans perte d'appétit; le 9, le malade a pris deux bouillons avant d'entrer à l'hôpital.

Le 10 avril 1849, au moment de la visite, le malade, couvert de sueur, est dans le décubitus dorsal, paraissant redouter surtout de faire le moindre mouvement. La peau présente une coloration brune, un peu jaunâtre, principalement à la source du nez, et s'étendant jusque sur les conjonctives. Bien que moite, la peau est d'une chaleur modérée. Le pouls donne 84 pulsations. L'abdomen, indolent à la pression à l'hypogastre et sur tout le côté gauche, est excessivement douloureux à l'épigastre et au-dessous du rebord du cartilage des fausses côtes droites. Dans la partie douloureuse qui correspond très exactement à la région du foie, on constate par la percussion de la matité dans une étendue de quatre travers de doigt, suivant une ligne qui se dirige d'abord du milieu du cartilage des fausses côtes vers l'ombilic, puis, se recourbant, va se perdre sous les fausses côtes de manière à circonscrire un espace très allongé transversalement, borné par une ligne convexe en bas, sans limites précises en haut, et se perd sous les côtes. La ligne inférieure de cette tuméfaction est uniforme, sans aucune saillie circonscrite appréciable. La matité de la face convexe du foie se fait entendre un peu au-dessous de la huitième côte, et ne présente rien de remarquable. Il n'y a aucune augmentation de volume de l'organe à sa partie supérieure.

L'examen de la région affectée présente beaucoup de difficulté, parce que le malade pousse des cris sitôt que l'on presse un peu fortement sur les parois abdominales de ce côté, et la douleur est tellement vive qu'il ne peut faire aucun mouvement pour faciliter cette exploration. Cependant, à l'aide d'une pression graduelle, on constate avec précision l'existence d'une résistance prononcée correspondant à la tuméfaction.

La sécrétion des urines se fait normalement; le malade a eu hier deux selles qui n'ont pas été examinées.

Diagnostic : Hépatite aiguë.

Prescription : Orge miellé; saignée, 400 gram.; 30 sangsues sur le point douloureux; lavement émollient; diète.

11 avril. Beaucoup de soulagement depuis hier; la pression est supportable sur tout l'abdomen, bien qu'elle soit un peu douloureuse à l'épigastre et surtout sous le rebord du cartilage des fausses côtes droites, où la palpation fait toujours découvrir une tumeur douloureuse s'étendant dans les limites tracées hier par la percussion. Rien dans les autres points de l'abdomen.

L'épaule droite est devenue douloureuse pendant la nuit; la douleur que le malade y éprouve n'est exaspérée ni par la pression, ni par les mouvements. Il n'y a pas de vomissements ni de vomiturations. Les matières fécales, noires, fortement colorées, sont mi-parties solides, mi-parties liquides. L'urine, fortement colorée, d'aspect un peu huileux, offre un dépôt grossier, abondant, légèrement rosé, qui se dissout à froid dans un excès d'acide azotique. Pas de coloration verte. — 15 sangsues sur la tumeur; une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 12 avril, même état. — Chiendent avec sel de nitre, 6 gr.; cataplasmes.

Le 13 avril, le teint du malade est un peu moins jaune, et la coloration brune qu'il offre maintenant paraît naturelle. La tumeur est plus souple, moins douloureuse; mais son volume n'a pas notablement diminué. Le pouls, parfaitement régulier, est à 64 pulsations. Les matières fécales sont molles, presque liquides, toujours brunes. — Prescription : *ut supra.*

Le 14 avril, la région hépatique est toujours un peu douloureuse à la pression; mais elle offre une résistance et une tension moindres, ainsi qu'une matité moins absolue. Le malade a de l'appétit. — Une bouteille d'eau de Sedlitz; deux bouillons.

Le 15 avril et jours suivants, le mieux persiste, l'appétit augmente; le malade prend des aliments.

Le 20 avril, le malade se trouve tellement soulagé qu'il demande à quitter l'hôpital.

Examiné avant sa sortie, il présente une coloration de la peau en brun avec légère teinte jaunâtre qui paraît habituelle, et ne se retrouve plus sur les conjonctives. La peau offre une chaleur naturelle; le pouls, régulier, naturellement développé, donne 64 pulsations; la langue est souple, humide, de couleur naturelle. Le ventre est souple, indolent; une forte pression développe encore une très légère douleur au-dessous du rebord inférieur du cartilage des fausses côtes droites. La sonorité a reparu de ce côté, et on ne retrouve plus qu'une très légère matité s'étendant jusqu'à un centimètre à peine au-dessous du rebord du cartilage des fausses côtes. Il n'existe plus de douleurs à l'épaule droite. Le malade accuse un peu de céphalalgie qu'il n'avait pas les premiers jours. L'appétit est bon; la soif modérée.

L'hépatite aiguë est une affection trop rare dans nos climats pour que nous ne mettions pas tout d'abord en question l'exactitude du diagnostic. Les symptômes qui méritent de fixer notre attention sont d'abord ceux qui constituent l'état fébrile. Ils ont été, dès le commencement de la maladie, assez intenses. Il y a eu, en effet, des frissons, de la chaleur, une inappétence presque complète, et ces phénomènes ont duré plusieurs jours avant l'entrée du malade à l'hôpital. Vient ensuite la douleur, qui a été bien remarquable pendant que le malade a été soumis à notre observation, mais dont l'apparition a présenté quelques particularités dignes de remarque. Cette douleur, au dire du malade, se serait d'abord fait sentir à la région dorsale et lombaire avant de se manifester à la région épigastrique. D'un autre côté, ce sujet a eu, avant l'invasion de cette dernière maladie, une douleur de l'épaule droite qui a reparu après cette invasion. Enfin, nous avons constaté l'existence d'une tuméfaction considérable, ayant son siége sous le rebord des fausses côtes, se perdant sous elles, et au niveau de laquelle la douleur épigastrique était excessive. Du reste, point de vomissements, pas de décoloration des selles; urine à peine ictérique; légère coloration ictérique des sclérotiques, et couleur jaune très peu marquée sur quelques parties du corps.

Voilà les éléments à l'aide desquels nous pouvons établir le diagnostic.

La manière dont la douleur s'est produite peut faire naître quelques doutes dans l'esprit, et faire penser à l'existence du simple rhumatisme. On sait, en effet, que parfois le rhumatisme musculaire, surtout quand il occupe l'abdomen, s'accompagne d'un mouvement fébrile assez prononcé. Ce qui semble venir à l'appui de cette opinion, c'est l'existence antérieure d'une douleur de l'épaule semblable à celle de la maladie actuelle, douleur qui a entièrement disparu un certain temps avant l'invasion de cette maladie, et qui a été très probablement de nature rhumatismale.

Mais les autres symptômes éprouvés par ce malade ne permettent pas de s'arrêter à cette manière de voir. La douleur excessive bornée à un point limité sous les fausses côtes droites, la tuméfaction notable reconnue par la palpation et la percussion, et qui était le siége principal de la douleur, l'absence de douleur à la partie moyenne et inférieure de l'abdomen, ne se rapportent pas à un simple rhumatisme. Il y avait là évidemment inflammation d'un organe reconnaissable par l'augmentation de volume, la douleur vive et la fièvre qu'elle produisait.

Peut-on penser qu'il s'agissait de l'inflammation des muscles abdominaux? Les mêmes motifs que nous venons de faire valoir pour rejeter la première supposition se présenteraient de nouveau contre celle-ci. Il est bien rare d'ailleurs que l'inflammation d'un muscle, assez violente pour produire de semblables symptômes, se termine par résolution, et l'on sait qu'à l'exception des psoas et des iliaques les muscles sont bien rarement pris d'inflammation spontanée.

C'est donc un organe contenu dans l'abdomen qui était enflammé, et cet organe ne peut être que le foie. Le rein, en effet, est plus profond; il n'aurait pas présenté cette forme, et on aurait observé quelque trouble notable dans la sécrétion urinaire.

On pourrait encore penser qu'il s'agissait chez ce malade d'une péritonite partielle occupant le péritoine hépatique. Rien assurément n'est plus admissible que l'existence de l'inflammation du péritoine; mais l'existence de la tuméfaction considérable du foie et les douleurs profondes qu'éprouvait le malade sont pour nous des preuves que cette péritonite partielle était une simple conséquence de l'hépatite.

Il y avait donc là une hépatite aiguë partielle, une hépatite de la partie inférieure et du bord tranchant du foie.

On sait qu'on a attaché une très grande importance à la douleur de l'épaule droite dans l'hépatite; mais, lorsqu'on a examiné de près les observations, on a vu que cette douleur était loin d'être aussi constante qu'on semblait le croire. Alors on a cherché dans le siége du mal la cause de cette présence de la douleur de l'épaule dans quelques cas et de son absence dans d'autres, et

---

des tours plus forts que celui de lire dans un cheveu le caractère, l'esprit, l'état de santé ou de maladie du premier provincial donné. Aussi, si Cabet ou Considérant comprennent bien les intérêts de leur cause, ils ne s'amuseront pas plus longtemps à promettre à tous leurs adeptes des faisans truffés et du joannisberg, des tapis moelleux et des lambris dorés, des légions de Vénus et des forces d'Hercule; en un mot, d'ineffables jouissances depuis le berceau jusqu'à la tombe; tout cela est trop simple, trop possible, et partant, on n'y croira qu'après un certain temps. Pour obtenir un triomphe aussi prompt que certain, il faut que les réformateurs promettent de donner la lune, le soleil et les étoiles au premier qui les demandera; je réponds qu'avec une pareille annonce, l'Icarie ou le phalanstère sera proclamé demain par 35 millions de voix, y compris peut-être la mienne... Mais je m'aperçois que je m'écarte un peu trop peut-être de Mesmer et du docteur T..., ; permettez-moi de passer à un autre sujet.

— Je crois avoir dit quelque part que M. Roux avait résolu le problème sinon du mouvement, au moins du printemps perpétuel; si je l'ai dit, je ne m'en dédis point, car j'ai sous les yeux une nouvelle preuve de cette vérité. Vous avez sans doute appris par les journaux que la statue de Joseph Fourier, l'illustre mathématicien, avait été inaugurée à Auxerre le 4 mai dernier; mais ce que vous ignorez peut-être, c'est que l'Académie des sciences et l'Académie française, retenues à Paris par des devoirs impérieux, n'ont pu assister à cette religieuse solennité, et qu'elles ont été suppléées en quelque sorte officieusement par M. Roux.

Faire l'éloge public d'un grand mathématicien pouvait être pour un chirurgien un assez grand écueil; le faire à l'improviste était un écueil plus grand encore; c'est cet écueil qui s'est offert à M. Roux et que cet habile professeur a victorieusement surmonté.

N'osant pas, pour ainsi dire, prendre sur lui de faire l'éloge du mathématicien de premier ordre et de l'écrivain éminent, M. Roux, par un ingénieux effort d'imagination, a fait paraître en scène MM. Arago et Cousin : pour louer le mathématicien, il a emprunté la voix du premier; pour louer l'écrivain, celle du second, et vraiment ni M. Arago ni M. Cousin ne peuvent se plaindre du langage que M. Roux leur a fait tenir. Ce n'est pas seulement la justesse des appréciations qui frappe dans le discours de l'habile chirurgien, c'est encore la chaleur des sentiments qui s'y trouvent exprimés, la vivacité du coloris, la fraîcheur toute juvénile des images dont il est orné. Non-seulement, comme il le dit en terminant, M. Roux n'a point oublié ces savants Bénédictins dont il vénère la mémoire et qui ont dirigé son enfance; mais, si ce n'était l'étendue des connaissances et la solidité des pensées, on dirait encore un élève de ces mêmes Bénédictins qui concourt et qui remporte le prix de discours français. J'ai donc bien raison de le répéter, M. Roux a résolu le problème du printemps perpétuel, et celui-là était encore plus difficile à résoudre que celui des lois de la propagation du calorique, résolu par l'illustre Joseph Fourier.

— Vous paraissez, mon cher rédacteur, dormir tranquille sur vos deux oreilles touchant la question des permutations, et vous semblez croire que votre article, ainsi que celui d'un de vos confrères, a coupé court à toutes les tentatives, à tous les desseins illicites : détrompez-vous; si vous ne jugez pas à propos de revenir sur cette importante question, je me permettrai de vous fournir ici quelques renseignements inédits qui pourront vous servir; pour le moment, je me contente de vous les promettre.

Il y a moins d'indiscrétion à vous dire dès aujourd'hui le mouvement qui se prépare dans les hôpitaux. Vous savez déjà que M. Jobert remplace M. Blandin à l'Hôtel-Dieu.

Le service de M. Jobert sera pris par M. Malgaigne, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. M. Nélaton, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, prendra le service actuel de M. Malgaigne, et sera remplacé lui-même par M. Chassaignac, chirurgien de l'hospice des Orphelins. M. Denonvilliers d'abord, et M. Maisonneuve ensuite, auraient pu demander l'hôpital Saint-Antoine avant M. Chassaignac; mais il paraît que le premier de ces chirurgiens tient beaucoup au service qu'il a organisé lui-même à l'hôpital Sainte-Marguerite, et qu'il aime moins les mutations que les permutations. Quant à M. Maisonneuve, vos lecteurs ont pu s'apercevoir qu'il a un très beau service à l'hôpital Cochin; il n'y a donc rien d'étonnant qu'il ne demande pas à en changer.

Enfin, pour terminer tout ce mouvement, M. Gosselin, encore chirurgien du Bureau central, prendra le service de M. Chassaignac à l'hospice des Orphelins.

— Les discordes civiles retentiraient-elles jusque dans le sein de nos facultés, et la *confraternité* serait-elle désormais aussi illusoire que la fraternité? Je n'ose agiter à fond ces questions épineuses, je me borne à vous transmettre textuellement ce que m'apporte la *Gazette de Montpellier*, et à faire à tous nos confrères un sincère appel de concorde, dont, plus que jamais, nous avons besoin.

« Le concours que nous avons annoncé, dit la *Gazette de Montpellier*, pour une place de chef de clinique a eu lieu, et a même été l'objet d'un scandale qui fait le sujet de toutes les conversations particulières : les uns disent qu'après les diverses épreuves, qui ont été subies avec honneur par les trois candidats, deux des trois juges (MM. Caizergues et René) ayant porté leurs suffrages sur M. Girbal, M. Fuster a protesté contre ce choix; et ses deux collègues lui ayant fait observer que sa nomination au professorat n'avait eu lieu qu'à la simple majorité, il s'est oublié jusqu'à traiter M. Caizergues de *misérable*. D'autres prétendent qu'après la dernière épreuve, une autopsie cadavérique, faite à l'hôpital Saint-Éloi, M. René ayant laissé ensemble MM. Caizergues et Fuster, ces deux professeurs s'accordèrent pour nommer *ex æquo* MM. Girbal et Gonzalès; que plus tard, arrivés à la Faculté de médecine, où M. René était déjà rendu, M. Fuster s'absenta un instant, que, à son retour, il ne trouva plus les mêmes dispositions chez M. Caizergues, avec qui avait pu conférer M. René. Étonné de ce changement subit d'opinion, M. Fuster témoigna son mécontentement, et lâcha, en effet, le

l'on a cru l'avoir découverte. On a dit que la douleur de l'épaule se montrait dans les cas d'inflammation générale et d'inflammation de la face convexe, et qu'elle manquait dans les cas d'inflammation de la face inférieure. Or, ici, il y avait inflammation de la face inférieure. Cette explication n'est donc pas très exacte. Ce fait, du reste, n'est pas le seul qui vienne la contredire.

Ce qu'il y a eu de remarquable dans ce cas, c'est le peu d'intensité des symptômes du côté des voies digestives, l'absence presque complète de l'ictère, et la couleur bilieuse des selles. Il faut en conclure que, malgré le siége de la maladie, les voies biliaires n'étaient pas sensiblement atteintes et le cours de la bile restait suffisamment libre.

La résolution s'est faite très rapidement. C'est ce qui a lieu dans les cas simples, comme celui que nous étudions. Les observations d'hépatite recueillies dans les climats chauds sont de nature à faire croire que la résolution de cette maladie est rare; mais il n'en est pas ainsi dans nos climats; et si l'on voulait en arguer contre l'existence de l'hépatite dans ce cas, on aurait tort.

L'influence rapide du traitement a été si manifeste, qu'il est à peine nécessaire de la mentionner. Quinze sangsues sur le point malade et de légers laxatifs ont suffi pour faire disparaître très rapidement cette maladie qui paraissait si violente. Ce malade était très vigoureux, et nous étions décidé à multiplier les émissions sanguines si le mal n'eût pas promptement cédé. C'est en effet, selon nous, le meilleur moyen de le combattre.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 mai 1849. — Présidence de M. Velpeau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce avec envoi d'une Notice sur l'emploi du seigle ergoté et d'un Mémoire sur les causes déterminantes des douleurs de l'enfantement, et un instrument destiné à faciliter les accouchements, par madame Coquillard, sage-femme à Belleville. (Renvoyé à M. Capuron.)

Le même ministre adresse :

2° La recette d'une poudre thériacale que le docteur Fernagu emploie contre le choléra ;

3° Un second Mémoire du docteur Robert, de Marseille, sur le choléra de 1834 à 1835, et en particulier sur l'emploi des frictions mercurielles à hautes doses dans le traitement de cette épidémie;

4° Une lettre contenant l'exposé d'un traitement à employer contre le choléra, par M. Aubrée, de Montpellier ;

5° La recette d'un spécifique que son inventeur, le sieur Bourrasset, croit propre à la guérison des crampes ;

6° Un remède préservatif du choléra, par le sieur Achert, du Havre;

7° La recette d'une eau anticholérique, dite eau de la Roquette, qui a joui en 1832 d'une grande popularité ;

8° Un flacon contenant une liqueur que l'inventeur, le sieur Massesiau, croit propre à la guérison du choléra (toutes ces pièces sont renvoyées à la commission du choléra);

9° Un Rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Prades, au sujet d'une épidémie variolique dont la commune de Rigarda vient d'être affectée ;

10° Un Rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Semur (Côte-d'Or), au sujet d'une rougeole dont la commune de Corsaint a été épidémiquement affligée depuis janvier 1849 jusqu'en mars de la même année ;

11° Un Rapport du médecin ds épidémies de l'arrondissement de Niort, sur une suette miliaire épidémique qui vient de régner dans plusieurs communes de cet arrondissement;

12° Un échantillon d'une formule pour la guérison des brûlures, par le sieur Bulot.

— La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Bédor, médecin de l'hôpital de Troyes, contenant des détails sur le choléra de cette ville et de ses environs. Il résulte de cette lettre que, sur une population de 30,000 âmes, il y a eu, du 5 avril au 5 mai, dix cas de choléra. Le premier cas s'est déclaré dans la banlieue ; le deuxième et le troisième dans une des rues de Troyes, les mieux aérées : ces trois cas eurent lieu presque simultanément. Le quatrième se développa dans un quartier insalubre de la ville, après dix jours d'intervalle. Le cinquième et le sixième cas ont été observés sur un enfant de trois ans et sur sa mère. Le septième s'est déclaré dans l'hôpital. Enfin un homme de cinquante-huit ans, une petite fille de trois ans et un militaire de la garnison complètent le nombre des cas venus à la connaissance de M. Bédor.

Au moment de fermer sa lettre, M. le docteur Bédor annonce qu'une recrudescence se manifeste dans la marche de la maladie.

2° M. de Smyttère, médecin de l'asile d'aliénés de Rouen, écrit que l'épidémie a sévi sur les aliénés paralytiques (paralysie générale). Il s'est d'abord déclaré dans le quartier des hommes, le moins encombré, et n'a débuté que douze jours plus tard dans celui des femmes, qui l'est beaucoup plus, et qui est contigu au premier; dans ce dernier quartier, il n'a frappé aucune aliénée paralytique.

M. de Smyttère termine en déclarant que les premiers hommes de Saint-Yon atteints de choléra n'ont présenté ni selles, ni vomissements, ni crampes; qu'ils étaient *foudroyés* et asphyxiés comme par défaut de circulation et d'innervation.

3° M. Sylvain Eymard, de Grenoble, croit devoir assurer de nouveau à l'Académie que le choléra restera confiné au nord de la France, et qu'il ne dépassera pas une ligne droite qui, partant du département du Doubs, irait se rendre à celui du Finistère.

4° MM. Gorré et Rouxel, de Boulogne, adressent une histoire succincte de quelques cas de choléra observés dans l'hospice de Boulogne-sur-Mer. Bien que l'arrondissement de Boulogne ait été moissonné par le choléra depuis les derniers jours de décembre, la ville de Boulogne, dont la population est de 30,000 habitants, ne compte encore aujourd'hui que six malades. Ces six individus, ajoutent les auteurs de la communication, se trouvaient placés dans des conditions d'habitation et de régime qui constituaient une disposition à la maladie régnante; ils habitaient tous des logements insalubres; deux d'entre eux étaient affaiblis par la misère et les privations, et logés dans des caves obscures et humides; plusieurs faisaient des abus habituels de liqueurs alcooliques, et aucun d'eux n'avait eu d'ailleurs de communication avec des cholériques. La diarrhée prodromique n'a fait défaut dans aucun de ces cas, et elle a été chez tous également négligée.

5° M. Gravis, médecin de l'hospice civil de Calais, adresse un rapport sur les premiers cas de choléra qui ont éclaté dans les villes contiguës de Calais et de Saint-Pierre-les-Calais. Le premier cas de choléra qui éclata à Calais, lors de la réapparition de la maladie en France, dit M. Gravis, eut lieu le 1er novembre 1848. Le sujet de cette première observation ne s'était pas absenté depuis bon nombre d'années de Calais; il n'avait été en rapport avec aucune personne, soit des localités voisines, soit des nations étrangères. Dans ce cas on ne peut supposer qu'il y ait eu contagion ou même infection. Mais il pourrait n'en être pas de même des cas suivants.

Le 4 du même mois, c'est-à-dire quatre jours après l'apparition du premier cas, M. Gravis fut appelé à bord d'un bateau où une femme et son enfant avaient été atteints du choléra. Le lendemain deux autres enfants de cette femme étaient également atteints du fléau; enfin le 9 du même mois, neuf jours après la première apparition, et six jours après la seconde, les deux plus jeunes enfants de la même famille tombaient frappés du choléra. Ainsi six personnes de la même famille furent atteintes dans l'espace de six jours, sur lesquelles trois succombèrent. Aucun des membres de cette famille n'avait eu de rapports, soit directs, soit indirects avec le premier malade. Ils habitaient à plus d'un kilomètre de distance de ce dernier. Le vent, pendant ce jour-là, soufflait dans une direction opposée. Il n'y avait donc de ce côté aucune connexité ou filiation possible entre le premier cas observé et les six autres. Quant à ceux-ci, d'après les circonstances que rappelle l'auteur de la lettre, leur développement pourrait être attribué aux rapports récents que la famille en question aurait eus avec des habitants de Dunkerque, d'où elle venait, et où régnait alors l'épidémie.

6° M. le docteur Ravin, correspondant de l'Académie à Saint-Valéry-sur-Somme, donne les détails suivants sur l'épidémie du choléra de la bourgade de Cayeux et de ses environs, dont la population totale est de 2,900 habitants.

Le choléra régnait à Dieppe en février. Un maréyeur de Cayeux s'y rendait trois fois par semaine, et a visité des cholériques.

Le 20 février, il fut pris lui-même à Dieppe, et y demeura plusieurs jours. On le ramena convalescent à Cayeux le 24 février.

Le 26, un enfant de trois ans, son neveu, qu'il caressait souvent, fut atteint et succomba en huit heures.

Le 2 mars, un vieillard de soixante ans, oncle des deux précédents, fut pris et mourut le 6 mars.

Le 6 mars, la femme qui soignait ce vieillard fut prise de cholérine, et plus tard de choléra.

La cholérine se répandit dans six quartiers.

Dans le quartier du centre de la bourgade, un raccommodeur de faïence qui revenait d'Eu et de Gamaches, où l'épidémie sévissait, et qui avait déjà la cholérine, fut pris du choléra, auquel il succomba en vingt-quatre heures. *Onze* personnes sur *douze* qui le soignèrent ont eu la cholérine.

Le choléra fut apporté ensuite dans le quartier de l'église (situé en amont des deux quartiers précédents) par un cultivateur qui avait visité le raccommodeur de faïence ; la fille de celui-ci en fut atteinte trois jours plus tard, puis un neveu, puis la garde-malade, puis le fils de cette dernière, puis trois petits camarades de ce fils; enfin la cholérine se propagea de maison en maison dans le quartier du centre et dans celui des maréyeurs (quartier habité par le premier malade).

Il y a eu en tout, jusqu'au 25 avril, seize cas de vrai choléra, dont dix mortels.

7° M. John Richard Farre adresse une lettre sur le choléra, dans laquelle il donne des détails sur le choléra de l'Inde et sur la marche et les caractères de la dernière épidémie de Londres. Le choléra actuel, dit l'auteur, n'est pas encore devenu épidémique à Londres; il est resté sporadique, excepté quand l'intensité de la cause prédisposante, soit de miasme, soit de malaria, lui a donné un caractère circonscrit d'épidémie, comme cela est arrivé dans l'Asile des enfants pauvres. L'auteur pense que, quoique le choléra ne soit pas précisément contagieux, il peut le devenir à une époque de sa durée et par suite de l'agglomération des malades. En ce qui concerne le traitement, M. Richard Farre dit avoir une bonne opinion du mercure doux et de l'opium suivi de l'usage du carbonate de magnésie. De grandes doses de poudre de Dower données nuit et jour lui ont paru avoir amené des cures complètes dans les cas de diarrhée invétérée.

— M. Bouvier prend la parole à l'occasion du procès-verbal, et continue à fournir à l'Académie des détails sur la marche de l'épidémie depuis la dernière séance de l'Académie.

M. Gérardin. Les détails dans lesquels vient d'entrer M. Bouvier peuvent certainement avoir leur intérêt, et l'Académie doit évidemment lui savoir gré des efforts qu'il fait pour recueillir les renseignements qu'il nous transmet. Mais, si l'on voulait établir des comparaisons entre les diverses épidémies, ne vaudrait-il pas mieux comparer l'épidémie actuelle de Paris à la même épidémie de Londres, Berlin, etc., que de comparer la maladie de 1849 à celle de 1832 ?

Or, si l'on étudie la marche de l'épidémie dans les pays qu'elle a déjà parcourus, on voit que le plus souvent elle règne faiblement pendant quelque temps, qu'elle se développe ensuite rapidement et sévit avec intensité pendant plus ou moins de temps, qu'elle éprouve quelques fluctuations, puis qu'elle se calme, mais ne disparaît complètement qu'au bout de plusieurs mois ou d'une année.

D'après ces faits, il me semblerait donc inutile de venir porter chaque semaine des pronostics sur la cessation prochaine ou la continuation de l'épidémie; les fluctuations quotidiennes ou hebdomadaires ne peuvent nous apprendre absolument rien pour l'avenir, et M. Bouvier peut juger par les pronostics qu'il avait portés dans les premières séances et par les événements qui sont survenus de la valeur de toutes les prévisions qu'on veut établir d'après les faits de chaque jour. Il n'y a que les faits qui se sont passés dans les autres pays qui puissent nous permettre de faire quelques conjectures, et encore ces conjectures devraient-elles porter plutôt sur la durée de la maladie que sur le nombre de malades. Ainsi à Breslau, sur une population de 90,000 âmes environ, il y a eu 6 à 7,000 cholériques; à Berlin, sur une population de 300 et quelques mille, il y en a eu 14 ou 15,000; à Londres, il y en a eu une proportion infiniment moindre, tandis qu'en Russie l'épidémie a fait plus de victimes qu'en 1832.

La marche que j'ai indiquée, du reste, a été d'autant plus exactement suivie par la maladie que les localités atteintes étaient plus situées vers le nord; en Egypte, la marche de l'épidémie a été différente : elle est arrivée promptement à son maximum et a cessé en quelques semaines.

M. Bouvier. Je n'ai qu'à me féliciter d'avoir fourni à M. Gérardin l'occasion de communiquer à l'Académie les faits qu'il vient de nous faire connaître et que pour mon compte je ne connaissais pas; mais je ne crois pas que ceux que j'ai rapportés soient pour cela tout à fait inutiles; quant à l'exactitude des prévisions que j'ai pu exprimer, l'Académie pourra s'éclairer sur ce point en consultant ses Bulletins.

M. Fochoux fait quelques réflexions sur l'inutilité et les inconvénients même des statistiques parcellaires, et rectifie des expressions impropres de M. Bouvier, qui a appliqué la dénomination de progression géométrique à des valeurs numériques qui n'étaient réellement point dans cette progression.

— M. Gueneau de Mussy lit un rapport sur un spécifique anticholérique. — Conclusions défavorables adoptées.

— M. Gaultier de Claubry lit quatre rapports sur des remèdes secrets proposés contre le choléra. — Conclusions défavorables adoptées.

— M. Chevallier fait un rapport sur un procédé imaginé par M. Lemaire, fabricant de produits chimiques, pour conserver indéfiniment l'eau potable, et qui consiste à mettre cette eau en contact avec de la terre de pipe calcinée, dans la proportion de 10 gram. de terre par litre d'eau. Les expériences faites par la commission ont démontré que le procédé de M. Lemaire n'atteignait nullement le but que se proposait l'auteur, et que surtout il était bien inférieur au procédé depuis longtemps employé avec succès, celui qui consiste à mettre l'eau en contact avec la poudre de charbon.

— M. H. Larrey obtient un tour de faveur, et commence la lecture d'un Mémoire sur la maladie ganglionnaire des soldats.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 mai 1849. — Présidence de M. Boussingault.

M. de Humboldt communique l'extrait d'une lettre qui lui a été adressée par M. du Bois-Reymond, dans laquelle se trouvent des détails sur les expériences magnétiques exécutées par ce dernier savant.

Il résulterait de ces recherches que lorsqu'on plonge les doigts des deux mains dans deux vases d'eau salée qui communiquent avec les deux bouts d'un galvanomètre très sensible, il se fait presque toujours une déviation plus ou moins prononcée de l'aiguille; que lorsqu'on appuie les doigts contre les parois des vases et qu'on produit des contractions mus-

---

fameux mot *misérable*. A quelque version que l'on s'arrête, toujours est-il que cette injure a failli porter notre ancien doyen à des voies de fait ; mais il a eu assez d'empire sur lui-même pour ne pas frapper de la canne son ancien élève. L'on s'attend généralement à voir déférer ce fait grave au conseil de l'Université, et l'on pense même que l'inspecteur général, qui se trouvait ici, réclamera lui-même l'instruction de cette affaire. Ce serait, en effet, un fort mauvais exemple pour les élèves que de tolérer ce manque d'égards entre professeurs. Déjà une pareille tolérance a eu lieu à l'égard du professeur Risueno, qui avait injurié le professeur Rech au sein même de la Faculté, et c'est peut-être cette tolérance qui a enhardi MM. Caizergues et Fuster à s'injurier ces jours derniers.

» Quoi qu'il en soit de ce scandale et de ses suites, M. Girbal a été nommé chef de clinique, et la protestation de M. Fuster aura peut-être l'avantage de prouver que les chefs de clinique sont les hommes de la Faculté et non les humbles serviteurs de certains professeurs.

» Nous ferons encore observer, à propos de ce concours et de deux autres dont nous indiquerons les résultats, que des agrégés auraient dû faire partie des jurys dans la même proportion suivant laquelle ils sont dans les jurys d'examen. »

— Je croirais remplir incomplétement ma mission si je ne vous disais quelques mots de la touchante circulaire que l'archevêque vient d'adresser à son clergé, à propos de l'épidémie. Cette circulaire n'est pas seulement une sage exhortation chrétienne, basée sur cette pensée, d'une philosophie élevée, de l'apôtre saint Jacques : « *la religion véritable consiste à ne pas abandonner la veuve et l'orphelin* » ; c'est encore une excellente instruction hygiénique dans laquelle le vénérable pasteur, sans empiéter sur le domaine de la science, comme il est arrivé trop souvent à ceux de son église, se borne à conseiller une vie sage et réglée. En terminant sa circulaire, l'archevêque annonce que l'*œuvre des orphelins du choléra*, qui s'était formée en 1832, et qui, pendant douze années, a nourri, secouru et élevé plus de douze cents enfants, va reprendre ses travaux cette année, et invite tous les curés à faire appel à la bienfaisance des fidèles.

Voilà, mon cher confrère, une manière de pratiquer la religion qui ne peut manquer de trouver de l'écho dans tous les cœurs. X.

culaires, la déviation est plus grande et dirigée du côté où la déviation est la plus forte.

A cette occasion, M. Despretz fait part à l'Académie de quelques recherches qu'il a faites pour éclairer la question de l'influence des contractions, en tenant dans ses mains les deux armatures d'un galvanomètre (qu'il a dorées pour empêcher le dégagement d'électricité par le fait de l'oxydation du cuivre par la sueur), il a fait dévier l'aiguille; mais un résultat analogue a été obtenu cu plongeant les armatures dans de l'eau simple.

— M. Wanner communique une note sur des expériences qu'il a faites pour déterminer les proportions du sang dans plusieurs espèces d'animaux, bœuf, mouton et lapin. D'après ces expériences, la proportion du sang serait, au poids, environ comme 5 est à 100. Cette connaissance peut être d'un grand secours, suivant l'auteur, pour prévoir le danger d'une hémorrhagie d'après la quantité de sang écoulé, et pour guider le médecin lorsqu'il pratique des saignées. Ainsi, dit M. Wanner, chez un sujet qui pèse 50 kilogrammes, une saignée de deux livres ôte à l'individu la moitié de son sang.

— M. Doyère communique une indication des moyens qu'il emploie pour étudier la composition de l'air expiré par les cholériques.

Pour obtenir l'air expiré pur de tout mélange avec l'air atmosphérique, M. Doyère a imaginé de le diriger à l'aide d'un appareil à soupapes dans des ballons en verre d'un litre environ, pleins d'hydrogène sec, tenus renversés pendant l'opération, et fermés ensuite à l'aide d'un bouchon à l'émeri enduit d'une matière grasse. L'appareil à soupapes dont il s'agit est analogue à celui que M. Charrière plaçait sur les flacons à éthérisation.

L'analyse est faite à l'aide des appareils que M. Doyère a présentés l'an dernier à l'Académie et suivant les méthodes endiométriques les plus généralement admises. Comme exemple de la composition de l'air expiré dans les diverses périodes du choléra, M. Doyère rapporte une série d'analyses relatives à un même sujet, et desquelles il résulte que l'acide carbonique est dans des proportions très inférieures à celles de l'état normal, et que cette proportion diminue à mesure que la maladie s'aggrave.

— M. Baudelocque soumet à l'Académie des expériences qu'il a faites relativement à l'éther sulfurique, et qui ont rapport à l'hygiène et à la pratique de l'art de guérir.

L'éther sulfurique a pour effet de détruire instantanément le gaz hydrogène sulfuré; ainsi, quand on verse dans une garde-robe quelques gouttes d'éther sulfurique, on ne sent nullement, après la défécation, l'odeur des matières fécales. D'autre part, ajoute M. Baudelocque, on arrive au même résultat, quand un appartement est infecté par l'odeur des matières fécales, lors, par exemple, qu'on vide une fosse d'aisance, si l'on répand quelques gouttes d'éther dans les diverses pièces de l'appartement, l'odeur du gaz hydrogène cesse également aussitôt.

De la vaccine et de l'inoculation.

Par M. le docteur BAYARD, médecin à Cirey-sur-Blaise.

Animé du seul désir de connaître et de propager la vérité, d'accueillir et de publier également tous les écrits qui sont l'expression d'une opinion consciencieuse, nous insérons la nouvelle note de notre honorable confrère M. Bayard, tout en évitant de nous prononcer sur une question qui demande, ainsi que nous l'avons déjà dit, la plus profonde attention pour être jugée en connaissance de cause.

Dans la *Gazette des Hôpitaux* du 17 avril, par une analyse rapide de mes travaux sur l'analogie de la variole et de la fièvre typhoïde, j'ai cherché à démontrer que la découverte du vaccin, sans influence sur la durée moyenne de la vie humaine, avait eu un résultat funeste, c'est-à-dire un déplacement de mortalité dans les âges.

La théorie, l'expérience m'ont fourni des arguments auxquels j'ai donné quelque valeur en y joignant les résumés statistiques de M. Carnot extraits de son Mémoire lu à l'Institut en décembre 1848 et publié récemment, ayant pour titre : *Essai de mortalité comparée avant et depuis la découverte de la vaccine.*

Cette grave question étant soulevée, je vais brièvement, sous forme de *propositions démontrées*, apporter et coordonner mes preuves, et en déduire les conséquences naturelles. M. Carnot, dans le mois d'avril dernier, vient d'adresser à l'Académie des sciences un nouveau Mémoire en réponse aux observations de M. C. Dupin; je m'estime heureux de joindre à mon petit travail le résumé général qu'il en a fait et qu'il vient de m'envoyer.

Je signe cet article afin que mes honorables confrères qui ne voient pas sans intérêt ces débats puissent s'adresser à moi directement ou par l'intermédiaire du journal, ainsi que l'a fait M. le docteur Houvel dans le numéro du premier mai; je le prie de lire les propositions 6, 7 et 8, espérant qu'il y trouvera une réponse à son observation.

Propositions démontrées.

1. La variole ou le virus varioleux est une maladie essentielle à l'organisme, *indépendante de son symptôme le plus apparent.*

2. Le virus varioleux répandu dans l'organisme produit *isolément* une maladie très bénigne.

3. Expulsé de l'organisme par la variole naturelle ou *inoculée*, le virus varioleux n'est pas sujet à retour.

4. La vaccine ne détruit pas le virus varioleux. Elle le conserve dans l'organisme et le *masque* sans le modifier : c'est un *palliatif* et non un *curatif* de ce virus.

5. Il est une affection intestinale particulière, non signalée jusqu'ici dans son isolement, bénigne peut-être dans son entité, mais douée d'une prodigieuse affinité pour le virus varioleux. De sorte que la combinaison de deux agents chimiques presque inoffensifs produit quelquefois un poison violent, de même l'union intime du virus varioleux et de cette affection intestinale donne naissance à une fièvre *secondaire*, souvent mortelle, qui reçoit du vulgaire le nom de *variole maligne* ou de *fièvre* typhoïde, selon que son exanthème est *apparent* ou *dissimulé.*

6. Ces deux formes de l'affection ont chacune leur *diminutif*, sorte de complément; celui de la première se nomme varioloïde, varicelle, vessies volantes, etc.; celui de la seconde, suivant les auteurs et leurs doctrines, revêt différents noms et souvent par erreur le nom de fièvre typhoïde; quoi qu'il en soit, il existe : des symptômes affaiblis dans leur nombre, leur gravité et surtout leur durée le feront toujours reconnaître.

7. Une forme de l'affection intestinale ne préserve pas du diminutif de l'une ou l'autre forme connue.

8. Certaines circonstances donnent souvent à ce diminutif une gravité réelle; ce sont la chlorose, le tempérament lymphatique et scrophuleux, et particulièrement le caractère épidémique de l'affection.

9. Lorsque cette affection intestinale se produit chez un sujet, elle absorbe le virus varioleux qui s'y trouve répandu, et produit généralement dans l'enfance la *petite vérole* chez le sujet non vacciné; dans l'âge adulte, la *fièvre typhoïde* chez le sujet vacciné.

10. *La combinaison, étant identique* dans les deux cas, a le même *résultat définitif*, c'est-à-dire que la variole et la fièvre typhoïde réunies font aujourd'hui autant de ravages, à égalité de soins intelligents, qu'en faisait la variole seule avant la découverte de la vaccine. La seule différence consiste dans le changement de l'âge critique. Cet âge était jadis celui de un à trois ans. C'est aujourd'hui celui de quinze à trente ans.

11. Tous les efforts du médecin éclairé doivent tendre à empêcher cette *combinaison*, et à *isoler* les deux affections.

12. L'inoculation du virus varioleux dans le bas âge est le procédé le plus certain pour empêcher cette combinaison mortelle.

13. L'inoculation préservera de la variole grave et de la fièvre typhoïde, en produisant une variole *isolée* très bénigne.

14. L'inoculation avait autrefois un inconvénient très grave; elle propageait l'épidémie variolique, celle-ci se portant sur des sujets *prédisposés à la contagion* par leur état *intestinal*, il en résultait une mortalité considérable dans les rangs de ces derniers.

15. Aujourd'hui que la vaccine est généralement répandue en France, l'inoculation pratiquée *en grand* rendrait à peu près illusoire la crainte des épidémies *imprévues*. La variole ne serait dangereuse que pour ceux qui, au milieu de cette masse d'inoculés, persisteraient à courir les chances de la variole sans recourir à aucun des deux procédés de préservation, dont ils conserveraient le choix. La lumière se ferait d'elle-même sous l'influence des académies et des hommes éclairés.

16. La découverte de la vaccine aurait ainsi, du moins, le mérite incontestable de faciliter une transition heureuse, et de rendre l'inoculation traditionnelle en France, comme elle l'est depuis un temps immémorial en Afrique et dans l'Inde.

Dans un prochain article, je montrerai que l'augmentation du typhus est en raison inverse de celle de la variole;

Que l'inoculation en vigueur depuis longtemps en Asie et en Afrique, en honneur il y a cinquante ans en Angleterre et même en France, produit toujours une variole discrète et peu grave.

Voici maintenant le résumé de M. Carnot.

STATISTIQUE DE LA POPULATION EN FRANCE.

Résumé général (1806-1840).

1° De 1806 à 1840, l'accroissement annuel moyen des naissances en France a été 0,001167 — en totalité 4 p. 0/0.

2° De 1806 à 1827, l'accroissement annuel des naissances légitimes a été 0,0017. — De 1827 à 1840, leur diminution annuelle a été 0,0006. — Leur accroissement définitif annuel moyen a été 0,00082. — En totalité 2,8 p. 0/0 environ.

3° De 1806 à 1840, les naissances illégitimes n'ont pas cessé d'augmenter. Leur accroissement annuel moyen a été 0,0029 — de trois à quatre fois plus fort que celui des naissances légitimes. — En totalité, 10 p. 0/0 environ.

4° La population au-dessus de l'âge de vingt ans s'est restée invariablement proportionnelle aux naissances totales annuelles. — Leur rapport a été 20,214.

5° La population au-dessous de l'âge de vingt ans s'est accrue de 28 p. 0/0 de 1806 à 1840, à égalité de naissances annuelles. Les naissances annuelles ayant elles-mêmes augmenté dans cet intervalle de 4 p. 0/0 en moyenne, la population au-dessous de l'âge de vingt ans s'est accrue de 32 à 33 p. 0/0, tandis que la population au-dessus de cet âge s'accroissait de 4 p. 0/0 — huit fois moins!...

Exemple.	POPULATION FÉMININE.		Total recensé.
1806.... (Duvillard).	au-dessous de l'âge de 20 ans,	6,000,000	15,000,000
	au-dessus de l'âge de 20 ans,	9,000,000	
1840....	au-dessous de l'âge de 20 ans,	7,950,000	17,310,000
	au-dessus de l'âge de 20 ans,	9,360,000	

6° De 1806 à 1840, les jeunes gens de vingt ans, des deux sexes réunis, ont aussi augmenté de 32 à 33 p. 0/0. — Dans cette augmentation, les garçons sont compris pour 31 à 32, et les filles pour 33 à 34. (Demonferrand, Ch. Dupin, *Recrutement*, etc.)

7° La probabilité pour l'enfant nouveau-né d'atteindre l'âge de quarante ans n'a pas varié. — La probabilité d'atteindre un âge moindre a augmenté. Celle d'atteindre un âge plus avancé a diminué.

8° L'accroissement annuel moyen de la vie a été de 0 ans, 0965 dans cet intervalle, soit de 3 ans, 28 en totalité. Cet accroissement a porté en entier sur la population au-dessous de l'âge de vingt ans. La vie moyenne de la population au-dessus de vingt ans n'a reçu ni accroissement, ni diminution en totalité, mais a éprouvé un déplacement. Le rapport de la population aux naissances a augmenté de 20 à 40 ans. Il a diminué au-dessus de 40 ans.

9° La vie moyenne de la France s'est accrue dans une proportion plus forte que celle de Paris, par suite de la découverte de la vaccine. — En 1806, leur rapport était 1,111. En 1840, il était 1,124.

10° L'âge moyen du mariage de 1806 à 1827 a été environ 25 ans sur la généralité de la France, et celui du premier enfantement légitime, 26 ans. — En 1841, l'âge moyen du mariage était environ 25 ans 1/2 en France, et 26 ans 3/4 à Paris, s'étant ainsi élevé de six mois en 14 ans.

11° L'âge moyen du premier enfantement illégitime est resté invariable. Il est à très peu près 29 ans; ce qui porte à environ 19 ans l'âge moyen du premier accouplement illégitime.

12° Le célibat des femmes a été en progression proportionnelle croissante d'environ 0,0017 annuellement. Vers l'an 1845, le nombre des célibataires nubiles était à Paris 1/4 du nombre total des femmes entre 15 et 45 et 2/11 sur la généralité de la France. — Trente et quarante ans avant, le nombre des célibataires nubiles n'était que 1/5 du nombre total des femmes, dans l'âge de la fécondité, à Paris.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 24 MAI 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — No 60.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 23 MAI 1849.

Marche du choléra.

Quoique la décroissance qui s'est manifestée depuis quelques jours ne marche pas avec toute la rapidité désirable, elle continue cependant presque sans interruption. Chaque jour le chiffre des entrées dans les hôpitaux est un peu moindre, de même que le nombre des décès. Ainsi, tandis que la moyenne des 18, 19 et 20 était de 92, elle n'est plus, pour avant-hier et hier, que de 158 (70 avant-hier et 88 hier). C'est assurément encore une faible diminution, mais qui a néanmoins son importance en ce qu'elle semble revêtir un certain caractère de régularité, et qu'elle paraît devoir être moins sujette à ces brusques revirements qu'il n'est malheureusement pas rare d'observer dans le cours des épidémies, et en particulier dans celle qui règne actuellement.

En résumé, tout, jusqu'à ce moment, tend à justifier le pronostic que nous avons récemment porté, et nous fait espérer de plus en plus que la recrudescence qui s'est manifestée il y a trois semaines sera la dernière.

Nous continuons encore aujourd'hui à donner le tableau du nombre des cas admis jusqu'à ce jour dans les divers hôpitaux et hospices civils et militaires; mais si la décroissance continue, nous croyons qu'il suffira, à l'avenir, d'indiquer chaque jour le nombre des cas nouveaux, et le nombre total depuis le début de l'épidémie, sans rechercher pour quel chiffre chaque établissement en particulier entre dans ce total.

Nous devons ajouter que dans les hôpitaux militaires, spécialement au Val-de-Grâce, quelques convalescents ont été repris violemment et ont succombé en peu d'heures. Ces recrudescences ont coïncidé avec l'entrée dans l'hôpital de quelques cas très graves.

Hospices.	Nombre de cas.	Décès.	Sorties.
Salpêtrière	1075	781	197
Bicêtre	159	109	20
Ménages	44	33	9
Incurables (hommes)	11	7	1
Incurables (femmes)	8	6	»
Larochefoucauld	5	3	»
Sainte-Périne	2	2	»
Hôpitaux civils.			
Hôtel-Dieu	948	447	345
Charité	434	245	125
Pitié	507	244	181
Saint-Louis	502	228	147
Beaujon	314	157	81
Necker	147	61	65
Enfants-Malades	56	21	23
Saint-Antoine	122	62	39
Cochin	51	20	31
Sainte-Marguerite	107	49	37
Bon-Secours	111	61	30
Cliniques	26	20	6
Maison d'accouchement	2	1	»
Lourcine	24	8	6
Maison de Santé	64	35	18
Prison de Saint-Lazare	41	18	9
Hôpitaux militaires.			
Invalides	39	27	5
Val-de-Grâce	346	95	164
Gros-Caillou	551	176	219
Hôpital militaire du Roule	306	140	62
Hôpital milit. Popincourt	100	46	»
Total,	6030	3134	1825

On nous écrit d'Amboise (Indre-et-Loire) :

« Quelques cas de choléra s'étant déclarés au château d'Amboise parmi les personnes de la famille ou de la suite d'Abd-el-Kader, le ministre de la guerre a aussitôt donné l'ordre à M. le docteur Alquié, inspecteur général, membre du conseil de santé des armées, de se rendre sur les lieux, afin de s'assurer si toutes les mesures ont été prises pour que les soins les plus convenables soient donnés aux Arabes malades. »

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons cliniques sur le choléra.

(Troisième leçon.)

Symptômes fournis par l'appareil circulatoire. — Ces symptômes sont très variables, suivant les formes et les périodes de la maladie. Dans la période algide, la circulation se ralentit d'une manière très notable; il y a stase du sang, suspension ou ralentissement de la circulation. On a, dans quelques cas, observé la suspension presque complète du mouvement circulatoire, sans que pour cela la mort soit arrivée. Pendant l'épidémie de 1832, l'ancien doyen de la Faculté, M. Orfila, qui fut atteint très gravement de cette affection, eut le pouls tout à fait insensible. La cause de ce phénomène est bien facile à comprendre, et l'anatomie pathologique en rend parfaitement compte. Le sang est d'une consistance très forte, d'une couleur chocolat, lie-de-vin, brun.

Tiré de la veine par la saignée, ce qui n'a pas lieu, du reste, sans grande difficulté, il ne se sépare pas en caillot et en sérum; il est, dit-on, alcalin. Les globules conservent leur forme pendant un moment, et puis ils la perdent bientôt, et deviennent amorphes. Exposé à l'air atmosphérique, le sang des cholériques passe difficilement au rouge comme le sang normal.

Lorsque la maladie se termine par le retour à la santé, la circulation se rétablit peu à peu, et la fonction reprend son état normal.

Troubles de la respiration. — La respiration est ordinairement embarrassée, gênée; il y a de l'oppression à un degré souvent très notable, comme un sentiment de strangulation; la fréquence n'est pas la même dans tous les cas, et l'on a même vu le nombre des mouvements inspiratoires varier de 10 à plus de 50 par minute. Nous ferons observer, en passant, que cette augmentation de fréquence des mouvements respiratoires ne tient pas à une modification organique des poumons, mais aux troubles profonds que subit l'hématose. Ainsi que nous le verrons plus bas, les phénomènes chimiques de la respiration ne se font plus, du moins complétement, et l'air expiré par les cholériques contient à peine des traces d'acide carbonique.

Nous avons, dans plusieurs cas, rencontré des bruits de souffle au cœur. L'altération du sang que nous venons de signaler rend parfaitement compte de la production de ces bruits de souffle. Enfin, l'état glutineux des séreuses ne peut-il pas contribuer pour quelque chose à la production de bruits anormaux?

La fréquence du pouls varie suivant les diverses formes qu'affecte la maladie. Le plus souvent il oscille entre 72 et 80. Nous avons vu un malade dont le pouls ne s'élevait pas à plus de 56 par minute. Ces variations nous prouvent que l'on ne peut, à ce sujet, rien dire de certain.

Dans la période algide, on a remarqué ce fait singulier, que l'air expiré par les malades est froid. On l'a soumis à l'analyse chimique, et l'on a constaté qu'il ne contenait pas d'acide carbonique, ou qu'il en contenait moins, en même temps qu'il renfermait plus d'oxygène qu'à l'état normal. La raison de ce phénomène est des plus faciles à expliquer; l'hématose se fait mal et incomplétement; l'air ne subit pas, dans le poumon, les modifications qu'il subit chez l'homme sain.

La température du corps diminue d'une manière bien sensible dans la période algide du choléra; elle est d'autant plus basse que l'on se rapproche davantage des extrémités. Aux pieds et aux mains, elle descend au-dessous de 18° centigr. Au tronc, elle n'offre quelquefois que 24 ou 25°. Nous avons remarqué qu'en général le thermomètre, appliqué à la plante des pieds, donnait deux degrés de moins.

Les symptômes fournis par les appareils de nutrition sont tellement importants, que nous ne pouvons les passer sous silence. Les individus qui ont subi des évacuations très abondantes et très multipliées maigrissent avec une effrayante rapidité; en quelques heures, ils sont en quelque sorte méconnaissables. Nous avons observé cette émaciation dans l'épidémie actuelle, mais cependant, nous devons le dire, dans la grande majorité des cas, elle nous a paru moins forte que dans l'épidémie de 1832. Un des premiers phénomènes consiste dans l'excavation des yeux. Dans les cas très graves, et qui se sont terminés par la mort, l'amaigrissement était tel qu'il ne restait presque littéralement que la peau sur les os, et que les malades perdaient près de la moitié de leur poids.

Quant à la perspiration cutanée, elle est nulle dans la plupart des cas; la peau est sèche, mais pas toujours dans la période algide, où elle est recouverte d'un enduit poisseux, d'une sueur visqueuse particulière.

Reste maintenant les phénomènes qui dépendent des centres nerveux, et ceux qui sont liés à l'habitude extérieure du corps. C'est par ceux-ci que nous commencerons.

La face est colorée, mais différemment, suivant les différentes phases de la maladie. Dans la période algide ou cyanique, cette teinte est bleue, souvent très foncée, se rapprochant du noir, comme charbonnée, à tel point que l'on peut penser que cette coloration n'est pas le fait de la maladie, mais de quelque circonstance extérieure. Nous avons vu un ou deux cas où cette erreur fut commise. Lorsque l'on appuie le doigt un peu fortement sur la peau, la teinte bleue disparaît pour revenir dès que la pression cesse, progressivement, mais avec une certaine lenteur.

Nous avons dit que les yeux devenaient rapidement caves, s'enfonçaient dans les orbites; les pommettes sont saillantes, les joues creuses, les lèvres s'amincissent et s'appliquent sur les dents, etc. Quand l'état du malade s'aggrave, les phénomènes augmentent d'intensité; ils se dissipent au contraire peu à peu, et assez rapidement, lorsque l'affection doit se terminer par la guérison.

Comme modification de la teinte cyanique, nous pouvons signaler une femme cholérique que nous avons vue, et qui présentait une teinte d'un rouge cuivré assez uniforme. Chez cette femme, le doigt appliqué sur la peau faisait disparaître la coloration rouge, qui reparaissait un peu plus vite que ne le fait d'ordinaire la teinte bleu-violacé.

De bonne heure, et fort peu de temps après l'invasion de la maladie, les forces s'anéantissent; les sujets peuvent à peine se mouvoir dans leur lit, restent couchés sur le dos ou sur le côté, immobiles, sans se plaindre, comme inanimés.

Les phénomènes nerveux sont très remarquables et de la plus haute importance. Du côté de la tête, il y a rarement quelque chose à noter. Le délire est peu fréquent; l'intelligence est seulement fort affaiblie, mais toujours présente, les réponses justes. Les organes des sens sont souvent affectés. La vue, en particulier, est trouble; quelquefois il y a de la diplopie, d'autres fois perversion de la vue telle que les malades voient les objets colorés en bleu, en noir ou en rouge. Le tact est sensiblement émoussé.

Celui des phénomènes nerveux qui domine tous les autres, c'est l'existence des crampes qui se montrent dans les membres, dans les inférieurs d'abord, puis dans les bras et les avant-bras, et qui finissent par envahir les muscles du tronc, et même ceux de la face. Ces crampes paraissent le plus ordinairement dès le début de la maladie, et persistent souvent pendant fort longtemps, même après la guérison. On a vu des malades qui, sans avoir offert d'autres symptômes du choléra, ont souffert de crampes excessivement pénibles.

On observe assez souvent le strabisme chez les cholériques. Nous nous sommes demandé si ce strabisme ne serait pas le résultat de crampes d'un des muscles droits de l'œil.

Chez quelques individus, on voit survenir des secousses semblables aux secousses électriques; je me rappelle avoir donné mes soins à un médecin qui présentait ce symptôme et qui, pendant plusieurs années après sa guérison, a conservé ces secousses électriques dans les membres, sans autres phénomènes.

Avant de terminer ce qui a trait à la symptomatologie du choléra-morbus, mentionnons encore deux ou trois phénomènes qui ne sont pas sans valeur. Le premier, c'est une altération particulière de la voix, caractéristique, signalée depuis fort longtemps. La voix devient rapidement, de faible qu'elle était au début de la maladie, rauque et sifflante; d'autres fois, et c'est là le cas le plus commun, elle se casse, s'éteint, et c'est à peine si l'on distingue un son articulé dans le souffle qui s'échappe de la bouche des cholériques. Lorsque les douleurs déterminées par les crampes sont trop fortes cependant, les malades laissent échapper des cris. Le rétablissement du timbre normal de la voix est un signe duquel on peut conclure à l'amélioration de l'état du malade.

La céphalalgie, que nous aurions dû placer dans les phénomènes fournis par l'appareil d'innervation, est très fréquente dans le choléra, principalement au début et pendant la première période; quelquefois elle reparaît pendant la période de réaction, et alors elle est plus gravative, et siége surtout dans la région frontale.

Enfin, nous mentionnerons le défaut d'élasticité de la peau, qui, plissée en long dans le sens de la direction des membres, conserve l'impression du doigt qui la presse.

Voilà en quelques mots ce que nous voulions vous dire de la symptomatologie du choléra. Nous avons dû étudier les phénomènes en bloc, sans nous appesantir sur les modifications que subit chacun d'eux en particulier dans chacune des périodes de l'affection; nous nous serions trouvé entraîné trop loin, et d'ailleurs l'observation des malades vous en apprendra plus sur ce point que tout ce que nous pourrions vous dire. Revenons un instant maintenant sur les divisions de la maladie.

Il est absolument nécessaire, pour l'étude complète et rigoureuse de l'affection qui nous occupe, de distinguer plusieurs périodes. Tous les auteurs ne classent pas ces périodes de la même façon. Le plus grand nombre n'en admettent que deux ou trois, qui leur paraissent suffisantes pour se rendre un compte exact de ce qui se passe chez les sujets soumis à leur observation. Nous en admettons, pour notre part, un plus grand nombre.

Le choléra asiatique ne débute pas chez tous les sujets de la même manière. Chez un assez grand nombre, on observe des phénomènes précurseurs, des prodromes qui annoncent l'invasion prochaine de la maladie, et qui sont assez caractérisés pour que l'on doive en tenir compte. Ces phénomènes constituent ce que l'on peut appeler la période prodromique.

Une seconde période est la période d'invasion.

La troisième est celle à laquelle on donne le nom de période algide ou cyanique.

La quatrième est la période de réaction.

Enfin une cinquième est la période de retour à la santé.

Nous examinerons chacune d'elles en détail et avec soin.

(*La suite à un prochain numéro.*)

De la chloroformisation locale.

Par MM. Paul Hervier et Bretin,
internes des hôpitaux de Lyon.

Nous ne venons pas rouvrir la discussion sur le chloroforme considéré comme moyen d'anesthésie générale. Tout en reconnaissant la sagesse qui a guidé l'Académie de médecine dans l'adoption de ses conclusions relativement à cet agent anesthésique, il faut avouer qu'elle les eût singulièrement modifiées si les observations des faits si déplorables qui se sont passés tant à Lyon qu'ailleurs eussent été antérieurement connues; car ces observations emportent avec elles de tels éléments d'évidence et de simplicité, qu'elles donnent un éclatant démenti aux assertions trop exclusives des partisans les plus passionnés du chloroforme. Mais enfin, quelle que soit la conduite que l'on adopte désormais à son égard, que la chirurgie l'abandonne pour ne s'en tenir exclusivement qu'à l'innocent éther, ou qu'elle ait encore le courage de manier une arme si terrible, nous nous sommes demandé, encouragés d'ailleurs par les expériences de M. Moreau, qui le premier eut l'idée de la chloroformisation locale, si, tout en faisant descendre ce redoutable stupéfiant des hautes régions où l'art l'avait élevé, il ne pourrait pas rendre encore quelques services à la médecine. Ce n'était plus comme principe d'anesthésie générale que nous eûmes l'intention de l'employer; nous ne lui demandions juste que ce qu'il pouvait donner sans faire craindre aucune espèce d'accidents. Les faits ne tardèrent pas à nous donner raison.

Déjà nous nous occupions de continuer les expériences de M. Moreau, lorsqu'au commencement du mois de février dernier, M. Contal adressa à la *Gazette des Hôpitaux* quelques observations relatives au chloroforme employé d'une manière locale. Nous savions d'ailleurs que MM. Bocamy et Pigeolet, ainsi que quelques praticiens de Lyon, s'étaient servis de la chloroformisation chirurgicale ordinaire pour combattre certaines névralgies jusqu'alors rebelles à toute espèce de médication, et que le succès avait pleinement couronné leurs efforts. Toutefois, pour obtenir une guérison radicale et complète, ils se virent obligés de recourir à plusieurs inhalations successives, tandis que la chloroformisation locale se recommande par tous les caractères d'une bénignité parfaite; car, outre que ce mode d'absorption ne se présente plus avec un cortége d'accidents redoutables et toujours possibles, il ne demande pas des applications répétées pour opérer la modification nerveuse que l'on désire, où, s'il en exige, c'est dans des cas extrêmement rares. C'est donc avec une bien vive satisfaction que nous sommes parvenus à donner comme incontestable la vérité suivante :

Une douleur étant donnée sur un point quelconque de la surface du corps, une application locale de chloroforme, faite suivant les règles, la fait sur-le-champ disparaître.

Telle est la proposition que l'expérimentation peut permettre de formuler. Il est bien entendu que la douleur dont il s'agit doit rentrer exclusivement dans la grande famille des névralgies. C'est ainsi que nous avons vu la chloroformisation locale méthodiquement faite triompher comme par enchantement du lumbago, de la sciatique, de la pleurodynie, etc.; toutes maladies qui, dans les cas particuliers que nous citons, avaient fait le désespoir de la thérapeutique. Toutefois, et nous le disons tout de suite, durant le cours de nos expériences il nous a été donné de constater quelques exceptions vraiment curieuses, mais dont la singularité fut cependant loin de nous étonner. Parmi le grand nombre de malades qui ne demandaient pas mieux que de se prêter à nos recherches, il en est deux qui furent constamment rebelles à l'action du chloroforme localement appliqué.

Frappés de cette impuissance complète de l'agent anesthésique, nous eûmes l'idée de les soumettre à l'inhalation pulmonaire. Ce mode d'absorption du chloroforme ne donna pas un meilleur résultat que le premier, tandis que plusieurs des malades chez lesquels la douleur s'était instantanément dissipée par l'application locale s'endormirent de même sous l'influence du modificateur absorbé par la voie des poumons.

Quel est le mode d'action du chloroforme dans son application sur une surface limitée du corps?

Après avoir cité les trois cas de lumbago dont M. Moreau avait si merveilleusement triomphé à l'aide de la chloroformisation locale, le rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux* s'efforce de donner une explication du mode d'action du chloroforme dans ces circonstances. Le chloroforme, suivant lui, agirait en vertu de propriétés multiples; il posséderait en lui-même un double principe; il serait anesthésique et révulsif en même temps.

L'expérience ne confirme nullement cette explication. La part que l'on veut faire au principe révulsif du chloroforme ne peut se justifier par les faits. La rubéfaction de la peau, l'apparition de vésicules miliaires n'ont été observées par nous que dans des cas très rares et dans des circonstances telles, qu'il nous a toujours été très facile de trouver la raison de cette révulsion exceptionnelle partout ailleurs que dans une propriété particulière du chloroforme. M. Contal, d'ailleurs, ne fait mention d'aucun signe de révulsion dans ses quatre observations adressées à la *Gazette des Hôpitaux*. Pour nous, les faits ne nous permettent pas de voir dans l'action du chloroforme autre chose que son principe anesthésique. Aussi, en attendant qu'une explication ultérieure convienne mieux aux exigences de la science, nous dirons que dans la chloroformisation locale l'agent anesthésique vient se mettre directement en rapport avec la terminaison des branches nerveuses qui aboutissent à la peau, et que son contact avec cette partie du système nerveux y produit une modification telle, que la douleur s'évanouit. L'excitation pathologique du nerf qui donne naissance à la douleur cède à l'influence de l'agent anesthésique qui les ramène à leur état normal. Si la chloroformisation locale ne va pas jusqu'à la production du sommeil, de l'assoupissement complet, on peut dire encore que le chloroforme, localement appliqué, n'est pas, comme dans l'inhalation pulmonaire, mis en rapport avec une aussi grande surface d'absorption, et qu'il n'est pas aussi rapidement transporté jusque dans les grands centres nerveux.

Quoi qu'il en soit, une modification importante existe, et cette modification consiste dans la cessation de la douleur. Mais cette cessation de la douleur est-elle durable, permanente? Y a-t-il guérison radicale, absolue? Nous n'avons pas la prétention d'émettre à cet égard une affirmation positive; nous dirons seulement que, chez tous les malades que nous avons soignés, comme chez les sujets des observations de MM. Contal et Moreau, la douleur n'est pas revenue, et que la durée de l'amélioration pourrait bien être en raison directe de la surface cutanée soumise à l'expérience et de la quantité de chloroforme absorbé. On peut en effet concevoir que la douleur sera d'autant moins sujette à revenir, la guérison d'autant plus assurée que l'on aura donné au liquide stupéfiant une plus vaste surface d'absorption et que le tissu nerveux en sera en quelque sorte plus imprégné et pour ainsi dire saturé.

Le chloroforme manifestant ainsi sa toute-puissance locale, ne pourrait-on pas affirmer que la chirurgie est en droit d'attendre encore d'immenses services de sa part? Ne serait-il pas permis d'espérer qu'au moyen d'un appareil particulier, qui limiterait parfaitement son action sur une surface déterminée, le chirurgien pourrait désormais se livrer aux opérations les plus redoutables en donnant aux malades tous les avantages de l'inhalation générale sans leur en faire courir les dangers? Sans doute, il n'y aurait pas absence complète de douleur; car, pour que l'anesthésie locale fût pleine et entière, il faudrait que l'action du chloroforme pût pénétrer jusque dans les couches les plus profondes des tissus; ce qui nous paraît extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible; mais cette action, il suffit qu'elle s'étende seulement au tissu cutané et aux couches immédiatement sous-jacentes pour que la douleur perde toute son acuité, et par conséquent pour que l'opération se fasse avec toute la simplicité possible. C'est là un problème d'une grande importance pour la chirurgie. Espérons que l'art ne tardera pas à en donner une solution complète.

Quant à la manière d'appliquer localement le chloroforme, voici le procédé que nous avons suivi :

Après avoir imbibé de chloroforme un morceau de coton cardé, on le place sur le siége du mal; puis, on applique sur ce coton une ventouse, dans laquelle on a fait le vide afin de faciliter l'adhérence des bords de la ventouse avec la surface de la peau; on peut enduire ces bords d'un corps gras quelconque.

Ce procédé, comme on le voit, est extrêmement commode et simple. Avec la ventouse, on peut parfaitement agir sur un point déterminé, et telle est son incontestable supériorité sur les frictions chloroformiques qu'elle donne toujours une mesure exacte du liquide employé; tandis que par les frictions il y a constamment une énorme déperdition de chloroforme à raison de l'abondance et de la rapidité de son évaporation. Ainsi, un des caractères saillants de cette méthode, c'est qu'elle est rigoureusement *mensuratrice*. Il est vrai qu'il est sur la surface du corps certains points où la ventouse n'est nullement applicable : on peut alors avoir recours aux frictions dans ces cas exceptionnels.

C'est ici le lieu de faire une remarque importante. Il arrive quelquefois que l'application de la ventouse détermine la rubéfaction de la peau et l'apparition des vésicules miliaires dont nous avons parlé plus haut, en un mot une véritable révulsion. Le malade éprouve alors une forte sensation de brûlure correspondant à la partie soumise à l'action du chloroforme; une chaleur, bientôt suivie de sueur, se développe sur toute la surface du corps absolument comme dans un accès de fièvre intermittente, et de petites vésicules, précédées de rubéfaction cutanée, apparaissent sous la ventouse. Mais ces cas, extrêmement rares, sont parfaitement déterminés : ils ne se présentent que lorsque l'action de la ventouse a été prolongée outre mesure, ou lorsque, exceptionnellement, on a été obligé de recourir plusieurs fois à son application. Pour nous, ce n'est pas le chloroforme, c'est la ventouse seule qui est la cause immédiate de la révulsion qui s'opère. Faut-il s'en plaindre? On doit au contraire s'en féliciter. C'est une cause nouvelle d'action curative qui intervient et qui peut expliquer jusqu'à un certain point la permanence de la guérison.

Prenons maintenant au hasard quelques observations dans la grande quantité que nous en possédons. Nous pensons qu'il serait superflu d'en donner un plus grand nombre, puisqu'elles offrent toutes pour caractère principal et commun la cessation instantanée de la douleur.

Obs. I. Pierre Virard, âgé de vingt-deux ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 8 novembre 1848 pour se faire traiter de douleurs dans la région lombaire. Il rapporte sa maladie à l'action du froid humide. Depuis deux mois, il lui est impossible de vaquer aux travaux de sa profession. La flexion et le redressement du tronc sont très douloureux. Le malade ne peut soulever un poids de 5 kilogr. L'immobilité complète est indispensable. Le décubitus dorsal est la position préférée. Il n'y a ni tumeur, ni chaleur, ni rougeur, ni fièvre.

Le repos, les bains, les embrocations narcotiques n'amenant aucun bon résultat, on résolut de recourir au chloroforme employé localement.

Le 12 novembre, on applique de chaque côté de l'apophyse épineuse de la première vertèbre lombaire une ventouse avec 4 grammes de chloroforme, d'après le procédé indiqué plus haut. L'amélioration fut presque immédiate, la douleur disparut, et trois heures après le malade put se lever.

Obs. II. — Un de nos collègues, que nous avions entretenu plusieurs fois de ce moyen héroïque, fut appelé quelques jours après chez un de ses parents affecté de lumbago. Ce malade, âgé de quarante-cinq ans, souffrait depuis six jours au point d'être forcé de garder le décubitus dorsal. Ni les sangsues, ni les vésicatoires tout récemment employés par son médecin n'avaient pu améliorer son état. Notre collègue eut recours à la chloroformisation locale. Après une application de ventouses, le malade put s'asseoir sur son lit au grand étonnement des personnes qui l'entouraient. Le lendemain, on répéta la même application; le malade allait de mieux en mieux et commençait à marcher lorsque des complications du côté des voies digestives vinrent entraver la guérison. Néanmoins, dix jours après, il était parfaitement guéri.

Obs. III. — Depuis huit mois, Joseph Rénal est atteint d'une sciatique double plus marquée à gauche et qu'il a contractée en travaillant dans l'humidité. Cette affection s'est développée graduellement. Au début, le malade pouvait se livrer aux travaux de sa profession. Depuis trois mois, il y a impossibilité radicale de la marche; les douleurs vives occupent surtout le trajet des nerfs sciatiques et s'exaspèrent par la pression; ces douleurs sont sourdes, contusives et accompagnées d'une sensation de froid, que l'on doit rapporter à une aberration de la sensibilité, car l'état thermométrique du membre n'est nullement modifié.

L'état de Rénal réclame le décubitus dorsal et l'immobilité absolue. Le pouls, quoique calme, est néanmoins dur et résistant. Il y a quelques signes de congestion cérébrale. On pratique une saignée, qui fait disparaître la céphalalgie sans amender la sciatique.

Le 10 décembre 1848, deux ventouses avec le chloroforme sont appliquées à chaque cuisse. Soulagement immédiat accompagné d'une sensation de chaleur et d'une sueur critique avec exacerbation du côté de la céphalalgie, dont il fut facile de triompher.

Obs. IV. — M. K..., élève à l'Ecole vétérinaire de Lyon, éprouvait depuis fort longtemps à la région lombaire des douleurs, sinon vives, du moins continues et sans cause appréciable. L'un de nous lui proposa l'application du chloroforme faite suivant les règles. Les douleurs disparurent au bout d'un quart d'heure : elles ne sont pas revenues depuis environ deux mois que le malade s'est soumis à l'action du chloroforme.

Le chloroforme est donc appelé à jouer un rôle important sur le théâtre de la médecine proprement dite. S'il a pu, s'il peut encore être vaincu par l'éther sur le terrain chirurgical, il faut reconnaître que ce dernier ne saurait ici entrer en lutte ouverte avec lui. C'est en vain que nous avons essayé l'éthérisation locale dans les mêmes circonstances où nous avons employé le chloroforme : frictions éthérées, ventouses éthérées, rien n'a réussi; nos expériences, cent fois répétées, n'ont abouti qu'à un résultat négatif. Que l'éther donc, dont la gloire d'ailleurs n'est pas sans nuage, se retire et s'incline devant cette nouvelle propriété de son intéressant concurrent. Les qualités, les défauts de ces deux agents si puissants sont parfaitement appréciés aujourd'hui, leurs attributions clairement déterminées, le champ respectif de leur action strictement limité : au lieu de vivre en frères ennemis comme ils l'ont fait jusqu'à présent, ils n'ont plus qu'à se donner la main et à contribuer dans leur marche parallèle et chacun pour ce qui le concerne à la gloire de l'art comme au soulagement de l'humanité.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 mai 1849. — Présidence de M. Velpeau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance officielle ne comprend qu'une seule lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, renfermant la formule d'un remède secret contre le choléra.

— La correspondance manuscrite comprend les communications suivantes :

1° M. Eguisier propose, dans le traitement du choléra, de porter directement les médicaments dans les veines, à l'aide d'un appareil de son invention. Cette méthode a été inspirée à l'auteur par la difficulté qu'il y a à faire pénétrer les médicaments dans la circulation par les voies ordinaires, l'absorption étant à peu près complétement abolie.

2° M. Loiset, médecin-vétérinaire et membre de l'Assemblée nationale, adresse un rapport fait au nom d'une commission officielle sur les moyens d'obvier aux accidents qui se produisent dans les ateliers mus par la vapeur. (Commissaires : MM. Villermé, Chevallier, Poiseuille, Adelon et H. Gaultier de Claubry.)

3° M. le docteur Rainbert, médecin des hospices de Châteaudun, envoie un mémoire sur la dyspepsie acescente considérée comme cause prédisposante des affections cholériques. Suivant cet auteur, la dyspepsie acescente aiguë ou chronique est une des causes prédisposantes les plus efficaces des affections cholériques. (Renvoyé à la commission du choléra.)

4° M. le docteur Bodinier, médecin français exerçant à New-York, transmet à l'Académie des détails sur deux épidémies, l'une de fièvre jaune, l'autre de choléra, qui ont régné à New-York, ou plutôt, quant à cette dernière du moins, dans le lazaret de cette ville.

Le navire le *New-York* quitta le Havre le 9 novembre 1848, le choléra ne régnant alors ni dans cette ville, ni dans les environs. En route, le navire ne toucha aucun port. Au départ, il y avait à bord 385 personnes, toutes bien portantes. Pendant les seize premiers jours, la santé de ces personnes se conserva parfaite.

Le samedi, 25 novembre 1848, un Allemand, passager de l'entre-pont, âgé de vingt-neuf ans, fut pris du choléra et succomba en trois jours.

Le lendemain, 26, un second cas se montra sur un vieillard qui mourut le lendemain.

Le 27, une petite fille de cinq ans fut atteinte et mourut en deux heures.

Le 28, un petit garçon du même âge succomba en quatre heures. Le cinquième cas se déclara sur un homme âgé de quarante ans, qui mourut en quelques heures. Enfin, deux autres enfants de cinq ans furent également atteints et moururent en six et huit heures.

Après ces 7 cas, le navire arriva dans le lazaret de New-York, situé à l'entrée et au sud de la baie, dans l'île de Staten,

à environ trois lieues de la ville qui occupe le nord de cette baie.

Le lazaret se compose de trois bâtiments isolés et éloignés les uns des autres de quelques centaines de mètres. Celui où furent débarqués les malades est à cinq ou six cents mètres des deux autres.

Le navire mit à l'ancre le vendredi soir, 1er décembre. Depuis ce jour jusqu'au 3, à midi, heure à laquelle les passagers furent débarqués, il y eut 12 nouveaux cas à bord.

Du 3 au 7 inclusivement, il se déclara, à l'hôpital du lazaret où furent transportés les malades, 15 cas, dont 6 moururent, et dont 4 appartenaient à des malades qui étaient déjà dans l'hôpital avant l'arrivée du navire. Ils avaient été en contact avec les passagers et leurs effets.

Les passagers du navire furent alors isolés des autres malades de l'hôpital.

Le 8 décembre, 2 nouveaux cas parmi les passagers, et 2 morts.

Le 9, un nouveau cas et 3 morts.

Les 10 et 11, pas de nouveaux malades; un mort.

En ville. — Le 4 au soir, un convalescent qui avait été à l'hôpital avec des passagers du *New-York* pendant vingt-quatre heures fut atteint du choléra et fut reporté à l'hôpital, où il mourut le 6.

Dans la même maison, un autre Allemand, qui n'avait eu aucune communication avec les passagers du *New-York*, fut atteint le 11, et mourut le 12.

Le 20 du même mois, un Allemand encore qui venait de l'intérieur, qui n'avait eu aucune communication avec les malades de la ville ou de l'hôpital, fut affecté dans une rue voisine, et mourut dans la soirée. « Quelques passagers, dit l'auteur, qui avaient déserté la quarantaine, demeuraient-ils dans l'hôtel où cet Allemand fut atteint? Je n'en sais rien. »

Le 12, quatre nouveaux cas; pas de mort.

Le 13, quatre nouveaux cas. Deux de ces cas se sont développés sur des convalescents de fièvre typhoïde qui n'avaient eu aucun rapport avec les passagers. Pas de mort.

Le 14, sept nouveaux cas, tous sur les passagers du *New-York*.

Le 15, six nouveaux cas; 3 morts. Tous sur des passagers du *New-York*.

Le 16, trois nouveaux cas; 3 morts.

Le 17, quatre nouveaux cas; 1 mort.

Le 18, cinq nouveaux cas; 2 morts.

Le 19, deux nouveaux cas; 2 morts, parmi les Allemands passagers du *New-York*.

Le 20, quatre nouveaux cas; 1 mort. « Trois de ces malades étaient à l'hôpital avant l'arrivée du navire *infesté*. C'est la troisième fois que la maladie semble se répandre et se *perpétuer* sur d'autres personnes que les passagers du *New-York*. »

Le 21, trois nouveaux cas; 1 mort, sur des personnes qui n'ont eu aucun rapport avec les passagers du *New-York*, et qui n'avaient pas été dans l'hôpital du même bâtiment.

Le 24, un nouveau cas; 1 mort sur les habitants de l'hôpital.

Le 26, cinq nouveaux cas; 1 mort. Aucun parmi les passagers.

Du 28 au 30, dix nouveaux cas; 9 morts. Aucun sur les passagers.

Il tombe une grande quantité de neige et le froid devient très vif. La maladie disparaît complétement, et ne se montre de nouveau que le 20 janvier 1849.

L'auteur, quittant brusquement, pour n'y plus revenir, les faits qui se rapportent à l'épidémie du lazaret, raconte que la maladie s'est développée le 20 décembre à la Nouvelle-Orléans, sans atteindre les villes intermédiaires qui la séparent de New-York; qu'elle a ensuite remonté le cours du Mississipi; qu'elle s'est dirigée vers le Texas, etc.

L'auteur fait remarquer en terminant:

1° Que le navire est sorti d'un port sain, et n'avait pas de malades à bord;

2° Que la maladie s'est développée au milieu de l'Océan, sans que le navire ait eu de communication avec un port infesté;

3° Que le navire qui est venu à quai, après douze jours de quarantaine, avec ses passagers de cabine et son équipage, n'a pas communiqué la maladie dans le voisinage;

4° Que, au contraire, vingt-quatre heures après le débarquement des passagers d'entre-pont, des personnes avec qui ils avaient été en contact ont commencé à être atteintes du choléra;

5° Que la maladie, après s'être communiquée de proche en proche à des personnes qui avaient été en contact avec les cholériques, s'est ensuite étendue dans d'autres bâtiments où les cholériques n'avaient pas pénétré, sans cependant acquérir les caractères d'une épidémie générale, puisqu'elle ne s'est pas répandue dans le village qui entoure la quarantaine, non plus que dans la ville de New-York.

Passant ensuite à l'épidémie de fièvre jaune qui a également régné dans la baie de New-York en septembre 1848, M. Bodinier énumère des faits d'où il résulte, suivant lui, que la maladie aurait été importée par deux navires venant de ports éloignés où elle régnait. Il insiste surtout sur cette circonstance que, tandis que des fiévreux débarqués et dirigés sur l'hôpital n'ont communiqué la maladie à aucun autre malade, la fièvre jaune se serait manifestée sur les habitants de la côte du moment où le vent aurait soufflé de manière à passer sur les navires en question.

L'auteur conclut du rapprochement de ces deux épidémies qui ont régné à quatre mois de distance l'une de l'autre, et qui toutes deux ont été apportées par des bâtiments venant de ports éloignés, que ces deux épidémies ont été produites par la contagion, mais d'une manière différente dans les deux cas. Il y a, suivant lui, contagion d'individu à individu dans le cas de choléra, et contagion ou propagation de la fièvre jaune par les émanations qui venaient des navires ou des personnes qui avaient été malades à leur bord, dans les cas de fièvre jaune.

M. Villermé fait remarquer, à l'occasion de la communication de M. Bodinier, qu'il ne s'est manifesté que trois cas de choléra dans la ville de New-York.

M. Rochoux. Evidemment le choléra est contagieux, comme l'était la fièvre jaune avant que les faits qu'on invoquait en faveur de la contagion n'eussent été étudiés attentivement par une commission; mais lorsqu'on en a scrupuleusement pesé la valeur, on a vu que tous ces faits se réduisaient à néant. Il en sera de même de ceux du choléra: tant que nous les discuterons en séance, ils pourront paraître concluants à quelques personnes; une fois qu'on les étudiera attentivement, ils disparaîtront devant la rigueur du raisonnement. Aussi renouvellerai-je la proposition, et demanderai-je à l'Académie de décider qu'à l'avenir on se contentera de mentionner les communications relatives au choléra, en disant que ces communications sont *pour*, *contre* ou *sur* la contagion, et de les renvoyer ensuite à la commission.

Cette proposition n'est pas appuyée.

— M. le président annonce que l'Académie vient de faire une nouvelle perte dans la personne de M. Baron, médecin de l'hospice des Orphelins.

Il engage ensuite l'Académie à nommer une commission de cinq membres pour juger les ouvrages présentés au concours pour le prix Itard. — Le scrutin désigne MM. Louis, Martin-Solon, Huguier, Gaultier de Claubry et Guérin.

— M. Jolly a la parole pour une lecture.

Messieurs, en présence du fléau épidémique qui depuis plusieurs mois répand de si vives alarmes dans le pays, il m'eût été impossible, je l'avoue, de rester spectateur de ses coups et de ses ravages sans venir invoquer dans cette enceinte toutes les lumières de la science pour le conjurer; et quelle que soit l'interprétation donnée à ma démarche dans cette grave et solennelle circonstance, j'ai dû espérer qu'à défaut d'accueil plus favorable, elle trouverait du moins une légitime excuse dans le sentiment qui l'a inspirée.

Quoi qu'il en soit, c'est avec le même sentiment, avec le même désir de voir l'Académie répondre enfin à la juste impatience du corps médical, que je viens lui apporter la faible part du tribut commun d'expérience imposé à chacun de ses membres dans la discussion du sujet.

Comme j'ai eu le malheur de ne pas être compris de tous dans une précédente proposition tendant à ce but, je demanderai aujourd'hui à l'Académie la permission de traduire ma pensée dans un langage qui ne puisse plus laisser de doute à personne, en imitant ce philosophe de l'antiquité qui, pour expliquer le mouvement, prit le parti de marcher, et je marcherai droit au but, droit à la *question pathologique du choléra*; et comme il doit paraître assez logique d'étudier les causes avant les effets, et de ne déduire les règles générales d'une thérapeutique rationnelle que de l'appréciation de ces principaux éléments de la maladie, mon premier pas sera d'entrer dans l'étude générale des causes de l'épidémie, en prenant pour premier sujet de discussion celui qui a été jeté si souvent dans cette enceinte comme une sorte de défi; je veux parler de la *contagion*.

Mais je n'ai pu oublier que l'Académie n'a accepté le débat de la question qu'à certaines conditions et sous certaines réserves d'opportunité. Je dois donc expliquer d'abord toute ma pensée sur ce point.

On sait que, dans une précédente séance, un honorable collègue a fait éclater la plus vive émotion à l'occasion d'observations tendant à éclairer l'Académie sur la marche et le mode de propagation du choléra; et peut-être l'Académie est-elle encore sous l'impression de cette énergique protestation inspirée à M. Bégin par la crainte que ces faits ne puissent répandre l'effroi dans les populations atteintes ou menacées de l'épidémie. « L'Académie ne doit pas perdre de vue, nous a dit M. Bégin, que la France entière assiste à la lecture de ces faits, et que, si l'opinion de la contagion pouvait s'accréditer au dehors par la publicité de cette correspondance et des débats qui en doivent naître, ce serait un plus grand malheur que le fléau même de l'épidémie. »

Personne, assurément, n'apprécie plus que moi le noble caractère de M. Bégin, et je ne doute pas que l'Académie ne soit unanime pour rendre pleine et complète justice aux excellentes intentions de notre savant et digne collègue; mais je n'en demeure pas moins étonné, je l'avoue, de voir un esprit aussi élevé, aussi éminemment scientifique, s'insurger pour ainsi dire contre la lumière des faits et venir proposer, au moins comme mesure provisoire, de bannir de cette enceinte, ce qu'il y a peut-être de plus précieux, de plus désirable dans la science, la vérité qui est la science elle-même, la vérité qui est l'âme et la vie des Académies.

Quelle que soit l'opinion de l'Académie à l'égard du principe énoncé par M. Bégin, quelle que soit l'interprétation ultérieure des faits qui en seront la cause, je ne crains pas de dire que, si le choléra pouvait être contagieux dans le sens rigoureux de ce mot, le malheur ne serait pas de connaître la vérité, mais de l'ignorer; et le *crime*, puisque le mot crime a été prononcé, le crime ne serait pas de divulguer le fait, mais de le dissimuler.

M. Bégin sait mieux que personne qu'en présence même du danger de la contagion, si elle pouvait jamais être démontrée, ce ne seraient pas les médecins qui manqueraient à l'appel, pas plus que les soldats n'y manquent le jour d'une bataille; et il sait bien aussi que l'on y retrouverait encore tous les genres de dévouement que peuvent inspirer et qu'inspirent sous nos yeux non-seulement la tendresse maternelle, non-seulement la piété filiale, mais le sentiment le plus vulgaire du devoir, qui apparaît toujours en pareil cas, mais le zèle charitable, qui est encore le premier et le plus universel besoin de l'humanité.

Que l'Académie se rassure donc sur le sort des malades que la contagion viendrait à frapper: tant qu'il y aura des médecins en France, tant qu'il y aura des liens de famille et d'amitié, tant que l'humanité sera debout, il y aura des secours pour toutes les maladies, même pour celles qui naîtraient de la contagion.

Et d'un autre côté, il faut pourtant le dire aussi, s'il était vrai que le choléra procédât réellement d'individu malade à individu sain et qu'il pût se transmettre de l'un à l'autre par suite de rapports déterminés entre eux; en un mot, si le choléra était véritablement contagieux, ne serait-ce pas au contraire un crime, et un crime de lèse-humanité, que de cacher le fait à tous, de le cacher à ceux qui peuvent avoir le plus d'intérêt à le savoir, de le cacher à ces nobles cœurs que leur zèle et leur dévouement peuvent précipiter aveuglément dans tous les dangers de contagion; quand certaines précautions, certaines mesures de prudence suffiraient peut-être pour les en préserver? Et ne serait-ce pas une sorte de complicité morale d'homicide volontaire que de leur dissimuler la puissance de la contagion au lieu de les prémunir contre ses funestes atteintes? Et d'ailleurs, comme nous l'avons déjà fait pressentir, toutes les conditions sociales imposent-elles au même titre la loi de subir la contagion quand elle peut exister? Et ne peut-il pas se trouver des circonstances toutes particulières, des situations tout exceptionnelles de famille qui imposeraient au contraire le devoir de s'en éloigner? Enfin, s'il est une dernière considération dont l'Académie ne peut assez se pénétrer dans un pareil *statu quo*, c'est que toutes ces réticences, tous ces demi-aveux d'une prétendue contagion dont le public se préoccupe plus que jamais sont mille fois plus fâcheux dans leur effet moral que la vérité la plus explicite à l'égard de la question de contagion.

Quelle que soit donc la vérité sur ce point, il faut la connaître; elle ne peut rester plus longtemps ignorée, et en aucun cas elle ne doit être dissimulée. La science a droit de l'élucider, l'Académie a le devoir de l'émettre sans réserve, et je ne crains pas de dire que la science et l'Académie méconnaîtraient leur mission si, sous un prétexte quelconque, elles repoussaient toute discussion, toute lumière à cet égard.

Le principe ainsi posé sur la question préjudicielle, si l'Académie veut bien l'admettre, je lui demanderai la permission d'aborder de suite la question de fait.

Un mot d'abord sur le mot *contagion* lui-même; car, pour apprécier la valeur scientifique des faits, il faut nécessairement s'entendre sur le sens logique des termes qui les expriment.

S'il est un mot malheureux en médecine, c'est sans contredit le mot *contagion*, et le premier qui l'introduisit dans la science ne se doutait probablement pas des mille et incessantes difficultés qu'il léguait aux générations médicales et aux Académies, mot pour ainsi dire magique qui depuis des siècles reparaît sans cesse dans nos discussions comme pour y jeter à plaisir le doute et l'obscurité; sorte de Protée qui prend toutes les formes, toutes les proportions que les circonstances exigent pour se prêter docilement à toutes les nuances et à toutes les diversités d'opinion; mot, dis-je, qu'il faudrait enfin rayer du vocabulaire de la science comme source de vaines et éternelles controverses.

Et cependant, comme ce mot se retrouve encore partout dans les livres, dans les Académies, dans les écoles, dans le langage vulgaire, et comme il survivra peut-être longtemps encore à toutes les attaques dont il a été si souvent et si justement l'objet, il nous faut bien l'accepter pour ce qu'il vaut dans la question.

Considéré dans sa valeur purement étiologique, la seule que nous ayons à apprécier ici, le mot contagion nous semble devoir exprimer tout acte de transmission d'un état morbide procédant d'individu actuellement malade à individu sain par suite de rapports quelconques entre ces deux individus.

Ainsi réduite à sa plus simple et à sa plus juste expression, la contagion morbide suppose, comme condition première, nécessaire, indispensable, la préexistence d'un agent ou principe pathogénique actuellement inhérent à l'organisme; principe sans lequel l'acte de contagion ne peut s'effectuer, pas plus qu'il ne peut exister d'effet sans cause, pas plus qu'il n'est permis de transmettre à autrui ce que l'on ne possède pas soi-même.

Or, existe-t-il, à l'égard de l'épidémie actuelle, des faits de nature à attester d'une manière positive cette préexistence d'un principe morbide ou pathogénique émanant directement de l'individu malade, et pouvant se communiquer à un individu sain, à des distances même et à des conditions données? Nous ne le pensons pas, et nous ne craignons pas de dire, tout en abordant la question, que le *choléra n'est pas contagieux*, pas plus qu'aucune sorte d'intoxication n'est et ne peut être contagieuse; que s'il faut maintenant justifier cette proposition par l'observation et l'expérience, la tâche ne sera pas si difficile, car les faits se pressent en masse et de toutes parts pour militer en sa faveur, et je n'en sais aucun, je l'avoue, qui puisse lui être victorieusement opposé.

Un premier fait bien digne de remarque, que l'expérience a constaté partout depuis l'invasion du choléra en Europe, c'est que, dans tous les centres de population où il a éclaté avec le plus de violence, où il a exercé le plus de ravages, nulle part il n'a choisi ses victimes parmi les personnes le plus immédiatement en rapport avec les malades; nulle part les médecins, les gardes-malades, les personnes appelées par état, par devoir, par affection, à donner des soins directs, incessants, aux malades; par conséquent, à les toucher de toutes manières, à respirer leur haleine, à absorber toutes les émanations de leur corps, à se saturer, pour ainsi dire, de tous les produits de leurs excrétions; nulle part, dis-je, ces personnes n'ont été atteintes de la maladie dans une proportion plus élevée que les autres classes ou autres professions de la société.

Et, chose bien remarquable aussi, qui ne souffre pas plus d'exception nulle part; quand l'épidémie sévit dans une localité, elle n'a nullement besoin de la présence de malades pour se propager et atteindre ses victimes; elle frappe également les personnes qu'elle trouve séparées et éloignées des malades, celles qui habitent des appartements isolés ou superposés et des maisons voisines. Il suffit qu'elles vivent dans les mêmes conditions sanitaires ou hygiéniques, dans la même sphère d'activité épidémique; de telle sorte que, non-seulement la présence des malades ne paraît nullement nécessaire à la propagation de la maladie, mais elle semblerait ne rien ajouter à sa puissance étiologique.

Ainsi sur 2,035 personnes que comptait en 1832 le service de santé de tous les hôpitaux et hospices de Paris, 45, dont 2 médecins, ont succombé pendant le cours de l'épidémie, c'est-à-dire, 1 décès sur 45, ou 22 11/00 sur 1,000. Proportion moins défavorable que la moyenne générale des décès rapportée à la population entière de Paris, qui est 1 décès sur 42 habitants.

Dans le chiffre de 18,402 décès attribués au choléra de 1832, on a compté 23 médecins sur près de 1,700 composant alors le personnel des médecins et officiers de santé de Paris. Proportion également inférieure à la moyenne des décès ordinaires de Paris.

Dans le quartier Saint-Martin-des-Champs, qui a compté à lui seul 4,936 malades sur une population de 26,169 habitants, 1 seul médecin et 2 gardes-malades ont succombé.

Des proportions non moins favorables ont été signalées dans d'autres centres où le choléra a sévi avec la même fureur qu'à Paris.

A Calcutta, sur 250 médecins appelés à soigner les cholériques, un seul a succombé.

A Pétersbourg, sur 58 officiers de santé attachés à l'hôpital temporaire, un seul a été victime.

A Moscou, sur 123 personnes chargées du service de santé du grand hôpital de cette ville, 2 succombèrent.

A l'hôpital de la marine de Cronstadt, sur 253 personnes attachées au service des cholériques, 4 furent atteintes.

Et voyez ce qui se passe aujourd'hui sous nos yeux. J'en appelle à l'expérience de tous; car il n'est aucun de nos confrères qui, depuis trois mois, n'ait été en rapport direct, immédiat, avec un certain nombre de cholériques, et si le résultat de mes recherches est exact, je ne connais pour la ville que deux victimes de l'épidémie sur plus de 4,000 décès qu'il est déjà permis de compter. Et en vérité, n'était le cas si malheureux qui vient de frapper un élève interne de la Salpêtrière, on dirait qu'il y a une grâce d'immunité pour nos zélés confrères des hôpitaux qui vivent pour ainsi dire depuis trois mois au milieu de tous les éléments les plus actifs de cette prétendue contagion, sans en ressentir un effet funeste.

Que faut-il donc pour subir l'effet de cette contagion? S'il ne suffit pas de vivre dans des rapports intimes avec des milliers de cholériques, de rester avec eux en contact direct de tous les instants et dans toutes les périodes de la maladie, de les explorer dans leur organisation la plus intime avant et après la mort? Veut-on une autre série d'épreuves? L'expérience est encore là pour répondre. On a cité dans une précédente séance le cas d'un enfant inopinément frappé du choléra, et que le père et la mère avaient placé entre eux dans leur lit pour le réchauffer, le pressant de toute leur tendresse, recevant le contact de toutes ses excrétions morbides, et ne pouvant se séparer de leur enfant qu'après l'avoir vu mourir entre eux, sans qu'ils eussent éprouvé aucun dérangement dans leur santé. De pareils faits ne sont pas sans exemple.

J'ai vu moi-même, en 1832, une pauvre mère essayer également de réchauffer par ce moyen son enfant tout glacé par le choléra, le serrer étroitement sur son cœur pendant plus de quinze heures que dura la maladie, pour ne s'en séparer qu'avec la douleur de le voir à l'état de cadavre, et sans avoir souffert le moindre trouble dans sa santé physique.

Aujourd'hui même, un praticien distingué de Paris, M. le docteur Goupil, me racontait qu'une dame venant de perdre son mari n'avait quitté son lit funèbre que pour aller, au milieu de son désespoir, se réfugier dans le lit de sa femme de chambre, pendant que celle-ci était atteinte elle-même du choléra, auquel elle succomba en quelques heures, et ce ne fut qu'après être restée près d'elle dans son lit d'agonie et de mort, tout fangeux, tout dégouttant d'excrétions cholériques, qu'il fut possible de l'en arracher, et toutefois jusqu'à présent sa santé générale n'a souffert aucune altération.

Que faut-il donc, encore une fois, pour transmettre la maladie par contagion, si tous ces moyens de contact direct et de rapports intimes, reproduits sans cesse, variés de mille manières, ne suffisent pas pour l'opérer? Je le demande à tous les contagionistes du monde; je le demande pour mon instruction personnelle; je le demande pour l'édification de la science.

Ce qu'il faut, disent autour de moi des esprits sérieux, c'est l'aptitude actuelle de l'organisme à subir l'effet de la contagion; aptitude rare, il est vrai, et qui correspond à la rareté des cas de contagion. Mais quelque rares, quelque exceptionnels qu'ils soient, s'ils sont positivement démontrés, s'ils sont irréfragablement établis, ils doivent suffire pour répondre victorieusement aux mille faits négatifs que vous invoquez contre la loi de contagion.

Nous sommes entièrement d'accord sur ce point avec nos adversaires, et nous n'avons plus qu'à leur demander des faits de la valeur et de la nature de ceux qu'ils déterminent euxmêmes. Or, jusqu'à ce jour, il ne nous a pas été possible d'en observer un seul autour de nous; pour en trouver, il nous faut aller les chercher à Chartres, à Nogent-le-Rotrou, à Saint-Denis, où, nous dit-on, la maladie a été apportée par des personnes et des objets contaminés.

Malheureusement ces faits sont, comme on le sait, sous le scellé provisoire, et il ne nous est pas permis de les discuter en ce moment. Mais, en attendant, nous les admettons comme parfaitement exacts, parfaitement observés; car, pour nous, les yeux de province sont tout aussi clairvoyants et observent tout aussi bien que les yeux de Paris. Mais ce que nous n'admettons pas encore, c'est l'interprétation qu'on leur a donnée, c'est la conclusion que l'on a voulu en tirer; car, avant de consacrer cette conclusion, il faudra au moins qu'on nous prouve que le milieu où s'accomplissait cette prétendue contagion était exempt et hors de la limite de l'influence épidémique; il faudra qu'on nous donne la mesure, l'étendue et le degré d'activité de la sphère épidémique; il faudra qu'on nous dise pourquoi la maladie se transmet par voie de contagion à Saint-Denis, à Nogent-le-Rotrou, à Chartres, quand elle ne peut s'étendre au delà malgré le mouvement continuel des populations voisines, quand des voyageurs et des conducteurs de diligences qui l'emportent de Paris ne peuvent la transmettre ni à Lyon ni à Bordeaux. Jusque-là nous maintiendrons notre proposition comme conclusion, à savoir: que le *choléra n'est pas contagieux*.

M. Rochoux. Le mot contagion est un mot malheureux, a dit M. Joly. Les mots n'ont rien de fâcheux par eux-mêmes; s'ils font du mal, la faute en est à ceux qui les emploient d'une façon peu rationnelle. Loin donc qu'il nous faille rejeter le mot contagion, nous devons le conserver en lui rendant son sens primitif, qui indique toute transmission morbide d'un malade à un sujet sain, n'importe comment cette communication ou transmission s'effectue. C'est ainsi que la contagion a été entendue par Moïse, Thucydide, Lucrèce et Fracastor luimême, jusqu'à l'époque où un médecin limita à la voie seule du contact la contagion morbide. Or, si cette définition était admise, il n'y aurait plus de maladie contagieuse, si ce n'est la gale, qui encore n'est pas véritablement une maladie. La rage, la morve, le typhus, la variole elle-même, ne seraient plus contagieux.

Ceci convenu sur ce qu'il faut entendre par contagion, je me permettrai de ne pas regarder comme décisifs les faits de détails sur lesquels M. Jolly s'appuie pour admettre ou rejeter la contagion. A mon sens, elle n'a qu'une preuve, mais cette preuve vaut toutes les autres: c'est le danger qu'il y a dans l'approche des malades. Par la même raison, l'absence de ce danger prouve la non-contagion, et, comme c'est là le résultat général de ce qui arrive aux personnes chargées de donner des soins aux cholériques, il faut bien reconnaître que le choléra n'est pas contagieux. A la vérité, on cite quelques établissements de charité publique dans lesquels on l'a vu se montrer principalement parmi ceux qui avaient le plus de rapport avec les malades. Mais dans d'autres établissements, c'est parmi les mêmes individus qu'il y a eu proportionnellement le moins de cholériques. De sorte que, si on voulait admettre que dans un cas l'approche des malades est nuisible, il faudrait reconnaître que dans l'autre elle est salutaire. Ces deux assertions se détruisant l'une et l'autre, la seule conclusion raisonnable est que le choléra n'est pas contagieux.

— M. Hipp. Larrey est appelé à la tribune pour terminer la lecture du Mémoire qu'il a commencé dans la dernière séance.

Ce Mémoire, très étendu, ne peut être apprécié à la simple audition; nous en donnerons prochainement une analyse.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Les obsèques de M. Charles Londe, interne à la Salpêtrière, mort du choléra quatre jours après son collègue Berlié, ont eu lieu samedi, 19 mai. L'administration des hôpitaux, qui, comme dernier gage de reconnaissance, s'était chargée du premier enterrement, a voulu rendre les mêmes honneurs à cette nouvelle victime. Le cortège, qui se composait des parents et amis de l'infortuné Londe, des membres de l'administration supérieure des hôpitaux, a conduit le corps de la maison mortuaire à l'église de la Salpêtrière, où s'est fait le service religieux, et de là au cimetière Mont-Parnasse.

Un des internes de la Salpêtrière, M. Axenfeld, a prononcé sur la tombe de son camarade des paroles qui ont été accueillies avec une vive émotion.

Immédiatement après, M. Thierry a pris la parole, et, comme vice-président du conseil municipal, il a pour ainsi dire pris l'engagement formel d'obtenir pour les corps des deux victimes une concession de terrain à perpétuité, et même de consacrer un monument simple, mais significatif, à leur souvenir. Il a exprimé le désir de rapprocher leurs tombes, rendues communes, de celles de Dance et de Caillard, que le choléra de 1832 a également enlevés jeunes à l'affection et à l'estime de leurs collègues.

M. Dromart, ami intime de Londe, a prononcé ensuite quelques paroles avec l'accent de la plus profonde émotion, et les assistants se sont séparés douloureusement affectés.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 26 MAI 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 61.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne À PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 25 MAI 1849.

Marche du choléra.

L'épidémie, qui dans la seule journée de mardi avait suspendu sa marche rétrograde, l'a heureusement reprise hier et avant-hier. Mercredi, le nombre des cas reçus dans les hôpitaux et hospices civils a été de 73; hier, il n'a été que de 63; c'est à peu près le tiers du chiffre que l'épidémie avait atteint il y a trois semaines (161).

Nous devons ajouter, pour donner à ce chiffre sa véritable signification, que depuis plusieurs semaines l'épidémie a envahi toute la banlieue de Paris, et qu'un assez grand nombre des cholériques qui sont reçus dans les hôpitaux excentriques, tels que Beaujon, Saint-Louis, Saint-Antoine, etc., viennent des villages situés hors des barrières. Ce n'est donc pas seulement la population de Paris qui a fourni les 63 nouveaux cas d'hier, mais bien la population de Paris et de la banlieue réunis.

Nous donnons encore aujourd'hui le tableau du nombre total des cas reçus jusqu'à ce jour dans les divers hôpitaux civils et militaires. Nous espérons pouvoir le supprimer dans notre prochain numéro.

HOSPICES.	NOMBRE DE CAS.	DÉCÈS.	SORTIES.
Salpêtrière	1090	793	197
Bicêtre	167	113	20
Ménages	44	33	10
Incurables (hommes)	11	7	1
Incurables (femmes)	11	7	»
Larochefoucauld	5	3	»
Sainte-Périne	2	2	»
HÔPITAUX CIVILS.			
Hôtel-Dieu	973	461	368
Charité	451	257	132
Pitié	524	252	188
Saint-Louis	523	243	154
Beaujon	322	159	83
Necker	152	65	69
Enfants-Malades	60	23	26
Saint-Antoine	123	65	42
Cochin	56	23	32
Sainte-Marguerite	111	51	38
Bon-Secours	113	65	33
Cliniques	27	21	7
Maison d'accouchement	2	1	»
Lourcine	24	8	6
Maison de Santé	64	35	22
Prison de Saint-Lazare	43	21	14
	4858	2708	1442
Report,	4858	2708	1442
HÔPITAUX MILITAIRES.			
Invalides	39	27	5
Val-de-Grâce	381	104	180
Gros-Caillou	573	191	225
Hôpital militaire du Roule	306	140	62
Hôpital milit. Popincourt	142	77	»
Total,	6322	3262	1926

Séance de l'Académie de Médecine.

Les deux lectures de MM. Jolly et H. Larrey ont occupé mardi dernier à peu près toute la séance. M. Rochoux a bien renouvelé la tentative déjà faite par M. Bégin pour faire renvoyer à la commission du choléra toutes les communications relatives à la contagion, après que M. le secrétaire perpétuel aurait simplement annoncé que ces communications étaient *sur*, *pour* ou *contre* la contagion; mais cette proposition n'ayant été ni appuyée ni combattue, l'Académie a continué sans modification à suivre la marche déjà tracée.

Nous avons déjà eu l'occasion d'exprimer notre opinion sur l'utilité de la correspondance; nous n'y reviendrons pas. Mais nous devons dire en quelques mots les motifs qui nous empêchent de discuter, à propos de chaque séance, les conclusions favorables ou contraires à la contagion qui sont formulées par divers correspondants. Nous croyons, d'accord sur ce point avec M. Rochoux, que toutes ces communications ne peuvent être jugées avec quelque rigueur logique que lorsqu'elles ont été mûrement étudiées, discutées, comparées les unes aux autres dans le silence de la méditation, ce qui du reste n'est point une raison pour qu'on n'en donne pas un aperçu succinct à l'Académie, à la fois pour l'instruire des documents qu'elle reçoit et pour donner aux correspondants un gage de l'intérêt qu'on attache à leurs communications. Mais il est certain que beaucoup de ces communications perdront toute leur valeur devant un examen approfondi. Il suffit, par exemple, de jeter un coup d'œil un peu attentif sur la lettre de M. Bodinier, dont nous avons à dessein rapporté textuellement quelques passages, pour se convaincre que cette lettre, qui se distingue par des négligences excessives de rédaction, a été écrite après coup, sans que l'auteur ait vu les faits qu'il rapporte, faits qu'il a ou copiés dans quelque compte-rendu de journal ou rédigés d'après de vagues renseignements fournis par des personnes étrangères à la science. Des communications semblables ne peuvent évidemment avoir aucune valeur soit pour résoudre la question de la contagion, soit pour éclairer une question quelconque. Ce n'est pas pour la commission que nous faisons cette observation; ce que nous voyons, elle le verra aussi bien et mieux que nous; nous le disons pour expliquer le silence que nous gardons sur toutes ces communications, qui seront mieux jugées dans leur ensemble qu'une à une.

Si nous voulions dès aujourd'hui traiter à fond cette importante question de la contagion, sur laquelle nous avons déjà exprimé notre avis, lequel nous a valu une réfutation en règle d'un de nos confrères les plus distingués, nous trouverions dans le discours de M. Jolly un puissant auxiliaire. Mais nous attendrons que la question soit portée devant l'Académie par la commission avant de l'agiter de nouveau; cette question n'est pas de celles qui exigent de nombreuses controverses pour être éclairées jusque dans leurs plus petits détails; les faits à l'aide desquels elle se juge sont au contraire peu nombreux, simples, toujours semblables à eux-mêmes; une différence radicale dans l'esprit de ceux qui les étudie peut seule leur donner des couleurs opposées.

Séance de l'Académie des Sciences.

MAGNÉTISME ANIMAL.

Grâce à une étrange confusion de langage, faite d'abord par M. Reymond, partagée ensuite par le vénérable M. de Humboldt et presque consacrée par M. Arago, le magnétisme animal trouvera un nouvel appui dans ce que la science compte de plus illustre.

Nos lecteurs ont pu voir dans le dernier compte-rendu de l'Académie des sciences ce que M. Reymond appelle la *force de la volonté.* Pour cet auteur et pour M. de Humboldt implicitement, faire dévier une aiguille aimantée en plongeant ses mains dans des dissolutions communiquant avec les extrémités d'un galvanomètre et en contractant *volontairement* les muscles qui font mouvoir les doigts, c'est faire dévier cette aiguille par l'influence de la volonté. Voilà [illegible] s'est contenté de reproduire et qu'il n'a pas jugé à propos de redresser avec cette intelligente sévérité qui lui est habituelle.

A ce compte, a dit M. Magendie, si j'adresse un vigoureux coup de poing à mon voisin et que je le renverse par terre, je puis tout aussi bien dire que je l'ai renversé par l'influence de ma volonté. Il ne s'agit, en effet, que de s'entendre; si c'est là ce qu'ont voulu dire M. du Bois-Reymond et M. de Humboldt, et ce qu'a voulu autoriser par son approbation tacite M. Arago, tous ces observateurs sont parfaitement dans leur droit. Mais, dans ce cas, il n'aurait pas été inutile de prévenir le public de la signification toute nouvelle qu'ils attachent aux mots, afin que des charlatans ne puissent pas exploiter au grand détriment de la science et de la morale des autorités aussi respectables.

Adoption de la demande en permutation.

La Faculté n'a pas jugé à propos de tenir compte des avertissements de la presse relativement à la question des permutations; dans son assemblée d'hier, elle a agréé la demande de M. Denonvilliers.

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Œuvres de médecine pratique; par M. CHAUFFARD, d'Avignon.

Anthropologie, ou Etudes des organes, fonctions et maladies de l'homme et de la femme; par le Dr A. BOSSU. (2e édition.)

Le livre du docteur Chauffart s'éloigne un peu, par la forme et par les doctrines, des ouvrages que nous voyons éclore chaque jour sous nos yeux. Par la forme; car il se compose d'une réunion de mémoires isolés sur des sujets fort différents, et ne constituant pas un ensemble de travaux sur un point particulier de la pathologie ou sur les maladies d'une série d'appareils organiques. C'est ainsi que l'on trouve, l'un à côté de l'autre, et dans le même volume, un mémoire sur l'hydrothorax, un autre sur l'utilité du mercure dans la syphilis, puis un troisième sur la saignée révulsive dans les maladies de la tête, etc.

Nous disons qu'il s'éloigne par les doctrines des productions nombreuses de l'Ecole de Paris. En effet, dit l'auteur, il a voulu se borner à écrire une relation sans commentaires de ce qu'il a observé. Dès qu'il faut expliquer, il y a obscurité et fausse voie tout auprès. « Que de livres, ajoute-t-il, reposent sur les déceptions de l'hypothèse! Leur prétention, à tous, est de s'en tenir aux faits; leur échec, à tous, est de les dénaturer. Dans ces œuvres, le malade et sa guérison sont délaissés. Que s'y trouve-t-il? Catalogue sans fin d'altérations cadavériques, petites recherches de curiosité et au microscope, études chimiatriques sans portée, comme au temps de Venel, pâles descriptions qui ne pénètrent pas au cœur de la maladie, prétendues conclusions amenées par les chiffres, mais où les actes de l'organisme ne comptent pas. Les anciens, ces chastes et négligés modèles, ne composaient pas leurs livres de la sorte. L'idée systématique qui s'y mêlait quelquefois n'en était que l'accessoire, le remède était tout. Ces grands hommes décrivaient la maladie pour que l'on pressentît comment il fallait la traiter. Ils étaient artistes d'abord, savants après; ils voulaient guérir; et, telle était leur vive intelligence de cette loi première, qu'ils différenciaient les maladies d'après leur mode de curation. »

Nous ne saurions, nous élève de l'Ecole de Paris, partager en tous points l'opinion de M. Chauffard sur les travaux modernes. Et cependant, nous en conviendrons bien volontiers avec lui, cette tendance de plus en plus manifeste à ne voir dans la pathologie que l'anatomie pathologique, dans le malade que le cadavre, cette tendance est déplorable. Nous comprenons les recherches d'anatomie morbide poussées aussi loin que possible, mais seulement comme moyen d'arriver à la connaissance de la cause, de la nature de la maladie, partant, de son traitement. Que m'importe de savoir que les selles cholériques contiennent de l'albumine, si l'on ne me déduit de ce fait des conséquences pratiques pour le traitement? Ce qui ne veut pas dire que nous engagions ceux qui se livrent à ce genre d'études à les suspendre, à les négliger. Amassons, au contraire, des faits nombreux et variés. Si insignifiants qu'ils soient ou paraissent aujourd'hui, peut-être un jour auront-ils leur valeur. Mais ne sacrifions pas la thérapeutique à l'anatomie pathologique, n'imitons pas ces médecins qui, renfermés dans les amphithéâtres, répondent, du haut d'un scepticisme railleur au praticien qui leur soumet une difficulté thérapeutique : il vous est impossible de savoir si le malade a guéri par ou malgré votre traitement; tandis que l'analyse chimique m'a démontré clairement que le sang de tel sujet contenait un centième ou un millième de plus de tel principe que le sang normal.

Pour notre part, nous le répétons, nous aimons mieux guérir un malade par des moyens empiriques que de découvrir un vibrion dans un liquide où l'on n'en soupçonnait pas le présence.

On nous pardonnera cette digression; elle est née fatalement de la lecture que nous avons faite des Mémoires du docteur Chauffard, et nous semble résumer en quelques lignes l'esprit général du livre que nous avons sous les yeux. Nous avons préféré cette appréciation générale à l'analyse sèche des vingt ou trente Mémoires que l'auteur a rassemblés dans ces deux volumes, et entre lesquels d'ailleurs nous eussions été assez embarrassé de faire un choix, car tous, à différents titres, présentent un intérêt incontestable. Nous mentionnerons cependant, parmi ceux qui nous ont paru les plus importants, deux chapitres sur les constitutions médicales et les maladies régnantes des années 1831 et 1834; un travail sur la fièvre cérébro-spinale épidémique de 1840-1841, travail auquel la communication si importante faite tout récemment à l'Académie de Médecine par le docteur Michel Lévy, premier professeur au Val-de-Grâce, donne un nouveau mérite d'actualité; un Mémoire sur l'emploi de la strychnine dans les paralysies, sujet auquel nous avons consacré plusieurs de nos *Revues cliniques hebdomadaires* en 1847, et sur la cicatrisation des kystes apoplectiques; enfin des recherches sur l'application des ligatures sur les membres dans les fièvres intermittentes.

Le second volume forme à lui seul un traité presque complet, auquel l'auteur a donné le nom d'*Etudes pratiques sur les fièvres.*

Dans ces études, il n'a point prétendu dogmatiser sur les fièvres, mais seulement les décrire, et surtout enseigner leur traitement. Rompant à la fois et avec les doctrines de Broussais, ce grand génie

Nous sommes sincèrement affligé de ce résultat, non pour la presse, qui était parfaitement désintéressée dans la question au point de vue de l'application et qui n'a fait que défendre les principes les plus évidents d'ordre, de justice, de sincérité; mais pour la Faculté elle-même, qui va fournir un nouveau et juste prétexte aux attaques des réformateurs de bonne et de mauvaise foi, qui ne demandent qu'une occasion pour porter dans toutes les institutions un marteau démolisseur.

Nous vivons dans un temps où il est souverainement imprudent et dangereux pour les corporations comme pour les individus de tomber dans des abus flagrants, et il est à regretter que l'instinct de sa propre conservation, à défaut des règles de la justice, n'ait pas signalé ce danger à la Faculté.

Nous avons déjà exposé les motifs de notre opposition à l'abus que les Facultés de Paris et de Montpellier viennent de commettre une fois de plus. Notre intention n'est pas de rentrer aujourd'hui dans le fond de la question de principes. Il nous suffira de rappeler que nos motifs étaient basés à la fois sur les intérêts de tous les hommes qui aspirent aux chaires de professeurs; et, ce qui est plus important encore, sur les intérêts bien entendus de la science et de l'enseignement. Voilà pour les principes.

Quant à l'application de l'abus dans les cas présents, nous avons dit que les circonstances étaient telles, qu'elles ne pouvaient qu'aggraver l'abus loin de le justifier. Nous devons bien le dire, en effet, quoiqu'il nous en coûte de faire intervenir les personnes dans un débat sur les principes, comment espère-t-on que le public jugera des permutations demandées ici par un homme qui n'a même pas fait une seule leçon depuis sa nomination, là par un professeur dont les rares titres scientifiques se rapportent à la chaire qu'il occupe et nullement à celle qu'il ambitionne? Le public ne verra dans le succès de ces demandes que des tripotages d'intérieur, et franchement le public ne sera que trop autorisé à voir ainsi.

Quoique les affaires médicales n'émeuvent guère les hommes du gouvernement, on ne peut douter cependant que, dans les circonstances actuelles, la demande de deux permutations aussi peu justifiées ne soit un embarras pour le ministre; le ministre sera-t-il plus sage et plus juste que les Facultés? Pour notre compte, nous ne négligerons aucun moyen de l'éclairer; mais nous n'ignorons point que notre voix serait bien faible si elle était isolée: nous appellerons donc à notre secours l'appui de la presse périodique, et nous engageons vivement tous les hommes qui s'intéressent à la science et à l'enseignement d'adresser une contre-demande au ministre pour l'empêcher de consacrer plus longtemps un abus qui aurait dû disparaître depuis longtemps. Si notre appel est entendu, nous pouvons espérer que le droit triomphera.

Mort de M. Soudan.

La chirurgie vient de faire une perte bien regrettable dans la personne de M. Soudan, chirurgien en chef du Gros-Caillou. Cette mort, que quelques journaux politiques ont attribuée au choléra, n'a été que la terminaison inévitable d'une affection organique dont le savant chirurgien était atteint depuis longtemps. Il est mort à la campagne, où il s'était fait transporter depuis quelque temps, sans avoir offert aucun symptôme de choléra.

Hier a eu lieu à l'administration centrale des hôpitaux et hospices civils une réunion des chirurgiens des hôpitaux pour désigner à M. le ministre trois candidats, parmi lesquels doit être choisi, aux termes de la loi de décembre 1848, sur l'assistance publique dans la ville de Paris, un membre du conseil de surveillance de l'administration. La majorité des voix a désigné, dans l'ordre où nous les plaçons, MM. Monod, Cullerier et Nélaton.

Les médecins des hôpitaux se réunissent aujourd'hui pour le même sujet, et ils doivent désigner MM. Hortcloup, Requin, et Martin-Solon.

Revue clinique hebdomadaire.

Contagion de la rougeole. — Il pourrait paraître assez extraordinaire au premier abord que les innombrables observations qu'on a faites sur la rougeole, que les descriptions multipliées qu'on en a tracées eussent laissé quelque chose d'incomplet sur n'importe quel point de son histoire. Rien n'est pourtant plus réel. Une question qui touche à la fois à ce qu'il y a de plus important dans la pathologie et dans la prophylaxie de la rougeole n'a pas été non-seulement résolue, mais même agitée par les auteurs. Cette question est la suivante: A quelle époque la rougeole devient-elle contagieuse?

Les écrivains qui ont traité le plus récemment soit des maladies de la peau, soit des maladies des enfants, MM. Rayer, Guersant et Blache (Dict. en 30 vol.), Cazenave, Rilliet et Barthez sont complétement muets sur ce point. MM. Blache et Guersant se demandent seulement *pendant combien de temps* la rougeole est contagieuse, et ils *pensent* qu'elle ne cesse probablement pas de l'être tant que la desquamation n'est pas complète; mais quant à l'époque où elle *commence* à l'être, c'est ce que les auteurs n'ont nullement songé à déterminer. C'est là cependant un fait assez intéressant à connaître; car, lorsqu'on veut isoler les malades des autres personnes afin de préserver celles-ci, il est toujours utile et quelquefois très important de savoir jusqu'à quel point cet isolement sera efficace. C'est donc à ce point de vue que le fait suivant peut avoir une certaine importance.

Une petite fille de quatre ans fut prise, le dimanche 13 mai, d'inappétence, de malaise, d'un peu de fièvre, de larmoiement et de photophobie légère, d'enchifrènement, de fluxion oculo-pituitaire. Cette enfant n'ayant jamais eu la rougeole, l'ensemble des symptômes précités nous fit craindre qu'elle ne se trouvât dans la période prodromique de cette maladie. Nous fîmes part aux parents de nos appréhensions, et aussitôt ils nous demandèrent s'il ne serait pas convenable d'envoyer à la campagne, pour prévenir la contagion, leurs deux autres enfants; l'un, un garçon âgé de neuf ans; l'autre, une fille âgée de six ans. Le petit garçon ayant déjà eu la rougeole vers l'âge de cinq ans, nous engageâmes les parents à ne faire partir que la petite fille; elle partit, en effet, dans la soirée même du jour où nous fûmes appelé.

Le lendemain, vers les neuf heures du soir, quelques taches commencèrent à se montrer à la face et sur la poitrine de la petite fille malade; et le surlendemain, mardi, l'éruption se déclara partout.

Quant à la petite fille partie à la campagne, elle tomba malade dès le samedi 19, et le lundi elle était couverte par l'éruption rubéolique. Dans l'un et l'autre cas, du reste, la rougeole fut bénigne et suivie d'une prompte guérison. Quant au petit garçon, il n'éprouva, suivant la règle très générale, aucun phénomène morbide.

Ces deux faits tendant à prouver un point important de pathologie peu ou point connu, à savoir: la propriété contagieuse de l'affection rubéolique avant l'apparition de toute éruption, nous avons dû chercher à donner à ces faits toute la portée qu'ils pouvaient avoir. Nous avons donc cherché à savoir si les deux petites filles ne se seraient pas exposées en même temps à la contagion rubéolique, et si la plus âgée n'aurait eu autre chose qu'une période d'incubation plus longue que l'autre. Mais cette circonstance n'est guère probable, attendu que la plus âgée des deux va en pension toute la journée et que depuis très longtemps elle n'était pas sortie le soir avec sa jeune sœur. Dans la pension où elle va, il n'y avait eu d'ailleurs aucun enfant atteint de rougeole. De ce côté donc, il ne peut y avoir aucun doute.

Si quelque chose pouvait atténuer la valeur de ces faits, c'est que les parents ne savent pas non plus où la plus jeune de leurs filles peut avoir contracté la maladie, et qu'ils n'ont vu depuis très longtemps aucun enfant affecté de rougeole; cette affection semblerait dès lors s'être développée spontanément chez la petite malade primitivement atteinte; or, si elle s'est développée spontanément dans un cas, il pourrait bien en être de même dans d'autres. Nous ne voulons certainement pas atténuer la portée de cette remarque; mais nous croyons cependant qu'elle est insuffisante pour enlever aux faits précédents tout leur intérêt.

Des parotides dans l'épidémie actuelle. — Nous avons déjà appelé l'attention de nos lecteurs, nous ne dirons pas sur la fréquence, mais enfin sur l'existence des parotides à Paris depuis l'invasion de l'épidémie de choléra et peut-être même quelques jours auparavant. Mais jusqu'à présent ces parotides avaient toujours coexisté soit avec le choléra, ce qui est le cas le plus fréquent, soit avec d'autres affections. Dans le cas suivant, sur lequel M. le docteur Richard, ancien interne des hôpitaux, a bien voulu nous fournir quelques notes, non-seulement la maladie a été idiopathique, mais encore elle s'est accompagnée de l'orchite qui coïncide si souvent avec les parotides, au dire des auteurs qui ont vu souvent cette maladie. Il est inutile sans doute de dire que M. Richard s'est assuré que la double orchite qu'il a observée ne tenait à aucune cause spécifique. Sous ce rapport, le fait suivant est donc digne de notre attention.

Nous ajouterons que, depuis notre dernière *Revue*, nous avons pu voir six nouveaux cas de parotides développés dans la période de réaction chez des cholériques qui tous avaient été pris assez gravement.

La maladie observée par M. Richard tenait-elle à la même cause générale que toutes les autres? C'est une question que nous ne nous croyons pas autorisé à résoudre, mais à laquelle nous serions disposé à répondre par l'affirmative, en songeant à l'excessive rareté des parotides sous notre ciel dans les temps ordinaires.

Un homme de 35 ans environ, après deux ou trois jours de malaise, de courbature, de lassitude générale avec perte d'appétit, est pris d'amygdalite; en même temps, gonflement douloureux à la région parotidienne droite. Fièvre. Pas de frissons. — Cataplasmes, pédiluves; émollients; diète.

Le quatrième jour, le gonflement a notablement diminué à droite; mais il s'est montré à la région parotidienne du côté gauche, moins prononcé cependant que ne l'était la veille celui du côté opposé.

Le huitième jour, le gonflement parotidien a complétement disparu. Mal de gorge à peine sensible; mais redoublement de la fièvre, avec sueurs abondantes, abattement physique et moral, insomnie. Le malade s'inquiète sur sa position. Apparition d'une épididymite gauche. — 15 sangsues à la région inguinale; cataplasmes émollients. Bourses maintenues resserrées vers l'abdomen.

Le neuvième jour, purgation. Huile de ricin préparée à froid, 30 grammes.

Le dixième ou onzième jour, apparition d'un léger gonflement du testicule droit, avec sensibilité assez vive au toucher, mais beaucoup moins de dureté que du côté gauche. — Purgation légère; orge, chiendent, groseilles.

Les deux testicules sont pris simultanément; le droit guérit en même temps que le gauche.

Le quinzième jour, disparition complète des accidents; faiblesse générale; alimentation progressive. Le malade part à la campagne, et en revient huit jours après parfaitement remis.

HOTEL-DIEU. — M. Martin-Solon.

Albuminurie guérie, au moins momentanément, par une attaque de choléra.

Observation recueillie par M. F. HOUETTE.

Nous avons déjà cité quelques cas de choléra anormaux dans notre dernière Revue clinique; nous appelons encore aujourd'hui l'attention du lecteur sur le fait suivant, qui est trop important pour ne pas être publié avec détails. Cette observation remarquable et recueillie avec soin par M. Houette acquerra un nouvel intérêt si, comme nous l'espérons, nous pouvons nous procurer des renseignements ultérieurs sur l'état du malade.

Mazille (Benoît), âgé de quarante et un ans, journalier, de Chantilly, taille moyenne, constitution forte, tempérament bilioso-sanguin, entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Benjamin, n° 15.

Cet homme, qui chaque année travaille pendant plusieurs semaines les pieds dans l'eau pour la récolte des roseaux, n'a jamais éprouvé d'accidents; il s'est toujours bien porté. Depuis un an, toutefois, il a cessé ce travail.

Le 13 avril 1849, sans cause connue, il a ressenti des

---

auquel nous eussions désiré que, tout en le combattant, il eût rendu plus de justice, et avec l'idée moderne qui, dit-il, part du doute en matière de doctrine pour aboutir au doute en matière de traitement, M. Chauffard n'a pas tenté d'inutiles efforts pour établir une division complète des fièvres, efforts qui, suivant lui, vont contre la nature des choses. « Le nombre des formes fébriles, écrit-il, est, de soi, indéfini et variable; les unes s'effacent et d'autres apparaissent. Dans ce livre, j'ai seulement voulu décrire les types que j'ai le plus communément observés, les fièvres qui se maintiennent et dominent comme fixes, en quelque sorte, et essentielles..... D'ailleurs, il est vrai de dire que certaines règles de traitement, et les plus importantes, gouvernent toutes les formes fébriles, de façon que l'on pourrait parler de la thérapeutique des fièvres sans les décrire elles-mêmes. Je me suis proposé surtout d'étudier à fond ces questions de traitement. »

C'est assez dire que M. Chauffard a conservé les anciennes dénominations, auxquelles on reviendra peut-être, de fièvre inflammatoire, bilieuse, putride, maligne, etc. Un dernier chapitre, et ce n'est pas le moins intéressant, est consacré à l'histoire des fièvres intermittentes.

Tout en faisant nos réserves sur beaucoup de points où nous ne partageons pas entièrement la manière de voir de l'auteur, nous recommandons aux praticiens le livre de M. Chauffard, dont la lecture, toujours agréable, leur rappellera souvent avec bonheur les maîtres des deux siècles derniers.

Anthropologie, ou Etudes des organes, fonctions et maladies de l'homme et de la femme; par le Dr A. Bossu (2e édition.)

Il y a trois ans, rendant compte de la première édition de ce livre, voici ce que nous écrivions: « Au moment où les hommes d'un esprit sérieux et intelligent cherchent de toutes parts à augmenter la somme des notions scientifiques désormais indispensables aux progrès de la civilisation, M. Bossu a pensé qu'il manquait un livre qui réunît le double avantage de permettre aux hommes du monde de prendre une teinture des connaissances dont l'ensemble constitue l'art de guérir, et en même temps d'offrir aux médecins, aux élèves surtout, un résumé succinct capable de rappeler à leur mémoire les principaux points de la science à l'étude de laquelle ils se livrent. C'est assez dire que M. Bossu n'a point l'intention de faire des médecins des gens du monde qui le liront. S'il en eût été autrement, nous aurions cru de notre devoir de nous élever contre les tendances de l'ouvrage. C'est en médecine surtout que l'on doit dire avec le poète latin: *Odi profanum vulgus et arceo*. Mais nous le répétons, le point de vue sous lequel nous pensons que M. Bossu a rendu un véritable service, c'est celui-ci: D'avoir donné à l'homme de l'art, et surtout aux commençants, un traité d'ensemble, résumé concis et complet, qui peut leur servir de guide dans la pratique difficile de la médecine. »

Ce que nous écrivions alors, nous le pensons encore aujourd'hui, et pour cette raison nous augmenterons dans la même proportion la somme de nos reproches et celle de nos éloges. De nos reproches, disons-nous, car cette seconde édition, plus complète que la première, surtout au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique, donnera plus facilement au public ces demi-connaissances qui rendent si pénible en France l'exercice de la médecine près des gens du monde, auxquels le praticien doit toujours compte du *comment* et du *pourquoi* de tous ses actes. Or rien, à notre avis, ne gêne plus, dans beaucoup de cas, la liberté de l'homme de l'art que ces perpétuelles interrogations auxquelles un devoir d'humanité, et d'autrefois l'incomplet de la science, l'empêchent souvent de répondre.

Sous un autre point de vue, nous ne serons que juste en félicitant M. Bossu d'avoir rendu son ouvrage plus détaillé et plus complet, partant, d'une utilité plus incontestable comme *memento* pour ceux qui s'occupent de l'art de guérir. Le livre de M. Bossu s'est élevé à la hauteur d'un ouvrage vraiment scientifique, et rendra certainement plus d'un service à ceux qui le consulteront. Mais il est à regretter que l'auteur n'ait pas laissé à la critique le soin d'écrire la phrase suivante, juste en tous points, mais que nous eussions préféré voir sortir d'une autre plume que la sienne: les médecins ne sauraient trouver un meilleur *memento* pour s'aider dans la pratique difficile de l'art, et les élèves un manuel plus complet pour se préparer aux examens.

Dr A. Foucart.

Traitement de la gonorrhée par le vin de colchique.

L'opinion que s'était formée Eisenmann sur l'efficacité du vin de colchique dans le traitement de la gonorrhée vient d'être appuyée par le docteur Ficinus, de Dresde. Ce praticien fait prendre aux malades, trois fois par jour, de 25 à 30 gouttes de ce vin, qu'il associe avec la teinture d'opium; en même temps il prescrit une nourriture légère, des bains chauds, et une hygiène convenable.

Cette méthode fournit, suivant M. Ficinus, les meilleurs résultats, et avec une constance remarquable, soit qu'on l'emploie dans le traitement de la gonorrhée, soit qu'on la dirige contre les autres écoulements inflammatoires de l'urètre chez l'homme, du vagin et de l'utérus chez la femme. (*Casper's Wochenscrift et Med. Gaz.*)

douleurs à l'abdomen ; son ventre s'est gonflé et est devenu dur ; la flexion du tronc gênait la respiration et causait de la douleur. Un médecin fut appelé, qui, après avoir fait prendre au malade une tisane dont nous ignorons la composition, lui prescrivit un purgatif avec le sel de Sedlitz pour le 15 avril, troisième jour de la maladie. Le gonflement du ventre diminua un peu, et le malade crut pouvoir reprendre ses travaux; mais le 20 avril, le ventre s'étant gonflé de nouveau, puis successivement la pointe des pieds, les jambes, les cuisses, la figure et les mains, il entra à l'hospice de Chantilly.

Une tisane de feuilles de cassis, un peu salée, au dire du malade, rendit les urines plus abondantes et diminua un peu le volume du ventre; mais la guérison se faisant attendre, Mazille, sur l'avis de son médecin, se rendit à Paris.

Le 9 mai, ventre gonflé. Pas de fluctuation dans le péritoine. Les pieds, les jambes, les cuisses, gonflés aussi. Les mains, le visage le sont également, mais moins qu'ils ne l'ont été. La verge et le scrotum sont infiltrés depuis deux jours seulement.

La pression avec les doigts sur ces parties laisse une empreinte.

Urines abondantes contenant peu d'albumine, d'une couleur claire.

L'auscultation et la percussion indiquent un état sain des organes de la respiration et de la circulation. Pouls 68.

Ventre non douloureux à la pression, sonore à la percussion.

Pas de fluctuations, pas de ballotement.

Pas de douleur par la percussion au niveau des reins. Leur volume paraît à l'état normal, ainsi que celui du foie.

Digestion facile; appétit bon. Le visage, quoique un peu gonflé, présente aux joues une couleur rose assez prononcée. —Tisane de pariétaire nitrée, deux pots. Un cinquième pour nourriture.

Par jour, deux de ces pilules :

Onguent napolitain..	5 gr.		Pour 100 pilules.
Extrait de ciguë....	7	50	
Extrait d'opium....	1		
Savon médicinal....	1	50	
Poudre de ciguë....	10		

Le 10, le malade a rendu trois litres d'urines d'une couleur claire. Sur 10 gram., 1 gr. d'acide nitrique précipite 0,50 centigr. d'albumine.

Le gonflement a diminué un peu. Pouls 68. Appétit bon. Même tisane. Deux cinquièmes.

Le 11, trois litres et demi d'urine claire, 0,25 centigr. d'albumine précipitée.

La diurèse continue, et avec elle la diminution de l'œdème. Appétit bon. Pouls 68. — Même prescription.

Le 12, hier, à midi, le malade a été pris de diarrhée et de vomissements. Jusqu'à ce matin, vingt selles au moins, peu odorantes; leur couleur a été jaune d'abord, puis blanche, aspect riziforme. Vomissements jaune-verdâtre. Le malade urine lorsqu'il va à la selle, mais peu. Il avait pris le matin, pour la première fois, une des pilules prescrites.

Le soir, on lui a fait prendre du thé et des lavements de son et de pavot. Il n'y a pas eu de refroidissement; seulement des gargouillements dans le ventre, mais avec peu de douleur. Pas de crampes. Pas de mal de tête.

A la visite, toute la sérosité a disparu; il n'en reste qu'un peu aux cuisses. Encore envie de vomir et d'aller à la selle. Pas de crampes. Pas de douleur à l'épigastre. Ventre indolent. Gargouillement. Langue saburrale, chaude, humide. Chaleur à la peau, qui n'est point rétractile; la peau du visage l'est davantage. Visage déprimé. Prostration. Voix altérée, enrouée. Yeux légèrement enfoncés, non colorés. Pouls à 88. — Poudre d'ipéca, 1 gr. 50, à prendre en trois fois; tisane de riz sucrée avec le sirop de coings; lavements de son et de pavot avec 12 gouttes de laudanum; eau de Seltz; diète.

Le 13, l'ipéca a produit des vomissements de couleur jaune. Les vomissements ordinaires sont revenus ensuite, mais moins fréquents que la veille. Les boissons sucrées les excitent.

Ventre indolent. Moins de gargouillement. Selles moins fréquentes, odorantes, opaques sans grumeaux, d'un gris bleuâtre-ardoisé. Pas de crampes. A chaque selle, 20 à 25 gram. d'urine très colorée seulement. Le peu de sérosité qui restait aux cuisses a disparu. Il n'y en a pas autour des malléoles.

Peau chaude, toujours peu rétractile. Langue encore saburrale, chaude, humide. Pas de mal de tête. Pouls à 84. L'urine contient peu d'albumine, est acide. L'acide nitrique lui donne une couleur de vin rouge troublé (acide rosacique). —Infusion de réglisse, 2 pots (le malade préfère cette tisane, et croit moins vomir que lorsqu'il prend de l'eau de Seltz); ipéca, 1 gr. 50 en trois fois; lavements de son et de pavot; diète.

Le 14, pas de selles. Le malade a eu quelques vomissements produits par l'ipéca, dont il n'a pris qu'un paquet. Ventre indolent; envies d'aller à la selle sans pouvoir rendre de matières. Urines peu abondantes, très colorées, contenant peu d'albumine, rougissant par l'acide nitrique. Yeux moins enfoncés; voix moins altérée; chaleur à la peau modérée; peau toujours peu rétractile; langue humide, chaude, moins saburrale; pouls à 68. — Tisane de réglisse; 2 bouillons.

Le 15, depuis ce matin trois heures, douleurs à l'épigastre; pas de hoquet. La pression augmente la douleur. Deux selles liquides, jaunes, odorantes. Borborygmes. Pas de douleurs dans le ventre. Urines normales pour la quantité, colorées en rouge par l'acide nitrique; 10 gram. donnent 25 cent. d'albumine (densité 20°). Peau moins chaude, moins rétractile qu'hier. Langue pas très chaude, un peu saburrale. Pouls à 68. Voix toujours faible et enrouée. Visage déprimé; yeux plus enfoncés qu'hier. — Infusion de thé; lavement de son et de pavot; ventouses à l'épigastre; diète.

Le 16, moins de douleur à l'épigastre; encore des gargouillements. Une selle seulement, un peu liquide, jaune, odorante. Urines, même état qu'hier (densité, 20°). Peau chaude, plus rétractile. Langue chaude, humide. Voix moins altérée. Le visage a repris son expression normale; il n'est plus déprimé. La sérosité n'a pas reparu. Pouls à 68. — Infusion de thé; potages; lavements de son et de pavots.

Le 17, ventre indolent. Epigastre encore douloureux. Plus de borborygmes. Trois selles liquides, jaunes, odorantes. Urines acides, moins colorées (densité, 20°); 25 cent. d'albumine sur 10 gr. Peau chaude, rétractile, surtout au visage. Langue chaude et humide. Pouls à 68. — Même prescription.

Le 18, pas de borborygmes. Encore un peu de douleur à l'épigastre. Ventre indolent. Pas de selles. Urines plus claires, toujours acides, rougissant moins par l'acide nitrique; même quantité d'albumine (densité, 18°). — Infusion de réglisse; un cinquième.

Le 19, pas de selles. Pas de douleur à l'épigastre. Urines claires (densité, 18°). Albumine, 25 centigr.; moins d'acide rosacique. Le malade a eu des rêves. Le visage est plus coloré. Un peu de mal de tête. Pouls à 68. — Tisane de réglisse; bain de pieds sinapisé; un cinquième.

Le 20, une selle assez dure. Urines comme hier, rougissant moins par l'acide nitrique. Plus de mal de tête. Pouls à 60. Appétit bon. — Infusion de réglisse; deux cinquièmes.

Le 21, deux selles solides. Urines claires, acides (densité, 18°, albumine 15 centigr.), ne se colorant presque plus en rouge par l'acide nitrique. — Même prescription.

Le 22, urines comme hier. Le visage n'est plus nullement altéré. La peau est colorée aux joues assez fortement. La sérosité n'a pas reparu même à la partie interne des cuisses. L'embonpoint commence à revenir. Le malade, se trouvant très bien, demande à sortir.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Bonnet.

Maladies du testicule.

Hernie de la substance propre du testicule à travers une ulcération de la tunique albuginée. Mort. Autopsie.

Parmi les nombreuses maladies du testicule qui se sont présentées l'année dernière à la clinique chirurgicale de M. le professeur Bonnet, il en est une que nous allons faire connaître aujourd'hui, car elle ne manque pas d'offrir de l'intérêt.

Trois célèbres chirurgiens de la Grande-Bretagne, Samuel Cooper, Lawrence et Astley Cooper, se sont efforcés de prouver dans leurs ouvrages que, parmi les nombreuses maladies que l'on confond ordinairement sous le nom de tumeurs fongueuses du testicule, il en existait des variétés importantes à bien reconnaître au point de vue du diagnostic et du traitement. Astley Cooper a avancé que, sous l'influence d'une inflammation chronique, la tunique albuginée pouvait quelquefois s'épaissir et se couvrir de fongosités à sa surface externe, fongosités qui, par suite de l'ulcération des enveloppes du testicule, venaient faire saillie à l'extérieur sous la forme de champignon. Il a donné à cette maladie le nom de hernie consécutive de la tunique albuginée devenue fongueuse à travers une ulcération de la peau du scrotum.

Lawrence et Samuel Cooper ont prétendu, au contraire, qu'il est des cas où, à la suite d'une contusion violente des bourses, la substance propre du testicule pouvait se faire jour au dehors à travers une ulcération de la tunique albuginée, lorsque le dartos et le scrotum ont été lésés. Ces découvertes anatomo-pathologiques qui semblent être, au premier abord, peu intéressantes, influent beaucoup sur la méthode de traitement que l'on doit employer dans ces cas. Aussi, ces praticiens ont-ils appelé l'attention sur la possibilité de leur guérison, soit par les seuls efforts de la nature, soit, non par la castration, mais en liant la tumeur extérieure au niveau du scrotum, ou bien en la détruisant avec les caustiques.

Les chirurgiens qui, depuis, se sont occupés des maladies du testicule, ont cité leurs travaux sans jamais y ajouter de nouvelles observations qui puissent appuyer leur manière de voir. C'est ainsi qu'en parle M. Velpeau, qui paraît n'avoir jamais constaté cette maladie; et M. Roux, encore plus explicite, se contente de citer leurs travaux en les faisant suivre des réflexions suivantes :

« Sans vouloir en aucune manière contredire ce qu'ont avancé des chirurgiens aussi instruits, des observateurs aussi sages que ceux que je viens de nommer, il me semble nécessaire cependant que de nouvelles observations viennent à l'appui de ce qu'ils ont avancé. Je ne sache pas que l'on ait observé, en France, aucun fait analogue à ceux dont ils rapportent l'histoire. Jusqu'ici, ma pratique ne m'a rien offert de semblable. » (*Dict. en* 30 *vol.*, t. XXIX, p. 510.)

Au mois de novembre 1847, un malade, porteur d'une tumeur des bourses qui faisait saillie à l'extérieur par suite de l'ulcération du scrotum, vint se coucher à la clinique chirurgicale. M. Bonnet diagnostiqua une maladie du genre de celle qui a été décrite par Lawrence sous le nom de hernie de la substance propre du testicule à travers une ulcération de la tunique albuginée. Le malade mourut, et l'autopsie vint démontrer plus tard la justesse de ce diagnostic.

Voici l'observation complète.

Claude Cottin, âgé de quarante-trois ans, natif du département de l'Isère, entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 17 novembre 1847.

Cet homme, d'une constitution détériorée, venait réclamer les secours de la chirurgie contre une affection dont la nature avait été jusqu'alors complétement méconnue. Il portait au niveau du testicule gauche une tumeur du volume d'un gros œuf, et dont une partie faisait saillie à l'extérieur par suite d'une large ulcération qui avait détruit le côté externe et inférieur du scrotum. Cette portion de la tumeur qui s'était fait jour au dehors y apparaissait sous la forme d'un champignon rouge et couverte de fongosités; elle laissait échapper de son pourtour un pus blanchâtre et d'une assez bonne qualité, et était en outre d'une dureté médiocre. Sous ce rapport, elle différait un peu de l'autre partie contenue encore dans les bourses, qui se trouvait d'une mollesse comparable à celle d'un testicule sain. Tout au pourtour de cette végétation on apercevait des anfractuosités qui donnaient issue à une suppuration abondante. Il était impossible de reconnaître l'épididyme qui se trouvait englobé dans la tumeur. Le canal déférent était gros et volumineux.

Cet homme, qui n'avait jamais eu de maladies vénériennes ni de glandes engorgées, avait éprouvé il y a dix-huit mois une forte contusion du testicule gauche lors d'une chute qu'il fit étant renversé par un cheval qui le traîna quelque temps à terre. Il lui survint une orchite et une inflammation suppurative des bourses. Le pus se fit jour à l'extérieur par deux trajets fistuleux, et tout tendait à la cicatrisation, lorsqu'une seconde contusion y vint susciter une inflammation si forte que le scrotum se mortifia, et que par suite la tumeur apparut peu de temps après au dehors en prenant les caractères ci-dessus indiqués. Quelle était cette maladie? Était-ce une tumeur cancéreuse? Elle en avait en grande partie l'aspect. Aussi, comme elle était assez volumineuse, et qu'elle présentait des inégalités et des duretés partielles, et de plus quelques douleurs lancinantes, tous les chirurgiens qui examinèrent ce cas crurent à la présence d'un squirrhe du testicule. M. Bonnet fut d'un avis contraire. Il élimina toute idée de squirrhe, en s'appuyant sur les antécédents de la maladie, sur la constitution de l'individu, sur la mollesse de la tumeur et la suppuration qui existait tout autour, enfin sur le défaut d'hémorrhagies. Il prétendit au contraire que le testicule devait être sain, mais qu'il devait faire hernie à travers la tunique albuginée. Était-ce une hernie survenue spontanément? Mais le malade s'en serait tout d'abord aperçu, et elle n'aurait pas été la suite d'une inflammation qui, ayant détruit une portion du scrotum, du tissu cellulaire et du dartos, avait gagné la tunique albuginée, l'avait ulcérée, et comme conséquence, la substance propre du testicule s'était fait jour au dehors, et, modifiée par une inflammation chronique, elle avait revêtu les caractères que nous lui avons assignés plus haut. M. Bonnet diagnostiqua donc la hernie de la substance propre du testicule à travers une ulcération de la tunique albuginée, consécutive à une inflammation suppurative des parties avoisinantes. Fidèle au diagnostic qu'il venait d'émettre, ce chirurgien éloigna de sa pensée toute idée de castration, et résolut de faire disparaître les végétations au moyen de la cautérisation, espérant qu'aussitôt détruites il pourrait faire rentrer le testicule dans sa place ordinaire, en lui faisant au moyen de la suture une nouvelle cavité dans le scrotum.

Vers les premiers jours de décembre 1847, le chlorure de zinc fut appliqué sur les fongosités, qui, en en faisant en grande partie justice, eut aussi pour résultat de raviver toutes les parties qui étaient au pourtour de la tumeur, le siége de la suppuration. Ce premier temps accompli, le malade fut soumis au chloroforme le 7 décembre, et M. Bonnet ayant disséqué la peau du scrotum avoisinant la tumeur, en porta les lambeaux, qu'il réunit au moyen de la suture enchevillée, au-devant du testicule, en éprouvant toutefois une certaine difficulté. Soit tiraillement, soit atonie des tissus, la cicatrisation ne put s'accomplir, et le 12, les points de suture ayant été enlevés, permirent au testicule de se montrer à l'extérieur. Une suppuration des plus fétides se manifesta, et le malade, atteint depuis cette époque d'un dévoiement qui résista à tout traitement, mourut le 2 janvier 1848.

La tumeur fut disséquée par M. Bonnet lui-même. Pour ce qui regarde le cordon, les vaisseaux furent trouvés sains; le canal déférent, à l'état intègre à sa partie moyenne, présentait un volume d'autant plus considérable, que l'on s'approchait de l'épididyme. La section de ses parois fit reconnaître dans son intérieur la présence de la matière tuberculeuse. L'épididyme, volumineux, était aussi rempli de la même matière et enveloppé d'un tissu lardacé. Arrivant au testicule, la palpation permettait avant son ouverture de constater l'absence de toute tumeur cancéreuse. L'on chercha à y distinguer les éléments qui le composent; on ne trouvait plus sur sa face externe rugueuse la présence de la tunique albuginée : on ne devait pas s'attendre à la trouver seulement éraillée, car la suppuration et la cautérisation avaient dû singulièrement la faire disparaître. Aussi ne la trouvait-on qu'à la partie supérieure et externe, où elle était libre et flottante. Une coupe antéro-postérieure du testicule montra un tissu sain, seulement modifié par une inflammation chronique.

Le testicule droit était à l'état intègre; mais le canal déférent, rempli de matières tuberculeuses, donna l'éveil de porter plus en avant les investigations. La vessie fut trouvée saine; mais les vésicules séminales et la prostate étaient remplies de tubercules.

R. Philipeaux,
Ancien prosecteur adjoint à la Faculté de médecine de Montpellier.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Piorry.

Leçons sur le choléra asiatique.

Recueillies par M. A.-H. Margerie.

(Suite du numéro du 15 mai.)

Lorsqu'on soumet les malades à un traitement convenable,

les selles et les vomissements diminuent peu à peu en nombre et en abondance, puis cessent entièrement; le pouls, qui était déprimé, se relève; les battements du cœur, devenus faibles, reprennent de la force et de l'amplitude. Tous les accidents que nous avons signalés disparaissent graduellement, et au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures le malade est rendu à la santé. C'est là du moins ce qui arrive dans le plus grand nombre des cas. L'affection peut, en effet, présenter une durée plus longue; on l'a vue persister pendant six jours.

Quoi qu'il en soit, le pronostic n'offre aucune gravité; nous pouvons affirmer que jamais, du moins dans la sphère de notre observation et de notre pratique, cette forme du choléra, telle que nous venons de la décrire, n'a été suivie de la mort.

La diète, nous n'avons pas besoin de le dire, est le premier point du traitement. Mais de toutes les indications, la plus importante à nos yeux est celle que nous faisons reposer sur la perte de liquides éprouvée par l'économie. Comme on a pu l'observer, c'est sur le tube digestif que l'*indoloiose* exerce directement son action; les troubles du système nerveux et tous les autres symptômes sont des effets secondaires, dont la cause réside dans l'issue par tous les points de la muqueuse intestinale de l'élément séreux du sang. Aussi est-ce en suppléant à cet élément qu'il convient de combattre la maladie; c'est ce que nous nous efforçons de faire en donnant des boissons en grande abondance et en prescrivant des lavements albumineux.

En pareille circonstance, la boisson le plus facilement absorbable sera évidemment la meilleure. A ce titre, l'eau pure mériterait la préférence; mais comme d'un autre côté cette boisson devra être chaude, à raison de la tendance générale au refroidissement, on aura recours aux tisanes adoucissantes ou légèrement excitantes. On donnera donc, soit une infusion d'écorces d'oranges édulcorée avec le sirop de gomme, soit une infusion de thé additionnée de quelques gouttes d'alcool et aromatisée avec le citron ou la vanille.

Les boissons, dans la période où la maladie est le plus intense, réclament un mode d'administration tout particulier. Nous avons repoussé l'usage de l'eau tiède à cause des vomissements qu'elle provoque; c'est pour le même motif que nous recommandons de donner au malade de petites quantités de boisson à la fois, mais à des intervalles très rapprochés.

Cette partie de notre traitement n'est pas fondée seulement sur les vues théoriques que nous avons développées, elle trouve une base bien plus solide encore que le raisonnement dans la soif vive qui tourmente les malades et dans les heureux résultats de l'expérience.

Dans les cas les plus légers, cette simple indication suffit pour la guérison de la maladie. Disons cependant que, le plus souvent, il ne convient pas de s'en tenir à cet unique moyen. Pour peu que les selles se répètent ou deviennent abondantes, on devra les arrêter sans retard. C'est dans cette vue que nous conseillons l'application de la glace sur l'abdomen. On remplit cinq ou six vessies avec de la glace concassée, on les réunit à leur extrémité par un lieu commun, et on les maintient en place à l'aide d'un bandage de corps. Les parois abdominales se trouvent ainsi recouvertes dans toute leur étendue; elles subissent bientôt un refroidissement considérable que partage sans doute la masse intestinale, et sous l'influence duquel on voit cesser les vomissements et les évacuations alvines. Comment agit ce refroidissement? Est-ce en empêchant la circulation capillaire dans la membrane muqueuse de l'intestin, ou bien en mettant fin aux contractions antipéristaltiques? Nous n'entreprendrons point de résoudre cette question; ce qui nous importe ici, c'est de bien constater l'efficacité du moyen auquel nous avons recours.

Il est bon, en même temps que l'on applique la glace sur l'abdomen, de prendre toutes les précautions nécessaires pour entretenir la chaleur dans les autres parties du corps, ou pour combattre la diminution de la température si déjà elle commence à se montrer. Ainsi, on enveloppera les membres du malade avec des linges chauds, et préférablement avec de la flanelle. On devra, de la même manière, couvrir la région du cœur; de cette façon, on parvient souvent à imprimer aux mouvements du cœur une nouvelle activité.

L'amélioration qui se manifeste dans l'état du malade permet généralement au bout de vingt-quatre ou trente-six heures de remplacer les tisanes par de légers bouillons. Au bout de quelque temps on donne des potages et on ramène graduellement le malade à ses habitudes ordinaires.

Il est une précaution hygiénique à laquelle nous attachons une grande importance et sur laquelle nous devons insister avec un soin particulier. Elle consiste à renouveler fréquemment l'air de l'appartement où couche le malade; les personnes qui l'entourent se trouvent ainsi à l'abri des dangers de la contagion, et lui-même il échappe à la pernicieuse influence d'une atmosphère viciée et corrompue.

Tel est le tableau à peu près complet du choléra dans son état de simplicité. Malheureusement, comme nous l'avons dit en commençant, ce n'est point dans cette condition qu'il se présente ordinairement; dans le plus grand nombre des cas, il offre de nombreuses et graves complications, que nous rapporterons à trois chefs principaux.

Le premier a déjà été par nous signalé; il se résume dans toutes les conditions variées susceptibles d'engendrer une mauvaise aération. Le voisinage de fosses d'aisance, une eau immonde qui croupit dans une rue étroite et humide, des débris de matières animales ou végétales en décomposition, telles sont les causes d'altération de l'air pour un grand nombre d'habitations. Mais de toutes les causes du même genre, il n'en est pas de plus fréquente et de plus funeste que celle qui est due à la respiration d'une seule ou de plusieurs personnes dans un espace donné, à ce qu'on a appelé encombrement.

Nous disons la *respiration d'une seule ou de plusieurs personnes*; en effet, le mot encombrement n'implique pas nécessairement l'idée d'une grande agglomération d'hommes. Pour qu'il y ait encombrement, il suffit qu'un seul individu occupe un appartement trop étroit pour les besoins de la respiration ou bien encore séjourne dans un lieu assez vaste où l'air soit renouvelé d'une manière insuffisante. Envisagé de cette façon, l'encombrement est une cause très fréquente et qui agit dans une foule de circonstances où l'on n'aurait pas été porté à supposer son action. Tel malade habite la nuit une chambre vaste et bien aérée, qui pendant le jour reste au sein d'une nombreuse réunion d'hommes; tel autre couche dans une chambre spacieuse, mais s'enferme dans les rideaux d'une alcôve étroite.

La viciation de l'air résultant d'un encombrement est un fait qui n'a pas besoin d'être démontré. Tout le monde connaît l'impression désagréable que l'on éprouve en entrant le matin dans un endroit où plusieurs personnes ont passé la nuit. Tout le monde connaît également les expériences de Chaussier: Chaussier recueillit un jour la vapeur d'eau qui pendant la nuit s'était congelée sur les vitres de sa chambre; il l'abandonna à une température de 15 ou 16 degrés, et il s'assura par plusieurs expériences du même genre que l'eau obtenue par ce procédé acquérait en peu de temps une odeur fétide des plus prononcées. Il nous est maintenant facile de concevoir les fâcheux effets que peut produire sur l'économie l'absorption par les voies pulmonaires d'un air ainsi chargé de miasmes.

Ce qu'il y a de bien certain, c'est que toutes les fois que la cause septique, le *septiose*, comme nous l'appelons, vient compliquer l'action du virus cholérique, il en résulte dans la maladie une aggravation telle que dans le plus grand nombre des cas elle se termine par la mort. La cause pathogénique étant complexe, les effets deviennent multiples en même temps que les symptômes ordinaires se montrent dans toute leur intensité. Du reste, la complication septique est à l'égard du choléra la même qu'à l'égard des autres maladies; elle a dans un cas comme dans l'autre des résultats parfaitement identiques. On sait quels terribles accidents peuvent survenir à la suite d'une légère piqûre, lorsqu'elle est produite par un instrument imprégné d'une matière putride; les sauvages empoisonnent leurs flèches en les plongeant dans le corps d'animaux en décomposition; enfin, personne n'ignore que la pourriture d'hôpital se développe sous l'influence d'une température élevée, mais surtout sous l'influence de l'encombrement.

(*La suite à un prochain numéro.*)

NOUVELLES.

Un arrêté du président de la République, rendu sur le rapport du ministre secrétaire d'état au département de l'instruction publique et des cultes, porte ce qui suit:

« Vu la loi du 9 avril dernier, portant fixation du budget des dépenses de l'instruction publique pour l'exercice 1849;

» Vu l'avis du conseil de l'Université en date du 1er mai 1849;

» Le préciput du doyen de la Faculté de Médecine de Paris est réduit de 3,000 fr. à 2,000 fr. »

— M. Barthez, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, est désigné pour se rendre à Vichy pendant la saison des eaux, est maintenu à son poste.

M. Villaret, chirurgien-major de 1re classe au 7e dragons, est désigné pour remplacer M. Barthez, à Vichy, pendant la saison des eaux.

M. Faseuille, pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital de Toulouse, est désigné pour l'armée des Alpes.

M. Donzel, médecin ordinaire à l'hôpital de Phalsbourg, est désigné pour le corps expéditionnaire de la Méditerranée.

M. Beylot, médecin adjoint à l'hôpital de Bordeaux, est désigné pour le corps expéditionnaire de la Méditerranée.

M. Chevalier, chirurgien-major à l'hôpital de Dunkerque, est désigné pour l'hôpital de Phalsbourg.

M. Aballe, chirurgien-major aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital de Valenciennes et détaché près le corps expéditionnaire de la Méditerranée.

M. Dusseuil, chirurgien aide-major au 7e d'artillerie, détaché à l'hôpital de Marseille, est désigné pour rentrer à son régiment.

M. Gaullet, chirurgien aide-major à l'hôpital de Marseille, détaché à l'armée des Alpes, est désigné pour les salles militaires de l'hospice civil de Neufbrisach.

M. Lambert, chirurgien aide-major aux salles militaires de l'hospice civil de Neufbrisach, est désigné pour l'hôpital de Dunkerque.

M. Lapeyre, chirurgien aide-major à l'hôpital de Phalsbourg, est désigné pour l'hôpital de Marseille.

— Les chirurgiens sous-aides dont les noms suivent, détachés à l'armée des Alpes, sont désignés pour être détachés au corps expéditionnaire de la Méditerranée:

MM. Toussaint, de l'hôpital de Nancy;
Michot, de l'hôpital de Toulon;
Viennet, de l'hôpital de Longwy;
Girard, de l'hôpital de l'île d'Oléron;
de Aldrovandi, de l'hôpital militaire d'Ajaccio;
Mooier, de l'hôpital de Marseille.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 29 MAI 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 62.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 28 MAI 1849.

Marche du choléra.

L'épidémie a suspendu, pendant les trois derniers jours, la marche décroissante qu'elle suivait depuis plus de deux semaines. Vendredi, le nombre des cas nouveaux reçus dans les hospices et hôpitaux civils a encore été inférieur de 2 au chiffre du jour précédent (63); mais samedi, ce nombre s'est élevé de beaucoup audessus, et a été de 84. Toutefois, il est redescendu hier à 62. En définitive, rien ne doit faire craindre une nouvelle recrudescence; il est probable au contraire qu'après un rapide temps d'arrêt, la maladie continuera à décroître, suivant les prévisions que nous avons exprimées et qui sont d'ailleurs celles de tous les hommes expérimentés.

La Salpêtrière, qui a éprouvé une très légère recrudescence, a perdu un nouvel employé des bureaux; c'est le quatrième sur douze dont se compose le personnel de la maison, abstraction faite, bien entendu, du personnel médical.

Hospices.	Nombre de cas.	Décès.	Sorties.
Salpêtrière	1120	814	200
Bicêtre	183	121	20
Ménages	48	34	10
Incurables (hommes)	11	8	1
Incurables (femmes)	12	8	»
Larocbcfoucauld	5	3	»
Sainte-Périne	2	2	»
Hôpitaux civils.			
Hôtel-Dieu	1034	479	395
Charité	460	266	140
Pitié	530	259	199
Saint-Louis	542	259	177
Beaujon	339	169	95
Necker	163	68	75
Enfants-Malades	72	27	30
Saint-Antoine	127	68	42
	4648	2585	1294
Report,	4648	2585	1294
Cochin	57	25	33
Sainte-Marguerite	115	56	41
Bon-Secours	119	66	36
Cliniqucs	29	22	7
Maison d'accouchement	2	1	»
Lourcine	24	8	6
Maison de Santé	68	39	23
Prison de Saint-Lazare	43	21	14
Hôpitaux militaires.			
Invalides	57	33	19
Val-de-Grâce	415	110	195
Gros-Caillou	573	191	225
Hôpital militaire du Roule	306	140	62
Hôpital milit. Popincourt	142	77	»
Total,	6598	3374	2048

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Piorry.

Leçons sur le choléra asiatique.

Recueillies par M. A.-H. Margerie.

(Suite du numéro du 26 mai.)

Après le genre de complication que nous venons de signaler, celui qui se rencontre le plus fréquemment consiste en une *hypohydrémie* générale due à une cause quelconque. Souvent il arrive de voir des malades pris d'un choléra léger mourir dans la cyanose après un nombre de selles qui ne s'élève pas au delà de six ou sept. Si on remonte à leurs antécédents, on reconnait que les uns étaient atteints d'anémie, que les autres sortaient à peine de la convalescence d'une fièvre typhoïde; que d'autres enfin étaient, depuis longtemps soumis à des purgations énergiques et répétées. Lorsque le miasme cholérique agit sur des constitutions ainsi affaiblies, les évacuations qu'il détermine ont bientôt enlevé au sang la quantité de sérum indispensablement nécessaire à l'accomplissement de la circulation et de la respiration; aussi est-il naturel que la maladie se termine par une mort rapide.

La troisième complication dont il nous reste à parler réside dans une disposition purement anatomique des parois abdominales. Il est un certain nombre de malades dont le ventre est naturellement petit et rétracté, ceux-là vont souvent à la selle et rendent une grande quantité de matières; il en est d'autres, au contraire, dont l'abdomen est habituellement volumineux, et se laisse facilement distendre par les gaz, ceux-là n'éprouve ordinairement qu'un petit nombre d'évacuations; mais le flux intestinal se faisant comme dans les cas ordinaires, on voit chez eux les parois de l'abdomen se gonfler d'une manière insolite par l'accumulation d'une énorme quantité de liquides, et la mort survenir sans que le nombre ou l'abondance des selles viennent en fournir l'explication. Ces faits nous montrent que la proportion des matières rendues par les selles n'est pas la seule considération sur laquelle on doive fonder le pronostic, il faut encore tenir compte de l'état de l'abdomen et de la quantité de matières qu'il contient.

Toutes les complications que nous venons de décrire présentent les accidents qui ont été énumérés à l'occasion du choléra simple; seulement ces accidents sont portés à un degré d'intensité vraiment effrayant.

Les vomissements, les selles se succèdent à des intervalles très rapprochées; leur abondance a augmenté dans la même proportion que leur nombre. Il en résulte bientôt un état *hypohydrémique* poussé à ses dernières limites. Le sang, privé de sa fluidité naturelle, s'arrête dans les vaisseaux capillaires, qui, de même que les veines et les artères, sont revenus sur eux-mêmes; aussi, la peau présente-t-elle une teinte bleuâtre ou ardoisée très marquée; les battements du pouls sont imperceptibles; les veines sont presque entièrement dépourvues de sang; elles ressemblent à des cordons solides, et si l'on achève de les vider en exerçant de bas en haut des frictions parallèles à leur trajet, elles ne se remplissent qu'au bout d'un temps plus ou moins long, et dont la durée est en rapport avec la lenteur de la circulation. L'expérience que nous indiquons peut donc, à juste titre, être considérée comme un élément de pronostic. On observe une diminution générale de la température; ce phénomène est surtout marqué dans les parties éloignées du centre de la circulation, et il l'est d'autant plus que leur éloignement est plus considérable. Les fonctions de sécrétion sont complétement suspendues. Le malade est tourmenté par une soif dévorante et par des crampes atroces; sa voix est extrêmement affaiblie. Tous ces faits nous paraissent être la conséquence naturelle des troubles de la circulation.

C'est principalement dans les cas de choléra compliqué, et pendant la période la plus grave de la maladie, que la percussion peut fournir les données les plus curieuses et les plus importantes. Dans de telles conditions, il n'est pas rare de trouver de la matité dans l'estomac, dans le colon et dans toute l'étendue du petit intestin. Lorsque le ventre est naturellement volumineux, la partie supérieure du tube digestif est ordinairement remplie par des gaz. Le retour de la sonorité est un indice favorable; il a lieu d'abord dans l'estomac et dans le colon transverse; plus tard, il se fait dans l'intestin grêle. Le foie présente une diminution de volume considérable; ses dimensions, dans tous les sens, peuvent être réduites de moitié. Il n'est pas sans exemple, en percutant sur le trajet d'une ligne verticale qui passe par le mamelon, de trouver la matité restreinte à une longueur de sept centimètres, lorsque dans l'état normal elle a quinze centimètres d'étendue. La diminution de volume du cœur n'est pas moins remarquable; l'oreillette droite est presque vide.

Il est impossible de limiter l'artère aorte. La rate a conservé ses dimensions habituelles. Les reins sont d'un tiers

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Statistique médicale de la représentation nationale. — Réforme dans l'enseignement de la médecine. — M. Littré. — L'école positiviste. — M. Schutzemberger. — Chasse aux bourses médicales.

A Monsieur le rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Mon cher confrère,

Nous n'avons pas été beureux dans la lutte électorale qui vient d'agiter si vivement notre pays; je parle au point de vue médico-pharmaceutique, bien entendu, car je n'ai nullement l'intention de franchir les bornes qui me sont prescrites politiquement parlant. Le domaine médical est, grâce à Dieu, assez fécond en travers pour me dispenser d'aller glaner dans le champ de la politique, qui d'ailleurs, j'en conviens, est bien autrement fertile.

Pour en revenir à mes agneaux, vous savez, et si vous l'ignoriez l'*Annuaire médical et pharmaceutique* du docteur Roubaud vous l'apprendrait, vous savez que le corps médico-pharmaceutique comptait à l'Assemblée nationale 49 représentants, et que sur ce nombre plus de 40 étaient médecins. C'était sensiblement la dix-huitième partie de toute l'assemblée. Sur ces 49, 30 sont restés sur le champ de bataille! C'est énorme; aucune profession n'a été aussi rudement traitée; mais aussi la médecine avait été gâtée par le premier essai du suffrage universel.

Parmi les victimes les plus illustres se trouvent MM. Turk et Laussedat, si chers au feuilleton, le stoïque président Buchez, le naïf orateur Recurt, le champêtre Dezeimeris, M. Ducoux, le défenseur ardent et logique de la plus juste des causes, celle des chirurgiens militaires; M. Trélat, trop médecin pour être bon ministre et trop ministre pour être bon médecin; enfin, MM. Gerdy et Trousseau, dont les bonnes intentions étaient dignes d'un plus grand succès. Il paraît du reste que ces deux derniers n'ont pas été vaincus à proprement parler, puisqu'ils ont déposé les armes avant le combat. On dit que les raisons de cette édifiante renonciation aux gloires d'ici-bas ne sont pas exclusivement puisées dans l'amour des devoirs professoraux; mais je n'en crois rien, ou plutôt je crois être certain du contraire.

Nous n'avons cependant pas été battus sur toute la ligne dans ce combat acharné: non-seulement 19 des nôtres ont échappé à la mitraille de l'ennemi, mais encore 14 combattants nouveaux sont venus renforcer la cohorte médico-chirurgicale.

Parmi les premiers, on remarque l'bonorable M. Bixio, dont la vie ministérielle dura ce que durent les roses; M. Maissiat, l'heureux orateur du reboisement des montagnes, le pbysicien écouté de l'Assemblée défunte, et M. Lélut, l'auteur très peu infernal du démon de Socrate.

Parmi les seconds, on distingue M. Rigal (de Gaillac), le spirituel orateur du Congrès médical; M. Théodore Lestiboudois, plus connu encore par sa belle conduite dans le désastre de Fampoux que par sa longue carrière parlementaire sous l'ancien ordre de cboses, et enfin M. Benjamin Raspail, célèbre (malgré ses opinions démocratico-sociales) par les cigarettes anticbolériques, antiréactionnaires et anti n'importe quoi de son aïeul.

Tout compté fait, nous n'avons donc perdu que quelques champions dans le tournoi électoral, et, si de ce nombre nous retranchons ceux qui auraient dû succomber naturellement par le fait de la réduction des représentants de 900 à 750, nous trouvons que notre perte réelle n'a été que de 7. En effet, si sur 900 représentants nous en avions 49, sur 750 nous aurions dû en avoir 40 pour rester dans les mêmes proportions; au lieu de 40, nous n'en aurons que 33; c'est donc une perte absolue de 7 que nous avons éprouvée. Ce n'est certes pas là une perte assez énorme pour nous faire désespérer de l'avenir, et les utiles réformes médicales pourront être suffisamment soutenues par trente-trois orateurs, pourvu qu'ils veuillent bien s'en donner la peine, car c'est là une condition essentielle. Nous pouvons bien le dire aujourd'hui, puisque l'Assemblée est ensevelie et nos confrères constituants avec elle, ces confrères n'ont pas tout à fait répondu à la confiance qu'on avait mise en eux; nous aimons à croire que les bonnes intentions ne leur ont pas manqué; que les circonstances ont été trop difficiles pour qu'ils pussent songer sérieusement à des réformes qui n'intéressaient pas directement les premières institutions; cependant, nous ne pouvons croire qu'avec plus de travail et d'activité ils n'eussent au moins préparé la voie pour leurs successeurs. Quand M. Ducoux a soutenu la cause des chirurgiens militaires, il a été abandonné à ses seules forces par tous ses confrères, et, dans plusieurs occasions où la science médicale aurait pu intervenir avec succès, elle est toujours restée muette. Aussi, sans faire de reprocbes à ceux qui s'en vont, je souhaite une meilleure fortune à ceux qui arrivent.

— Par exemple, j'aime mieux qu'ils ressemblent à leurs prédécesseurs que de marcber sur les traces de quelques autres confrères, qui, en fait de réformes, font de singuliers rêves. Pourquoi faut-il que parmi eux se trouve un nom vénéré et cher à la science et aux lettres? Pourquoi faut-il rencontrer parmi ces utopistes le nom de Littré? Oui, vraiment; M. Littré lui-même, cet bomme simple et austère, cet esprit sagement sceptique et peu aventureux, paraît avoir été entraîné au-delà de toutes les bornes par cette fièvre d'utopies qui trouble tant de cervelles. M. Littré a écrit deux lettres, censé sur l'assistance publique; dans la seconde de ces lettres, l'auteur prétend traiter de l'enseignement et de la pratique de la médecine, sous le prétexte que « secourir les malades est une part considérable de l'assistance publique, » et que pour bien secourir les malades il importe que la médecine soit bien enseignée et apprise. Ce thème une fois énoncé, l'auteur, dans un rapide coup d'œil, embrasse l'histoire de la médecine, de la philosophie, de la politique, des arts et des métiers dans l'antiquité, dans le moyen âge et de nos jours, et après cette excursion d'une colonne et demie de journal dans les régions ténébreuses de l'imagination ou plutôt de la rêverie, il croit enfin arriver à l'objet spécial de ses méditations en concluant de la sorte:

« Certes, si j'étais encore dans l'ordre ancien d'idées, où les sciences sont isolées l'une de l'autre, et où surtout la politique est séparée profondément du reste, je me serais éloigné de mon sujet, qui est l'enseignement de la médecine; mais, dans cet enseignement, on ne peut faire de réformes considérables qu'à la condition de se subordonner à la pbilosopbie, dont les prétentions en ce département circonscrit ne sont fondées que si elles le sont pour tout. Il s'agit, je l'ai dit au début, de former des médecins et plus savants et plus habiles. Commençons donc par séparer tout à fait les deux enseignements, celui de la science et celui du métier.

» Le premier suppose la création d'une école supérieure dont voici les bases essentielles; on y entre, avec les connaissances mathématiques actuellement exigées pour l'Ecole polytechnique. Dans l'intérieur, le cours total est de trois ans ainsi employés: la première année est consacrée à la mathématique et à l'astronomie; la seconde, à la physique et à la cbimie; la troisième, à la biologie et à la science sociale. Il est clair encore que l'on pourrait, au lieu d'une création nouvelle, modifier l'Ecole polytechnique de manière

environ plus petits que de coutume. Les poumons offrent une sonorité anormale. La vessie est complétement vide.

On a prescrit contre le choléra grave une foule de médicaments plus ou moins énergiques ; nous les avons tour à tour employés en 1832, et, nous devons le déclarer, l'expérience n'a point confirmé, à nos yeux, l'efficacité qu'on leur avait attribuée. Il en est un certain nombre, l'opium en particulier, qui sont demeurés dans l'usage.

Quelques praticiens conseillent les frictions avec le laudanum comme propres à faire cesser les crampes. Il nous semble qu'on devrait d'abord se demander si, au milieu de la stase circulatoire qui se fait surtout sentir à la peau, un tel médicament peut être résorbé ? Mais, en admettant qu'il y ait résorption, est-il bien démontré que la disparition des crampes soit due à l'action de l'opium plutôt qu'à l'influence des frictions ?

De semblables objections peuvent être faites relativement à l'usage intérieur de l'opium. Nous voulons bien supposer un instant que, malgré les vomissements répétés, malgré la perturbation profonde qui règne dans toute l'étendue du canal alimentaire, les préparations opiacées soient absorbées et passent dans le sang, qu'arrivera-t-il ? Que ces préparations exerceront sur le système nerveux l'action stupéfiante qui les caractérise. Les avantages attachés à une pareille médication, même dans cette hypothèse favorable, seraient donc illusoires ; pour la rejeter, il aurait suffi de considérer que, dans le choléra, les troubles du système nerveux constituent des phénomènes essentiellement secondaires, et que l'unique moyen de les empêcher est de remédier à l'*hypohydrémie* sous la dépendance de laquelle ils sont placés.

Nous ne nous expliquons pas d'une manière plus satisfaisante le parti que l'on pourrait tirer du sulfate de quinine, du mercure et d'une foule d'autres substances empruntées au règne végétal ou au règne minéral. Nous sommes donc invinciblement conduit à poser comme bases fondamentales dans le traitement du choléra compliqué les indications que nous avons établies à l'occasion du choléra simple, en leur faisant subir des modifications convenables dans le mode d'application.

Lorsqu'on arrive auprès d'un malade déjà froid et cyanosé, la première chose à faire est de prescrire un bain de vapeur. On obtient par ce moyen un double résultat, on ramène la chaleur dans toutes les parties du corps, et on introduit dans l'économie une proportion d'eau considérable. Sous le premier rapport, le bain de vapeur agit d'une manière beaucoup plus rapide et plus efficace que tous les moyens, tels que frictions et application de linges chauds, conseillés dans le même but ; sous le second, il équivaut presque à l'ingestion de boissons dans l'estomac. L'absorption de la vapeur d'eau, dans cette circonstance, se fait presque exclusivement par l'intermédiaire des voies respiratoires. Un premier fait connu de tout le monde, c'est que les urines sont rares quand l'air est sec, qu'elles sont abondantes lorsqu'il est humide ; d'un autre côté, on sait que de l'eau injectée dans les bronches d'un cheval est promptement résorbée ; enfin, nos propres expériences nous ont appris que la vessie d'animaux plongés sans l'eau se remplit dans un espace de temps très court.

Telles sont les données sur lesquelles nous nous appuyons pour prescrire les bains de vapeur de préférence aux bains ordinaires, et pour conseiller les inspirations de vapeur d'eau lorsque le malade est de nouveau placé dans son lit. Il est bien entendu qu'on doit en même temps administrer les boissons chaudes et excitantes, en se conformant aux précautions que nous avons indiquées.

Des vessies remplies de glace devront couvrir toute la surface de l'abdomen. Lorsqu'on voudra obtenir un effet immédiat, on pourra faire usage d'un mélange réfrigérant dont on aura à l'avance calculé l'intensité. La tête, les membres et la poitrine seront enveloppés de linges chauds.

Un moyen que l'on n'a point employé jusqu'à ce jour, et qui nous paraît propre à favoriser le cours du sang veineux, consiste à placer les membres dans une légère élévation ; cette position ne devra pas être poussée jusqu'à l'exagération, elle deviendrait alors un véritable obstacle à la circulation artérielle.

Il est une ressource qui n'a pas encore reçu la sanction de l'expérience, et que nous proposons cependant dans les cas où l'on ne conserve aucun espoir de sauver le malade, nous voulons parler de l'injection du sérum dans les veines. On nous a objecté que des expériences dans ce sens ont été inutilement tentées par M. Magendie ; peut-être faut-il attribuer l'insuccès qui les a suivies, au défaut de quelques-unes des nombreuses précautions qu'exige une pareille opération.

Lorsque les accidents ont disparu, on doit s'attacher à relever les forces du malade par une médication tonique et par un régime fortifiant approprié à son état. Le retour à la santé se fait ordinairement d'une manière lente et insensible ; dans un certain nombre de cas seulement, il s'accompagne de chaleur et de symptômes fébriles ; la *réaction* n'est rien autre chose pour nous que ce retour à la santé ; rarement l'excitation qu'elle détermine est assez vive pour nécessiter l'emploi des moyens antiphlogistiques.

Pour ce qui regarde les maladies qui, telles que la pneumonie, la méningite, l'entérite, peuvent survenir à la suite du choléra, on aura recours au traitement ordinaire en tenant compte de l'affaiblissement des malades.

Un accident sur lequel nous ne saurions appeler l'attention avec trop de soin, à cause de sa fréquence assez grande et de ses dangers, est le refoulement du diaphragme par le développement de gaz dans l'intestin, l'*épidiaphratopie*. Dans certaines circonstances, il a pu entraîner la mort par asphyxie ; aussi devra-t-on provoquer l'expulsion des gaz par les frictions, par l'application de la glace sur l'abdomen et par tous les moyens qui ont été mis en usage pour remplir cette indication.

Analyse du sang dans le choléra. — Traitement par l'injection saline dans les veines.

Le docteur Robertson a communiqué à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, dans la séance du 4 avril 1849, les résultats suivants de recherches qu'il a faites sur le sang des cholériques. Le procédé employé est celui de MM. Andral et Gavaret. Les résultats sont basés sur trente analyses qui ont été classées en quatre catégories, comme on le voit dans le tableau. Cinq de ces analyses ont été faites par M. Douglas Maclagan, une par M. Christison, et toutes les autres par M. Robertson.

Sur 100 parties de sang on a trouvé :

Fibr.	Mat. sol. or. du sér.	Mat. sol. in. du sér.	Glob.	Total des mat. solid.	Eau.	Densité du sérum.	Densité du sang.
Période d'invasion.							
[2,7	82,2	7,8	103,4	196,1	80,39	1030,0	1053,7
Commencement de collapsus.							
3,2	94,0	7,0	130,8	235,0	765,0	1033,7	1059,5
Collapsus complet.							
3,2	101,2	6,9	130,0	241,3	758,7	1036,6	1066,4
Période de réaction.							
3,5	76,6	6,6	126,7	213,4	786,6	1030,6	1057,9

Des signes positifs de la présence de l'urée ont été constatés à la fois par M. Maclagan et par M. Robertson dans du sang contenu dans le cœur et dans les veines après la mort, et une fois par M. Maclagan sur du sang extrait du bras pendant la première période de la maladie.

L'urée semble être plus abondante dans le sang des individus qui ont succombé dans la période de réaction. 1,000 grains de sang fournirent, dans un cas, 1,6, et dans un autre, 0,73 de nitrate d'urée.

Les principales conclusions auxquelles ces analyses, comparée à quelques phénomènes de la maladie ont conduit, sont les suivantes :

1° L'anémie, ou l'appauvrissement du sang, constitue une prédisposition au choléra.

2° Quoique pendant le choléra il se produise rapidement une altération prononcée dans la proportion des parties constituantes du sang, il n'est cependant pas évident que la première action du poison morbide s'exerce sur le sang, attendu que les modifications chimiques observées peuvent n'être que les effets des progrès de la maladie.

3° Les changements que le sang a éprouvés à la période de réaction consistent dans une concentration du sérum dépendant de la perte de l'eau, et dans une perte des matières salines proportionnée à la perte de l'eau.

4° La proportion des matières salines est moindre pendant la période de la réaction et la convalescence que pendant la période d'état de la maladie. Sur 1,000 parties d'eau, il existait de matières salines, à la période d'invasion, 9,7 ; au début du collapsus, 9,2 ; pendant le collapsus, 9,1 ; pendant la réaction, 8,4. Par conséquent les phénomènes de la période d'asphyxie ne peuvent pas être dus à la perte des parties salines, et le traitement salin n'est nullement fondé en théorie.

5° Les changements observés pendant la réaction dépendent probablement en partie de l'absorption des fluides et par conséquent de la dilution du sang. Cette absorption explique suffisamment la diminution proportionnelle des matériaux solides inorganiques pendant la réaction.

6° Pendant la réaction, la fibrine est souvent proportionnellement augmentée, et il y a lieu de croire que les globules du sang se forment en même temps avec rapidité.

7° L'albumine qui manquait dans le sang était métamorphosée et convertie en tissus, ou excrétée par les intestins et, dans beaucoup de cas, par les reins. Près de quatre-vingts fois sur cent l'examen des urines y a fait découvrir la présence de l'albumine.

8° La formation et la persistance de l'urée dans le sang étaient toujours à craindre pendant la réaction ; d'où il résulte que les diurétiques, et spécialement ceux qui jouissent de la propriété d'expulser l'urée de la circulation, étaient à cette période clairement indiqués.

A propos de cette communication, le docteur Christison fait observer que le sang noir des cholériques est encore susceptible d'*artériolisation*. Il a trouvé que, lorsque le sang avait été défibriné par l'agitation dans un flacon contenant des fragments de zinc, et qu'on l'agitait dans de l'air atmosphérique ou le gaz oxygène, il prenait rapidement la couleur artérielle. MM. Robertson et Douglas Maclagan confirment le même fait.

Dans la discussion qui s'établit après cette communication sur le traitement du choléra, on rapporte que l'injection saline dans les veines a été pratiquée vingt-cinq ou vingt-six fois à l'hôpital des cholériques, et que, quoiqu'une amélioration remarquable ait paru suivre quelquefois l'emploi de ce moyen, aucun malade n'a cependant survécu plus de huit jours à l'opération.

En 1832, un sixième de ceux chez qui on pratiqua cette injection guérirent ; mais on n'attendait pas toujours, pour y recourir, que les malades fussent arrivés à un degré extrême de collapsus.

Stupidité à la suite d'un accès de fièvre intense et de l'administration du sulfate de quinine chez un enfant de trois ans.

Par le docteur MACARIO, médecin à Sancergues.

Le 14 décembre 1847, je fus appelé auprès d'une petite fille, âgée de trois ans, atteinte d'une fièvre intermittente ; sa constitution est excellente et son intelligence au-dessus de son âge.

à remplir l'office demandé : il suffirait pour cela d'y répartir autrement l'étude des sciences inorganiques, et d'y ajouter dans une troisième année les sciences organiques, à savoir la biologie et la sociologie. En effet, l'enseignement de cette célèbre Ecole, qui fut une si remarquable fondation due au génie novateur et à notre immortelle Convention, et qui alors présenta le plus parfait modèle, est, par le progrès du temps, devenu incomplet, et manifestement aujourd'bui il apparaît comme une base à laquelle manque le couronnement. C'est trop s'il s'agit uniquement de former des hommes de métier, ingénieurs militaires ou civils, canonniers ou mineurs ; ce n'est pas assez s'il s'agit de donner une éducation générale.

» Dans le plan ici proposé, l'éducation est absolument générale ; elle ne convient pas moins aux autres professions qu'à la profession médicale. Et, en effet, la destination définitive en est de devenir universelle, et de remplacer soit l'éducation purement littéraire et métaphysique qu'on décore du nom de secondaire, soit l'éducation dite élémentaire. Non pas que la littérature doive jamais cesser d'être enseignée, doive jamais cesser ou d'embellir ou de charmer les esprits ; mais, descendant de la place provisoire qu'elle occupe, elle viendra se ranger dans la culture esthétique, élément indispensable, mais élément subordonné. Faire des lettres et de la métapbysique la base de l'éducation, appartient à une époque de transition qui n'a point de doctrine ; faire deux enseignements, l'un pour les riches, l'autre pour les pauvres, est une distinction dont l'esprit de plus en plus démocratique de nos révolutions ne permettra pas longtemps la durée. Aujourd'hui c'est du bureau du journaliste, c'est du cabinet du littérateur ou de l'avocat que sortent les bommes appelés au gouvernement. En conscience, que nous en apportent-ils que, à ne rien dire de plus, on ne trouvât aussi bién dans l'atelier ? Pour la grande affaire du temps, qui est l'affaire politique, l'éducation actuelle équivaut à l'absence d'éducation.

» En attendant l'effet inévitable des conditions philosophiques où nous sommes, la première tentative peut se faire sur l'enseignement médical ; car il n'y a qu'à systématiser et prolonger ce qui est institué d'instinct et incomplétement ; c'est-à-dire donner à la biologie sa base, qui est la cbimie, la pbysique, l'astronomie et la mathématique, et son couronnement qui est la sociologie. Ainsi préparés, les élèves entreront à l'école médicale proprement dite, où leur seule occupation sera d'apprendre leur métier. Les dissections nécessaires pour la chirurgie et pour la patbologie, l'étude théorique des maladies, la connaissance des agents thérapeutiques et en même temps l'initiation continuelle à la pratique sous les yeux des médecins, constitueront pour les quatre années un emploi fructueux. Quand après sept années d'une telle culture, ccs bommes entreront dans le monde, la société trouvera en eux des esprits étendus et sûrs et des mains exercées et habiles, et l'école qui les aura produits aura bon droit de s'enorgueillir de leurs succès. »

Voilà, mon cber confrère, les rêveries qui sont signées : Littré, membre de l'Institut. C'est bien réellement un membre de l'Institut qui veut que tout élève en médecine commence par apprendre le programme de l'Ecole polytecbnique, qui pense qu'une fois ce programme appris, le même élève deviendra, *dans l'espace de trois ans*, nn Berzélius en chimie, un Newton en physique, un Copernic en astronomie, un Arcbimède en mathématiques, un ..... je ne sais trop en *sociologie*, science toute nouvelle à ce qu'il paraît, et qui, à en juger par l'ambiguïté de sa définition, doit être plus difficile à elle seule que toutes les autres ensemble. C'est l'esprit orné de toutes ces connaissances que le *jeune* élève se disposera enfin à apprendre l'anatomie, la patbologie, la tbérapeutique, en un mot toutes les brancbes de l'art de guérir proprement dit, lesquelles, d'après M. Littré, forment le *métier*, tandis que les précédentes connaissances forment la science ! O vanité de la science ! ô fragilité de l'esprit bumain !

M. Littré ne paraît pas être le seul de son école : il existe de par le monde une certaine *Société positiviste*, qui comprend ou croit comprendre à peu près de même les réformes médicales, et dont j'aurai peut-être à vous entretenir quelque jour. Du reste, cette école, comme toutes choses, d'après certains philosopbes, a son bon côté ; c'est de consoler le professeur Schutzemberger. Cet honorable confrère, qui avait aussi quelques petites réformes à proposer, se désolait de ce que le *scepticisme* eût remplacé les illusions, et de ce que tout espoir fût perdu de fixer l'esprit public par des projets d'amélioration médicale. Mais beureusement M. Littré et les membres de la Société positiviste ont donné signe de vie, et M. Schutzemberger a pu commencer son projet de réformes par l'exorde suivant :

« Toute discussion qui, de près ou de loin, touche à l'organisation de la médecine serait donc parfaitement inopportune, s'il n'existait pas de par le monde quelques esprits qui se complaisent dans le domaine du fantastique et de l'idéal. C'est donc à ces esprits sympatbiques que je m'adresse pour examiner la question des conditions d'admission aux études médicales, » etc... (*Gaz. Méd.*, 5 mai 1849). Comme je ne me complais pas énormément dans le domaine du fantastique, je n'ai pas dû poursuivre la lecture du projet de M. Schutzemberger, et je ne puis par conséquent vous dire ce qu'il contient ; mais quelques personnes plus privilégiées que moi m'ont dit que ce projet était moins fantastique qu'il n'en avait l'air, et qu'il contenait réellement deux ou trois bonnes idées. S'il en est ainsi, je conseille à M. Schutzemberger de cbanger son exorde.

— Voici qui prouve que tout le monde n'est pas aussi idéa que MM. Schutzemberger, Littré, etc. : Une dame, en costume de veuve, se présente cbez le docteur Gu..... avec nne lettre ainsi conçue :

Monsieur !

Malbeureusement la fâcbeuse position de la veuve du docteur Jacob *n'est pas encore finie*. Elle vient vous dcmander de quoi vivre pour ses enfants.

Tous à vous.

Gr....., D.-M.

La lettre du docteur Gr..... était courte et pressante ; malbeureusement pour la prétendue veuve, elle était moins grammaticale, et comme notre honorable confrère a la réputation de savoir écrire l'orthographe, le docteur Gu..... craignit quelque supercberie ; il voulut remonter à la source, et acquit bientôt la certitude que la solliciteusc n'était qu'une veuve de contrebande qui n'en voulait qu'à sa bourse, et qui, pour arriver à ses fins, n'avait rien trouvé de plus commode que de contrefaire la signature du docteur Gr..... ; malheureusement pour l'intéressante solliciteuse, il lui manquait un peu de grammaire. On dit qu'un soi-disant docteur polonais fait en cc moment concurrence à la susdite veuve dans l'exploitation des bourses médicales. Avis à nos confrères de Paris et de la province.

— Le vertueux apologiste du *traitement végétal* a encore honoré la *Gazette des Hôpitaux* d'une de ces honteuses petites attaques comme il en sait faire ; le tout pour la plus grande gloire de la morale et de la bonne foi. *Le pauvre homme !* ne troublons pas sa quiétude pour si peu ; nous avons mieux à faire aujourd'bui.

X...

Le premier accès eut lieu vers la fin du mois dernier et revêtit le type quarte : ce type ne tarda pas à se transformer en type tierce, et enfin la fièvre devint quotidienne.

Le 9 septembre, pour la première fois, l'accès s'accompagna de convulsions, qui se renouvelèrent les jours suivants avec beaucoup d'intensité, et le 14 je la vis en proie à de violents mouvements convulsifs pendant un accès de fièvre. Aussitôt l'accès terminé, je lui administrai 4 décigrammes de sulfate de quinine à prendre en deux fois, et la fièvre fut définitivement jugée, ainsi que les convulsions qui l'accompagnaient. Mais, chose remarquable! avec la fièvre s'éteint l'intelligence. La mémoire est suspendue, un sourire niais, hébété erre sans cesse sur les lèvres de la petite malade ; parfois elle se balance machinalement avec son corps à l'instar des idiots, étend les bras, se jette en avant en poussant des cris inarticulés, ses yeux sont hagards. De très propre qu'elle était auparavant, elle devient sale et dégoûtante, au point de lâcher ses excréments sous elle ; jadis elle babillait sans cesse et était remplie d'amabilité; maintenant elle ne dit mot, ne regarde personne, ne demande ni à boire, ni à manger, ni à se lever lorsqu'elle est couchée, ni à se coucher lorsqu'elle est levée. Elle reste impassible comme les idiots, rien ne peut l'émouvoir. C'est en vain qu'on la secoue, qu'on la menace même de la frapper, elle ne bouge pas, elle ne pleure pas.

Huit jours se passèrent de la sorte ; puis elle commença à appeler son père, à le caresser parfois, mais elle ne lui parlait pas encore. Enfin, quelques jours plus tard, elle se prit à parler, à demander à manger, puis à rire lorsqu'on la flattait et à pleurer lorsqu'on la contrariait ; elle ne fait plus sous elle, commence à s'amuser avec les enfants de son âge, caresse son père, mais pas sa mère.

Il est à noter qu'elle a toujours préféré son père à sa mère. Elle embrasse son petit frère. La mémoire revient peu à peu, mais l'intelligence est toujours obtuse.

J'avais entièrement perdu de vue cette petite fille depuis fort longtemps, lorsqu'il y a quelques jours je fis la rencontre de son père, qui m'en a donné des nouvelles.

L'intelligence, à ce qu'il paraît, n'est pas encore revenue entièrement à son type régulier, quoiqu'il se soit depuis lors écoulé plus d'une année. Cependant, elle va bien, et son père espère qu'elle finira par recouvrer toutes ses facultés intellectuelles.

Elle comprend tout, elle dit tout; seulement, il lui arrive souvent de ne prononcer que la première syllabe des mots, et, lorsqu'on insiste pour lui faire prononcer les mots en entier, elle s'y refuse et répond qu'elle ne le veut pas. Elle est revenue à son amabilité première, mais elle n'est pas encore aussi propre qu'elle était avant de tomber malade.

A quoi faut-il attribuer ici l'abolition de l'intelligence? Est-ce à l'action du sulfate de quinine ou bien à une affection cérébrale, résultat de la fièvre? Le problème est fort difficile à résoudre; car les deux opinions peuvent être soutenues avec un égal succès. En effet, s'il est vrai que la fièvre intermittente est une névrose cérébro-spinale, rien d'étonnant, l'organe intellectuel étant affecté, que les facultés auxquelles il préside aient été dérangées. D'un autre côté, il est incontestable que le sulfate de quinine porte directement son action sur le système nerveux, et spécialement sur l'encéphale, comme le prouvent les phénomènes cérébraux qui se manifestent quelquefois après son ingestion, tels que bourdonnements d'oreilles, tintouins, surdité, éblouissements et mal de tête avec resserrement des tempes.

On a vu à l'hôpital de Tours une jeune religieuse rester folle pendant un jour pour avoir pris une fois 125 centigrammes de sulfate de quinine.

Un autre malade, auquel M. Trousseau administra 3 grammes de ce sel pour le guérir d'un asthme périodique, éprouva des bourdonnements d'oreilles, des étourdissements, des vertiges, devint aveugle et sourd, et fut pris de délire. Tous ces accidents cédèrent, il est vrai, dans le courant de la nuit.

Cela posé, et cette opinion me sourit davantage, nous pouvons jusqu'à un certain point nous rendre compte de l'abolition de l'intelligence qui eut lieu chez notre petit malade.

Mais je m'arrête, car je m'aperçois qu'il est dangereux de se laisser entraîner par le vent des théories, qui nous conduit souvent à l'absurde. C'est aux physiologistes et aux médecins qui se sont occupés d'une manière spéciale de la question des fièvres intermittentes qu'il appartient de rechercher la cause prochaine des phénomènes que j'ai eu occasion d'observer.

(*Annales médico-psychologiques*, janvier 1849.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 16 mai 1849. — Présidence de M. CULLERIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. ROBERT donne les détails suivants sur la tumeur du sein qu'il a présentée à la Société dans la précédente séance.

Au mois de mai 1848, il fut consulté par une dame âgée de quarante-cinq ans affectée depuis cinq ans de métrorrhagie, alternant avec des flueurs blanches. Il constata la présence d'un corps fibreux du volume d'un petit abricot, pédiculé et implanté à la surface interne du col de l'utérus.

Cette dame portait en outre au sein gauche une tumeur volumineuse dont voici les antécédents. Pendant plusieurs années une petite tumeur du volume d'une noisette, mobile, dure, indolente, existait à ce sein en dehors du mamelon et superficiellement placée.

La malade n'y fit aucune attention; mais en janvier 1847, mettant un gant avec force sur sa main gauche, sa main droite lui échappa, et vint de toute sa force heurter le sein gauche. A dater de cette époque le sein devint plus volumineux, et ne cessa de s'accroître sans causer d'autre incommodité que sa pesanteur et quelques élancements avant l'époque des règles.

Lorsque M. Robert examina la malade, le sein était hémisphérique et offrait le volume du poing; le mamelon était saillant; la peau offrait une teinte rosée; des veines blanchâtres en sillonnaient la surface en divers points, surtout en haut. La tumeur elle-même était légèrement bosselée, dure, quoique douée d'une certaine élasticité, parfaitement circonscrite, sans adhérences, soit du côté de la peau, soit à sa face profonde. Il n'y avait pas de ganglions engorgés dans la cavité axillaire.

Les caractères physiques de cette tumeur, joints à sa consistance avec un polype fibreux dans le corps de l'utérus, la firent regarder par M. Robert comme étant aussi de nature fibreuse. Néanmoins, et malgré sa bénignité, l'extirpation en fut jugée nécessaire à cause de son volume et de ses progrès incessants.

La malade fut d'abord débarrassée du polype utérin, cause d'accidents graves auxquels il était urgent de porter remède. Mais quand elle fut rétablie des suites de cette opération, elle voulut différer l'amputation du sein. Ce ne fut qu'un an plus tard qu'elle fut de nouveau soumise à l'observation de M. Robert. A cette époque, la tumeur avait presque doublé de volume, et égalait à peu près celui des deux poings. Ses caractères physiques étaient restés les mêmes; seulement par l'effet de sa pesanteur, son sommet ou sa partie la plus saillante s'était abaissé, et sa base s'était comme détachée de la poitrine, ce qui lui donnait une forme presque pédiculée ; circonstance que présente aussi l'évolution des corps fibreux dans les autres parties du corps.

L'extirpation en fut pratiquée le 5 mai 1849, et n'offrit rien de remarquable, si ce n'est la facilité avec laquelle la tumeur put être isolée et le petit nombre de vaisseaux qui s'y rendaient (1).



Cette tumeur pesait 600 grammes. La dissection fit reconnaître qu'elle s'était développée à la face profonde de la glande mammaire, et qu'elle lui était intimement unie. Celle-ci était aplatie, très amincie, et en recouvrait presque toute la surface antérieure.

Persuadé que cette tumeur était un corps fibreux, analogue à ceux que l'on rencontre si fréquemment dans l'utérus, M. Robert fut très étonné, lorsqu'il l'eut fendue, de lui trouver une structure bien différente. Elle était parcourue en sens divers par des faisceaux irréguliers d'un blanc nacré, très denses, sans apparence de fibres. Dans les intervalles qu'ils laissaient entre eux, on voyait des cavités plus ou moins vastes tapissées par une membrane lisse, très mince, d'apparence séreuse, contenant un liquide filant et comme synovial; dans ces cavités proéminaient des saillies mamelonnées d'un volume variable, formées d'une matière gélatineuse, paraissant contenir dans les interstices un tissu lamineux très fin.

L'analyse microscopique a fourni à M. Lebert les résultats suivants : Tissu composé de fibres fines entourées d'une substance demi-transparente, qui par places est beaucoup plus abondante que les fibres; celles-ci, au contraire, prédominent dans d'autres endroits. On y reconnaît, de plus, beaucoup de noyaux fibro-plastiques, ronds ou allongés, renfermant un petit nucléole. On voit enfin de nombreux corps fusiformes très allongés, surtout dans les portions de la tumeur qui, par leur teinte d'un blanc mat tranchent sur les portions jaunâtres et gélatiniformes du tissu de la tumeur. En résumé, ce tissu appartient à celui décrit par M. Lebert comme fibro-colloïde de bonne nature, et qui n'a aucune connexion avec le cancer.

En présence de ces résultats, continue M. Robert, il est impossible d'assimiler cette tumeur aux corps fibreux que l'on rencontre dans l'utérus, et que, suivant M. Cruveilhier, on peut rencontrer dans les mamelles. Elle en diffère essentiellement, 1° par les faisceaux blancs nacrés très denses, sans apparence de fibres; 2° par le liquide filant et comme synovial contenu dans les cavités qu'isolent ces vaisseaux, 3° et surtout par les mamelons de matière gélatiniforme proéminants dans ces cavités.

M. Robert lui laissera donc volontiers le nom de tumeur fibro-gélatineuse, ou celui de fibro-colloïde que M. Lebert lui a donné.

M. NÉLATON. Depuis la dernière séance, j'ai jeté un coup d'œil sur les tumeurs décrites par M. Cruveilhier, et j'ai acquis la conviction qu'il est impossible de trouver une description plus conforme à la tumeur apportée par M. Robert.

M. GIRALDÈS. Je me suis servi de l'anatomie et du microscope pour étudier la tumeur de M. Robert. Ce qui m'a paru le plus curieux, c'est l'immense quantité de vaisseaux artériels et veineux qui parcourent les mamelons renfermés dans les cavités. Je m'oppose au nom de fibro-colloïde, par la raison qu'il n'y a pas une seule cellule colloïde. Tout au plus pourrait-on appeler cette tumeur fibro-cistique.

M. CHASSAIGNAC. Si on classe dans les tumeurs de M. Cruveilhier la tumeur de M. Larrey et celle de M. Robert, il faut convenir que ces tumeurs sont composées d'éléments bien divers. Evidemment la tumeur de M. Larrey ne ressemble en rien à celle de M. Robert.

M. LARREY. J'appuie les raisons de M. Chassaignac. La tumeur que j'ai soumise à l'examen de la Société offrait une masse complétement homogène, entièrement fibreuse, ne renfermait ni cavités, ni liquide gélatiniforme, et n'avait par conséquent aucune analogie avec la tumeur de M. Robert.

M. MICHON. Je pense que la tumeur présentée par M. Robert appartient à la grande classe des tumeurs fibreuses. Dupuytren avait déjà professé que ces tumeurs contenaient souvent des cellules renfermant des masses gélatiniformes susceptibles quelquefois de devenir pierreuses. La tumeur de M. Robert n'est qu'un produit fibreux dans l'intérieur duquel ont pris naissance des éléments étrangers.

M. NÉLATON. La tumeur de M. Robert est précisément celle décrite par M. Cruveilhier sous le nom de tumeur fibreuse avec œdème. Je rappellerai qu'il y a quatre ans j'ai montré une tumeur fibreuse de la matrice, curieuse en ce sens qu'elle présentait des veines assez volumineuses qui s'étaient enflammées; ces veines, en s'oblitérant au pédicule de la tumeur, l'avaient rendue œdémateuse.

M. ROBERT. M. Cruveilhier a dit qu'il se développait dans la mamelle des corps fibreux analogues à ceux de l'utérus. Je ne m'inscris point contre cette assertion ; mais je demanderai si parmi les variétés de corps fibreux il s'en est jamais rencontré une qui ait présenté des masses semblables à celles de ma tumeur. Pour ma part, je réponds négativement. Il faut donc conclure qu'il existe une différence fondamentale entre ma tumeur et celles vulgairement appelées tumeurs fibreuses; et, à moins de faire confusion, il est indispensable de lui laisser une qualification qui la différencie.

M. CHASSAIGNAC. Je me range d'autant plus volontiers à l'opinion de M. Robert que les corps fibreux de l'utérus sont toujours identiques ; qu'ils constituent une espèce à part, non susceptible d'être confondue, et qu'ils ne se laissent jamais infiltrer par des produits semblables à ceux que renfermait la tumeur de M. Robert.

M. MICHON. Qu'on admette une tumeur fibreuse comme modèle des corps fibreux, très bien; mais qu'on affirme que ces tumeurs fibreuses n'ont jamais renfermé autre chose que du tissu fibreux, je crois qu'on a tort, et je persiste à déclarer que j'ai vu des tumeurs fibreuses offrant des cavités à parois séreuses, et renfermant des liquides de couleur et de consistance diverses.

M. ROBERT. Suivant Bayle et Laennec, la tendance à l'état osseux est le caractère spécifique des corps fibreux. Or, il est évident que la tumeur que j'ai présentée ne pouvait avoir une terminaison semblable; rien dans sa structure ne pouvait faire pressentir une pareille évolution. Donnez donc à ma tumeur le nom que vous voudrez, mais différenciez-la des corps fibreux.

M. GIRALDÈS. Votre tumeur a tous les caractères de la tumeur fibreuse ; seulement il s'est développé chez elle des fibres de nouvelle formation. Dans la matrice, deux ordres de tumeurs fibreuses peuvent se présenter : les unes tendant à s'ossifier, les autres renfermant une ou plusieurs cavités et susceptibles de se ramollir.

Il y a quelque temps, M. Velpeau a enlevé, au creux du jarret, une tumeur lobulée diagnostiquée comme encéphaloïde. L'examen anatomique et microscopique a démontré que c'était une tumeur fibreuse avec une cavité contenant un liquide comme synovial.

La tumeur de M. Robert a tous les caractères physiques, anatomiques et microscopiques de la tumeur fibreuse ; il ne peut pas l'appeler fibro-colloïde, puisqu'elle ne renferme pas une seule parcelle de tissu colloïde.

M. CHASSAIGNAC. Je ferai remarquer que l'expression colloïde, en langage micrographique, signifie gélatineux.

M. GOSSELIN. Nous ne nous entendons point sur le mot colloïde. M. Giraldès a eu tort de dire que la tumeur de M. Robert n'avait pas le caractère colloïde. Laennec, en se servant de cette expression, a voulu exprimer une forme de gelée. C'est donc une forme extérieure qui peut coïncider avec le cancer, mais qui peut exister sans lui. Les micrographes modernes ont parfaitement établi qu'il n'y avait pas d'élément microscopique spécial pour le tissu colloïde, et que la cellule cancéreuse tantôt se rencontrait, tantôt manquait dans les tissus morbides qui avaient l'apparence gélatineuse.

M. LARREY. Les micrographes sont loin d'être d'accord, je ne dirai pas avec les chirurgiens, mais même entre eux; et il me paraît nécessaire, pour éviter, sinon l'erreur, du moins la confusion, de nous en rapporter un peu plus à nos sentiments chirurgicaux. Je proposerai d'appeler cette tumeur fibro-gélatiniforme.

— M. GUERSANT présente une pièce d'anatomie pathologique : c'est une main d'enfant dont tous les doigts sont palmés. Les artères collatérales offrent ceci de particulier que leur bifurcation est beaucoup plus éloignée que dans l'état normal, au point que, si on eût fait la section des palmes, on eût inévitablement lésé ces artères.

M. LARREY fait remarquer que ce vice de conformation se présente quelquefois chez les conscrits; toutefois, la palme n'atteint ordinairement que le niveau de la deuxième phalange.

M. GUERSANT. Il est fâcheux qu'on ne puisse savoir si ces conscrits avaient été opérés dans leur jeune âge. Cette persistance de la palme viendrait à l'appui de l'opinion de Chélius, qui veut qu'on opère tard.

M. MOREL-LAVALLÉE. Il est un renseignement qui me paraîtrait beaucoup plus important et qui jugerait bien mieux l'opportunité de l'opération : il faudrait s'enquérir si la membrane s'est étendue avec l'âge des sujets.

M. NÉLATON. L'observation de M. Morel-Lavallée soulève une question des plus intéressantes, à savoir : si les cicatrices sont susceptibles de prendre de l'accroissement, de l'étendue sur les surfaces qu'elles protégent. Ma conviction est que les

(1) L'objet de cette figure est surtout de montrer la forme pédiculée de la tumeur et les vaisseaux qui rampaient à sa surface. De semblables vaisseaux existaient dans l'intérieur.

cicatrices grandissent; je suis certain qu'elles participent au développement des organes, à moins toutefois qu'elles n'en soient empêchées par quelque circonstance particulière.

M. Guersant. Je crois qu'il faut distinguer deux cas, suivant que les cicatrices sont produites par des lésions congéniales ou bien par des lésions accidentelles.

M. Nélaton. La cicatrice, quelle qu'en soit la cause, grandit avec l'enfant.

M. Morel-Lavallée. Il doit cependant exister une différence entre la cicatrice d'une palme et celle d'une brûlure. De plus, il me semble que, suivant qu'une cicatrice affectera telle ou telle région, qu'elle sera superficielle ou profonde, que la partie aura été maintenue immobile ou qu'on lui aura imprimé quelques mouvements, il devra se présenter des résultats divers. Je demanderai à M. Nélaton quelles sont les observations qu'il a pu faire à cet égard.

M. Nélaton. Je ne suis pas encore en mesure de répondre aux questions posées par M. Morel-Lavallée.

M. Chassaignac. M. Nélaton dit que le tissu cicatriciel grandit, mais il ne dit pas dans quelle étendue. Maintenant, nous savons tous combien est grande la tendance du tissu inodulaire à se rétrécir de plus en plus; comment donc cette propriété peut-elle être compatible avec cet agrandissement des cicatrices dont parle M. Nélaton?

M. Nélaton. Si M. Chassaignac veut poser en principe que la cicatrice se rétrécit toujours, je suis certain qu'il se trompe. S'il est avéré que pendant un temps donné le tissu inodulaire rétrécit, il n'est pas moins vrai qu'au bout d'une époque que je ne limite pas ce même tissu inodulaire disparaît, et la cicatrice du tissu fibro-cellulaire participe alors à l'agrandissement des organes.

Comme preuve de l'extensibilité des cicatrices, je citerai le fait d'un enfant de quinze ou seize ans dont la surface dorsale du pied fut brûlée peu de temps après sa naissance. Aujourd'hui la cicatrice est six fois plus grande que n'était le pied au moment de la brûlure.

M. Lenoir. Je me rappelle un fait qui m'a d'autant plus frappé que je ne m'y attendais point. Il y a deux ans environ, j'ai traité une femme pour un ectropion à la paupière supérieure, survenu à la suite d'une pustule maligne. A l'aide de la compression seule, je suis parvenu à rendre à la paupière une longueur telle qu'elle a pu et peut encore recouvrir le globe oculaire.

Pour revenir à la pièce présentée par M. Guersant, je suis d'avis qu'on peut attendre quand il s'agit de palmes congéniales, mais qu'il faut se hâter d'opérer quand il s'agit de cicatrices vicieuses; sans cela, les articulations perdent tous leurs mouvements. Chez un enfant qui était dans ce cas, j'ai eu de grandes difficultés à étendre les doigts, parce que j'ai trouvé de la part des articulations une résistance extraordinaire.

M. Chassaignac. Il résulte de la discussion qu'on peut reconnaître deux périodes dans les cicatrices: 1° période inodulaire, période de rétrécissement; 2° période de tissu fibreux, période d'accroissement.

M. Morel-Lavallée. J'ajouterai, pour terminer, qu'outre les périodes signalées par M. Chassaignac, il est deux points qu'il ne faut pas confondre: l'accroissement spontané des cicatrices et l'extension des cicatrices par des procédés chirurgicaux.

M. Marjolin. On serait tenté de croire au premier abord, comme vient de le dire M. Guersant, que l'opinion de Chélius se trouve en opposition avec celle de M. Nélaton; je crois que c'est une erreur. L'opinion de ces deux chirurgiens se trouve basée sur l'observation; seulement, je ferai remarquer qu'il faut bien se garder de confondre ici deux questions qui me semblent très différentes.

M. Nélaton a dit, et c'est un fait connu de tous les praticiens, que bon nombre de cicatrices grandissent avec l'âge à mesure que les parties se développent, et que la plupart du temps, lorsque les pansements ont été faits d'une manière convenable, rarement les tissus environnants se trouvent tiraillés, même lorsque la peau a été détruite dans sa presque totalité.

Pour ma part, et il n'est personne d'entre nous qui n'en ait vu des cas, j'ai vu, soit sur les pieds, soit au cou, des cicatrices qui étaient fort petites dans l'enfance et qui ont pris avec l'âge un accroissement proportionnel aux parties environnantes.

Ces faits peuvent-ils détruire ici le résultat de l'expérience du professeur de Heidelberg? Je ne le pense pas; il n'y a là aucune ressemblance, aucune analogie.

Dans un cas, l'observation a porté sur des cicatrices d'individus bien conformés; ici, au contraire, il y a à considérer non-seulement la cicatrice, mais le vice de conformation auquel on a voulu remédier. Chez les individus à doigts palmés, le vice de conformation n'est pas toujours le même: il y a des cas dans lesquels ce n'est qu'une simple agglutination des doigts les uns contre les autres, et chez d'autres les prolongements membraneux sont larges, plus ou moins prolongés vers l'extrémité des doigts; en un mot, ils ont la même configuration que chez les palmipèdes.

Seulement, le défaut de conformation n'atteint pas chez tous le même degré. Ce qui fait maintenant que l'opération n'atteint pas son but, lorsqu'elle est pratiquée avant l'entier développement de l'individu, c'est qu'il n'y a pas de moyen connu pour empêcher le développement d'un membre ou d'une partie d'un membre. On peut l'atrophier, le courber, le dévier, en un mot, mais il faut que, par suite d'une loi naturelle, il atteigne en longueur un développement proportionnel aux autres parties du corps.

Maintenant, je ne rapporterai plus qu'une observation pour rendre ma pensée plus claire. Voyez ce qui se passe dans un bec-de-lièvre congénial ou accidentel, suivant qu'il occupe toute la hauteur de la lèvre ou seulement la moitié: lorsqu'on opère un enfant très jeune d'un bec-de-lièvre complet, la lèvre et la cicatrice, qui avaient à peine un centimètre d'étendue d'abord, atteindront plus tard le double d'étendue.

Dans le bec-de-lièvre incomplet, la partie intacte, examinée plus tard, aura pris un accroissement proportionnel à celui de la cicatrice.

Quant à ce qui est des cicatrices provenant de brûlures, d'arrachement ou d'autres causes accidentelles, je crois qu'on peut s'opposer à des adhérences et à des cicatrisations vicieuses en luttant d'adresse et de persévérance. Ces soins doivent dans certaines parties se continuer jusqu'à ce que la cicatrice ait perdu toute force d'attraction et de rétraction; tant qu'on n'a pas atteint cette période, on n'est pas à l'abri des déformations.

Autant que possible, on doit opérer de très bonne heure les cicatrices vicieuses; plus on tarde, plus les adhérences ont de force et plus les parties voisines ont souffert dans leur configuration; ce point est surtout important dans les brûlures des pieds ou des mains; si on tarde trop, on trouve souvent les os, les articulations déformés, et alors il est presque impossible de rétablir les mouvements ou l'usage des parties malgré les opérations les mieux conçues.

— M. Nélaton. Il y a dix jours, j'ai opéré un jeune homme de 15 ans affecté d'une hernie étranglée datant de huit jours. L'état était grave; le ventre était ballonné; la tumeur dure, douloureuse. L'opération faite, un purgatif fut administré, qui fut sans effet. Un second purgatif ne servit pas davantage. Les accidents d'étranglement persistant, je me décidai à pratiquer sur la ligne médiane une ponction pure et simple de l'intestin avec un petit trocart. Il sortit un peu de gaz et un peu de liquide stercoral, la moitié d'un verre environ. L'abdomen fut recouvert de vessies pleines de glace. Les vomissements persistant, les selles ne se rétablissant pas et la face s'altérant de plus en plus, je me décidai à imiter la conduite de M. Maisonneuve. Je cherchai une anse intestinale, que j'amenai à la plaie faite pour le débridement herniaire, et je l'incisai. Il s'écoula de suite une grande quantité de matières fécales. Les selles se sont rétablies. Il reste maintenant un anus contre nature que j'espère guérir.

M. Marjolin. J'ai opéré à l'hôpital de Bon-Secours une femme qui portait une hernie crurale étranglée. La tumeur était oblongue, rouge par suite du taxis. Lorsque j'incisai, je trouvai le sac presque immédiatement sous la peau. Le débridement fut fait sur le ligament de Gimbernat. Après l'opération, saignée, sangsues, bains. Les matières fécales ne se sont rétablies qu'au bout de huit à dix jours, à la suite d'un établissement spontané d'un anus contre nature, qui se guérit tout seul huit jours après.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Correspondance.

Nous avions annoncé, d'après les journaux politiques, que le choléra avait éclaté dans le château d'Amboise, et que M. le docteur Alquié avait été envoyé pour veiller à ce que le célèbre prisonnier et toute sa maison fussent placés dans les meilleures conditions hygiéniques possibles. M. le docteur Alquié a effectivement été désigné pour remplir une telle mission, mais la nouvelle du choléra était fausse, ainsi que l'annonce notre honorable et distingué confrère M. Lagarde-Miquel.

Amboise, 25 mai 1849.

Monsieur,

Je lis avec étonnement dans votre journal d'hier que le choléra a éclaté au château d'Amboise. Cela est complétement inexact; il n'est heureusement pas encore question du choléra parmi nous. Je pense, Monsieur, que vous voudrez bien rectifier ce que vous annoncez, car cela est de nature à épouvanter la population de notre ville.

Agréez, etc. F. Lagarde-Miquel, D.-M.-P.

NOUVELLES.

Dans la dernière séance du conseil de la Faculté, M. Bérard a été désigné pour occuper dans le conseil de surveillance de l'administration des hôpitaux la place qui est réservée à un membre de la Faculté de médecine, d'après la loi du 28 décembre 1848 sur l'assistance.

La profession sera donc représentée dans ce conseil par MM. Bérard, Horteloup et Monod.

— Une concession perpétuelle et gratuite dans un des cimetières de Paris vient d'être votée par la commission municipale de Paris pour y fonder la sépulture particulière de chacun des élèves internes, Berlié et Londe, morts victimes de l'épidémie régnante en donnant leurs soins aux malades à l'hospice de la Salpêtrière.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 2 JUIN 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 64.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois
PARIS.	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 1er JUIN 1849.

Marche du choléra.

Aucune modification heureuse ne s'est manifestée depuis notre dernier bulletin; l'épidémie semble même plutôt disposée à éprouver une nouvelle recrudescence qu'à continuer sa marche décroissante. Avant-hier, le chiffre des cas nouveaux reçus dans les hôpitaux s'est maintenu, et a été à peu près celui des jours précédents, c'est-à-dire de 71; mais hier ce chiffre s'est élevé à 93, chiffre plus élevé qu'aucun de ceux qui avaient été observés depuis trois semaines.

Une remarque qui frappe lorsqu'on jette un coup d'œil sur le nombre des cholériques nouveaux qui ont été reçus dans chaque établissement en particulier, c'est que l'épidémie semble s'être déplacée. Ainsi la Charité, qui fournissait ordinairement un chiffre assez élevé de cas nouveaux, n'en a fourni que 4 pendant les deux derniers jours. La Pitié, qui recevait également un nombre considérable de malades, n'en a reçu que 11 en quarante-huit heures. Cette espèce de perturbation est-elle d'un bon augure? Nous ne pouvons que l'espérer.

La gravité des cas a aussi manifestement augmenté depuis l'apparition des chaleurs. Ordinairement le nombre des morts restait plus ou moins, et quelquefois beaucoup au-dessous de la moitié des attaques. Pendant ces deux derniers jours, cette proportion a été notablement dépassée. Pour 164 attaques, il y a eu 94 décès.

En ville, la maladie a aussi éprouvé un léger accroissement dans la mortalité, et sans doute aussi dans le nombre des cas, qui doit rester à peu près proportionnel à celui des décès.

Voici le chiffre total du nombre des cas, des décès et des sorties ou guérisons définitives dans les divers hôpitaux et hospices civils et militaires.

HOSPICES.	NOMBRE DE CAS.	DÉCÈS.	SORTIES.
Salpêtrière	1158	845	233
Bicêtre	194	124	24
Menages	59	39	10
Incurables (hommes)	11	9	2
Incurables (femmes)	13	10	»
Larochefoucauld	5	3	»
Sainte-Périne	2	2	»
HÔPITAUX CIVILS.			
Hôtel-Dieu	1081	508	444
Charité	475	278	157
Pitié	555	274	228
Saint-Louis	577	274	214
Beaujon	374	188	110
Necker	179	81	85
Enfants-Malades	76	29	34
Saint-Antoine	138	73	51
Cochin	66	27	38
Sainte-Marguerite	120	60	47
Bon-Secours	134	73	38
Cliniques	30	23	8
Maison d'accouchement	2	1	»
Lourcine	24	8	10
Maison de Santé	76	42	24
Prison de Saint-Lazare	43	21	14
HÔPITAUX MILITAIRES.			
Invalides	57	33	19
Val-de-Grâce	448	116	232
Gros-Caillou	627	215	225
Hôpital militaire du Roule	367	177	89
Hôpital milit. Popincourt	142	77	»
Total,	7058	3612	2313

Revue clinique hebdomadaire.

Luxation du coude en arrière. — Nous avons eu l'occasion de faire observer plus d'une fois malheureusement que les connaissances pratiques, malgré la multiplicité des professeurs libres et officiels, malgré les efforts de la presse, ne sont pas aussi répandues qu'on devrait le désirer et qu'on pourrait même l'espérer. Une petite malade couchée dans le lit n° 1 du pavillon Saint-François, service de M. Malgaigne à l'hôpital Saint-Louis, est une triste preuve de cette vérité. Cette enfant, âgée de dix ans et demi, fit une chute le 5 mai et se luxa le coude. Un médecin fut appelé qui exerça des tentatives de réduction, *réduisit* la luxation et conseilla le repos de l'organe lésé. Trois semaines se passèrent sans que le membre eût recouvré ses mouvements, et sans que les douleurs eussent disparu. L'enfant fut alors amenée à M. Malgaigne, qui la trouva dans l'état où elle est encore aujourd'hui.

Le coude est déformé; l'olécrane, beaucoup plus saillant en arrière que de coutume, est aussi placé plus haut; en avant du cubitus, au contraire, fait saillie l'extrémité inférieure et interne de l'humérus; on reconnaît très bien au toucher la trochlée, qui a conservé sa forme; en arrière et en dehors, on sent le pourtour de la cupule du radius qui semble un peu plus saillante que celle du côté opposé, mais qui est cependant en rapport avec le condyle huméral par la très grande partie de sa surface.

L'axe de l'avant-bras, au lieu de former avec celui du bras un angle très obtus, saillant en dedans, est au contraire parallèle à ce dernier, et situé seulement un peu en dehors; en un mot, le membre supérieur droit, au lieu d'être *coudé* de dedans en dehors, est à peu près complètement rectiligne. L'avant-bras ne peut être fléchi que de quelques degrés, et avec beaucoup de douleur pour la malade. Le gonflement est d'ailleurs à peu près nul.

Il y a donc, dans ce cas, une luxation du cubitus en arrière et un léger changement de rapports entre la cupule radiale et le condyle de l'humérus.

Rien assurément ne serait plus facile que la réduction d'une pareille luxation si elle ne datait que de quelques jours, et en l'absence de toute complication; on comprend à peine comment un praticien, tel inexpérimenté qu'il puisse être, a pu ou laisser une telle lésion sans la réduire, ou se faire illusion sur les tentatives qu'il a dû faire pour y parvenir.

Aujourd'hui la réduction présentera de bien plus grandes difficultés et exigera des efforts bien plus considérables. La première question à décider est celle du procédé qu'on doit choisir pour opérer cette réduction.

Nos lecteurs connaissent le procédé, aussi simple qu'ingénieux, proposé par M. Nélaton à la Société de Chirurgie, et qui consiste à fléchir à angle droit l'avant-bras sur le bras, et à pousser en sens inverse l'olécrane et la face antérieure de l'humérus. Cette double pression en sens inverse se fait avec la plus grande facilité en plaçant une attelle à la partie postérieure du bras et en enroulant autour de cette attelle et du bras lui-même une simple bande, en commençant par la partie supérieure du bras et en descendant successivement jusqu'au coude. Cette pression, devenant plus forte à chaque tour de bande, est excessivement puissante quand on arrive vers le coude, et sans être aussi douloureuse que toutes les autres méthodes d'extension et de contre-extension, ce simple enroulement réduit avec plus de facilité et de sûreté les luxations du coude.

Mais pour l'application de cette méthode il est une condition essentielle, c'est de pouvoir fléchir l'avant-bras à angle droit sur le bras, afin que la pression contraire fasse bien glisser l'humérus sur le cubitus, et qu'elle ne se borne pas à les presser l'un contre l'autre. Or cette condition, qui a toujours été réalisable jusqu'à présent pour M. Nélaton, sans doute parce qu'il n'a encore essayé son procédé que dans des cas de luxation récente, est impossible à obtenir chez la jeune fille qui fait le sujet de ces réflexions. Nous avons déjà dit, en effet, qu'on ne pouvait obtenir chez elle qu'une flexion de quelques degrés.

M. Malgaigne a néanmoins voulu essayer la méthode de son savant confrère, et après avoir fléchi le plus possible l'avant-bras, il a cherché à pousser l'olécrane en bas et en avant, et la trochlée humérale en haut et en arrière; mais cette manœuvre n'a eu aucun résultat avantageux. Depuis ce moment, M. Nélaton a eu l'occasion de voir la petite malade placée dans le service qu'il va prendre très prochainement, et il s'est empressé de déclarer lui-même que sa méthode n'était pas applicable chez elle, ni dans les cas analogues, qu'il n'avait pas encore eu l'occasion de rencontrer.

Le procédé de M. Nélaton étant d'une application impossible dans ce cas, faut-il abandonner la petite malade à elle-même, et l'exposer presque sûrement à conserver son membre rigide et presque inutile? Ce n'est pas ce qu'a pensé M. Malgaigne, et cela avec juste raison. Les exemples ne sont pas très rares dans la science de luxations, soit du coude, soit d'autres articulations, réduites après un temps bien plus long que quatre semaines. La *Gazette des Hôpitaux* en a rapporté plusieurs exemples. Nous nous rappelons nous-même deux malades qui avaient des luxations de l'épaule de trois et de cinq mois, lesquelles ont été réduites toutes les deux par Lisfranc. Mais, malgré ces exemples, il n'en est pas moins vrai qu'on échoue assez souvent dans les cas semblables, et qu'il faut même être assez prudent dans les tentatives de réduction que l'on exécute. Ainsi, nous nous rappelons avoir vu Lisfranc, quelques semaines après avoir obtenu les deux succès que nous venons de rappeler, faire des tentatives de réduction chez un enfant de neuf à dix ans, et les prolonger inutilement, au delà peut-être de ce que la prudence commandait. L'enfant éprouva des douleurs atroces; il fut très agité pendant le reste de la journée, et le lendemain il mourut presque subitement. Chez cet enfant, à la vérité, la luxation datait de quatre mois, et nous ne pensons pas que chez la petite fille de M. Malgaigne les adhérences de nouvelle formation aient acquis assez de résistance pour s'opposer aussi efficacement à la réduction, ni même pour exiger un développement de forces très considérable; mais le procédé opératoire que M. Malgaigne mettra en usage n'en sera pas moins très instructif à voir dans ses effets immédiats et dans ses conséquences. Nous engageons donc ceux de nos lecteurs qui sont à même de pouvoir assister à cette opération à ne point manquer une occasion qu'on ne rencontre que rarement. M. Malgaigne doit tenter de réduire cette luxation mercredi prochain, 6 juin, à neuf heures du matin, à l'hôpital Saint-Louis.

Scapulalgie. — Nous avons vu, dans le même service, n° 8 du pavillon Saint-François, une maladie qui, pour n'être pas très frappante au premier abord, n'est pas moins digne de fixer l'attention des praticiens. La malade qui en est affectée est une femme de vingt-six ans, d'une bonne constitution apparente et d'une bonne santé générale. Cette femme est atteinte depuis environ deux ans d'une douleur dans l'épaule survenue spontanément, et qui a d'abord rendu les mouvements du bras difficiles et bientôt impossibles. Cette affection a d'abord été traitée par les calmants, les bains, les cataplasmes, les frictions, mais inutilement. La malade est ensuite entrée dans un service de médecine, où elle a été traitée pendant quatre mois par les mêmes moyens, sans plus de succès; on la supposait atteinte d'une affection rhumatismale. N'ayant éprouvé aucune amélioration, la malade a quitté le service de médecine pour passer dans celui de M. Malgaigne.

Quand elle est entrée, cette femme ne pouvait pas écarter le coude du tronc, encore moins tenir le bras horizontal; les moindres mouvements de l'épaule étaient d'ailleurs extrêmement douloureux.

Loin que ce fût là une simple affection rhumatismale, M. Malgaigne reconnut promptement qu'il y avait là une affection très caractérisée de l'articulation scapulo-humérale, dont les mouvements étaient impossibles, non-seulement à cause de la douleur que provoquaient les tentatives de mouvement, mais encore à cause d'un certain degré d'ankylose, sinon d'une ankylose complète.

Pour remédier à cette maladie, M. Malgaigne n'a eu recours jusqu'à présent qu'à des moyens purement mécaniques; chaque jour il imprime des mouvements d'abduction au bras, et force la malade elle-même à tenir le bras écarté du tronc en plaçant au-dessous de lui une pointe d'épingle qui le pique quand il s'abaisse. Déjà une amélioration très sensible a été obtenue par l'emploi de ce moyen si simple; il sera intéressant de voir jusqu'à quel degré cette amélioration parviendra.

Des masses fibrineuses que l'on rencontre quelquefois dans la cavité de l'utérus. — Depuis quelques années on a présenté trois ou quatre fois, à la Société anatomique de Paris, de petites masses fibrineuses variant en volume depuis 4 ou 5 jusqu'à 7 à 8 centimètres dans leur plus grand diamètre, et expulsées spontanément de la cavité utérine, après avoir provoqué divers symptômes, et en particulier des hémorrhagies utérines plus ou moins graves.

Les discussions auxquelles les communications de ces faits ont donné lieu ont établi que les masses fibrineuses en question avaient toujours été observées quelques semaines ou tout au plus quelques mois après l'accouchement; et de ce fait, on a été naturellement conduit à les rapporter soit à des débris du placenta, soit à des caillots ayant éprouvé un commencement de transformation fibreuse. L'examen anatomique, qui montrait dans ces masses un tissu cellulo-fibreux homogène, confirmait l'induction tirée des considérations physiologico-pathologiques. La connaissance de ces faits a une certaine importance pratique, ainsi qu'on va le voir.

Un de nos confrères fut appelé le 24 mai dernier auprès d'une malade qui, depuis plusieurs jours, éprouvait de vives coliques utérines, des douleurs de reins et une perte sanguine qui, sans être excessivement abondante, avait cependant causé un affaiblissement considérable. Le médecin ordinaire de cette dame n'ayant sans doute trouvé aucune cause organique à cette hémorrhagie, non plus qu'aux douleurs ressemblant à celles de l'enfantement qu'éprouvait la malade, s'était borné à prescrire des injections et des tisanes astringentes, la position horizontale, le repos, un régime sévère.

Ces moyens ne paraissaient avoir produit aucune amélioration quand le nouveau confrère fut appelé. Il examina d'abord les parties supposées malades, et découvrit à l'orifice utérin un corps d'apparence fibrineuse, rougeâtre, de la consis-

tance d'un caillot organisé, et qui paraissait se prolonger dans la cavité utérine sans adhérer nullement aux parois du col. L'idée d'un de ces corps dont nous avons parlé en commençant vint à notre confrère.

La malade était accouchée depuis huit semaines, et cette circonstance ne fit que donner plus de probabilité à l'idée de notre confrère. Il acquit la certitude à peu près complète que lors de l'accouchement le placenta avait été extrait intégralement; mais comme cette circonstance avait aussi été notée dans quelques-uns des faits communiqués à la Société anatomique, et que la question de savoir si les corps étrangers dont il s'agit étaient formés par des débris du placenta ou par des caillots sanguins, il n'en crut pas moins à l'existence d'un de ces corps, et espéra que tous les accidents se dissiperaient s'il parvenait à en déterminer l'expulsion. Dans cet espoir, il administra le seigle ergoté, et le surlendemain il vit son traitement couronné de succès: le corps fibrineux fut expulsé : les douleurs disparurent; les hémorrhagies diminuèrent d'abord, puis cessèrent complétement au bout de huit jours. Aujourd'hui, onze jours après l'administration de l'ergot de seigle, la malade est parfaitement bien, et reprend chaque jour des forces.

Nous n'avons aucune réflexion à faire sur ce fait, assez concluant par lui-même. Nous dirons seulement que les renseignements pris par notre confrère relativement à l'intégrité du placenta lui paraissent très dignes de foi, et qu'ainsi ce fait viendrait à l'appui de ceux qui attribuent ces corps à des caillots transformés. L'examen de celui-ci n'a malheureusement pas pu être fait avec toute l'attention désirable.

Dilatation forcée dans le traitement de la fissure à l'anus. — A propos de ce mode de traitement, sur lequel nous avons déjà inséré plusieurs notes, notre honorable confrère, M. Worbe, nous fait remarquer qu'on pourrait se servir avec avantage d'un instrument analogue à celui dont les gantiers se servent pour élargir les doigts des gants. Cet instrument, en effet, remplirait parfaitement l'indication désirée.

HOPITAL D'AVIGNON.

Documents pour servir à l'histoire de la taille et de la lithotritie,

Par M. PAMARD, chirurgien en chef.

Dans une discussion encore récente sur la taille et la lithotritie comparées dans leurs résultats, l'Académie a fait appel à tous les opérateurs qui pouvaient, par le résultat de leur pratique, élucider cette difficile question. Je viens donc dire ce que j'ai fait, ce que j'ai vu. Je ferai connaître non-seulement les résultats de ma pratique, mais encore ceux qu'a obtenus mon père à une époque où la lithotritie était inconnue.

Je suis de l'avis de ceux qui ne regardent les données obtenues par la statistique comme vraiment utiles que lorsqu'elles sont appuyées sur des observations rédigées avec soin et dont l'authenticité est incontestable. Les médecins de province présentent sur ce point un avantage : c'est que leur pratique est contrôlée chaque jour par des confrères plus ou moins bienveillants, qui vivent pour ainsi dire au milieu de leurs malades, de telle manière que l'erreur volontaire ou involontaire est sinon impossible, au moins extrêmement difficile. Je vais commencer par les opérations de mon père, en mettant en première ligne les cas où on a été obligé de tailler plusieurs fois le malade, et ensuite ceux où l'opération a été suivie de mort; je compterai comme morts des suites de l'opération les malades qui ont succombé deux mois après.

Pour les autres opérations, je suivrai l'ordre de date, et, tout en étant aussi bref que possible, je signalerai les cas où il se sera présenté quelques circonstances dignes de fixer l'attention.

Du 5 mai 1792 au 19 mai 1818, mon père a fait soixante fois la taille: il a perdu cinq malades; ces soixante opérations ne représentent que cinquante-six opérés, parce que l'un a été taillé trois fois et deux l'ont été deux fois, ce qui ne donne pas moins de onze succès sur douze opérations.

Voici la liste de ces opérations :

1° Valérien Duclos, du Pont-Saint-Esprit (Gard), âgé de 68 ans, avait été taillé pendant l'an VII, par un opérateur de Grenoble; le 30 fructidor an VIII, mon père le tailla pour la première fois; la pierre se reproduisit et nécessita une seconde lithotomie qui fut pratiquée le 5 vendémiaire an X. Enfin, une nouvelle concrétion nécessita une nouvelle opération qui fut faite le 1er vendémiaire an XII. Ces opérations furent toutes heureuses, et, ce qui est digne de remarque, le malade prolongea très avant sa carrière sans qu'il se formât de nouveaux calculs dans la vessie.

2° André-Joseph Jouve, âgé de 48 ans, de Gordes (Vaucluse), fut taillé le 13 floréal an VI; cette première opération fut suivie de la formation d'un trajet fistuleux qui fut probablement la cause du développement d'un nouveau calcul; celui-ci nécessita une seconde opération, le 15 frimaire an VII, suivie d'un succès complet.

3° Joseph Ricard, de Cavaillon (Vaucluse), âgé de 15 ans, fut taillé pour la première fois le 8 frimaire an VIII. Chez lui, la pierre ne se reproduisit pas aussi promptement que chez les malades que nous venons de citer; car la seconde opération fut pratiquée en ma présence (j'étais un enfant), le 27 septembre 1811. La guérison fut rapide.

4° Joseph Lombard, d'Avignon, fut taillé par mon père, le 23 brumaire an VII; il avait déjà subi la même opération à l'âge de 4 ans, des mains de mon grand-père; il guérit promptement à la suite de cette seconde opération, et jamais le calcul ne s'est reproduit.

5° Jean Veyren, âgé de 19 ans, de Villeneuve (Gard), avait été taillé à Grenoble le 4 floréal an VIII; mon père présuma que le premier opérateur avait laissé des fragments de calcul dans la vessie. Une nouvelle opération fut pratiquée le 3 frimaire an IX, et suivie de guérison.

6° Thérèse Morgan, de Caumont (Vaucluse), âgée de 8 ans, souffrait depuis les premiers jours de sa vie; elle portait une pierre énorme pour son âge, car elle pesait cent cinq gram. L'opération, faite le 30 vendémiaire an III, fut laborieuse et suivie d'une déchirure au bas-fond de la vessie. La malade succomba le 5 brumaire, cinq jours après l'opération.

7° Noë, âgé de 72 ans, d'Avignon, fut taillé le 20 août 1792; il souffrait depuis plus de vingt ans, et ne s'était décidé à l'opération que contraint par la douleur. L'artère honteuse fut probablement intéressée, la pierre était très volumineuse et hérissée d'aspérités. Le malade eut des hémorrhagies successives qui amenèrent la mort le 26 septembre.

8° Joseph Olivier, âgé de 10 ans, de Crillon (Vaucluse), fut opéré le 8 floréal an VI. L'opération fut longue et douloureuse, à cause du volume de la pierre, qui était friable; elle se brisa sous l'effort des tenettes, ce qui en nécessita l'introduction souvent répétée. Il en résulta une vive inflammation de la vessie qui se termina par la mort, le 11 floréal, trois jours après l'opération.

9° François Cap, de Malaucène (Vaucluse), âgé de 19 ans, taillé le 23 brumaire an VIII. L'opération fut prompte et facile, mais elle fut suivie d'une phlébite qui occasionna la mort le 1er frimaire, le huitième jour.

10° Michel Vantour, de Visan (Vaucluse), âgé de 25 ans, offrit un cas analogue; il fut taillé le 16 floréal an VII, et sans que l'opération présentât de complications, elle fut suivie d'une phlébite mortelle le 27 du même mois.

Nous venons de tracer l'histoire des opérations qui offrent le plus d'intérêt scientifique, soit à cause de l'obligation où on a été de les renouveler plusieurs fois, soit à cause des accidents qui les ont accompagnées : nous allons indiquer rapidement celles qui n'ont de remarquable que leur résultat heureux.

11° Tholet, jeune garçon, taillé le 5 mai 1792; petite pierre: guérison prompte.

12° Vincent, 17 ans, opéré le 19 avril 1797; rapidement guéri.

13° Monteux, 47 ans, taillé le 18 mai 1793; guérison prompte.

14° Fabre, 8 ans, opéré le 9 mai 1793; guérison.

15° Frangeon, 4 ans, taillé le 27 septembre 1793; guéri rapidement.

16° Fehoul d'Avignon, 7 ans, taillé le 21 septembre 1793; guéri.

17° Meffre, 10 ans, opéré le 7 octobre 1793; hémorrhagie; introduction d'une canule garnie d'agaric, ce qui n'empêche pas que la guérison ne soit obtenue promptement.

18° Plantevin, 3 ans et 8 mois, taillé le 9 octobre 1793; pierre petite : guérison rapide.

19° Trelis, 17 ans, opéré le 4 janvier 1794; guérison.

20° Tamisier, 12 ans, taillé le 2 mai 1795; promptement guéri.

21° Fauleon, jeune garçon, taillé le 2 mai 1795, et guéri promptement.

22° Roland, 7 ans, taillé le 2 juin 1795. Le calcul se brisa, l'opération fut longue, et la guérison se fit attendre deux mois.

23° Rey, 80 ans, taillé le 27 mai 1796; il eut une hémorrhagie qui nécessita l'application d'une canule : guérison.

24° Gaud, 24 ans, taillé le 3 brumaire an VII; opération prompte, suivie de guérison.

25° Richard, 5 ans, opéré le 16 frimaire an VII; la pierre était volumineuse, et présenta quelques difficultés pour la saisir et l'extraire : prompte guérison.

26° Abrelon, 5 ans et demi, taillé le 16 floréal an VII; guérison.

27° Roman, 75 ans, pierre énorme; opéré le 10 floréal an VIII; succès complet.

28° Losigève, 47 ans, pierre énorme; taillé le 3 fructidor an VIII : guérison, mais avec une fistule recto-vésicale qui provenait évidemment d'une lésion du rectum.

29° Antoine, 9 ans, taillé le 5 floréal an VIII; prompte guérison.

30° Rougon, 9 ans, taillé le 6 frimaire an X; deux petits calculs : guérison prompte.

31° Grange, 5 ans, taillé le 20 floréal an X; guérison.

32° Berton, 4 ans, taillé le 24 floréal an XI; calcul mural : guérison rapide.

33° Bérenger, 8 ans, opéré le 9 thermidor an XII; guérison.

34° Durieux, jeune garçon, taillé le 2 messidor an XII; guérison.

35° Ginoux, 4 ans et demi, taillé le 27 brumaire an XII; guérison prompte.

36° Court, 27 ans, opéré le 3 floréal an XIII; calcul volumineux et friable; opération assez longue à cause de plusieurs introductions de tenettes : guérison.

37° Dumas, 13 ans, taillé le 21 floréal an XIII; guérison.

38° Delière, docteur en chirurgie, 65 ans, souffrait depuis près de vingt ans, sans avoir jamais voulu se faire sonder. Enfin, vaincu par la douleur, il vint trouver mon père, qui le tailla le 15 mars 1806. La pierre était très volumineuse; il ne survint pourtant aucun accident, et la guérison fut rapide.

39° Sausse, 22 ans, taillé le 3 juin 1806; guérison.

40° Coste, 11 ans, opéré le 13 septembre 1806; guérison prompte.

41° Rognon, 31 ans, opéré le 6 décembre 1806. La pierre était volumineuse, et nécessita des efforts assez marqués pour l'extraire ; pas d'accidents : guérison.

42° Turquay, 8 ans, opéré le 24 octobre 1806. La pierre était volumineuse et friable. L'enfant souffrait depuis les premiers temps de sa vie. L'opération fut assez longue; elle fut suivie de guérison, mais avec une fistule urinaire.

43° Servant, curé de Tulette (Drôme), 68 ans, opéré le 9 mai 1808 : beaucoup d'embonpoint; opération laborieuse; elle n'en fut pas moins suivie d'un succès complet.

Ce fait mérite de fixer l'attention, car on sait que l'habile opérateur de l'Hôtel-Dieu, M. le professeur Roux, a déclaré qu'il avait perdu tous les ecclésiastiques qu'il avait taillé.

44° Simon, 56 ans, taillé le 2 septembre 1810; pierre volumineuse : guérison assez prompte.

45° Trudet, 74 ans, opéré le 3 octobre 1810. Calcul très volumineux pesant 110 grammes, ce qui nécessita des efforts assez grands pour en opérer l'extraction; malgré cette circonstance et le grand âge du malade, la guérison n'en eut pas moins lieu avec assez de rapidité.

46° Fermien, 50 ans, taillé le 15 octobre 1810; guérison prompte.

47° Comte, 22 ans; pierre très volumineuse extraite le 4 octobre 1810 : prompte guérison.

48° Madame Valentin, 25 ans, d'Avignon, opérée le 7 octobre 1811. Elle portait un calcul très volumineux qui présenta assez de difficultés pour l'extraction. L'incision fut faite en bas et à gauche, le vagin fut intéressé; la guérison eut lieu, mais la malade conserva une incontinence d'urine.

49° Mademoiselle Cambon, 21 ans, fut opérée de la même manière le 10 novembre 1812; elle guérit sans conserver la plus légère incommodité.

50° Perrier, 12 ans, taillé le 24 septembre 1812; guérison.

51° Melin, 3 ans 1/2; petit calcul, extrait le 17 mai 1814; prompte guérison.

52° Reynaud, 64 ans; calcul volumineux, extrait le 12 mai 1817; hémorrhagie assez abondante; guérison.

53° Joussaud, taillé le 16 juin 1817; guérison.

54° Jeaume, 9 ans, souffrait depuis ses premières années; l'opération, pratiquée le 14 juin 1817, fut des plus laborieuses; la vessie était tellement remplie de concrétions calculeuses que les tenettes ne pouvaient pas s'y développer; guérison en deux mois et demi.

55° Marie, 58 ans, taillé le 10 juin 1817. Pierre très volumineuse; guérison parfaite.

56° Rey, 17 ans, taillé le 19 mai 1818; succès complet.

Je dois maintenant arriver à ma pratique, et faire connaître les résultats que je dois à la taille seule; à la taille précédée de tentatives de lithotritie; enfin, à la lithotritie seule.

Comme pour les observations tirées de la pratique de mon père, je commencerai par un cas de taille double; puis je tracerai l'histoire d'un cas malheureux.

Tailles.

Obs. I. — M. Baldy, de Nîmes, âgé de 15 ans, avait été taillé par M. Pleindoux, de Nîmes, à l'âge de 6 ans. Il avait conservé une fistule au périnée qui s'était cicatrisée depuis environ deux ans. Depuis l'époque où le trajet fistuleux s'était oblitéré, il s'était formé dans le tissu cellulaire du périnée une petite tumeur dure qui avait progressivement augmenté de volume, et qui était par intervalles accompagnée de difficultés pour uriner, et de vives douleurs dans le bas-ventre. Une sonde introduite dans la vessie y pénétrait assez facilement; mais on sentait que sa convexité frottait contre un corps dur ayant la consistance calculeuse, que l'on sentait également à travers les téguments. Il ne pouvait y avoir de doute; c'était un calcul formé dans le tissu cellulaire du périnée.

Le malade placé comme pour l'opération de la pierre, nous incisâmes directement sur le calcul, qui fut promptement atteint et enlevé. En l'examinant, on vit qu'il y en avait un fragment dont une partie était à cheval sur les bords de l'orifice de l'ancien trajet fistuleux, et dont une extrémité était retenue dans le tissu cellulaire du périnée, tandis que l'autre faisait saillie dans le canal de l'urètre et donnait lieu à un prolongement qui s'étendait jusqu'au col de la vessie, ce qui explique la sensation de frottement que nous avions ressenti sur la convexité de la sonde.

Le cathéter alors introduit dans la vessie y fit reconnaître la présence d'autres calculs; à l'aide du lithotome caché, ouvert au n° 9, nous fîmes l'incision de la prostate. Arrivés dans la vessie, nous pûmes non-seulement extraire le fragment du calcul dont nous avons parlé, mais plusieurs autres qui occupaient le bas-fond de cet organe; tous ces fragments réunis pesaient 5 grammes. Celui qui se prolongeait dans le trajet fistuleux avait la forme de la tête d'un fémur.

Cette opération pratiquée le 2 mars 1832, fut suivie d'un plein succès. Le malade partit complétement guéri le 8 avril.

Obs. II. — M. Martin, d'Avignon, âgé de 20 ans, souffrait depuis son enfance sans que jamais ni les douleurs, ni les prières de ses parents eussent pu le décider à se soumettre à l'opération; il avait, disait-il, le pressentiment qu'il n'y survivrait pas. Il s'y décida pourtant, et ce fut dans ces fâcheuses dispositions morales que je l'opérai le 18 janvier 1837. J'avais reconnu une pierre dure et volumineuse; le malade était inquiet, irritable; le cathétérisme seul lui faisait pousser des cris. Il ne me paraissait pas prudent d'avoir recours à la lithotritie.

Comme je l'avais présumé, la pierre était énorme; elle pesait 77 grammes; elle offrit des difficultés assez grandes pour son extraction; j'y parvins pourtant, mais non pas sans efforts. L'opéré, pendant les premiers jours, semblait marcher

vers la guérison ; mais vers le quatrième jour il survint des frissons, de la fièvre. Ces accidents se renouvelèrent et s'aggravèrent; enfin le malade succomba le 24 janvier, présentant tous les signes d'une résorption purulente. A l'autopsie, je trouvai la muqueuse de la vessie rouge, ramollie, et du pus dans les veines iliaques; le ventre était ballonné, le péritoine était pointillé de rouge.

Obs. III.— Le fils de M. Brugier, âgé de 11 ans, de Monteux (Vaucluse), fut opéré chez lui le 21 septembre 1836. Quoique la pierre fût assez volumineuse pour un enfant de cet âge (elle pesait 12 grammes), les suites furent des plus heureuses, car le malade fut guéri le 4 octobre, 14 jours après l'opération. C'est actuellement un jeune et beau militaire qui n'a jamais éprouvé des ressentiments de l'affection qui avait tourmenté son enfance.

Obs. IV. — M. Charasse, âgé de 72 ans, d'Entrechaux (Vaucluse), vieillard encore bien conservé, quoiqu'il souffrit depuis plus de quatre ans, fut opéré le 11 mai 1840. Je lui enlevai trois calculs lisses, polis, présentant des facettes provenant du frottement des calculs entre eux, pesant ensemble 80 grammes. Il manque un fragment d'un des calculs qui se brisa lors de l'extraction et que le malade a voulu conserver. Malgré son âge avancé et l'obligation où j'ai été d'introduire plusieurs fois les tenettes, il ne survint aucun accident, et le malade fut guéri le 28 juin.

Obs. V. — Lacour, âgé de vingt et un ans, de Fresney (Mayenne), souffrait depuis ses plus jeunes années; il fut opéré à l'hôpital le 10 janvier 1841. La pierre était volumineuse et creuse; je n'en ai jamais vu de pareille; elle pesait 45 grammes. Elle se brisa; le premier fragment enlevé, je réintroduisis les tenettes et j'entraînai un nouveau fragment beaucoup plus volumineux que le premier; il était évident, en le rapprochant du premier, que le malade était complètement délivré; aussi je m'assurai à l'aide du doigt que la vessie était parfaitement libre. Il ne survint aucun accident; le malade sortit le 5 février parfaitement guéri.

Obs VI. — Micalet, âgé de 27 ans, de Bourret (Tarn-et-Garonne), militaire; il avait été obligé de renoncer au service à cause des vives douleurs qu'il éprouvait; il entra à l'hôpital le 11 janvier 1842. Après l'avoir mis à l'usage des bains et des boissons délayantes pour calmer l'état d'irritation où il se trouvait, je l'opérai le 18 janvier; la pierre était dure, volumineuse, d'une couleur brune; elle arriva parfaitement entière; elle pesait 60 grammes. L'opération avait été rapide, les suites auraient dû être des plus heureuses; pourtant la plaie présenta beaucoup de difficultés à se cicatriser; je fus obligé à plusieurs reprises d'y enfoncer assez profondément un crayon de nitrate d'argent; enfin le 17 mai, quatre mois après l'opération, le malade sortit parfaitement guéri.

Obs. VII. — Michel (Louis), âgé de 15 ans, de Villeneuve (Gard), maigre, irritable, avait souffert depuis qu'il avait sa connaissance, mais jamais ses parents n'avaient pu le contraindre à se laisser sonder; enfin, ils y parvinrent, et je reconnus un calcul dur, à sa face inégale, accompagné d'une irritation marquée de la vessie, si on s'en fiait aux plaintes du malade lors de l'examen. Je ne crus pas devoir proposer la lithotritie à cause de l'extrême sensibilité de l'appareil urinaire, et il fut convenu que je taillerais le malade : c'est ce que je fis le 20 février 1844. L'opération ne présenta rien de particulier, si ce n'est l'extraction d'un calcul mural assez volumineux et très léger; il ne pesait que 8 grammes. Elle eut les suites les plus heureuses, car le 22 mars le malade vint me voir parfaitement guéri et dans une joie qui tenait du délire de se voir délivré de ses souffrances.

Obs. VIII. — Nouze (Pierre), âgé de vingt-sept ans, de Labastal (Hautes-Pyrénées), traînait depuis longues années une existence misérable; il entra à l'hôpital le 28 février 1845. Il éprouvait des envies d'uriner tellement fréquentes qu'à chaque instant il était obligé d'y satisfaire sans pouvoir y résister; il souffrait, disait-il, des douleurs atroces; mais jamais il n'avait osé dans ses montagnes, où pourtant on compte bon nombre d'hommes de mérite, se laisser toucher : ce sont ses propres paroles. Le cathétérisme me fit reconnaître une pierre volumineuse; je fis l'opération le 2 mars 1845. Elle me présenta une circonstance particulière : c'était un rétrécissement tel de la vessie que les tenettes avaient la plus grande difficulté à se développer; enfin, je parvins à saisir le calcul et à l'extraire; il pesait 32 grammes. Il présentait une forme telle que je n'en ai jamais vu de semblable; on aurait dit qu'il était moulé sur la vessie d'un enfant, ce qui provenait évidemment du rétrécissement de la poche urinaire. Une autre circonstance à noter, c'est qu'à la partie supérieure il offrait une surface plane qui aurait pu faire croire à la présence d'un autre calcul avec lequel il aurait été en contact. Je m'assurai pourtant à l'aide du doigt qu'il n'en était rien; je trouvai l'organe parfaitement débarrassé. Les suites furent des plus heureuses, le malade sortit guéri le 11 avril.

Obs. IX. — Le fils de M. Guillaumont (Amédée), âgé de quatre ans et demi, de Graveson (Bouches-du-Rhône), a souffert depuis qu'on l'a ramené de nourrice; les médecins qui avaient été consultés n'avaient pas reconnu la nature de la maladie, lorsque, heureusement pour lui, il rencontra aux eaux M. le docteur Salomon, de Villeneuve, qui dit : Votre enfant doit avoir la pierre, faites-le examiner par un homme compétent. L'enfant me fut amené, et je reconnus la présence d'un calcul, que j'annonçai être petit; je parlai au père, homme instruit et intelligent, des deux moyens que nous avions de délivrer son fils; il les connaissait tous les deux; mais, plein de confiance en moi, il me laissa libre du choix. Je n'hésitai pas un instant; je proposai la taille, que je préfère infiniment chez les enfants.

Elle fut pratiquée le 22 juillet 1847; je la fis précéder de l'éthérisation, qui eut une action rapide et complète. L'enfant fut opéré pendant le sommeil et ne poussa pas un cri. Je me servis de pinces à polypes, que je préfère chez les enfants aux tenettes, qui sont toutes en général trop grosses. J'enlevai un calcul de forme ovale, ayant le volume d'une grosse fève fraîche; j'introduisis immédiatement mon doigt, comme je fais toujours, pour m'assurer si la vessie était entièrement débarrassée; je trouvai un nouveau calcul, gros comme un pois, que j'enlevai facilement à l'aide de mon indicateur sans avoir besoin d'introduire une seconde fois l'instrument; ces deux calculs réunis pesaient 3 grammes.

En examinant ce nouveau calcul avec soin, on le trouva couvert de facettes dans tous les sens; aussi je crus qu'il appartenait à un groupe de petits calculs comme on en rencontre quelquefois; j'introduisis de nouveau mon indicateur, et je trouvai l'organe parfaitement débarrassé. On ne peut expliquer ces nombreuses facettes que par le frottement en différents sens du petit calcul sur celui qui était plus volumineux et qui présentait l'action de la meule des tailleurs de cristaux. Les suites furent des plus heureuses, au bout d'un mois l'enfant fut guéri; de maigre qu'il était, il est devenu bien portant. Je l'ai vu cet hiver, c'est un enfant superbe, qui jouit d'une santé parfaite.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 23 mai 1849. — Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Nélaton communique le fait suivant :

Il y a trois à quatre semaines, un jeune homme de vingt-huit ans, plein de santé, fut réveillé pendant la nuit par un coup de couteau qui traversa les parois de l'abdomen et donna lieu à l'issue d'une certaine quantité d'épiploon.

Lorsque le blessé fut conduit à l'hôpital, son visage était coloré; son pouls était à l'état normal. L'épiploon fut réduit par l'élève de garde, et jusqu'au troisième jour il ne survint pas le plus léger accident. Le ventre n'était pas tuméfié, ni douloureux; la face conservait ses couleurs; il n'y avait ni hoquets, ni vomissements.

Le troisième jour, à ma visite, je trouvai le malade complètement décoloré, avec un pouls d'une petitesse et d'une fréquence extrêmes. Plusieurs vases de nuit avaient été remplis de sang par les gardes-robes. Quelques heures après le malade était mort.

A l'autopsie, lorsque l'abdomen fut largement ouvert, il me fut impossible d'apercevoir le moindre vestige de péritonite. Tout le paquet intestinal fut manié à plusieurs reprises, et je ne trouvai absolument rien qu'une petite ecchymose sur un point de l'intestin grêle. Cet intestin fut ouvert à peu de distance de son abouchement dans le cæcum, pour l'introduction d'un tube avec lequel j'insufflai à différentes reprises sans pouvoir rencontrer la trace de la plaie intestinale. La portion ecchymosée de l'intestin fut examinée à contre-jour par plusieurs personnes; elles n'y purent rien découvrir. L'intestin était aussi régulier que possible. Ce ne fut qu'après avoir fendu l'intestin que je remarquai un petit caillot à son intérieur. Il existait une solution de continuité à la muqueuse au niveau d'une valvule, et au fond de la solution de continuité se rencontrait une artère coupée. Au point de vue de la médecine légale, ajoute M. Nélaton, ce fait a une grande importance; il démontre en effet la possibilité de la circatrisation en soixante-douze heures d'une plaie au péritoine, cicatrisation qui s'est opérée sans laisser la moindre trace.

M. Larrey. M. Nélaton a parlé d'une réduction de l'épiploon; cet épiploon a peut-être pu faire l'office d'un bouchon et s'opposer au passage du sang dans la cavité péritonéale.

M. Loir. Peut-être la lésion artérielle n'a-t-elle été que consécutive à la plaie abdominale. Peut-être s'est-il passé là quelque chose d'analogue à ce que nous voyons quelquefois chez les individus qui ont une fièvre typhoïde : une hémorrhagie mortelle survenant tout à coup et dont on trouve la cause, à l'autopsie, au fond d'une ulcération.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 avril 1849. — Présidence de M. Belhomme.

M. Lucien Boyer fait hommage de son Mémoire sur l'ouverture capsulaire postérieure dans l'opération de la cataracte par abaissement.

— M. Corbel-Lagneau envoie sa démission.

— M. Moret rend compte de l'état d'amélioration dans la santé du président, M. Fouquier.

— M. Cunier, de Bruxelles, demande le titre de correspondant. M. Lucien Boyer est nommé rapporteur du Mémoire qu'il envoie à l'appui de sa candidature.

— M. Moret fait un rapport sur la demande d'honorariat adressée par MM. Leger et Toirac. Ces deux confrères sont admis à l'unanimité comme membres honoraires.

— M. Duperthuis donne quelques nouveaux renseignements sur le malade dont il a entretenu la Société dans sa dernière séance. Il s'agit d'un vieillard qui perdit connaissance pendant son repas. Les émissions sanguines et les revulsifs internes et externes avaient rappelé la connaissance ; mais il était resté dans un état d'immobilité et de mutisme presque absolu, refusant tous les soins qu'on essayait de lui prodiguer, sans que toutefois il y eût paralysie. D'après l'avis de M. Fouquier, M. Duperthuis a appliqué un large vésicatoire sur le cuir chevelu préalablement rasé, et d'autres à la nuque et derrière les oreilles. Le malade s'en est bien trouvé; il se promène en voiture, parle, mais ne peut plus exprimer ses pensées par les mots propres, et au contraire, dans la plupart des cas, les traduit par des expressions qui leur sont étrangères. Cet homme, avant son accident, avait un léger œdème des membres inférieurs qui a complètement disparu. Le malade fait une grimace prononcée en parlant et en mangeant, qui indique une difficulté de faire mouvoir les muscles de la phonation et de la déglutition.

M Belhomme. J'avais annoncé chez ce malade une compression par infiltration des organes correspondant à l'intelligence et à la parole; or nous voyons encore aujourd'hui une compression des parties qui tiennent sous leur dépendance la phonation et la mémoire des mots. J'ai vu un malade qui, à la suite d'un accident semblable, tomba dans l'imbécilité et fut privé de mouvement. L'usage continue du calomel le guérit complètement.

— M. Belhomme fait ensuite un rapport sur un ouvrage de M. Aubanel sur les hallucinations. M. Aubanel ne partage pas la définition d'Esquirol. Les hallucinations semblent, dit-il, occasionnées par des préoccupations habituelles de l'esprit, et sont un des phénomènes les plus constants de l'aliénation. Elles ne se présentent pas chez l'idiot, dont l'esprit n'est pas dominé par une idée, ni dans la démence aiguë, à moins qu'elle ne soit à un degré modéré. Pour M. Aubanel, l'hallucination est une transformation de l'idée en sensation; mais c'est toujours sur une sensation déjà perçue que se forme le faux jugement. Il y a analogie, dit l'auteur, entre les hallucinations et les rêves. Cet ouvrage, divisé en quatre parties, où l'auteur traite successivement des hallucinations en général, présente des observations à l'appui, discute la nature des hallucinations, et enfin s'occupe des causes du diagnostic, du pronostic et du traitement, mérite l'approbation et les félicitations de la Société par la précision et l'élévation de vues dont l'auteur a fait preuve.

A la suite de ce rapport, M. Masson témoigne sa reconnaissance aux médecins qui s'occupent spécialement de la folie, sur les progrès qu'ils ont faits dans l'étude de cette maladie à forme multiple. Il regrette seulement que le traitement n'ait fait que bien peu ou point de progrès; et pensant qu'il reste encore beaucoup à faire dans l'étude de ces maladies, il voudrait que les médecins fussent plus réservés sur le diagnostic affirmatif, qui peut avoir bien plus de valeur aux yeux du monde que la décision d'un juge toujours incompétent en pareille matière.

M. Serrurier a connu un général qui avait des hallucinations alternatives avec un raisonnement parfait, dans lequel il reconnaissait ces aberrations de son esprit, qui ne lui semblaient séparées de l'état lucide que par un intervalle presque imperceptible. Il pense, avec ce malade, qui était un homme de grand mérite, qu'un sujet peut avoir une folie intermittente, dont il reconnaît tous les effets dans ses intervalles lucides.

M. Dancel a rencontré les mêmes dispositions chez plusieurs aliénés, et entre autres chez un homme qu'il a été judiciairement chargé d'examiner. Cet homme, fort instruit, se livrait aux plus incroyables licences avec les femmes qu'il rencontrait dans la rue. Un jour, il monta en chaire dans une église et déclama un discours. Questionné sur ces divers faits, il me répondit qu'il connaissait parfaitement son état, et qu'en présence du magistrat, en sa présence comme savant envoyé pour l'examiner, il était certain de ne pas délirer, parce qu'alors la contention de son esprit était telle que le dérèglement de ses idées n'avait pas cours, mais que dans la rue, au milieu du monde, sa position changeait, sa contention d'esprit n'était plus la même, et il se livrait involontairement aux actes répréhensibles dont on l'accusait.

— M. Aubanel est élu membre correspondant à l'unanimité.

Dr Louis Terrier, *secrétaire annuel.*

Addition à la séance de l'Académie des sciences du 28 mai.

Ainsi que nous l'avons annoncé, nous publions aujourd'hui l'analyse et les conclusions du mémoire que M. Chassaignac a adressé à l'Académie des sciences dans la séance de lundi dernier.

Le mémoire de M. Chassaignac a pour objet des recherches sur les anévrismes, à l'occasion d'un anévrisme de l'art re poplitée traité avec succès par la ligature de la fémorale. Ces recherches portent encore sur la valeur diagnostique des bruits qui se produisent dans les anévrismes des membres; sur les causes et le caractère de la douleur que détermine la constriction de l'artère par la ligature; sur les hémorrhagies qui peuvent survenir après les ligatures d'artères; sur l'inégale distribution de l'épaisseur du caillot dans le sac anévrismal; sur le mécanisme de la non-oblitération des artères collatérales qui naissent des parois mêmes de l'anévrisme; sur la nécessité de lier, sans aucune exception, toute artériole ouverte pendant une opération d'anévrisme; sur les principes qui doivent guider l'opérateur dans la ligature de la crurale au tiers supérieur de la cuisse.

Après avoir discuté avec le plus grand soin chacune de ces nombreuses questions, l'auteur termine son travail par les conclusions suivantes :

1° L'existence antérieure d'un foyer apoplectique dans le cerveau n'est pas une circonstance qui, dans le cas d'anévrisme des membres, soit de nature à contre-indiquer la ligature d'une grosse artère, et qui puisse empêcher le succès de l'opération.

2° La ligature d'une artère volumineuse a pour effet de disposer les branches collatérales qui naissent de cette artère, au-dessus de la ligature, à des hémorrhagies plus fortes que ne semble le comporter le volume de ces branches.

3° Il importe, dans les incisions pour une ligature d'artère, d'éviter avec le plus grand soin, la blessure des branches artérielles même les plus petites, non-seulement parce que le manuel opératoire est troublé par la présence du sang dans la plaie, mais encore parce que les artères, même les moins volumineuses, peuvent dans ce genre d'opération devenir la cause d'hémorrhagies considérables.

4° Lorsque des artères, même très petites, ont été ouvertes dans le cours d'une opération de ligature, il est plus important qu'en toute autre opération de se mettre en garde contre les suites possibles de leur blessure, et d'en pratiquer la ligature immédiate.

5° Le moment de l'élimination complète d'une ligature n'est pas toujours l'indice précis du moment où l'artère est coupée par le fil. Quelquefois, quoique cette dernière soit déjà complètement divisée, la ligature tient encore pendant plusieurs jours dans la plaie.

6° Quand le caillot renferme dans une poche anévrismale est traversé par un canal accidentel, il ne forme point à ce canal une enveloppe uniformément épaisse. Très épais du côté vers lequel l'artère a subi la dilatation la plus considérable, il ne forme sur le côté opposé qu'une couche très mince.

7° Ce qui prévient l'oblitération des artères collatérales qui naissent des parois d'un sac anévrismal, c'est la conservation d'un disque de la tunique interne. Là où ce disque n'est pas encore conservé, l'artère collatérale s'oblitère.

8° Le bruit de souffle ou de râpe qui existe dans les anévrismes ne peut être confondu un seul instant avec le bruit artérioso-veineux propre à l'anévrisme variqueux.

9° Le bruit artérioso-veineux se propage à de grandes distances

dans la direction des veines qui se continuent avec celle dans laquelle s'ouvre l'artère anévrismatique.

10° Le moment de la constriction d'une artère par la ligature est toujours signalé par une douleur vive. Dans le cas où un cordon nerveux se trouve compris avec l'artère dans l'anse du fil, la douleur est rapportée par le malade aux parties dans lesquelles se distribuent les divisions terminales de ce cordon nerveux. Si l'artère seule est comprise dans la ligature, la douleur n'est rapportée à aucun point particulier; elle n'est point localisée, ou, si elle l'est, c'est dans la plaie même de l'opération.

11° Dans le cas d'hémorrhagie à la suite d'une opération de ligature d'artère, il ne faut pas toujours recourir d'emblée à la réouverture de la plaie d'opération, l'hémorrhagie, quand elle provient d'une petite artère, pouvant s'arrêter spontanément.

Etablissements d'aliénés aux Etats-Unis.

Le nombre des établissements d'aliénés ouverts actuellement est de trente sur toute l'étendue actuelle des Etats-Unis. Quinze sont des établissements soutenus par l'Etat et gouvernés par un conseil à sa nomination; cinq sont la propriété de corporation, et sont joints à de grands hôpitaux dont ils partagent les avantages et les inconvénients; cinq autres ont été établis par des particuliers et continuent à être gouvernés par un conseil nommé par les donateurs ou leurs successeurs; quatre sont unis à des maisons de charité, trois autres sont des établissements privés.

Plusieurs des Etats de l'Union s'occupent en ce moment d'ouvrir des asiles pour les aliénés. On en construit actuellement un à Jacksonville (Illinois) qui pourra loger 250 malades. L'Etat de la Louisiane en fait élever un à Jackson à 15 mille de la Nouvelle-Orléans; on y ajoute une ferme de 100 ares. On en construit un autre au centre de l'Etat de Missouri. La Pensylvanie a aussi donné un noble exemple : en outre des améliorations importantes qu'elle a apportées à l'hospice des aliénés de Blockley, la dernière législature a concédé 50,000 livres sterling (1,250,000 fr.) pour l'établissement d'un nouvel asile d'aliénés. Des souscriptions ont permis d'acheter à un mille et demi de Stawisbourg une ferme de 170 ares; à Pittsbourg, dans le même Etat, une association s'est formée pour bâtir un nouvel hôpital destiné principalement aux aliénés; enfin, l'assemblée du Tennessee a donné 40,000 livres sterling (1,000,000 de fr.) pour fonder un hôpital général d'aliénés.

Le nombre d'aliénés que renferment les Etats-Unis n'est pas encore bien connu; suivant le recensement de 1840, époque à laquelle la population de l'Union était de 17,069,453, le nombre des aliénés et des idiots était de 17,457, ou de 1 sur 977 habitants. Tout fait croire cependant que cette proportion est au-dessous de la réalité, car les derniers recensements partiels donnent un chiffre plus élevé. Ainsi dans l'Etat de New-York, en 1840, le nombre des aliénés et des idiots était de 2,340, et cinq ans plus tard, en 1846, il était de 3,752, à savoir : 2,142 aliénés et 1,610 idiots (il est probable que dans ce dernier nombre on a compris beaucoup d'aliénés déments et incurables). Or, la population de l'Etat de New-York a très peu augmenté de 1840 à 1845; elle était, en 1840, de 2,428,921, et en 1845 de 2,604,495. On peut donc évaluer le chiffre des aliénés aux Etats-Unis à 18,000 sans y comprendre les idiots, qui sont au moins au nombre de 6,000.

(*American journ. of insanity.*)

Correspondance.

Les principes d'impartialité auxquels nous tenons à rester fidèle nous engagent à publier la lettre suivante, malgré son étendue, et quelques réflexions les plus courtes possible.

D'après l'analyse que M. le secrétaire perpétuel avait donnée de la lettre de M. Eymard, nous avions cru que c'était le département des Vosges que ce médecin avait assigné pour limite méridionale au choléra. Point du tout, c'est le département du Doubs; ce qui est très différent. Nous nous plaisons à reconnaître notre erreur.

Nous en avons encore commis une autre, c'est de croire, vu la sévérité toute géométrique avec laquelle raisonne M. Eymard, que la ligne tracée par cet honorable confrère était une ligne mathématique; mais il paraît que cette ligne peut avoir une dizaine de lieues d'épaisseur, sans contrarier la théorie de M. Eymard.

Enfin nous avons commis une troisième erreur, c'est celle de croire que le choléra de Marseille, où il est mort pendant plusieurs jours plus de cent individus par jour, et en tout plus de dix mille personnes, que le choléra de Toulon, de l'Algérie, etc., qui n'ont guère été moins funestes, devaient encore épaissir la ligne limitatrice de M. Eymard; mais du moment que ce savant observateur nous assure que le choléra de Marseille, de Toulon, et sans doute aussi celui de l'Algérie n'avaient rien d'épidémique, que ce n'étaient que des *étincelles du vaste incendie allumé dans le nord*, nous avouons être parfaitement satisfait et n'avoir rien à objecter à une explication aussi naturelle et aussi poétique.

Ces explications données, voici la lettre de M. Eymard :

Marche du choléra.

Grenoble, le 26 mai 1849.

Monsieur et honorable confrère,

Permettez-moi de rectifier une erreur matérielle et involontaire sans doute qui s'est glissée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 22 de ce mois à l'article : *Séance de l'Académie de Médecine*, concernant ma dernière lettre à l'Académie sur *la marche du choléra et les probabilités de sa non-invasion dans le midi de la France et du restant de l'Europe.*

Voici comment cet article s'exprime à mon égard :

« Parmi les communications faites à l'Académie s'est fait remarquer, par son originalité, celle de M. Eymard, qui continue à prédire que le choléra ne dépassera pas, vers le midi, une ligne droite, qui, partant des *Vosges*, irait se rendre au Finistère. Notre confrère ignorait sans doute, quand il a écrit sa lettre, que nous avions déjà signalé l'existence du choléra au *Mans et à Angers.* »

Or, monsieur, si l'auteur de cet article avait lu les quatre lettres imprimées et publiées que j'ai successivement adressées à l'Académie de médecine depuis 1832 jusqu'à ce jour pour soutenir la thèse ci-dessus, il aurait vu :

1° Que, lors de la première apparition de ce fléau en Russie et en Pologne, je fus frappé de la marche régulière qu'il avait suivie jusque-là, et que, circonscrivant sur un globe terrestre tous les pays par où il avait passé, j'obtins deux lignes formant un grand triangle allongé, dont la base embrassait les Indes-Orientales à partir de l'île de Java jusqu'à Pékin, et dont la pointe, toujours décroissante, se dirigeait obliquement à travers le nord-ouest de l'Europe entre le 45e et le 55e degré de latitude environ ;

2° Qu'ainsi la ligne du nord partant de Pékin se dirigeait vers Tobolsk, Saint-Pétersbourg, Stockholm, le nord de l'Ecosse et l'Amérique septentrionale : que celle du midi, partant de l'île de Java, passait par le sud de l'Indoustan, Bombay, le golfe Persique, la Syrie, Constantinople, Vienne et Berne; que de là elle traversait obliquement la France en passant par les départements du *Doubs*, de la Côte-d'Or, de la Nièvre, du Cher, de Loir-et-Cher, de l'Indre, de Maine-et-Loire, de la Loire-Inférieure, du Morbihan et du Finistère ;

3° Qu'entre ces deux lignes se trouvait le foyer de l'épidémie cholérique qu'une force occulte poussait d'orient en occident dans la direction déterminée plus haut, tandis que toutes les contrées en dessus et en dessous d'elles s'en trouvaient exemptes;

4° Que partant de cette observation remarquable, je prévis et annonçai plusieurs mois à l'avance, en 1832 comme en 1848, que le choléra n'envahirait pas le midi de la France et du restant de l'Europe ;

5° Que pourtant j'ai toujours dit que le foyer épidémique du choléra n'était, à quelques dizaines de lieues près, qu'*approximativement* limité entre les deux lignes en question, parce qu'il aurait été absurde de ma part de vouloir lui faire avec ces deux lignes une barrière rigoureuse et mathématique qu'il n'aurait pu franchir;

6° Que, bien plus enfin, j'ai toujours comparé ce foyer du choléra ainsi circonscrit à un vaste incendie qui pouvait bien jeter au loin quelques étincelles au delà ou en deçà de son courant, comme il avait fait en 1832 à l'égard de Marseille, de Toulon et de quelques autres points du midi de l'Europe; mais que ces cas isolés et accidentels n'avaient nullement le caractère d'une invasion ni d'une épidémie, et qu'ils ne constituaient pas plus l'une et l'autre que les étincelles extérieures d'un volcan ne constituent le fond du volcan lui-même.

Ainsi, monsieur, première erreur de la part de l'article en question de faire partir en France ma ligne méridionale du département des *Vosges* quand il est constant que c'est par celui du Doubs que je la fais passer; seconde erreur de placer au-dessous d'elle le Mans et Angers, lorsqu'il suffit de tirer sur la carte une ligne droite entre les deux extrémités sud des départements du Doubs et du Finistère pour voir que ces deux villes se trouvent situées au-dessus dans le foyer épidémique même; troisième erreur, enfin, de vouloir détruire la justesse de mon observation en alléguant quelques cas isolés de choléra qui pourront peut-être se manifester au midi de ma ligne, puisque, serait-ce à Lyon, à Grenoble, à Bordeaux, à Marseille même, cela ne prouverait rien contre mon système, à moins que leur multiplicité et leur mode de propagation n'en fissent une véritable épidémie semblable à celle du foyer principal.

Vous avouerez donc, monsieur, qu'il y a quelque chose de désobligeant à voir une *prédiction* occulte et invraisemblable dans l'accomplissement futur d'un événement que des inductions certaines et une analogie exacte m'ont fait pressentir, et qui a déjà à l'heure où j'écris toutes les apparences d'un fait accompli et irrécusable.

Mais, pour en finir avec messieurs les incrédules et les contagionistes, je leur demanderai pourquoi dans ses deux invasions le choléra, en partant de l'Inde, ne s'est pas étendu dans les îles de l'Océan pacifique, dans le midi de la Perse, de l'Arabie, de l'Egypte, de l'Archipel, de la Turquie, de la Russie et de l'Allemagne, dans l'Italie, l'Espagne, l'Afrique et l'Amérique du Sud, en un mot dans tous les sens? Pourquoi, suivant une déclinaison de 60 degrés de latitude, il s'est dirigé vers le nord-ouest de l'Europe et a subitement passé d'Angleterre aux Etats-Unis d'Amérique plutôt que de s'étendre dans nos départements méridionaux et le midi de l'Europe dont il était si près? Pourquoi, enfin, mes calculs anticipés sur la marche de ce fléau se sont réalisés deux fois pendant que les leurs ont été complétement en défaut jusqu'à présent?

J'ai l'honneur d'être, etc. Sylvain EYMARD,

Docteur en médecine à Grenoble.

Monsieur le Rédacteur,

Depuis quelques jours, la *Gazette des Hôpitaux* produit certaines assertions de M. le docteur Bayard, qui tendent à faire croire que la fièvre typhoïde est le résultat de la vaccine; que cette maladie serait la conséquence du *virus varioleux* refoulé pour un moment par le vaccin.

Il résulte de là que, selon M. Bayard, si la variole n'existait pas, nous ne verrions pas la fièvre typhoïde.

Or la variole étant une maladie moderne, puisque les Grecs et les Romains ne la connaissaient pas, il en résulte nécessairement que la fièvre typhoïde est aussi une maladie moderne, puisqu'elle ne peut être que postérieure, selon M. Bayard, à la variole. Je demande donc à cet honorable médecin de démontrer que la fièvre typhoïde est une maladie moderne. S'il ne démontre pas cela, sa théorie est ruinée.

S'il est vrai que la fièvre typhoïde soit la conséquence de la variole avortée, il résulte invinciblement de là que les sujets ayant été atteints par la variole ne peuvent avoir la fièvre typhoïde. Je demande à M. Bayard s'il est bien sûr qu'en effet il en soit ainsi ?

Si au contraire, comme je le crois, l'inverse est vrai, la doctrine de M. Bayard est détruite de fond en comble.

En tous cas, ce sont là des questions dignes d'occuper l'attention de tous les médecins.

Agréez, etc. Dr DEZAUTIÈRES,

Médecin à Decize (Nièvre).

Nouvelles du choléra.

A la date du 26 mai, le choléra était arrivé à Lillebonne où depuis deux jours plusieurs cas étaient signalés. Trois décès ont eu lieu. Des mesures sanitaires venaient d'être prescrites.

(*Courrier du Havre* du 31 mai.)

— Le choléra se montre à Dublin, et il y a eu des cas nombreux. Quelques cas mortels ont eu lieu parmi les soldats qui occupent la caserne de Ship-Street, tout près du château de Dublin. Ordre a été donné sur-le-champ de faire partir les soldats du régiment pour le camp de Phenix-Park. Les troupes sont parties hier; elles passeront les mois d'été sous des tentes. (*Morning Chronicle.*)

— Le choléra enlève chaque jour dix à douze hommes à Presbourg. (*Réforme allemande.*)

NOUVELLES.

Une épidémie de suette miliaire sévit en ce moment avec violence à Chaulnes, près Péronne, et dans les communes environnantes.

Le docteur A. Foucart vient d'être envoyé par M. le ministre du commerce pour étudier cette épidémie.

— Par décision du 22 mai :

M. Gaudineau, médecin ordinaire à l'hôpital de Marseille, désigné pour faire le service aux eaux thermales de Guagno, restera à son poste;

M. Netter, médecin adjoint à l'hôpital militaire de Perpignan, est désigné pour remplacer à Guagno M. Gaudineau.

— M. le docteur Duchesne-Duparc ouvrira son cours pratique sur les maladies de la peau, mardi prochain, 5 juin, à sa clinique de la rue du Paon-Saint-André, n° 8, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants. A onze heures, leçons; à dix heures, consultations et examen des malades. Tout est public et gratuit.

De l'*Emploi méthodique des eaux Minérales dans le traitement rationnel des affections cutanées dartreuses*; par le docteur J. HÉREAU, inspecteur des eaux minérales de Balaruc. — 1 vol. in-8, prix : 2 fr. A Paris, chez Labé, libraire, 4, place de l'Ecole-de-Médecine.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 5 JUIN 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — No 65.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois
Paris.	24 fr.	— 13 fr.	— 7 fr.
Départements.	26 fr.	— 14 fr.	— 8 fr.
Étranger. . .	30 fr.	— 16 fr.	— 9 fr.

PARIS, 4 JUIN 1849.

Marche du choléra.

L'épidémie vient de tromper encore une fois et de la manière la plus douloureuse toutes les prévisions. Déjà dans notre dernier bulletin on avait vu le chiffre des admissions dans les hôpitaux, après être descendu à 48, atteindre le chiffre de 93; vendredi ce même chiffre fut atteint; samedi, il fut dépassé de beaucoup (134), et enfin dans la journée d'hier dimanche, le nombre des admissions a été de 208, et celui des décès de 121. On se rappelle que le chiffre le plus élevé des admissions pendant la dernière recrudescence avait été de 161; c'est donc une augmentation de 47 sur le chiffre le plus élevé qui ait encore eu lieu.

Les causes de cette nouvelle et triste recrudescence sont restées tout aussi mystérieuses que celles de la première, et déjouent toutes les combinaisons de la science. Le traitement reste toujours aussi incertain; les cas sont plus graves, et nous avons la douleur de constater que, sur 40 admissions qui ont eu lieu hier à l'Hôtel-Dieu comme à l'hôpital Saint-Louis, il est décédé 30 malades dans le premier de ces hôpitaux, et 24 dans le second.

Dans les hôpitaux militaires, le nombre n'est pas tout à fait proportionnel à celui des hôpitaux civils; mais il est néanmoins assez considérable pour ne pas laisser de doute sur l'influence d'une recrudescence dans la garnison.

Enfin, en ville, cette recrudescence s'est fait sentir au moins aussi cruellement que dans les hôpitaux. Dans la journée d'hier 220 décès ont eu lieu dans la ville; c'est aussi le chiffre le plus élevé qui ait encore eu lieu depuis le début de l'épidémie.

HOSPICES.	NOMBRE DE CAS.	DÉCÈS.	SORTIES.
Salpêtrière	1202	871	238
Bicêtre	206	130	24
Menages	68	43	11
	1476	1044	273
Report	1476	1044	273
Incurables (hommes)	16	13	2
Incurables (femmes)	15	13	»
Larochefoucauld	5	3	»
Sainte-Périne	2	2	»
HÔPITAUX CIVILS.			
Hôtel-Dieu	1175	566	486
Charité	508	293	165
Pitié	565	292	235
Saint-Louis	649	308	234
Beaujon	421	216	121
Necker	198	89	94
Enfants-Malades	86	33	37
Saint-Antoine	148	78	52
Cochin	79	31	40
Sainte-Marguerite	133	66	48
Bon-Secours	147	78	43
Cliniques	33	23	8
Maison d'accouchement	2	1	»
Lourcine	25	8	10
Maison de Santé	85	46	25
Prison de Saint-Lazare	43	21	14
HÔPITAUX MILITAIRES.			
Invalides	83	49	16
Val-de-Grâce	483	126	261
Gros-Caillou	663	226	331
Hôpital militaire du Roule	378	185	95
Hôpital milit. Popincourt	142	77	»
Total,	7605	3895	2566

L'épidémie règne en ce moment avec une assez grande intensité à Versailles et à Corbeil. Notre correspondance nous apprend la triste nouvelle que, dans cette dernière ville, notre estimable confrère, M. le docteur Petit, bien connu des praticiens de Paris, a succombé hier à une violente attaque, ainsi que sa femme et son fils.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE. — M. BAUDENS.

Considérations générales sur les amputations des membres, considérées au point de vue des méthodes opératoires et des lieux d'élection.

(Premier article.)

Sur le champ de bataille aussi bien que dans les hôpitaux, deux espèces de procédés sont à la disposition du chirurgien quand il se trouve dans la triste nécessité de pratiquer l'amputation d'un membre; ce sont les procédés qu'on peut appeler de *rigueur* et de *choix*.

En thèse générale, on ne peut et on ne doit exclure de la pratique chirur[illegible] procédé opératoire, par la raison qu'on e[illegible]cé, par la nature de la lésion traumatique [illegible] laquelle on se trouve, de suivre un procédé qu'on n[illegible]érait pas dans un cas de lésion chirurgicale spontané[illegible]s exemples vont vous faire saisir la vérité du principe que [illegible]iens d'énoncer.

Un malade est atteint de tumeur blanche à l'articulation tibio-tarsienne, ou de toute autre lésion ne dépassant pas la partie moyenne de la jambe. L'amputation au lieu d'élection étant jugée nécessaire, il vous sera facultatif, en pareil cas, de la pratiquer par la méthode circulaire, par la méthode ovalaire, ou par la méthode à lambeaux. Voilà ce que j'appelle un *procédé de choix*.

Si maintenant un blessé est atteint à la jambe par un boulet qui dilacère et emporte les chairs de la partie postérieure ou de la partie antérieure de ce membre, force vous sera bien dans ce cas d'emprunter les parties molles destinées à recouvrir les os du moignon à la face antérieure du membre dans la première hypothèse, et à sa face postérieure dans la seconde. Alors vous serez obligé de suivre pour ainsi dire les vicissitudes de la blessure, à moins que, renonçant à une des lois chirurgicales à l'exécution de laquelle il ne faut jamais manquer, vous n'alliez amputer bien au dessous des limites du mal. Voilà ce que j'appelle un *procédé de rigueur*.

Plaçons-nous maintenant dans l'hypothèse dans laquelle on peut choisir un *procédé de choix*, et voyons quelle est la méthode à laquelle il faut donner la préférence.

Trois méthodes opératoires sont généralement employées pour l'amputation des membres :

1° La méthode circulaire;
2° La méthode ovalaire;
3° La méthode à lambeaux.

Je n'ai pas l'intention d'insister ici sur la description de ces trois méthodes opératoires, et sur celle des procédés nombreux qu'elles présentent. Mon but est d'appeler aujourd'hui votre attention sur une quatrième méthode, que j'ai le premier imaginée et mise en pratique; je veux parler de ma *méthode mixte*, ainsi que sur une importante modification que j'ai apportée à la méthode à lambeaux généralement suivie dans les hôpitaux et à l'armée.

Méthode mixte.

En 1830, lorsque nous débarquâmes à Sidi-Ferruch, un voltigeur de constitution athlétique fut blessé à la cuisse d'un coup de feu qui lui fractura comminutivement le fémur. Ce militaire nous fut immédiatement apporté à l'ambulance, et après avoir examiné avec attention les désordres occasionnés par le projectile, nous reconnûmes qu'il ne restait d'autre voie de salut à ce malheureux que l'amputation de la cuisse. L'opération fut confiée à un de nos collègues, homme d'une expérience et d'une habileté chirurgicales à toute épreuve.

Nous devons noter, avant d'aller plus loin, qu'indépendamment du volume énorme de la cuisse du blessé, la peau

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Infortunes de la médecine et de la pharmacie passionnelles. — Inconvénients du mariage des sages-femmes. — Opinion publique sur l'abus des permutations.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

La multiplicité des objets qui ont passé sous mes yeux m'ont empêché de vous entretenir des infortunes du citoyen D..., et de la citoyenne H..., infortunes bien dignes pourtant de l'intérêt de vos lecteurs.

S'il vous est arrivé quelquefois d'aller visiter l'hôpital du Midi, à l'heure de la consultation, vu avez certainement vu rôder autour de cet hôpital un ou plusieurs oiseleurs, qui font le guet avec vigilance, et qui jettent leurs filets dès qu'un malheureux pigeon blessé par l'amour vient à tomber sur la place de l'hôpital. Ce n'est pas toutefois à la vie de l'innocent oiseau qu'en veulent les oiseleurs; ils se contentent de ses plumes : il s'agit seulement de les lui arracher sans le faire crier. A cette fin, au lieu de brusquer la pauvre bête, ils lui font d'abord patte de velours, cherchent à lui persuader que l'hôpital du Midi n'est qu'un repaire de pièges et de vautours, un casse-cou d'où l'on sort toujours beaucoup plus malade qu'on n'y entre, quand on en sort, et qu'il n'y a de salut pour lui que dans une consultation de M. B... ou D..., grands guérisseurs brevetés de l'univers et de mille autres lieux. Le pigeon, surtout quand c'est un pigeon champêtre, donne volontiers dans ce piège; il se laisse conduire chez M... ou D..., qui procède sans plus tarder à la *plumaison* (puisqu'on dit tondaison, j'espère que vous me passerez le mot). M. B... surtout, blanchi dans une pratique dont il était presque le créateur, était un plumeur de première force, et même avant la découverte de l'éthérisation, jamais les malheureux oiseaux n'avaient poussé un cri pendant ni après l'opération. Les lauriers et les plumes récoltés par M. B... empêchaient M. D... de dormir; il résolut d'éclipser ou tout au moins de partager la gloire de son confrère.

Tout alla d'abord assez bien : une honnête moisson récompensa ses efforts. Mais un beau jour il tomba sur un pigeon trop sensible, et il le fit crier, tandis que par malheur la correctionnelle passait; or la correctionnelle qui protége souvent les vautours, protége aussi quelquefois les pigeons. Malheureusement pour M. D..., ce fut ici le cas. Les deux parties furent appelées devant la 6e chambre, où le pigeon, qui apparut sous les traits debonnaires et joufflus d'un jeune cultivateur de Chelles, s'expliqua en ces termes :

« Au mois de décembre dernier, je ressentis des douleurs fort vives. Me croyant atteint d'une grave maladie, j'avais essayé inutilement pendant plusieurs mois le traitement du docteur Charles Albert, qui fait annoncer dans les journaux qu'il guérit toujours. Moi, il ne me guérit pas du tout; alors je me résolus d'aller à l'hôpital du Midi. Je m'y présentai le 23 décembre dans la matinée; et comme j'attendais sur la place l'heure de la consultation, un individu âgé de vingt-cinq à trente ans m'aborda, et me demanda quel motif m'amenait à cet établissement. Sur ma réponse, il me dit que lui-même avait été atteint fort gravement de la même maladie, et radicalement guéri par un médecin qui avait été longtemps attaché à cet hôpital, et chez qui il me proposa de me conduire, ajoutant, pour m'y déterminer, que son frère était en traitement chez ce même médecin, et que, d'ailleurs, je ne serais pas reçu à l'hôpital, mon affection n'étant pas de celles que l'on y traitait. Il me mena alors chez le sieur D..., pharmacien, à la pharmacie du Sud, rue..., no..., et je vis que le pharmacien, à mon arrivée, lui remit une petite somme pour le rémunérer.

» Le sieur D..., après m'avoir fait expliquer sur ce que j'éprouvais, me dit qu'il se faisait fort de me guérir; que lui-même avait été employé pendant neuf ans comme médecin à l'hôpital du Midi, et que, par conséquent, il connaissait mieux que personne les maladies que l'on y traitait. Il ajouta que ma guérison serait obtenue dans un mois; que je devrais rester chez lui quinze jours, et que, pour le reste, je pourrais suivre mon traitement dans ma famille. En conséquence, il me fit placer dans une chambre dépendant de sa maison, et où il venait me visiter tous les jours. Il me tâtait le pouls, le front, et me prescrivait des médicaments. Ces médicaments étaient payés comptant au fur et à mesure qu'il me les fournissait, et je me rappelle entre autres des petites bouteilles de Rob qu'il me faisait payer 6 fr. la pièce. Ces dépenses étaient indépendantes du loyer de la chambre et des frais de nourriture.

» Je suis resté quatre ou cinq jours chez M. D..., et il était temps que j'en partisse, car, au moment de mon départ, je me sentais beaucoup plus mal qu'en y entrant. Heureusement, le 28 décembre, mon père est venu me chercher et m'a conduit à l'hôpital du Midi, où je suis entré aussitôt. Mais je n'y suis resté que deux jours, parce que M. Vidal, après m'avoir examiné, a reconnu que je n'avais pas la maladie que je croyais avoir.

M. le président. Avez vous revu l'individu qui vous avait conduit chez D...?

Le cultivateur. Le jour où je suis sorti de chez M. D..., et au moment où j'allais entrer à l'hôpital, j'ai revu cet individu sur la place même où j'avais été abordé par lui. Bien sûr que c'était son compère. »

Après ce discours naïf, M. le président demanda à M. D... s'il avouait avoir pratiqué la médecine; il était dit que toute prudence devait désormais abandonner l'infortuné pharmacien : au lieu de répondre tout simplement *non* à la question du président, il voulut se lancer dans une théorie médico-légale; il se bornait, dit-il, à donner des conseils; mais il ne *tâtait jamais le pouls*, ce en quoi consiste principalement, suivant M. D..., la pratique de la médecine. Sans respect pour cette théorie savante, messieurs de la correctionnelle ont condamné M. D... à trois mois de prison et 100 fr. d'amende. On dit que le plus content dans toute cette affaire est M. B..., qui écrase de ses dédains M. D..., et qui, en outre, va être pendant un mois maître du Champ fécond des Capucins.

— Le mois de mai ne devait pas être heureux pour la médecine *passionnelle*, comme dirait l'harmonien Fourier : pendant que le pharmacien D... exposait devant le tribunal sa théorie médico-légale, la citoyenne H..., portière de son état, et médecin par *attraction passionnelle*, expliquait devant la 8e chambre comme quoi sa *vocation médicale* lui avait fait découvrir *cent soixante-cinq* recettes parfaitement inconnues au vulgaire médico-pharmaceutique, et à l'aide desquelles la citoyenne H... guérissait infailliblement toutes sortes de maladies plus ou moins incurables, telles que le cancer, la paralysie, la goutte, la pierre, la migraine, le choléra, etc. La durée du traitement pour la guérison d'un cancer était de trois mois. Par malheur pour la citoyenne H..., elle ne paraît pas être aussi forte en pronostic qu'en thérapeutique : la dame B..., qui s'était confiée à ses soins pour se faire traiter d'un cancer, mourut avant le terme qui lui avait été assigné pour sa guérison. La famille de la dame B... crut voir dans cette mort un peu précipitée un effet des recettes de la citoyenne H..., et elle en informa messieurs de la 8e chambre, qui, pour atténuer un peu les conséquences que pour-

de ce membre était considérablement tendue, et que son élasticité était pour ainsi dire à bout. L'opérateur pratiqua l'amputation par la méthode de Dupuytren, dont il avait été le chef de clinique. Quand le premier temps de l'opération fut accompli, c'est-à-dire quand les chairs furent coupées jusqu'à l'os, et qu'on voulut faire rétracter en haut les téguments pour inciser la base du cône musculaire formé par la première incision, on ne put y parvenir, et cela pour deux raisons. La première, parce que la peau était énormément tendue; la seconde, parce que, l'enveloppe cutanée de la cuisse représentant un fourreau conique et ayant au niveau de l'incison 1 diamètre de 15 centimètre, par exemple, elle ne pouvait matériellement se rétracter pour aller recouvrir, deux pouces au-dessus, une masse musculaire de 17 à 18 centimètres de diamètre. On fut donc obligé de scier l'os; et quand l'opération fut terminée, la plaie qui en résultait n'était nullement infundibuliforme, et représentait presque identiquement celle qui aurait pu être faite par un coup de hache.

Ce fait fixa mon attention, et m'engagea à rejeter définitivement ce procédé de la méthode circulaire appliqué à l'amputation de la cuisse. Je pensai dès lors à l'amputation faite en trois temps par la méthode ordinaire, c'est-à-dire par l'incision isolée des téguments et par une double incision musculaire. En suivant ce procédé, je me trouvai encore en face de la même impossibilité quand je voulus faire rétracter les téguments. Nous devons dire ici que nos soldats, généralement vigoureux, sont pourvus d'un système musculaire très énergique; ce qui occasionne cette difficulté de rétraction qu'on n'observe pas lorsqu'on porte le couteau sur la cuisse amaigrie et presque régulièrement cylindrique d'un malade atteint de tumeur blanche à l'articulation tibio-fémorale.

Dès ce moment j'imaginai un méthode que je généralise aujourd'hui autant que possible, et qui réunit tous les avantages de la méthode circulaire et de la méthode à lambeaux, c'est ma *méthode mixte*. Elle se compose de trois temps. Dans le premier, je taille sur les deux faces opposées du membre deux petits lambeaux comprenant la peau et une légère couche du tissu musculaire; dans le second, je fais relever ces lambeaux par un aide, et j'incise circulairement les chairs jusqu'à l'os; dans le troisième, enfin, je pratique la section de l'os. De cette manière le fémur (quand j'opère à la cuisse) se trouve logé au fond d'un entonnoir musculaire très prononcé et matelassé de chaque côté par deux lambeaux musculo-cutanés, véritables coussinets doués d'une grande vitalité.

Un mot maintenant sur la modification générale que j'ai fait subir à la méthode à lambeaux.

Il est un point de vue sous lequel la question des amputations n'a pas été étudiée, point de vue qui est pourtant d'un intérêt capital; je veux parler de la position que l'amputé est obligé de garder dans son lit après l'opération (décubitus dorsal). Il résulte de ma pratique des hôpitaux et du champ de bataille que tous les procédés opératoires à lambeau postérieur sont défectueux et doivent être rejetés, tandis qu'il faut adopter les procédés à lambeau antérieur. Les lambeaux postérieurs, en effet, tendent par leur propre poids à abandonner les surfaces qu'ils recouvrent; de plus, l'angle qu'ils forment avec ces surfaces constitue un véritable cloaque, dans lequel viennent s'accumuler toutes les humidités, toute la suppuration de la plaie. C'est pour ces raisons que je condamne l'amputation partielle du pied par les procédés de Lisfranc et de Chopart; les lambeaux antérieurs au contraire tendent par leur propre poids à recouvrir la surface des moignons, et de plus la suppuration n'éprouve aucune difficulté à sortir complétement des plaies, puisqu'elle n'a pour cela qu'à suivre les lois de la pesanteur. Voilà le motif qui me font adopter exclusivement ma méthode à lambeau semilunaire antérieur, que j'applique aussi bien à la désarticulation du gros orteil qu'à l'amputation de la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale.

La pratique des opérations dans les hôpitaux ou sur le champ de bataille et la publication par le moyen de la presse sont les deux voies par lesquelles les chirurgiens peuvent faire connaître les découvertes qui leur sont propres. Longtemps nous n'avons pu recourir qu'au premier de ces moyens, et ce n'est que plus tard, après sept années de séjour en Afrique, qu'il nous a été donné d'employer le second.

Ici s'élève une question de priorité que nous ne devons pas passer sous silence, bien que nous n'y attachions pas une extrême importance. Nous pensons en effet qu'il serait fort difficile dans le monde scientifique de remonter à la priorité d'une idée, quelle que soit l'invention à laquelle elle s'applique. Aussi, dans le cas dont il s'agit, est-ce surtout la priorité de l'application que nous réclamons pour notre compte. Voilà pourquoi nous avons tenu fort peu de compte des réclamations qu'à plusieurs reprises M. Legros nous a adressées en termes assez aigres relativement à la priorité de l'idée de la méthode à lambeau semilunaire antérieur. M. Legros fait remonter à 1834 cette prétention à la priorité de la méthode dont il s'agit, méthode qu'il a seulement appliquée à l'amputation de la cuisse. Nous pourrions lui répondre par des faits de notre pratique qui remontent à 1830, et qui ont eu pour témoins, à Sidi-Ferruch, plus de deux cents officiers de santé de l'armée de terre et de la marine. Nous nous contenterons, pour en finir avec les prétentions de ce chirurgien, de le renvoyer à la thèse de M. Hello. (Paris, 1829, n° 258.) Il y verra qu'avant 1829 cette méthode opératoire a été appliquée à la cuisse par ce chirurgien, et probablement on pourrait, à l'aide de recherches bibliographiques, trouver des traces de ce mode opératoire avant l'époque que nous venons de citer. Notons cependant qu'il n'a été pratiqué avant nous qu'à la cuisse, et que le seul mérite que nous réclamons, c'est celui de l'avoir généralisé et employé dans tous les cas et sur tous les points du corps où il est applicable.

Quant à la méthode mixte, jusqu'à ce jour nous ne sachions pas qu'on nous ait contesté sérieusement la priorité de son idée et la priorité de son application; une foule de faits publiés dans ce journal en 1833 et dans notre *Clinique des plaies d'armes à feu* en 1836 établissent d'une manière suffisante nos droits à ce sujet, et nous dispensent de répondre plus longuement aux prétentions d'un de nos collègues pour lequel nous professons la plus grande estime, M. Sédillot, qui longtemps après nous est venu revendiquer pour lui une part de nos découvertes.

Après vous avoir entretenu des procédés opératoires que j'emploie journellement, je vais entrer dans quelques détails sur une des questions les plus litigieuses de la médecine opératoire : il s'agit du lieu d'élection dans les amputations.

Du lieu d'élection dans les amputations.

Il est de règle dans les amputations du membre supérieur de conserver le plus de parties possible à cause des usages importants qu'il est appelé à remplir; tandis que, le membre inférieur ayant besoin pour exercer ses fonctions de beaucoup plus de force que de souplesse, on a principalement en vue, quand il s'agit d'en retrancher une portion, la manière plus ou moins parfaite dont on pourra faire ultérieurement l'application de la prothèse.

Examinons maintenant d'une manière successive les lésions traumatiques de chacune des parties du membre inférieur et du membre supérieur, et voyons, suivant les cas, à quelle hauteur devront porter le couteau et la scie.

Des lieux d'élection au pied.

Il y a quelques années encore, on ne pratiquait que trois espèces d'amputations partielles du pied :

1° L'amputation simultanée des cinq doigts;
2° L'amputation tarso-métatarsienne (Lisfranc);
3° L'amputation médio-tarsienne (Chopart).

Quand les cinq doigts étaient le siége d'une lésion traumatique qui en rendait la conservation impossible, on les amputait dans leur articulation métatarsienne; rien de plus chirurgical, rien de plus logique. Mais dès que la lésion s'étendait aux métatarsiens, on pratiquait l'amputation de Lisfranc aussi bien pour un écrasement de leur extrémité phalangienne que pour un écrasement de leur diaphyse ou de leur extrémité tarsienne. Voilà qui cesse d'être logique, voilà qui est antichirurgical. Il en était de même pour les lésions du tarse si les cunéiformes étaient écrasés, broyés; sans s'inquiéter de l'intégrité du scaphoïde et du cuboïde, on plongeait le couteau dans la rainure astragalo-scaphoïdienne, et on pratiquait l'amputation partielle du pied par la méthode de Chopart. Eh bien! je me suis élevé contre cette manière antichirurgicale de procéder, et je crois avoir rendu un service réel à l'humanité en faisant varier au pied comme partout ailleurs le lieu d'élection; suivant la hauteur à laquelle remonte la lésion chirurgicale, je formule mon opinion à ce sujet par cet axiome : *Le lieu d'élection, c'est l'extrême limite du mal.*

Un mot maintenant sur la manière dont je procède dans les diverses lésions traumatiques du pied qui exigent l'ablation totale ou partielle de cette portion du membre pelvien.

A. *Premier cas.* — Si une cause traumatique détermine le broiement des cinq articulations métatarso-phalangiennes et n'intéresse les métatarsiens que dans une petite étendue (2 centimètres, par exemple), je taille un lambeau dorsal sur le pied; je relève ce lambeau, je porte un trait de scie transversal sur les métatarsiens, dont je n'enlève que 2 centimètres et demi, et je termine l'opération en taillant un lambeau palmaire, espèce d'*appoint* qui, venant à la rencontre du lambeau dorsal, forme une cicatrice linéaire, transversale et antérieure, qui se trouve par le fait de sa position à l'abri de toute pression de la part de la chaussure. Vous saisissez déjà l'immense avantage de ce procédé : il consiste à conserver les deux tiers postérieurs des métatarsiens, ce qui laissera au malade après sa guérison une base de sustentation très large, d'où plus de facilité dans la marche.

B. *Deuxième cas.* — Si la cause traumatique a atteint le métatarse obliquement de manière à ne briser qu'une portion du premier et du deuxième métatarsien en dedans, ou une portion du cinquième et du quatrième en dehors, je fais l'incision des parties molles de la même manière, et je retranche les parties osseuses par un trait de scie obliquement dirigé : dans le premier cas, de l'extrémité tarsienne du premier métatarsien vers le cinquième doigt du pied, et, dans le second, de l'extrémité tarsienne du cinquième métatarsien vers le gros orteil.

C. *Troisième cas.* — J'arrive aux lésions qui, siégeant très haut sur les métatarsiens, exigent pour tous les chirurgiens l'application du procédé de Lisfranc, c'est-à-dire l'amputation tarso-métatarsienne. Ici encore j'ai apporté deux modifications importantes à l'opération du chirurgien de la Pitié. La première de ces modifications a trait à la manière dont je taille le lambeau; la seconde à la conservation de la tête des quatre derniers métatarsiens, si elle a été respectée par la lésion.

J'ai proscrit, comme vous le savez, tous les lambeaux inférieurs, et je vous ai donné les motifs de cette proscription. Lisfranc condamnait mon procédé, parce que, disait-il, la cicatrice se trouvant à la partie inférieure du moignon pouvait être déchirée en appuyant sur la semelle de la chaussure. D'abord, il y avait erreur complète de la part de ce chirurgien relativement au siége réel de la cicatrice du moignon qui résulte de mon procédé opératoire; car, comme vous le savez, cette cicatrice, se trouvant à la partie antérieure du moignon, n'appuie absolument sur rien et se trouve placée dans le vide de la chaussure. En admettant maintenant qu'il ne se fût pas trompé sur le siége réel de cette cicatrice, ne pourrait-on pas faire à son procédé l'objection inverse et justement fondée cette fois, c'est que la cicatrice qui en résulte frotte

---

rait avoir la sévérité de leurs collègues de la 6e à l'égard du pharmacien D..., se contenteront de condamner l'inventive portière à 25 fr. d'amende, sans emprisonnement. Il est vrai que, le même jour, on condamnait dans la salle à côté, à dix ans de travaux forcés, un individu qui avait fabriqué un faux billet de commerce! Vous voyez que feu Azaïs a toujours raison.

— Vous avez certainement lu l'anecdote que la plupart des journaux quotidiens ont empruntée à l'*Abeille cauchoise*, et je ne songerais pas à vous la rappeler si elle n'intéressait d'une manière toute spéciale vos *confrères* les sages-femmes, la profession médicale et même la société tout entière. Voici donc le récit du journal normand :

« Il y a quelques jours, une sage-femme demeurant à D... fut appelée auprès d'une femme d'une autre commune, qui déjà deux fois avait reçu ses soins. La sage-femme, enceinte elle-même, se lève avec toute la précipitation que permet sa position, monte en cabriolet et arrive au bout d'une demi-heure à la maison de sa cliente.

» Mais, soit que sa grossesse fût véritablement arrivée à son terme, soit que le cahot de la voiture y eût aussi contribué, la sage-femme ne fut pas plus tôt entrée que les douleurs la surprirent et les deux femmes accouchèrent ensemble. Une vieille domestique, qui seule aida dans ce moment critique, plaça les enfants sur le même oreiller, et grande fut la frayeur des deux mères le lendemain... Salomon lui-même aurait vu sa sagesse échouer devant une telle cause.

» Fort heureusement qu'on s'aperçut que les enfants étaient de sexe différent, et que la vieille domestique se rappela que le premier venu était un garçon. »

Que cette anecdote soit vraie, ce n'est pas ce dont je voudrais me faire le garant, car nous voyons tous les jours qu'il y a des Gascons ailleurs que sur les bords de la Garonne. Mais il suffit qu'elle soit possible, et elle l'est, pour mériter l'attention sérieuse de tous ceux qui s'intéressent au progrès social; elle signale un fait qui pourrait avoir les plus fâcheuses conséquences pour les familles. Je sais d'ailleurs que l'on s'est déjà occupé dans une société médicale des mesures qu'il y aurait à prendre pour prévenir le retour d'un pareil événement. Quelques membres ont pensé qu'il suffirait d'adresser une circulaire à toutes les sages-femmes pour les engager à s'abstenir de pratiquer pendant le dernier mois de leur grossesse; ce moyen a généralement paru insuffisant. Deux membres, plus radicaux et plus sévères, ont tout simplement proposé d'imposer le célibat aux sages-femmes; mais un troisième a fait observer qu'à ce prix on ne trouverait pas dix aspirantes dans toute la France; un quatrième a fait des objections encore moins confraternelles, après lesquelles on s'est séparé, et la question est restée pendante.

— Je crois, mon cher confrère, que vous aurez tort dans la question des permutations; vous aurez seulement la consolation d'avoir tort avec tout le monde, car il y a à peu près unanimité dans le monde médical (chose rare) pour condamner le vote de la Faculté. — Ce qui m'étonne, me disait il y a quelques jours un homme parfaitement désintéressé dans la question, c'est de voir cette foule de jeunes médecins et chirurgiens qui aspirent au professorat, qui travaillent depuis longtemps dans une ligne déterminée, qui s'indignent de l'adoption de la permutation devant le premier venu qui veut les entendre, et qui ont bien raison de s'indigner, puisque cet abus peut bouleverser à un jour donné des projets fondés sur vingt ans de travaux; ce qui m'étonne, c'est que ces jeunes médecins et chirurgiens ne tentent pas une démarche quelconque, qu'ils n'adressent pas une demande au conseil de l'Université ou au ministre de l'instruction publique pour tâcher de faire prévaloir le droit sur l'injustice et les tripotages.

Cela est pourtant moins étonnant que vous ne le croyez, lui répondis-je, et vous allez le comprendre. Les médecins et les chirurgiens qui aspirent au professorat ont besoin pour y arriver de la voix des professeurs. Ceux qui prendraient l'initiative d'une démarche naturellement très contrariante pour les professeurs ne s'exposeraient-ils pas à perdre les bonnes grâces de ces derniers, et ne pourraient-ils pas se fermer à jamais ainsi une porte qui peut encore se rouvrir pour eux? Il y a évidemment danger pour les aspirants à attacher le grelot. Or, vous savez que dès qu'il y a danger :

> Ne faut-il que délibérer,
> La cour en conseillers foisonne;
> Mais s'agit-il d'exécuter,
> On ne rencontre plus personne.

Voilà pourquoi les professeurs en herbe, tout en s'indignant, et avec raison, de l'atteinte portée à leurs droits, accepteront sans mot dire la permutation, dont quelques-uns d'entre eux ne sont pas fâchés d'ailleurs de se réserver, au cas échéant, le bénéfice. Ils s'associeraient peut-être à une démarche qui partirait du corps médical tout entier, mais ils n'en prendront certainement pas l'initiative.

Puisque j'en suis sur la permutation, vous savez, mon cher confrère, mais vous avez oublié de le dire à vos lecteurs, que la décision en faveur de la permutation a été prise à la majorité de 16 voix sur 20; 2 voix ont été contre la permutation, et 2 se sont abstenus. Cette majorité impose à bien des gens, et l'on ne s'attendait pas à un pareil accord de la part de la Faculté. Quant à moi, si je m'étonne de quelque chose, c'est que l'accord n'ait pas été plus grand encore. Les permutations sont évidemment un privilége pur et simple, sans le moindre titre onéreux. Pourquoi les professeurs iraient-ils se priver de gaieté de cœur de ce privilége, dont il peut leur prendre fantaisie d'user au premier jour? Evidemment on ne peut pas exiger que des hommes s'exécutent eux-mêmes; et il a fallu que le conseil renfermât quatre vertus plus qu'antiques pour qu'on ait pu rencontrer dans l'urne deux boules noires et deux boules blanches.

Ne pensez-vous pas du reste que cette considération aurait pu être de quelque poids auprès du ministre et du conseil de l'Université si elle avait été jointe à toutes celles que vous avez déjà fait valoir? S'il en est temps encore, pourquoi ne feriez vous pas un appel à l'énergie de la jeune génération médicale? Quand une protestation n'aurait d'autre résultat que de manifester l'opinion du corps médical sur l'abus des permutations, ce serait déjà avoir beaucoup fait pour le déraciner. X...

NOUVELLES.

L'Académie médico-chirurgicale de Ferrare a mis au concours le sujet suivant : « Monographie de la fièvre typhoïde. » Le prix est une médaille d'or de la valeur de 100 écus romains (536 fr). Une médaille d'argent sera décernée à l'auteur du mémoire qui se sera rapproché le plus des conditions requises.

— On lit dans le voyage du fameux géographe Erman que, se trouvant à Bérésov en Sibérie au moment où on exhumait le corps du prince Menchikof, premier ministre de Pierre Ier, il constata que la caisse sépulcrale et tout ce qu'elle renfermait étaient dans un parfait état de conservation. Cette caisse avait séjourné dans la glace durant l'espace de 92 ans. Le drap qui enveloppait le cadavre du prince a été envoyé à sa famille, ainsi que son cœur et les autres parties du corps.

réellement contre la partie supérieure de la chaussure.

Quand la lésion traumatique me force à remonter jusqu'à l'articulation tarso métatarsienne, je désarticule seulement le premier métatarsien, et, si l'extrémité articulaire des quatre derniers doigts est saine, je porte un trait de scie transversal au-dessous de cette extrémité articulaire, et de cette manière je laisse intactes quatre articulations importantes. Cette méthode m'a fourni plusieurs succès.

D. *Quatrième cas.* — Si les trois cunéiformes et la portion du cuboïde contiguë au métatarse sont brisés, au lieu de pratiquer l'amputation de Chopart proprement dite, j'ouvre l'articulation du scaphoïde avec les trois cunéiformes, et je scie transversalement le cuboïde à sa partie moyenne.

E. *Cinquième cas.* — Si le scaphoïde, le cuboïde et les trois cunéiformes doivent être enlevés, je pratique l'amputation de Chopart avec un lambeau semi-lunaire antérieur.

F. *Sixième cas.* — Si le calcanéum et la partie inférieure de l'astragale sont malades, je fais l'amputation du pied en conservant, à l'aide d'un trait de scie transversalement porté au niveau du sommet des malléoles, la portion trochléenne de l'astragale.

G. *Septième cas.* — Quand je ne puis pas conserver cette portion de l'astragale, je pratique l'amputation tibio-tarsienne par le procédé que j'ai imaginé, opération dont on essaie vainement de me contester la propriété scientifique, comme j'espère vous le prouver dans ma prochaine leçon.

On pourra peut être objecter qu'il y a une grande difficulté à préciser ainsi la juste limite du mal : cette objection serait sérieuse si elle s'appliquait aux méthodes ordinaires; elle disparaît quand on a recours au lambeau semi-lunaire antérieur que nous préconisons. En effet, ce lambeau se compose de la peau, du tissu cellulaire sous cutané, des parties tendineuses et musculaires, en un mot de tous les tissus qui masquent les os du pied, de telle façon que lorsqu'on le relève ces os se trouvent à découvert et susceptibles d'être examinés avec l'œil et les instruments comme s'ils venaient d'être soumis à une dissection spéciale; dès lors rien de plus facile que de préciser le diagnostic. Docteur SERRIER,

Médecin adjoint au Val-de-Grâce.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL D'AVIGNON.

Documents pour servir à l'histoire de la taille et de la lithotritie,

Par M. PAMARD, chirurgien en chef.

(Suite et fin du numéro précédent.)

Tailles précédées de tentatives de lithotritie.

OBS. X. — Le jeune Bellon (Agricol), d'Avignon, âgé de 8 ans, entra à l'hôpital le 27 mars 1845, présentant tous les signes rationnels d'un calcul vésical. Le cathétérisme me fit reconnaître l'existence d'un calcul peu volumineux; et, cédant aux vœux des parents, je consentis à faire la lithotritie, contre mon habitude; car je préfère la taille chez les enfants. Après avoir préalablement dilaté le canal, qui était assez étroit, surtout au méat urinaire, j'introduisis un lithotriteur à percussion d'un petit calibre, celui de M. Heurteloup, modifié par M. Charrière; je saisis immédiatement le calcul, dont je brisai un fragment assez volumineux qui fut rendu dans le bain où je plaçai immédiatement l'opéré.

L'opération fut rapide; pourtant le malade, qui était indocile, faisait des mouvements qui occasionnaient des douleurs tellement vives, que je crus devoir proposer aux parents de délivrer leur enfant par la taille, qui me paraissait présenter moins d'inconvénients que la lithotritie. Cette proposition fut acceptée, et le 18 avril 1845, je pratiquai la taille.

L'opération fut exécutée rapidement; elle ne présenta rien à noter; elle fut suivie d'une prompte guérison.

Si on en juge par les plaintes du patient, on doit conclure qu'il a moins souffert pendant cette opération que dans une seule séance de lithotritie; pourtant, le calcul avait été saisi rapidement, sans qu'on eût été obligé de faire des recherches longues et pénibles, et le broiement n'avait pas exigé de longs efforts. Je conserve le calcul extrait et le fragment rendu après le broiement; le calcul pèse 5 grammes, et les détritus rendus après la lithotritie, 1 gramme 50 centigrammes.

OBS. XI. — Mademoiselle Pascal Marie, âgée de 17 ans, des Angles (Gard), porte depuis ses premières années un calcul qui lui cause des douleurs horribles, qui ont toujours été en augmentant. Elle a d'abord caché ses souffrances à ses parents, enfin elle les a avouées; mais, par un sentiment facile à comprendre, elle ne pouvait pas se décider à se laisser examiner; enfin on surmonta ses répugnances, et elle se décida à se laisser sonder par M. le docteur Salomon, médecin de la famille; il reconnut immédiatement la présence d'un calcul qu'il crut ne pas être volumineux; il conseilla d'avoir recours à la lithotritie, et la malade me fut confiée.

Le 19 mai 1847, en présence de MM. les docteurs Salomon père et fils, du docteur Touzet, etc., je procédai à l'opération. La malade fut éthérisée, et j'obtins un sommeil complet.

J'introduisis facilement un lithotriteur de M. Heurteloup, d'un gros calibre (n° 3), et je reconnus immédiatement que j'avais affaire à un gros calcul; car lorsqu'il fut saisi, l'échelle marquait quatre centimètres. L'instrument se développait dans la vessie avec assez de difficultés; j'opérai le broiement à trois différentes reprises, sans que la malade témoignât la moindre douleur; lorsqu'elle se réveilla, elle déclara n'avoir rien ressenti; elle croyait, dit-elle, qu'elle était à l'église avec son père.

L'opérée fut immédiatement placée dans un bain, où elle rendit des fragments de calcul; elle en rendit aussi de volumineux dans son vase de nuit, et une quantité notable de détritus.

Nous fîmes, à quelques jours d'intervalle, deux nouvelles séances de broiement; chaque fois le calcul fut saisi et broyé, mais nous acquîmes la certitude, par l'écartement des mors, qu'il conservait encore un volume considérable. Des fragments en grand nombre furent rendus, et lorsqu'ils étaient assez volumineux, leur émission était accompagnée de douleurs assez vives; pendant ces deux dernières séances, la malade témoignait de vives douleurs, elle criait, elle s'agitait; elle se refusait d'ailleurs à l'éthérisation, prétendant avoir éprouvé, la première fois, un étouffement qu'elle trouvait insupportable.

Nous aurions cru imprudent, vu le volume du calcul, de vouloir persister dans la lithotritie pour délivrer la malade; nous proposâmes à la famille la taille qui fut acceptée; nous la pratiquâmes le 25 juin 1847.

Nous adoptâmes le procédé improprement attribué à Dubois, et qui, selon Paré, appartient à Laurent Collot: l'incision directement en haut, que nous fîmes avec le lithotome de frère Côme, ouvert au n° 15. Comme le calcul avait été brisé dans différentes séances de lithotritie, nous fûmes dans la nécessité d'introduire à plusieurs reprises les tenettes dans la vessie pour la débarrasser de tous les fragments qu'elle contenait; le plus volumineux avait quatre centimètres de diamètre dans sa plus grande étendue; ce qui vient nous apporter la preuve que nous ne nous étions pas trompé sur l'appréciation du volume du calcul dans la tentative de lithotritie. Les fragments qui avaient été rendus après cette opération pesaient 7 grammes, et ceux que nous enlevâmes par la taille atteignaient le poids de 26 grammes. Les suites de l'opération furent des plus heureuses, car le vingtième jour la malade put monter en voiture et venir me voir à Avignon; elle était entièrement guérie.

Nous le demandons à tout homme de bonne foi: ce résultat n'est-il pas infiniment préférable à celui que nous aurions dû à la lithotritie, qui aurait exigé peut-être quinze ou vingt séances, qui toutes auraient été presque aussi douloureuses que la taille, et qui auraient exposé à une cystite probablement mortelle.

Nous arrivons à un fait où l'emploi des instruments lithotriteurs a été absolument impuissant, et où nous avons dû avoir recours à la taille.

OBS. XII. — Mademoiselle Marie Maillet, âgée de 30 ans, de Malaucène (Vaucluse), s'était introduit, un mois auparavant, un porte-plume dans le canal de l'urètre, qu'elle avait laissé échapper, et qui était tombé dans la vessie. Elle fut sondée par M. Waton, médecin instruit de Vaison, qui reconnut l'existence du corps étranger et l'engagea à le faire extraire. Elle vint nous consulter, et nous fit, non sans peine et après beaucoup d'hésitation, l'aveu de sa faute. Le cathétérisme nous fit reconnaître la présence et la nature du corps; nous essayâmes, mais en vain, à l'aide du lithotriteur de M. Heurteloup, de l'extraire; nous le saisîmes immédiatement, mais lorsqu'on cherchait à l'extraire au dehors, on sentait une résistance invincible, accompagnée de violentes douleurs. Il était évident que le corps étranger, de forme longue, s'était placé en travers, et que ses deux extrémités appuyaient sur les parois latérales de la vessie; et qu'on éprouverait probablement des difficultés insurmontables à le faire changer de direction (1). Nous proposâmes l'extraction du corps à l'aide de la taille, elle fut immédiatement acceptée. Le 19 juin 1847, après avoir obtenu par l'éthérisation une insensibilité absolue, j'introduisis un lithotome que j'ouvris au n° 15, et j'incisai directement en haut. J'introduisis l'indicateur de la main gauche, qui me fit reconnaître que j'avais eu raison de penser que le corps occupait la direction transversale; je le fis basculer de façon à l'amener dans la direction longitudinale; ce même doigt me servit de conducteur pour des pinces à polypes à l'aide desquelles je pus extraire sans difficulté le corps hors de la vessie. Il était enduit, presque dans toute son étendue, d'une incrustation de phosphate calcaire; on voyait une dépression sur le point où il avait été saisi par l'instrument lithotriteur, il avait 8 centimètres de long, et pesait 3 gram.

Jamais opération de cette gravité ne fut suivie d'un succès plus rapide; huit jours après la malade était guérie, et elle put retourner chez elle sans conserver la moindre trace de la maladie cruelle qu'elle s'était procurée.

La taille, dans ce cas, n'a-t-elle pas offert une prééminence évidente sur la lithotritie? Ce qu'il y a de surprenant, c'est que, peu de temps après cette opération, je lisais dans le *Bulletin de l'Académie* (n° du 15 juillet 1847), un fait parfaitement identique à celui dont je viens de tracer l'histoire, qui ne diffère que par le sexe du malade; car, relativement au résultat, on y voit, comme chez ma malade, les instruments lithotriteurs impuissants, et la taille procurant la guérison.

Lithotritie.

OBS. XIII. — M. Philly (Pierre), d'Avignon, âgé de 68 ans, souffrait depuis longues années de la pierre; d'un caractère triste, pusillanime, il n'avait jamais voulu se décider à aucune opération.

Cependant, ces douleurs devenaient plus cuisantes, la santé générale s'altérait, ses urines présentaient un dépôt glaireux fétide. Il se décida à se faire lithotritier, et il s'adressa à nous. Le 25 janvier 1832, après avoir préalablement calmé le malade par des bains, des boissons rafraîchissantes, nous procédâmes au broiement; nous adoptâmes les instruments de M. Civiale, qui étaient, à cette époque, les plus répandus et mis généralement en usage. C'était la première fois que nous faisions la lithotritie.

L'introduction des instruments ne présenta aucune difficulté, mais il n'en fut pas de même pour saisir la pierre; elle était volumineuse, la vessie était rétrécie et d'une sensibilité très grande; aussi les branches de la pince éprouvaient-elles de la difficulté à s'écarter assez pour que le calcul fût saisi; nous y parvînmes pourtant, et nous pûmes le fixer d'une manière solide et le soumettre à l'action du foret, que nous fîmes agir sur plusieurs points, en relâchant le calcul et lui imprimant de légers mouvements de rotation.

Nous ne crûmes pas devoir prolonger au delà de huit minutes cette première séance. Du détritus en assez grande quantité fut rendu le jour même, et le lendemain, le malade était assez bien; mais deux jours après, il se manifesta de la sensibilité et de la tension dans le bas-ventre, de la difficulté dans l'émission des urines. L'introduction d'une sonde nous donna la conviction que ce dernier accident ne provenait pas de l'introduction d'un fragment qui se serait arrêté dans l'urètre.

Des sangsues en grand nombre furent appliquées, des bains, des lavements, des boissons et des applications calmantes furent prescrits, mais rien ne put arrêter le développement de l'inflammation de la vessie; l'état du malade fut toujours en s'aggravant, et il succomba le 26 février, un mois après la première séance de lithotritie dont nous avons parlé. Quoique les accidents ne se soient manifestés que le troisième jour, et que la mort ne soit arrivée qu'au bout d'un mois, nous ne croyons pas qu'un seul praticien puisse méconnaître qu'ici la lithotritie a été la cause de la mort.

A l'autopsie, nous trouvâmes le calcul réduit en nombreux fragments; on put acquérir la preuve qu'il était volumineux, comme nous l'avions présumé: il pesait, en y comprenant les fragments rendus après la lithotritie, 52 grammes; le noyau portait encore une empreinte du foret; la muqueuse de la vessie était rouge, ramollie et recouverte d'une couche d'un mucus purulent ayant l'aspect d'une pseudo-membrane; le péritoine n'était pas resté étranger à l'inflammation, il était pointillé de rouge; l'abdomen était tendu par des gaz qui avaient fatigué le malade pendant tout le temps de sa maladie.

OBS. XIV. — M. Rossy, inspecteur des contributions directes à Orange (Vaucluse) (nous ignorons les antécédents de la maladie), fut soumis à la lithotritie, qui fut faite par M. Alexandre Jourkoski le 3 octobre 1841. Nous ne pouvons pas donner de détails sur la manière dont fut exécutée l'opération, nous n'y assistions pas; nous sûmes seulement qu'on avait employé les instruments à percussion, et d'après ce que nous connaissons du mérite du praticien, nous avons lieu de croire qu'il ne fut pas fait de fausses manœuvres.

Le 5 octobre, deux jours après l'opération, nous fûmes appelé auprès du malade; il avait une fièvre vive, la peau était brûlante, tout l'abdomen était tendu et douloureux, l'émission des urines était difficile. Le cathétérisme nous fit reconnaître la présence du calcul, et débarrassa la vessie d'une quantité notable d'urine qui s'y était accumulée, à cause des difficultés extrêmes que le malade avait pour la rendre; il ressentait de vives douleurs à la vessie, et me demandait à grands cris de l'en débarrasser par quelque opération que ce fût. Comme on le pense bien, je n'en proposai aucune; je me bornai à des calmants et des anti-phlogistiques, mais sans espérer de bons effets, car l'état du malade me parut désespéré.

Le lendemain 6 octobre, le malade mourut dans la journée.

Ici, la mort a été si évidemment et si promptement le résultat d'une seule séance de lithotritie, que nous ne pensons pas que les admirateurs les plus passionnés de cette méthode puissent le méconnaître. Nous avons fait pour la lithotritie comme pour la taille; nous avons commencé par les cas malheureux, nous allons maintenant faire connaître ceux où nous avons eu à nous en louer.

OBS. XV. — Etienne Béranger, âgé de 16 ans, de Tarascon (Bouches-du-Rhône), souffrait depuis environ un an. Nous le sondâmes, et nous reconnûmes une pierre petite; nous proposâmes la lithotritie, qu'il adopta avec plaisir.

Le 5 mars 1832, nous procédâmes à l'opération à l'aide des instruments de M. Civiale, munis d'un foret à éclatement de M. Rigal. L'introduction en fut facile, et la pierre fut promptement saisie. Nous fîmes agir le foret, qui divisa en de nombreux fragments le calcul qui était petit et friable. Le malade ne laissa pas que de témoigner d'assez vives douleurs, surtout pendant la recherche du calcul; mais après, il ne souffrit plus. Nous le fîmes placer dans un bain, où il rendit assez de détritus; dans la nuit, il en rendit encore une plus grande quantité dans son vase de nuit; il s'y trouvait des fragments assez volumineux, dont quelques-uns avaient causé une vive douleur lors de leur passage dans l'urètre: tout ce détritus réuni pesait 3 grammes.

Le lendemain matin, le malade n'avait plus aucune douleur; à dater de ce jour, il ne souffrit plus. Nous le sondâmes les jours suivants à deux reprises, et l'examen le plus attentif ne nous fit rien reconnaître dans la vessie. Il était évident que le malade était guéri.

Certainement, si la lithotritie avait toujours de pareils résultats, ce serait la plus belle des opérations.

OBS. XVI. — M. Jean Alamaric, âgé de 82 ans, était un homme pusillanime, douillet, qui souffrait depuis longues années, et qui jamais n'avait osé se décider à aucune opération, pas même à se laisser sonder; enfin il y consentit, et nous rencontrâmes plusieurs calculs qui nous parurent durs et résistants, car ils donnaient un son très distinct. La lithotritie était la seule opération proposable chez un homme de ce caractère; elle fut acceptée, et nous fîmes une première séance le 25 février 1833: nous employâmes, cette fois, les instruments à percussion de M. Heurteloup. Le canal était

(1) Nous publierons prochainement une observation d'un de nos honorables confrères de Paris, avec des réflexions qui donnent les moyens d'éviter l'accident ou les obstacles qu'a éprouvés dans ce cas M. Pamard. (*Note du Rédacteur.*)

très large; l'introduction fut facile, et nous saisîmes rapidement un calcul assez volumineux, gros comme un œuf, qui opposa en effet assez de résistance à l'action de l'instrument lithotriteur : nous parvînmes pourtant à en effectuer le brisement. Le malade poussait de longs gémissements; il ne nous paraissait pourtant pas beaucoup souffrir. Il rendit immédiatement assez de détritus.

Quatre jours après, une seconde séance eut lieu, suivie des mêmes résultats, et nous fûmes obligé d'en faire quatorze pour débarrasser complétement le malade. Il ne fut guéri qu'à la fin d'octobre; son traitement dura donc quatre mois, et j'avouerai qu'il fut accompagné de circonstances qui souvent me donnèrent de l'inquiétude. Plusieurs fois les séances de lithotritie furent suivies d'un accès de fièvre violent; aussi plus elles se renouvelaient, plus elles répugnaient au malade, plus il prétendait souffrir. Enfin, un jour nous fûmes assez heureux pour pouvoir lui dire que nous ne trouvions plus rien dans la vessie; la disparition des douleurs vint confirmer notre diagnostic, et, malgré son grand âge, M. Alamaric fut rendu à la santé.

On ne saurait ici, malgré les longueurs et les difficultés dont a été entourée cette opération, méconnaître que nous avons dû à la lithotritie un beau résultat. Les détritus rendus, et que nous pûmes recueillir, pesaient 29 grammes; mais nous pensons que le malade, peu soigneux, en a égaré une assez grande quantité.

Obs. XVII. — M. Bauchon, âgé de 22 ans, de Bollènes (Vaucluse), souffrait depuis plusieurs années; il portait un calcul unique peu volumineux; la santé générale était bonne. Le 9 mai 1840, nous fîmes une première séance de lithotritie avec les instruments à percussion de M. Heurteloup, suivie de trois autres séances; il ne survint aucun accident, et le malade retourna chez lui le 9 juin, un mois juste après son arrivée, parfaitement guéri. Il rendit des détritus de calcul pesant 6 grammes.

Obs. XVIII. — M. Achille Assieri, âgé de 22 ans, de Cébagola (Corse), offre un cas analogue. Première séance, le 21 mars 1842. Calcul d'un volume moyen, mais peu friable; instruments à percussion; guéri le 19 avril après cinq séances. Nous avons recueilli 15 grammes de détritus.

Obs. XIX. — M. Pierre Ricard, âgé de 17 ans, d'Avignon, fut aussi heureux que les deux malades qui précèdent. Le 15 février 1843, nous introduisîmes pour la première fois les instruments à percussion; seulement, le canal étant assez étroit, nous éprouvâmes une notable résistance, et le malade accusa des douleurs assez vives pendant tout le temps que dura l'opération. Heureusement le calcul était petit et très friable; c'est le plus mou que nous ayons rencontré. Les fragments recueillis pèsent 10 grammes, et nous ne fûmes obligé d'y revenir que quatre fois à quelques jours d'intervalle; car chaque séance était suivie d'un accès de fièvre intense, ce qui n'empêcha pas la guérison d'être obtenue dans l'espace d'un mois.

Obs. XX. — M. Marchand, âgé de 25 ans, de Borey (Haute-Saône), souffrait depuis plusieurs années de la pierre. Il s'était fait sonder, nous dit-il, à Lyon, par M. Pétrequin, qui eu avait reconnu l'existence; mais il n'avait jamais pu se décider à aucune opération. Enfin il se décida, et nous demanda la lithotritie. Comme rien dans son état ne s'y opposait, si ce n'est pourtant le volume du calcul qui nous parut assez considérable, nous y consentîmes, et, le 14 janvier 1844, nous fîmes une première séance.

L'échelle de l'instrument à percussion nous donna 35 millimètres; nous pûmes immédiatement effectuer le brisement, qui opposa pourtant assez de résistance, laquelle devenait d'autant plus forte que nous approchions davantage du centre de la pierre. Nous dûmes laisser reposer le malade, qui fut assez fatigué de cette première séance, et qui éprouva de vives douleurs causées par un fragment qui s'était engagé dans l'urètre et que nous fûmes obligé d'y aller chercher avec la pince à trois branches; nous pûmes pourtant revenir à de nouvelles tentatives de broiement six jours après la première séance, qui nous donna des résultats avantageux. Nous n'en fûmes pas moins obligé d'y revenir à neuf reprises différentes, ce qui ne laissait pas de fatiguer le malade et de lui causer des douleurs assez vives; nous parvînmes pourtant à débarrasser complétement la vessie; mais le traitement n'exigea pas moins de deux mois : la guérison n'en fut obtenue que le 11 mars.

Le calcul ne pesait pas moins de 39 grammes. En examinant avec soin le détritus, on voit facilement qu'il était formé de deux couches superposées, dont la plus externe était molle, friable et composée de phosphate de chaux, et la plus interne dure, cassante et composée d'acide urique.

Si on considère la durée du traitement, les douleurs dont furent accompagnées les nombreuses séances qui furent nécessaires, l'obligation où nous fûmes d'aller chercher un fragment avec les pinces de Hunter, ce qui ne laissa pas d'être assez douloureux, il est permis de se demander si dans ce cas la lithotritie a présenté beaucoup plus d'avantages que la taille.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil rétrospectif sur les nombreuses observations que nous venons de faire connaître, on y verra que, sur soixante opérations faites par mon père, sans distinction d'âge ni de sexe, il n'a perdu que cinq malades, ce qui donne une proportion de un sur douze. On remarquera que je suis arrivé exactement au même résultat : sur douze malades, dont neuf ont été taillés immédiatement, j'en ai perdu un, et sur trois, chez lesquels la taille a été précédée de tentative de lithotritie, je n'en ai pas perdu un seul; ce qui donne ainsi, sur douze taillés, un mort.

Relativement à la lithotritie, j'ai été bien moins heureux, car sur huit opérations, dont sept ont été faites par moi et une par un autre opérateur, deux malades sont morts; ce qui donne une proportion de un sur quatre, et encore dois-je dire, pour rendre hommage à la vérité, qu'elle s'est montrée entre mes mains trois fois impuissante, ou du moins accompagnée d'inconvénients tels que j'ai dû l'abandonner pour recourir à la taille à qui j'ai dû le succès. Je sais qu'on va me dire que si j'ai eu aussi peu à me louer de cette méthode, c'est que je n'ai pas su l'employer. C'est un reproche qu'on a aussi adressé à mes plus illustres maîtres, MM. Roux et Velpeau. Je dirai cependant que cela témoigne peu en faveur de la sécurité de la lithotritie; car si de tels hommes rencontraient des difficultés insurmontables dans l'exécution d'une opération quelconque, on pourrait en conclure assez légitimement que le procédé est mauvais.

Une question que je ne veux pas omettre est celle relative aux chances de récidives auxquelles sont exposés les malades. On a vu dans les observations de mon père que, sur cinquante-six malades opérés, cinq ont offert des cas de récidive.

Je dois joindre à ces cinq observations celle qui m'est propre de M. Baldy, de Nîmes, où je trouvai un calcul formé dans le tissu même du périnée.

Au total, sur soixante-douze opérations, on trouve six cas de récidive. Nous serions bien désireux de savoir si, sur un pareil nombre d'opérés par la lithotritie, on ne trouverait pas un plus grand nombre de rechutes.

(*Revue médico-chirurgicale.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 juin 1849. — Présidence de M. Boussingault.

M. Piorry annonce qu'il a injecté ce matin près de deux litres d'eau dans la vessie d'un cholérique, 60 grammes par 60 grammes; l'absorption du liquide s'est opérée, et l'état du malade est devenu infiniment meilleur. L'avenir apprendra, dit M. Piorry, quel espoir on peut fonder sur ce moyen d'ailleurs très rationnel.

M. Conté de Lévignac dit avoir retiré les meilleurs résultats de la potion suivante, qu'il croit pouvoir appeler potion anticholérique :

Sulfate de quinine.	2,» »
Iodure de fer.	1,» »
Eau distillée.	100,» »
Sirop de gomme.	30,» »

Mêlez.

D'abord deux cuillerées à bouche, puis une cuillerée d'heure en heure.

Quand les vomissements ont cessé ainsi que la diarrhée, et que la réaction est établie, on donne de l'eau froide ou à la glace, et on modifie la potion en réduisant à un gramme le sulfate de quinine.

Correspondance.

M. Rochoux nous adresse la lettre suivante au sujet de la séance de l'Académie de Médecine du 29 mai dernier :

Monsieur et très honoré confrère,

Tout mauvais cas est niable, dit-on, je ne sais trop pourquoi, comme s'il ne valait pas mieux avouer une bonne fois sa faute et s'en repentir. On trouvera par conséquent tout naturel qu'à la faveur de ce singulier droit M. Velpeau se défende d'avoir attaqué la lithotritie et prétende que sa fameuse prédiction de 1835 condamnait seulement les abus, les mauvaises applications de cette belle invention et non l'invention elle-même. Mais si les partisans de la nouvelle opération avaient compris en ce sens le jugement porté par le président actuel, tous y auraient volontiers souscrit, car personne parmi eux n'a jamais voulu, ne veut et ne voudra jamais patronner les abus d'un procédé opératoire quelconque. Si donc je me suis trompé en considérant le prophétique rapport comme dirigé contre la lithotritie, mon erreur a été celle de tout le monde, et cette circonstance atténuante me rendrait jusqu'à un certain point excusable. On va voir cependant que je puis me dispenser d'en invoquer le bénéfice.

Après avoir condamné, à l'occasion des cinq opérations pratiquées par M. Le Roy-d'Etiolles, la lithotritie chez les enfants, le prédisant rapporteur continue son œuvre d'appréciation en ces termes :

« Oserai-je ajouter que, dans son ensemble, le broiement de la » pierre mérite infiniment moins d'éloges qu'on ne lui en accorde » généralement aujourd'hui. Les esprits sont trop prévenus en sa » faveur; ses prétendues merveilles et le prestige dont on a su les » entourer ont trop complétement ébloui le public et la plupart des » médecins pour qu'on puisse maintenant le réduire à sa juste va- » leur. Peut-être même le peu de mots que je viens de hasarder » ont-ils déjà indisposé contre moi quelques hommes consciencieux. » Cependant, étonné de nos illusions, la postérité n'hésitera pas, ou » je me trompe fort, à porter sur cette invention un jugement en- » core plus sévère que le mien. » Quel est ce jugement? Le voici :

« Il y avait une première manière d'apprécier la valeur relative » de la lithotritie, c'était de voir s'il succombe positivement moins » de calculeux depuis qu'avant son invention. Mais personne n'a » daigné s'engager sur ce terrain. Le travail de M. Blandin, qui » seul l'a osé, prouve déjà que sous ce point de vue l'expérience » témoigne en faveur de la taille. »

Ce n'est pas tout : l'illustre rapporteur s'attache ensuite à montrer que la préférence accordée étourdiment par beaucoup de monde à la lithotritie tient à cette crainte déraisonnable de la douleur, des instruments tranchants, des opérations sanglantes qui porte, à leur grand détriment, tant de personnes à préférer au bistouri les caustiques, la compression, le *cura famis*, pour se délivrer d'un cancer. Enfin, croyant son opinion solidement établie, il la confirme en disant d'elle : « Convaincu que l'avenir la justifiera, je n'ai pas craint » de l'émettre et de venir en prendre acte devant l'élite de la mé- » decine française dix ans plus tôt qu'il ne faudrait pour la faire adop- » ter complétement. »

Si c'est là attaquer seulement les abus de la lithotritie, si ce n'est pas plutôt la combattre elle-même au fond, j'avoue naïvement ne rien comprendre à la langue que je parle depuis quelque soixante ans, et, comme châtiment de mon obtusion d'intellect, j'offre au président de l'Académie de médecine de me soumettre à toutes les réparations qu'il lui plaira de m'imposer, fût-ce l'amende honorable faite suivant l'ancien usage devant le parvis Notre-Dame, pieds nus, en chemise, la corde au cou et un cierge à la main. Plus rien n'ai maintenant à dire; mon sac est vidé.

Agréez, etc. Rochoux.

1er juin 1849.

M. Michel Fodera, professeur de physiologie, connu par plusieurs travaux de science expérimentale, vient de mourir à Palerme, sa patrie, à l'âge de 56 ans.

— Aux îles Sandwich, la miliaire a enlevé plusieurs milliers d'individus. La mortalité continue toujours avec intensité.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 7 JUIN 1849. (22e ANNÉE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 66.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois
PARIS.	24 FR. —	13 FR. —	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR. —	14 FR. —	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR. —	16 FR. —	9 FR.

PARIS, 6 JUIN 1849.

Marche du choléra.

L'épidémie a encore fait des progrès considérables depuis notre dernier bulletin. La journée de dimanche avait fourni 208 entrées dans les hôpitaux et hospices civils; les deux suivantes ont donné des chiffres beaucoup plus élevés; savoir :

La journée de lundi. . .	295 entrées,	112 décès.
La journée d'hier (mardi).	277	137

Le nombre des décès ne s'est pas heureusement accru en proportion de celui des attaques; la journée de dimanche avait compté 131 décès, et l'on voit que, pendant les deux derniers jours, la mortalité a été un jour inférieure et un jour à peine supérieure à ce chiffre.

L'administration, toujours opiniâtre dans son système de silence, refusant de communiquer le chiffre de mortalité dans la ville, nous n'avons pu nous procurer le chiffre exact de celle mortalité pour les journées de lundi et de mardi. Nous tenons cependant de source à pen près certaine que le nombre des décès a atteint 300 lundi, et près de 400 hier.

Nous avons pu recueillir, pour la journée d'hier, les chiffres suivants :

2e arrondissement,	62 décès
3e	63
11e	13

On voit qu'en prenant la moyenne de ces trois chiffres et en le multipliant par 12 (nombre des arrondissements), on arrive au chiffre de 552 décès. Toul nous porle donc à croire que le chiffre de 400 est plutôt au-dessous qu'au-dessus de la réalité.

Nous le répétons, bien à regret, car nous sentons aussi bien que qui que ce soit tous les embarras actuels de l'administration et tous les ménagements qu'on lui doit, n'est-ce pas s'attirer gratuitement les reproches les plus justes et les plus graves que de cacher aussi obstinément la vérité, alors que personne ne peut ignorer l'état de la santé publique, alors que les organes du gouvernement ont été obligés eux-mêmes de déclarer que certaines mesures avaient été prises à cause de l'accroissement considérable de l'épidémie, alors qu'il pourrait être utile pour l'hygiène publique que tous les hommes de l'art fussent instruits des localités qui sont spécialement affectées, et d'une foule d'autres particularités non moins importantes? Quand on songe qu'en 1832 l'administration s'est empressée de répandre elle-même la lumière partout, sans qu'on ait été obligé de rien réclamer d'elle, qu'à cette époque l'épidémie offrait une gravité bien autrement effrayante que celle de celle année, que les communications de l'administration ont néanmoins été sans aucun inconvénient alors, on s'étonne en vérité du silence obstiné dont les hommes d'aujourd'hui s'enveloppent.

En attendant que ces hommes cèdent à de plus heureuses inspirations, nous continuons à donner le mouvement général des malades et des décès dans les hôpitaux et hospices civils et militaires.

HOSPICES.	NOMBRE DE CAS.	DÉCÈS.	SORTIES.
Salpêtrière	1276	922	240
Bicêtre	229	138	24
Ménages	75	47	11
Incurables (hommes)	27	19	2
Incurables (femmes)	17	15	1
Larochefoucauld	5	3	»
Sainte-Périne	4	4	»
HÔPITAUX CIVILS.			
Hôtel-Dieu	1294	603	522
Charité	542	315	171
Pitié	605	311	243
Saint-Louis	744	344	247
Beaujon	459	229	130
Necker	224	97	100
Enfants-Malades	91	38	43
Saint-Antoine	168	84	53
Cochin	92	34	45
Sainte-Marguerite	153	71	49
Bon-Secours	165	89	44
Cliniques	35	26	8
Maison d'accouchement	3	1	»
Lourcine	25	8	10
Maison de Santé	100	50	26
Prison de Saint-Lazare	43	21	14
HÔPITAUX MILITAIRES.			
Invalides	88	55	16
Val-de-Grâce	530	143	281
Gros-Caillou	694	238	344
Hôpital militaire du Roule	402	197	99
Hôpital milit. Popincourt	142	77	»
Total,	8255	4171	2699

A propos des mesures prises par l'administration, nous devons dire quelques mots d'une note qui a été communiquée par la préfecture de la Seine, et qui se trouve aujourd'hui dans plusieurs journaux. Cette note est ainsi conçue :

« Un certain accroissement de la mortalité s'est manifesté depuis trois jours; il n'a pas pour cause principale, comme on pourrait le croire, l'épidémie régnante, mais la chaleur excessive et subite, et en même temps l'imprudence avec laquelle beaucoup de personnes ont pris des rafraîchissements.

» D'ailleurs, plusieurs familles, pensant que les mairies étaient fermées pendant l'après-midi du dimanche, n'ont fait que le lundi leurs déclarations de décès. Par suite, le service des pompes funèbres s'est trouvé surchargé et embarrassé.

» Aujourd'hui mardi des mesures sont prises pour qu'à partir de demain mercredi le matériel soit mis pendant un plus grand nombre d'heures à la disposition des familles, et suffise ainsi à un plus grand nombre d'inhumations.

» Déjà on peut constater une diminution dans le chiffre des décès pour plusieurs arrondissements. Ce fait à lui seul démontre ce qu'il y a d'accidentel dans l'accroissement de la mortalité et donne l'espérance que le nombre des décès sera promptement ramené aux limites de ces derniers jours. »

Il y a dans celte note plusieurs assertions que nous serions heureux d'accepter telles qu'elles sont données; malheureusement cela nous est impossible. Quant à la cause présumée de la mortalité, nous n'avons pas besoin de faire ressortir tout ce qu'elle a de puéril, et combien peu elle est susceptible d'en imposer, même aux plus ignorants. On se demande comment l'administration a pu croire qu'on ait fait plus d'imprudences cette année que les années précédentes, comment surtout elle a pu s'en assurer et, plus encore, attribuer à ces imprudences l'augmentation énorme de la mortalité. Nous sommes persuadé que les intentions qui ont dicté cette note sont excellentes; mais nous persistons à croire qu'on aurait mieux rempli ces intentions en disant purement et simplement la vérité.

Quant à ce qui concerne le service des inhumations, il n'est que trop certain que l'administration, malgré les avis réitérés de la presse scientifique, ne s'était point mise en état de parer à toutes les éventualités qui pouvaient se présenter; cela est vrai non-seulement pour le service des inhumations, mais cela est vrai aussi pour la constatation des cas de choléra; constatation qui n'a été faite régulièrement que lorsque l'épidémie a été trop bien dessinée pour qu'on pût espérer d'en cacher l'existence à la population. Malgré l'assurance donnée par la préfecture, nous avons pu voir encore aujourd'hui des voitures de place employées au service des pompes funèbres.

Enfin les quelques chiffres que nous avons donnés ci-dessus ne suffisent que trop pour montrer que la mortalité est loin de diminuer.

Nous le répétons encore une fois, que l'administration fasse connaître purement et simplement la vérité, c'est le meilleur moyen de remplir sa mission et d'échapper à de justes reproches.

Séance de l'Académie de Médecine.

On s'attendait généralement à ce que la question de la contagion serait mise aujourd'hui à l'ordre du jour; mais la commission n'étant pas encore prête, l'Académie s'est bornée à écouter quelques communications et quelques courtes réflexions de détails sur ces communications. Du reste, l'intérêt de la séance n'a rien perdu à l'ajournement de la discussion; la correspondance a présenté le plus vif intérêt.

Nous ne parlerons pas des communications relatives au choléra, pas même de celle qui a été faite par notre vénérable confrère M. Bally, et dont l'examen viendra en temps et lieu, lorsque nous-même traiterons d'une manière spéciale de

FEUILLETON.

Police sanitaire des établissements industriels.

Nous recevons d'un de nos honorables correspondants la lettre suivante, sur un sujet bien digne d'occuper tous les esprits qui travaillent à l'amélioration du sort des classes ouvrières. Placé à côté d'un établissement industriel des plus considérables, M. Thirion a été très à portée d'apprécier les inconvénients du système généralement suivi pour l'administration des secours médicaux, et il fait à ce sujet des remarques fort judicieuses. Nous ne croyons pas toutefois que les mesures qu'il propose puissent être immédiatement appliquées dans les termes mêmes où elles sont formulées; mais il nous paraît évident qu'il y a quelque chose à faire dans le sens indiqué par M. Thirion, et ses remarques seront lues avec intérêt par tous ceux qui s'occupent d'hygiène publique et de police sanitaire.

Monsieur le Rédacteur,

Jusqu'à présent, le législateur a pour ainsi dire abandonné aux industriels le soin de préserver les ouvriers des dangers attachés à leur profession, et de leur fournir des secours lorsqu'ils sont blessés, malades ou infirmes. Sa sollicitude sur tous ces points s'est uniquement portée sur les ouvriers mineurs, ainsi que nous le remarquons dans les articles 15 et 16 du décret du 3 janvier 1813, relatif aux obligations de police imposées aux concessionnaires de mines. Encore, ce décret n'ordonne-t-il de porter des secours qu'aux seuls mineurs victimes d'un accident. Quant à ceux qui pourraient être affectés de maladies d'un autre genre, le législateur paraît ne s'en être nullement préoccupé. En outre, ce décret laisse trop de latitude aux industriels quant à l'obligation qu'il leur impose d'avoir et d'entretenir à leurs frais un médecin spécialement attaché à leurs établissements. En effet, il n'énonce pas expressément si ce médecin doit être à poste fixe dans un établissement, ou si les concessionnaires ne sont point simplement obligés de le faire venir dans les cas d'accident. Si c'est à cette dernière interprétation qu'il faut s'arrêter, un tel service médical serait, à mon avis, très défectueux; car lorsqu'un ouvrier est blessé, il importe quelquefois beaucoup que les secours soient prompts et immédiats.

Il existe aussi un décret de 1810 et quelques ordonnances concernant les établissements dangereux et insalubres. Mais cette législation n'a d'autre but que de garantir les propriétaires contre les dangers du voisinage d'une manufacture ou d'une fabrique, tout en donnant pleine sécurité aux maîtres de ces établissements dans leurs entreprises. Quant à la santé des ouvriers, il n'en est nullement question.

Il est donc permis d'avancer que dans presque tous les établissements industriels les ouvriers blessés ou malades sont abandonnés à eux-mêmes, et que s'ils reçoivent des secours ainsi que leurs femmes ou leurs enfants, ce sont eux qui se les procurent. Il est cependant des établissements où les maîtres leur viennent en aide; mais les secours que ces derniers fournissent sont presque toujours insuffisants, et quand ils établissent des services de santé, ces services sont la plupart incomplets ou entachés d'abus.

Ainsi, par exemple, le médecin auquel est confié un semblable service n'est pas ordinairement à poste fixe; il est convenu avec le manufacturier qu'il ne donnera ses soins aux ouvriers malades que certains jours de la semaine. S'il survient dans l'intervalle un cas grave, pressant, on est alors obligé d'expédier un exprès pour aller à la recherche de ce médecin; pendant toutes ces allées et ces venues, le mal peut empirer, et si le patient ne succombe pas, il risque tout au moins d'avoir une maladie grave au lieu d'une maladie peut-être simple, et qui eût été guérie en peu de temps si les secours eussent été immédiats.

Dans quelques établissements, les familles des ouvriers ne peuvent profiter des avantages du service de santé, c'est-à-dire que les frais de maladie sont à leur charge.

Quant aux médicaments, il faut que le médecin, qui presque généralement est chargé de les fournir, soit en quelque sorte parcimonieux dans leur distribution; car lorsqu'il s'agit de solder une facture de ce genre, le maître ne s'exécute presque jamais sans faire une foule d'observations plus ou moins ridicules. De ces lésineries, il résulte toutes sortes d'inconvénients au détriment de la santé des ouvriers. Sans doute il ne faut pas de polypharmacie, mais encore faut-il les secours médicamenteux nécessaires, et ne pas chercher à contrecarrer des prescriptions que le médecin juge nécessaires.

Enfin, ce qui rend encore ces moyens de secours défectueux et incomplets, c'est l'absence d'une infirmerie dans presque tous les établissements industriels; de sorte que les ouvriers malades ne peuvent être soignés qu'à domicile. Entre autres inconvénients, il résulte d'une telle organisation que le médecin n'est jamais certain si ses prescriptions sont bien suivies; que les malades sont toujours environnés de conditions hygiéniques défavorables qui retardent ou empêchent leur guérison; enfin qu'au moment d'un acci-

la question de la contagion. Mais nous ne pouvons nous dispenser d'appeler l'attention sur ce fait si remarquable communiqué par M. Velpeau, et recueilli avec tant de conscience et de sagacité par M. le docteur Chemin. La *Gazette des Hôpitaux* a publié, il y a quelques années, une observation analogue d'un individu qui avait avalé une fourchette d'argent; mais dans ce cas, le corps étranger s'arrêta dans la fosse iliaque droite, où il se fit jour par un abcès. Dans le mémoire auquel M. Moreau a fait allusion, les corps étrangers se sont fait jour à l'extérieur d'une manière analogue, ou ont été extraits par la gastrotomie; M. Velpeau semble donc autorisé à dire que le fait communiqué par M. Chemin est unique dans la science.

Ce fait n'est pas seulement intéressant par le trajet qu'a suivi le corps étranger, il l'est encore par l'altération qu'il a subie pendant ce trajet. Cette altération n'a du reste rien qui doive surprendre beaucoup. Le fer étant très attaquable, même par les acides les plus faibles, il est certain qu'un fragment de ce métal ne pourrait rester vingt mois dans le tube digestif sans être en grande partie dissous par les acides qui se rencontrent dans ce canal et spécialement par ceux du suc gastrique. Le fait de M. Chemin confirme donc d'une manière remarquable les données fournies *à priori* par la chimie et la physiologie.

La communication de M. Follin a aussi fixé à juste titre l'attention de l'Académie. Les faits signalés par cet interne distingué, et que nous avons eu soin d'analyser de la manière la plus complète possible, sont non-seulement dignes d'un vif intérêt au point de vue physiologique, mais encore ils soulèvent des questions pathologiques importantes. La commission examinera sans doute la communication de M. Follin avec tout le soin qu'elle mérite; quand elle fera son rapport, nous discuterons nous-même, avec tous les détails qu'elles comportent, les questions qu'a soulevées M. Follin.

En dehors de la correspondance, on a remarqué surtout les réflexions présentées par M. Guérin relativement à l'influence pernicieuse que pouvaient avoir, dans les circonstances actuelles, les amas d'eaux croupissantes et les dépôts de boues des rues de Paris qui se font dans les environs de la capitale.

Tout en applaudissant aux excellentes intentions qui ont inspiré M. Guérin, et tout en reconnaissant, avec lui, que les conditions qu'il a signalées peuvent être des causes d'insalubrité, nous ne croyons pas cependant que ces conditions puissent avoir une influence sur l'épidémie actuelle, ou plutôt il nous paraît démontré, par les travaux de la commission de 1832, que le contraire est la vérité. Mais nous nous hâtons d'ajouter que ce n'est point là une raison pour négliger les précautions recommandées par M. Guérin, et que l'administration d'ailleurs ne manque pas de faire observer autant que cela est possible.

L'Hôtel-Dieu et l'hôpital Saint-Louis, où ont eu lieu le plus grand nombre d'admissions de cholériques pendant ces derniers jours, ont été visités aujourd'hui par M. le ministre de l'intérieur, par le préfet de la Seine et le préfet de police, accompagnés du directeur et des principaux employés de l'administration des hôpitaux. Cette visite n'avait et ne pouvait d'ailleurs avoir d'autre but que de raffermir le moral des malades; car la presque totalité des cholériques des établissements visités venant maintenant de l'extérieur, aucune mesure ne pouvait être prise pour en diminuer le nombre.

HOPITAL SAINT-THOMAS (Londres).

M. Samuel Solly.

Extraction faite avec succès de corps cartilagineux libres dans l'articulation du coude. — Examen microscopique de ces corps par M. Georges Rainey, démonstrateur d'anatomie.

Moore (John), âgé de quarante-quatre ans, pilote, d'une bonne santé apparente, d'habitudes régulières, vint réclamer mes soins à la consultation de l'hôpital dans le mois d'août 1848. Il se plaignait alors de roideur et de douleur dans le coude gauche, qui était très enflé et présentait les caractères d'une affection des cartilages articulaires. Après deux mois de traitement à la consultation, aucune amélioration n'étant obtenue, je conseillai au malade d'entrer à l'hôpital, en lui faisant observer que le repos et un traitement suivi étaient nécessaires pour la conservation de son membre.

Il fut admis à l'hôpital le 12 septembre 1848, et son état fut noté ainsi qu'il suit : Le coude gauche est roide, considérablement tuméfié; le malade est dans l'impossibilité absolue de se servir du membre, dont le moindre mouvement est très douloureux.

Traitement. — Un séton fut passé sous la peau au côté interne et juste à la partie supérieure du coude. On administra l'iodure ioduré de potassium, l'extrait acétique de colchique, et la poudre de Dower tous les soirs. Le 25, un vésicatoire fut appliqué sur l'articulation.

Ce traitement fut continué jusqu'au 10 novembre sans aucun bénéfice pour le malade. Les mercuriaux furent alors tentés; cinq grains de calomel furent prescrits chaque soir; une légère salivation fut produite, et, après trois semaines, une modification considérable survint dans l'état de l'articulation. Au lieu d'un gonflement uniforme tout autour de la surface du coude, je trouvai un jour à ma visite, et à ma grande surprise, une tuméfaction circonscrite et semblant continuer la saillie naturelle du condyle interne. Cette tuméfaction avait l'apparence d'une poche, et je pus m'assurer qu'elle renfermait plusieurs corps libres dans son intérieur, par la sensation que j'éprouvai au toucher d'un frôlement tout particulier.

La sensibilité du coude au toucher avait entièrement disparu; mais ses mouvements étaient toujours à peu près impossibles et excessivement douloureux. Le malade dit qu'il sent, en effet, de petits corps glisser sous la peau et se heurter les uns contre les autres.

Il se rappelle maintenant qu'il a remarqué pour la première fois la présence de ces petites masses au mois de janvier dernier. Il n'y avait alors aucune douleur, et les mouvements du bras étaient libres; mais après un court espace de temps les mouvements devinrent difficiles et douloureux. Le malade a éprouvé une légère attaque de rhumatisme il y a trois ans, pour laquelle il ne demanda aucun avis à des médecins. Au mois de juin dernier il en éprouva une seconde, et entra pour se faire traiter dans cet hôpital, et dans le service de M. Goolden. Le registre de la salle décrit ainsi l'état du malade à son entrée :

« Inflammation du coude gauche ayant des rapports avec une périostite mercurielle. Gonflement considérable de tout le membre gauche, depuis le coude jusqu'au poignet. Palpitations, particulièrement la nuit; avant-bras partout œdémateux. Cette affection a commencé par un gonflement du volume d'une noix environ siégeant sur l'olécrane. »

Le traitement consista en des applications de sangsues, dans l'administration de la tisane composée de salsepareille, d'iodure de potassium, et dans l'application locale de pommade indurée.

Le 7 juillet, le malade fut évacué sur une salle de chirurgie, dans le service de M. Le Gros Clark, dont le traitement consista aussi dans l'administration de l'iodure de potassium et la tisane composée de salsepareille. Après un mois de traitement le malade quitta le service, et vint demander mes conseils à la consultation.

Dès que j'eus constaté la présence des corps dont j'ai parlé, je ne réfléchis qu'au moyen de les enlever sans danger pour le malade. Je ne pus m'assurer complétement si le sac qui les contenait était en communication avec la synoviale articulaire; mais la connaissance des cas analogues consignés dans la science me portait à penser qu'il en était réellement ainsi.

J'appelai en consultation M. Green, pour lui demander son avis sur l'opportunité d'une opération; il fut favorable à cette opération, pour laquelle j'inclinais également. Nous regardâmes comme certain que la présence de ces corps était la cause première de l'inflammation de la maladie, et que dans tous les cas elle était au moins la cause qui entretenait cette inflammation.

Cette détermination prise, je prescrivis au malade une dose de rhubarbe et de calomel, et, le 11 novembre 1848, je procédai à l'opération.

Opération. — Je fis une incision d'un pouce de long sur la tuméfaction, au-dessus du condyle interne, divisant la peau, le fascia et la membrane synoviale, et je mis ainsi à nu les cartilages, que l'examen direct montra en effet être libres dans l'articulation. La pression les fit aisément sortir par l'ouverture pratiquée. J'introduisis mon doigt dans le sac, et je sentis parfaitement les surfaces articulaires du radius et de l'humérus, et crus même constater l'existence d'une surface irrégulière entre le sommet du radius et l'olécrane, comme s'il y avait eu là un pseudo-cartilage; mais ce n'était plus là un corps libre dans l'articulation. Ceux que j'enlevai étaient au nombre de huit.

Je mis en contact les bords de la plaie et les réunis par une suture n'embrassant que la peau, et j'appliquai par-dessus un emplâtre agglutinatif. En arrière du membre, je plaçai une attelle en pâte de carton de manière à prévenir toute espèce de mouvement dans l'articulation.

La réunion de la plaie fut complète en quarante-huit heures; mais je maintins l'articulation dans le repos pendant une semaine.

Après ce temps, le malade put mouvoir le bras sans la moindre douleur; il ne souffrait non plus aucunement après l'opération, si ce n'est de l'immobilité occasionnée par l'appareil contenteur.

J'ai vu bien des fois depuis ce malade, qui se porte parfaitement bien et a pu reprendre sa profession de pilote.

EXAMEN MICROSCOPIQUE.

J'ai remis les corps que j'avais extraits à M. Rainey, qui a bien voulu les examiner et m'en donner l'excellente description qui suit :

« Ces corps, dit M. Rainey, ont une enveloppe membraneuse distincte qui est lisse par sa surface externe, mais dont la surface interne est tellement adhérente au corps lui-même qu'elle ne peut en être détachée que par petits lambeaux. Cette membrane est composée de tissu cellulo-fibreux contenant une matière granuleuse.

» La structure interne des corps, examinée à l'œil nu sur une coupe faite à leur partie moyenne, paraît formée de deux substances distinctes : l'une demi-transparente, comme fibro-cartilagineuse; l'autre parfaitement opaque, blanche et comme osseuse.

» La première, soumise au microscope, présente les caractères ordinaires du fibro-cartilage.

» La seconde ressemble singulièrement dans sa structure intime à ces os qui consistent en des couches osseuses placées entre deux enveloppes membraneuses, comme le sont, par exemple, les lamelles osseuses de l'ethmoïde. Dans ces os, de même que dans les parties opaques des petits corps que j'ai examinés, les lacunes sont les mêmes que dans les autres os, seulement aucune canalicule distincte et bien formée ne s'en irradie. Il y a dans les deux une agglomération de matière calcaire autour des lacunes, mais rien qui ressemble à des canalicules, et cette apparence est encore plus frappante dans les os auxquels je fais allusion que dans les portions calcaires des petits corps articulaires que j'ai examinés.

» Je crois qu'aucune explication satisfaisante n'a encore été donnée de la formation de ces corps libres formés dans les articulations. Je pense cependant que cette explication peut être trouvée dans cette circonstance remarquable qu'un épithélium existe dans les articulations, dans les gaînes tendineuses et les bourses muqueuses. J'ai décrit cet épithélium dans un travail communiqué à la Société royale par M. Simon, il y a environ trois ans, mais qui n'a pas encore été publié. Quelques observations générales sur ce point suffiront.

» L'épithélium est situé sur la partie de la synoviale la moins exposée aux pressions. Il consiste en brides, en agglomérations de capillaires de dimension variable, diversement disposées, provenant des vaisseaux environnants et faisant saillie dans la synoviale. Ces capillaires sont contenus dans de petits sacs dépendants de la membrane générale, parsemés de petites cellules ovales. De ces petites poches qui renferment les capillaires, partent une foule d'autres petits sacs ne renfermant plus de capillaires; ceux-ci sont de formes et de volumes différents; mais généralement ils sont attachés au sac primitif par un filament long et grêle de tissu fibreux ressemblant au pétiole d'une feuille dont le petit sac serait le limbe. Quelquefois il y a plusieurs séries de ces petits sacs qui se ramifient successivement et prennent ainsi une apparence arborescente; mais, dans tous les cas, ces sacs secondaires sont dépourvus de vaisseaux.

» J'ai trouvé cette sorte de sécrétion dans toutes les articulations, telles que celles des doigts, du cou, de l'épaule, etc.

» Maintenant, ce mode d'élaboration de la synovie se ren-

---

dent, on ne sait souvent où transporter le blessé, vu l'éloignement de son domicile.

Les ressources nécessaires pour subvenir aux dépenses qu'entraîne l'organisation des secours sanitaires proviennent des ouvriers ou des maîtres.

Dans quelques établissements les honoraires dus au médecins sont à la charge des propriétaires ou sociétaires, ainsi que les fournitures de médicaments. Dans le plus grand nombre, le médecin est payé par les ouvriers, soit sur une caisse de secours qu'ils forment et dirigent eux-mêmes, soit sur des retenues fixes ou proportionnelles faites tous les mois aux ouvriers, et qui sont versées à une masse, laquelle est dirigée par le directeur de l'établissement et sert aussi à pourvoir la pharmacie de tous les médicaments nécessaires.

Le premier de ces modes est non-seulement le plus simple, mais encore il est le plus juste et se rapproche en outre des vues du législateur, comme on peut s'en convaincre en méditant le décret relatif aux obligations de police sanitaire imposées aux concessionnaires ou propriétaires de mines. Ce mode serait donc préférable, si les industriels, mettant un peu plus de libéralité dans l'accomplissement de leurs devoirs, comprenaient mieux les services de science, de dévouement que rendent les médecins auxquels est confiée la santé de leurs ouvriers.

Le second mode établi sur les caisses de secours ou sur les retenus, est vicieux sous tous les rapports, en ce qu'il est la source d'injustices, de réclamations fréquentes, et qu'il expose le médecin à toutes sortes d'exigences et de tracasseries de la part des ouvriers. D'un autre côté, avec un pareil mode, les industriels s'enlèvent non-seulement le mérite de la bienfaisance et de la générosité; mais, à mon avis, ils portent même préjudice aux ouvriers, parce qu'ils les privent de ressources qui ne devraient être réservées que pour les cas où ces ouvriers sont sans travail, ou que l'âge et les infirmités les y rendent impropres.

Enfin, quelles que soient dans un établissement industriel l'origine et la richesse des ressources destinées à procurer des secours aux ouvriers, il est très rare que le médecin soit rétribué comme il devrait l'être. Notez, de plus, qu'à chaque instant son modique traitement est menacé, surtout lorsque les maisons font mal leurs affaires, de subir des réductions plus ou moins fortes, sans égard pour la foi des traités; que la position qu'il occupe n'est rien moins que stable, soit à cause des coalitions entre ouvriers, soit à cause des chances si diverses auxquelles sont sans cesse exposés les industriels. Si une de ces chances force la fabrique à fermer ses ateliers, il faut que le médecin, peut-être après avoir sacrifié déjà une clientèle pour accepter un tel service, en retrouve de suite une autre sous sa main pour subvenir à son entretien et à celui de sa famille.

De tout ce qui précède il résulte qu'il serait nécessaire d'introduire une organisation plus régulière dans la police sanitaire des établissements industriels. Pour atteindre ce but, il s'agirait :

1° De rendre les services de santé obligatoires pour tous les établissements industriels, notamment pour ceux qui occuperaient un *certain nombre* d'ouvriers et qui ne seraient pas suffisamment rapprochés de localités où ils pourraient se procurer des secours prompts;

2° D'exiger des industriels pour l'exécution de cette mesure :

1° D'avoir et d'entretenir à leurs frais dans l'établissement un médecin à poste fixe au service des ouvriers, de leurs femmes et de leurs enfants.

Quant au traitement de ce médecin, il serait fixé suivant l'importance de l'établissement et proportionnellement au nombre d'ouvriers employés; cependant, il devrait toujours être suffisant pour assurer au médecin une existence honnête.

2° De fournir gratuitement aux ouvriers, ainsi qu'à leurs femmes et à leurs enfants, les médicaments nécessaires et autres secours en cas de maladie ou d'accident;

3° D'établir des infirmeries pour recevoir les ouvriers blessés ou malades qui ne pourraient être soignés à domicile;

4° D'avoir à observer, soit au dedans, soit au dehors des établissements, toutes les mesures hygiéniques propres à éloigner toutes les causes d'insalubrité et à prévenir autant que possible les maladies parmi les ouvriers.

5° Enfin, pour surveiller et assurer l'exécution des dispositions précédentes, qui, à mon avis, n'auraient rien d'arbitraire, il faudrait soumettre les établissements industriels à une inspection confiée à des médecins commis à cet effet, qui auraient droit de dresser des procès-verbaux et de traduire les contrevenants devant les juges compétents.

contrant partout où existe ce fluide, et les corps du genre de ceux décrits ci-dessus siégeant précisément dans les points où l'on observe l'épithélium, il est bien permis de conclure que celui-ci devient l'origine de ces productions morbides. Les cellules ovales de ces franges épithéliales, au lieu d'élaborer la synovie avec les matériaux que leur fournit le sang, produisent, sous l'influence d'une action morbide, ces corps cartilagineux qui se convertissent plus tard en os imparfaitement formés.

» Les petits sacs secondaires étant réunis aux primitifs par un filament excessivement mince, il suffit de la moindre circonstance pour rompre ce fil, et l'on s'explique ainsi que ces productions soient toujours libres dans les articulations, une fois qu'ils ont acquis un certain volume. La séparation doit aussi arriver naturellement lorsque les vaisseaux qui se trouvent dans le petit filament ne sont plus suffisants pour nourrir le corps devenu trop volumineux. » (*Monthly journal.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 juin 1849. — Présidence de M. Velpeau.

Le procès-verbal est lu et adopté.

—La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique, accompagnée d'une note dans laquelle un honorable citoyen propose de faire inspirer du gaz oxygène pur aux cholériques;

2° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'un rapport sur une épidémie de variole, rédigé par M. Ed. Beu, médecin des épidémies de l'arrondissement de Prades (Pyrénées-Orientales) ;

3° Une lettre du même ministre, avec un rapport de M. Tellier, médecin inspecteur des eaux minérales de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire) pour l'année 1848.

4° Le même ministre envoie plusieurs tableaux de vaccinations.

— La correspondance manuscrite comprend plusieurs communications :

1° M. Daremberg annonce qu'il a trouvé dans les bibliothèques de Cambridge et d'Oxford plusieurs manuscrits intéressants.

Contagion du choléra.

2° M. Bally, membre de l'Académie, envoie, de Villeneuve-sur-Yonne, la communication suivante :

Le 12 mai, Louis Galleron, âgé de vingt-quatre ans, soldat au 24e léger, partit du fort d'Ivry pour se rendre aux eaux thermales de Bourbonne-les-Bains. Le 13, il se détourna de sa route pour visiter ses parents, domiciliés au hameau des Marinières, arrondissement de Joigny. A son arrivée, le 14, à une heure du matin, il se coucha avec son père, dans le même lit. A sept heures, il fut atteint d'un flux diarrhéique aqueux, abondant, suivi bientôt de vomissements, de crampes, de cyanose très prononcée, etc.; il expira le soir, quinze heures après l'invasion.

Le 17, soixante-douze heures après la mort du jeune soldat, le père eut un peu de diarrhée sur le soir. Le 18, à une heure du matin, le *cataclysme hydrocholadréique* éclate, et à dix heures du soir le nouveau malade avait cessé de vivre. Ce dernier n'avait fréquenté aucun lieu infecté.

Soixante-six heures après la mort de ce dernier, la femme Naudot, qui avait assisté le père Galleron, présente les premiers symptômes de la maladie, et expire le 21, à midi, vingt-deux heures après l'invasion.

La femme et les deux filles de Galleron ont eu la cholérine après le décès du père.

Le nommé Féret, cultivateur, qui avait constamment assisté Galleron père, a eu le flux de ventre, accompagné de tremblement convulsif, et suivi d'une sueur excessive qui jugea la maladie.

Plusieurs autres habitants qui sont venus voir le malade ont subi l'influence épidémique, mais sans être gravement affectés.

M. Bally annonce qu'il rendra compte ultérieurement de ce qui sera advenu dans la localité.

Observation de choléra à Vimontiers.

M. Delaporte, de Vimoutiers (Orne), communique l'histoire d'un cas de choléra, sinon asiatique, au moins sporadique, qu'il vient d'observer dans la ville où il exerce.

Éther contre le choléra.

M. Beauregard, de Graville (Eure), adresse un mémoire sur le traitement du choléra épidémique.

Parmi les conclusions de ce travail, nous noterons les suivantes :

Le choléra peut prendre des *apparences contagieuses* dans des circonstances spéciales non déterminées. — Il paraît consister en une névrose du grand sympathique. — L'éther doit former la base du traitement dans la première période; on doit le donner à des doses infiniment plus fortes qu'on ne l'a fait jusqu'ici. On se trouve très bien de l'associer au laudanum.

Traitement du choléra.

M. Ginsti croit devoir rappeler que le choléra est une fièvre pernicieuse, et que le sulfate de quinine est le meilleur traitement.

— M. Conté de Lévignac envoie une copie de la lettre qu'il a adressée hier à l'Académie des Sciences. (*Voir* le compte-rendu de la séance dans notre dernier numéro.)

Gonflement de la rate dans la fièvre intermittente.

M. Piorry, empêché par son cours d'assister aux séances, envoie cinq observations de fébricitants venus de la Sologne, et qui avaient été traités par M. Lachaise. Or, tous ces malades avaient une rate qui dépassait de 4 à 5 centimètres le volume normal. Un de ces malades à succombé au choléra, et a présenté, à l'autopsie, une rate de 11 centimètres, c'est-à-dire de 3 centimètres 1/2 plus volumineuse qu'à l'état normal.

Contagion de la méningite cérébro-spinale.

M. Leroy Dupré, chirurgien aide-major à Avesnes, communique les faits suivants :

Un homme est pris dans le mois de février des symptômes de la méningite cérébro-spinale ; il était à peine convalescent lorsque les mêmes phénomènes se montrèrent chez son fils. Pendant le cours de la maladie de celui-ci, une sœur du jeune malade et une domestique de la maison éprouvèrent des accidents analogues.

Le médecin lui-même, après être resté penché au-dessus de la tête du petit malade pour la raser et lui appliquer un vésicatoire, a éprouvé une céphalalgie et des douleurs dans la nuque qui ont duré plusieurs jours.

Catalepsie.

M. Priou, de Nantes, adresse une observation de catalepsie : il s'agit d'une jeune fille qui ne voit rien, ne sent rien, n'entend rien et ne prend rien depuis plusieurs semaines.

Transport des matières solides dans le torrent circulatoire.

M. Follin, aide d'anatomie de la Faculté, adresse la communication suivante :

En examinant avec soin les ganglions axillaires d'individus qui portaient sur les avant-bras des tatouages de couleur rouge, j'ai trouvé que ces ganglions étaient remplis d'une matière particulière d'une couleur entièrement analogue à celle qu'on rencontrait dans les parties tatouées.

J'ai disséqué aussi les gauglions axillaires d'individus dont les avant-bras étaient recouverts de tatouages bleus, et cette couleur était parfaitement reproduite dans les ganglions.

Tout récemment, je vis sur la cuisse d'une vieille femme des plaques de tatouage rouge très nombreuses et très éclatantes. Presque tous les ganglions de la région crurale étaient farcis d'une matière colorante d'un rouge très vif. — L'analyse chimique de cette matière, faite par M. Leconte, préparateur au Collége de France, a démontré qu'elle était bien formée par du vermillon.

M. Follin se demande si le transport de ces matières colorantes à travers les lymphatiques et leur séjour à travers les tissus ne peuvent pas être comparés à certains modes de transmissions morbides, tels que le principe cancéreux, la matière ou tissu des tumeurs épithéliales des lèvres, etc., et s'il ne serait pas dès lors important de distinguer plusieurs modes de récidives des tumeurs qu'on voit se développer dans l'économie : les unes s'accompagnant d'une véritable infection générale par repullulation du tissu morbide dans des points très éloignés du siége primitif de la maladie ; les autres donnant lieu à une transmission lente des éléments pathologiques par la voie des lymphatiques.

M. Follin termine en faisant observer qu'il faut un certain temps pour que le transport du vermillon s'opère par les lymphatiques, et qu'on ne le rencontre pas dans les ganglions des individus récemment tatoués.

Conséquence de la vaccine.

M. Sylvain Eymard adresse la lettre suivante :

Les travaux tout récents de MM. Carnot et Bayard sur les mauvais effets probables de la vaccine sont loin d'être une idée neuve, puisqu'en 1828 je vous adressai une brochure imprimée ayant pour titre : Première lettre à messieurs les membres de l'Académie royale de médecine sur cette question : *Est-il certain que la vaccine exerce une influence favorable sur la santé publique et la population du royaume?* brochure qui doit se trouver dans votre bibliothèque, puisque Pariset m'en accusa réception.

Ma réponse était négative, et pour l'établir je dressai deux tableaux comparatifs des naissances et des décès qui avaient eu lieu à Grenoble pendant un laps de temps de cinquante ans, divisé en deux périodes, dont l'une partait de 1775 jusqu'en 1800 inclusivement, qui était la période de vingt-cinq ans antérieure à la vaccine, et l'autre de 1801 à 1825, qui était la seconde période durant laquelle on avait vacciné dans cette ville.

Il résulta de ce travail, dont un auteur anglais m'avait donné l'idée première, que la mortalité à Grenoble, après comme avant la vaccine, était égale et qu'il n'était point vrai que la vaccine contribuât à augmenter la population.

En conséquence, je posai comme corollaire de mes calculs :

1° Que le principe de la variole est naturel et inhérent à l'organisation humaine; que son éruption, une fois en la vie, est utile et nécessaire à la santé comme crise dépuratoire; que par l'effet de la vaccine, qui n'était qu'un répercussif à son égard, il était refoulé du dehors en dedans, et qu'il se portait ensuite sur divers organes pour y produire des affections plus ou moins graves;

2° Que, pendant les premières années qui suivent la vaccination, il ne se passe d'abord rien de bien remarquable; mais ensuite qu'aux âges critiques de la vie il éclate une réaction foudroyante qui, sous le nom obscur de fièvre cérébrale, de croup, de rougeole, de fièvre scarlatine, de convulsions, de gastrite, enlève les malades en quelques jours, ou qui, prenant la forme d'une phthisie pulmonaire, d'une fièvre lente, de rachitisme ou de toute autre affection chronique, tourmente longtemps ses victimes et les mène lentement à la mort ;

3° Qu'au résumé, messieurs, je vous demandais si avec le vaccin il n'était pas à craindre que nous eussions une éruption de moins et vingt maladies de plus, et si, en admettant cette triste transformation, il ne serait pas plus sage et plus profitable de combattre la variole avec des moyens thérapeutiques et peut-être avec l'*inoculation naturelle.*

Voilà en raccourci, messieurs, ce que je vous écrivais il y a plus de vingt ans et ce que M. Bayard ne fait que répéter, avec cette seule différence qu'il réduit aux fièvres typhoïdes la tournure insidieuse que prend la variole chez les vaccinés, tandis que moi je lui attribue plusieurs autres affections internes devenues très communes de nos jours et que j'ai énumérées plus haut.

Il paraîtrait donc que les soupçons manifestés par moi en 1828 se confirment aujourd'hui, et qu'après avoir considéré la vaccine comme un immense bienfait, nous pourrions bien finir par la rejeter comme un préservatif pire que le mal.

C'est ce que j'examinerai encore en 1851, si Dieu me donne vie jusque-là, en comparant de nouveau les naissances et les décès qui auront eu lieu à Grenoble pendant la seconde période de vingt-cinq ans qui se sera écoulée depuis ma *Première lettre* sur cette importante question.

Cas extraordinaire de corps étranger introduit dans le tube digestif.

M. Velpeau donne connaissance à l'Académie du fait suivant, dont il peut garantir les détails.

Introduction d'une fourchette en fer dans l'estomac. — Accidents peu graves déterminés par ce corps étranger. — Expulsion d'une portion assez considérable de ce corps après vingt mois et vingt-quatre jours de séjour dans le tube gastro-intestinal. — Cessation de tout symptôme abdominal. — Fait observé par M. J.-B.-S. Chemin, médecin à Saints (Seine-et-Marne).

Le 15 mai 1847, je suis appelé pour donner mes soins à M. Houé, âgé de trente-deux ans, cultivateur, habitant la commune de Beautheil.

En cherchant à retirer un os de veau arrêté à la partie supérieure de l'œsophage, ce jeune homme me dit avoir avalé une énorme fourchette en fer étamé pareille à celle que je joins à mon observation. (Elle a 25 centimètres de longueur sur 3 à 4 de largeur au niveau du pavillon et des dents.)

Cet os, à peine avalé, la déglutition devient très difficile. M. Houé éprouve de suite une vive douleur à la partie moyenne du sternum; un sentiment de piqûre et une gêne extrême dans cette région. — Respiration anxieuse.

M. Houé s'empresse alors de prendre une fourchette qu'il introduit vivement dans l'œsophage avec l'intention, dit-il, de retirer l'os ou de le faire descendre.

Cette opération lui occasionna d'abord des nausées, puis de si grands efforts de vomissements, que dans son trouble il lâche la fourchette, qui, après quelques mouvements de déglutition, tombe immédiatement dans l'estomac.

A mon arrivée M. Houé ne souffre plus; mais il est extrêmement alarmé de sa position. Il se croit à la veille de sa mort. Il fait son testament, et part de suite pour Paris avec l'espoir qu'on pourra peut-être lui retirer cette fourchette.

Il s'adresse à M. Velpeau.

Ce célèbre praticien s'empresse de le rassurer. Il voit encore un autre praticien, qui lui tient le même langage; puis il s'en retourne chez lui dans de bonnes dispositions morales.

Aussitôt après son retour, il me fait demander. Je le trouve moins alarmé. Cependant il éprouve des souffrances intolérables, surtout après avoir pris quelques aliments ou un peu de boisson. Il a de temps à autre envie de vomir; l'eau lui vient souvent et abondamment à la bouche. La fourchette alors se trouve placée dans le grand cul-de-sac, les dents tournées du côté gauche.

Elle reste quinze jours dans la même position, puis se dirige vers le pylore où elle séjourne près de quatre mois.

Pendant tout ce temps, vomissements noirs plusieurs fois par jour; la bouche est continuellement remplie d'un liquide aqueux; souffrances excessivement vives et incessantes; épigastre très sensible; pouls normal, langue humide; appétit nul, tiraillements d'estomac; impossible de supporter la moindre nourriture; digestion pénible des liquides.

Enfin le corps étranger franchit le pylore et parcourt en six semaines l'intestin grêle pour s'arrêter pendant treize mois dans le flanc droit, au niveau de la valvule iléo-cœcale.

Pendant le trajet de la fourchette dans les petits intestins, les souffrances en général deviennent vives et intermittentes; impossibilité de se coucher sur le côté. La marche et les plus petits mouvements réveillent les douleurs et font éprouver un sentiment de piqûre semblable à des aiguilles. Le matin M. Houé, en se palpant le ventre, sent parfaitement la fourchette avec la main; difficultés très grandes d'aller à la garde-robe.

Après un séjour de cinq mois dans le côté droit, la fourchette commence à se dissoudre.

Alors M. Houé éprouve de fortes coliques et rend des matières noires et briquetées. Constipation continuelle; gargouillement; abdomen ballonné et très sensible; douleurs aiguës dans les hypochondres; coliques violentes; dégoûts, maux de tête, insomnie, pouls naturel; émission de l'urine fréquente et douloureuse; engorgement du testicule droit.

Puis, pendant les huit autres mois, constipation et diarrhée intermittente; coliques moins violentes; matières stercorales noirâtres; ventre sensible; soif vive. (M. Houé, ne consultant que son goût, boit cinq à six litres de vieux vin de Brie par jour, et le matin à jeun 30 grammes d'anisette pour combattre les vents.) Appétit très grand; besoin de manger incessant. (2 à 3 kilogrammes d'aliments par jour; encore le malade ne satisfait-il pas complétement son appétit.)

Cependant il reprend peu à peu ses travaux de labour, recouvre toutes ses forces, et charge seul des pièces de vin sur des chariots.

Vers le 10 décembre 1848, M. Houé éprouve de si violentes coliques, une telle défaillance, qu'il pense en mourir.

Je suis appelé de nouveau. A mon arrivée, je trouve le ventre tendu; une douleur sourde et profonde se fait ressentir dans la fosse iliaque droite. Constipation opiniâtre depuis quelques semaines. Du reste, langue humide, pouls normal, langue halitueuse.

Après une prise de 60 grammes d'huile de ricin, qui lui fait rendre une grande quantité de matières stercorales, M. Houé se sent soulagé à l'instant même.

A partir de cette époque il ne souffre plus, ne sent plus rien, se croit enfin débarrassé de sa fourchette, et continue à se livrer à ses occupations ordinaires.

Enfin le 8 février 1849, vingt mois après avoir avalé la fourchette, M. Houé éprouve tout à coup des douleurs lombaires, un certain frémissement dans le bassin, une pesanteur sur le fondement, puis l'envie d'aller à la garde-robe.

Efforts d'expulsion, selles copieuses, composées de matières fécales et mêlées de sang, dans lesquelles M. Houé trouve un énorme morceau de fourchette. C'est la portion qui se trouve comprise entre le pavillon et la partie sur laquelle sont implantées les dents.

Aujourd'hui ce jeune homme se porte parfaitement et n'éprouve plus aucune gêne.

Le traitement a consisté en tisane de graine de lin, cataplasmes et lavements émollients, bains de siége et laxatifs. (Huile de ricin.)

M. Moreau. Je crois qu'il doit y avoir dans les *Mémoires de l'Académie de Chirurgie* un fait analogue à celui observé par M. Chemin. Je signale seulement à la commission ce fait que je ne me rappelle pas dans ses détails. (Si nous avons bonne mémoire, dans le cas auquel M. Moreau fait allusion, on pratiqua la gastrotomie pour extraire la fourchette, et le malade guérit.)

— M. Bouvier donne des détails sur la marche de l'épidémie pendant la semaine passée.

— M. Nacquart lit un passage d'une lettre d'un magistrat de Verdun, d'où il semblerait résulter que le choléra a été importé dans cette ville par un soldat venant d'un lieu infecté.

M. Guérin. Il serait de la plus grande importance de savoir quelles sont aujourd'hui les localités plus particulièrement atteintes par l'épidémie, afin de voir s'il n'y aurait pas quelques moyens d'en atténuer les ravages. Dans les démarches que j'ai faites pour m'éclairer à ce sujet, je crois être parvenu à savoir que les points spécialement affectés sont ceux qui sont situés dans le bassin de la Seine : Bercy, Alfort, la presqu'île de Saint-Denis, etc. Dans ces localités, non-seulement la maladie est plus générale, mais encore les cas sont plus graves ; je connais un village où l'on n'a pas sauvé un seul des malades atteints jusqu'à présent.

Une influence qui a été déjà appréciée par la commission de 1832, c'est celle des eaux stagnantes qui se forment dans les localités où se trouvent beaucoup de blanchisseries ; on sait que ces eaux corrompent l'eau des puits et des fontaines, même sous le sol, et peut-être aussi par les émanations qui s'exhalent de leur surface. On sait qu'en 1832, le Gros-Caillou et Clamart, où il y a beaucoup de blanchisseurs, ont été très maltraités par l'épidémie.

Il y a encore une autre cause d'insalubrité sur laquelle il importe de porter son attention ; ce sont ces amas d'immondices et de boues qu'on ramasse dans les rues, qui sont désignés sous le nom de *gadous* de Paris, et qui, déposés en grande quantité dans quelques localités des environs, infectent ces localités et peuvent avoir les conséquences les plus fâcheuses dans les circonstances actuelles. Ne serait-ce pas là une occasion pour l'Académie de provoquer des mesures de la part de l'administration pour obvier à ces graves inconvénients que les chaleurs actuelles, dont n'a pas parlé M. Bouvier, pourraient aggraver encore.

M. Bouvier. Je n'ai pas voulu entrer dans de longs détails pour ne pas abuser des moments de l'Académie ; mais j'ai constaté qu'en effet la suspension du décroissement de l'épidémie a coïncidé avec l'élévation de la température qui a eu lieu dès la semaine dernière, et la recrudescence considérable de ces derniers jours avec l'apparition de ces chaleurs étouffantes que nous ressentons tous si péniblement.

Quant à la mortalité qui peut avoir lieu dans telle ou telle localité de la banlieue, pour que les considérations que l'on pourrait faire sur ce sujet eussent quelque valeur, il faudrait avoir des chiffres précis, et ces chiffres nous manquent ; voilà pourquoi je n'en ai pas parlé.

M. Rochoux. On sera peut-être surpris de m'entendre dire, à l'occasion de la communication de notre savant collègue M. Guérin, que l'on néglige trop de nos jours quand on traite un sujet de se mettre au courant de ce qui a déjà été fait à son égard. Ainsi, les questions relatives à l'influence : 1° des localités, 2° des fabriques réputées malsaines, 3° des professions, etc., soit dans Paris, soit dans la banlieue, ont été traitées de la manière la plus satisfaisante dans le rapport publié en 1832 par la préfecture. Il en résulte qu'une foule de conditions secondaires, auxquelles on s'est plu à attribuer plus ou moins d'influence dans la production du choléra, n'en exercent en réalité aucune. Les saisons, la température, la direction des vents, etc., n'ont paru modifier en rien la marche du choléra, qui, comme toutes les épidémies, a frappé d'une manière toute particulière la partie pauvre de la population. Hors ce point de vue d'étiologie, tout est resté problème dans ce travail, qui repose sur une masse énorme de documents recueillis pendant le cours d'une épidémie, dont sans doute celle qui nous frappe ne fera pas le quart de victimes, il faut l'espérer. En attendant, il est démontré pour moi qu'on n'a aucune raison pour attribuer à la chaleur la recrudescence actuelle, dont la marche jusqu'à présent n'a été modifiée par aucune circonstance météorologique connue.

M. Gaultier de Claubry. Les mesures que réclame M. Guérin ont été prises depuis longtemps, et en ce qui concerne les gadous et en ce qui concerne les eaux stagnantes des blanchisseries ou d'autres établissements. L'administration a fait tout ce qu'elle pouvait faire ; on ne peut rien exiger de plus.

L'honorable membre entre ici dans des détails circonstanciés sur la police sanitaire des boues de Paris et des puisards ou amas d'eaux quelconques, desquels il résulte que toutes les mesures propres à diminuer le plus possible l'insalubrité de ces matières ont été prises.

M. Robinet. Quand on a parlé de l'influence de la chaleur sur l'augmentation, on a oublié qu'avec l'apparition des grandes chaleurs coïncidait une grande augmentation dans la consommation des boissons alcooliques. Dans la banlieue où existe l'exercice, il est facile d'apprécier exactement cette augmentation. Or, ce n'est point avec la chaleur, mais bien avec l'abus des boissons alcooliques que coïncide l'accroissement d'intensité de l'épidémie ; c'est là un fait que l'observation rigoureuse a mis en évidence aussi bien en 1832 que dans ces derniers jours.

— M. Caventou lit un rapport officiel sur des eaux minérales.

— La séance est levée à cinq heures.

Correspondance.

Nous recevons de notre confrère M. Desrivières une lettre dont nous nous contenterons d'extraire le passage suivant :

Paris, 5 juin 1849.

Très honoré confrère,

Dans l'intérêt d'une solution qui intéresse tout le monde, je pense, ne seriez-vous pas d'avis, en présence de l'affreux fléau qui nous décime, de provoquer, à l'aide de votre estimable journal, de la part du gouvernement, une enquête qui aurait pour objet de constater avec soin quelles sont les professions qui sont ou non exemptes des atteintes du choléra, et qui par là même donnerait l'occasion de conclure à l'efficacité de tel ou tel spécifique?

M. Desrivières indique ensuite les moyens à l'aide desquels on pourrait constater les professions de tous les cholériques.

L'administration a devancé le vœu de notre honorable confrère ; cette année, comme en 1832, une commission est chargée de recueillir tous les documents relatifs à l'épidémie, aussi bien ceux qui concernent les professions que tous les autres. Seulement, en 1832, on avait créé une commission spéciale, et cette année c'est le conseil de salubrité tout entier qui est chargé de ce travail.

Nous recevons de Versailles, trop tard pour les insérer, deux lettres qui infirment la nouvelle qu'on nous avait transmise de l'apparition de l'épidémie dans cette ville. Nous publierons l'une de ces lettres dans notre prochain numéro.

Classement pathologique des pensionnaires de l'hôtel des Invalides de Paris.

Les pensionnaires de l'hôtel des Invalides de Paris sont classés d'après une méthode qui ne laisse pas que d'offrir un certain intérêt au point de vue de la physiologie pathologique et peut-être de la médecine opératoire. Voici, en effet, cette méthode de classification :

Aveugles	154
Amputés des deux jambes	12
Amputés d'une jambe	313
Amputés des deux bras	2
D'un seul bras	236
Paralytiques ou impotents	237
Epileptiques	12
Aliénés	31
Nez ou menton d'argent	8
Boiteux ou incapables de marcher	133
Pieds gelés en Russie	28
Estropiés des mains	132
Diverses autres blessures	1,027
Frères lais	178
Septuagénaires	516
Octogénaires	37
Total	3,056

Nombre ordinaire d'admissions par année, 200.

Nouvelles du choléra.

Les journaux politiques annoncent que quelques cas de choléra se sont produits à Tours, au Mans, à Lorient, à Cancale (Ille-et-Vilaine), à Amiens et dans quelques communes de la Somme et du Pas-de-Calais. Mais dans aucune de ces localités heureusement il n'a revêtu un caractère épidémique.

NOUVELLES.

Le ministre de l'intérieur vient de soumettre à l'examen du conseil d'Etat un projet de loi sur l'assistance publique.

— M. Faure, médecin principal à l'hôpital de Lyon, est désigné pour l'hôtel des Invalides à Paris.

M. Boudin, médecin principal à l'état-major de la 1re division, détaché à l'armée des Alpes, est désigné pour l'hôpital du Roule à Paris.

M. Lodibert, médecin ordinaire à l'hôpital militaire de Valenciennes, est désigné pour l'hôtel des Invalides à Paris.

M. Périer, médecin ordinaire à l'hôpital de Calais, désigné pour l'hôpital de perfectionnement, est détaché à Popincourt à Paris.

M. Abeille, médecin adjoint à l'hôpital de Givet, est désigné pour l'hôpital de perfectionnement à Paris.

M. Jacquot, médecin adjoint à l'hôpital de Bayonne, détaché à l'armée des Alpes, est désigné pour l'hôpital du Roule à Paris.

M. Lacauchie, chirurgien principal à l'hôpital de Popincourt à Paris, est désigné pour celui du Roule.

M. Brian, chirurgien-major à l'hôtel des Invalides, détaché à l'armée des Alpes, est rappelé à son poste.

M. Warmé, chirurgien-major au 4e d'artillerie, est désigné pour l'hôpital de Popincourt à Paris.

M. Berton, chirurgien-major à l'école d'état-major, prendra part au service de l'état-major de la 1re division.

M. Pégat, chirurgien aide-major à la place d'Avignon, est désigné pour l'hôpital de Popincourt.

M. Bonduelle, chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de Versailles, est désigné pour celui du Roule à Paris.

M. Donnezan, chirurgien aide-major à l'hôpital de Perpignan, est désigné pour celui de Versailles.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 9 JUIN 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — No 67.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 8 JUIN 1849.

Marche du choléra.

L'épidémie continue à sévir avec la même intensité. Pendant les deux derniers jours, le nombre des admissions et des décès dans les hôpitaux et hospices civils a atteint les chiffres suivants :

Journée de mercredi : 331 admissions, 138 décès.
Journée de jeudi : 296 admissions, 162 décès.

Dans les hôpitaux militaires, l'accroissement a été plus considérable encore : les deux seuls hôpitaux du Gros-Caillou et du Val-de-Grâce ont fourni les chiffres suivants :

	Journée de mercredi.		Journée de jeudi.	
Val-de-Grâce :	42 admissions,	16 décès. —	61 admiss.,	23 décès.
Gros-Caillou :	16 —	7 —	14 —	7 —
Total :	58	23	75	30

Enfin, en ville, l'épidémie paraît avoir sévi plus violemment encore. Des renseignements d'une exactitude très approximative pour la journée de mercredi, et certains pour les deux jours précédents, nous ont fourni la mortalité suivante :

Journée de lundi.	368
— mardi.	500
— mercredi, entre 5 et	600

On a vu que dans les hôpitaux le nombre des entrées d'hier a été un peu inférieur à celui de la veille ; d'après ce que nous avons vu ce matin, nous devons même espérer que le chiffre d'aujourd'hui sera encore inférieur à celui d'hier ; mais après les cruelles déceptions que nous avons éprouvées depuis deux mois, nous ne pouvons accueillir qu'avec beaucoup de réserve des espérances malheureusement trop fragiles.

Les environs de Paris sont assez gravement atteints pour que les municipalités aient été obligées de demander des élèves en médecine. M. le doyen de la Faculté a adressé immédiatement à tous les élèves un appel qui a été entendu, comme on devait l'espérer du dévouement de nos jeunes confrères ; mais nous craignons que leur petit nombre ne rende ce dévouement insuffisant. L'administration n'agirait-elle pas sagement en faisant appel aux élèves de Lyon et de Montpellier, où l'on doit espérer que l'épidémie ne fera pas invasion ? C'est une réflexion que nous soumettons à l'attention du gouvernement.

HOSPICES.	NOMBRE DE CAS.	DÉCÈS.	SORTIES.
Salpêtrière.	1352	970	240
Bicêtre.	259	145	24
Ménages.	83	50	11
Incurables (hommes).	29	29	»
Incurables (femmes).	18	15	1
Larochcfoucauld.	5	3	»
Sainte-Périne.	7	5	»
HÔPITAUX CIVILS.			
Hôtel-Dieu.	1449	661	552
Charité.	572	330	181
Pitié.	677	337	252
Saint-Louis.	822	385	256
Beaujon.	485	250	141
Necker.	254	112	100
Enfants-Malades.	97	42	45
Saint-Antoine.	185	90	54
Cochin.	113	44	52
Sainte-Marguerite.	166	84	52
Bon-Secours.	183	97	48
Cliniques.	36	27	8
Maison d'accouchement. . . .	3	1	»
Hôpital du Midi.	2	1	»
Lourcine.	31	13	10
	6828	3691	2027
Report,	6828	3691	2027
Maison de Santé.	123	57	27
Prison de Saint-Lazare.	43	21	14
HÔPITAUX MILITAIRES.			
Invalides.	88	55	16
Val-de-Grâce.	633	182	281
Gros-Caillou.	724	252	362
Hôpital militaire du Roule. .	402	197	99
Hôpital milit. Popincourt. .	142	77	»
Total,	10459	5576	3099

Les journaux et notre correspondance particulière continuent à nous signaler quelques cas de choléra à Orléans, à Amiens, et dans quelques communes du Loiret, de la Somme, d'Eure-et-Loir, de la Meuse, des Ardennes, du Nord, de Maine-et-Loire, et d'Ille-et-Vilaine. Mais dans toutes ces localités, ce sont des cas isolés et qui n'ont que rarement des suites funestes.

A Tours, aucun cas nouveau ne s'est déclaré dans les journées du 5 et du 6.

Les chaleurs semblent avoir ramené l'épidémie en Irlande, à Presbourg et dans quelques parties de l'Allemagne.

L'administration vient de faire publier l'avis suivant, dont nous ne pouvons qu'approuver le but et les moyens. Nous répéterons seulement pour la vingtième fois que, puisque M. le préfet reconnaît lui-même que l'épidémie « n'a pas la gravité qu'on lui a attribuée dans le public, » il serait bien plus simple de rassurer le public en faisant connaître le chiffre exact des victimes de l'épidémie qu'en donnant des assurances auxquelles ce même public peut bien ne pas avoir une confiance sans bornes.

Préfecture de police. — Conseil de salubrité.

« Depuis la brusque apparition de chaleurs inaccoutumées, l'épidémie cholérique, qui était sensiblement décroissante, a repris une nouvelle intensité. La recrudescence, toutefois, n'a pas la gravité qu'on lui a attribuée dans le public.

» En raison de la chaleur régnante, il est des précautions hygiéniques déjà recommandées qui doivent être rigoureusement suivies.

» Il ne peut être trop répété que, dans la très grande majorité des cas, le choléra est précédé d'un dérangement d'entrailles qu'il serait imprudent de négliger, et pour lequel il faut réclamer immédiatement les conseils d'un médecin.

» Dans tous les temps, mais surtout en temps d'épidémie, on doit vivre avec sobriété, éviter les excès de tous genres. Durant les grandes chaleurs, on est trop généralement porté à faire abus des boissons froides et rafraîchissantes. Il ne faut en user que modérément et avec précaution, ainsi que des liqueurs excitantes ou alcooliques.

» Dans quelques arrondissements, l'épidémie a pris assez d'intensité pour que l'administration ait cru devoir mettre en activité les bureaux de secours qui n'avaient pas encore fonctionné, bien qu'organisés à l'avance. Cette mesure, toute de précaution, aura pour résultat d'offrir immédiatement à la population les secours médicaux dont elle peut avoir besoin. »

» Paris, le 6 juin 1849. Vu et approuvé :

» Le préfet de police, REBILLOT. »

De la contagion du choléra.

C'est mardi sans doute que la commission du choléra fera le rapport spécial qu'on lui a demandé sur la question de la contagion, et que l'Académie ouvrira la discussion sur cette question importante. Nous allons donc nous-même devancer un instant la discussion, et présenter dès aujourd'hui quelques considérations qui peuvent servir à la résoudre.

Plus on réfléchit à cette question, plus on est étonné que la contagion puisse encore compter au nombre de ses partisans quelques esprits distingués (1), plus on désespère de faire accepter unanimement en médecine les vérités les plus évidentes. En est-il de plus évidente, en effet, que celle de la non-contagion du choléra ? On va en juger.

Si la contagion jouait un rôle quelconque, si minime qu'il fût, dans la propagation du choléra, n'est-il pas évident, aux yeux du plus simple bon sens, que les personnes qui sont constamment en rapport avec les cholériques devraient être atteintes, sinon en totalité, du moins en plus grand nombre que celles qui évitent tout rapport contagieux ? Et cependant, qu'y a-t-il de mieux démontré que l'opinion contraire ?

En 1832, sur 2,035 personnes employées spécialement, à Paris, au service des cholériques dans les hospices et hôpitaux civils de Paris, tant sédentaires que temporaires, 138 ont été atteintes du choléra, et 45 ont succombé ; c'est 1 malade sur 15, et 1 décès sur 45 (ou 22,11 sur 1,000), tandis que la moyenne des décès par suite du choléra dans la population entière de Paris a été de 1 sur 42 (23,42 sur 1,000), c'est-à-dire un peu plus considérable.

Si du moins c'était là un fait isolé, exceptionnel, nous comprendrions qu'on voulût en nier les conséquences rigoureuses ; mais non, partout où la même observation a été faite, partout elle a produit le même résultat avec une constance, une uniformité qui donnent à la non contagion la certitude d'une vérité mathématique.

Ainsi :

A Revel, sur 113 personnes attachées au service de l'hôpital des cholériques, 2 seulement ont été atteintes, un infirmier et une infirmière, et leur conduite n'était rien moins que régulière. (Gaimard et Girardin, page 19.)

A Saint-Pétersbourg, sur 58 personnes attachées à l'hôpital temporaire des cholériques du quartier de l'amirauté, une seule tombe malade pour avoir bu du kwas froid, ayant chaud ; elle guérit. (*Id.*, page 38.)

Sur 123 personnes attachées à l'hôpital de Moscou, 2 seulement sont atteintes. (*Id.*, page 19.)

Sur 253 individus attachés au service des cholériques de l'hôpital de la Marine, à Cronstadt, 4 seulement sont atteints. (*Id.*, page 29.)

Au Bengale, sur 250 à 300 officiers de santé dont la plupart avaient visité un grand nombre de cholériques, *trois* seulement sont affectés du choléra, et un seul succombe. (*Rapport du docteur Ch. Mac-Léon sur les quarantaines.*)

Dans les prisons, où la population est si entassée, où les rapports des reclus malades et non malades sont si multipliés, la mortalité a présenté en 1832 les proportions suivantes :

Dépôt de la Préfecture de police. .	1 décès sur	35,87	(29 sur 1,000)
Maison d'arrêt (la Force).	1	63,25	(16 —)
Maison de justice (la Conciergerie).	1	17,60	(57 —)
Maison de Saint-Lazare.	1	41,70	(24 —)
Sainte-Pélagie { Correction.	1	27,09	(37 —)
Sainte-Pélagie { Dettes (1).	1	40,	(25 —)

Aux Jeunes-Détenus, un seul décès par suite du choléra a eu lieu sur une population de 278 détenus.

En résumé, dans une population placée dans les conditions les plus favorables à la contagion, la mortalité n'a été que de 1 sur 71, c'est-à-dire inférieure à celle de la ville. Nous avons d'ailleurs expliqué par des considérations hygiéniques cette différence de mortalité.

Qui donc empêche que des faits aussi évidents, aussi constants, frappent tous les yeux, et que certains esprits se refusent d'en tirer les conséquences rigoureuses qui en découlent ? Ce qui l'empêche, ce sont quelques autres faits que l'on considère comme des exceptions. Voyons donc en quelques mots en quoi consistent ces exceptions, et, avant tout, ce que l'on doit entendre par exceptions.

D'abord y a-t-il des exceptions ? M. Rochoux, on le sait, a soutenu la négative, et au point de vue philosophique, on ne peut nier que son opinion ne soit très soutenable ; mais ce n'est point ici une discussion métaphysique, et dans les discussions scientifiques il y a, selon nous, avantage à ne pas sortir des faits palpables, et de la signification que l'usage général attache aux mots. Or, à ce point de vue, nous croyons qu'il y a des exceptions ; seulement, il s'agit de s'entendre sur ce qu'on doit appeler ainsi, sur la manière de démontrer la réalité de ces exceptions. Pour bien saisir le sens du mot, quelques exemples seront peut-être préférables à une définition.

Que cent individus avalent en même temps 1 gramme d'arsenic ; quatre-vingt-quinze, nous le supposons, succomberont, et cinq survivront. On pourra dire alors qu'un gramme d'arsenic tue un homme ; mais que, *par*

(1) On dit même que la majorité de la commission est contagioniste, et que, par conséquent, les conclusions du rapport le seront aussi.

(1) La prison pour dettes était alors dans un quartier de Sainte-Pélagie.

exception, cette dose peut ne point suffire pour causer la mort. Cette exception a sans doute sa raison d'être, et si nous pouvions bien pénétrer jusqu'au fond des choses, nous verrions certainement que l'exception n'en est pas une, et que les faits doivent toujours se produire de la même manière lorsqu'on se placera dans les mêmes conditions d'expérimentation. Mais ce qui doit continuer à faire considérer comme des exceptions les cas des cinq individus qui auront échappé à la mort, c'est que ces individus étaient dans les mêmes conditions que tous les autres, et que néanmoins ils ont éprouvé des effets différents. Mais il ne faudrait pas croire que ces exceptions soient un effet du hasard. Quoique nous ne puissions pas nous rendre compte de leur raison d'être, l'expérience apprend parfaitement que cette raison existe, attendu que ces exceptions se reproduiront toutes les fois qu'on fera une expérimentation nouvelle, c'est-à-dire, en un mot, que ces exceptions sont elles-mêmes le résultat d'une loi dont nous ne connaissons pas la cause, mais que nous pouvons parfaitement constater. Ainsi, les exceptions se reproduisent partout et toujours, et c'est pour cela même qu'elles sont des exceptions.

Dans l'exemple que nous avons choisi, les exceptions sont faciles à constater; elles tombent même sous le bon sens. En est-il de même dans tous les cas? Non, assurément; il est des circonstances où il faut une plus grande attention pour les constater. Il en est ainsi quand il s'agit de constater la propriété contagieuse d'une maladie, et que la contagion ne s'exerce pas nécessairement sur tous les individus qui s'y exposent. Dans ces cas, on peut être induit en erreur, et attribuer à la contagion ce qui dépend du développement naturel de la maladie; mais on ne sera induit en erreur qu'à la condition de ne considérer que quelques faits en particulier, en négligeant complétement les faits généraux. En procédant d'une manière contraire, il sera toujours facile de s'assurer si la maladie est plus fréquente parmi ceux qui s'exposent à la contagion, condition absolument indispensable pour que la contagion joue un rôle quelconque dans la production de la maladie. En effet, l'essence de la maladie ne peut varier; les individualités seules peuvent expliquer les différences d'action de la cause morbide. Or, ces individualités étant en proportion égale dans toutes les localités, comme le prouve l'identité d'action des effluves marécageux, de la syphilis, du sulfate de quinine, de l'arsenic, etc., nous avons eu raison de dire qu'admettre que le choléra peut se communiquer par contagion à Bruxelles et non pas à Paris, c'était croire que l'acide prussique pouvait tuer ici et là être innocent. Rien ne peut être plus rigoureux qu'un semblable raisonnement.

Ces principes étant exposés, nous appesantirons-nous sur les prétendues exceptions qu'on a invoquées en faveur de la contagion? Cela ne nous paraît pas bien nécessaire. Nous dirons cependant qu'il y a de quoi s'étonner des illusions que ces exceptions prétendues ont pu faire naître.

Comment! on sait que chaque jour rayonne de Paris vers tous les points de la France une masse énorme de voyageurs; on sait que l'influence épidémique plane sur le pays tout entier, et l'on s'étonne que cette influence manifeste ses effets dans une localité précisément le jour où un voyageur arrive de Paris! Mais ne devrait-on pas, au contraire, être très surpris qu'il en fût autrement? Il faudrait au moins, pour que les exceptions qu'on invoque eussent quelque probabilité en leur faveur, que l'importation présumée se fût effectuée dans des localités absolument soustraites à l'influence épidémique, comme l'Espagne, par exemple, qui chaque jour reçoit des voyageurs de Paris depuis trois mois, et qui cependant attend encore le choléra.

Voulez-vous une autre preuve de la conséquence de ceux qui croient si facilement aux exceptions? La voici: Les contagionistes, excepté M. Velpeau dont l'opinion est jugée, admettent bien que le choléra n'est contagieux que dans des circonstances très rares; ce qui veut dire qu'un très petit nombre d'individus sont susceptibles de le contracter. Or précisément dans les cas exceptionnels qu'on nous cite, tous ceux qui ont été en contact avec les cholériques ont gagné la maladie! Voilà des exceptions bien merveilleuses assurément; mais c'est bien le cas de dire: Qui trop prouve, rien ne prouve.

Pour ceux qui sont moins amis du merveilleux, ces faits ne peuvent prouver autre chose, sinon que le choléra sévit de préférence dans certains lieux, sur certains individus vivant dans des conditions diverses, ce qui est d'ailleurs surabondamment démontré par toutes ces observations.

Que serait-ce maintenant si nous voulions examiner la valeur intrinsèque de ces faits eux-mêmes? M. Mélier prouvera mardi prochain à quoi se réduisent ceux qui ont été recueillis par le plus éminent des contagionistes, M. Velpeau; on pourra juger par là de la confiance que méritent les autres. Mais, du reste, ces faits eussent-ils été observés avec la plus scrupuleuse attention, qu'ils ne sauraient constituer des exceptions, puisqu'ils s'expliquent beaucoup plus naturellement par des influences étrangères à la contagion que par la contagion elle-même.

Dirons-nous maintenant un mot de l'influence déplorable que peuvent avoir pour l'humanité les idées contagionistes? Nous ne le croyons pas. Nous sommes de ceux qui pensent qu'en fait de science on ne doit avoir égard qu'au seul intérêt de la vérité, et qui pensent même que cet intérêt est toujours celui de la société. Dans cette circonstance, cela est plus vrai que jamais; car ceux qui abandonnent indignement sans secours leurs concitoyens en proie à la maladie n'obéissent pas seulement aux plus honteuses passions, mais encore à une absurde erreur.

Revue clinique hebdomadaire.

Névralgie sciatique rebelle traitée avec succès par les bains sulfureux. — Malgré les exemples remarquables de succès obtenus dans le traitement des névralgies par les vésicatoires et surtout par la cautérisation transcurrente, moyens préconisés à juste titre par M. Valleix, ces deux moyens trouvent eux-mêmes comme tous les autres des cas rebelles à leur action. Le fait suivant est à la fois un exemple remarquable de leur insuccès et de l'avantage que peuvent avoir dans quelques cas les bains sulfureux suffisamment prolongés.

Une jeune fille entra, il y a environ cinq mois, dans le service de M. Fouquier à la Charité. Elle était affectée d'une névralgie sciatique qui datait de quatre semaines et qui était assez douloureuse pour empêcher complétement la marche. Aucun moyen sérieux n'avait encore été employé pour combattre cette affection.

Pendant plusieurs jours, on mit en usage les frictions calmantes sur le trajet du nerf affecté; puis on prescrivit à l'intérieur les pilules de Méglin et d'autres préparations d'opium à haute dose. L'emploi de ces moyens, continué pendant environ un mois, ne produisit aucune amélioration; la peau, qui dès l'entrée de la malade, présentait un léger degré d'anesthésie, devint moins sensible encore, sans que pour cela les douleurs névralgiques fussent moins vives; il y avait aussi un peu de paralysie de la motilité.

A dater de ce moment, on fit plusieurs applications de ventouses scarifiées; on appliqua sur les points les plus douloureux des vésicatoires volants, au nombre de douze; ces moyens n'eurent pas plus d'effet que les opiacés. La double paralysie du mouvement et du sentiment continua, au contraire, à faire des progrès; celle du sentiment était à peu près complète.

On eut alors recours à la cautérisation transcurrente, qui fut pratiquée à plusieurs reprises depuis le niveau de l'échancrure sciatique jusqu'au pied en suivant le trajet du nerf. Cette opération n'apporta elle-même aucune amélioration dans l'état de la malade. Il y avait trois mois que la malade était dans l'hôpital; l'anesthésie cutanée était complète dans toute la portion postérieure de la jambe et considérable dans sa partie antérieure; la malade ne pouvait en aucune façon s'appuyer sur le membre affecté.

C'est alors qu'en désespoir de cause M. Oulmont, chargé par intérim du service où il remplit les fonctions de chef de clinique, eut recours aux bains sulfureux qu'on pourrait appeler à *haute dose*. C'est-à-dire qu'il les répéta tous les jours pendant vingt-quatre jours. Après les premiers bains, une modification sensible et favorable s'opéra dans l'état de la malade, et, au vingt-cinquième jour de ce traitement, elle put se promener dans l'hôpital. Quelques jours après, elle s'en alla à pied chez elle. La guérison ne s'est pas démentie depuis.

Quoique ce fait parle de lui-même sous le rapport thérapeutique, nous ajouterons cependant quelques courtes réflexions relatives aux symptômes anesthésiques présentés par la malade. Ces symptômes auraient pu faire croire à l'existence d'une névrose ou affection du système nerveux central, telle que l'hystérie, maladie dans laquelle ces anesthésies et même ces paralysies de la motilité ne sont pas extrêmement rares. Or, dans ces affections, les toniques en général et les bains sulfureux en particulier sont indiqués par la plupart des praticiens, et, en améliorant la maladie principale, améliorent aussi les attaques secondaires qui n'en sont que les symptômes. De cette façon, on s'expliquerait parfaitement l'action des bains sulfureux sur la sciatique. Mais chez la malade dont nous venons de résumer l'observation aucun autre symptôme d'hystérie n'existait et n'avait jamais existé; cette jeune fille était parfaitement réglée, nullement nerveuse et n'était sujette ni aux attaques de nerfs ni aux perversions du goût ou des autres sens; en un mot, elle n'offrait aucun phénomène qui pût faire croire à une affection centrale du système nerveux.

Nous ajouterons d'ailleurs, ce que M. Oulmont nous a dit avoir constaté assez souvent, ainsi que beaucoup d'autres praticiens, que les anesthésies cutanées et les paralysies des parties animées par les nerfs névralgiés sont loin d'être rares; mais elles diffèrent des mêmes lésions produites par des névroses en ce que ces lésions sont bornées à des parties circonscrites et non sujettes à changer de place et à disparaître brusquement.

En résumé, il nous paraît qu'on a bien eu affaire à une véritable névralgie chez la malade qui fait l'objet de cette note, et que c'est contre une névralgie pure et simple que les bains sulfureux ont été si avantageux.

Réduction d'une luxation du coude datant de cinq semaines. — Ainsi que nous l'avons annoncé dans notre dernière *Revue*, M. Malgaigne a tenté hier, à l'aide des moufles et du dynamomètre, la réduction de la luxation datant de cinq semaines dont nous avons donné l'histoire succincte dans notre dernier numéro. Les tentatives ont été couronnées de succès, et elles ont présenté quelques particularités qui ont été pour le savant chirurgien l'occasion de remarques intéressantes.

Le premier fait sur lequel M. Malgaigne ait insisté, c'est que, chez un enfant de dix ans, il a fallu employer une force de 400 livres pour réduire une luxation incomplète du coude, et encore cette force a-t-elle été employée à plusieurs reprises, et a-t-il fallu la combiner avec une forte pression exercée en sens contraire par le genou et les mains du chirurgien, de manière à pousser les extrémités de ces deux os dans leur situation normale.

De cette remarque capitale, M. Malgaigne en a fait découler plusieurs autres qui sont d'une grande importance pratique.

D'abord, si une force aussi grande a été nécessaire pour réduire une luxation incomplète, on peut juger de celle qu'il aurait fallu pour en réduire une complète; aussi, a dit M. Malgaigne, si j'ai cru pouvoir sans inconvénients retarder ici de huit à dix jours les tentatives de réduction, tentatives sur le succès desquelles je pouvais et je devais compter, je me serais bien gardé d'agir ainsi en présence d'une luxation complète: dans ce cas, dix jours de plus ou de moins ont une grande importance, et peuvent même faire échouer complétement les tentatives de réduction.

Dans les luxations complètes du coude, il ne faut pas espérer d'obtenir une réduction après plus de deux mois et demi ou tout au plus trois mois de date; tandis que dans les luxations incomplètes le succès est à peu près certain, pourvu qu'on emploie des forces bien combinées. Vous voyez donc de quelle importance il est d'établir un diagnostic précis sur ces luxations, afin d'éviter aux malades des souffrances inutiles et qui peuvent n'être pas sans danger, lorsqu'on ne doit avoir aucun espoir fondé de voir les efforts chirurgicaux couronnés de succès. J'ajouterai que ce diagnostic est loin d'être toujours facile; qu'il faut souvent beaucoup d'attention pour l'établir avec certitude, et que ceux qui croient avoir réduit des luxations complètes du coude datant de cinq et six mois ont certainement porté un diagnostic erroné, malgré leur expérience chirurgicale. Leur erreur est venue de ce qu'ils ont regardé comme trop facile un diagnostic qui demande au contraire beaucoup d'attention.

Quant aux moyens d'éviter l'erreur de diagnostic, outre la constatation bien précise de la situation respective des saillies osseuses, M. Malgaigne a insisté avec raison sur la mensuration de la distance qui existe entre l'épicondyle ou l'épitrochlée et le poignet. Dans les luxations complètes, cette distance est nécessairement plus courte que dans l'état normal, puisque les os de l'avant-bras remontent au-dessus des surfaces articulaires de l'humérus; tandis que dans les luxations incomplètes, le radius appuyant par un de ses bords sur le condyle huméral, il ne peut y avoir de raccourcissement, et qu'on trouverait même un allongement de un à deux millimètres si une aussi petite différence pouvait être appréciée.

M. Malgaigne a ensuite insisté sur la nécessité de maintenir l'avant-bras fléchi pour prévenir la récidive de la luxation, nécessité beaucoup plus impérieuse encore dans les luxations anciennes que dans les luxations récentes; il s'est étendu ensuite sur les particularités des appareils qu'il a mis en usage. Ces considérations, d'une application toute générale, trouveront leur place dans un autre article.

De la nécessité de la double ligature de la cubitale et de la radiale dans les plaies des artères palmaires. — Nous avons observé récemment dans le service de M. Jobert, à l'hôpital Saint-Louis, un fait qui offre un grand intérêt pratique.

Un homme avait eu la paume de la main ouverte horizontalement par un corps tranchant, et l'artère palmaire coupée en travers à sa partie externe et supérieure, non loin du ligament métacarpien.

On aurait pu penser d'abord que la simple ligature de la radiale aurait suffi, et bien des chirurgiens se bornent, en effet, à conseiller, dans les cas analogues, la ligature d'une des artères de l'avant-bras, ou même la compression du vaisseau lésé, sur le lieu même où la plaie a été faite.

Cette pratique, pour M. Jobert, est souvent insuffisante, et n'est pas toujours dépourvue de dangers.

Lorsqu'on établit la compression sur la plaie elle-même, on s'expose à produire une inflammation intense de la paume de la main, de la propagation de cette inflammation le long des gaînes tendineuses, et tous ces dangers sont la conséquence de ce dernier accident. Dans tous les cas, cette méthode retarde plus ou moins la cicatrisation.

Lorsqu'on se borne à pratiquer la ligature d'une des artères de l'avant-bras, il arrive souvent que l'hémorrhagie se reproduit par le bout inférieur du vaisseau blessé, et cela avec assez d'opiniâtreté pour qu'on soit obligé d'employer la compression, qui a des inconvénients déjà signalés, ou bien pour exiger la ligature de la seconde artère, ce qui est le moyen le plus sûr et même le plus innocent.

Rien, selon M. Jobert, n'a moins d'inconvénients que les ligatures des artères radiale et cubitale; il les a pratiquées un grand nombre de fois sans avoir jamais observé le plus petit accident. Or, si ces ligatures sont sans danger, pourquoi ne pas les pratiquer de prime abord au lieu de commencer par mettre en usage des moyens qui non-seulement offrent des dangers sérieux, mais qui en outre n'empêchent pas toujours qu'on ne soit obligé de recourir plus tard à la double ligature?

Ces principes, qui nous paraissent très rationnels, corroborés surtout par l'expérience de M. Jobert, ont été mis en pratique sur le malade dont nous avons parlé. C'était un homme d'une quarantaine d'années; sa blessure était fort grave en apparence; cependant la plaie ne présenta presque aucune inflammation; il n'y eut point de fièvre, et aucune trace d'hémorrhagie n'eut lieu. Le malade est sorti après trois

semaines de séjour conservant parfaitement toute la force de son membre. Il serait difficile de trouver un plus bel argument en faveur de la pratique préconisée par M. Jobert.

— **Opération d'anus contre nature.** — Le fait si remarquable d'anus contre nature que nous avons observé dans le service de M. Nélaton, et dont nous avons entretenu nos lecteurs dans notre avant-dernière Revue, a acquis aujourd'hui toute son importance pratique.

Depuis le jour où nous en avons parlé pour la dernière fois, l'orifice intestinal artificiel s'est considérablement rétréci; la plus grande partie des matières fécales passe par l'orifice inférieur du canal intestinal; le malade n'a point de fièvre; il mange et dort comme dans l'état normal. Pendant deux jours seulement quelques coliques sont venues déranger le cours naturel des matières, et rétablir en partie leur issue par l'orifice artificiel; mais ce léger accident n'a pas eu de suite; et l'on peut considérer aujourd'hui le malade comme hors de danger, et l'oblitération de l'anus contre nature comme certaine et même peu éloignée. Ce fait est donc destiné à compter parmi les plus beaux succès de la chirurgie militante et hardie, sans être téméraire.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. P. GUERSANT.

Expulsion d'hydatides et de la poche hydatique par une ouverture faite au niveau de la région hépatique. (1)

Agé de neuf ans, le malade qui fait le sujet de cette observation n'a point eu de maladies graves dans sa première enfance. Comme antécédents, il raconte qu'il y a deux ans il a été renversé et piétiné sur le côté droit par des ânesses, accident qui le tint peu de jours au lit et qu'on traita par des émollients simples.

Deux mois avant son entrée à l'hôpital, il faisait une chute sur le trottoir, et comme le côté droit a porté, il rapporte à cette époque la tuméfaction notable de l'hypochondre correspondant. On lui fit alors en ville une application de 15 sangsues sur ce point.

Admis le 18 octobre 1848 dans le service de chirurgie, il présentait une tumeur peu développée au niveau du foie, mais où le frémissement particulier à la présence d'hydatides dans cet organe se percevait manifestement par la percussion légère: d'ailleurs, un état général satisfaisant; un peu de maigreur, mais habituelle.

A partir du 20 octobre, on a appliqué successivement le caustique de Vienne et la potasse caustique sur le point le plus saillant de la tumeur; un hiatus assez profond a été ainsi formé très lentement, de manière à favoriser l'adhérence du péritoine aux parois et aux parties voisines.

En janvier, le frémissement était encore facile à percevoir; la tuméfaction parut s'accroître, elle gagnait vers la région sus-ombilicale et donnait une grande tension aux parois abdominales, sans que l'état général en parût sensiblement affecté.

Ce n'est que vers les premiers jours du mois de mars que le ventre devint plus flasque; le frémissement n'était plus appréciable en aucun point. L'excavation fistuleuse étant suffisamment profonde, on ponctionne alors avec un trocart explorateur, et il sort environ 200 grammes de sérosité citrine, sans trace de débris hydatiques de nature albumineuse; le microscope n'y fit découvrir que quelques conserves très évidentes, mais formées peut-être après l'issue du liquide. On agrandit l'ouverture pratiquée au moyen d'éponges. Pendant trois jours, il fallut combattre les signes d'une péritonite circonscrite tendant à se généraliser.

Le 12 mars, l'état général se relevant, on voyait les hydatides de médiocre volume se présenter à l'orifice interne de la fistule; nous en enlevâmes quatre le matin et autant le soir.

Les jours suivants, même sortie d'hydatides au milieu d'un liquide trouble, jaunâtre et très fétide. Les forces de cet enfant faiblissaient sensiblement sous l'influence d'un état fébrile rémittent qu'on put vaincre avec la quinine.

A partir du 20 courant, la plaie fut maintenue ouverte avec de l'éponge fine par une mèche cératée; des hydatides de grosseur variable ont été retirées journellement, mais depuis ce moment fortement colorées de matière bilieuse, la plupart en lambeaux, tant leur consistance est molle et facile à diviser. Malgré une déperdition de bile assez notable, puisque les pièces du pansement, la charpie en étaient tout à fait imprégnées chaque jour; les forces se sont soutenues; peu d'appétit, mais digestions faciles; pas de vomissements ni de diarrhée; visage gai, pouls régulier, quoique faible. Depuis quelques jours, le foyer paraissant tari, à peine sortait-il du liquide fétide en question.

Le 28, l'élève chargé du pansement voit saillir un lambeau plus résistant que d'habitude, le saisit et amène les débris considérables d'une poche d'apparence fibreuse, résistante, lisse sur une surface et chagrinée sur l'autre, laquelle, dans son étendue presque complète, nous paraît la paroi même du kyste; cette extraction fut suivie de frissons avec vomissements, accidents promptement enrayés par l'administration d'opium à dose élevée.

Le surlendemain 30 courant, en ôtant la mèche de la fistule, nous voyons jaillir un véritable flot de liquide trouble, jaunâtre, extrêmement fétide, dont on a recueilli près d'un litre et demi; en même temps de volumineuses hydatides jaunâtres : on peut en évaluer le nombre à six ou sept.

Le 31 mars, aucun accident n'est survenu; il n'est sorti le matin que très peu de liquide d'apparence séreuse.

Pendant plusieurs jours, la santé se soutient très bonne; une certaine quantité de pus fétide sort chaque jour par la plaie; tout faisait croire à une réparation prochaine des parois du foyer; une injection destinée à déterger ces parois rompt le kyste et produit une péritonite mortelle.

A l'autopsie, les anses intestinales étaient reliées ensemble par de fausses membranes baignées de pus; d'ailleurs, on ne pouvait plus retrouver de trace du liquide épanché; le foie avait subi une augmentation remarquable de volume, surtout dans sa portion gauche. A la coupe, le tissu n'était que décoloré, sans autre altération et surtout sans apparence d'autre kyste hydatique; à droite, on rencontrait une cavité parfaitement en rapport avec la fistule pratiquée, et limitée en haut et en avant par la portion droite du diaphragme, dans laquelle elle faisait saillie en dehors par la paroi abdominale, y compris les cartilages et les huitième, neuvième et dixième côtes; en bas et en dedans par le parenchyme même du foie, au milieu duquel le kyste semblait s'être en partie creusé. La capacité de cette poche était environ égale au volume des deux poings du sujet, enfant de neuf ans; un liquide purulent et surtout coloré de matière bilieuse s'en est écoulé abondamment.

Une membrane facile à détacher le tapissait, et au-dessous d'elle on voyait nettement un réseau vasculaire sur toute la surface interne. Inférieurement et en avant, presque audessous de la fistule, a eu lieu la rupture; là où l'on aperçoit une solution de continuité, à bords mousses, de deux à trois centimètres de diamètre, là aussi où la paroi est fort mince et facile à déchirer, la vésicule bilieuse était remplie d'un liquide tout à fait jaune, grumeleux, où l'on semblait voir suspendus de petits graviers. L'état des autres organes était absolument sain.

(1) Ce fait a été communiqué à la Société biologique par M. Lebret, interne de l'hôpital des Enfants.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Rôle de la rate dans les fièvres intermittentes. — Nécessité d'employer le sulfate de quinine à haute dose pour guérir ces maladies.

Dans un travail présenté il y a quelque temps à l'Académie de médecine par M. le docteur Lachaise, et sur lequel M. Bousquet vient de faire un rapport approbateur, on dit que la rate ne joue qu'un rôle excessivement secondaire dans la production des fièvres intermittentes. N'ayant pu assister moi-même à la lecture du rapport de M. Bousquet, je n'ai pu réfuter tous les arguments qui ont été mis en avant par le rapporteur. Mais je puis heureusement examiner ici, ou plutôt nous pouvons examiner ensemble si les faits allégués par M. Lachaise possèdent bien tous les signes diagnostiques nécessaires pour donner à ces faits toute l'authenticité désirable; ou si, au contraire, leur valeur ne serait pas réduite à néant par un examen scrupuleux. Examinons donc attentivement les faits et les assertions de M. Lachaise.

Suivant ce médecin, la rate, chez les fébricitants de la Sologne, n'est pas ordinairement volumineuse; son augmentation de dimension est consécutive et même accidentelle. En Sologne, il a percuté d'une manière orthodoxe la rate, et il l'a trouvée petite.

Par un singulier hasard, sept ou huit malades traités en Sologne par M. Lachaise sont entrés dans mon seul service, à l'hôpital de la Pitié. Certes, si dans les autres hôpitaux de Paris, il était advenu un tel nombre de gens traités par ce médecin, il en aurait radicalement guéri une bien petite proportion. Mais je ne parle que de ce que j'ai vu, et cela en même temps qu'un assez nombreux auditoire de médecins honorables et d'élèves.

Or, tous ces malades, sans exception, présentaient une dimension de la rate qui dépassait le volume normal de 4, 5, 6 centimètres et plus. Ils avaient été traités par M. Lachaise. Sur un seul d'entre eux, la rate avait été percutée en Sologne, mais seulement par le doigt. Quant aux autres, aucune espèce de percussion n'avait été exercée. On avait combattu non pas la lésion de la rate, mais la maladie fièvre. On avait administré seulement de 25 à 50 centigrammes de sulfate de quinine par jour. Les accès avaient été calmés et reculés; les malades étaient retournés à Paris. A peine arrivés, et même avant d'y être parvenus, la fièvre avait récidivé; ils étaient entrés à l'hôpital de la Pitié. On avait tout d'abord reconnu une augmentation considérable dans le volume de la rate, et il fallut des doses considérables de sulfate, ou plutôt d'alcoolé de quinine, 1, 2 grammes par dose pendant plusieurs jours, pour ramener l'organe à son état normal. De toutes les hypertrophies spléniques de cause paludéenne, celles que j'ai vues même céder le moins vite et le plus mal sont celles que portaient les gens qui avaient contracté le mal dans la Sologne.

Il est même arrivé qu'un de ces fébricitants, traité par M. Lachaise, reçu ensuite dans nos salles, a été frappé du choléra. Voici quatre des observations de ces malades, recueillies par M. Legendre, l'un des élèves externes de mon service, et qui pourraient, s'il était nécessaire, servir de preuves à ce qui précède.

Obs. I. — En mars 1849, entra dans la salle Saint-Raphaël, lit n° 22, un ancien soldat, âgé de trente-deux ou trente-trois ans, que son état de fortune avait obligé d'aller travailler en Sologne. Cet homme était atteint d'une fièvre intermittente traitée sans succès dans le pays où il travaillait. Il répondit aux questions qu'on lui adressa que M. le docteur Lachaise était le médecin qui l'avait soigné. Jamais, au dire de cet homme, M. Lachaise n'avait pratiqué sur lui la percussion de la rate. Interrogé sur la quantité de sulfate de quinine qu'on lui avait administré, il répondit que jamais il ne prit plus de 10 grains de ce médicament, d'après les ordres du médecin qui le traita en Sologne (M. le docteur Lachaise).

A son arrivée dans le service, il présentait une rate énorme; on lui donna de suite trois cuillerées d'alcoolé de quinine, qui égalent une dose de 1 gramme 50 centigrammes. La rate diminua immédiatement. Les élèves présents à la visite furent témoins de cette diminution. Le lendemain on lui donna 1 gramme de sulfate de quinine, et pour éviter les hémorrhagies qui suivent quelquefois l'administration à haute dose de ce médicament, on prescrivit 120 grammes de sucs d'herbes. Après un séjour de huit ou dix jours à l'hôpital, le malade sortit complétement guéri. La rate, toutefois, était encore plus volumineuse qu'à l'état normal.

Obs. II. — Au commencement d'avril était couché au lit n° 9, de la salle Saint-Raphaël, un jeune homme arrivant de Sologne. Ce jeune homme était nanti d'un certificat de M. Lachaise, par lequel ce dernier, qui n'avait pu le guérir, le recommandait aux hôpitaux de Paris. Jamais cet homme n'avait été percuté, et il n'avait jamais pris plus de 20 centigrammes de sulfate de quinine à la fois. La rate, percutée, fut trouvée volumineuse. On lui donna le sulfate de quinine à haute dose, et il sortit guéri quelques jours après.

Obs. III. — Ces jours derniers, fin de mai, un homme entre à la salle Saint-Raphaël, atteint d'une fièvre intermittente. Couché au lit n° 22, cet homme, fort et vigoureux, terrassier, et arrivant de la Sologne, avait contracté dans ce pays la fièvre dont nous venons de parler. Jamais on ne lui avait percuté la rate. Dès le jour de son entrée on lui donna le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme. La rate percutée était très volumineuse. Le lendemain, ce malade fut atteint d'un choléra des plus graves. Il mourut au bout de quelques jours. La nécropsie, faite avec soin, nous fournit les viscères petits, et toutes les autres lésions observées chez ceux qui meurent de l'épidémie. La rate seule était démesurément grosse. Tous les viscères furent présentés à la clinique de M. Piorry, où les nombreux assistants purent vérifier le volume de la rate.

Obs. IV. — Deux autres malades venant également de la Sologne, entrèrent à la salle Saint-Raphaël, atteints de fièvres intermittentes. La rate percutée et trouvée volumineuse, on administra le sulfate de quinine; la rate revint sur ellemême, et les malades sortirent guéris. Ces deux malades ne nous ayant pas fournis de renseignements précis sur le mode de traitement employé par M. Lachaise en Sologne pour combattre leur maladie, nous ne pouvons consciencieusement les mentionner ici.

Je ne puis en rien juger de tous les cas observés par M. Lachaise en Sologne; mais quant à ceux qui ont rapport à des gens entrés dans mon service après avoir été traités par ce médecin, il est évident, d'une part, que la rate était, chez eux, malade, et que l'on n'avait pas constaté, en Sologne, l'existence de cette lésion. Si nous jugions des autres faits par ceux que nous avons vus, nous en inférerions que M. Lachaise n'a pas, en général, assez étudié l'état de la rate, et percuté avec assez de soin cet organe pour avoir une opinion solide sur ce sujet, et pour que ses affirmations puissent ébranler le moins du monde la doctrine dans laquelle l'organe splénique joue un rôle de cause à effet dans la production des accès fébriles.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 30 mai 1849. — Présidence de M. CULLERIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance. — Quatre mémoires imprimés de M. Laborie pour servir de titres antécédents à sa candidature comme membre de la Société :

1° Débridement du col de l'utérus dans les cas où l'état de contraction de cet organe devient un obstacle à l'accouchement;

2° Accouchement prématuré artificiel suivi de succès pour la mère et l'enfant;

3° Hydrorachis lombo-sacré. Nouveau procédé opératoire mis en pratique par M. le professeur P. Dubois;

4° Dans quelles circonstances, en faisant abstraction des vices de conformation du bassin, est-il indiqué de provoquer l'accouchement?

— Une lettre de M. Boinet dans laquelle il se porte candidat comme membre de la Société et demande à faire la lecture de deux mémoires originaux.

— La parole est à M. HUGUIER pour une présentation de malade.

Il s'agit d'une petite fille de huit ans environ qui eut, à l'âge de quatre mois, la joue droite entièrement brûlée, ainsi que la paupière inférieure. Il était résulté de cet accident une large cicatrice, qui s'étendait jusqu'au menton et tiraillait tellement les parties molles que le globe oculaire, constamment découvert, était devenu le siége d'une irritation permanente.

M. Huguier, qui avait déjà eu recours avec succès au procédé imaginé par M. Maisonneuve chez un jeune homme dont la paupière supérieure avait été détruite par une pustule maligne, ainsi que par quelques cautérisations pratiquées contre cette affection, employa de nouveau ce procédé et raconte à peu près en ces termes les détails de son opération :

J'incisai le bord libre de la paupière supérieure à sa face interne de manière à ménager les cils et le cartilage tarse;

puis je me comportai de même à l'égard des téguments qui remplaçaient la paupière inférieure. Cela fait, je pratiquai dans l'épaisseur de la joue trois incisions profondes et horizontales, qui me permirent d'accoler assez facilement la paupière supérieure à cette portion des téguments dont je voulais faire une paupière inférieure. J'établis cinq points de suture pour obtenir l'adhésion de ces parties.

Les plaies provenant des trois incisions de la joue furent remplies de charpie, afin d'obtenir une cicatrice aussi large que possible.

Un mois et demi s'est écoulé depuis l'opération, et l'on peut voir qu'il existe aujourd'hui une paupière inférieure concourant avec la supérieure à recouvrir entièrement le globe oculaire. La réunion des paupières a seulement eu lieu dans les angles interne et externe, et manque en partie vers le milieu.

M. Lenoir. Je crois que les opérés par le procédé de M. Huguier doivent être revus plusieurs fois après l'opération. En effet, les brides se rétablissent souvent, et rendent la difformité plus considérable qu'avant l'opération. Quant au procédé de M. Huguier, il n'est pas neuf, c'est celui de Celse reproduit par Bordenave ; Louis et les chirurgiens qui l'ont suivi ont insisté sur les grandes chances de récidive qu'il présente. Je préférerais de beaucoup le procédé d'Ammon.

M. Huguier. Je sais fort bien que les incisions pratiquées sur des brides reproduisent à la longue la même difformité ; mais je ferai remarquer à M. Lenoir que le mode de pansement que j'ai institué me mettra probablement à l'abri de cet inconvénient. Je ferai encore remarquer à M. Lenoir que Celse et Bordenave n'unissaient point les deux paupières pour s'opposer à leur renversement consécutif. M. Lenoir aurait préféré le procédé d'Ammon ; si je ne l'ai pas employé, c'est que ce procédé donne une paupière très œdémateuse, tandis que la paupière que j'ai restaurée ressemble beaucoup à l'autre. La peau est lisse, assez mince, et la rougeur qu'elle présente aujourd'hui disparaîtra plus tard.

M. Morel-Lavallée. Je combats l'opinion de M. Lenoir par un de ses succès. Notre honorable collègue nous a dit en effet, à l'avant-dernière séance, qu'il avait refait une paupière à l'aide de la compression seule. Le procédé qu'a employé M. Huguier n'est, en définitive, qu'une compression maintenue par l'occlusion des deux paupières.

M. Vidal. Le tissu inodulaire, résultat des incisions multiples pratiquées par M. Huguier, reproduira très probablement la difformité ; tandis que le procédé que j'ai conseillé met à l'abri de cette récidive. Mon procédé consiste à faire trois incisions en V qui cernent le tissu inodulaire qu'on enlève ; de l'extrémité supérieure de chaque angle du triangle part une incision horizontale selon la direction du cartilage tarse. Je pratique ensuite une autre incision du milieu de ce même cartilage, qui forme alors deux lambeaux que je relève vers la paupière supérieure. Ces deux lambeaux sont ici l'imitation de ceux proposés par M. Clémot pour éviter l'encoche à la suite de l'opération du bec-de-lièvre. Ces lambeaux maintenus rapprochés par leurs bords saignants, je dissèque les deux bords du triangle, je les réunis sur la ligne médiane, et j'obtiens de la sorte une seule cicatrice linéaire. La paupière inférieure est alors fort relevée par une espèce de mamelon qui part de son milieu et s'efface avec le temps.

M. Lenoir. Les anciens qui pratiquaient les sections horizontales dans l'épaisseur de la joue avaient la précaution de maintenir la paupière relevée. Je n'ai jamais vu, comme le dit M. Huguier, que le procédé d'Ammon ait l'inconvénient de donner une paupière boursouflée, ni œdémateuse. M. Morel-Lavallée me combat en rappelant un fait que j'ai cité, et dans lequel j'ai pu effectivement étendre la cicatrice au moyen de la compression. M. Morel-Lavallée doit se rappeler qu'en citant ce fait j'ai ajouté que le résultat avait été pour moi fort inattendu. D'ailleurs, c'est là un de ces faits isolés dont on ne peut rien conclure. En résumé, tout en reconnaissant le succès présent de M. Huguier, j'exprime l'inquiétude de voir reparaître plus tard la difformité, et je désirerais que la malade nous fût représenté dans quelque temps.

M. Huguier. Si je n'ai pas employé le procédé de M. Vidal, c'est que je n'aurais pu enlever tout le tissu cicatriciel qui s'étendait, comme je l'ai dit, jusqu'au menton. Chez ma petite malade, en effet, il n'y avait pas un ectropion, il y avait une destruction complète de la paupière. On m'objecte que le tissu cicatriciel se rétracte. Cela est vrai, en général ; mais nous savons tous que le contraire peut avoir lieu, et tout récemment M. Nélaton vous a cité des faits à l'appui de l'agrandissement des cicatrices. J'ai la conviction que, si nous voulions consulter nos souvenirs, nous pourrions tous citer des faits semblables. Pour ma part, je me rappelle avoir observé à l'hôpital du Midi un homme dont le ventre avait été brûlé à l'âge de deux ans. La cicatrice était beaucoup plus large que ne pouvait l'être l'abdomen au moment de l'accident.

M. Chassaignac. Je ferai une remarque générale sur l'opération qui consiste à agglutiner les deux paupières dans le but d'éviter leur renversement. Chez le malade de M. Huguier, chez celui de M. Maisonneuve et chez celui de Lisfranc, on n'a pu obtenir la réunion complète des deux paupières.

Quant à la question de l'agrandissement des cicatrices, je dirai : de ce qu'une cicatrice a pris une étendue plus grande, il ne faut pas conclure, absolument parlant, qu'elle a grandi, mais seulement qu'elle a prêté, qu'elle a pris de l'extensibilité.

M. Morel-Lavallée. Pour bien comprendre le travail qui se passe dans une cicatrice, il est indispensable de faire quelque distinction. Ainsi, la cicatrice qui correspond à une perte de substance large et profonde ne s'agrandira probablement pas, tandis que la cicatrice provenant de lambeaux apportés dans le but d'augmenter l'étendue d'une partie, comme l'a fait M. Huguier, pourra, au contraire, devenir susceptible d'une certaine extension.

M. Huguier. M. Chassaignac fait la remarque que l'adhésion des deux paupières n'est jamais complète. Peu importe. Que se propose-t-on en réunissant les paupières ? De lutter contre le tissu inodulaire. Or, il n'est pas nécessaire que l'agglutination soit entière ; il suffit d'une très petite étendue pour obtenir ce résultat. La perte qui reste dans une adhérence incomplète permet, plus tard, de faciliter la désunion.

On a dit que le péritoine ne pouvait recouvrir l'utérus en état de gestation qu'en se dédoublant, qu'en abandonnant les parties voisines. Cette opinion, quoique généralement admise, n'est pas exacte. Il y a là plus qu'un simple glissement ; il y a un développement anormal du péritoine. J'ai vu maintes et maintes fois les culs-de-sac vésicaux recto-utérins, les ligaments larges, conserver pendant la grossesse l'étendue qu'ils ont l'organe gestateur étant vide. Il faut bien alors que le péritoine se soit agrandi, pour suffire à l'ampliation de l'utérus. Il en est de même pour certaines cicatrices ; elles se développent par une sorte d'excès de nutrition.

— M. Boinet a la parole pour la lecture de deux mémoires qui portent pour titre :

1° *Névralgie faciale datant de cinq ans, traitée sans succès par tous les moyens ordinaires. — Excision du nerf maxillaire inférieur par un nouveau procédé. — Guérison immédiate et radicale.*

2° *Luxation complète du radius en arrière chez un homme de trente ans, produite probablement par une cause externe. — Gonflement et déformation considérable du coude. — Difficulté de diagnostic. — Réduction facile.*

Une commission composée de MM. Giraldès, Michon et Larrey est chargée de faire un rapport sur les mémoires de M. Boinet.

La séance est levée à cinq heures un quart.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Présidence de M. Rayer.

Parmi les communications fort intéressantes qui ont été faites à la Société pendant le mois d'avril, nous avons remarqué les suivantes.

1° *Chiens rendus diabétiques.*

M. Claude Bernard avait déjà montré à la Société qu'en piquant un certain point du quatrième ventricule chez les lapins, on rendait les urines sucrées. Depuis, le même expérimentateur a répété son expérience sur les chiens, où elle a également réussi. Les urines, examinées avant l'expérience, étaient sans sucre ; vingt minutes après la piqûre, elles en contenaient d'une manière notable. Les autres éléments de l'urine restent les mêmes.

2° *Présence du sucre dans l'œuf.*

Le même membre rend compte de quelques expériences qu'il a faites concurremment avec M. Bareswil sur la présence du sucre de la deuxième espèce (glucose) dans l'œuf. Ces expériences ont déjà conduit aux résultats suivants :

1° Le sucre de la deuxième espèce (glucose) qui existe dans l'œuf ne se rencontre que dans le blanc. Il n'y en a pas de trace dans le jaune dans l'état normal. Cependant un chimiste (compte-rendu de Berzélius, 1847) a trouvé dans un jaune d'œuf qui paraissait altéré du sucre et du sucre de lait.

2° Ce sucre, qui existe dans les œufs très frais, disparaît au bout de très peu de jours. La rapidité de la destruction de ce sucre, qui est favorisé par une température chaude, ne paraît pas liée nécessairement à l'état physiologique de l'œuf. Elle a lieu en effet dans l'œuf fécondé ou non fécondé, dans l'œuf soumis ou non à l'incubation.

3° On ne sait pas encore si le sucre de l'œuf provient ou non de l'alimentation.

3° *Spermatozoaires dans le sperme d'un vieillard de quatre-vingt-deux ans.*

M. Rayer met sous les yeux de la Société une préparation microscopique faite par M. le docteur Duplay, médecin des Incurables (hommes), et qui permet de constater la présence de nombreux spermatozoaires dans la liqueur séminale d'un vieillard âgé de quatre-vingt-deux ans.

Correspondance.

Nous publions aujourd'hui la lettre que nous avons reçue de la mairie de Versailles, ainsi qu'une analyse de celle que nous a adressée notre excellent confrère M. Bérigny, médecin des prisons de cette ville.

Voici d'abord la lettre de la mairie :

Le 5 juin 1849.

Monsieur le Rédacteur,

Je viens de lire avec étonnement dans votre numéro de ce jour que le choléra sévit avec une assez grande intensité à Versailles et à Corbeil.

Je dois, pour ce qui concerne au moins Versailles, m'empresser de vous rassurer, ainsi que vos lecteurs.

Tout ce qu'il y a de vrai, c'est que des cas de choléra se sont déclarés dans notre garnison immédiatement après son retour du séjour qu'elle a fait à Paris, entre l'époque des élections et l'installation de la nouvelle Assemblée, et que la maladie s'éteint en ce moment à l'hôpital militaire, qui ne compte pas plus que six cholériques.

Quelques cas, au moins douteux, se sont présentés dans une maison située à l'extrémité de la ville occupée par des blanchisseuses, et dans les conditions hygiéniques les plus fâcheuses. Cette maison a été fermée et devra subir les réparations indispensables.

Le chiffre des malades existants dans notre hôpital civil pourra vous donner la juste mesure du danger qu'offre à Versailles la maladie qui fait tant de ravages à Paris. Il ne renferme que deux cholériques douteux, habitants de la maison que je viens d'indiquer et dont l'un est en voie de guérison, et deux autres venant l'un de Paris, l'autre d'une commune voisine.

En 1814 et en 1832, Versailles a dû à sa situation et à la salubrité de son air d'être affranchi du typhus et du choléra, qui ont à ces deux époques décimé la population de la capitale. Tout nous donne l'assurance que notre ville sera aujourd'hui, comme par le passé, préservée du fléau de ce genre.

Je vous prie de vouloir bien insérer cette lettre dans votre premier numéro, et d'agréer, Monsieur le Rédacteur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le maire de Versailles,
Vauchelle.

La lettre de M. Bérigny ne confirme pas précisément celle de M. le maire, en ce sens qu'elle mentionne six ou huit cas de choléra dans l'hôpital civil ; mais, de même que M. le maire, M. Bérigny remarque que ces cas se sont développés sur les troupes venues à Paris au moment des élections, ou sur des individus venus des communes voisines où règne le choléra.

Nous aimons à croire, et nous désirons vivement que les renseignements qui nous sont transmis par notre honorable confrère et par M. le maire soient parfaitement exacts ; cependant nous ferons remarquer que nous avons acquis la certitude qu'il a existé au moins trois cas de choléra à Versailles dont ces messieurs paraissent ignorer l'existence, savoir : un rue de la Chancellerie, un rue Madame et un rue Saint-Médéric. On nous affirme également que l'hôpital civil a reçu beaucoup plus de huit et même de vingt malades, et qu'à l'hôpital militaire plusieurs cas se sont déclarés avant le mouvement de troupes occasionné par les élections. Nous soumettons ces renseignements à l'attention de M. le maire et de notre honorable confrère, et nous espérons pouvoir en donner de plus précis dans notre prochain numéro.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 12 JUIN 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 68.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 11 JUIN 1849.

Marche du choléra.

Nous n'avons malheureusement pas de bonnes nouvelles à donner à nos lecteurs. Notre dernier bulletin portait à 313 la moyenne des admissions par jour dans les hôpitaux et hospices civils; cette moyenne a atteint le chiffre de 374 pendant les trois derniers jours. La mortalité a suivi une progression analogue, quoique un peu moins forte; elle avait été, en moyenne, de 150 par jour le 6 et le 7; elle a été de 162 pendant les trois derniers jours, répartie de la manière suivante :

Journée du 8 juin	410 entrées,	178 décès.
— 9	377 —	148
— 10	335 —	161
Total	1,122	487
Moyenne des trois jours	374	162

Si quelque chose pouvait nous consoler de ce que ces chiffres ont de triste, ce serait de voir que le plus élevé (correspondant aux entrées) est celui du 8, et le moins élevé celui du 10; cela semblerait indiquer que l'épidémie est dans une voie faiblement décroissante; mais nous avons trop appris combien peu l'on doit compter sur ces fluctuations journalières, pour fonder de grandes espérances sur une diminution aussi faible.

L'administration, après avoir longtemps résisté à nos sollicitations, a pris le parti de publier chaque jour le chiffre des décès qui ont eu lieu en ville et dans les hôpitaux. Nous ne pouvons qu'applaudir à une semblable détermination; mais pourquoi faut-il que nous ayons encore à lui reprocher de se réserver en quelque sorte le monopole de ces publications, de nous refuser obstinément tous les documents et de nous renvoyer au journal officiel, retardant ainsi gratuitement de 48 heures la publication de ces documents dans les journaux scientifiques où leur utilité est sans doute plus incontestable que dans le *Moniteur* qui publie ces chiffres sans aucune espèce de réflexion.

On ne comprend pas quelle est cette susceptibilité qui fait désirer à l'administration de se réserver la primeur d'une telle publication; n'est-il pas à craindre que le public ne voie dans ce nouveau mystère autre chose que de la susceptibilité? Nous-même, nous l'avouons, nous allons publier les chiffres donnés par le *Moniteur* sans oser affirmer qu'ils soient d'une rigoureuse exactitude, au moins en ce qui concerne les derniers jours.

Comme nous n'avons pas encore publié d'une manière suivie la mortalité de la ville, nous croyons devoir remonter au début de l'épidémie, ainsi que le fait le *Moniteur* lui-même :

DÉCÈS A DOMICILE.

Mois de mars	7 au 31	131
Mois d'avril	1er au 10	143
	11 au 20	289
	21 au 30	264
Mois de mai	1er au 10	671
	11 au 20	997
	20 au 31	735
Mois de juin	1er	77
	2	136
	3	324
	4	318
	5	379
	6	364
	7	377
	8	445
	Total	5650
DÉCÈS DANS LES HÔPITAUX		5058
	Total général	11708

Voici maintenant le tableau des entrées, des décès et des sorties dans les hospices et hôpitaux civils et militaires :

HOSPICES.	NOMBRE DE CAS.	DÉCÈS.	SORTIES.
Salpêtrière	1512	1050	240
Bicêtre	290	162	27
Ménages	98	58	13
Incurables (hommes)	39	35	2
Incurables (femmes)	20	15	1
Larochefoucauld	5	3	,
Sainte-Périne	7	5	2
HÔPITAUX CIVILS.			
Hôtel-Dieu	1673	742	612
Charité	623	361	189
Pitié	845	398	248
Saint-Louis	968	449	277
Beaujon	553	272	154
Necker	288	131	105
Enfants-Malades	114	50	47
Saint-Antoine	227	119	57
Cochin	139	63	65
Sainte-Marguerite	197	96	57
Bon-Secours	198	105	34
Cliniques	43	30	8
Maison d'accouchement	3	1	,
Hôpital du Midi	2	1	1
Lourcine (1)	75	38	10
Maison de Santé	154	63	28
Prison de Saint-Lazare (2)			
HÔPITAUX MILITAIRES.			
Invalides	109	70	18
	7982	4017	2183
Report,	7982	4017	2183
Val-de-Grâce	794	215	364
Gros-Caillou	724	252	362
Hôpital militaire du Roule	402	197	99
Hôpital milit. Popincourt	142	77	,
Total,	9844	4088	3008

(1) Le nombre des entrées à l'hôpital de Lourcine s'explique par l'établissement d'une ambulance cholérique dans cet hôpital.

(2) Les décès des prisons se trouvant compris dans la mortalité à domicile, nous devons les rayer maintenant du tableau des hôpitaux.

De l'extraction des corps étrangers de forme allongée introduits dans la vessie. — Nouveau signe pour constater la position de ces corps dans l'instrument extracteur.

Par M. le docteur CAUDMONT, ancien aide de clinique de M. Civiale.

La douzième observation publiée par M. Pamard, d'Avignon (*Gazette des Hôpitaux*, 5 juin 1849), prouve assez l'importance qu'il y a à pouvoir déterminer d'avance la situation des corps étrangers de forme allongée placés dans la vessie, et à pouvoir les saisir par une de leurs extrémités pour éviter à la fois aux malades et de vives douleurs et même une opération sanglante et grave. Ces raisons suffiront sans doute pour justifier les détails circonstanciés dans lesquels je vais entrer sur un des points les plus intéressants de la médecine opératoire pratique.

L'observation de M. Pamard, à laquelle nous avons déjà fait allusion, prouve, ainsi d'ailleurs que le simple raisonnement, que, pour extraire de la vessie un corps étranger de forme allongée, il faut saisir ce corps par une de ses extrémités, et de plus dans une direction parallèle à celle de l'instrument extracteur. On comprend que saisi par un tout autre point ou dans une direction oblique à celle de la tige de l'instrument, il fera aux côtés de ce dernier une saillie plus ou moins proéminente et buttera contre les parties latérales du col de la vessie au moment de s'y engager. Or cette condition fait que l'extraction des corps allongés est beaucoup moins simple que celle des corps qui ont une autre forme : le plus souvent, on n'arrive à les prendre par une extrémité qu'après beaucoup de tâtonnements, et dans tous les cas c'est par le fait du hasard. Quelquefois même on ne peut y parvenir.

Quand le corps est souple et qu'il a une très petite épaisseur, comme, par exemple, une bougie en gomme élastique de petit calibre, on n'a pas à se préoccuper de cet accident; car les corps de cette nature fléchissent sous la pression qui est exercée sur eux, et, laissant leurs deux bouts s'appliquer l'un contre l'autre, se présentent absolument comme un corps ayant deux fois l'épaisseur de celui qu'on doit extraire et saisi par une extrémité dans la direction convenable. Mais, si le corps a une trop grande épaisseur ou s'il est inflexible, on se trouve dans l'impossibilité de l'extraire. Il reste alors une ressource précieuse, et qui, lorsqu'elle est applicable, est préférable à la taille : je veux parler du broiement du corps étranger. M. Civiale a publié plusieurs observations où ce genre d'opération a parfaitement réussi. On ne peut hésiter à y avoir recours toutes les fois que le corps est formé d'une substance molle, comme du caoutchouc. D'une autre part, lorsqu'il est métallique ou d'une dureté telle qu'il doive résister à l'action du lithotriteur, il est évident qu'il n'y a plus autre chose à faire qu'à pratiquer la cystotomie. Il ne resterait à établir de discussion que pour les corps d'une dureté moyenne, comme, par exemple, un morceau de bois. Or, si, comme toujours, nous nous en rapportons à l'expérience,

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Les préservatifs du choléra. — Découverte miraculeuse du docteur Crégoire. — *Idem*, du citoyen Raspail. — *Idem*, de plusieurs autres confrères. — *Idem*, du ministre des travaux publics. — La question des certificats de complaisance tourne au tragique.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Il y a des pathologistes qui soutiennent que le chagrin et la douleur peuvent tuer, mais je commence à n'en rien croire, puisque je suis vivant. A vrai dire, il est bien possible que je me trompe quand je crois être encore vivant. Aller, venir, vaquer nuit et jour, interroger, devorer avec avidité tous les journaux chaque matin, interroger nuit et jour les mortels qui se rencontrent sous mes pas, frapper à toutes les portes, invoquer les destins, ne point dormir, à peine manger ou boire, c'est peut-être exister encore, mais ce n'est sans doute plus vivre. Ma triste position est fort analogue à celle de l'époux infortuné dont parle le poète :

Ipse, cavâ solans ægrum testudine amorem,
Te, dulcis conjux, te, solo in littore secum,
Te, veniente die, te, decedente, canebat.

Je ne pleure point, il est vrai, une épouse adorée; mais je demande à tous les échos, *unâ fugiente*, le nom et la demeure du docteur Crégoire! — Qu'est-ce que le docteur Crégoire? — Juste ciel! Pourriez-vous ignorer, cher confrère, que le docteur Crégoire a trouvé, par ses longues études sur le choléra, faites dans l'univers et dans mille autres lieux, un préservatif *constant* de cet affreux fleau! Ignoreriez-vous que le docteur Crégoire a eu la philanthropique idee de repandre, par sa parole, la connaissance de son inestimable découverte! Mais alors, vous n'avez donc pas lu ce charitable avis publié dans tous les journaux, et frappé au coin des plus purs sentiments de la vertu chrétienne :

« M. le ministre de l'instruction publique vient d'autoriser un médecin, M. Crégoire, qui s'est livré, dans les pays étrangers où le choléra a sévi avec le plus d'énergie, à de longues études sur cette maladie, à faire un cours populaire sur les moyens qui lui ont réussi comme *constant préservatif* de l'épidemie, et sur le traitement, qui a eu un succès remarquable.

» Les salles où ces cours seront faits dans divers arrondissements seront indiquées demain. »

Pensez avec quelle palpitante impatience j'attendis ce lendemain tant desiré! Avec quelle ardeur je dévorai mon journal d'abord, puis un autre journal, puis tous les journaux. Déception cruelle! Je n'y pus trouver ni l'indication des salles où doit retentir la divine parole du docteur Crégoire, ni même la demeure de ce sauveur de l'humanité Le lendemain, même désappointement. Enfin, depuis trois jours je cours après le cours du docteur Crégoire, sans être encore parvenu à le découvrir.

Maintenant que vous comprenez toute la grandeur de mon infortune, qui doit être d'ailleurs celle de bien des gens et même la vôtre, je compte que vous voudrez bien me seconder dans mes recherches, et si vous êtes plus heureux que moi, me tirer de ma triste position, en m'apprenant où je dois aller pour m'initier à la découverte du docteur Crégoire.

— Si quelque chose pouvait tempérer l'amertume de mes douleurs et me faire attendre en patience le préservatif constant du docteur Crégoire, ce serait assurément la recette rivale et non moins merveilleuse du citoyen Raspail. J'ai déjà eu l'honneur de vous entretenir il y a quelque temps de la vertu anticholérique des cigarettes; mais il paraît que ces cigarettes n'avaient pas atteint le *nec plus ultra* de cette vertu; or, comme le citoyen Raspail est avant tout un homme de progrès, il a perfectionné sa découverte et l'a rendue tout à fait infaillible par le procédé aussi simple qu'ingénieux que voici : « Vous prenez douze cigarettes camphrées; vous y ajoutez trois fois trois ou neuf clous de girofles (*numero deus et Raspail impare gaudent*), une pincée de coriande et le tiers d'une muscade; vous plongez le tout dans une demi-bouteille d'eau-de-vie, et laissez tremper vingt-quatre heures; vous bouchez bien, et tenez au frais. Une cuillerée de cette infusion composée de cigarettes, prise chaque matin avant le soleil levant, vous préserve aussi sûrement du choléra que le paratonnerre de la foudre. » Comme c'est le citoyen Raspail qui le dit, il n'y a pas moyen de ne pas le croire, et j'en suis vraiment fâché pour le docteur Crégoire.

— Mais voici qui pourra bien les contrarier l'un et l'autre. Il paraît qu'il y a en France, tant en deçà qu'en delà de la ligne tracée par notre honorable confrère M. Eymard, une foule de localités qui jouissent du privilége d'être inaccessibles au choléra. Les habitants de ces zones fortunées ont pensé avec raison qu'ils devaient fraternellement inviter leurs concitoyens à venir s'abriter sous les ombrages tutélaires de leurs bosquets. Aussi les citoyens de Paris et

nous devons considérer la question comme jugée; car déjà plusieurs fois M. Civiale a employé le broiement dans des cas de ce genre avec le plus grand succès. Seulement, au lieu des instruments ordinaires, il préfère se servir d'un sécateur, dont il a donné le modèle dans son *Traité de la lithotritie* et qui a la forme du percuteur fenêtré : les dents de la branche mâle sont remplacées par un bord à deux tranchants, qui constitue un double sécateur avec les deux côtés amincis de la fenêtre de la branche femelle. Voici dans quelle circonstance M. Civiale a fait construire cet instrument : l'accident qui s'y rattache est assez sérieux pour que je mentionne ici une partie de l'observation.

Il s'agissait d'extraire de la vessie d'un jeune homme de seize ans une portion de manche de pinceau longue d'environ douze centimètres. Après quelques tentatives infructueuses pour retirer ce morceau de bois à travers le canal de l'urètre, M. Civiale se décida à le casser en plusieurs morceaux à l'aide du percuteur fenêtré. Mais cet instrument, agissant en mâchant et non en coupant, entraîna dans la fenêtre, entre les branches mâle et femelle, des portions du tissu ligneux, qui du reste était ramolli par son séjour dans l'urine, de telle sorte que l'opérateur put craindre un instant de ne pouvoir dégager son instrument. Néanmoins, par une manœuvre habile, il chassa le fragment de bois, et quelques jours après le malade était entièrement guéri, le corps étranger ayant été expulsé au dehors en trois morceaux. Avec le sécateur de M. Civiale, l'accident qui vient d'être signalé n'est plus possible ; les dents ayant été supprimées ne peuvent plus retenir le corps étanger dans l'instrument. Notez d'ailleurs que, de l'interposition d'un fragment du corps étranger entre la branche mâle et un des bords de la fenêtre, il pouvait en résulter que ce dernier cédât sous la pression latérale qu'il subissait et qu'il se fracturât en éprouvant un écartement considérable, accident qui aurait eu les conséquences les plus graves, car il serait devenu impossible de retirer l'instrument par le canal de l'urètre sans labourer celui-ci d'une manière affreuse dans toute son étendue.

Mais, pour que l'extraction des corps de forme allongée puisse être opérée, il ne suffit pas qu'ils soient saisis par une extrémité, il faut encore qu'ils se présentent dans la direction même de la tige du lithotriteur sans faire de coude avec celle-ci. Il est rare que cette dernière condition soit remplie de prime abord, et il est souvent nécessaire d'avoir recours à une manœuvre très ingénieuse préconisée par M. Civiale pour redresser la direction du corps étranger. Cette manœuvre est un peu différente, quoique reposant sur le même principe, selon que l'on emploie la pince à trois branches ou le lithoclaste à bec plat, les deux seuls instruments dont on doive faire usage pour l'extraction des corps étrangers de la vessie. Voici comment M. Civiale conseille de procéder pour la pince à trois branches :

Au moment où la partie saillante du corps étranger vient s'appliquer contre l'orifice interne de l'urètre, et sans exercer de fortes tractions qui pourraient blesser le malade, on desserre la vis de pression de la canule, et l'on retire celle-ci de quelques millimètres. De là résulte que les branches du trilabe s'appliquent avec moins de force sur le corps étranger; en tirant légèrement à soi, celui-ci, devenu libre pour ainsi dire, se place dans le sens de sa longueur et parallèlement à la direction de l'instrument. Si, en agissant de cette manière, on s'aperçoit que l'appareil soit sorti de quelques millimètres, et si en même temps la tige centrale fait connaître que le corps est toujours engagé entre les branches de la pince, on repousse la canule sur le trilabe afin que les branches de ce dernier s'appliquent avec force sur le corps étranger et on retire le tout. Quand on sert du lithoclaste à bec plat, on choisit de préférence un instrument armé à sa partie extérieure d'un écrou brisé; cet appareil permet d'imprimer à la branche mâle des mouvements plus réguliers et pour ainsi dire insensibles. Quand on est arrivé au col de la vessie, et qu'on sent le corps étranger saillant sur l'un des côtés de l'instrument butter contre le pourtour de l'orifice urétral, on desserre légèrement, sans changer de position, les mors de la pince, afin que le corps étranger recouvrant une certaine liberté puisse céder à la pression qu'il éprouve de la part du col vésical et basculer vers la ligne médiane de manière à reprendre la direction convenable pour l'extraction. Il est bon, afin de rendre le déplacement du corps étranger plus complet, d'engager le lithoclaste un peu plus avant dans le col de la vessie, en même temps qu'on desserre les branches. Quand la résistance a disparu et qu'on sent l'instrument venir, c'est que la direction du corps étranger est redressée; et il faut se hâter de rapprocher fortement les mors de la pince à l'aide de l'écrou brisé, car autrement le corps retomberait dans l'intérieur de la vessie.

Ces manœuvres doivent être faites avec beaucoup de douceur et de prudence; elles exigent une dextérité des mains que l'habitude fait acquérir. Seulement, comme elles ne doivent réussir que lorsque le corps étranger est saisi par une extrémité, il en résulte qu'on ne doit les mettre en pratique que dans cette circonstance spéciale, sous peine de faire subir inutilement au malade des tâtonnements toujours fatigants.

Mais comment reconnaître la manière dont le corps se présente dans l'instrument? Comment savoir s'il est pris par une extrémité ou par un tout autre point? Jusqu'ici la science s'est tue à cet égard; il existait là une lacune dont tout le monde comprend l'importance.

En expérimentant sur le cadavre, j'ai réussi à la combler, du moins en manœuvrant avec le lithoclaste à bec plat. J'ai remarqué que lorsque cet instrument buttait contre le col de la vessie, alors qu'il était chargé du corps étranger, on le voyait tantôt rester dans la même position, tantôt éprouver un mouvement de rotation sur son axe. J'attribuai cette différence dans la position de l'instrument, à ce que le corps étranger se présentait dans son intérieur d'une manière différente. En effet, en ouvrant l'abdomen et la paroi antérieure de la vessie pour voir ce qui se passait dans la cavité de cet organe, je constatai que le lithoclaste restait dans la même position lorsque le corps étranger était pris vers le milieu de sa longueur, et qu'il proéminait à peu près dans une égale étendue de chaque côté de l'instrument; au contraire, qu'il éprouvait un mouvement très prononcé de rotation sur l'axe lorsqu'il était saisi par une extrémité dans une direction oblique à celle de l'instrument. Je répétai cette manœuvre un très grand nombre de fois, et toujours j'arrivai aux mêmes résultats.

Quand le corps étranger est retenu dans le lithoclaste par un point autre que l'extrémité, mais de manière à avoir d'un côté de l'instrument un bout plus long que l'autre, le mouvement de rotation sur l'axe se produit encore, mais léger et en rapport avec l'inégalité qui existe entre la longueur des deux bouts : plus cette inégalité est grande, plus ce mouvement de rotation est considérable; et enfin il est complet quand le corps se présente par une extrémité, mais dans une mauvaise direction. L'instrument, dans ce dernier cas, décrit un quart de cercle qui s'exécute en sens inverse du côté où le corps proémine. Ainsi, quand le corps saisi par son extrémité droite est saillant à gauche du lithoclaste, ce dernier se tourne directement à droite, et *vice versâ;* dans le cas où il y a de chaque côté de l'instrument un bout d'inégale longueur, le bout le plus long est placé du côté opposé à celui vers lequel s'est tourné le lithoclaste. On voit donc qu'on peut, à l'aide de ce signe, être renseigné aussi exactement que possible sur la situation qu'affecte ce corps étranger dans l'intérieur de l'instrument.

Il est nécessaire de prendre quelques précautions pour que la constatation de ce signe puisse être faite sans aucune cause d'erreur. Voici le procédé que je conseille d'employer.

Une fois le corps saisi, et fixé dans l'instrument, on ramène le lithoclaste vers le col de la vessie, et on fait le mouvement convenable pour le retirer à travers le canal de l'urètre. Si le corps a été pris par une extrémité et dans une direction parallèle à celle de l'instrument, ce dernier s'engage facilement dans l'orifice urétro-vésical, et l'extraction est bientôt terminée. Je suppose que le volume du corps n'oppose par lui-même aucun obstacle, et, dans tous les cas, il est possible de lever toute incertitude à cet égard par la mesure de l'écartement qui existe à l'extérieur entre les extrémités des deux branches de l'instrument. Si l'on rencontre une résistance au col de la vessie, alors qu'on s'est assuré que le volume de l'objet qu'on veut extraire n'est pas trop considérable, c'est que ce dernier est saisi par un point intermédiaire aux extrémités, ou par un des bouts, mais dans une direction oblique, de manière à faire un angle prononcé avec les mors de l'instrument. Pour décider quelle est celle de ces deux présentations qui existe, on soutient le lithoclaste contre le col de la vessie, en ouvrant la main pour lui rendre toute liberté et en le soutenant simplement avec le médius et l'annulaire placés autour de la tige, au-dessous de la rondelle de la branche femelle. Tantôt on verra l'instrument n'éprouver aucun mouvement, et alors l'objet est pris en travers, vers le milieu de sa longueur; tantôt, au contraire, le lithoclaste tournera sur son axe, et sa face supérieure viendra regarder directement une des branches de l'arcade pubienne: et, dans ce cas, on est certain que le corps étranger a été saisi par une de ses extrémités, et qu'il proémine du côté opposé à celui vers lequel l'instrument s'est tourné. Un excellent point de repère est fourni par l'échancrure qui se trouve à l'extrémité extérieure de la branche femelle, sous sa rondelle terminale, et qui est destinée à laisser la portion courbe de la branche mâle s'engager dans la coulisse. Dans les circonstances ordinaires, cette échancrure regarde directement l'abdomen du malade: quand le lithoclaste tourne sur lui-même, elle se meut en même temps, et vient regarder un des côtés, selon le sens dans lequel s'est opéré le mouvement de rotation, et l'étendue du déplacemant est d'autant plus considérable que le corps est pris plus près d'une extrémité.

Quand on a reconnu que le corps étranger se présente par une extrémité, mais dans une mauvaise direction, on pratique la manœuvre conseillée par M. Civiale. On peut la modifier avantageusement par suite de la notion qu'on a acquise de la position précise du corps : en même temps qu'on desserre un peu les mors du lithoclaste et qu'on les engage légèrement dans le col de la vessie, on se trouve bien de les tourner doucement vers le côté où le corps fait saillie; on arrive ainsi plus rapidement à redresser ce dernier, car pendant qu'il chemine vers la ligne médiane l'instrument va au-devant de lui.

Quand le corps n'est pas pris par une de ses extrémités, toute manœuvre est inutile. Il faut alors le faire retomber dans la vessie pour chercher ensuite à le saisir d'une manière convenable. Toutefois on sait où sont les extrémités, où est le bout le plus long, où est le plus court, et on peut se servir de ces renseignements pour arriver promptement au but qu'on se propose.

Le signe sur lequel je viens d'insister un peu longuement et dont j'ai souvent constaté la valeur sur le cadavre, a déjà fait ses preuves sur le vivant; voici dans quelles circonstances :

Observation. — Un coiffeur âgé de vingt-sept ans, exerçant sa profession à Londres, bien constitué et d'une bonne santé habituelle, fut reçu, il y a quelques mois, dans le service des calculeux à l'hôpital Necker. Ce jeune homme racontait que, éprouvant de la difficulté pour uriner, il s'était introduit dans le canal de l'urètre un bout de crayon long d'environ 6 centimètres et arrondi à chacune de ses extrémités par une petite boule de cire à cacheter. Il avait poussé le corps étranger aussi loin que possible, en le pressant avec les doigts à travers les téguments de la verge. Il l'avait mené ainsi jusque sous l'arcade des pubis, et abandonné en ce point, sans plus s'en préoccuper, croyant que le flot d'urine l'entraînerait au dehors la première fois que la miction s'accomplirait. Son attente fut cruellement trompée; le bout du crayon ne sortit point, et bientôt il produisit des douleurs assez vives pour décider le malade à prendre l'avis des hommes de l'art. Plusieurs chirurgiens le sondèrent, et purent constater la présence du corps étranger dans la partie profonde de l'urètre. Le malade fit immédiatement le voyage de Londres à Paris. Il est impossible de savoir si le corps s'est déplacé par suite des secousses imprimées pendant la traversée ou par toute autre cause; mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'à la première exploration, pratiquée par M. Civiale six semaines après l'accident, ce chirurgien trouva le bout de crayon dans la cavité même de la vessie et déjà revêtu d'une légère couche d'incrustations. La pensée de l'opérateur fut d'abord de couper ce corps en plusieurs morceaux, et de laisser ensuite ces derniers sortir d'eux-mêmes : procédé dont il avait déjà eu à se louer dans un cas analogue. Le crayon résista, et on parvint seulement à détacher avec le sécateur, et à couper en deux morceaux, la plus mince des deux portions de cylindre dont la réunion constitue le crayon. Ces deux fragments, longs chacun d'environ 3 centimètres, sortirent les jours suivants, expulsés en même temps que l'urine et une petite quantité de détritus calcaires. On laissa reposer le malade pendant une semaine, après quoi M. Civiale tenta d'extraire ce qu'il restait du corps étranger : d'abord avec le trilabe, puis avec un lithoclaste à mors plats de petit calibre. il parvint, avec ce dernier instrument, à rencontrer et à saisir le bout de crayon, qu'il ramena aussitôt vers le col de la vessie pour l'engager à travers le canal de l'urètre. Au moment où ce mouvement s'accomplissait, on vit le lithoclaste tourner sur

---

d'autres lieux infectés ont-ils reçu une foule d'invitations, toutes plus fraternelles les unes que les autres, dont il me suffira de vous donner un échantillon :

« Cher concitoyen,

» Sur les bords fortunés de l'antique Idalie,
» Lieux où finit l'Europe et commence l'Asie,
» S'élève un vieux palais respecté par le temps ;
» Etc.....

» Si vous remplacez l'Idalie par la Champagne; un vieux palais par une neuve et délicieuse villa, et le temps par le choléra, vous aurez une idée fidèle de l'inappréciable privilége dont on jouit dans ma maison de santé située à Sainte-Ménéhould, ville, entre toutes, chérie des dieux. Afin de faire participer autant que possible nos concitoyens à l'heureuse sécurité, aux plaisirs calmes de l'esprit et du corps que l'on goûte ici, tous les établissements publics, de quelque genre que ce soit, de Sainte-Ménéhould ont fait un rabais de 50 p. 100 sur leurs prix courants.

» Je ne doute pas, cher concitoyen, que vous ne vous empressiez de profiter de la fraternelle inspiration que nous avons eue, et que nous ne vous comptions très incessamment au nombre de nos plus aimables hôtes, qui sont déjà en très grand nombre.

» Veuillez agréer, etc.

» Docteur Pied (de Sainte-Ménéhould). »

Il me semble qu'il faut être bien peu soucieux de sa santé et même de sa vie pour ne pas se rendre à une aussi séduisante invitation, et, pour mon compte, je n'aurais pas hésité un instant si des raisons toutes-puissantes ne m'avaient retenu dans mes foyers; la seule chose qui aurait pu retarder mon départ de quelques jours, c'aurait été l'embarras du choix, car le privilége en question est beaucoup moins exclusif que ne semble le croire notre honorable confrère de Sainte-Ménéhould : j'ai en effet reçu de semblables invitations de Carpentras, de Bourganeuf, de Versailles, et d'autres lieux moins célèbres pour lesquels il paraît certain que le choléra n'a pu obtenir de passe-port. Je crois cependant que j'aurais opté pour Sainte-Ménéhould; je ne dis pas cela pour influencer les sympathies de qui que ce soit; mais, enfin, il m'est bien permis d'avoir un faible pour Sainte-Ménéhould, dès que je vous laisse le loisir de préférer Versailles, Meudon, Orange ou Carpentras.

— S'il y a des gens qui ignorent encore la découverte du docteur Grégoire, qui aient peu de goût pour le camphre et qui soient forcés de se caserner dans les murs de Paris, je leur conseille de demander une place au ministre des travaux publics. Voilà du moins un ministre qui comprend bien la prophylaxie du choléra et l'hygiène. Depuis le moment où l'épidémie a fait mine de vouloir se fâcher, M. Lacrosse a prescrit le régime suivant à tous ses employés grands et petits :

A dix heures, au moment de l'ouverture des bureaux, une tasse bien chaude de thé au rhum convenablement sucré;

A midi, à une heure et demie et à trois heures, un verre de punch à la romaine parfaitement préparé accompagné de quelques petits gâteaux ;

Enfin à quatre heures et demie, avant la fermeture des bureaux, nouveau thé au rhum.

Ce régime prophylactique, qui paraît si rationnel *à priori*, a bientôt reçu la sanction de l'expérience : aucun des subordonnés de M. Lacrosse n'a encore été atteint par l'épidémie. Il me semble, mon cher confrère, que vous ne sauriez trop engager les collègues de M. Lacrosse à suivre son excellent exemple.

— Quand je déplorais récemment que tous nos confrères n'eussent pas pris plus au sérieux les excellents conseils que vous leur avez maintes fois donnés dans vos Revues médico-légales, je ne m'attendais pas que les événements viendraient sitôt justifier l'opportunité de mes regrets. Les certificats de complaisance n'avaient jusqu'à présent attiré sur les trop officieux certificateurs que des quolibets d'avocat ou de procureur général; mais aujourd'hui la justice ne se borne plus là. Avant-hier, M N..., un des certificateurs en question, a été arrêté pour répondre devant la cour d'assises d'une accusation de faux. Cette triste affaire sera jugée dans la seconde quinzaine de ce mois. Mais, comme c'est là un sujet beaucoup trop grave pour être de ma compétence, je me borne à vous transmettre cette nouvelle. X...

Dans la statistique des Etats-Unis du docteur Metcalf, on relève les faits suivants :

Sur une moyenne de 568 femmes, 90 ont été mariées à l'âge de 14 à 17 ans; 257 de 18 à 21 ; 153 de 22 à 25 ; 51 de 26 à 29; 13 de 30 à 33, et 4 de 35 à 41 ans.

Sur une moyenne de 591 accouchées, 28 ont été mères de 14 à 18 ans; 120 de 18 à 22; 126 de 22 à 26; 120 de 26 à 36; 78 de 30 à 34; 68 de 34 à 38; 33 de 38 à 42; 12 de 42 à 66.

Sur une moyenne de 838 nouveau-nés, 85 sont venus au monde au mois de mars ; 84 au mois de janvier; 80 en septembre; 75 en juillet; 73 en août et décembre; 71 en mai; 67 en février; 66 en novembre; 57 en juin et en octobre; 30 en avril.

son axe entre les doigts de l'opérateur, qui a l'habitude de tenir mollement son instrument sans le serrer. La rainure de la branche femelle vint regarder directement la cuisse gauche du malade, de sorte que la concavité de la courbure cessant d'être en rapport avec le sommet de l'arcade pubienne, regardait présentement la branche gauche de la même arcade, et était dans un plan presque horizontal. C'était la réalisation, sur le vivant, du signe que j'avais reconnu sur le cadavre. Le corps étranger devait être saisi par son extrémité gauche dans une direction oblique à celle de l'instrument, et proéminer du côté droit de ce dernier. En toute autre circonstance, il eût été difficile de vérifier en tout point la justesse de ce diagnostic; mais, dans ce cas, et par un phénomène bien digne de remarque, M. Civiale réussit à extraire le corps étranger dans la position défavorable où il l'avait saisi.

Tous les spectateurs, qui étaient nombreux, purent constater que le bout de crayon, fixé par son extrémité gauche, avait été retiré faisant avec le lithoclaste un angle de 45 degrés, et proéminant au côté droit de ce dernier.

Voici par quel mécanisme il est arrivé que le corps, quoique mal saisi, ait pu franchir le conduit urinaire: chez ce jeune homme, le canal de l'urètre jouissait d'une grande dilatabilité; par le mouvement qui s'était opéré au col de la vessie, la partie courbe du lithoclaste, longue d'un peu moins de 2 centimètres, s'était présentée à peu près en travers à l'orifice de l'urètre et, par suite de cette situation de l'instrument, le corps étranger s'était trouvé placé sur la ligne médiane, sa longueur dirigée dans le sens même de l'axe du canal; aussi la dilatabilité de l'urètre ayant permis au lithoclaste de franchir tout le trajet qu'il avait à parcourir en conservant la même situation, le bout de crayon le suivit sans rencontrer aucun obstacle.

Quelques jours après cette opération, le malade quitta l'hôpital parfaitement guéri et n'ayant pas même éprouvé un accès de fièvre à la suite des manœuvres qui avaient été pratiquées dans sa vessie.

La simplification que la connaissance de ce signe doit apporter dans les manœuvres propres à opérer l'extraction des corps étrangers à l'aide du lithoclaste, m'a engagé à insister sur tous les détails qui peuvent en rendre l'intelligence plus facile. Il reste à expliquer par quel mécanisme il se produit: le mouvement de rotation qui s'opère tient à une réaction qui est exercée par les parois latérales du col de la vessie quand on presse sur elles et en vertu de laquelle elles chassent en haut, vers la paroi antérieure, les corps qui les compriment; mais les corps serrés dans le lithoclaste sont liés intimement à lui et lui communiquent le mouvement qu'ils ont reçu, de là les divers déplacements de l'instrument dans le sens de son axe. Quand le corps fait une égale saillie de chaque côté des cuillers, il est repoussé également de chaque côté: comme pour chaque côté le déplacement devrait se produire en sens contraire, ce déplacement n'a pas lieu; et le corps, ainsi que l'instrument, ne bouge pas. Quand le corps proémine d'un seul côté, rien n'empêche le déplacement de s'effectuer et il a lieu dans toute son étendue. Quand il y a, de chaque côté des cuillers une saillie inégale, la force qui produit le déplacement est plus grande d'un côté que de l'autre et il s'accomplit dans une étendue proportionnelle au degré d'inégalité qui existe entre les deux bouts saillants du corps étranger. Il suffit, pour se convaincre que les choses se passent ainsi, d'enlever le sommet de la vessie après avoir ouvert l'abdomen, et d'examiner ce qui se passe pendant la manœuvre.

En résumé, les corps de forme allongée exigent, pour être extraits, qu'ils soient pris par une extrémité et dans la même direction que celle de l'instrument; lorsqu'ils se présentent d'une manière différente, on peut reconnaître avec exactitude comment ils sont placés dans l'intérieur de l'instrument, pourvu qu'on se serve du lithoclaste à bec plat, et il est possible, dans certains cas, de modifier leur mauvaise présentation de manière à rendre l'extraction non-seulement praticable mais encore assez facile.

Note sur les bruits du cœur dans le choléra.

Par M. le docteur BOUCHUT.

(Lue à la Société de Biologie.)

Dans les recherches suivantes, encore incomplètes, et dont l'exposition laisse aussi un peu à désirer, M. Bouchut s'est proposé d'étudier les bruits et les mouvements du cœur pendant la durée du choléra. Il s'est proposé plus spécialement encore de savoir si ces bruits conservaient leur régularité jusqu'au moment de la mort, ou si au contraire ils offraient à ce moment suprême quelque irrégularité. On verra à quels résultats M. Bouchut est arrivé. Nous ne voulons rien dire de ces résultats; mais nous ferons une simple réflexion sur la manière dont l'auteur les interprète. C'est déjà quelque chose sans doute de savoir que dans les derniers moments de la vie les bruits et les mouvements du cœur se troublent; mais, pour que ce fait ait une valeur quelconque dans l'histoire du choléra, il aurait fallu faire la même étude dans plusieurs autres maladies, afin de savoir si l'on n'observe pas dans ces maladies des modifications analogues ou semblables à celles qui ont été constatées dans le choléra: ce qui est infiniment probable.

Quant aux bruits entendus pendant le cours de la maladie, il est probable en effet que les uns tiennent à quelques modifications soit dans l'état anatomique du cœur, soit dans la composition du fluide sanguin; ils ne sauraient tenir à autre chose. Nous pensons seulement que l'hypothèse d'un fluide gazeux dans le sang ne devait pas être mentionnée, même pour être rejetée, et que les lésions du péricarde et du cœur ne peuvent pas être considérées comme des probabilités fondées sur l'induction et l'analogie, mais bien des réalités parfaitement démontrées, le scalpel à la main, par les recherches de M. Masselot, infiniment plus précises et plus complètes que celles auxquelles M. Bouchut a fait allusion.

Enfin, en ce qui concerne les inductions thérapeutiques tirées de l'état du sang dans la convalescence du choléra, des recherches ultérieures peuvent seules nous apprendre ce qu'il en faut penser.

J'ai suivi quelques cholériques dans leur agonie jusqu'au dernier moment de leur existence, et c'est par la disparition des bruits du cœur que j'ai pu constater l'instant de la mort. Ces bruits peuvent être modifiés dans leur nombre, dans leur rhythme ou par des bruits anormaux; mais ils existent, et c'est là le fait constant que je tenais à établir. La seule chose qui mérite d'être mentionnée, c'est que, pendant les deux dernières heures de l'existence, un simple bruit remplace le double tac qui existe dans l'état naturel.

Dans ces recherches, j'ai pu constater d'autres faits aussi intéressants que nouveaux et qui sont relatifs à l'état du cœur dans les diverses périodes de la maladie.

Au début, dans le cours de la cyanose et même encore au commencement de la période de réaction, quelques-uns de nos malades ont paru éprouver de la gêne à la région précordiale, et des bruits anormaux trahirent chez eux le trouble de l'organe central de la circulation. Ces phénomènes n'eurent rien de grave; et ils se dissipèrent en quelques jours, bien avant l'entière guérison des malades.

Une fois ce fut un bruit de souffle au second temps, audessous et en dehors du mamelon gauche; il disparut au bout de deux jours, et avait été bien constaté par un grand nombre de personnes, et en particulier par MM. Rostan et Louis.

Quatre autres sujets nous offrirent à étudier dans la région précordiale, tantôt à la base, tantôt à la pointe, des bruits de frottement plus ou moins marqués qui rentraient évidemment dans la catégorie des bruits de cuir neuf. Ce fut, dans ces divers cas, un craquement particulier plus ou moins fort, une fois très désagréable, et analogue à un véritable bruit de gargouillement très fin. On eût dit le résultat de l'introduction de l'air dans le cœur; mais c'est là une hypothèse inadmissible, car il n'y avait pas d'augmentation de résonnance à la région précordiale, et le malade a guéri.

Chez aucun de ces malades, il n'y eut de matité ni de voussure thoracique; ils éprouvaient seulement un léger sentiment de compression dans la poitrine au niveau du cœur, mais il ne fut pas très marqué, et d'ailleurs cela dura peu, car tous ces malades ne présentèrent ces phénomènes que d'une manière très fugitive du deuxième au cinquième jour de leur maladie environ. Tous ont été visités par la plupart des médecins et des internes de l'Hôtel-Dieu, et l'on s'est généralement accordé pour considérer ces faits comme des cas de péricardite légère.

Ainsi, dans la première période du choléra, il peut y avoir une modification passagère de la texture du cœur, soit une congestion de l'endocarde avec épaississement des valvules, comme je l'ai vu sur quelques cadavres; soit un état phlegmasique du péricarde analogue à ce qui a été observé dans d'autres membranes séreuses, la plèvre ou le péritoine, selon qu'il résulte des observations de M. Contour.

D'autres bruits que ceux dont nous venons de parler se manifestent à une période plus avancée du choléra, dans la période de convalescence; mais, hâtons-nous de le dire, ces bruits tiennent certainement moins à l'état matériel du cœur qu'à la composition du sang qui s'y trouve versé. Ce sont des bruits de souffle à divers degrés d'intensité, je dirai même d'intermittence. C'était chez des hommes; car je n'ai pas voulu tenir compte de la même observation chez des femmes, afin d'éviter toute erreur avec les bruits de la chlorose.

Chez quelques sujets, le bruit était constant; c'était un souffle doux, moelleux, facile à constater à la base du cœur, dans l'aorte et dans les carotides.

Chez d'autres, il était constant, mais il n'existait pas au cœur, et n'était appréciable que dans l'aorte et les vaisseaux du cou.

Sur quatre malades, enfin, ce bruit était intermittent, tantôt facile à saisir, tantôt impossible à retrouver, à moins d'une extrême complaisance; mais il suffisait d'attendre quelques minutes pour l'apprécier de nouveau.

Quelle est la cause de ce bruit de souffle? Déjà, messieurs, vous l'avez deviné. Sa nature moelleuse, son siége dans les vaisseaux, l'époque de son apparition dans la convalescence du choléra et, après d'abondantes évacuations séreuses, sa présence chez des sujets masculins, tout indique qu'il est le résultat de l'anémie; en effet, je crois que c'est à une modification du sang, à l'appauvrissement de ce liquide qu'il faut le rapporter.

Je n'insisterai pas davantage. Je désirais signaler ce phénomène à votre attention; mais, tout rationnel qu'il peut vous paraître, je crois qu'il ne faut l'admettre encore qu'avec une sorte de réserve, en attendant qu'il soit confirmé par de nouvelles observations. Je ne doute pas qu'il le soit, et, alors, l'état des malades dans la convalescence du choléra étant bien déterminé, on pourra mieux qu'autrefois indiquer la nature des remèdes à employer contre les divers accidents nerveux ou névralgiques qui accompagnent encore cette période de la maladie; c'est, je crois, une indication formelle de l'usage des substances amères et des toniques ferrugineux à l'intérieur.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 juin 1849. — Présidence de M. Boussingault.

Le docteur Chapelle, d'Angoulême, considère le choléra comme une fièvre paludéenne, et conseille le quinquina.

— M. Audrand a observé que depuis l'invasion du choléra la machine électrique donne des étincelles infiniment plus faibles que dans les temps ordinaires; d'où l'auteur conclut que l'épidémie est due à l'absence ou à une diminution considérable de l'électricité, laquelle est nécessaire à l'entretien de la vie.

— M. Alexis Perrey, voulant répéter les expériences de M. Boutigny, s'est rendu dans une forge des environs de Dijon, et a vu un ouvrier sauter sur la fonte incandescente; lui-même a pu poser trois fois le pied nu sur cette fonte, sans éprouver d'autre sensation qu'un peu de froid la première fois, la simple sensation d'un corps étranger la seconde fois, et enfin une certaine chaleur la troisième fois. Il n'a pas osé marcher. Le pied avec lequel il a fait cette expérience ne s'en est nullement ressenti.

CORRESPONDANCE.

Influence des bains froids sur le développement du choléra.

Nous nous empressons de porter à la connaissance de nos lecteurs les lettres suivantes qui intéressent à divers degrés la prophylaxie et la thérapeutique du choléra.

Mon cher confrère,

Cette année, comme les années précédentes, comme en 1832, je prends et fais prendre à ma famille et à mes clients des bains de rivière. Je n'en ai vu résulter que les effets les plus favorables pour la santé. Je viens d'entendre avec étonnement que quelques confrères accusent les bains froids de pouvoir provoquer le choléra; permettez-moi de vous prier d'user devotre publicité si étendue et si pleine d'autorité pour attaquer ce préjugé qui, par la chaleur actuelle, ne manquerait certainement pas de devenir promptement préjudiciable à la santé de la population parisienne dont vous prenez tant à cœur les intérêts réels.

Recevez, etc. Sichel.

7 juin 1849.

Le bruit a couru que M. le préfet de police avait cru nécessaire de faire fermer tous les établissements de bains froids. Ce bruit n'a aucune espèce de fondement.

Du sassafras dans le traitement de la diarrhée prodromique.

Mon cher confrère,

Bien que je n'exerce plus la médecine, je n'en suis pas moins les progrès, et c'est avec un vif intérêt que je lis votre excellente *Gazette des Hôpitaux*.

Comme il est reconnu que dans le plus grand nombre de cas cholériques le dérangement des voies digestives est le prodrome fatal de cette maladie, il est donc indispensable d'y remédier.

Parmi les nombreux moyens indiqués et variés à l'infini, je n'en connais pas de meilleur, par expérience, que celui que je vais vous indiquer et qui a réussi complétement aux personnes qui en ont fait usage, quelle que soit la nature de la diarrhée, en ce moment où l'épidémie pose son cachet malfaisant sur toute espèce de dérangements de santé:

16 grammes de sassafras qu'on fait bouillir dans 384 d'eau et réduire à 128 gram. On coule la décoction, et l'on ajoute une cuillerée à bouche de rhum ou de bonne eau-de-vie.

On en prend trois tasses par jour, c'est-à-dire trois doses. En quelques heures il y a diminution des selles, et dans vingt-quatre heures il n'en est plus question.

Ce moyen, que j'ai indiqué à plusieurs personnes, a toujours réussi.

Si vous jugez convenable d'en faire l'essai, vous le ferez. Dans tous les cas, je vous transmets cette note avec l'intime conviction que le moyen indiqué ci-dessus a une efficacité réelle.

Agréez, etc. B. Michel.

Clignancourt, 8 juin 1849.

Immunité de l'hôpital du Midi.

Monsieur le Rédacteur,

Je vois dans votre numéro de samedi que l'hôpital du Midi est porté pour deux cholériques. Il n'y en a eu qu'un; c'est le balayeur de la maison. Ainsi, *aucun vénérien de l'hôpital du Midi n'a encore été atteint du choléra*. Je répète qu'il en a été de même pour l'épidémie de 1832.

Je crois que ce grand fait n'a pas assez attiré l'attention des médecins proprement dits; il a cependant une signification plus grande que certains faits auxquels on s'est arrêté, et qui sont d'une puérilité indigne du corps médical.

Veuillez être assez bon, monsieur le Rédacteur, pour vous informer auprès de l'administration, afin de savoir si c'est un médecin qui a diagnostiqué le deuxième choléra; ou, ce qui vaut mieux, publiez ma lettre, et la vérité sera connue.

Votre dévoué. Vidal.

Dimanche, 9 juin 1849.

Nous sommes toujours heureux d'accueillir les communications d'un confrère aussi distingué et aussi consciencieux que M. Vidal (de Cassis), et nous nous en rapportons parfaitement à lui lorsqu'il affirme un fait. Si nous n'avons pas insisté davantage sur l'immunité complète dont a joui jusqu'à présent l'hôpital du Midi, c'est qu'il nous est parfaitement démontré que cette immunité, de même que celle de l'hospice de la Maternité, dépend de causes autres que le mercure et le virus syphilitique.

Utilité du sulfure de carbone contre le choléra.

Monsieur le rédacteur,

Bien qu'il me répugne de me poser en guérisseur et de proposer des moyens curatifs du choléra asiatique, je ne puis pas m'empêcher de vous communiquer les idées qui m'ont été suggérées par M. le professeur de chimie Lassaigne. Je lui demandais s'il connaissait un excitant diffusible énergique qui pût ramener la chaleur dans la période algide du choléra. Il me parla du carbone soufré ou sulfure de carbone comme jouissant des propriétés demandées; il m'a

fait lire un Mémoire inséré dans le *Journal de chimie médicale*, année 1831, dans lequel on parle de ce médicament comme ayant les propriétés requises. Je viens de le prescrire dans un cas désespéré. Je ne sais pas s'il réussira. Veuillez insérer ma lettre pour provoquer de nouvelles expériences.

J'ai l'honneur d'être, etc.

MARCHANT, D.-M.-P. de Charenton,
Médecin adjoint de l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort.

2 juin 1849.

P.-S. — La dose est de huit gouttes.

Immunité du village de Bellevue.

Mon cher confrère,

Cette année, comme en 1832, l'on n'a pas constaté de choléra bien prononcé à Bellevue; l'état sanitaire dans cette localité est satisfaisant.

Recevez, etc. BADUEL, D.-M.-P.

Ce 10 juin 1849.

D'un autre côté, M. le docteur Babie, de Meudon, nous écrit qu'il a été appelé hier pour la première fois à *Bellevue*, où il a constaté le décès d'un cholérique qui a succombé après vingt heures de maladie. Il a appris qu'un autre cas s'y était déclaré le même jour. Ces deux cas ont existé dans deux maisons des mieux situées.

Noir animal. — Liniment ammoniacal éthéré. — Jus de citron contre le choléra.

Monsieur,

Mu par un sentiment d'humanité, j'ai l'honneur de vous informer qu'en 1832, époque à laquelle le choléra sévissait très violemment comme aujourd'hui, j'ai pratiqué dans ma famille et conseillé à quelques amis comme remède pour la guérison du choléra, savoir :

L'emploi du noir animal (dit vulgairement noir d'ivoire) en poudre très fine, et en lavement deux fortes cuillerées à café dudit noir, environ 10 grammes, auquel on ajoute 10 à 12 gouttes de laudanum. Un ou deux lavements ont suffi dans tous les cas de maladie de choléra morbus le mieux caractérisé pour arrêter la diarrhée. Si, contre toute attente, cela ne suffisait pas, on peut les continuer. En ce qui concerne les crampes, des frictions faites avec le liniment suivant :

Moitié alcool camphré,
1/4 éther sulfurique,
1/4 ammoniaque liquide.
Mêlez.

Pour les vomissements, jus de citron par petites cuillerées à café de quart d'heure en quart d'heure. Bien entendu que ces moyens doivent être employés avant que le mal n'ait fait de trop grands progrès.

Ce système ayant très bien réussi, je vous en donne avis, Monsieur, afin, si vous le jugez convenable, que vous l'insériez dans votre feuille.

Recevez, etc. DE CAVAILLON, chimiste,
30, rue Taitbout.

Paris, ce 10 juin 1849.

Nous avons reçu de M. Lachaise une lettre en réponse à M. Piorry. Le défaut d'espace nous oblige à en renvoyer l'insertion à notre prochain numéro.

Cours pratique sur les maladies de la peau,

Par M. le Dr DUCHESNE-DUPARC.

Traitement des gourmes chez les enfants.

(Premier article.)

Si le mot *gourme* n'existait pas depuis longtemps déjà dans le langage vulgaire, et ne se trouvait accepté par la grande majorité des praticiens, il faudrait le créer pour résumer d'une manière convenable les altérations morbides cutanées auxquelles on l'applique ; car la pensée qui s'y rattache se décolore et s'amoindrit avec toute autre expression.

Ma classe des gourmes ne comprend que trois genres bien distincts, qui sont : l'*achore*, le *porrigo*, le *favus*. Ces trois affections génériques ont pour caractères communs de siéger constamment à la tête ou dans son voisinage, d'offrir dans leurs produits pathologiques des formes bien arrêtées et plus ou moins bizarres ; de coïncider fréquemment dans leur apparition avec certaines évolutions organiques; d'être habituellement exemptes de tout danger, et de se présenter même fort souvent avec un cachet critique et dépuratoire qu'il importe de ne pas méconnaître. Si l'on ajoute à ces différentes conditions l'âge des malades, qui est toujours celui de la première ou de la seconde enfance, on trouvera que le gourmes ont un mode particulier d'existence qui rend inutiles les efforts déjà tentés pour les rapprocher d'autres maladies bien autrement graves qu'on ne rencontre que chez l'adulte, et qui n'ont avec celles-ci que des rapports de forme plus ou moins éloignés.

Mais, de ce que les analogies que je viens de signaler justifient la formation et le maintien d'une classe des gourmes ou dermatoses chroniques du premier âge, il ne faudrait pas en préjuger qu'il est possible de confondre les uns avec les autres chacun des trois genres morbides qui la constituent : il est, au contraire, facile de faire ressortir les dissemblances qui séparent l'achore du porrigo, et ce dernier du favus, et je dirai même que ce n'est qu'en tenant un compte exact et sévère des analogies de la classe et des dissemblances génériques qu'on parvient à laisser à chaque affection le caractère morbide qui lui appartient, et à se mettre sur la voie d'une médication logique, la seule qui puisse assurer la guérison.

Si maintenant nous appliquons à l'*achore* ces données pratiques, je trouve que cette affection, qui a pour siége anatomique le *follicule sébacé* et le réseau lymphatique qui en émane, est généralement présentée sous un faux jour.

Lorry et Alibert sont peut-être les seuls qui aient reconnu et proclamé les caractères qui la distinguent; ce privilége me paraît dû à la sévérité de leurs principes d'étude et d'investigation. La plupart des auteurs de notre époque, séduits par l'apparente simplicité des doctrines de Willan, se sont trop souvent habitués à ne juger de l'importance d'une maladie que d'après ses formes éruptives. Aussi, qu'en est-il résulté pour l'achore ? C'est que les uns, le classant avec raison dans l'ordre des pustules, le désignent sous les noms impropres...... ou de *porrigo larvalis*; tandis que d'autres, affirmant qu'il appartient à l'ordre des *vésicules*, l'appellent *eczéma impétiginodes*, ne songeant pas que cette dernière dénomination en fait un être hybrides et à caractères incertains.

Le même désaccord se représente pour le *lactumen*, qui n'est que le premier degré de l'achore, et ces divergences singulières figurent en tête de celles que j'ai dû signaler dans mon *Examen des doctrines qui ont dominé jusqu'ici l'étude et le traitement des maladies de la peau* (1).

Je définis l'achore : une affection pustuleuse, propre à la première enfance, à produits éruptifs petits et blanchâtres, très variables pour le nombre et la disposition, ayant pour siége ordinaire la face et le cuir chevelu, et fournissant une humeur visqueuse abondante, qui ferme en se desséchant des croûtes minces, lamelleuses, cendrées, jaunes ou brunâtres.

Cette définition exclut, comme on le voit, tout point de rapprochement et de comparaison avec le *pythiriasis* de Willan, puisque cette dernière affection, qui n'est autre que l'*herpes furfurens*, a pour siége anatomique l'appareil sécréteur des couches épidermiques et cornées, et ne présente jamais d'éléments pustuleux. Nous verrons plus tard pourquoi l'achore n'est point davantage un porrigo. Dans l'achore, le soulèvement et la formation des lames épidermoïdes sont un effet tout mécanique dû à l'abondance des sécrétions et à leur brusque accumulation sur la surface du derme ; mais il n'y a point ici de modification réelle et positive dans la sécrétion épidermique.

(La suite à un prochain numéro).

(1) Brochure in-8°. Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 1. — Prix net, 2 fr., 2 fr. 50 c.

NÉCROLOGIE.

Le choléra a fait trois nouvelles victimes dans le corps médical : M. le docteur Bourgery, auteur du grand ouvrage de l'*Anatomie de l'homme*, a succombé vendredi dernier à une violente attaque.

— M. le docteur Mojon, membre correspondant et auditeur assidu de l'Académie de médecine, ancien professeur et chirurgien en chef à l'hôpital militaire de Gênes, est décédé le même jour. Madame Mojon avait succombé deux heures avant son mari.

— Enfin, M. le docteur Lebienvenu, chirurgien de la première légion de la garde nationale, a été atteint jeudi ou vendredi, et a succombé avant-hier.

— Le docteur Fownes, professeur de chimie au collége de l'Université de Londres, vient de mourir phthisique à un âge peu avancé. M. Fownes était auteur d'un *Manuel de chimie* et d'un ouvrage scientifico-religieux intitulé : *Chemistry as exemplifying the wisdom and beneficience of God.*

NOUVELLES.

Par arrêté de M. le président de la République, M. Macé, ancien chirurgien militaire, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— Nous avons la douleur d'annoncer que M. le professeur Bouillaud a été gravement atteint par l'épidémie régnante. La nuit dernière a été très mauvaise, et dans la journée d'aujourd'hui le malade n'a pu admettre personne à le visiter.

— M. Flourens est également sous l'influence de la maladie ; mais son état n'inspire pas heureusement d'inquiétudes sérieuses.

— M. le ministre des travaux publics vient d'adresser à MM. les ingénieurs et architectes chargés de diriger les travaux publics du gouvernement, une circulaire pour leur recommander d'une manière spéciale l'exécution des mesures d'hygiène publiées par les conseils de salubrité.

—Le directeur de l'administration générale de l'assistance publique de la ville de Paris vient de publier la liste des personnes qui ont fait, pendant l'année 1848, des dons à divers établissements dépendants de l'administration, ainsi que les sommes données par chacune de ces personnes.

Le total des sommes données s'élève, savoir :

En rentes. . . . . à 700 fr.
En capitaux. . . . . à 231,411

— Le même fonctionnaire vient de décider que, pour prévenir les craintes d'insalubrité que pourrait inspirer l'accumulation des corps dans l'amphithéâtre de Clamart, les travaux anatomiques y seraient suspendus jusqu'à la fin du mois de juin.

Les corps des individus décédés seront transportés directement des hôpitaux et hospices au cimetière réservé pour cette administration.

— L'hôtel qu'occupait, rue de Varennes, M. le général Cavaignac, et l'ancien hôtel de l'ambassade d'Autriche, rue de Grenelle-Saint-Germain, appartenant à l'Etat, vont être organisés en hôpitaux pour les cholériques.

— Monseigneur l'archevêque de Paris vient d'adresser à son clergé une nouvelle circulaire pour l'engager à exhorter les fidèles de leurs paroisses, non-seulement à la prière, mais aussi à la charité, spécialement en faveur des orphelins du choléra. Il dispense sur son diocèse de l'abstinence pendant tout le temps que durera l'épidémie.

— On lit dans le *Moniteur :*

Des médecins ont été récemment envoyés, par les soins du ministre de l'agriculture et du commerce, à diverses communes envahies par la suette miliaire et par le choléra. Jusqu'ici, il a été aussi facilement que promptement satisfait à toutes les demandes. Toutefois, si la suette et le choléra devaient prendre de nouveaux développements, il serait important que les médecins disposés à accepter une mission fissent connaître à l'avance, et par une demande écrite, leur intention au ministre de l'agriculture et du commerce.

— M. Rustan de Vérac, chirurgien aide-major à l'hôpital de Toulon, détaché à l'armée des Alpes, est désigné pour l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

AVIS.

Ceux de MM. les docteurs en médecine qui voudraient bien se mettre à la disposition de l'administration pour soigner les cholériques soit à Paris, soit dans les départements, sont priés de vouloir bien donner leurs noms à M. Amette, secrétaire général de la Faculté, chargé d'organiser le service.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 14 JUIN 1849. (22e ANNÉE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 69.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 13 JUIN 1849.

Marche du choléra.

La diminution que nous signalions avec beaucoup de réserve dans notre dernier bulletin s'est heureusement continuée hier et avant-hier. Nous avons laissé la moyenne des entrées par jour, dans les hôpitaux et hospices civils, à 374; pendant les deux derniers jours, elle n'a été que de 253; encore devons-nous faire remarquer que des deux chiffres dont se compose cette moyenne, celui d'hier est beaucoup moindre que celui d'avant-hier.

Journée du 11 juin.........	288 entrées,	155 décès.
— 12	219 —	131
Total..............	507	286

On voit que le chiffre des décès a éprouvé une diminution relative à celle des admissions.

Les chiffres du *Moniteur* ne nous apprennent pas que la ville ait éprouvé une amélioration analogue à celle des hôpitaux. Voici, en effet, les chiffres des décès à domicile; mais on remarquera que nous n'avons pour la ville que les décès du 9 et du 10, au lieu de ceux du 11 et du 12.

Journée du 9 juin..........	464
— 10	477
Total........................	941
Total des décès dans les hôpitaux.........	5412
Total général des décès..............	6353

Nos informations particulières nous permettent d'affirmer que ce qui s'est passé en ville le 11 et le 12, concorde parfaitement avec ce que l'on a observé dans les hôpitaux.

Nos devoirs civiques nous obligent de borner à ces simples renseignements notre bulletin d'aujourd'hui. Nous y reviendrons d'ailleurs, ayant à relever une erreur d'impression qui a été commise dans un dernier numéro.

HOSPICES.	NOMBRE DE CAS.	DÉCÈS.	SORTIES.
Salpêtrière...............	1561	1099	242
Bicêtre..................	333	176	28
Ménages.................	100	62	21
Incurables (hommes)......	43	39	2
Incurables (femmes).......	20	16	4
Larochefoucauld..........	5	3	»
Sainte-Périne............	9	6	2
HÔPITAUX CIVILS.			
Hôtel-Dieu..............	1796	781	672
Charité..................	648	395	198
Pitié....................	900	443	273
Saint-Louis..............	1020	485	303
Beaujon..................	583	284	170
Necker...................	302	145	116
Enfants-Malades..........	128	60	48
Saint-Antoine............	239	131	62
Cochin...................	158	69	68
Sainte-Marguerite.........	206	104	58
Bon-Secours..............	221	111	59
Cliniques................	43	30	8
Maison d'accouchement....	3	1	»
Hôpital du Midi..........	2	1	1
Lourcine.................	96	45	10
Maison de Santé..........	174	68	33
HÔPITAUX MILITAIRES.			
Invalides................	109	70	18
Val-de-Grâce.............	880	235	387
Gros-Caillou.............	800	300	362
Hôpital militaire du Roule..	402	197	99
Hôpital milit. Popincourt..	142	77	»
Total,	10923	5412	3215

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie paraissait si heureuse de se convaincre que l'épidémie, après avoir atteint un développement des plus fâcheux, était enfin entrée dans une marche décroissante, que les membres ont passé à peu près tout leur temps à se confirmer mutuellement dans cette consolante idée. Quelques réflexions seulement ont été faites par MM. Roux, Rochoux et Martin-Solon; mais la discussion de la contagion n'a pas été abordée de front; on ne le pouvait guère d'ailleurs en l'absence du rapport de la commission, qui n'a pas encore pu être lu aujourd'hui. Tous les membres qui ont pris la parole ont eu soin de faire ressortir les faits contraires à la contagion qu'on observait de tous côtés; mais les contradicteurs n'ont pas jugé à propos d'élever la voix. Les remarques de M. Rochoux sur l'infection sont pleines de justesse et ont de l'importance, et nous aurions à y insister si ce mot d'*infection*, détourné de son véritable sens, venait à jeter du trouble dans la discussion de la contagion quand celle-ci s'établira.

M. Capuron a convenablement clos, par deux rapports innocents et convenables, une séance qu'on pourrait presque appeler de délassement. — N'oublions pas cependant la recette antidiarrhéique de M. Devilliers.

HOTEL-DIEU. — M. LOUIS.

Parotides et éruptions cutanées dans le choléra. — Quelques mots sur le traitement de cette maladie.

Les cholériques encombrent à un tel point tous les services des grands hôpitaux, qu'il est presque impossible, disait aujourd'hui M. Louis, d'y observer en ce moment d'autres maladies. Ce n'est donc guère que de l'épidémie régnante que je puis vous entretenir. Nous avons, du reste, observé dans nos salles quelques particularités qui, bien qu'ayant déjà été signalées, méritent néanmoins de fixer un instant notre attention. Ces particularités sont les éruptions cutanées et les inflammations de la région parotidienne que l'on observe quelquefois dans le cours, ou plus souvent encore dans la convalescence du choléra. La *Gazette des Hôpitaux* a particulièrement recueilli quelques observations sur cette dernière complication ou tout au moins coïncidence, qui est la plus rare des deux. La malade couchée au n° 10 de la salle Saint-Landry nous a offert à la fois l'une et l'autre de ces complications.

Cette malade est une couturière âgée de quarante-six ans, qui a été atteinte d'une attaque de choléra de gravité moyenne le 18 mai dernier. Avant cette attaque, la santé avait toujours été bonne, au moins depuis fort longtemps; malgré son âge, elle était encore parfaitement réglée au moment où l'épidémie l'a atteinte.

La malade fut d'abord traitée chez elle, et n'entra à l'hôpital que le 22 mai. Les symptômes étaient alors très caractérisés: selles et vomissements fréquents et caractéristiques; cyanose et refroidissement prononcés, mais non excessifs; suppression des urines, crampes, physionomie spéciale. Le traitement prescrit consista en frictions excitantes sur la peau, réchauffement, thé au rhum, lavements laudanisés, fragments de glace par intervalles de dix à quinze minutes.

Au sujet de cette prescription, il ne sera pas inutile de faire remarquer qu'après toutes les tentatives faites soit à l'aide de prétendus spécifiques, soit à l'aide de moyens qui auraient, sans être tout à fait spécifiques, une action empirique beaucoup plus avantageuse que les autres, tels que l'eau salée, le quinquina, etc., la plupart des médecins, dépourvus de pré-

FEUILLETON.

Quelques mots sur l'organisation de la médecine des pauvres.

Sous ce titre, M. le docteur Dezautière, médecin à Decize (Nièvre), nous a adressé un petit mémoire sur un sujet éminemment digne de l'attention publique, surtout au moment où le Conseil élabore le grand projet de loi sur l'assistance publique en France. Ne pouvant insérer textuellement le travail de M. Dezautière, nous allons tâcher d'en donner une idée aussi complète que possible.

M. Dezautière examine successivement les divers systèmes qui ont été proposés pour assurer des soins médicaux à la classe peu aisée de la population. Il rejette d'abord le système qui voudrait faire de tous les médecins autant de fonctionnaires publics. L'indépendance du corps médical et les intérêts du trésor s'opposent également à l'adoption d'un pareil système.

Passant ensuite à l'examen du système des médecins cantonaux, M. Dezautière trouve cette institution défectueuse, d'abord, parce que dans les cantons où la population est disséminée sur une grande surface, un médecin ne pourrait suffire pour porter des secours à tous les malades; que, des divers modes de nomination de ces médecins, l'un (le concours) est presque impossible; l'autre (l'élection) est encore très défectueux; et qu'enfin, le troisième (la nomination par l'administration) offre plus d'inconvénients encore. Tous ces modes ont d'ailleurs, dit M. Dezautière, le défaut d'imposer à certains malades un médecin qui peut ne pas avoir leur confiance, et, en outre, de désigner pour ainsi dire à l'attention des clients riches un médecin qui est censé plus instruit que les autres. Il résultera de là que ce médecin sera très promptement plus répandu que ses confrères parmi la clientèle riche, et que le service des pauvres pourra en souffrir, les appointements qu'on lui donnera étant certainement insuffisants pour qu'il puisse se vouer exclusivement à ce dernier service.

Ces divers systèmes étant examinés avec beaucoup plus de détails que nous ne le faisons ici, et étant successivement repoussés, pourquoi, dit M. Dezautière, ne laisserait-on pas aux pauvres le soin de choisir leur médecin?

N'est-il pas souverainement injuste de priver les pauvres des médecins qui ont leur confiance, et n'est-il pas tout aussi injuste de priver les médecins de leur clientèle pauvre?

Il est extrêmement facile d'organiser la médecine des pauvres en laissant aux malades la faculté de choisir eux-mêmes leurs médecins, comme cela a été compris au Congrès médical. Ce qui, aujourd'hui, est pratiqué partout sans honoraires pour le médecin sera tout aussi facile lorsque ce médecin aura des honoraires.

Voici comment pourrait être organisé le service médical des pauvres:

L'Etat, le département et la commune doivent contribuer à faire un fonds commun affecté au service médical des pauvres.

Les fonds seraient versés à la caisse communale, ou mieux entre les mains du receveur du canton.

Une commission municipale serait nommée pour dresser la liste des pauvres, et il importe beaucoup que cette liste soit bien dressée: il serait fâcheux que l'on mît sur la liste des noms qui ne doivent pas être secourus gratuitement, encore plus fâcheux si on oubliait d'y mettre un malheureux. Pour que cet état fût convenablement fait, il faudrait qu'il fût arrêté en conseil municipal. On devrait le réviser tous les six mois.

Si un indigent devient malade, le maire lui délivre un bon pour une visite de médecin; ce bon sera revêtu du cachet de la mairie. De cette façon, on laissera aux malades toute leur liberté, puisqu'ils auront la faculté de faire porter le bon chez tel médecin qu'ils désigneront.

Les médecins porteurs de ces bons se présenteront, à la fin de l'année, chez le receveur, qui leur donnera en échange une somme déterminée et basée sur la distance parcourue par le médecin.

Si le fonds communal est insuffisant, la visite sera d'un prix moins élevé, et, de cette manière, la perte sera partagée par tous les médecins; si ce fonds est suffisant, la visite sera payée avec modération: s'il est plus que suffisant, le reste sera gardé pour l'année suivante, qui peut-être présentera un plus grand nombre de malades, ou donné à une autre commune qui aura été envahie par une épidémie, ou enfin versé dans la caisse de l'hôpital cantonal.

Si, après la première visite, le malade n'a pas éprouvé de soulagement, le maire délivrera un autre bon, et le médecin renouvellera sa visite, et ainsi de suite.

Il nous reste maintenant à nous occuper de la pharmacie.

Dans chaque commune, une petite pharmacie où le médecin puisse trouver seulement les remèdes indispensables est d'une absolue nécessité. Une vingtaine de substances suffiraient seulement; on aurait soin de les choisir parmi les remèdes inaltérables.

Les fonds pour former et entretenir cette pharmacie seraient pris dans la caisse commune. Si un remède ne se trouvant pas dans la pharmacie communale devenait nécessaire, le médecin ferait la formule, et l'ordonnance envoyée au pharmacien choisi par le malade. Il suffirait que cette ordonnance contînt le nom du malade, le nom de la commune et la date de la prescription. Elle devrait être revêtue du cachet de la mairie, et serait payée chez le receveur et suivant les mêmes règles que nous avons énoncées.

Voilà le système le plus simple, selon nous, qui puisse être adopté pour l'organisation du service médical des pauvres dans les campagnes. C'est le système du Congrès médical mis en pratique; *ainsi, rien n'est de nous.*

Ce système a l'avantage de ne constituer aucune aristocratie dans le corps médical, et de satisfaire tous les malades. Les médecins cantonaux doivent être absolument rejetés, car nous dirons toujours: Si c'est un avantage, une faveur de soigner les pauvres, il est juste que tous les médecins en profitent; si c'est une charge, il est injuste de la donner à un seul.

Ces moyens que nous proposons aujourd'hui *l'ont été déjà; ils ont été discutés et adoptés par le conseil d'hygiène et de salubrité de Nevers.* Plusieurs honorables médecins, partisans auparavant de l'institution des médecins cantonaux, se sont ralliés au système que nous soutenons, et qui, nous l'espérons, se conciliera les suffrages de tout le monde.

NÉCROLOGIE.

Aux pertes que nous avons déjà annoncées, nous devons ajouter celles de M. Chardel, membre de l'Académie de médecine, et de M. Cuveilhier, honorable praticien.

NOUVELLES.

M. le président de la république vient d'affecter une somme de 7,000 fr. au soulagement des familles nécessiteuses du département de la Seine, victimes de l'épidémie.

— Nous sommes heureux d'annoncer que l'état de M. Bouillaud n'inspire plus d'inquiétude.

— M. Voillemier, qui vient également de subir une atteinte assez violente de l'épidémie, est hors de danger.

jugés, sont revenus au traitement commun, et qu'on est à pen près unanimement convenu d'appeler rationnel, parce qu'en effet il semble répondre aux indications fournies par les divers symptômes dont se compose la maladie cholérique. Il est même à remarquer que les médecins, assez peu nombreux, qui sont restés fidèles, en théorie, à quelque médicament spécial, ne s'éloignent guère, dans la pratique, du traitement généralement suivi, et qu'outre leur spécifique, ils emploient à peu près constamment le réchauffement, les frictions, les excitants de diverse nature pendant la première période du choléra, les calmants, les toniques, etc., suivant les cas, dans la seconde. Est-ce là une preuve que le traitement commun est véritablement le meilleur? Ce n'est pas ce que je voudrais affirmer d'une manière absolue; mais enfin cela me paraît probable, et c'est pour cela que j'y suis revenu purement et simplement, après avoir cherché comme bien d'autres dans diverses substances des remèdes plus efficaces que ceux que j'avais d'abord employés.

Quoi qu'il en soit, la médication prescrite parut produire sur notre malade les effets les plus avantageux : dès le premier jour les vomissements furent suspendus complétement, et tous les autres symptômes diminuèrent d'une manière très notable. Le lendemain l'amélioration se prononça bien davantage encore, et le troisième jour, la malade put être considérée comme hors de danger.

Vers cette époque apparut une éruption cutanée sur toutes les régions du corps, mais principalement sur les membres. Cette éruption, d'abord exclusivement papuleuse, devint bientôt vésiculeuse en partie, et causa de vives démangeaisons à la malade; peu à peu elle pâlit, s'affaissa, se dessécha et tomba en desquamation dont vous voyez encore les traces.

Cette éruption, sur laquelle quelques observateurs ont appelé l'attention dans les cas de choléra, s'est présentée plusieurs fois dans nos salles, soit avec la forme qu'elle a affectée chez la malade dont nous parlons, soit sous la forme purement papuleuse ou érythémateuse. Vous pouvez voir encore au n° 25 de cette salle une femme chez laquelle l'éruption a affecté cette dernière forme. Cette éruption ressemble en partie à l'érythème noueux, en partie à l'urticaire, qu'on a appelé l'*urticaire rouge*. Chez cette dernière femme l'éruption n'excite aucune démangeaison, et siége principalement sur les membres.

Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que ces éruptions n'ont pas été observées seulement sur des cholériques; elles l'ont été encore dans d'autres maladies, assez fréquemment même pour que nous soyons dans le doute si c'est dans le choléra qu'elles se sont présentées le plus fréquemment.

Quant à la valeur séméiotique ou pronostique de ces éruptions, elle nous a paru nulle jusqu'à présent. Peut-être leur étude attentive conduira-t-elle à des résultats plus positifs relativement à la pathologie et à l'étiologie.

L'éruption dont notre malade a été affectée était à peine en voie d'amélioration, que le pavillon de l'oreille gauche a présenté quelques traces d'inflammation; cette inflammation s'est peu à peu étendue à la région parotidienne, a quitté graduellement l'oreille, et siége aujourd'hui exclusivement dans la parotide et les tissus environnants, y compris la peau. Les topiques émollients n'ont pas empêché cette inflammation de prendre le développement assez considérable que vous voyez aujourd'hui. La région malade est fort douloureuse, surtout pendant les mouvements de la mâchoire; ce qui rend la mastication presque impossible. Cependant on ne sent encore aucune fluctuation sous la tumeur, et comme les symptômes ont plutôt diminué qu'augmenté d'intensité depuis hier, il est à espérer que nous parviendrons à éviter la suppuration.

D'ailleurs, l'état général de la malade n'a pas été sensiblement influencé par cette nouvelle complication : il n'y a pas de chaleur à la peau; le pouls est naturel pour l'intensité, à peine à 80 pulsations, et l'appétit est bon; seulement la malade ne peut le satisfaire qu'incomplétement, à cause des difficultés de la mastication.

Nous pouvons dire des parotides ce que nous avons dit des éruptions. Quoiqu'elles aient évidemment coïncidé avec le choléra dans ce cas, quoiqu'on en ait observé à Paris des exemples plus fréquents depuis l'apparition du choléra qu'auparavant, cependant ce n'est pas exclusivement sur des malades affectés de l'épidémie qu'on les a observées; nous ne savons même pas si elles ont été plus fréquentes chez les cholériques que sur d'autres malades. Elles paraissent donc dépendre plutôt d'une influence plus générale que la cause du choléra elle-même, quoiqu'ayant des rapports avec cette cause.

Sous le rapport pathologique, on peut dire des parotides ce que nous avons dit des éruptions. Il est bien vrai que certains médecins ont vu dans les unes et dans les autres une crise favorable qui juge la maladie; mais, outre qu'il n'est pas toujours certain que les malades guérissent quand ces complications ont paru, il est juste aussi de faire remarquer qu'elles n'apparaissent le plus ordinairement qu'à une époque où les malades sont déjà hors de danger. Ce qu'il y a de plus positif, c'est qu'elles ne semblent entraîner aucun danger elles-mêmes.

OBSTÉTRIQUE.

Observations sur l'avortement partiel dans le cas de grossesse multiple,

Par M. J.-L. BRACHET, D.-M.-P.

Les grossesses de jumeaux ne sont pas rares; il n'est pas d'accoucheur qui n'en ait rencontré bien des fois. Ce qu'il a vu alors, et ce que nous voyons tous les jours, c'est l'accouchement des deux enfants à la fois, c'est-à-dire à la même époque, soit qu'ils viennent à terme, soit que la matrice les expulse quelques semaines ou quelques mois auparavant. Aussi n'est-ce point sur des faits de cette nature que je me propose d'appeler un moment l'attention. Il en est un beaucoup plus rare, et qui paraît avoir été méconnu de la plupart des accoucheurs : je veux parler de l'expulsion isolée, et à des distances plus ou moins éloignées, des deux fœtus ou de leurs annexes. Comme plusieurs faits de ce genre se sont présentés dans ma pratique, et que j'ai vu plusieurs accoucheurs ne pas croire à leur possibilité, j'ai pensé devoir les publier, non pas seulement comme simple objet de curiosité scientifique, mais surtout à cause des résultats pratiques qui en sont la conséquence.

Obs. I. — Depuis deux mois et demi environ, madame Bulliod éprouvait tous les signes de la grossesse, suppression des règles, sensation douloureuse et volume plus considérable des seins, dégoût, etc., lorsque le 7 novembre 1818, elle fut subitement, et sans cause connue, prise d'une perte foudroyante, avec douleurs utérines intenses; rien ne put arrêter cette hémorrhagie, et les douleurs se régularisèrent; quelques heures après elle expulsa un fœtus qui pouvait avoir effectivement deux mois et demi. Ce ne fut que six jours après cette expulsion qu'elle rendit le placenta tout à fait bien conformé, présentant sa cavité et ses membranes ouvertes; la perte fut arrêtée, et après quelques jours de repos madame Bulliod se trouva à peu près rétablie. Quel ne fut pas son étonnement et le mien, lorsqu'au bout d'un mois elle me dit qu'elle sentait bien distinctement les mouvements d'un enfant! J'avais peine à le croire. Cependant, comme c'était une quatrième grossesse, madame Bulliod ne pouvait pas se tromper; les mouvements devinrent de plus en plus sensibles, et, environ six mois et demi après l'expulsion du premier fœtus, elle accoucha d'un superbe enfant.

Dans ce fait, la grossesse a donc été double, et, chose qui paraîtrait extraordinaire si elle ne s'était pas présentée d'autres fois, il y a eu avortement partiel, c'est-à-dire que l'un des deux enfants a été expulsé pendant que l'autre est resté, et a parcouru dans l'utérus tout le temps nécessaire pour acquérir le développement complet d'un fœtus de neuf mois. On ne peut pas soupçonner qu'une seconde grossesse soit survenue après l'avortement du premier fœtus; pendant plus d'un mois après cet avortement, il n'y a point eu de rapprochement conjugal entre madame Bulliod et son mari, et alors le fœtus restant commençait à bouger. Cette grossesse, en outre, eût donné un enfant de six mois et demi au plus, et il était un des plus volumineux que j'aie jamais rencontrés. Ainsi la chose ne peut pas être douteuse, madame Bulliod était enceinte de deux enfants à la fois : elle a avorté de l'un, elle a conservé l'autre. C'est là le point important, le point peut-être extraordinaire; car il paraît difficile, pour ne pas dire impossible, que le même globe utérin éprouve pendant huit heures toutes les secousses des contractions, sans que les deux produits se détachent en même temps. Il paraît surtout inconcevable que ce viscère charnu puisse se contracter ainsi partiellement dans le point seulement qui correspond à l'un des fœtus, sans que ces contractions ne s'étendent à tout l'organe, et ne lui fasse expulser tout ce qu'il contient. C'est là ce que dit le raisonnement physiologique, c'est là probablement aussi ce qui doit arriver le plus souvent; mais ici nous avons quelque chose de plus puissant que tous les raisonnements, c'est le fait, et on sait combien est brutale la logique des faits; elle est inébranlable. Pour mettre d'accord ces faits avec un raisonnement physiologique plausible, un auteur a supposé qu'il y avait alors partage de l'utérus en deux corps ou en deux espèces de cornes, comme on l'a rencontré quelquefois. La chose peut être; mais ces doubles utérus, ou utérus cornus, sont si rares, qu'on peut, dans cette circonstance, les regarder comme une explication au moins hypothétique. Si, en effet, madame Bulliod avait eu un utérus ainsi divisé, elle aurait été sujette à des accouchements doubles : cependant il n'en a rien été; trois grossesses simples avaient déjà eu lieu, deux ont encore eu lieu après. Au surplus, j'abandonne cette discussion sur les probabilités; je m'en tiens au fait.

Obs. II. — Madame Volaire était enceinte pour la première fois; elle arriva sans inconvénient à sept mois ou sept mois et demi de grossesse. Le travail de l'accouchement s'établit le 3 mars 1819. Un enfant arriva très heureusement. De suite après, un second enfant arriva de même très heureusement. Un double arrière-faix fut extrait avec toutes ses membranes. Tout paraissait rentrer dans l'ordre. Cependant, le globe utérin conservait un volume assez considérable, ce que j'attribuai à la plus grande difficulté qu'il avait à revenir sur lui après une distension aussi grande, ainsi que je l'ai remarqué dans les cas de grossesse double, et dans le cas où la matrice est énormément distendue soit par le volume, soit par la quantité des eaux. Le neuvième jour, des coliques violentes s'établirent et se régularisèrent comme dans le premier accouchement. Je crus d'abord à la présence de quelques caillots qui allaient être expulsés; mais, à l'examen, je reconnus bientôt une poche amniotique et la présence d'un nouveau fœtus. Les douleurs se rapprochèrent et devinrent plus fortes; et, en moins de deux heures, elles chassèrent un fœtus mort depuis longtemps. Son arrière-faix le suivit de près. Cinq jours après, de nouvelles douleurs utérines se firent sentir, et madame Volaire expulsa un caillot volumineux privé de sa matière colorante, si bien qu'on aurait pu aisément le prendre pour une môle ou pour un corps fibreux. Cette circonstance fit répandre dans la ville le bruit que madame Volaire était accouchée de six enfants. Il ne fut question que de cette nouvelle pendant quelques jours. Madame Volaire a depuis fait cinq enfants, et tous très heureusement et dans des grossesses simples.

Ce fait a quelque analogie avec le précédent. Cependant, il est moins remarquable en ce sens que le troisième enfant qui est resté pouvait fort bien n'être expulsé qu'à une époque éloignée : car on sait que bien souvent dans les doubles parturitions il y a suspension des contractions pendant quelques instants et même pendant quelques heures. Dès lors, il n'y a rien de bien étonnant que cette suspension se soit prolongée plusieurs jours. Toujours est-il qu'il y a eu un intervalle entre un premier accouchement et le second, et que le dernier fœtus n'a pas été expulsé par les contractions qui ont chassé les deux premiers.

Obs. III. — Madame Dartigue devint enceinte pour la troisième fois en 1821. Au mois de juillet, croyant l'être de trois mois environ, elle se donna beaucoup de peine pour mettre en ordre chez elle. Elle éprouva des maux de reins violents, qui bientôt furent accompagnés de véritables douleurs utérines expulsives. Une hémorrhagie abondante eut lieu en même temps, et, au bout de quelques heures, madame Dartigue rendit un œuf entier contenant un fœtus de deux mois à peu près; quelques caillots furent encore rendus. Madame Dartigue parut se rétablir. Cependant, une pesanteur lui restait dans le bassin; de temps en temps aussi une perte rouge légère se faisait remarquer. Six à sept semaines après, une hémorrhagie considérable survint brusquement, des coliques atroces se firent sentir, et au bout de quelques heures fut expulsé un œuf aussi entier que le premier : le fœtus ne paraissait guère plus développé; cependant, il n'avait sur lui aucune altération apparente. Il était impossible de dire depuis quand il avait cessé de vivre.

Je crois devoir assimiler ce fait au premier. Dans l'un et l'autre cas, il y a eu grossesse multiple; dans l'un et l'autre cas aussi, l'un des produits de la conception a été rejeté sans le second. La seule différence qu'il y ait eu, c'est que dans le premier cas la grossesse du second fœtus s'est prolongée jusqu'à terme, et que dans celui-ci elle s'est arrêtée au bout de quelques semaines. Ce qui peut même faire soupçonner que ce fœtus a cessé de vivre à l'époque du premier avortement à cause de son peu de développement; mais cette opinion ne peut être admise si l'on fait attention que son inaltérabilité ne permet pas de supposer qu'il ait pu se conserver ainsi mort pendant six semaines. Il a continué à vivre, mais d'une vie plus faible, plus languissante, de façon qu'il n'a pu se développer que plus lentement, ce que les circonstances de la première parturition expliquent suffisamment. Ainsi, il y a eu deux avortements bien distincts, un pour chaque fœtus. Quoi qu'il en soit, il y a eu intervalle de six semaines au moins entre les deux expulsions; c'est là le fait principal, le fait sur lequel je dois insister.

Obs. IV. — Madame Polo fut prise, le 24 novembre 1844, d'une cysto-péritonite grave, qui, après quinze jours, amena les douleurs d'un accouchement à trois mois de grossesse. Un fœtus fut expulsé et peu après un arrière-faix complet avec ses membranes; le repos acheva de rétablir la santé, qui se soutint pendant trois semaines. De nouvelles douleurs survinrent le 29 décembre. Une perte abondante avait eu lieu, beaucoup de caillots avaient été évacués : je n'y trouvai ni fœtus ni arrière-faix. Au toucher, l'orifice de l'utérus me parut assez ouvert; un corps mou s'y engageait. Je portai mon doigt jusque dans la cavité de la matrice; je circonscrivis ce corps en détachant les points d'adhérence qu'il présentait avec la surface utérine, et je finis par l'amener. Quel ne fut pas mon étonnement lorsque je reconnus un placenta entier avec ses membranes et percé seulement vers sa partie la plus étroite! Sa forme ne présentait rien de particulier. Si je n'avais pas reçu quatre semaines auparavant un œuf entier, j'aurais cru que cette dame se blessait pour la première fois. Tout rentra dans l'ordre, et depuis je n'ai pas eu connaissance que la santé de madame Polo ait été altérée.

Ce fait présente la plus grande analogie avec le précédent. Dans l'un et l'autre cas, il y avait grossesse double. Dans l'un et l'autre cas également, un des deux jumeaux s'est détaché bien avant son terme, et il a été expulsé sans entraîner avec lui son frère utérin. Cependant, il est à présumer que l'avortement du premier jumeau a nui au développement du second, et que c'est lui qui en a causé l'expulsion quelques semaines après. Une légère différence se présente : dans le premier cas, le second fœtus est sorti à l'époque du second avortement; dans celui-ci, il est douteux que les choses se soient passées ainsi. En effet, ce fœtus a pu être chassé lors du premier avortement, et le placenta a pu rester seul avec ses membranes; ou bien il a été expulsé au moment du second avortement, et il s'est perdu avec les caillots sans qu'on en ait pu reconnaître la trace. L'une et l'autre opinions peuvent se soutenir : je pencherais cependant pour la dernière, parce que la cavité de l'œuf restait grande et dans toute son intégrité, à part l'ouverture par où le fœtus avait dû s'échapper; tandis qu'elle aurait beaucoup diminué et presque disparu si le fœtus avait été rendu aussi longtemps d'avance, comme on le voit dans les cas de grossesse simple où l'avortement ne fait expulser l'arrière-faix que douze ou quinze jours après le fœtus. Toujours alors la cavité du placenta s'efface en partie, et cet organe se convertit en une masse charnue presque homogène. Cette circonstance me paraît assez importante pour être signalée avec instance.

Obs. V. — Madame Tr... était enceinte de deux mois environ : c'était une première grossesse. Quelques phénomènes de congestion à la tête s'étaient manifestés le 8 novembre 1845; le 10, une perte légère se montra sans douleur; elle s'arrêta, et reparut à plusieurs reprises jusqu'au 15. Pour la faire cesser, une saignée de 400 grammes fut pratiquée; la perte continua, et le 17 l'avortement eut lieu. Un petit fœtus fut expulsé, et, quelques instants après, un arrière-faix complet. Madame Tr... garda le lit plus de quinze jours. Elle continua à sentir de la pesanteur dans le bassin; la perte ne s'arrêta qu'incomplétement, c'est-à-dire qu'elle s'arrêtait quelques instants pour reprendre peu après. Cependant la santé se rétablissait, et madame Tr... sortait et faisait même d'assez longues courses.

Dans la pensée qu'un caillot ou un cotylédon du placenta pourrait être resté et qu'il pourrait entretenir cet état incertain, je touchai la malade. Le col bien fermé ne me permit pas de constater la présence d'un corps étranger.

Le 8 mars, l'hémorrhagie devint plus forte; cependant il ne fut rendu aucun caillot, et l'utérus fut trouvé encore fermé.

Le rétablissement paraissait presque complet, et je cessai de voir la malade, lorsque, vers le milieu ou la fin d'avril, un de nos confrères estimables me dit que la veille il avait été appelé auprès de madame Tr..., et qu'il avait reçu un placenta sans fœtus. Je lui demandai s'il n'avait pas pris quelque caillot décoloré ou quelque cotylédon pour un arrière-faix. — Je vous le ferai voir, me dit-il, et le lendemain matin il m'apporta effectivement un placenta complet avec sa cavité grandement formée : il l'avait ouverte dans toute son étendue en fendant l'œuf du haut en bas. — Vous voyez bien, me dit-il, que je ne me suis pas trompé. — Eh bien! lui dis-je, il y en avait deux, comme je l'ai déjà vu plusieurs fois.

J'ai su depuis que mon confrère avait été incrédule sur la possibilité de ce double avortement. C'est peut-être la raison qui m'a engagé à recueillir et à présenter les faits que j'ai observés, afin d'appeler l'attention sur ce point ignoré ou oublié par des praticiens aussi éclairés. Je ne parle plus de la malade, elle se rétablit.

Ce fait présente la plus grande ressemblance avec le précédent. Cependant il y a eu un intervalle beaucoup plus grand entre les deux avortements. Dans la première observation, il y a eu quatre semaines seulement; dans la seconde, il y a eu plus de trois mois, peut-être quatre, ce qui aurait donné à la cavité placentaire ou amniotique le temps de s'oblitérer, ou tout au moins de diminuer beaucoup, si elle eût été vide. Aussi je pense que le second fœtus, resté probablement vivant dans cette cavité, l'a maintenue dilatée jusqu'au moment du second avortement, qui l'aura expulsé sans qu'on s'en soit

aperçu. Le développement complet de cette cavité en est une preuve presque certaine. Ainsi, nous avons encore ici une grossesse multiple. Un premier jumeau a causé un premier avortement; un second avortement n'a eu lieu que plus de trois mois après le premier. Le second placenta et ses membranes n'ont pas acquis le développement qu'ils auraient dû avoir à cinq mois, parce que, selon toute apparence, son fœtus était mort, et que, dès lors, ses annexes n'ont pas pu prendre de l'accroissement. C'est au moins ce qui arrive, soit lorsqu'elles restent pendant la mort du fœtus, soit après son expulsion.

Ces faits remarquables pourront paraître extraordinaires, parce qu'ils se présentent rarement dans la pratique, parce que peut-être ils échappent le plus souvent aux recherches, et qu'ils passent alors inaperçus. Il faut bien qu'il en soit ainsi : car la plupart des accoucheurs n'en font aucune mention. Viardet, Dionis, Peu, Deleurye, Levret, Barbaut, Puzos, Stein, Burton, Sue, etc., n'en disent pas un mot. Dans les sept cents observations de Mauriceau, nous n'avons pas pu en trouver une seule de ce genre. Nous n'avons pas été plus heureux dans Lamotte : dans ses mille observations il n'en cite pas une qui s'y rapporte.

Baudelocque en admet la possibilité, à cause de l'isolement des fœtus et de celui de leurs membranes et de leurs placentas; mais il ne cite aucun fait. Les auteurs modernes ne sont guère plus avancés : ou bien, à l'exemple de M. Jacquemier, ils admettent la chose comme un effet de la mort de l'un des deux jumeaux qui sort le premier, mais ils ne citent pas d'exemples qu'ils aient recueillis.

Ne croyons pas cependant que ce silence soit une preuve de l'absence de tout fait de cette nature. La science en possède plusieurs, et, je n'en doute point, elle en posséderait un bien plus grand nombre s'ils n'eussent pas été méconnus.

Dans sa cinquante-neuvième observation, page 205, Amand en cite un exemple fort remarquable : Une dame avait déjà eu deux accouchements prématurés, l'un de trois fœtus et l'autre de deux. Devenue enceinte une troisième fois, elle rendit à trois mois un fœtus, et trois semaines après, on s'aperçut qu'elle en avait un second qui vint à terme.

Smellie en parle au sujet de la superfétation, qu'il rejette. Il attribue l'erreur de ceux qui l'ont admise à l'accouchement prématuré de l'un des jumeaux, le second restant plusieurs semaines ou même plusieurs mois. C'est ainsi qu'il explique les deux faits qu'il en cite dans le second volume, recueil VI, page 99. Des deux femmes qui en font le sujet, la première présente des circonstances si semblables à celles de l'observation citée par Amand, que j'ai douté un moment si ce n'était pas la même; la seconde ne présente que la particularité d'un avortement d'un fœtus de cinq mois mort-né, qui laissa la grossesse du second se conduire jusqu'à terme.

Madame Lachapelle et Dugès ne s'en sont nullement occupés dans leur *Pratique des accouchements :* ils n'en citent aucune observation. Néanmoins, dans une note qui n'a aucun rapport direct avec le sujet, ils rapportent deux faits de ce genre empruntés à d'autres observateurs :

« Une femme de cette ville, disent-ils, a vu un jumeau abortif naître au bout de quatre mois, et l'autre continuer son accroissement dans l'utérus jusqu'au terme ordinaire. M. Désormeaux cite un cas semblable, et plus d'un autre a été rapporté en faveur de la superfétation. » (Tome II, page 333.)

Dans son chapitre sur les fœtus multiples et sur les superfétations, M. Velpeau, à l'imitation de Smellie, combat les superfétations, 1° en attribuant à leur mort anticipée la petitesse des fœtus nés avec d'autres fœtus à terme et plus développés, et il cite ainsi, tome I, page 341, les faits recueillis par Mauriceau, Peu, Burton, Campbell, Alfou, etc.; 2° en regardant la naissance anticipée de quelques fœtus, pendant que les seconds n'ont ensuite été mis au jour qu'à leurs neuf mois, comme des faits de jumeaux dont l'un est expulsé plus ou moins longtemps avant l'autre. Il rapporte à cette manière de voir les faits cités par Zacchias, de la dame Lauretta; celui de la dame Dupuis, de Saint-Germain-en-Laye; celui de la dame Franquet, cité par Desgrange (de Lyon), et par Fodéré; celui de madame Rigaud, et plusieurs autres communiqués par MM. Roxain, Delmas, Pignot, Wendt, etc....

Il n'en a recueilli lui-même aucun qui lui soit personnel. Après avoir ainsi réfuté la validité des faits de superfétation, il n'ose pas cependant la nier absolument. Quelques faits lui paraissent si convaincants qu'il finit par l'admettre, mais seulement dans des cas bien rares.

Je ne pousserai pas plus loin cette longue énumération des auteurs qui ont parlé ou non des fœtus multiples nés ainsi à des époques différentes. En présentant ces recherches, j'ai voulu faire voir que le sujet, pour n'être pas entièrement neuf, n'en est pas moins rare et digne d'attention. Je n'entrerai point dans la discussion soulevée et soutenue par Smellie et M. Velpeau sur la part que peuvent y avoir les superfétations; je me borne à citer les faits que j'ai recueillis et à en tirer les conséquences dont ils sont l'expression fidèle.

Dans les grossesses multiples, un des fœtus peut sortir et laisser l'autre fœtus se développer jusqu'à son terme. (Obs. 1re.) Le second fœtus peut ne pas attendre son entier développement; il peut être expulsé à une époque plus ou moins éloignée du premier; l'observation deuxième nous en fournit un exemple. Enfin, un fœtus et son arrière-faix étant sortis, le second fœtus, ou mort ou sorti sans qu'on l'ait trouvé, parce qu'on a cessé de le chercher dès le moment qu'on en a trouvé un, et son arrière-faix peuvent rester quelques semaines et même quelques mois après l'expulsion du premier, ainsi que nous le voyons dans les trois dernières observations.

Ces faits, ainsi acquis à la science, ont aussi un côté d'utilité : c'est celui de tenir les accoucheurs en garde contre la précipitation avec laquelle on a l'habitude de croire une femme complétement délivrée, aussitôt que, dans un avortement, on a retiré un fœtus et son arrière-faix. La pensée qu'un second fœtus et un second arrière-faix peuvent exister conduira à l'explication des phénomènes et des accidents qui persistent après l'avortement. Toutefois, loin de moi l'intention de pousser trop loin cette particularité. Il faut la connaître pour n'être pas pris en défaut; mais il ne faut pas la généraliser trop, on tomberait dans l'inconvénient, plus grave peut-être, de détourner l'attention de la présence bien autrement fréquente de quelques caillots qui se sont formés et durcis dans la matrice. On ne perdra de vue ni l'une, ni l'autre de ces circonstances; mais on évitera tout extrême, en n'en admettant aucune exclusivement.

Cette manière d'envisager l'avortement dans le cas de grossesse multiple nous fournit l'explication d'un fait assez singulier qui m'a été communiqué par M. Garcin, pharmacien à Brignais, dans la lettre suivante :

« Monsieur le docteur, j'ai l'honneur de vous soumettre un fait de physiologie qui m'a paru nouveau et intéressant. Cette considération m'a fait penser qu'il vous serait agréable. — Je m'occupe actuellement à étudier l'ouvrage de physiologie que vous avez publié dans l'*Encyclopédie des Sciences médicales*. J'ai lu tout l'article *Génération* et ses anomalies. Je n'ai rien vu qui ait rapport avec mon fait; cependant vous relatez avec soin tous les points de génération qui vous ont paru extraordinaires.

» Je fais couvrir une lapine. Elle met bas une portée de sept petits. Elle les allaite pendant trente jours. Le trente et unième elle met bas une seconde portée de six petits à terme et bien formés. Les deux portées sont vivantes et bien portantes.

» Remarquez, Monsieur, que la lapine a été couverte une seule fois, et cependant elle a du même accouplement mis bas deux portées bien distinctes, une de sept, un mois après l'accouplement; et la seconde de six, un mois juste après la première. — De nombreuses réflexions se présentent; il ne me convient nullement de m'y livrer. Votre savoir étendu sur cette matière me fait espérer que vous serez assez bon pour me donner votre opinion sur ce point de physiologie qui me paraît nouveau. Je vais au-devant de l'objection de la superfétation. Je n'ai laissé le mâle et la femelle ensemble que vingt-quatre heures. Je les ai séparés en mettant l'un au grenier et l'autre au jardin. — J'espère, Monsieur, que vous daignerez me donner le résultat de vos observations.

» J'ai l'honneur, etc. GARCIN, pharmacien. »

La lapine n'a été couverte qu'une fois; en conséquence, comme le dit M. Garcin, il ne peut pas y avoir eu superfétation. Ce fait rentre donc en entier dans le cas de nos grossesses multiples. Les deux cornes de la matrice ont été remplies simultanément par leurs produits de la conception. La quantité énorme de petits qu'elles contenaient a sans doute nui au développement de ceux qui étaient dans l'une des deux cornes. Le part a eu lieu pour ceux qui avaient le mieux profité. Ceux qui étaient les moins avancés sont restés, comme dans un de nos avortements. Ils ont achevé de se développer pendant les trente et un jours qui ont suivi le premier part. On ne trouvera pas étonnant qu'ils n'aient pas acquis plus tôt un volume assez considérable pour être expulsés, si l'on fait attention que la mère allaitait ses petits, et que la fluxion laiteuse abondante qui en résultait a dû opérer une puissante révulsion au détriment de la matrice et de ses jeunes hôtes. Ainsi tout s'explique facilement : les deux cornes ont été fécondées à la fois; l'une s'est débarrassée au bout de trente jours, l'autre a conservé ses petits trente et un jours de plus. La direction vitale, concentrée sur un autre point, explique la lenteur du développement de ces derniers.

Peut-être serions-nous en droit de faire l'application de ce fait à beaucoup d'autres faits analogues. On sait que les naturalistes ont signalé la fréquence des superfétations chez les lièvres et les lapins; je ne la nie point. L'existence de deux cornes, ou, si vous voulez, de deux matrices, sert même à la faire admettre chez ces animaux. Ne serait-il pas possible que, dans bien des cas au moins, on eût pris pour des superfétations de simples retards dans la parturition de l'une des deux cornes? Il est, en effet, bien plus difficile de croire à la superfétation. Nous savons qu'une fois la conception achevée chez les animaux, le rut cesse et qu'il n'y a plus d'accouplement. Ce n'est, au reste, qu'une réflexion sur laquelle j'appelle des observations ultérieures.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 juin 1849. — Présidence de M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce avec envoi d'une note de M. de Broutelles, médecin en chef de l'hôpital de Dieppe, sur l'emploi des préparations mercurielles dans le traitement du choléra;

2° Une lettre du même ministre avec envoi de plusieurs documents adressés par M. le docteur Provençal, qui conseille d'inoculer le virus vénérien, comme on inocule la vaccine, pour préserver la population du choléra;

3° Enfin, une troisième lettre du même ministre avec envoi de la recette d'une eau anticholérique, qui n'est autre que l'*eau de la roquette* légèrement modifiée.

— La correspondance manuscrite se compose des communications suivantes :

Changements dans la composition des eaux minérales.

M. Jules Lefort, pharmacien à Vichy, communique une analyse d'une source d'eau minérale située dans l'enclos des Célestins à Vichy. Il résulte de cette analyse que la composition de cette eau aurait notablement changé depuis 1845, époque à laquelle elle fut analysée officiellement par M. O. Henry. M. Lefort a spécialement constaté dans cette eau des traces d'arsénite de chaux.

M. Lefort termine sa note en rappelant divers exemples de changements survenus dans la composition de certaines eaux minérales : ainsi, Berzélius n'a trouvé dans les eaux de Heinbad, à Tœplitz, que des traces des sels qui, trente ans auparavant, les avaient fait ranger parmi les eaux salines les mieux caractérisées.

Le choléra est une peste.

M. le docteur Leulias écrit d'Athènes qu'il considère le choléra comme une véritable peste d'Orient, dont on peut se préserver par les moyens prophylactiques de la peste elle-même.

Traitement des rétentions d'urine.

M. Cazenave, de Bordeaux, correspondant de l'Académie, communique une note sur un moyen de remédier aux rétentions d'urine dans la vessie sans recourir au cathétérisme. Ce moyen consiste à vider le gros intestin, à donner ensuite un quart de lavement froid, et à faire des applications froides autour de la verge, de l'anus, sur l'hypogastre, sur les cuisses, ou mieux encore de placer sur toutes ces régions des vessies contenant des fragments de glace; on peut aussi placer quelques-uns de ces fragments dans le rectum si cet organe parvient à les supporter. M. Cazenave a réussi par ce moyen à combattre des rétentions d'urine complètes ou incomplètes; seulement, il a fallu quelquefois attendre une heure l'effet de ces moyens. (Commissaire : M. Ségalas.)

Cystite chronique.

M. Mordret, chirurgien militaire attaché à l'hôpital de l'île d'Avon, envoie une observation suivie de réflexions sur un cas de cystite chronique. (Commissaires : MM. Bégin et Amussat.)

Traitement du choléra. — Chlorhydrate de morphine.

M. Handvogel, médecin à Paris, signale les bons effets de l'hydrochlorate de morphine administré par la méthode endermique, dans le traitement du choléra. Il fait une petite incision à la région épigastrique, et y applique de 2 à 5 centigrammes de cette substance; les vomissements sont presque aussitôt calmés.

Sulfate de magnésie. — Calomel.

M. A. Jacquard appelle l'attention sur l'emploi du sulfate de magnésie et du calomel seul ou uni à la morphine, dans le traitement de la diarrhée, prodrome du choléra.

Perchlorure d'or et de sodium. — Ipéca.

M. Cazin, de Boulogne-sur-Mer, fait savoir qu'il emploie avec succès depuis l'invasion du choléra, le perchlorure d'or et de sodium contre cette maladie. Dans la cholérine avancée il donne l'ipéca; il maintient et augmente au besoin l'effet de la médication par des frictions de sel d'or et de sodium sur la langue, à la dose d'un centigramme de quart d'heure en quart d'heure ou de demi-heure en demi-heure.

Armures métalliques contre les dangers cholériques.

M. Burg adresse un mémoire étendu sur l'effet de ces armures, dont il a déjà plusieurs fois entretenu les Académies.

Quinquina.

M. Coster réclame la priorité de l'emploi du quinquina dans le traitement du choléra.

Marche du choléra.

M. Toulmouche, de Rennes, transmet des documents sur la marche du choléra dans cette ville. L'épidémie a d'abord fait des progrès assez lents dans le voisinage de la Villaine, et de là a envahi le reste de la ville, frappant de préférence les femmes, surtout celles qui travaillent au bord de l'eau. Les derniers orages ont imprimé une grande énergie à la maladie.

— M. de Guislain signale quelques cas de choléra dans le département du Loiret.

— M. BALLY, membre de l'Académie, donne des détails sur la topographie du hameau des Marinières où se sont passés les faits dont il a entretenu l'Académie dans la dernière séance.

Il annonce que l'isolement des maisons et une bonne ventilation ont contribué à limiter les progrès de la maladie.

— M. LE PRÉSIDENT. J'ai la douleur d'annoncer à l'Académie qu'elle a fait de nouvelles pertes depuis sa dernière séance. MM. Boudet père et Chardel, membres titulaires, ont succombé, le premier, à une attaque de choléra; le second, à une maladie dont il était atteint depuis longtemps. MM. Mojon et Petit, de Corbeil, membres correspondants, ont succombé tous les deux aux atteintes de l'épidémie.

— M. BOUVIER. L'administration ayant pris le parti de publier officiellement les chiffres qui indiquent la marche de l'épidémie, les renseignements officieux que je donnais à l'Académie ne me paraissent plus avoir grande importance. Je me bornerai donc aujourd'hui à constater la recrudescence considérable que nous avons éprouvée, et la diminution qui s'est heureusement manifestée depuis deux jours. Cette recrudescence a donné à l'épidémie actuelle une physionomie comparable, mais en sens inverse, à celle de 1832; seulement, dans l'épidémie actuelle, la queue est venue avant la tête, tandis que le contraire a existé en 1832. Les chiffres les moins élevés d'alors correspondent aux chiffres les plus élevés d'aujourd'hui.

M. GAULTIER DE CLAUBRY. Je pense qu'il ne sera pas tout à fait sans intérêt pour l'Académie de connaître quelques détails sur les quartiers plus particulièrement atteints par l'épidémie. Le douzième arrondissement est celui qui a le plus souffert jusqu'à ce jour. Mais, chose singulière, ce n'est point dans les rues obscures, sales et mal aérées, dans celles qui vont, par exemple, de la rue Saint-Victor à l'École polytechnique, que la maladie s'est montrée fréquente; c'est dans les environs du Jardin-des-Plantes et la rue Poliveau, quartiers parfaitement aérés.

La maladie a, du reste, diminué depuis deux jours, au point que dans des bureaux de secours où l'on a donné dimanche des soins à 61 cholériques, on n'en a encore vu qu'un aujourd'hui, et que dans un autre où l'on en avait soigné 200, on n'en a reçu que 67.

M. Cornac donne quelques détails sur les 95 cas qui ont eu lieu à l'hôtel des Invalides. Il fait remarquer que l'épidémie ne paraît pas être en voie de décroissance dans cet établissement.

M. Roux. J'écoute toujours avec beaucoup d'intérêt les rapprochements ingénieux de notre spirituel confrère M. Bouvier; mais je ne pense pas que les comparaisons qu'il établit entre la tête et la queue de l'épidémie de 1832, la tête et la queue de celle de 1849, soient fondées; l'épidémie de 1832 a sa physionomie propre; celle de 1849 a la sienne aussi; mais voilà tout, encore faut-il attendre, pour bien connaître cette dernière, que l'épidémie ait cessé complétement. Je ne puis non plus voir une recrudescence dans l'augmentation du nombre des cholériques qui a eu lieu ces jours derniers. L'épidémie n'avait point cessé, c'est donc une de ces fluctuations qui peuvent s'observer plus d'une fois dans le cours d'une épidémie; mais ce n'est pas là une recrudescence.

M. Martin-Solon. Je ne puis que confirmer la diminution du nombre des cas déjà signalée par mes collègues; mais j'insisterai sur ce fait, qu'à l'Hôtel-Dieu, qui peut maintenant être considéré comme un véritable hôpital de cholériques, le petit nombre de malades qui se trouvent dans ce foyer d'épidémie ne sont nullement atteints, et ne se trouvent pas le moins du monde plus mal. On peut voir par ce fait, comme par tant d'autres, quelle est l'influence de la contagion.

M. Gibert confirme pour l'hôpital Saint-Louis la diminution annoncée. Rien, dit-il, dans ce que nous avons annoncé à l'hôpital n'a pu nous faire penser un instant à la contagion; mais l'infection nous a paru évidente. Chaque fois qu'il entrait beaucoup de malades du dehors, il s'en développait aussi davantage au dedans.

M. Rochoux. Il n'y a dans le choléra ni contagion, ni même cette infection que suppose M. Gibert. L'infection, comme par exemple celle des marais, frappe tous ceux qui s'exposent à respirer l'air infecté. Mais dans le choléra, l'air ambiant n'éprouve aucune altération susceptible de nuire à ceux qui approchent les malades. Vous en avez la preuve dans ce que M. Gaultier vous a dit du quartier St-Marceau, où une portion fort encombrée de cette localité est presque exempte du mal, tandis qu'une autre portion parfaitement aérée fournit un très grand nombre de malades. Les faits rapportés par M. Martin-Solon parlent dans le même sens, en montrant que, malgré le très grand nombre de cholériques admis à l'Hôtel-Dieu, on ne voit pas que le petit nombre d'autres malades qui restent au milieu d'eux souffrent le moins du monde de ce voisinage. Enfin, les observations de M. Gibert lui-même n'appuient en aucune façon l'opinion en faveur de laquelle il les a invoquées; car, si on a vu quelques cholériques se montrer dans ses salles, au moment où la recrudescence de ces derniers jours amenait à Saint-Louis beaucoup de malades du dehors, on doit trouver tout naturel que l'influence épidémique se soit fait sentir dans les salles de notre collègue en même temps qu'ailleurs, et cela, sans avoir besoin de recourir à la supposition d'une infection dont les faits les mieux constatés démontrent la non-existence.

M. Devilliers. Je ne puis confirmer tout à fait les détails donnés par M. Gaultier de Claubry sur les rues principalement affectées; ainsi, dans celles qui vont de la rue Saint-Victor à l'Ecole polytechnique, j'ai eu, contrairement à ce qu'a avancé notre collègue, à constater un très grand nombre de décès. J'ajoute que dans les maisons de ces rues, où l'on trouve constamment sept à huit personnes entassées autour des cholériques et des cadavres de cholériques, je n'ai pas encore constaté un seul fait qui puisse me porter à croire à la contagion.

Je terminerai en donnant la formule d'une médication qui m'a constamment réussi pour arrêter la diarrhée prodromique.

Pr. Diascordium............. 8 grammes.
Sous-nitrate de bismuth.... 4 —
Faites 36 pilules.

On en prend une toutes les demi-heures ou toutes les heures, si la diarrhée n'est pas très abondante. A la dixième pilule, la diarrhée est presque toujours suspendue.

M. Collineau répète qu'à Saint-Lazare, où la population est si nombreuse, il n'a pas vu un seul cas qui ait pu le faire même penser à la contagion.

M. Guibourt croit devoir rappeler qu'un excellent moyen contre la diarrhée, c'est le laudanum de Sydenham. (Rires.)

— M. Capuron lit deux rapports, l'un sur un instrument présenté par madame Coquillard, et sur lequel le rapporteur propose de passer à l'ordre du jour; l'autre, sur un mémoire de toxicologie de M. le docteur Miquel (d'Amboise). Ce dernier rapport, favorable à l'auteur, conclut à lui adresser des remercîments, et à déposer son travail aux archives de l'Académie. Toutes ces conclusions sont adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Bureaux de secours.

Nous recevons de notre honoré confrère, M. le Dr Payen, la lettre suivante, sur un sujet qui mérite d'être sérieusement médité, et qui aurait dû l'être davantage par l'administration, avant l'organisation très défectueuse des bureaux de secours qu'on vient d'établir.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA *Gazette des Hôpitaux*.

Très honoré confrère,

L'intensité croissante de l'épidémie a décidé l'administration à établir des bureaux de secours. Je vous demande la permission de discuter cette résolution, principalement au point de vue médical.

Comme en 1832, les maires se borneront-ils à faire savoir à chaque médecin de la ville qu'il sera appelé à tour de rôle à faire un service au poste médical de son quartier? S'il devait en être ainsi, je crois que ces établissements ne rendront pas les services qu'on serait en droit d'en attendre, et ce qui s'est passé en 1832 confirme pleinement mon assertion. J'ajoute que disposer ainsi des médecins sans les consulter, sans s'informer s'ils peuvent accepter une charge semblable, ce serait une grande inconvenance.

On a dit, et on répète souvent, que les médecins *doivent leurs services à tous*. Je n'hésite pas à dire que rien n'est plus faux. Les médecins accordent leurs services, ils les ont toujours accordés à tous ceux qui en avaient besoin, ils les accorderont toujours, leur passé répond de l'avenir; mais ils ne les doivent pas, et c'est bien le moins qu'on leur laisse le mérite de leur libéralité, de leur désintéressement, de leur spontanéité. S'il est à cet égard une obligation pour le médecin, elle est dans sa conscience, dans son cœur; mais elle n'est formulée nulle part. Dans l'état actuel de la profession, elle ne peut pas l'être. Nul n'a le droit de disposer d'autorité de notre temps, de notre science, *Tempus meum*, *ager meus*, comme dit Scaliger.

Il y a eu des lois qui obligeaient les médecins à payer patente; il en existe qui lui imposent le service de la garde nationale; mais je n'en connais pas qui l'obligent à *marcher toujours et pour tous*.

Ce principe posé, je demande s'il est juste, s'il est prudent d'exiger de chaque médecin indistinctement un service comme celui des bureaux de secours. Un praticien d'un certain âge qui s'est créé une position médicale a, dans l'état ordinaire, tout son temps employé par sa clientèle, et chacun de nous sait combien il lui est difficile de se livrer à quelques travaux de cabinet; or, en temps d'épidémie les exigences d'une clientèle sont doublées, quadruplées, et, en se renfermant dans ce cercle, un médecin placé comme je l'ai supposé peut à peine y suffire; comment donc pourra-t-il accepter cette fonction nouvelle que les mairies vont lui imposer! Si, pour ne pas refuser son concours, il tente d'ajouter ce supplément à ses occupations habituelles, il manquera à d'autres obligations plus impérieuses. Pour satisfaire à un sentiment de bienfaisance vague, indéfini, subordonné aux conditions de possibilité, il manquera au devoir strict, étroit, que chacun de nous a contracté vis à vis des familles qui depuis quinze ans, vingt ans, nous ont accordé leur confiance, et qui ont le droit de compter sur nous.

Ces médecins rempliront donc imparfaitement leurs fonctions nouvelles. D'ailleurs sera-t-il possible de compter sur les médecins déjà chargés d'un service public, les hôpitaux, les bureaux de charité, les prisons? Je conclus donc qu'il n'est pas raisonnable de demander à la généralité des praticiens un service comme celui des bureaux de secours; je soutiens qu'un grand nombre sera dans l'impossibilité matérielle de le faire, et que beaucoup ont le droit et peut-être le devoir de le refuser.

Est-ce à dire que les bonnes intentions de l'administration ne pourraient pas se réaliser? c'est-à-dire que les médecins déserteraient le jour où ils seraient le plus utiles, qu'ils fuiraient la fatigue, les sacrifices, et peut-être le danger? Non, mille fois non! et je ne ferai pas à notre profession l'injure de rappeler ce qu'elle a fait dans les temps de calamités publiques, quoique trop souvent le souvenir n'ait pas survécu au bienfait; mais je pense que, si on avait consulté le plus grand nombre des intéressés, on serait arrivé à trouver un moyen meilleur que celui auquel on s'est arrêté.

Quant à moi, je voudrais qu'on établît autant de bureaux de secours que l'administration jugera nécessaire, et qu'on ouvrît dans chaque mairie un registre pour recevoir la déclaration des médecins qui s'engageraient volontairement à les desservir. Nul doute que dans une ville comme Paris il ne se trouvât un nombre suffisant de médecins inoccupés ou peu employés, ou doués d'un immense zèle, pour satisfaire complétement à ce service. Ces médecins, en se consacrant plusieurs heures chaque jour exclusivement aux bureaux de secours, y apporteraient tout leur temps, tous leurs soins, et pourraient ensuite prendre le repos nécessaire, jusqu'au moment où le roulement du service les appellerait de nouveau. Il est entendu que dans ma pensée ces médecins recevraient une indemnité suffisante et honorable pour subvenir aux sacrifices extraordinaires qui leur seraient imposés. A ce mot d'indemnité, je vois les rigoristes de notre profession froncer le sourcil et rejeter bien loin ce salaire, qu'ils regarderaient comme une injure.

Mais nous sommes dans les réalités de la vie, gardons-nous d'en sortir, pour rester dans la limite du possible. Les médecins des hôpitaux, des hospices, des établissements publics, des dispensaires sont-ils moins honorés et moins honorables parce qu'ils reçoivent une rémunération qui est loin d'être en rapport avec leurs services, et qui, par tout le monde, n'est considérée que comme une indemnité? Un médecin en mission ne reçoit-il pas une indemnité? N'y a-t-il pas dans ce dernier cas une identité parfaite?

Le principe me paraît donc inattaquable. Quant à la nécessité de la mesure, elle n'a pas besoin d'être démontrée.

En résumé:

Je dis qu'*il est injuste de demander à tous les médecins leur concours; qu'on ne l'obtiendra pas aussi complétement que cela serait nécessaire; qu'il est facile d'assurer le service des bureaux de secours par un petit nombre de médecins engagés volontairement.*

Malheureusement, quand un homme propose un projet, on lui prête toujours quelques motifs intéressés; je suis donc obligé de dire ici combien je suis hors de cause. Si j'avais été en santé, j'aurais probablement accepté ce service sans réclamation, comme je l'ai fait en 1832, presqu'au moment où ce surcroît de fatigue aidant, j'ai été frappé du choléra, dont l'atteinte meurtrière n'est point encore effacée aujourd'hui.

Mais il y a un mois j'ai été de nouveau atteint d'une attaque violente, et il est permis d'espérer que le fléau aura perdu son intensité avant que l'incapacité dont il me frappe soit dissipée. Je suis donc complétement désintéressé dans la question du moment, et cette circonstance pourra peut-être, à défaut d'autre, donner quelque autorité à l'opinion que j'ai produite.

Je voudrais, mon très honoré confrère, que vous crussiez ma lettre digne de recevoir la publicité de votre journal.

Agréez, etc. Dr Payen.

Chaillot, 10 juin 1849.

M. Lebon, chirurgien-major à l'hôpital de Thionville, est désigné pour celui de Montmédy.

M. Pujade-Anjon, chirurgien-major de la garde républicaine, est désigné pour le 27e de ligne.

— M. de Rotschild vient de mettre à la disposition de M. le préfet de la Seine une somme de 10,000 fr. D'après l'intention du donateur, cette somme est destinée à venir au secours des familles des victimes du choléra.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 16 JUIN 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 70.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
É[illegible]ER. . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 15 JUIN 1849.

Marche du choléra.

Une nouvelle et très notable amélioration s'est manifestée depuis deux jours dans la marche de l'épidémie. Le chiffre des entrées dans les hôpitaux et hospices civils, qui avait été de 280 le 11, et de 219 le 12, a encore diminué beaucoup hier et avant-hier, et a offert les chiffres suivants :

Journée du 13 juin.........	175 entrées,	115 décès.
— 14	134 —	112
Total.............	309	227

Dans les hôpitaux militaires, qui avaient subi d'une manière aussi cruelle que le reste de la population la recrudescence de l'épidémie, la diminution a été au moins aussi marquée que dans les hôpitaux civils. Ainsi, au Val-de-Grâce, où le chiffre des entrées s'est élevé jusqu'à 65; il est descendu à 28 avant-hier, et à 18 hier. Le Gros-Caillou a éprouvé une diminution analogue.

Enfin on commence à constater dans la mortalité de la ville les heureux effets du ralentissement de l'épidémie. Le chiffre des décès à domicile donné par le *Moniteur,* et qui se trouve en retard de deux jours sur celui des hôpitaux, a subi le décroissement rapide qui suit :

Journée du 11 juin.....................	382
— 12	268
— 13 (1)	167
Total.....................	817
Total des décès dans les hôpitaux..........	5728
Total des décès à domicile.........	7770
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie.	13498

On se rappelle que les journées du 9 et du 10 avaient donné les chiffres 464 et 477; le chiffre du 13 offre donc une diminution de près des deux tiers sur celui du 10.

En résumé, nous voilà revenus à une mortalité qui n'offre plus rien d'alarmant, et qui permet d'espérer la disparition prochaine de l'épidémie.

HOSPICES.	NOMBRE DE CAS.	DÉCÈS.	SORTIES.
Salpêtrière...............	1591	1141	243
Bicêtre................	355	192	29
Ménages...............	106	65	22
Incurables (hommes)......	43	40	4
Incurables (femmes)......	21	16	4
Larochefoucauld.........	5	3	»
Sainte-Périne..........	11	6	3
HÔPITAUX CIVILS.			
Hôtel-Dieu.............	1852	817	712
Charité...............	681	406	204
Pitié................	932	469	290
Saint-Louis............	1058	509	323
Beaujon..............	604	300	184
Necker..............	311	155	121
Enfants-Malades.........	133	62	50
Saint-Antoine...........	249	142	68
Cochin..............	165	76	74
Sainte-Marguerite.........	214	111	66
Bon-Secours............	239	116	44
Cliniques.............	43	30	8
Maison d'accouchement....	3	1	»
Hôpital du Midi.........	2	1	1
Lourcine............	98	51	13
Maison de Santé.........	183	71	41
	8899	4780	2464
Report,	8899	4780	2464
HÔPITAUX MILITAIRES.			
Invalides...............	109	70	18
Val-de-Grâce...........	926	249	421
Gros-Caillou............	874	314	456
Hôpital militaire du Roule..	480	238	154
Hôpital milit. Popincourt..	142	77	»
Total,	11430	5728	3563

(1) Chiffre non encore tout à fait officiel, mais très approximatif.

Influence des rues étroites sur le développement de l'épidémie.

Le *Journal des Débats,* sortant aujourd'hui de sa réserve habituelle, déplore les ravages que le choléra a faits dans les rues étroites du douzième arrondissement, et regrette de voir une agglomération considérable d'habitants dans un aussi petit espace que celui compris entre les rues des Lyonnais, de Lourcine, Mouffetard, Saint-Médard et Saint-Jacques.

Personne assurément ne désire plus que nous de voir toutes ces masures étroites, qui servent encore à loger une grande partie de la population, remplacées par des habitations plus commodes, plus aérées, plus salubres. Mais ce n'est point à propos du choléra que ces désirs doivent être plus particulièrement exprimés, attendu que les conditions où se trouve la population de ces quartiers, très fâcheuse à certains égards, n'a pourtant aucune influence sur le développement de l'épidémie. Nous aimons d'autant plus à insister sur cette vérité, que la propagation de l'erreur contraire pourrait avoir de graves inconvénients.

Le choléra est-il, oui ou non, à Versailles?

Telle est la seule question qu'on pouvait se poser après les quelques lignes dans lesquelles nous nous bornions à annoncer, dans notre numéro du 5 juin, et d'après une correspondance qui n'avait encore pu vérifier tous ces faits, que le choléra régnait à Corbeil et à Versailles avec une *assez grande intensité.*

Pour Corbeil, les faits n'ont que trop confirmé l'exactitude de notre correspondance. Pour Versailles, au contraire, nous avons reçu ou lu quelques correspondances qui infirmaient jusqu'à un certain point l'exactitude de la nôtre. Malheureusement ces correspondances elles-mêmes, quoique émanant d'hommes qui pouvaient être parfaitement informés, ne brillaient pas non plus par une exactitude à l'abri de tout reproche. Dans les courtes remarques que nous avons ajoutées à la lettre, fort mesurée d'ailleurs, de M. le maire de Versailles, nous avons signalé quelques faits que M. le maire, ainsi que notre honorable confrère, paraissait ignorer. Nous allons en signaler aujourd'hui quelques autres que paraît ignorer également M. Lamperierre.

Rappelons-nous d'abord que nous n'avons nullement dit que la ville de Versailles était *ravagée* ni même *fort maltraitée*, comme on nous le fait dire, mais bien que, d'après notre correspondance, l'épidémie y sévissait avec une assez grande intensité.

Or, de la lettre de M. Lamperierre il résulte qu'au moment où cette lettre a été écrite (elle est datée du 9), 24 cas existaient déjà dans la ville; ajoutez à ces 24 cas, 20 à 22 cholériques traités à l'hôpital militaire, et qui tous n'avaient point, comme on l'a dit, contracté la maladie à Paris, et vous aurez de quoi justifier suffisamment, il nous semble, l'expression dont nous nous sommes servi.

Mais nous répéterons en outre que ce nombre n'est pas pas encore le nombre des cholériques qui ont eu lieu à Versailles. Si M. le maire et notre honorable contradicteur veulent bien nous envoyer un état contenant le nom et l'adresse de tous les cholériques dont ils font mention dans leur correspondance, nous nous engageons à ajouter quelques unités au total de leur addition.

Maintenant, quant à la cause qui a pu déterminer l'apparition de la maladie, ce n'est pas là ce que nous voulons discuter en ce moment; et, à propos d'un fait spécial, nous avons déjà agité, résolu cette question d'une manière générale. Nous y reviendrons, s'il est nécessaire, lorsque la discussion se reproduira sur cette question dans quelque corps savant, mais non pas à propos d'un s[illegible]tait qui ne peut rien prouver isolément.

La seule chose qu'il fût utile de discuter au point de vue étiologique de la maladie, c'était de savoir si l'immunité qui avait signalé d'une manière si remarquable, en 1832, la ville de Versailles, se reproduisait en 1849. Voilà la seule question vraiment importante au point de vue pratique. Eh bien, cette immunité n'existe pas; voilà ce que nous avons voulu établir, ce que nous avons établi, et ce qui ne serait sans doute pas encore connu, ce qui ne l'aurait peut-être jamais été sans l'initiative de notre honorable correspondant.

Sulfate de quinine contre le choléra.

M. le docteur Gillet de Grandmont nous communique cinq cas de choléra très grave guéris par un traitement dont le sulfate de quinine fait la base. L'un de ces cas a été observé sur son propre fils, jeune homme de vingt-deux ans, affecté déjà d'une dysenterie chronique contractée aux Antilles. Notre confrère conseille de diriger le traitement de la manière suivante :

Au début, mixtion du docteur Lebatard (nous en avons donné hier la formule), moins l'acétate d'ammoniaque, que M. Gillet a supprimé, quelques malades ne pouvant le supporter.

Dès que la réaction se manifeste, quart de lavement avec 65 centigrammes de sulfate de quinine et 20 gouttes de laudanum. Le même lavement est répété le lendemain à la même heure. Trois ou quatre suffisent ordinairement. Quand le malade ne garde pas le premier, il faut, bien entendu, en administrer un second et même un troisième.

Nouveau cas d'hydrophobie.

On a conduit avant-hier à l'hôpital un honnête ouvrier âgé de quarante ans, qui présentait les premiers symptômes de l'hydrophobie rabique. Malgré les soins les plus assidus, ces symptômes ont pris le développement habituel et se sont terminés d'une manière fatale. Ce malheureux, qui laisse après lui une femme et cinq jeunes enfants, avait été mordu, il y a quelques semaines, par un chien errant.

Nous ne saurions trop répéter ce que nous avons été dans l'obligation de rappeler si souvent : les règlements de police concernant la circulation des chiens sur la voie publique sont fort mal exécutés. A chaque pas on rencontre dans les rues, sur les routes, à la promenade, des chiens errants non muselés, et qui, d'un moment à l'autre, peuvent être pris de la rage et causer des dommages irréparables. Nous espérons que l'autorité entendra enfin notre voix, et qu'elle appliquera à l'état de choses existant un remède qui est aussi facile et aussi efficace que le mal est lui-même grave.

Des personnes auraient, dit-on, demandé à un autre journal d'où pouvaient provenir les différences qui existent quelquefois entre les chiffres que nous donnons et ceux qu'il publie lui-même; à quoi le journal a répondu tout simplement que nous donnions des chiffres inexacts, et que lui seul se piquait d'une rigoureuse exactitude. Si les personnes en question et le journal lui-même avaient tenu beaucoup à connaître l'exacte vérité, ils se seraient facilement convaincus que la grande différence qui existe entre les chiffres des deux journaux tient, en grande partie, à une erreur typographique très facile à reconnaître de notre côté, et en très faible partie à une erreur réelle dans quelques-uns des chiffres de nos critiques, à qui il en est arrivé plusieurs que nous n'avons jamais relevées, parce que nous savons parfaitement qu'elles sont inévitables dans un travail comme celui que nous faisons chaque jour.

Revue clinique hebdomadaire.

Sulfate de quinine dans l'hystérie. — L'administration du sulfate de quinine n'est pas nouvelle dans l'hystérie, non plus que dans toutes les affections nerveuses; on peut même dire que, dans l'hystérie en particulier, il a existé une époque où le quinquina était plus employé qu'aujourd'hui. Dans ces affections, le quinquina était employé lorsque les accès ou les douleurs affectaient un type plus ou moins complétement intermittent. Les nombreux insuccès de ce médicament dans

l'hystérie l'ont fait presque tomber en oubli ; c'est afin de rappeler un peu l'attention sur lui que nous croyons devoir faire connaître en quelques mots le résultat extrêmement avantageux qu'il a eu chez une malade couchée encore aujourd'hui au n° 27 de la salle Saint-Landry de l'Hôtel-Dieu, service de M. Louis.

Cette femme, âgée de trente-cinq ans, est hystérique depuis un grand nombre d'années; les accès qu'elle éprouve n'ont rien de régulier, soit quant à leur intensité, soit quant aux époques de leur apparition. La malade est assez bien portante d'ailleurs et convenablement réglée.

Il y avait assez longtemps qu'elle n'avait point éprouvé d'accès, lorsqu'à propos d'émotions morales vives, qu'elle a éprouvées il y a quelques semaines, il en survint de très violents qui se répétaient plusieurs fois par jour, mais à des heures indéterminées. Elle entra promptement à l'hôpital, où on lui administra d'abord sans le moindre succès des calmants, des antispasmodiques, des révulsifs, etc. Quelques jours après l'emploi de ces moyens, on eut recours au sulfate de quinine à doses modérées; dès la première dose, les accès diminuèrent d'intensité, et le troisième jour ils avaient complétement cessé; la malade continua encore pendant quelques jours l'usage du médicament; depuis plus d'une semaine qu'elle l'a suspendu, aucune récidive n'a encore eu lieu.

Malgré le succès très concluant que l'on a obtenu dans ce cas, nous ne voulons nullement en inférer qu'on trouvera dans le quinquina un spécifique contre l'hystérie, ni même que les succès analogues seront fréquents. Mais nous voulons insister sur le tort qu'on a trop souvent de laisser dans l'oubli des médicaments qui ont de bons résultats dans quelques cas, ces cas fussent-ils extrêmement rares. Il est bien entendu qu'il ne se peut agir ici que de médicaments qui, comme le quinquina et beaucoup d'autres, n'offrent par eux-mêmes aucun inconvénient. Si, au contraire, il s'agissait de moyens violents et surtout dangereux, de remèdes en un mot qui sont presque toujours pires que le mal, nous serions loin de blâmer la juste proscription de ces moyens, et nous la conseillerions même dans tous les cas où la gravité de la maladie ne justifie pas toute espèce de thérapeutique. Mais, comme le quinquina n'est pas un de ces moyens, nous croyons qu'on devra y recourir dans tous les cas analogues au précédent avant d'employer des moyens plus énergiques ou d'un emploi plus difficile.

Du seigle ergoté à haute dose dans les hémorrhagies utérines. — On est bien revenu aujourd'hui de l'opinion qui voyait dans l'ergot de seigle un poison d'une intensité assez prononcée pour qu'il ne fût pas sans danger d'en prescrire au delà de 40 à 80 grains dans les vingt-quatre heures. Toutefois, nous avons reçu de notre laborieux confrère M. Abeille deux observations qui tendent à prouver que l'innocuité de l'ergot est bien plus grande encore qu'on ne le croit généralement. Jusqu'à présent, les doses auxquelles on a administré le seigle ergoté ne s'élèvent guère au delà de 4 grammes (80 grains). Dans quelques cas très rares, on a porté cette dose jusqu'à 160 grains (8 grammes); mais on n'a point persisté dans l'administration d'une pareille dose. M. Abeille l'a portée à 20 grammes sans inconvénients. Voici le résumé d'une des deux observations qu'il nous transmet à cet égard dans une intéressante communication :

Madame Vaulthier, ouvrière en crayons, à Givet, est une femme de trente ans, n'ayant jamais eu de grossesse. Elle est de petite taille, maigre, très pâle. Toute sa physionomie porte l'empreinte d'une profonde débilité; elle n'a pourtant pas toujours été ainsi. Il y a cinq ans encore elle était robuste; mais, atteinte d'une fluxion de poitrine à cette époque, elle subit un traitement qui ne comporta pas moins de sept saignées du bras coup sur coup, et quatre applications de sangsues. Une convalescence interminable succéda à cette médication, et la pauvreté ne contribua pas peu à l'entretenir.

A la suite de cette maladie, madame Vaulthier fut aménorrhéique deux ans durant; puis les règles reparurent, et avec elles une métrorrhagie qui ne persista pas moins de trois mois et qui la mit à deux doigts de sa perte. La malade était encore fille quand elle essuya cette première perte. Six mois après elle se maria; sa constitution parut alors s'améliorer un peu, parce qu'elle fut retirée de son état de misère. La première année de son mariage la menstruation fut régulière, quoique toujours fort abondante pendant une huitaine de jours chaque fois, et définitivement, pour s'être réparée un peu, elle n'en resta pas moins dans un état de faiblesse prononcée.

Dans le courant de novembre dernier, à la suite de ses règles, elle fut atteinte pour la deuxième fois d'une métrorrhagie prolongée. Un autre confrère lui donnait des soins; mais au bout d'un mois les choses en étaient au même état, quoique le tamponnement eût été employé souvent et longtemps. Ce fut alors pour la première fois que je fus appelé auprès de la malade. Après avoir exploré l'utérus du doigt et de l'œil, je restai convaincu que cette perte de sang était le résultat d'une altération de ce liquide. Il y avait du danger; j'établis la compression de l'aorte abdominale; je fis administrer de petits lavements froids, et fis exercer des irrigations froides continues sur le ventre. L'hémorrhagie céda promptement.

En février, le même accident se renouvela, et cette fois les moyens qui m'avaient réussi précédemment restèrent sans succès.

La compression de l'aorte ventrale, exercée par moi-même, ne suspendit l'écoulement du sang que le temps qu'elle dura, environ deux heures et demie à trois heures, encore s'aperçoit-on toujours d'un petit suintement; mais à peine cessée, l'hémorrhagie reparut comme avant. La malade était à bout, et il était pressant d'en finir avec cette métrorrhagie. Les fréquentes syncopes, les éblouissements, les tintements d'oreilles, une pâleur cadavérique, un pouls filiforme, tels étaient les signes peu rassurants que nous offrait la malade. J'étais tenté de recourir à la transfusion, n'ayant aucun penchant pour le seigle ergoté, qui, me disait madame Vaulthier, n'avait produit aucun bon résultat quand mon autre confrère l'avait employé. Pourtant, comme dernier essai, j'en prescrivis 10 grammes dans les vingt-quatre heures. Sous son influence, l'écoulement parut diminuer un peu. La même dose fut renouvelée le lendemain, et obtint un résultat analogue. Mais la position de la malade me faisant craindre la portée de quelques gouttes seulement, je portai hardiment la dose de l'ergot à 20 grammes dans les vingt-quatre heures.

Cette fois, tout suintement sanguin disparut; mais il survint de nombreuses défaillances, des vomissements presque continuels, qu'il me fallut combattre par les narcotiques. Sous l'influence de cette dose d'ergot, la malade avait ressenti des coliques hypogastriques violentes, avec sensation d'un corps en mouvement perpétuel. Cette métrorrhagie n'avait pas duré moins de trois semaines. J'aurais voulu analyser le sang de cette femme; mais je fus arrêté dans mon projet de lui pratiquer une petite saignée par la considération publique.

Le 25 avril, madame Vaulthier commençait à travailler à un ouvrage peu fatigant, lorsque les règles apparurent pour la deuxième fois et furent suivies d'une perte pareille à la précédente; cette fois, je pratiquai une petite saignée et j'analysai le sang, dont je donne plus bas le résultat.

Le seigle ergoté fut administré par lavement à la dose de vingt grammes. Deux lavements en deux jours produisirent un effet merveilleux et spontané; l'hémorrhagie fut enrayée, et la malade n'éprouva aucun accident du côté de l'estomac.

Tous les malades auxquels on administrerait une dose aussi forte d'ergot la supporteraient-ils avec la même immunité? On en peut douter; il serait prudent peut-être d'en douter. Cependant, on ne saurait disconvenir que la tentative faite par M. Abeille ne donne à l'avenir plus d'assurance aux praticiens, lorsque ceux-ci se trouveront en face d'hémorrhagies rebelles à tous les moyens, même à des doses ordinaires de seigle ergoté. Avec une attentive surveillance, le praticien pourra toujours empêcher les accidents, s'ils venaient à se manifester, de prendre un développement trop considérable, en suspendant l'usage du médicament.

Une autre question s'élève en présence du résultat obtenu par M. Abeille: le seigle ergoté employé par ce praticien jouissait-il de toutes les propriétés qu'il offre dans son état d'intégrité? Les traités de matière médicale insistent beaucoup, on le sait, sur la facilité avec laquelle s'altère l'ergot, sur les différences d'action qu'il offre suivant le temps depuis lequel il a été préparé, etc. Nous savons maintenant, par expérience, qu'on a beaucoup exagéré la facilité et l'importance de ces altérations, et nous sommes disposé à croire que rien de semblable n'a existé pour le médicament employé par M. Abeille. Toutefois, c'est un renseignement que l'observateur ne manquera sans doute pas d'ajouter à son intéressante communication.

De la composition du sang dans certaines hémorrhagies. — Ce n'est point à la particularité précédente que se borne la communication de M. Abeille. Ce praticien, après avoir rappelé que les auteurs qui ont fait des analyses du sang ont cru observer une relation de cause à effet entre la diminution de la fibrine et les hémorrhagies en général, et avoir annoncé que ses propres recherches confirment une semblable opinion, dit que cette opinion n'est point tout à fait vraie en ce qui concerne les hémorrhagies utérines. Il croit que ces dernières peuvent être produites sans diminution considérable de la fibrine, par d'autres altérations du sang que, du reste, il ne cherche point à déterminer. L'analyse du sang de la malade dont nous avons rapporté l'observation, et celle du sang d'une seconde malade qui avait plutôt des règles surabondantes que de véritables hémorrhagies, ont confirmé M. Abeille dans son opinion. Voici, suivant l'auteur, les résultats fournis par les deux analyses.

Sur 1000 parties de sang, on a trouvé :

1° Chez la malade dont nous avons rapporté l'observation,

Fibrine	1, 4
Globules	78,82
Eau	806,54
Albumine	104,50
Sels inorganiques	9,» »
	999,90

2° Chez la seconde malade,

Fibrine	0,78
Globules	78,51
Eau	765,19
Albumine	145,67
Sels inorganiques	8,64
	998,79

Nous sommes parfaitement de l'avis de M. Abeille lorsqu'il dit que les altérations du sang qui ne consistent pas dans une diminution de fibrine peuvent, sinon produire les hémorrhagies, au moins coïncider avec elles. L'expérience clinique, qui ne concorde pas toujours d'une manière parfaite avec les théories physiques ou chimiques des expérimentateurs, nous semble l'avoir démontré plus d'une fois; mais nous devons dire que les observations de M. Abeille, en admettant, comme nous le faisons, que ses analyses aient été faites avec toute la précision désirable, viendraient plutôt appuyer que contredire les opinions des iatro-chimistes.

Un sang qui sur 1,000 parties ne contient que 1,4 de fibrine est déjà très pauvre; et celui qui n'en contient que 0,78 peut passer pour un sang excessivement pauvre, tellement pauvre même, que nous ne nous rappelons pas en ce moment une seule analyse où le chiffre de la fibrine soit descendu aussi bas; ce chiffre, dans les observations qui nous sont connues, a toujours été de 1 au moins, et c'est pour cela que nous craignons quelque erreur d'analyse dans les observations de notre honorable confrère.

Quoi qu'il en soit, ces observations n'en sont pas moins dignes d'attirer l'attention des praticiens, et prouvent que les analyses du sang ont encore besoin d'être répétées bien des fois avant qu'on ne puisse fixer définitivement l'importance qu'elles doivent tenir dans la science.

Influence du choléra sur certaines affections, en particulier sur les hydropisies. — Nous avons déjà entretenu nos lecteurs d'un fait curieux observé dans le service de M. Martin-Solon, où une anasarque causée par une affection organique du cœur avait entièrement disparu en quarante-huit heures sous l'influence de la diarrhée cholérique. Deux faits semblables ont été observés dans le service de M. le professeur Cruveilhier à la Charité.

L'un des malades, qui se trouve encore à l'hôpital, est un homme de quarante-cinq ans, couché au n° 9 de la salle Sainte-Vierge, domestique, et qui éprouvait depuis environ cinq ans des étouffements et des palpitations, surtout quand il montait les escaliers ou qu'il marchait un peu vite. Néanmoins, il avait continué son service jusqu'au commencement de mai dernier, seulement avec quelque peine dans les derniers mois.

Au commencement de mai, il commença à voir ses membres inférieurs s'enfler; l'enflure gagna successivement l'abdomen, les membres supérieurs et devint assez considérable pour engager le malade à entrer à l'hôpital.

La veille du jour de son entrée, c'est-à-dire le 11 mai, il fut pris d'une diarrhée très abondante, et il vit son enflure diminuer successivement à mesure que la diarrhée continuait.

Le jour de son entrée à l'hôpital, la diarrhée se transforma en choléra caractérisé. Ce jour-là, on constata l'existence d'une maladie du cœur, palpitations, impulsion à la région précordiale, étouffements; la diarrhée continua avec plus d'intensité que la veille; les vomissements s'y ajoutèrent. La diminution de l'infiltration suivit les progrès de la diarrhée et des vomissements, et le troisième jour de l'entrée à l'hôpital, l'ascite, l'œdème pulmonaire et l'infiltration du tissu cellulaire avaient complétement cessé.

Le choléra présenta un caractère assez grave, et suivit la marche ordinaire de cette affection lorsqu'elle tend vers une terminaison heureuse.

Aujourd'hui, après trois semaines de convalescence, non-seulement l'infiltration n'a pas reparu, mais encore les symptômes d'étouffement, les palpitations, ont presque entièrement cessé. Le malade est en quelque sorte étonné du bien-être dans lequel il se trouve.

A la région précordiale il y a toujours un peu d'impulsion, un peu de bruit de souffle au premier temps, et dans la plus grande partie du premier silence; la pointe du cœur bat dans le quatrième espace intercostal, et ne paraît pas avoir en largeur des dimensions anormales. Il n'y a, d'après cet examen, que des lésions organiques assez peu prononcées.

Peut-on espérer que dans ce cas, comme dans celui observé dans le service de M. Martin-Solon, l'amélioration observée persistera ou retardera du moins la marche de la maladie? C'est ce que l'on ne pourrait guère espérer *à priori*, et ce que l'expérience ne permet pas d'espérer non plus.

En effet, dans un second cas observé également dans le service de M. Cruveilhier et dans lequel l'hydropisie (dépendant d'une maladie du cœur) avait disparu avec la même rapidité que dans le cas dont nous venons de rapporter l'observation, ce symptôme se reproduisit huit jours après que la convalescence fut établie, et avec l'hydropisie les étouffements et les palpitations. Mais dans ce cas on observa encore un fait digne d'être noté : la digitale, qui avant l'attaque du choléra n'avait eu aucune influence heureuse sur les symptômes de l'affection cardiaque, les fit disparaître avec rapidité après que cette attaque eut été subie par le malade. Il est sans doute probable que l'action de la digitale sera momentanée comme celle du choléra elle-même; mais c'est toujours un fait digne de remarque que cette influence du médicament après le choléra, tandis qu'auparavant il s'était montré parfaitement inactif.

Dans les deux cas précédents, ainsi que dans celui que nous avons observé dans le service de M. Martin-Solon, il s'agissait de malades affectés de maladies chroniques produites par des altérations anatomiques chroniques elles-mêmes, et par conséquent peu susceptibles d'éprouver des modifications radicales sous l'influence d'une cause passagère.

Mais il était à espérer qu'il n'en serait pas de même dans une maladie aiguë, si toutefois dans une telle maladie l'affection épidémique pouvait avoir une action *aiguë*, qu'on nous passe le mot, aussi efficace que les précédentes. Ce que l'on pouvait espérer a eu lieu effectivement, et voici dans quelles circonstances.

Le 22 mai, est entrée dans le service de femmes de M. Cruveilhier une femme âgée de vingt-neuf ans, affectée d'un rhumatisme poly-articulaire compliqué de péricardite. Cette maladie avait commencé vers le 10 mai, et avait nécessité que la malade s'alitât dès le 15 de ce même mois; son état s'aggrava promptement, au point de l'engager à demander son admission dans l'hôpital.

Quelques jours (le troisième ou le quatrième) après son entrée, elle fut prise d'une attaque de choléra assez grave, mais qui, de même que celle du malade dont nous avons parlé ci-dessus, se termina d'une manière favorable.

Pendant la durée de l'affection cholérique, les phénomènes rhumatismaux cessèrent d'attirer l'attention; mais une fois la convalescence établie, on voulut les examiner de nouveau. Tous avaient disparu. Les articulations n'étaient ni gonflées, ni douloureuses; les mouvements étaient faciles; les bruits anormaux du cœur avaient disparu ainsi que la douleur à la région précordiale, la légère voussure et la matité qui existaient dans cette région; en un mot, il n'existait plus aucune trace de rhumatisme cardiaque ou articulaire.

Depuis que la convalescence de l'affection cholérique s'est manifestée, aucun symptôme de rhumatisme n'a récidivé. Il s'est développé seulement un érysipèle de la face qui a suivi

les phases ordinaires de cette affection et s'est terminé d'une manière heureuse.

L'état de la malade est aujourd'hui très satisfaisant, et tout fait espérer que son érysipèle sera le dernier de cette série de symptômes morbides plus ou moins graves qui se sont succédé chez cette malheureuse femme, et dont elle a néanmoins triomphé.

HOPITAL RICHMOND (DE DUBLIN). — M. Hutton.

Deux cas d'anévrismes traités avec succès par la compression, à l'aide du nouvel instrument du docteur Carte. — Remarques sur le traitement des anévrismes par la compression.

La Société chirurgicale d'Irlande a reçu dans les dernières séances du mois d'avril des communications importantes relativement au traitement des anévrismes par la compression.

La première de ces communications a été faite par M. Tufnell, qui, à propos d'une observation d'anévrisme poplité guéri en trois mois par la compression combinée avec les saignées et les purgatifs, a examiné et réfuté toutes les objections qu'on a adressées à cette méthode.

Parmi les objections qu'il adresse lui-même à la ligature, la principale ressort, selon M. Tufnell, des résultats suivants, consignés dans le travail de M. le docteur Crisp sur 206 cas d'anévrismes fémoraux et poplités, dont l'histoire se trouve dans ce travail; 185 ont été opérés par la méthode d'Anel (ligature en dessus de la tumeur), parmi lesquels on en trouve :

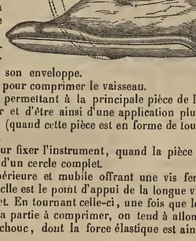
33 morts des suites de l'opération ;
10 guéris après avoir subi l'amputation consécutive ;
3 guéris après gangrène du sac;
1 guéri après gangrène des orteils;
1 guéri après gangrène des téguments.

Total, 48

Ainsi, dit M. Tufnell, dans le quart des cas traités par la ligature, les malades succombent ou sont estropiés pour le reste de leur vie.

Quant au malade que M. Tufnell traitait, c'était un homme de vingt sept ans, bien constitué, mais dont la santé était affaiblie depuis quelque temps, et dont l'origine de la maladie remontait à quatre mois. L'anévrisme, au moment du traitement, avait trois pouces et demi sur trois pouces anglais de diamètre. Le traitement fut commencé le 5 novembre 1848 par une saignée de 12 onces, et l'administration d'un purgatif drastique. Ce dernier fut répété plusieurs fois pendant la suite du traitement. La compression fut pratiquée par l'instrument de Read appliqué sur l'artère crurale, au niveau de l'aine, et par le tourniquet de Savigny appliqué sur la même artère. Après plusieurs suspensions de cette compression, nécessitée par la manifestation de douleurs assez vives, et après quelques applications de l'instrument de M. Carte, dont il va être question, le malade fut guéri au bout de trois mois, et put reprendre son métier de scieur de long le 10 février 1849, et a pu le continuer depuis sans souffrir ni éprouver de récidive, au moins jusqu'au 14 avril.

La seconde communication a été faite par M. le docteur Carle, qui a présenté à la Société l'instrument dont nous donnons ici le dessin.



AA. Bandes de caoutchouc maintenues à leurs parties supérieure et inférieure par des lames d'ivoire.

B. Sphère traversée librement par une longue vis mâle se terminant dans un coussinet D propre à comprimer le vaisseau, et cercle métallique propre à maintenir cette sphère.

C. Vis de pression pour fixer la sphère dans son enveloppe.

D. Coussinet pour comprimer le vaisseau.

E. Charnière permettant à la principale pièce de l'instrument de s'ouvrir et d'être ainsi d'une application plus facile et plus prompte (quand cette pièce est en forme de tourniquet en demi-cercle).

F. Agrafe pour fixer l'instrument, quand la pièce principale est formée d'un cercle complet.

G. Lame supérieure et mobile offrant une vis femelle à son centre, laquelle est le point d'appui de la longue vis mâle unie au coussinet. En tournant celle-ci, une fois que le coussinet porte sur la partie à comprimer, on tend à allonger les bandes de caoutchouc, dont la force élastique est ainsi mise en action et repousse le coussinet contre le vaisseau à comprimer.

Le grand avantage de l'instrument de M. Carle est, suivant l'auteur, de substituer à une force *inflexible* une force élastique qui s'accommode à tous les mouvements des parties comprimées, sans cesser d'agir ou sans produire une pression trop violente, comme le font les autres appareils, suivant les positions diverses que prennent les malades.

Sans vouloir juger définitivement les avantages de l'appareil du docteur Carte, nous croyons devoir rapporter textuellement les deux faits suivants, dont on ne saurait contester l'importance pratique.

Observations des deux cas guéris à l'hôpital Richmond au moyen de l'instrument du docteur Carte; par Edward Hutton, M.-D.

Obs. I. — James Collins, âgé de trente-quatre ans, garçon de ferme, fut admis à l'hôpital de Richmond le 22 juillet 1848 pour un anévrisme de l'artère brachiale gauche. Il raconta que, deux mois avant, il avait été saigné au bras gauche par un chirurgien de campagne pour une douleur de poitrine. Il remarqua alors que le sang avait jailli à une grande distance et était d'un rouge éclatant; on eut beaucoup de peine à l'arrêter, et l'on serra extrêmement le bandage. Au bout de trois jours, Collins l'enleva, et trouva la piqûre cicatrisée; mais il observa au-dessous une petite tumeur offrant des pulsations. Cependant il retourna à son travail, et le continua pendant un mois environ ; à cette époque, il fut obligé de le quitter, à cause d'une douleur et d'une grande faiblesse dans le bras. Depuis quelques jours, la tumeur avait commencé à grossir et à battre fortement. Il n'avait essayé d'aucun traitement avant son admission à l'hôpital : la tumeur était alors aussi grosse qu'un œuf de jeune poule, et présentait les caractères ordinaires de l'anévrisme. Lorsque l'on exerçait une pression sur l'artère brachiale au-dessus de la tumeur, celle-ci perdait ses pulsations, sa tension, et cédait en partie à la pression ; mais elle ne disparaissait pas entièrement, ce qui indiquait la présence de sang coagulé dans le sac. La peau qui la recouvrait avait son épaisseur et sa couleur naturelles. Les artères radiale et cubitale battaient séparément au poignet.

Dès l'entrée du malade à l'hôpital, on commença le traitement par la compression. On fit d'abord usage de la bande ou compresseur à vis, et quoique la pression ne fût appliquée que de temps en temps sur différents points du trajet de l'artère, et qu'elle fût réglée de façon à arrêter seulement les pulsations, le malade ne put la supporter qu'une seule fois pendant quatre heures de suite. Après avoir employé le compresseur à vis à différentes reprises pendant douze jours avec très peu d'effet sur la tumeur, cet instrument fut laissé de côté, et l'on eut recours à celui du docteur Carte; alors le malade se plaignit beaucoup moins de la compression, et put la supporter pendant six heures consécutives. Au bout de ce temps, toute pulsation avait cessé et ne reparut jamais. La tumeur anévrismale ne commença pourtant à diminuer de volume ou à augmenter de solidité qu'environ quinze jours après. Le malade resta à l'hôpital jusqu'au 19 septembre ; alors la tumeur était très dure et d'un quart plus petite. Aussitôt qu'il eut quitté l'hôpital, il retourna à son travail et put s'occuper activement de la moisson. En mars 1849, j'ai appris du docteur Harkan d'Elphin, et plus tard du malade lui-même, que la tumeur était très petite, solide, qu'il n'en ressentait aucune gêne et qu'il avait le plein usage de son bras.

Obs. II. — Philippe Dignam, âgé de trente-deux ans, vint le 3 janvier 1849 nous demander nos conseils pour un anévrisme de l'artère poplitée gauche. La tumeur avait à peu près la grosseur d'un œuf de poule et était située dans la partie inférieure de l'espace poplité. Elle battait fortement et présentait tous les caractères habituels de l'anévrisme. Lorsque l'artère fémorale était comprimée, la tumeur devenait flasque et se vidait en grande partie, mais il y restait quelque chose de solide. Le malade nous dit qu'environ six mois avant il avait ressenti une douleur aiguë dans le jarret, mais seulement accidentelle et qui ne l'avait pas empêché de vaquer à ses occupations habituelles. Deux mois avant de venir nous consulter, il avait aperçu pour la première fois une tumeur qui était douloureuse, qui présentait des pulsations et qui était accompagnée d'engourdissement et de faiblesse dans la jambe. La tumeur arriva peu à peu à la grosseur ci-dessus mentionnée. La santé générale était bonne et le malade n'avait gardé la chambre qu'un jour ou deux avant de venir nous trouver.

Le 3 janvier, j'appliquai l'appareil compresseur du docteur Carte. Le malade fut averti de la nature de sa maladie et de l'alternative qui l'attendait si le mode de compression ne réussissait pas : on lui expliqua le moyen de s'en servir et on l'engagea à faire tous ses efforts pour supporter la compression pendant six ou sept heures et même plus s'il le pouvait. Il désirait vivement éviter l'opération et entreprit sur-le-champ ce traitement.

Le jour suivant, le 4 janvier, les pulsations de la tumeur avaient cessé. Le malade nous dit qu'il avait supporté la compression pendant sept heures et demie de suite; que pendant tout ce temps les pulsations avaient disparu, et qu'elles n'avaient plus reparu après la levée de l'appareil. La température de la jambe et du pied ne paraissait pas différer sensiblement de celle du membre supérieur, mais le thermomètre n'a pas été appliqué. Il était difficile de bien discerner des pulsations dans les artères tibiales de la jambe droite et cela était impossible pour la jambe gauche. Nous ordonnâmes un repos complet et une diète modérée.

Au bout d'une semaine, des pulsations sourdes se firent ressentir sans dilatation de la tumeur, mais comme si l'artère poplitée était perméable vers sa base. Nous appliquâmes encore une fois pendant trois heures l'instrument du docteur Carte, après quoi ces pulsations ne furent plus ressenties. Deux artères étaient dessinées sur la surface de la tumeur, l'une à peu près de la dimension de l'artère temporale et l'autre plus petite. La guérison fit alors d'heureux progrès : la tumeur devint très dure et diminua de volume, et, après moins de quatre semaines de traitement, le malade retourna à son travail, qui l'obligeait à porter des fardeaux pesants. Je l'ai vu depuis cette époque, et, lorsque j'ai examiné la tumeur pour la dernière fois, elle était à peu près grosse comme une noix et très consistante. Les pulsations de l'artère fémorale pouvaient être discernées à environ deux pouces de la tumeur, mais le malade ne ressentait aucun malaise dans la jambe et était de fait complétement guéri.

Remarques de l'auteur. — L'application par le docteur Carte d'une force élastique dans la compression des artères promet d'apporter un grand adoucissement aux souffrances causées par cette compression, et détruit par conséquent la seule objection plausible que l'on pût adresser à ce mode de traitement des anévrismes.

Dans la première des deux observations que nous venons de rapporter, le malade était très sensible à la douleur et n'eut pas le courage nécessaire pour supporter la compression par le compresseur à vis pendant le temps voulu ; tandis qu'il put endurer la compression par la force élastique pendant six heures sans déplacer l'instrument, et ces six heures suffirent pour sa guérison.

Dans la seconde observation, la compression fut supportée pendant sept heures et demie sans relâche, ce qui, j'en suis persuadé, n'aurait pas pu avoir lieu avec le compresseur à vis.

Je crois donc que, dans le traitement des anévrismes, une compression complète et soutenue pendant un temps plus ou moins long sera désormais indiquée dans bien des circonstances. (*Dublin medical Press.*)

CHIMIE PATHOLOGICO-PHYSIOLOGIQUE.

De la composition des sels du sang et de leurs rapports avec la formation des calculs vésicaux.

M. Verdeit a lu à la Société de biologie la note suivante, sur un sujet éminemment digne de fixer l'attention des pathologistes, et même des praticiens.

Un point de la physiologie qui n'avait pas encore été abordé, était de savoir quelle influence pouvait avoir la nourriture sur la composition des sels du sang, quelle était la différence entre le sang des herbivores et des carnivores, et la composition du sang de l'homme suivant les régimes auxquels il était soumis. Il était évident que cette question, une fois éclaircie, aiderait à expliquer certains phénomènes, particulièrement sur l'état de l'urine et sur la formation des calculs vésicaux. Je soumis donc à l'analyse du sang de bœuf, de mouton, pour les herbivores, du sang de cochon soumis à une nourriture mélangée, du sang de veau, du sang de chien nourri de viande, puis du sang de chien nourri de pommes de terre et de pain, et enfin du sang d'homme.

Le résultat de mes analyses a été que, par la nourriture, par le régime, on pouvait changer la nature du sang ; que les animaux nourris exclusivement de viande avaient, au bout de peu de temps, un sang dont les cendres contenaient une très grande quantité d'acide phosphorique combiné à des alcalis, et que les carbonates disparaissaient ; tandis que les animaux nourris de végétaux avaient un sang contenant une grande quantité de carbonates alcalins et peu de phosphates.

Ceci me semble une question d'une haute importance ; en effet, si l'on admet que, dans une machine si parfaite que l'organisme animal, chaque partie doit avoir sa signification, il faut bien admettre aussi que des différences si énormes, si palpables dans la composition du sang, doivent avoir une grande importance dans les fonctions de la vie.

Voyons d'abord ce qui se passe dans les deux espèces de régime, le régime animal et le régime végétal.

Si l'on brûle un morceau de viande, si on le réduit en cendres, on trouvera que ce résidu contient une masse d'acide phosphorique combiné à des alcalis, et qu'il n'y a pas trace de carbonates alcalins. Les analyses que j'ai faites des cendres du sang d'un chien nourri pendant dix-huit jours uniquement de viande m'ont démontré que la quantité d'acide phosphorique combinée à des alcalis s'élevait au chiffre considérable de 12, 75 p. 100. Le même chien, nourri pendant quinze jours avec du pain et des pommes de terre, avait un sang qui ne contenait plus que 9 p. 100 de phosphates alcalins. Si j'avais pu nourrir le même animal uniquement de végétaux, son sang n'aurait plus contenu qu'une très petite quantité de phosphates alcalins, 2 ou 3 p. 100, comme le sang de bœuf et de mouton.

Chez les herbivores, c'est le contraire : la proportion des carbonates alcalins est très forte, et il n'y a que très peu de phosphates.

Il faut donc admettre qu'avec la nourriture seule on peut faire éprouver des changements notables au sang. Ceci est d'autant plus important que ces changements ne peuvent avoir lieu que par la nourriture, et que les sels, les carbonates, par exemple, ne rempliront pas le même rôle. En effet, si on continue à manger de la viande, la quantité de phosphate ne variera pas, et il ne sera nullement neutralisé par les sels qu'on pourrait faire prendre au malade; ensuite, l'acide carbonique qu'on voudrait introduire sous la forme de bicarbonate ne remplira pas du tout le même rôle que l'acide carbonique qui se forme dans le sang par les végétaux et les acides végétaux. En effet, les bicarbonates seront bientôt décomposés par les acides qui se trouvent dans l'estomac. L'acide carbonique qui ne ressort pas immédiatement se dissout dans les liquides ambiants, arrive dans le sang et en ressort par la respiration ; aussi est-ce une erreur de croire qu'on forme des carbonates dans le sang lorsqu'on en fait prendre sous forme de sels inorganiques. Cet acide carbonique ne joue aucun rôle dans le sang ; c'est déjà une excrétion ; il reste dissous jusqu'à ce qu'il sorte par la respiration. Il n'en est pas de même de l'acide carbonique, qui se forme des végétaux ou des acides végétaux ; ceux-ci subissent dans le sang une vraie combustion, et qui produit de l'acide carbonique combiné avec des alcalis ; cet acide carbonique est organisé pour ainsi dire, il ne quitte plus l'alcali avec lequel il est combiné, et c'est sous cette forme seulement qu'il peut avoir de l'influence sur la composition du sang.

Mais c'est surtout sur la formation des calculs vésicaux que la

nourriture aura une immense influence. En effet, de quoi sont composés les calculs chez l'homme? le plus souvent d'acide urique, d'urates et de phosphates. Voyons comment ils se forment : l'acide urique est très peu soluble dans l'eau, et encore moins dans l'urine acide; sitôt qu'il s'en sécrète une plus grande quantité, il devient insoluble; c'est ce qu'on remarque chez les personnes qui ont pris beaucoup de mouvement, qui ont beaucoup marché ou beaucoup dansé : le lendemain leur urine laisse un dépôt qui n'est autre chose que de l'acide urique qui était en excès. Imaginez une origine de pierre, avec quelle facilité n'augmentera-t-elle pas, entourée d'un liquide sursaturé d'acide urique! L'acide urique est plus soluble dans l'urine un peu alcaline, jamais ces dépôts d'acide urique ne peuvent se former dans une urine alcaline. La cause de l'acidité de l'urine n'est autre que l'acide phosphorique qui provient de la nourriture animale, ou du pain, ou des pois, des lentilles, etc. Aussi un sujet qui aura une disposition calculeuse devrait-il être immédiatement mis au régime végétal, manger très peu de pain, ou du pain contenant peu de gluten, point de pois, de lentilles, de fèves qui contiennent beaucoup de phosphate; en un mot, il faudra faire disparaître l'acidité de son urine et la rendre alcaline. L'acide urique pourra rester dissous, et si il y a déjà un calcul de formé, ses progrès s'arrêteront. Ce régime sera bon pour tous les calculs, car il n'en existe pas chez l'homme qui ne contiennent des urates, et beaucoup sont formés en grande partie de phosphates. Il est connu que rien n'est plus facile que de rendre l'urine alcaline, en se nourrissant de légumes, de fruits, de pommes de terre, de substances amidonnées, d'un peu de riz. L'urine, chez l'homme, n'est pas plus normale lorsqu'elle est acide que lorsqu'elle est neutre ou alcaline; tout dépend de la nourriture, et elle est normale dans tous les cas.

Je crois que c'est une question qui mérite d'occuper les praticiens, et qui peut arriver à une solution en combinant les observations chimiques avec les observations pathologiques.

CORRESPONDANCE.

Rôle de la rate dans les fièvres intermittentes.

Paris, 9 juin 1849.

Monsieur et très honoré confrère,

Permettez-moi, je vous prie, cette courte réponse à l'article que M. Piorry a fait insérer dans votre numéro d'aujourd'hui à l'occasion du rapport *approbateur* que M. Bousquet vient de faire à l'Académie sur mon Mémoire relatif aux fièvres intermittentes de la Sologne.

M. Piorry persiste à faire servir à la réfutation de cette opinion, que je soutiens plus que jamais, que *la rate n'est pas le point de départ de la fièvre intermittente paludéenne*, sept ou huit malades qui se sont présentés dans son service, venant de Sologne, avec des intumescences de la rate. Je persiste à soutenir, moi, que ces malades sont des récidivistes qui n'ont été renvoyés à Paris de mon service que parce qu'il m'était démontré que leur guérison était impossible en Sologne. Il n'est dès lors pas étonnant que la rate ait été trouvée chez eux plus volumineuse qu'à l'état normal. Si M. Piorry avait donné les noms des cinq malades dont il rapporte les observations, je lui aurais très certainement prouvé qu'ils avaient eu quatre, cinq et même six fois la fièvre; car c'est dans ce cas que je les renvoyais à Paris, et que je leur donnais une lettre de recommandation pour MM. les médecins du Bureau central.

Quant à cette conséquence que M. Piorry croit pouvoir tirer de ces sept ou huit malades, à savoir: que, « si dans les autres hôpitaux il était advenu un tel nombre de gens traités par moi, j'en aurais radicalement guéri une bien petite proportion », j'y réponds par des chiffres, sans m'arrêter à faire remarquer que la Pitié devait nécessairement recevoir plus de mes malades, d'abord parce que beaucoup d'entre eux appartenaient au 12e arrondissement, ensuite parce que je leur désignais moi-même cet hôpital, sachant qu'ils seraient de la part de M. Piorry le sujet d'une attention toute particulière, qui ne pouvait que tourner à leur profit.

Or, pendant les deux mois qui précédèrent mon arrivée en Sologne, on avait perdu 9 hommes sur 400 malades environ qui avaient été soignés. Pendant les deux premiers mois de mon séjour (septembre et octobre), sur un nombre bien supérieur de malades, je n'en ai perdu que 7; et dans les six mois et demi pendant lesquels le service a été régulièrement organisé, sur un nombre de malades qui n'a pas été de moins de 1,000, je n'ai eu à regretter que la perte de 11 hommes : de telle sorte que sur 1,500 malades que j'ai eu à soigner pendant les huit mois et demi de mon séjour en Sologne, et dont rarement plus de 100 à 140 se trouvaient affectés à la fois, je n'en ai perdu que 18.

J'ai l'honneur d'être, etc. Le Dr Lachaise.

Traitement du choléra.

Sirop et acide acétiques.

Dans une seconde note publiée par M. Lebatard, ce praticien continue à se louer de l'administration du sirop acétique, qu'il donne à la dose de 40 à 50 grammes, auquel il associe, suivant les indications, de 10 à 20 grammes de sirop diacode, 32 grammes de sirop d'écorces d'orange, et 6 grammes d'acétate d'ammoniaque. Ce mélange sert à sucrer une infusion de fleurs de sureau qu'on prescrit comme tisane. Cette médication a paru arrêter les vomissements et la diarrhée, et faciliter la réaction.

D'autres praticiens recommandables nous ont dit être parvenus à arrêter les vomissements tout à coup et comme par enchantement, en faisant avaler aux malades une cuillerée à bouche de vinaigre pur. Cette médication, beaucoup plus énergique que la précédente, nous paraît plus appropriée à la gravité de la maladie.

Nouvelles du choléra.

La recrudescence que l'épidémie a éprouvée la semaine dernière a obligé l'administration des hôpitaux militaires à diviser en trois le service de M. Michel Lévy, qui devenait trop nombreux pour un seul chef de service.

Le 9 juin, jour de la séparation, on a constaté que M. Michel Lévy avait reçu et traité 686 cholériques, dont 190 avaient succombé, 331 étaient sortis guéris, et 165 étaient en traitement.

— Huit décès causés par le choléra ont été inscrits à l'état civil de Tours dans la journée du 11. Le 12, aucun décès n'avait été encore déclaré à quatre heures du soir.

— Une amélioration sensible s'est manifestée depuis trois jours dans le nombre des cholériques de la ville d'Amiens, et surtout du faubourg de Ham, qui avait été particulièrement frappé.

— La même amélioration s'est fait remarquer à Abbeville.

— Au Mans, on n'avait constaté, le 11 juin, que sept décès cholériques. Depuis cette époque le fléau semble s'être concentré dans quelques rues étroites et peuplées d'habitants peu aisés, où il n'a heureusement fait qu'un très petit nombre de victimes.

— Dans les journées du 11 et du 12, le choléra a fait des progrès à Louviers et dans les environs. Jusqu'à présent il a sévi presque exclusivement le long de la rivière. Les quartiers élevés n'ont pas encore été atteints.

— Le bureau sanitaire a fait insérer dans la *Gazette de Londres* un avis portant que le choléra a reparu dans diverses localités très éloignées l'une de l'autre d'Angleterre, du pays de Galles et de l'Ecosse. Depuis la fin de mars, le choléra a éclaté dans douze quartiers de la capitale, dans vingt-sept villes d'Angleterre et du pays de Galles et dans dix-sept villes d'Ecosse. Dans plusieurs de ces localités, le fléau a continué de faire des progrès. Les médecins déclarent que les attaques durant les douze premiers jours de juin ont dépassé le nombre de celles qui avaient eu lieu pendant les deux mois précédents.

— Le choléra a éclaté avec une violence effrayante dans la partie occidentale de Dublin. Il y a eu dans la journée du 12 plus de 60 cas, dont la moitié ont été mortels.

— On écrit de Bruxelles 12 juin :

M. le ministre de l'intérieur a fait un appel au dévouement des élèves des Facultés de médecine des Universités qui voudraient accepter la mission d'aller seconder dans le Hainaut les hommes de l'art qui prêtent leurs soins aux malades atteints de l'épidémie régnante. Six élèves de médecine de l'Université de Gand ont déjà répondu à cet appel et se sont mis à la disposition de M. le gouverneur du Hainaut.

NOUVELLES.

Les élèves du Val-de-Grâce, appelés par l'autorité à constater les décès en remplacement de plusieurs médecins civils qui ont succombé, viennent de décider que la somme qu'ils percevront pour les visites serait exclusivement consacrée au soulagement des pauvres.

— M. Sergent, chirurgien-major au 14e d'artillerie, est désigné pour passer au 5e d'artillerie.

M. Corbière, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Perpignan, est désigné pour les ambulances de l'Algérie.

M. Janin, chirurgien sous-aide à l'hôpital de l'île d'Oléron, est désigné pour l'hôpital de Perpignan.

M. Parron, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital de Perpignan.

M. Fontaine, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Perpignan, est désigné pour l'hôpital de l'île d'Oléron.

— Epidémies. — On se rappelle les effroyables ravages du typhus en 1847 et 1848 dans la Silésie méridionale. La Silésie supérieure ou septentrionale est en ce moment visitée par le même fléau; mais cette fois-ci le gouvernement prussien a déployé plus d'activité et de prévoyance que la première. Toutes les portions du pays envahies ont été divisées en districts médicaux, et chacun des médecins ou chirurgiens résidant dans la localité a été chargé de la surintendance médicale de ces districts. Le gouvernement a décidé en outre que vingt-six médecins seraient envoyés de Berlin en Silésie pour aider leurs confrères. Or veut-on savoir combien il s'est présenté de médecins pour remplir ces rudes et peu fructueuses missions? Ni plus, ni moins que trois cents. Certes cela prouve en faveur du zèle de la profession médicale à Berlin; mais cela ne témoigne-t-il pas aussi de la position peu fortunée de nos confrères berlinois?...

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 19 JUIN 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 71.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 18 JUIN 1849.

Marche du choléra.

Nous voilà enfin revenus aux meilleurs jours, ou à peu de chose près, que nous ayons eus depuis que l'épidémie a fait invasion dans la capitale. Le chiffre des nouveaux cas admis dans les hôpitaux et hospices civils, qui était descendu à 134 pendant la journée de jeudi dernier, a présenté les chiffres suivants pendant les trois derniers jours :

Journée du 15 juin	114 entrées,	95 décès.
— 16	86 —	72
— 17	80 —	77
Total	280	244

Les hôpitaux militaires ont subi une décroissance tout à fait proportionnelle.

Enfin les décès à domicile indiquent que toute la cité a participé aux avantages de la décroissance qui a été constatée dans les hôpitaux. Le *Moniteur* n'a pas publié aujourd'hui le chiffre des décès du 15 ; mais les journées du 13 et du 14 ont fourni une mortalité qui prouve suffisamment la diminution de l'épidémie. Il est inutile sans doute de faire remarquer que, si celle diminution n'est pas proportionnelle à celle des hôpitaux, c'est que le *Moniteur* se trouve en retard de deux jours dans sa publication.

Journée du 13 juin	264
— 14	220
Total	484
Total des décès dans les hôpitaux	5990
Total des décès à domicile	8254
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie	14244

Ces chiffres ne peuvent que nous donner une nouvelle confiance dans les prévisions que nous avons de voir l'épidémie s'éteindre prochainement.

Hospices.	Nombre de cas.	Décès.	Sorties.
Salpêtrière	1638	1183	245
Bicêtre	376	202	»
Ménages	113	112	27
Incurables (hommes)	44	41	»
Incurables (femmes)	43	40	4
Larochefoucauld	5	3	»
Sainte-Périne	11	6	3
Hôpitaux civils.			
Hôtel-Dieu	1891	855	780
Charité	695	422	217
Pitié	979	509	318
Saint-Louis	1084	533	367
Beaujon	621	314	200
Necker	322	162	129
Enfants-Malades	135	67	57
Saint-Antoine	257	148	75
Cochin	170	79	76
Sainte-Marguerite	218	115	71
Bon-Secours	248	126	48
Cliniques	48	35	»
Maison d'accouchement	3	1	»
Hôpital du Midi	1	»	»
Lourcine	105	58	19
Maison de Santé	192	75	56
Hôpitaux militaires.			
Invalides	109	70	18
Val-de-Grâce	967	264	483
Gros-Caillou	480	238	154
Hôpital militaire du Roule	491	241	165
Hôpital milit. Popincourt	142	77	»
Total,	11662	5990	3866

Visite du président de la République aux hôpitaux.

Nous empruntons au *Moniteur* les détails suivants :

« Le président de la République a visité aujourd'hui les principaux hôpitaux de Paris, l'Hôtel-Dieu, le Val-de-Grâce et la Salpêtrière, ceux que la terrible épidémie qui désole en ce moment la capitale a le plus cruellement frappés.

» A l'Hôtel-Dieu, il a été reçu par MM. les directeur et administrateur de l'hospice, ainsi que par les médecins chefs des différents services et par les sœurs de l'ordre de Saint-Augustin, qui desservent cet établissement avec un zèle, un dévouement, une abnégation si louables. Il a parcouru toutes les salles occupées par les cholériques, et a félicité le directeur et les médecins de ce vaste établissement pour les soins si intelligents qu'ils ne cessent de prodiguer aux malades et pour le dévouement si méritoire dont ils ont donné tant de preuves depuis le commencement de l'épidémie.

» A son arrivée à la Salpêtrière, où le fléau a fait de si tristes ravages, le président a été reçu avec empressement. Tout le personnel de cet hospice s'était porté à sa rencontre : directeurs, médecins, sœurs de charité, etc. Il les a remerciés au nom du peuple et au nom de tous les malheureux pour les soins si touchants et si dévoués qu'ils ont prodigués à tant de misères, pour l'abnégation si admirable qu'ils ont montrée dans ces tristes et pénibles journées, où le chiffre des victimes s'est élevé jusqu'à 1,100 dans ce seul établissement. Il a exprimé le regret de ne pouvoir remercier lui-même le directeur en chef de l'hospice atteint en ce moment du choléra, et la sœur supérieure frappée également par l'épidémie. Le président de la République a voulu rendre une visite à cette digne et respectable femme et lui porter des consolations. Il a exprimé en même temps sa satisfaction de voir le terrible fléau diminuer d'intensité, et, d'après les chiffres consolants de ces derniers jours, il a dit qu'il ne doutait pas que la fin de l'épidémie ne fût prochaine.

» Là, comme à l'Hôtel-Dieu, le président de la République a laissé des marques de sa générosité et de sa bienfaisance. »

Il s'est rendu ensuite au Val-de-Grâce. Plusieurs journaux ayant rapporté très inexactement les faits qui se sont passés dans ce dernier hôpital, nous croyons devoir les rétablir dans toute leur exactitude.

Le président a d'abord visité un blessé des barricades et l'a décoré avec la croix de l'un des officiers qui l'entouraient : cette scène a vivement ému les spectateurs. Il s'est ensuite rendu au service des cholériques, et là, sur la désignation de M. le ministre de la guerre et de l'intendant divisionnaire, il a annoncé à M. Michel Lévy, médecin en chef, qu'il le nommait officier de la Légion-d'Honneur en récompense du dévouement qu'il n'a cessé de déployer depuis plus de trois mois dans le traitement des cholériques. C'est une récompense accordée sur le champ de bataille, a ajouté M. le président. Espérons que M. le ministre n'oubliera point le chef de clinique de M. Lévy, M. Masselot, qui a déjà été signalé à la bienveillance de M. le ministre, et qui dans la cruelle épidémie que nous venons de traverser s'est montré, pour le dévouement comme pour la science, le digne élève de son maître.

En sortant de la salle 24 pour entrer dans la salle 25, M. le président de la République a trouvé, rangés dans le vestibule, les infirmiers qui ont fait depuis plus de trois mois et font encore le service des cholériques; c'est là qu'il a donné au caporal Boffard la croix due à son dévouement particulier, en le remerciant au nom de l'armée et disant qu'il est aussi glorieux d'affronter la mort à l'hôpital pour le salut des malades que sur le champ de bataille.

Quant aux trente infirmiers que le *Moniteur* fait mourir au Val-de-Grâce, c'est une erreur. Cet hôpital n'a perdu que trois infirmiers, qui n'étaient pas employés dans les salles des cholériques. De ces derniers, pas un n'a succombé ; six ont été atteints, traités par M. Lévy et guéris. Le *Moniteur* se trompe encore en classant le Val-de-Grâce parmi les hôpitaux les plus maltraités par l'épidémie : c'est tout le

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Grandes découvertes anticholériques. — Le pathologiste Gisnau. — Le docteur Beefteak. — Le citoyen T..... — Succès des deux premiers ; infortunes du troisième.

A Monsieur le rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Mon cher confrère ;

Puisque je vous ai tenu au courant jusqu'à ce jour de tous les prophylactiques et de tous les curatifs infaillibles du choléra que le génie de l'homme a inventés, je ne veux point laisser mon œuvre inachevée, et je dois vous informer des nouvelles merveilles thérapeutiques que la semaine passée vient de mettre au jour. Je crois d'ailleurs que la collection de ces découvertes miraculeuses sera un monument historique précieux pour nos neveux, et, à ce titre, la *Gazette des Hôpitaux* ne peut se dispenser de la faire figurer dans ses colonnes.

L'une des plus belles inspirations qu'ait enfantées le choléra est assurément celle du *pathologiste* Gisnau. Qu'est-ce que le pathologiste Gisnau ? Mais c'est le pathologiste Gisnau, et je trouve que c'est bien assez ; tellement assez que, si j'avais l'honneur d'être le pathologiste Gisnau, je ne me soucierais pas de troquer mon nom contre celui de Diogène, d'Alexandre, du grand Fattet, ni même de M. de Pontoise. Quant aux titres, il me semble que celui de pathologiste en vaut bien un autre ; il vaut bien mieux surtout que ceux de *docteur* et de *médecin*, qui commencent à être diablement usés. Passons sur les titres. — Mais alors, quelle est donc la découverte qui a valu tant d'illustration à ce grand citoyen ? — Cette découverte, mon cher confrère, est de celles qu'on admire et qu'on ne discute pas : c'est un chef-d'œuvre d'affiche. Or, si un beau désordre est un effet de l'art, cela est encore bien plus vrai d'une belle affiche. Celui qui inventa le premier celle-ci : *Plus de cheveux blancs*, était un homme (si c'était un homme) digne d'aller à la postérité, et une humilité extra-chrétienne a seule pu dérober son nom à l'histoire ; ce qui le prouve, c'est que cet inventeur a eu, comme tous les grands inventeurs, de nombreux plagiaires. C'est ainsi qu'on a vu tour à tour sur les murs de Paris : *Plus de mal de mer ; plus de mal de dents ; plus de frottage*, etc. Si une belle affiche était une grande découverte il y a dix ans, c'est encore bien autre chose aujourd'hui, que le champ de l'affiche est tellement moissonné que les derniers venus n'y trouvent qu'à glaner. C'est pourtant dans ce champ pelé et tondu que le pathologiste Gisnau a trouvé l'affiche suivante :

Le choléra vaincu
Par le pathologiste
Gisnau ! ! !

Vous me demanderez peut-être de quelles armes s'est servi le pathologiste Gisnau pour vaincre le choléra ? J'avoue que je ne m'en suis pas autrement inquiété que de la santé du dernier mandarin. Il me suffit que le pathologiste Gisnau soit un grand homme pour être bien certain que ses armes sont excellentes ; et pour ce qui est de la grandeur, je ne suppose pas qu'Aristote, Newton ou Napoléon puissent faire grand tort au pathologiste Gisnau.

— Si ce grand génie a un rival redoutable, ce ne peut être que dans le docteur Beefteak. Vous connaissez, tout l'univers connaît le docteur Beefteak, et ce n'est certainement pas avec la prétention d'ajouter un seul rayon à son auréole de gloire que je vous en parle ici. Mais je ne puis passer sous silence les nouveaux efforts qu'il a faits à propos du choléra, d'autant plus que, dans une brochure qu'il vient de publier, ce docteur, aussi éminent comme savant que comme écrivain, s'est en quelque sorte surpassé lui-même. Je ne chercherai point à vous donner une idée de toutes les beautés scientifiques et littéraires de ce petit chef-d'œuvre (petit quant au volume, grand quant au mérite) que l'auteur a eu la libéralité de répandre dans le public, au nombre de cent mille exemplaires (style mathématique) ; je vais seulement vous en citer quelques passages que je prends au hasard, car il n'y a pas de choix possible dans cette œuvre homérique. Pour l'apprécier justement, il faudrait, comme Voltaire l'avait fait pour les œuvres de Jean Racine, écrire au bas de chaque page : *Beau, admirable, sublime.*

Voyons d'abord ce fragment de l'exorde qui ferait pâlir Démosthène :

« Si l'on remarque que je suis *sans rival* (ceci est peu flatteur pour le pathologiste Gisnau) dans la connaissance des voies digestives, ainsi que l'attestent des milliers de cures, même dans des cas compliqués de vomissements anciens et intenses ; si l'on remarque que j'ai rencontré aussi des cas chroniques où non-seulement les vomissements étaient journaliers, mais où l'individu qui en était atteint avait acquis depuis des années la *couleur du nègre*, on reconnaîtra, j'ose le croire, que j'ai plus que tout autre le droit d'entretenir le public du choléra-morbus. »

Je ne pense pas en effet qu'il se trouve un citoyen assez malavisé pour contester un droit aussi évident ; aussi, ce préambule posé, l'auteur entre en matière, et je recommande spécialement à votre admiration la ravissante poésie étiologique et pathologique que voici :

« Des auteurs admettent que cette maladie a son siége dans le sang, mais alors on suppose que le sang est vicié, et quelle en est la cause ? On l'ignore, et une opinion pareille signifie qu'on n'entend rien à son sujet. Ensuite, avec ces idées (voici qui est remarquable entre tout), les symptômes ne sont plus que des expressions du mode d'être douloureux de l'organisme en dehors duquel toute maladie est une chimère. »

Vous ne comprendrez peut-être pas très bien ces phrases par trop pindariques, mais celles qui les suivent en rendront l'intelligence facile :

« L'homme est né propriétaire (pends-toi, brave Proudhon, Beefteak-le-Grand te condamne !), chasseur, agriculteur, et la nature, en le fixant au sol qui l'a vu naître, fut providentielle pour lui, parce que sur ce sol il développe son physique, il étudie le monde où il est placé, et marie son existence aux végétaux dont les brillantes fleurs lui rappellent son enfance ou ses amours, leurs feuilles ses premiers abris, leurs épidermes ses vêtements et leurs fruits les premiers aliments qu'il préférait quand il quittait le sein de sa mère. Dans cette heureuse position, à mesure que les bois, les forêts, les plaines, les ruisseaux et les fleuves fixent son attention, son génie se multiplie, et les chairs des animaux assouvissent ses appétits carnassiers pendant que leurs dépouilles l'abritent contre l'intempérie des saisons. De plus, en étudiant ses œuvres, l'homme perfectionne ses abris, et il trouve dans les lins, les chanvres, les laines, non-seulement les corps qui le protègent le plus contre les chaleurs et les froids, mais qui forment encore sa parure la plus brillante. Si quelques rayons du soleil, si un air pur, si les aliments les plus simples délectent nos sens, la nature, en décomposant les fruits, produit les boissons fermentées qui, en favorisant la digestion, décuplent les forces et avec elles le plaisir. Son génie, appliqué à l'étude des corps auxquels l'unit son existence, accroît facilement ses conquêtes, et en suivant cette route la vie n'est qu'un

contraire; le Val-de-Grâce est, de tous les établissements, celui qui a perdu le moins de cholériques.

HOPITAL BEAUJON. — M. Robert.

Considérations sur le rétrécissement annulaire du rectum.

Nous avons déjà publié plusieurs observations fort remarquables de rétrécissements circulaires du rectum ; ces observations ont mis en évidence les avantages de la cautérisation destructive dans les cas de ce genre. Il ne sera pas inutile maintenant de faire connaître en quelques mots les considérations générales dont ces faits ont été l'occasion pour M. Robert.

Siége des rétrécissements. — Une première singularité qui frappe en lisant les observations en question, c'est que le siége du rétrécissement est toujours, à très peu de chose près, le même; c'est toujours à 6 ou 8 centimètres de l'anus qu'on le rencontre. M. Robert a naturellement recherché quelle pouvait être la cause de cette constance dans le siége de la maladie; mais jusqu'à présent il n'a pas été assez heureux pour la deviner. Houston a décrit vers cette hauteur une valvule qui a conservé son nom, et qu'on pouvait supposer être le siége primitif de cette maladie; mais cette valvule a été recherchée plusieurs fois en vain. Cependant chez une femme décédée à la suite d'une diarrhée chronique, M. Robert a trouvé, vers le point indiqué par Houston, une sorte de valvule connivente noirâtre et gonflée, qui, si elle existait chez un grand nombre de sujets, pourrait être considérée comme le siége spécial des rétrécissements dont il s'agit. C'est un sujet de recherches à faire.

Causes. — Un seul des rétrécissements annulaires que M. Robert a eu à traiter jusqu'à présent s'est présenté sur un homme. Le sexe féminin paraît donc constituer une prédisposition des plus prononcées à cette maladie. Quant aux causes efficientes, elles sont beaucoup moins faciles à saisir.

Dans quelques cas, un accouchement laborieux ou non a paru être le point de départ du rétrécissement; du moins les premiers symptômes de la maladie ont-ils apparu après les couches. Dans d'autres cas une dysenterie chronique a précédé cette lésion organique et s'est même prolongée après sa formation. On a dû naturellement être porté à rechercher si les malades n'auraient pas eu quelquefois des rapports vénériens qu'on appelle *antiphysiques*, et qu'il nous semble plus convenable d'appeler *antiphysiologiques*; M. Robert n'est arrivé qu'à un résultat négatif à cet égard. Mais les assertions des malades sur un pareil sujet sont si rarement conformes à la vérité, qu'on doit nécessairement conserver des doutes sur l'influence d'une pareille cause.

Diagnostic. — Lorsque le rétrécissement n'est pas trop prononcé, le diagnostic ne saurait offrir de difficultés sérieuses; le doigt, qui suffit toujours avec un peu plus ou un peu moins d'efforts pour atteindre le rétrécissement, permet de constater facilement, alors que l'altération anatomique consiste en une bride circulaire de quelques millimètres d'épaisseur et au-dessus de laquelle l'intestin reprend sa forme et sa consistance normales.

Lorsqu'à l'examen du doigt on fait succéder l'examen au spéculum bi ou trivalve, on voit un bourrelet diaphragmatique, rouge, granuleux, mais à granulations assez égales, d'une consistance habituellement fibreuse. Quelquefois cependant ce bourrelet peut offrir des ulcérations peu profondes, et qui n'ont jamais un mauvais caractère; il peut également être d'une consistance assez faible; c'est ce qui est arrivé dans un cas où ce bourrelet a été déchiré par le spéculum. Dans aucun cas, à moins qu'il ne se soit déjà formé des abcès au pourtour du rectum, dans le tissu cellulaire du bassin, comme cela a eu lieu dans l'un des cas que nous avons rapportés, le rétrécissement ne fait corps avec les tissus environnants; le doigt peut constater que ces tissus sont souples et ne s'opposent point à la mobilité du point rétréci et induré. Ces symptômes sont parfaitement suffisants pour faire distinguer le rétrécissement qui nous occupe de tous ceux qui sont dus soit à des altérations siégeant hors du rectum, soit à des affections malignes de l'intestin lui-même.

Complications. — Les complications ne sont pas très rares dans le rétrécissement organique du rectum, et elles constituent assez souvent un obstacle puissant au traitement. Ces complications sont tantôt antérieures au rétrécissement lui-même, et ce sont en général les plus graves; tantôt elles lui sont postérieures, et, dans ce cas, elles guérissent habituellement avec lui.

Parmi ces dernières sont les hémorrhagies rectales que M. Robert a observées quelquefois, mais qu'il n'a jamais vues revêtir un caractère alarmant. Une inflammation suppurative peut s'emparer du bourrelet et donner lieu à une suppuration assez abondante; cet accident est également peu redoutable; il ne pourrait le devenir que par une longue durée, ce qui supposerait de la part des malades une incurie qui ne s'est pas encore présentée.

Une complication beaucoup plus fâcheuse, ce sont des fistules qui peuvent s'établir au-dessus du rétrécissement, tantôt entre le rectum et le vagin, tantôt entre le rectum et l'extérieur de la surface cutanée. Ces fistules ne contrarient précisément pas la thérapeutique du rétrécissement, qui n'en guérit pas moins ou guère moins facilement; mais elles persistent après qu'il est guéri, et offrent alors la gravité qui leur est propre.

Dans un des cas que nous avons rapportés, nous avons vu qu'il existait en même temps qu'un rétrécissement une altération du sacrum. Dans un cas analogue observé par M. Robert (c'était cette fois chez un homme), on a vu le rectum perforé bien au-dessus du rétrécissement, un abcès stercoral se former derrière lui, traverser l'échancrure sciatique et venir se faire jour dans le creux poplité. On comprend la gravité de ces dernières complications. Mais elles sont rarement le résultat du rétrécissement; le plus souvent elles le précèdent, et c'est bien plutôt lui qui forme la complication que ces affections elles-mêmes.

Pronostic. — Quand le rétrécissement annulaire est traité de bonne heure convenablement, il n'expose pas à des dangers sérieux; quand, au contraire, il est abandonné longtemps à lui-même, sa gravité est considérable, et le plus souvent même, d'après les observations qu'on a faites et les prévisions rationnelles tirées de la physiologie pathologique, il doit finir par entraîner la mort.

Traitement. — Plusieurs moyens ont été proposés pour traiter les rétrécissements du rectum, mais sans qu'on ait suffisamment distingué ces rétrécissements les uns des autres. Dans celui qui a fait l'objet des observations de M. Robert, ce praticien préfère de beaucoup la cautérisation destructive à toutes les autres médications.

La dilatation, dit-il, qui est le moyen le plus généralement employé, est insuffisante, et n'est pas toujours dépourvue de dangers. Je l'ai vue, dans un cas que j'ai observé dans le service du professeur Breschet, causer une violente inflammation, qui se propagea rapidement au péritoine et entraîna la mort. D'autres fois, la dilatation cause des hémorrhagies qui, sans être très inquiétantes, sont cependant fort incommodes pour les malades, et produisent un affaiblissement qui n'est pas sans inconvénients.

Le traitement par l'instrument tranchant offre beaucoup plus de dangers, et ne produit pas toujours les résultats qu'on en attend. Telles sont les raisons qui ont engagé M. Robert à préférer la cautérisation destructive à l'aide du caustique de Vienne. Les observations que nous avons publiées prouvent ce qu'on peut espérer de cette méthode, ainsi que de son innocuité. Nous avons indiqué le mode opératoire employé par M. Robert; nous n'avons pas besoin d'y revenir ici.

Recherches sur le fongus benin du testicule,

Par M. JARJAVAY,

Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien du Bureau central des hôpitaux.

On n'a sans doute pas oublié l'observation publiée dans notre numéro du 26 mai dernier par M. Philipeaux, et recueillie dans la clinique de M. le professeur Bonnet, de Lyon. Cette observation était le premier exemple rigoureusement observé en France d'une affection qui a été vaguement décrite par quelques chirurgiens de la Grande-Bretagne, mais qui, après leurs descriptions, était encore restée confondue avec d'autres affections d'une nature toute différente. C'est sur cette affection que M. Jarjavay vient de publier un excellent travail dans les *Archives générales de Médecine*, travail que nous analyserons ici d'autant plus volontiers, qu'il intéresse vivement la pathologie et la thérapeutique, et que nous pourrons joindre aux descriptions de M. Jarjavay des figures qui en facilitent l'intelligence, et qui n'ont pu paraître dans la publication déjà faite.

Après avoir tracé en quelques mots l'historique de la maladie qu'il étudie, M. Jarjavay arrive à la description de cette maladie, à laquelle il donne le nom de *fongus benin*, pour la distinguer des autres affections fongueuses avec lesquelles on pourrait la confondre, et éviter à la fois d'avoir recours à un néologisme qui a toujours plus d'inconvénients que d'avantages.

Ces fongus doivent être divisés en deux grandes classes :

1° Les uns qui poussent sur l'enveloppe fibro-séreuse du testicule, ce sont les *fongus superficiels*;

2° Les autres qui poussent à travers une perforation de la tunique albuginée, ce sont les *fongus parenchymateux*. C'est cette variété que Curling a décrite sous le nom de *hernia testis*.

1° Le fongus superficiel peut se former dans deux circonstances. Tantôt les enveloppes du testicule ont éprouvé une

---

mirage qui nous montre au-dessus du bonheur ordinaire mille bonheurs encore inconnus. »

Voilà j'espère une belle face de la médaille! Mais voici le revers :

« Partout son physique est en rapport avec ses souffrances; partout on le trouve (l'homme, bien entendu, dont la vie n'est qu'un mirage, etc.) profondément détérioré; peut-être ne suis-je pas dans l'erreur en avançant que dans un avenir *peu lointain* la procréation de l'homme n'aura lieu, comme celle des animaux, que dans les belles saisons, et c'est ce qui explique combien l'espèce humaine est prédisposée aux épidémies (en voilà une explication qui ne serait pas venue à des esprits vulgaires!), qui depuis des siècles font tous les ans des progrès, ainsi que l'attestent des maladies épidémiques meurtrières de nos jours, inconnues chez nos pères. »

L'auteur énumère ensuite toutes les causes du choléra, qu'il divise en *post* et ANTI-diluviennes, après quoi il termine par la magnifique péroraison thérapeutique qui suit :

« Les bains ont été trop vantés, et leur usage de courte durée et presque rare ne saurait être assez conseillé, attendu qu'ils énervent fortement et avec rapidité. » (En voilà de la thérapeutique pindarique où je ne m'y connais pas. Mais n'interrompons pas ce morceau de choix, car ce qui suit est pour le moins aussi beau.)

« L'air est l'*élément du principe* qui vivifie l'organisme, non seulement en donnant au sang un corps qui préside à l'existence, mais en imprégnant tous les corps nutritifs des qualités qui augmentent celles conservatrices de ce même sang, et c'est-à-dire qu'on ne saurait assez le rendre pur, et par conséquent éviter les miasmes qui le corrompent. » (Toujours de plus en plus pindarique! Mais voici qui tourne à l'épicurien, pour ne pas dire plus) :

« S'il est une époque où le plaisir doive être encensé, c'est quand on craint les épidémies. Alors, en donnant de l'élan aux passions, on excite les organes, surtout le cerveau; ils réagissent mieux sur tous les corps qui sont nuisibles et se mettent ainsi à l'abri des maladies (que de découvertes, que de vérités en si peu de mots!). Un léger excès par semaine dans l'usage des aliments et des vins naturels très ordinaires est sans contredit le plus grand préservatif du choléra-morbus (pauvre commission de l'Académie, qui a eu la naïveté de conseiller la sobriété!), et à plus forte raison des autres maladies (que voilà un *à fortiori* savamment déduit!). Les organes soumis à des rapports qui les excitent acquièrent dans ces rapports une force subtile et extraordinaire; on peut dire sans exagérer que le plaisir est l'âme de la vie, et, quand on craint les épidémies, il faut encore les multiplier (l'auteur laisse à la sagacité du lecteur de décider si c'est les plaisirs ou les épidémies qu'il faut multiplier) plus que je viens de le dire, afin de tenir ainsi les forces au-dessus du fléau. »

Voilà pour les préceptes, voici pour la leçon :

« A l'époque où je vins à Paris pour étudier le choléra-morbus, qui était encore intense, j'éprouvai tout à coup dans la rue Dauphine un sentiment de froid général et des envies d'aller à la selle (absolument comme un simple mortel; pourquoi le génie n'est-il pas affranchi de ces terrestres infirmités!). Le médecin qui était avec moi me dit aussitôt que j'étais atteint du choléra-morbus (en voilà un imprudent médecin). Je me mis à rire (il y avait bien de quoi). Il était environ onze heures du matin (raison de plus pour n'avoir pas envie de pleurer); j'entre chez un restaurateur. Nous déjeunons; j'use un peu plus de viande et de vin de Bordeaux que d'habitude, et je sortis guéri! »

Quelle science! quel style! quel homme, ou plutôt quel génie que ce grand, très grand, immensissime docteur Beefteak! Si l'on a élevé des statues à Esculape, à Ptolémée et à Voltaire, que pourra-t-on élever à ce docteur *sans rival* qui soit digne de lui! Pour moi, je ne vois qu'un vaste monument sur les bords de la Marne ou dans la commune de Gentilly qui puisse contenir sa gloire.

Il est inutile sans doute de vous dire que le traitement curatif est touché de la même main que la prophylaxie; je vous dirai seulement qu'en décrivant ce traitement il laisse éclater une sublime indignation à l'égard de l'auteur de la méthode truffée, lequel a eu l'outrecuidance (suivant le docteur Beefteak) de s'approprier une idée qui lui appartient tout entière (à lui docteur Beefteak), et la sottise de gâter cette idée en conseillant une décoction de truffes, tandis que c'est un pâté du Périgord qu'il faut manger chaque matin pour se guérir du choléra.

Vous ne serez pas étonné, sans doute, mon cher confrère, d'apprendre qu'un traitement aussi savant et aussi bien exposé ait attiré un nombreux public dans le cabinet du docteur Beefteak. Quant à moi, connaissant le goût du public pour le beau, pour le bon, pour le raisonnable, je ne m'étonne que d'une chose, c'est que le cabinet du docteur Beefteak ne soit pas le rendez-vous de l'univers entier. Du reste, ce grand homme ne désespère pas qu'il n'en soit un jour ainsi.

— Le charme du style et de la philosophie médicale du docteur Beefteak m'ont entraîné si loin, qu'il me sera impossible de vous entretenir aujourd'hui de quelques autres découvertes relatives au choléra. Ce sera pour ma prochaine lettre. Je ne terminerai pourtant pas celle-ci sans vous dire un mot d'un traitement imaginé par un second rival du pathologiste Gisnau et un émule du docteur Beefteak; seulement, le nouvel inventeur a été moins heureux que ses deux prédécesseurs, et c'est sans doute la raison qui l'a engagé à garder l'anonyme jusqu'à ce jour.

Voici le fait :

Lundi dernier, après midi, des agents du service de sûreté, en surveillance dans le quartier du Temple, passaient dans la rue du Forez, quand ils virent déboucher de la rue Charlot, en courant de toute la vitesse de ses jambes, un individu qu'ils reconnurent aussitôt pour une ancienne connaissance qui avait déjà eu maille à partir avec la justice. Craignant que cette course précipitée ne fût la conséquence de quelque méfait, ils arrêtèrent cet individu et le sommèrent de s'expliquer. Celui-ci, sans se déconcerter, répondit : « Vous voyez devant vous un infortuné qui vient d'être atteint par l'épidémie régnante, et qui, pour s'en délivrer, expérimente une médication un peu violente, mais dont le succès devra faire époque dans les annales médicales. » Puis il ajouta qu'ayant été saisi par les symptômes du choléra, et sentant déjà le refroidissement aux extrémités, il s'était lancé de la fenêtre de sa chambre, au deuxième étage, sur le pavé de la rue, afin de fouetter le sang et de rétablir la circulation; ce qui lui avait parfaitement réussi.

Au moment où il terminait l'exposé de sa méthode curative, quatre compagnons maçons arrivèrent et confirmèrent le fait du saut périlleux que T... venait de faire; seulement, ils en rapportèrent la cause à un tout autre motif qu'au désir d'expérimenter une méthode thérapeutique nouvelle. Le costume du citoyen T..., qui était encore vêtu des effets d'habillement qu'il avait trouvés dans la chambre d'où il s'était élancé, venait jusqu'à un certain point à l'appui de l'opinion des compagnons maçons; mais le nouveau thérapeutiste a parfaitement expliqué que ces effets étaient nécessaires pour compléter son expérience, et qu'il s'empresserait de les rendre dès qu'elle serait terminée. Mais tous les inventeurs n'ont pas la chance du docteur Beefteak et du pathologiste Gisnau. Sans respect pour la nouvelle méthode, les agents eurent la brutalité de conduire T... au dépôt de la Préfecture de police, où le procureur de la République a eu la brutalité plus grande de le conserver. X...

solution de continuité, et la glande est mise à nu; tantôt elles sont intactes. Dans ce dernier cas, il existe une hydrocèle concomitante. La lésion que A. Cooper appelle tumeur fongoïde de la tunique vaginale, est un exemple de cette variété de fongus.

Dans le premier cas, la glande n'étant plus comprimée par le scrotum dans le point qui est en contact avec l'air, une inflammation se déclare dans ce point, et des fongosités s'en élèvent. Quelquefois ces phénomènes ont eu lieu à la suite d'une excision pratiquée sur les parois d'une hydrocèle, dans le but d'obtenir une cure radicale; tel est le cas dû à Gooch, et relaté par Sabatier. (*Mém. de l'Acad. de chir.*, t. V, p. 670.) D'autres fois, une injection irritante, pratiquée dans la tunique vaginale, n'a pu donner lieu à l'adhérence de cette membrane dans toute son étendue. Un abcès s'est formé; le pus s'est fait jour à l'extérieur, et des végétations se sont développées sur les parois du foyer, et sont venues faire une saillie plus ou moins prononcée à travers l'orifice fistuleux. C'est ainsi que ce développa un fongus dont l'auteur a recueilli l'observation à l'hôpital Saint-Antoine.

Le malade qui en était affecté était un jeune homme qui portait en même temps un éléphantiasis des bourses et des membres inférieurs. La tumeur du scrotum était très grasse; une injection irritante avait d'abord été faite sans succès dans la tunique vaginale; une seconde injection fut pratiquée quelque temps après, et à celle-ci avait succédé une inflammation qui avait déterminé l'adhésion des parois du kyste, excepté vers la partie antérieure des bourses du côté droit, où s'était formé un abcès. Celui-ci fut ouvert, et au bout de quelques jours, des fongosités d'où suintait du pus en abondance firent saillie à travers l'ouverture scrotale pratiquée par l'instrument tranchant. Un stylet ayant été glissé sur la base de ce petit fongus, il fut facile de le promener autour de son collet et de constater une cavité dans la tunique séreuse. L'excision et la cautérisation, pratiquées deux fois, à huit jours d'intervalle, détruisirent la tumeur et provoquèrent une adhésion des parois de la poche et des lèvres de la petite plaie du scrotum; il s'établit là une cicatrice adhérente au testicule, en sorte que cette glande ne pouvait plus glisser dans les bourses sans entraîner avec elle la partie des téguments qui était déprimée au niveau du point où avaient existé la fistule de la tunique vaginale et le fongus.

On comprend que toutes les solutions de continuité qui intéressent la totalité des enveloppes testiculaires, incisions, perforations à l'aide d'un caustique, etc., puissent produire des effets semblables à celui produit par l'abcès dans le cas précédent. M. Jarjavay en cite plusieurs exemples, entre autres un emprunté à A. Cooper, dans lequel l'ablation du testicule fut jugée nécessaire par ce chirurgien et par M. Brodie; l'opération fut en effet pratiquée, mais le testicule était parfaitement sain.

L'auteur fait remarquer avec raison que les excroissances charnues qui se développent dans ces cas dans le testicule doivent être assimilées aux fongosités que l'inflammation engendre dans d'autres points du corps, et auxquels l'état local particulier fait prendre un développement considérable. Cette propriété végétante s'observe assez souvent à la surface suppurante d'une cavité naturelle.

2° Dans le fongus parenchymateux la continuité de la production morbide et du testicule est parfaitement évidente; l'examen direct fait par les auteurs et une pièce conservée à l'hôpital Saint-Barthélemy, de Londres, et décrite par Lawrence, le prouvent également. M. Jarjavay a également pu constater cette continuité dans deux cas, que nous rapporterons dans un instant.

Le volume du fongus benin est variable; habituellement du volume d'une noisette ou d'une noix, il peut atteindre celui d'un gros œuf, il paraît être en raison inverse de celui de la glande spermatique qui paraît en quelque sorte être absorbée pour la nutrition du corps parasite.

La forme de la tumeur n'est pas toujours la même; sphéroïde dans certains cas, elle est ovoïde, bilobée avec ou sans pédicule dans d'autres.

On n'a pas encore vu deux fongus développés à la fois soit sur un même testicule, soit sur les deux; mais on a pu voir les deux testicules affectés successivement; Lawrence en rapporte deux exemples.

L'aspect des fongus benins est à peu près celui d'une mûre. Les granulations qui les recouvrent, plus ou moins saillantes, sont un fait si général, que A. Cooper avait donné à la maladie le nom de *tumeur granuleuse*. Cependant, dans une des observations de Lawrence, la tumeur était parfaitement *unie et n'avait aucune apparence granulée*. Dans un des cas observés par M. Jarjavay, les bourgeons charnus frappés de gangrène avaient été remplacés par de petites plaques jaunâtres dont la chute laissa après elle des dépressions correspondantes. Mais en l'absence même de cet accident, des anfractuosités plus ou moins profondes peuvent exister sur la tumeur.

La coloration de cette tumeur est ordinairement d'un rouge pâle. Le pus, plus ou moins mélangé de sang ou de détritus organiques, peut baigner les petits sinus qui séparent les granulations, et donner ainsi à la tumeur un aspect variable qu'il est facile d'imaginer, suivant la couleur du liquide; cet aspect s'est rencontré dans un des cas observés par M. Jarjavay.

La consistance des fongus est toujours très ferme; un pédicule bien prononcé et circonscrit par un anneau très appréciable formé par la tunique vaginale, sépare la production morbide de la glande.

Quant à la glande elle-même, elle peut être à peu près intacte ou considérablement diminuée de volume. Dans quelques cas elle a disparu complétement, et il ne restait plus à sa place qu'un noyau fibreux surmonté de la masse épididymaire. Dans la plupart des cas, il est facile de s'assurer à travers le scrotum de l'état de l'organe spermatique et de l'épididyme.

Une coupe faite sur le fongus laisse voir une masse jaunâtre, compacte et sillonnée par des vaisseaux; la couleur dominante dépend de la présence constante de cette substance jaune qui a été signalée par A. Cooper, Brodie et Curling, comme étant le résultat de l'orchite chronique. On y constate également, en plus ou moins grand nombre, des vaisseaux séminifères, ainsi que des artères, des veines et du tissu fibro-plastique.

L'examen microscopique d'une tumeur, dont nous rapportons ci-dessous l'exposé et la figure, donnera une idée exacte des détails anatomiques plus intimes qno présentent ces tumeurs.

La tunique albuginée ne présente aucune altération dans la partie qui se trouve en contact avec la portion saine du testicule; mais vers le pédicule de la tumeur elle commence à s'épaissir, se renverse en debors comme pour permettre l'éruption du parenchyme glandulaire, et disparaît insensiblement pour former une solution de continuité. De sa face profonde partent des prolongements fibreux, sortes de lames hypertrophiées qui accompagnent les vaisseaux dont le calibre est considérablement accru. Les deux feuillets de la séreuse, qui est également perforée ainsi que les autres enveloppes, sont unis par des adhérences molles et filamenteuses.

Voici la description anatomique d'un des fongus observés par l'auteur, qui complétera la description précédente.

La tumeur est du volume d'un petit œuf de poule; ferme et consistante, elle est recouverte à sa périphérie par des granulations analogues à celles que présentent les bourgeons charnus des plaies qui suppurent. On voit encore autour de ces petites saillies granulées une matière fluide, jaune, purulente, qui les circonscrit. Des dépressions existent çà et là, correspondant à des plaques d'un blanc jaunâtre, adhérentes encore, quoique mobiles; ce sont des lambeaux frappés de mort. La coloration de la tumeur n'est donc pas uniformément rosée. Le scrotum présente une perforation parfaitement arrondie, dont les bords ont l'aspect du limbe d'un prépuce; les veines des téguments sont variqueuses.

Une injection a été pratiquée par les veines spermatiques et par l'artère testiculaire. Au moment où l'injection est pratiquée par l'artère, la tumeur devient subitement turgide. L'injection veineuse a été pratiquée en dernier lieu: celle-ci n'a pas rempli beaucoup de capillaires au niveau des bourgeons charnus de la périphérie; la tumeur est toute rouge de la matière injectée par l'artère.

Une coupe faite suivant le grand diamètre de la tumeur permet de voir :

1° Une couche corticale pâle où les artérioles l'emportent par le nombre sur les veinules;

2° Un noyau moins dense, plus foncé en couleur, où domine un aspect jaunâtre, ainsi d'ailleurs que dans la couche enveloppante. Des artères, des veines volumineuses, partant de ce qui reste du testicule, traversent cette masse, s'irradient en se capillarisant vers la périphérie. Des prolongements fibreux très denses, très larges se détachant de la tunique albuginée leur servent de support. Il reste du testicule une portion grosse comme la pulpe du doigt indicateur conservant tous les caractères du tissu testiculaire, sain et parcouru par des artères et des veines non dilatées. La tunique fibreuse qui correspond à cette partie ne présente aucune altération. Au niveau du pédicule du fongus, elle est au contraire épaissie, se recourbe en debors de manière à circonscrire un infundibulum, et se perd insensiblement sur la périphérie de la masse morbide. La tunique vaginale n'a plus de cavité. Des adhérences filamenteuses, d'un jaune d'ocre, circonscrivant des mailles étroites, en réunissent les deux parois, mais des tractions très légères suffisent pour déchirer la matière unissante; la séreuse est perforée comme la tunique albuginée.

L'examen microscopique fait constater dans la couche extérieure :

1° Des capillaires dont quelques-uns ne sont pas remplis par l'injection et ayant les caractères ordinaires;

2° Des fibres de tissu cellulaire;

3° Des éléments fibro-plastiques.

Ces deux derniers éléments sont intimement unis l'un à l'autre par une matière homogène, unissante, très dense et parsemée de granulations moléculaires abondantes. Cette matière est jaunâtre; elle empêche l'isolement des fibres du tissu cellulaire, qui ne se présente plus ici sous forme de faisceaux onduleux.

Les éléments fibro-plastiques présentent :

1° Des noyaux fibro-plastiques ovoïdes, de $0^m,011$ de longueur, sur $0^m,006$ de largeur; ils contiennent un ou deux nucléoles comme à l'état ordinaire;

2° Des fibres fusiformes ayant $0^m,065$ de longueur, et souvent plus, et $0^m,007$ de largeur au niveau de leur partie la plus renflée; à ce niveau se voit le noyau plus ou moins allongé qu'elles renferment habituellement, et qui ne diffère des noyaux libres que par une largeur moindre et une longueur un peu plus grande.

Dans le noyau se trouvent de plus des canalicules spermatiques plongés au milieu d'un magma jaunâtre; la même matière remplit leur cavité.

L'épididyme est considérablement augmenté de volume; il est dur, très compacte; le tissu cellulaire du cordon est libre et mou comme dans l'état normal.

Les veines spermatiques sont très dilatées; les artères sont aussi plus volumineuses qu'à l'ordinaire; l'artère déférentielle de Astley Cooper, qui a été injectée au moyen d'anastomoses évidentes, l'unissant à l'artère testiculaire sur l'épididyme, est aussi grosse que cette dernière l'est elle-même dans l'état normal. Une injection au mercure n'a pu pénétrer au delà de la queue de l'épididyme, qui n'est plus qu'une masse grisâtre et imperméable où abondent des anastomoses artérielles et veineuses.

Causes et mécanisme. — La cause la plus fréquente du fongus bénin a été une inflammation chronique résultant ellemême d'un coup sur les bourses. Dans un cas que l'auteur emprunte à Bertrandi, la cause fut une inflammation franchement aiguë; mais elle parut reconnaître elle-même des froissements exercés sur les testicules par l'abus de l'équitation. Dans tous les cas, cette inflammation commence par perforer la tunique albuginée, ce qui est la condition nécessaire au passage et la saillie à l'extérieur de la végétation fongoïde.

C'est en amenant la perforation de la tunique albuginée que les tubercules du testicule peuvent également donner lieu au fongus. Un exemple très remarquable de fongus produit de cette manière a été observé, il y a quelques mois, dans le service de M. Morel-Lavallée à la Charité.

Tous ces fongus se développent suivant ce mécanisme; c'est-à-dire que la substance testiculaire, n'étant plus comprimée dans un point donné, tandis qu'elle l'est dans tous les autres, tend à se précipiter vers ce point, à y faire hernie. L'expérimentation faite sur les animaux par M. Jarjavay confirme cette explication théorique. Ainsi, en excisant sur des chiens une portion de la tunique albuginée et du scrotum, on voit bientôt la substance spermatique faire hernie à travers l'ouverture, et ne pouvoir être refoulée que très difficilement à l'aide de l'extrémité d'un stylet mousse; mais dès qu'on cesse la compression, la hernie reparaît. Au bout de quinze jours, M. Jarjavay a pu constater sur quelques-uns des animaux ainsi mutilés qu'un appendice digitiforme végétait à la surface du parenchyme glandulaire. Il se passe dans ce cas, à quelques différences près, dépendant des localités, ce qui se passe dans l'œil après la perforation de la cornée, dans la moelle des os après que ceux-ci ont été sciés, enfin dans la substance cérébrale après la perforation de la voûte du crâne. Mais la différence qui existe est toute aux dépens du testicule et de l'œil. Ici, en effet, il existe une coque fibreuse qui, ainsi que l'a démontré M. Gerdy, se contracte par l'inflammation, et peut, par cette contraction successive, faire passer à la filière, si l'on peut ainsi dire, toute la substance renfermée dans son intérieur. C'est effectivement ce qui a eu lieu dans un des cas observés par M. Jarjavay.

Symptômes et marche. — Les symptômes d'inflammation qui précèdent presque constamment l'apparition du fongus bénin ont une physionomie et surtout une durée très variables: tantôt le fongus est formé au bout de trois semaines; tantôt il peut ne se former qu'après plusieurs années, ainsi que M. Jarjavay l'a observé sur un malade du service de M. Laugier, qui depuis trois ans avait des symptômes d'orchite chronique quand le fongus s'est développé. On a vu que, dans le cas de Bertrandi, la maladie avait succédé à une inflammation aiguë à marche très rapide.

Le testicule atteint d'une inflammation qui doit se terminer par un fongus présente, au bout de quelque temps, une ou deux bosselures où se font sentir des douleurs d'une intensité variable. Bientôt la douleur se détache plus nettement du corps de la glande; elle proémine de plus en plus; la peau du scrotum devient d'un rouge brun. Une, deux ou même trois ouvertures se forment et se confondent plus ou moins promptement en une seule beaucoup plus large. Un liquide séreux s'est quelquefois échappé spontanément de ces orifices; d'autres fois, des ponctions pratiquées avec la lancette ont donné issue au liquide avant que le fongus n'ait fait saillie hors des téguments. Bien plus souvent encore, des adhérences s'établissent entre la séreuse viscérale et la séreuse pariétale; de sorte que l'ulcération envahit des parties déjà unies entre elles, et que la tumeur apparaît à l'extérieur dès que l'ouverture des enveloppes testiculaires est assez grande pour lui livrer passage, et sans que l'issue d'un fluide séreux l'ait précédée. Quelquefois un soulagement notable a lieu au moment où la hernie s'effectue; mais ce phénomène n'a pas paru constant à M. Jarjavay. Chez trois malades qu'il a observés, ce phénomène n'a pas eu lieu.

Le simple contact des corps étrangers sur la tumeur ne cause point de douleur; mais la pression y provoque la sensibilité propre au testicule, signe important que M. Jarjavay dit n'avoir encore été constaté par aucun auteur. Le malade qui a fourni la pièce anatomique dont nous avons rapporté cidessus la description, et dont M. Jarjavay publie l'observation en détails, offrait à un degré remarquable le phénomène en question. On n'a point constaté d'élancements dans ces fongus. Quand l'inflammation persiste dans la portion restante du testicule, on a, en outre, des symptômes propres au fongus, ceux de l'orchite. La tumeur ne gêne d'abord que très peu les malades; mais peu à peu son poids augmente, et elle finit par être très pénible à supporter. Dans aucun des cas observés par M. Jarjavay ou dont les auteurs ont rapporté les observations, il n'y avait d'inflammation urétrale concomitante. On ignore quel peut être l'état des vésicules séminales. Quant à l'épididyme, il peut être oblitéré dans un ou plusieurs endroits. Le tissu cellulaire qui réunit les flexuosités de ce canal peut être induré, épaissi; le cordon spermatique offre quelquefois les mêmes altérations.

Quand le fongus bénin est abandonné à lui-même, il augmente presque toujours de volume. Cependant, dans quelques cas, on a pu croire à une guérison spontanée; mais elle a été obtenue à la condition que toute ou la plus grande partie de la substance glandulaire a été perdue. C'est ce qui a été observé chez le malade suivant, qui s'est présenté l'année dernière dans le service de M. Laugier.

Le jeune homme qui fait le sujet de cette observation était un nommé Lesueur Chamary, âgé de vingt-huit ans. Habituellement d'une bonne santé, il avait cependant un teint pâle, et présentait tous les attributs d'un tempérament lymphatique. En 1841, il avait eu des chancres et des bubons, et était entré pour ces affections à l'hôpital de Saint-Malo, où il n'était resté que quinze jours. Ce malade, d'une intelligence obtuse, voulut sortir parce que ces plaies étaient cicatrisées, et quoiqu'il s'écoulât toujours une matière blanche par la verge, il continua à travailler à son état de maçon.

Dans un intervalle de quatre années qui suivit sa sortie, il n'eut que quelques dérangements insignifiants dans sa santé. Ce fut au bout de ce temps seulement que les bourses devinrent volumineuses et furent le siége de douleurs modérées; le malade assure qu'il n'y eut point de rougeur. Aucun traitement ne fut employé. La tuméfaction augmenta et diminua à plusieurs reprises. Il n'y a qu'un an qu'une rougeur s'est manifestée, accompagnée d'un grand malaise. Bientôt une ouverture s'est faite sur les bourses, d'où il sortit une *eau limpide*. Une seconde, puis une troisième ouvertures se sont établies et se sont promptement confondues avec la première. Des *chairs* apparurent plus tard à la place des perforations; le malade les coupa plusieurs fois avec un rasoir; cette section n'était pas douloureuse; elle était suivie d'un petit écoulement de sang. Comme la tumeur repoussait toujours, Lesueur se décida à entrer à l'hôpital de la Pitié vers la fin du mois de septembre 1848, dans le service de M. le professeur Laugier.

Lesueur avait alors en outre des ulcérations et des pustules syphilitiques sur le tronc et les membres. En raison de la vérole constitutionnelle dont il était atteint, un gramme d'iodure de potassium lui fut prescrit chaque jour. La tumeur des bourses, qui était granulée, rougeâtre, rétrécie vers sa partie moyenne, fut recouverte d'un cataplasme, suppura et diminua peu à peu de volume. Au bout de deux mois, la peau du scrotum put glisser sur les débris du testicule, et contracta avec eux une adhérence solide, déprimée, présentant tous les caractères des cicatrices qui s'établissent entre la peau et les eaux qui ont été frappés de carie ou de nécrose.

Cette cicatrice repose sur un noyau arrondi, dur, sur lequel la compression ne développe point de douleur; au-dessus se trouve un épididyme volumineux, compacte et presque insensible.

Les symptômes de syphilis constitutionnelle ont disparu sous l'influence du traitement général qui a été suivi.

La cicatrice qui suit l'élimination du fongus fixe toujours, comme dans le cas précédent, les téguments aux débris du testicule, quel que soit le procédé, naturel ou artificiel, à l'aide duquel la guérison ait été obtenue.

Mais quand les secours de l'art n'interviennent pas, cette guérison est beaucoup plus tardive que dans le cas contraire.

(*La suite à un prochain numéro*).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 juin 1849. — Présidence de M. Duperrey.

M. Junod lit un mémoire intitulé : *Application de la méthode hémospasique au traitement de diverses affections chirurgicales*.

— M. A. Legrand annonce que l'on trouve chez les cholériques une ecchymose de la sclérotique, et qu'il ne l'a trouvée dans aucune autre maladie.

— M. Pelouze communique, au nom de M. Bareswil, une note intitulée : *Faits divers de chimie appliquée à la physiologie*.

Cette note a été rédigée spécialement, et plus tôt qu'elle ne l'aurait été sans cela, pour revendiquer la priorité de la découverte du sucre, qu'on paraît avoir faite depuis un mois en Allemagne ; tandis que lui, M. Bareswil, a constaté le fait il y a un an, ainsi que peuvent le témoigner MM. Dumas et et Thénard. Cette note se termine par les conclusions suivantes :

1° Il y a du sucre dans le blanc d'œuf de poule.

2° Le blanc d'œuf est alcalin, et l'alcalinité en est due au carbonate de soude.

3° Le jaune d'œuf ne renferme pas ou ne renferme que peu d'alcali ; sa propriété émulsive en tous cas appartient, non à l'alcali, mais à un produit analogue à celui du suc pancréatique.

4° Le jaune d'œuf n'est pas acide, et il ne le devient que par suite d'une altération.

Par digression au sujet principal de sa note, l'auteur ajoute la conclusion suivante :

5° La réaction acide et les propriétés du suc gastrique sont dues aux acides organiques et non à l'acide chlorhydrique.

— M. Bodichon, médecin à Alger, adresse un *Mémoire sur le peuplement et l'européisation de l'Algérie*.

Des faits relatés dans son travail, l'auteur conclut, en généralisant la question beaucoup plus qu'on ne s'y attendrait par le titre du mémoire :

1° Qu'il ne faut envoyer dans les pays chauds que des soldats ou des colons de race brune, et des hommes de race blonde dans les pays froids ou tempérés ;

2° Que, dans un avenir indéterminé, les Antilles passeront entre les mains des noirs si on ne les peuple pas d'hommes bruns, tels que les européens de Cuba et de Porto-Rico ;

3° Que la France doit attirer en Algérie des Français méridionaux, des Espagnols, etc., et non des Allemands. Quand ces derniers y arrivent, qu'on leur assigne pour habitation le sommet des montagnes.

Cas remarquable de maladie oculaire produite par une décharge d'électricité atmosphérique.

PAR M. CUTLER.

Le fait suivant n'est pas sans analogue dans la science ; mais ceux qu'on en pourrait rapprocher sont plutôt faits pour en augmenter que pour en diminuer l'intérêt. On peut se demander si c'est le courant électrique ou l'intensité de la lumière qui a produit dans ce cas l'affection dont M. L. a été atteint ; les faits connus peuvent appuyer également l'une ou l'autre alternative. On a remarqué que le plus souvent les individus qui sont anérythroptiques voient altérés le rouge et l'orange (rayons les plus réfrangibles), tantôt le bleu, l'indigo, le violet et le vert (couleurs les moins réfrangibles) ; le malade observé par M. Cutler voyait toutes les couleurs altérées à la fois.

M. L..., âgé de cinquante-un ans, lieutenant dans la garde belge, robuste et d'un tempérament nerveux, consulta l'auteur pour une lésion de la vision qui le rendait impropre à son service. Ayant toujours joui d'une excellente vue, il s'était trouvé surpris, six semaines auparavant, par un violent orage mêlé de coups de tonnerre. Soudain il tomba comme violemment frappé à la tête, après avoir vu une lueur extrêmement vive, suivie instantanément d'un éclat de tonnerre. De suite la vue fut abolie, et quand il rentra chez lui sa tête était tellement tuméfiée qu'il en fut très alarmé, et envoya chercher un chirurgien. Le gonflement occupait également toute la région crânienne. On lui pratiqua plusieurs saignées, et on lui fit des applications de sangsues et de ventouses scarifiées à la nuque. Sous l'influence de ce traitement, aidé d'autres moyens antiphlogistiques, le gonflement disparut par degrés au bout de quinze jours.

Cependant, l'amblyopie persistant, le malade reçut le conseil d'aller aux eaux de Spa, et ce fut avant de prendre ce parti qu'il vint se faire examiner par M. Cutler. Ses pupilles étaient très dilatées, lentes à se contracter, même sous l'impression d'une forte lumière, mais sans aucun changement dans les humeurs transparentes.

En le questionnant soigneusement, on reconnut qu'il était devenu nyctalopique ; les objets, avant le coucher du soleil, lui paraissaient enveloppés d'un épais brouillard, tandis que, depuis ce moment jusqu'au matin, il les apercevait de nouveau très distinctement. Soupçonnant une faible opacité centrale du système lenticulaire, M. Cutler l'examina à l'aide d'une loupe à diaphragme, puis le soumit à l'épreuve bien connue de Purkinje.

On ne put rien découvrir ; tous les tissus et milieux de l'œil furent trouvés transparents, et il ne resta par conséquent aucun doute que ce ne fût là un vrai cas de nyctalopie.

Une autre particularité attira alors l'attention de l'auteur ; le malade était en même temps anérythroptique. Voici l'appréciation qu'il faisait lui-même du changement survenu dans sa manière de percevoir les couleurs. Le rouge clair lui paraît jaune-pâle ; le rouge foncé, jaune-foncé ; l'orange, jaune ; le cramoisi, couleur de toile écrue ; le vert, blanc-grisâtre ou chocolat ; le brun de Van Dyk, jaune-bourbeux ; le carmin, gris-jaune ; cependant il distinguait facilement toutes les variétés de bleu. M. L. dit en outre que parfois, mais rarement, tous les objets blancs lui semblaient plus ou moins jaunes. J'ai oublié, ajoute l'auteur, d'observer que le vert que je lui présentai sur un fond blanc, et qu'il prît pour du blanc-grisâtre, était cependant entouré d'un cercle.

(*The Lancet*.)

Cours pratique sur les maladies de la peau,

Par M. le Dr DUCHESNE-DUPARC.

Traitement des gourmes chez les enfants.

(Deuxième article.)

Sans vouloir suivre l'achore dans ses différentes transformations, ce qui serait déroger au caractère de ce travail, nous ne pouvons cependant exposer son traitement sans accompagner ou même faire précéder nos différents préceptes thérapeutiques de considérations propres à les justifier et à faire apprécier leur importance pratique.

Des différentes formes de l'achore, la plus simple, et en même temps la plus bénigne, est celle que j'ai décrite sous le nom d'*achore lactumineux*, et qu'on appelle vulgairement *chapeau*, *croûte de lait* ; c'est le *lactumen de Manard*. Cette éruption, que Lorry regarde comme étant dans l'ordre de la nature, est commune à tous les enfants. Il est difficile de lui trouver un caractère morbide. On peut, sans le moindre danger, l'abandonner à elle-même dans tous les cas où, borné au vertex et à la partie chevelue de la tête, elle se rencontre sur un enfant issu de parents sains, soumis à une alimentation convenable, et dont les organes conservent d'ailleurs une parfaite intégrité.

Dans ce premier degré de l'achore, on peut déjà reconnaître les produits pustuleux qui le caractérisent ; mais pour cela il faut examiner de près et avec attention les surfaces malades, et souvent même il est indispensable de s'aider d'une bonne loupe. C'est l'humeur de ces petites pustules qui, en se mêlant à celle de la perspiration si active dans le premier âge, surtout à la tête, et à la matière sébacée, forme les croûtes lactumineuses ; et, ce qui prouve que ces croûtes doivent être distinguées des simples couches de crasse qu'on trouve sur la tête de beaucoup d'enfants négligés et mal tenus, c'est qu'on les voit se renouveler peu de temps après qu'elles ont été détachées, tandis que les dernières ne reparaissent plus une fois tombées, surtout si le défaut de soins et de propreté fait place à une intelligente sollicitude. Elles ne sont d'ailleurs jamais accompagnées de produits pustuleux.

Le *lactumen*, malgré sa constante innocuité, est toujours compliqué d'un symptôme contre lequel il faut souvent diriger quelques soins particuliers ; je veux parler de la démangeaison. Chez un grand nombre d'enfants, le prurit semble ne pas exister tant qu'ils ont la tête couverte ; mais si l'air vient à frapper le cuir chevelu, ils s'empressent aussitôt d'y porter la main et de se gratter.

Et la preuve que la présence sur la tête d'un bonnet ou d'une coiffe engourdit plutôt qu'elle ne dissipe la démangeaison, c'est que celle-ci reparaît sous l'influence du frottement le plus léger, et qu'il n'est guère d'enfants qui ne témoignent le sentiment du bien-être et du soulagement chaque fois qu'on exerce de légères frictions sur les parties où siége l'éruption.

Je pense qu'en pareil cas, il faut s'en tenir à des soins extérieurs. Ainsi, chaque jour, on nettoie la tête avec un peigne fin, passé légèrement et avec précaution sur les points où les squames et les furfures se montrent plus disposés à se détacher. On se trouve mieux encore, pour cet usage, d'une brosse douce et flexible comme celle de chiendent ou de blaireau. Il faut éviter d'arracher avec violence les lamelles qui adhèrent trop fortement à la peau ; car, outre la douleur vive qui en résulterait pour le petit malade, cet enlèvement ne pourrait s'opérer sans excoriation du derme ; et la présence d'une plaie, telle peu étendue et superficielle qu'on la suppose, deviendrait, pour quelque temps du moins, un obstacle à la continuation des soins que j'indique.

Il importe de faciliter la chute des produits lactumineux, soit à l'aide de fomentations douces et tièdes avec une décoction de son ou de racine de guimauve, ou une infusion de fleurs de sureau, etc., soit par de légères onctions avec de l'huile d'olive ou d'amande douce, de beurre très frais ou de saindoux, etc. Je préfère, en général, cette dernière substance, en ce qu'elle passe moins promptement à la rancidité.

Ces frictions doivent être pratiquées avec les doigts, autour desquels est roulé un linge fin. Il faut toujours éviter d'appuyer assez fortement pour détacher l'épiderme.

Une éponge douce et fine est le meilleur moyen à employer pour les lotions. Il faut se contenter d'humecter les croûtes, sans laver à grande eau le cuir chevelu. Des lotions étendues et souvent répétées auraient pour inconvénient de ramollir les couches extérieures du derme, d'ôter aux follicules le ton qui leur est nécessaire, et d'exposer la peau à devenir le siége d'un engorgement.

Inutile d'ajouter que la tête doit être essuyée aussitôt après chaque lotion, de même qu'il faut, avant une nouvelle friction, enlever les parties grasses qui pourraient rester de l'onction précédente.

C'est avec ces précautions faciles et peu nombreuses qu'on entretiendra dans des limites convenables ce premier degré du lactumen, qui disparaît de lui-même à mesure que les cheveux poussent et se multiplient.

Ces soins ont pour autre avantage de favoriser la perspiration et les sécrétions sébacées, en enlevant chaque jour les sordidités qui peuvent obstruer l'orifice des canaux sécréteurs.

Les ablutions et les bains conviennent parfaitement au premier âge. Tous les médecins, et jusqu'aux philosophes qui ont traité les questions de civilisation et d'hygiène nationale, en reconnaissent la nécessité.

Les nombreux lecteurs de J.-J. Rousseau savent combien cet homme célèbre recommande, dans son *Emile*, de baigner fréquemment les enfants dès les premiers temps de leur naissance, et de les habituer de bonne heure à tous les soins d'une extrême propreté.

Ces quelques prescriptions suffisent au traitement du premier degré de l'achore ; mais il est des cas où le mal réclame, par son étendue, l'abondance de ses produits, l'injection et la sensibilité des régions qu'il occupe, des moyens plus actifs : je les indiquerai dans mon prochain article.

NOUVELLES.

M. Jobert (de Lamballe) vient de recevoir la croix de commandeur de la Légion-d'Honneur ; c'est, à notre connaissance, le seul médecin civil, avec M. Orfila, qui soit décoré de la croix de commandeur. Comme une bonne fortune n'arrive jamais seule, l'habile praticien a pris possession hier de son service à l'Hôtel-Dieu.

— M. Nélaton fera après-demain, à l'hôpital Saint-Louis, deux opérations importantes : l'une sur un malade affecté d'une dégénérescence de la commissure des lèvres ; l'autre sur le jeune homme opéré pour cette hernie si remarquable dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 20 JUIN 1849.

Marche du choléra.

La décroissance de l'épidémie dépasse pour ainsi dire nos espérances. Avant-hier le nombre des entrées dans les hospices et hôpitaux civils s'est maintenu à peu près au chiffre des deux jours précédents; mais hier ce chiffre a considérablement diminué, et est descendu au-dessous des meilleurs jours que nous ayons eus depuis le début de l'épidémie.

Voici les chiffres des deux journées :

	Entrées	Décès
Journée du 18 juin	112 entrées (1),	69 décès.
— 19	66 —	43
Total	178	112

Les hôpitaux militaires et la ville ont éprouvé une diminution tout à fait analogue. Le *Moniteur* donne les chiffres suivants pour les décès à domicile du 15 et du 16 :

Journée du 15 juin	108 (2)
— 16	118
— 17 (3)	122
Total	348
Total des décès dans les hôpitaux	6196
Total des décès à domicile jusqu'au 17 inclusivement	8622
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie	14798

Hospices.	Nombre de cas.	Décès.	Sorties.
Salpêtrière	1661	1205	248
Bicêtre	384	205	208
Ménages	116	112	29
Incurables (hommes)	44	41	48
Incurables (femmes)	43	40	4
Larochefoucauld	5	3	»
Sainte-Périne	12	6	3
Hôpitaux civils.			
Hôtel-Dieu	1912	874	833
Charité	703	434	224
Pitié	1005	527	345
Saint-Louis	1105	551	387
Beaujon	632	322	215
Necker	327	163	132
Enfants-Malades	139	68	62
Enfants-Trouvés	1	1	»
Saint-Antoine	264	150	84
Cochin	176	82	79
Sainte-Marguerite	221	116	71
Bon-Secours	251	126	55
Cliniques	49	35	»
Maison d'accouchement	3	1	»
Hôpital du Midi	1	»	»
Lourcine	129	60	26
Maison de Santé	194	76	67
Hôpitaux militaires.			
Invalides	109	70	18
Val-de-Grâce	996	275	522
Gros-Caillou	897	335	484
Hôpital militaire du Roule	491	241	165
Hôpital milit. Popincourt	142	77	»
Total,	12012	6196	4309

(1) L'élévation de ce chiffre vient de ce que 23 cholériques entrés à l'hôpital de Lourcine les jours précédents n'avaient pas été déclarés à l'administration, par suite d'un malentendu de la part du directeur de cet établissement.

(2) Ce chiffre, donné incomplétement par le *Moniteur* du 17, n'a pas été rectifié, le journal officiel du 18 n'ayant donné aucun relevé et n'étant pas revenu sur cette journée dans les numéros suivants.

(3) Le chiffre des décès à domicile signalés pour le 18, ne s'élève qu'à 66; mais ce relevé est encore incomplet.

(*Moniteur* du 20 juin.)

Nous avons déjà eu l'occasion d'arrêter notre attention, non pas sur l'immunité absolue, mais sur l'immunité relative dont la population des prisons a joui pendant l'épidémie de 1832. Cette même immunité semble devoir se reproduire en 1849. Les deux prisons militaires offrent surtout jusqu'à présent un exemple remarquable de cette immunité. Un seul cas de choléra s'y est déclaré et s'est terminé par la mort le quatrième jour.

On s'est plu à penser que cet heureux résultat était dû à la vigilance que met l'administration à assurer la salubrité des eaux et les soins de toute nature. Tout en approuvant comme elle le mérite une telle vigilance, on ne peut s'empêcher de voir une illusion dans une opinion semblable. Dans certains établissements, la Salpêtrière, par exemple, les soins de toute nature ne sont pas moins bien administrés que dans les prisons; ce qui n'a pas empêché ces établissements d'être décimés par l'épidémie. La véritable application de ce fait semble se trouver, dans l'état actuel de la science, dans l'extrême régularité de vie de la population des prisons civiles comme celle des prisons militaires.

Nature et traitement du choléra.

Nous recevons de notre estimable confrère M. Lecœur, professeur de matière médicale à l'Ecole préparatoire de Caen, une communication qu'il nous est impossible d'insérer tout entière, mais dont nous extrayons les propositions suivantes :

Le choléra est une névrose dont le siége primitif est dans le nerf trisplanchnique, et qu'on devrait appeler *neurosplanchnose.*

La formule suivante doit constituer une des meilleures médications contre le choléra :

Chlorure d'or	5 centigrammes.
Strychnine	5
Musc	5 décigrammes.

Miel, sirop, savon, *ad libitum.*

M. S. L. et divisez en 10 pilules, à prendre par intervalles variables de 1/4 à une heure. La brucine pourrait être substituée à la strichnine.

Il ne faut pas négliger l'emploi des autres moyens généralement usités.

Comme moyen d'amener la réaction, on peut donner le lavement suivant :

Gousses d'ail	no 6 à 10.
Eau commune	100 grammes.

Exprimez et passez.

Comme prophylaxie, le meilleur moyen que l'on puisse employer est le sulfate de quinine.

Séance de l'Académie de Médecine.

La commission du choléra a encore une fois trompé l'attente du public. Malgré l'invitation toute spéciale qu'elle avait reçue de l'Académie, de faire au plus tôt un rapport sur la question de la contagion, elle ne s'est point encore rendue à ce désir, soit qu'elle ne se soit pas encore trouvée suffisamment éclairée pour formuler son opinion, soit qu'elle ait eu quelques scrupules de livrer en ce moment la question de la contagion à une discussion publique. Le rapport de la commission, en tout cas, a fait défaut. La séance a été d'un calme remarquable, et n'est pas arrivée sans peine jusqu'à quatre heures et demie, même avec le secours d'une assez longue lecture de M. Devilliers fils. Cette lecture, trois rapports sur des remèdes secrets et une courte communication sur la propagation du choléra, par M. Gaultier de Claubry, un très court rapport de M. Collineau sur le traitement de la dysenterie chronique, et enfin un rapport également assez court de M. Bousquet sur la théorie des fièvres intermittentes, tels sont les objets qui ont rempli cette séance. Ils étaient suffisants, assurément, pour alimenter une discussion de quelques heures; mais l'Académie a préféré les laisser passer sans leur accorder une grande attention. M. Rochoux a seul fait une légère objection à M. Bousquet, objection qui aurait été parfaitement fondée si M. Bousquet l'avait méritée; mais les deux honorables académiciens étaient d'accord sur le point soulevé par M. Rochoux.

Dans son rapport, M. Bousquet n'a pas eu de peine à soutenir la doctrine de l'intoxication dans les fièvres intermittentes. Cette doctrine est d'une telle évidence, qu'on peut dire, avec M. Bousquet, qu'il faut quelque courage pour oser soutenir aujourd'hui la doctrine, l'hypothèse singulière, de l'irritation. Nous avouons que nous-même n'avons pas vu sans une certaine surprise cette hypothèse soutenue par un homme aussi distingué que M. Bonnet, de Bordeaux. Cette hypothèse ne nous paraît plus aujourd'hui même digne d'être discutée.

Nous n'insisterons pas sur la communication de M. Gaultier de Claubry, quoiqu'elle touche à une question importante; mais les renseignements comme ceux qu'il a communiqués n'ont de véritable valeur qu'alors qu'ils sont accompagnés de tous les détails nécessaires pour leur donner une extrême précision. M. Gaultier a annoncé que le Conseil de salubrité s'occupait activement de constater tous les faits dans leur plus rigoureuse exactitude; c'est seulement lorsque ce travail sera terminé que nous pourrons en juger définitivement la valeur.

La communication de M. Devilliers fils avait pour objet une question qui n'est pas sans intérêt, et qui a été soulevée à propos de bien des maladies aiguës et chroniques : la grossesse et le travail de l'accouchement ont-ils une influence sur la marche et sur la gravité du choléra? M. Devilliers n'a trouvé aucune difficulté à résoudre cette question par l'affirmative. De ce que, chez une femme dont il rapporte l'observation, une rémission des symptômes cholériques a coïncidé avec le commencement du travail puerpéral, de ce que, dans quelques autres cas, fort incomplétement observés, on a cru faire la même observation, l'auteur se croit suffisamment autorisé à conclure que non-seulement le travail naturel de l'accouchement a une influence très favorable sur la marche et l'issue du choléra, mais encore que l'on doit provoquer l'accouchement artificiel toutes les fois qu'une attaque de choléra se manifeste chez une femme enceinte et qui approche du terme de la grossesse. Le travail provoqué serait, dans ce cas, le meilleur mode de traitement de la maladie. L'auteur n'a évidemment pas réfléchi d'une manière suffisante sur la manière dont on arrive, dans les sciences d'observation, à la connaissance de la vérité. On pourrait opposer au fait qu'il a rapporté un autre fait où les symptômes cholériques ont semblé prendre plus d'intensité pendant le travail de l'accouchement, et conclure que la parturition aggrave le choléra; mais la vérité ne s'accommode ni de l'une ni de l'autre de ces manières de voir. Pour conclure dans un sens comme dans l'autre, il faudrait recueillir scrupuleusement un nombre suffisant de cas de choléra survenus pendant la grossesse et l'accouchement, les comparer les uns aux autres, ainsi qu'aux attaques de choléra survenues dans des conditions différentes. De cette manière seulement on pourra arriver à des conclusions exactes, et partant, d'une application utile dans la pratique; car, il ne faut point l'oublier ou le méconnaître, si toutes ces déductions prématurées tirées de faits incomplets et souvent inexacts sont le plus grand obstacle au progrès de la science, elles sont aussi une source féconde d'embarras, d'incertitudes, d'erreurs graves pour le praticien; et, sous tous les rapports, il est de la plus haute importance de renoncer à une telle méthode, et de rentrer dans la voie logique et rigoureuse à laquelle sont dus les admirables progrès des sciences physiques, et même de quelques sciences morales, dans ces derniers temps.

Si M. Devilliers n'avait communiqué son observation à l'Académie que comme simple document, il aurait parfaitement rempli son but, cette observation ayant un intérêt réel; mais en cherchant à en tirer des conclusions générales, il a plutôt diminué qu'augmenté la valeur de son travail.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Nélaton.

Encéphaloïde du corps thyroïde remarquable par la rapidité de son développement.

Le cancer encéphaloïde se distingue des autres cancers, entre autres particularités, par la rapidité de son développement. Cependant cette rapidité se renferme presque toujours dans des limites qui ne permettent pas de confondre l'affection encéphaloïde avec une maladie aiguë ou même sub-aiguë, telle qu'une inflammation. Les exemples où une telle confusion aurait pu être faite sont excessivement rare dans la science, et à ce titre le fait que nous avons pu observer dans le service de

M. Nélaton est digne de toute l'attention des praticiens.

M. N...., cultivateur, âgé de cinquante-quatre ans, entré le 5 juin à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, n° 55, est affecté d'une volumineuse tumeur du cou, sur le développement de laquelle on obtient les renseignements suivants, sur l'exactitude desquels on ne peut avoir aucun doute, M. Nélaton ayant été appelé à voir le malade quelques jours après le début des premiers symptômes.

Au commencement de février 1849, M. N... jouissait encore d'une excellente santé; aucune gêne, aucun gonflement n'existait du côté du cou; la respiration et la déglutition s'accomplissaient d'une manière normale; aucune inflammation n'avait jamais eu lieu dans la région qui est actuellement le siége d'une si volumineuse tumeur. La santé du malade, qui est d'une constitution robuste, était d'ailleurs très bonne habituellement.

Dans le courant du mois de février, un jour même que le malade se rappelle d'une manière très précise, il commença à éprouver des douleurs vers la région thyroïdienne, douleurs qui furent bientôt suivies d'une légère tuméfaction.

Au bout de quelques jours ces phénomènes ayant augmenté d'intensité, un médecin fut appelé, qui crut voir là les symptômes d'une thyroïde, et les combattit en conséquence par les sangsues, les cataplasmes, le régime et les délayants. Ces moyens n'arrêtèrent point la marche de la maladie, et ce fut à cette époque que M. Nélaton fut appelé près du malade. Ce chirurgien put constater l'ensemble des phénomènes morbides que nous avons énumérés, et lui-même, sans se prononcer d'une manière absolue sur le diagnostic, reconnut cependant que l'on pouvait avec des raisons suffisantes croire à l'existence d'une inflammation du corps thyroïde. Plus tard le malade fut perdu de vue par M. Nélaton, et ce n'est que dans ces derniers jours qu'il l'a revu dans l'état où il se trouve habituellement.

Au-devant et sur la partie moyenne du cou, existe une tumeur qui s'étend de haut en bas depuis le menton jusqu'auprès de la partie supérieure du sternum, et qui, latéralement, s'étend de chaque côté jusque vers les apophyses transverses cervicales. En avant, cette tumeur fait une saillie sphéroïdale très prononcée vers la partie moyenne, et qui, vers la partie supérieure, est encore assez considérable pour dépasser le niveau du menton.

La peau qui recouvre cette tumeur n'a pas encore changé de couleur; mais elle est parcourue par des veines volumineuses qui se dessinent par une saillie et une couleur bleuâtre très prononcées. La forme extérieure de cette tumeur est assez uniformément sphéroïdale; mais, lorsqu'on la palpe, on sent qu'elle se compose de lobes très inégaux en volume et de consistance très variable; dans certains points, on perçoit la sensation que donnerait un corps cartilagineux, tandis que dans d'autres points la consistance est molle ou même tout à fait liquide.

La respiration est difficile et nécessite des efforts de la part du malade; la déglutition est également gênée, mais cependant encore possible, même pour les aliments solides. La circulation s'exécute encore d'une manière à peu près normale; le pouls n'offre pas d'altération sensible.

A ces caractères, on ne peut douter de l'existence d'une tumeur encéphaloïde, dont le siége primitif est sans doute le corps thyroïde, ainsi que cela a presque constamment lieu pour les encéphaloïdes qui se développent dans cette région.

L'issue de cette maladie n'est que trop facile à prévoir : ou bien elle s'ulcérera, et deviendra le siége d'une suppuration et d'hémorrhagies qui affaibliront successivement le malade au point de le conduire au tombeau par une émaciation progressive; ou bien la tumeur finira par comprimer le conduit aérien de manière à causer une asphyxie. Ce n'est donc ni sur le diagnostic, ni sur le pronostic actuels de cette tumeur que l'on peut avoir des doutes. Mais il est intéressant de reporter un instant son attention sur le diagnostic et sur le pronostic de cette maladie au moment où les premiers symptômes s'en sont manifestés.

A cette époque sans doute il était assez naturel de croire à l'existence d'une maladie peu grave, et qui surtout serait loin de compromettre les jours du malade, et cependant les événements ont donné à cette opinion, en apparence très rationnelle, le plus cruel démenti. Les faits du genre de celui qui précède, quoique constituant de rares exceptions, méritent cependant d'être connus et de n'être point perdus de vue. Outre qu'il est souvent très important pour les familles d'être éclairées sur l'issue probable de la maladie d'un de ses membres, il n'est pas sans importance non plus pour la considération de l'art que le médecin sache prévoir toutes les éventualités qui peuvent survenir, et qu'il ne donne pas légèrement des assurances que les événements viendront démentir.

Quant au traitement qu'on peut opposer actuellement à cette affection, il est évident qu'il ne peut être aujourd'hui que palliatif : le développement de la tumeur, la largeur de sa surface d'implantation, le nombre considérable de vaisseaux qui la parcourent, l'importance des organes qu'elle environne éloignent également toute idée d'opération. Peut-être cette idée aurait-elle pu être discutée il y a deux ou trois mois, quoique les opérations dans les cas où les cancers marchent avec une telle rapidité ne servent ordinairement qu'à accroître les insuccès de la médecine opératoire.

Affection organique de l'utérus se traduisant spécialement par des symptômes du côté de la vessie.

Au n° 8 du pavillon Saint-François est entrée avant-hier une malade qui mérite également de fixer l'attention des praticiens.

C'est une femme âgée de quarante et un ans, tisseuse, habitant la ville de Reims. Elle a toujours été parfaitement réglée, a eu deux enfants venus à terme et deux fausses couches; avant la maladie dont elle est affectée actuellement, jamais elle n'avait gardé le lit pour cause de maladie. Sa constitution est très robuste, son tempérament en apparence sanguin.

Il y a vingt mois que, pour la première fois, elle commença à éprouver des douleurs dans la région hypogastrique; pendant sept mois, ces douleurs ne l'empêchèrent pas de se livrer à ses travaux; mais, après ce temps, elles devinrent si vives qu'elle dut s'abstenir de travailler; ces douleurs étaient surtout très violentes quand la malade allait à la garde-robe; elles rappelaient alors les douleurs expulsives de l'enfantement.

A ces douleurs vinrent bientôt se joindre des difficultés pour uriner, puis des envies fréquentes et irrésistibles de rendre les urines; ces envies finirent par se renouveler si fréquemment, que la malade ne pouvait rester plus de dix minutes à un quart d'heure sans uriner; la miction s'accompagne de vives douleurs dans la région vésicale, et est suivie de *battements* dans la même région. La quantité des urines rendues à chaque miction est naturellement très peu considérable, et n'offre d'altération qu'un léger trouble semblant produit par du mucus; quelquefois elles contiennent une certaine proportion de sang.

Des douleurs analogues à celles de la vessie se font sentir vers l'anus, où existent des hémorrhoïdes qui fluent de temps en temps. Les règles ont complétement cessé depuis huit mois, et aucune trace d'écoulement, de quelque nature que ce soit, ne s'est fait depuis cette époque par les parties génitales.

La malade a pris une foule de médicaments internes; elle a été examinée plusieurs fois au spéculum par des hommes instruits; son état, loin de s'améliorer, s'est continuellement aggravé.

Le toucher, pratiqué à la fois par le rectum et le vagin, fait reconnaître à la partie postérieure du col de l'utérus un corps dur, présentant à sa surface plusieurs mamelons du volume des extrémités des doigts, paraissant dépendre du corps de l'utérus, et se prolongeant en arrière et à droite vers la région sacrée, à travers le tissu cellulaire du bassin. L'utérus, qui paraît comme enclavé entre ce corps et le pubis, est fixe dans le bassin, et ne paraît être que peu augmenté de volume, car on ne peut le sentir à travers les parois abdominales lorsqu'on cherche à le soulever par le vagin. Lorsqu'on cherche à refouler la tumeur vers la région sacrée, on ne provoque aucune sensation d'engourdissement dans la jambe droite, ce qui indique que les nerfs sacrés sont à l'abri de la compression.

Quels doivent être le diagnostic et le pronostic d'une telle tumeur? Quel traitement convient-il de lui appliquer? M. Nélaton ne s'est point encore prononcé sur ces questions. Nous tiendrons nos lecteurs au courant des suites de ce fait intéressant.

Recherches sur le fongus bénin du testicule,

Par M. JARJAVAY,

Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien du Bureau central des hôpitaux.

(Suite du numéro précédent.)

Diagnostic. — On a longtemps cru, dit M. Jarjavay, que le fongus bénin du testicule était une tumeur cancéreuse; l'erreur s'explique d'autant mieux que les progrès de l'anatomie pathologique sur les tissus hétéromorphes sont encore récents.

Que l'encéphaloïde ou le squirrhe soient soumis à une compression, jamais celle-ci ne développera en eux cette douleur accablante que fait sentir le testicule fongueux. Il est vrai qu'un sentiment de gêne, un poids très incommode tourmentent les malades dans les deux cas; mais le cancer est traversé par des douleurs lancinantes qui n'appartiennent qu'à lui. D'ailleurs, il ne suinte pas de la surface du fongus une sanie d'une odeur repoussante; on ne voit pas non plus d'hémorrhagies se déclarer pendant son développement. Les excroissances qui s'élèvent des ulcérations de l'encéphaloïde saignent, au contraire, très fréquemment; elles sont molles, très friables, tandis que le fongus bénin est dur, très résistant. Les ganglions lymphatiques sont souvent affectés dans les cas de tumeur carcinomateuses. Dans aucun des fongus bénins, les ganglions n'ont été engorgés. Il serait possible néanmoins que ceux de l'aine fussent tuméfiés et enflammés; car ils reçoivent les vaisseaux lymphatiques qui partent du scrotum. Il ne faudrait point chercher un symptôme différentiel dans l'engorgement du cordon, puisque cette tuméfaction peut accompagner le fongus bénin comme le cancer. L'aspect de l'ulcération présente, au contraire, des caractères différentiels; dans le cas de cancer, elle ne repose point sur une tumeur étranglée vers sa base, et elle ne supporte point des granulations régulières et rouges en général; c'est l'opposé pour le fongus.

Les diverses tumeurs ulcérées du scrotum ne pourraient non plus être confondues avec lui; car un examen tant soit peu attentif permettra de constater que les bourses sont perforées, et que le point d'implantation du parasite est sur la glande séminale.

Si le fongus est encore petit, on pourrait prendre facilement la tumeur formée par les tubes séminifères et les produits de l'inflammation pour les fongosités qui peuvent s'élever de la surface de la tunique albuginée, c'est-à-dire qu'il n'est pas toujours aisé de déterminer si la tumeur est superficielle ou parenchymateuse. Dans ces cas douteux, on devra consulter les symptômes commémoratifs. Les bourses ayant reçu une contusion, une tuméfaction bien limitée en a-t-elle été le résultat, ou bien une inflammation chronique causée par une blennorrhagie s'est-elle emparée du testicule pendant quelque temps, et par la suite une ulcération s'étant formée sur le scrotum, un fongus a-t-il apparu, tout portera à croire que la pulpe du testicule s'est échappée au travers d'une ulcération de la tunique fibro-séreuse. Si, au contraire, c'est pendant la suppuration d'une plaie du scrotum avec perte de substance ou après la chute d'une escbare de cette partie que se sont élevées des fongosités, il sera présumable que la tumeur est superficielle. D'ailleurs, une compression exercée sur le fongus provoquera la douleur caractéristique, tandis qu'elle ne la produira point si la tumeur est uniquement constituée par des bourgeons charnus qui ont végété sur la tunique vaginale.

Pronostic. — D'après les considérations qui ont été exposées dans le cours de ce Mémoire, on voit que le pronostic des fongus dont il est ici question ne présente point de gravité; il varie suivant les diverses époques du développement de la tumeur. En effet, la nature de ces fongus est tout à fait bénigne. Uniquement constitués par du tissu fibro-plastique et par la matière jaune, masse compacte qui empâte les vaisseaux hypertrophiés et les conduits séminifères, ils ne dégénèrent point en cancer. Les erreurs de diagnostic souvent commises ont permis l'analyse de ces fongus, et cette analyse a justifié la proposition précédente. La gravité du pronostic dépend de l'état plus ou moins avancé de la maladie. Quand le fongus commence à sortir à travers l'enveloppe fibreuse ulcérée, on peut espérer de prévenir les désordres qui résulteraient de l'issue d'une trop grande quantité du parenchyme. Si, au contraire, la tumeur est très grosse; si le volume du testicule est réduit des trois quarts, ce serait en vain qu'on chercherait à conserver la glande dans toute son intégrité. La castration pourrait être évitée sans doute; mais les débris du testicule ne seraient plus qu'une petite masse dure, inhabile à sécréter le liquide spermatique, c'est-à-dire que, sous le point de vue de ses fonctions, la perte du testicule serait consommée.

La cause qui a occasionné le développement des fongus bénins du testicule modifie puissamment encore le pronostic. La tumeur étant même peu volumineuse, il peut se faire que le testicule soit déjà détruit, si des tubercules nombreux en ont envahi le parenchyme. Le fongus n'est alors qu'un accident qui s'est produit dans le cours d'une maladie déjà grave par elle-même. Quand une inflammation chronique est le point de départ du mal, on peut espérer qu'en diminuant l'intensité de la cause par des moyens appropriés les dangers deviendront moindres. Enfin, si le fongus est superficiel, le pronostic ne sera point alarmant, puisque les vaisseaux séminifères ne seront point endommagés, alors que l'excision ou la cautérisation seront employées pour obtenir la guérison. Une question importante se présente cependant; c'est celle de savoir si le fongus superficiel, abandonné à lui-même, ne peut point, par suite de l'usure de la tunique albuginée, donner naissance à un fongus parenchymateux. L'observation ne me paraît pas avoir fourni les faits nécessaires pour la résoudre.

(La fin au prochain numéro).

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 juin 1849. — Présidence de M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance officielle comprend les pièces suivantes :

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce avec envoi d'un rapport de M. Buron, médecin des eaux minérales de Cauterets, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1848;

2° Une lettre du même ministre avec envoi de deux rapports rédigés par M. Pujade, médecin à Amélie-les-Bains, sur une épidémie de variole qui a régné à Prats-de-Mollo (Pyrénées-Orientales) en 1848 et 1849;

3° Le même ministre transmet la recette d'une mixture anticholérique;

4° Une lettre du ministre de l'instruction publique avec envoi d'une communication de M. Humain, qui propose de brûler dans les rues de Paris une certaine quantité de poudre « *autant pour diminuer que pour anéantir* » le choléra.

—La correspondance manuscrite comprend plusieurs communications :

Traitement de la suette miliaire par le froid.

M. Ravin, correspondant de l'Académie, à Saint-Valery-sur-Somme, envoie une note sur un traitement très sûr de la suette miliaire; ce traitement consiste dans l'emploi méthodique du froid.

Quand les malades n'ont encore que la sueur, on les fait lever à l'instant même, ou tout au plus on les laisse couchés sur leur lit à demi couverts d'un léger drap.

Ceux dont l'éruption est plus avancée ne doivent être découverts que graduellement; on doit combiner néanmoins leur refroidissement pour que la sueur n'existe plus au bout d'une heure. On les fait alors changer de chemise, puis de lit.

Quand une fois la sueur est supprimée, on tient les malades très légèrement couverts. On doit les veiller pour les refroidir au besoin la nuit; on entretient des courants d'air frais dans la chambre et l'on donne des boissons froides.

Quand une complication survient, il faut la traiter par les moyens appropriés, mais en conservant autant que possible la fraîcheur autour des malades.

Influence du choléra sur les opérations.

M. Le Roy-d'Etiolles annonce que, sous la constitution actuelle, les opérations ont moins de succès que dans les temps ordinaires.

Onguent mercuriel contre le choléra.

M. Wanner annonce qu'il a retiré de très bons effets de l'onguent mercuriel employé par la méthode endermique dans le traitement du choléra.

Mode d'action des armures métalliques contre les crampes cholériques.

M. Burq écrit pour réfuter l'explication de M. Gibert, qui pense que les armures métalliques n'agissent que par la compression lorsqu'elles font cesser les crampes; M. Burq croit qu'elles agissent en développant un courant électrique; ce qui tend à démontrer cette opinion, c'est qu'elles n'ont d'effet qu'autant qu'un conducteur humide existe entre la peau et les armures.

Phosphore contre le choléra.

M. Delanoix, professeur de matière médicale à Besançon, pense qu'il serait utile d'employer contre le choléra la teinture éthérée de phosphore.

Combustion des bois résineux prophylactique du choléra.

M. Letellier, de Saint-Leu-Taverny, continue à croire que la combustion des bois résineux dans les rues ferait cesser *immédiatement l'épidémie et même la mortalité.*

Sulfate de quinine prophylactique du choléra.

M. Delfraysse croit devoir « proposer à tous les individus qui sont sur le théâtre de l'épidémie l'usage du sulfate de quinine pendant six à huit jours, et il a la conviction que ce moyen arrêtera l'épidémie ou du moins la mortalité. »

Nature du choléra. — Le phosphore prophylactique de cette maladie.

M. Lepetit, de Poitiers, communique quelques faits tendant à prouver que le choléra est produit par la diminution du fluide électrique.

Il établit ensuite un parallèle entre le fluide électrique, duquel il résulte que ces deux agents ont les mêmes caractères physiques, les mêmes effets physiologiques; d'où l'honorable praticien conclut qu'en électrisant artificiellement le corps humain par l'administration du phosphore, on préviendrait le choléra comme on prévient la variole en donnant par la vaccination une petite-vérole artificielle.

Ipécacuanha contre le choléra.

M. Bauhit, de Narbonne, croit devoir appeler l'attention de l'Académie sur les bons effets qu'il a obtenus de ce médicament dans le traitement du choléra.

Traitement du choléra.

M. Bonnafont, chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'Arras, communique une note qui a pour but de démontrer que, non-seulement aucun des prétendus *spécifiques* du choléra n'a produit de bons effets dans le traitement de cette maladie, mais encore qu'aucune *médication* n'a eu d'avantage sur une autre. Cette conclusion est basée sur la mortalité des différentes localités, et qui est à peu près la même partout.

Contagion du choléra.

M. Juste fils, médecin à Villeneuve-sur-Vannes (Yonne), écrit qu'une femme, partie de cette localité avec un peu de diarrhée, alla chercher un nourrisson à Paris, rue Sainte-Apolline; la diarrhée s'accrut, et quand elle revint de Paris, une attaque de choléra moyen, mais bien dessiné, se déclara. La femme ne succomba pas. Son mari fut atteint et mourut. Le lendemain le nourrisson fut pris, et mourut également. Une jeune voisine de vingt-trois ans, « qui était venue voir le mari pendant sa maladie, après cinq jours de diarrhée, fut prise et succomba en huit heures. » La mère de celle-ci la suivit de près. Une autre voisine, qui demeurait dans la même cour que le ménage attaqué d'abord, a eu la diarrhée pendant plusieurs jours. Depuis trois semaines que le malade a succombé, aucun nouveau cas ne s'est manifesté dans le pays.

En présence de ces faits, l'auteur avoue qu'il ne peut se défendre de croire à la contagion.

— La parole est à M. Roux à propos de la correspondance.

Le nombre des opérations que j'ai pratiquées depuis que l'épidémie a acquis une certaine intensité n'est pas très considérable, et cela se conçoit; non-seulement beaucoup de nos lits sont occupés par des cholériques, mais encore nous-même engageons autant que possible les malades à ne point séjourner à l'hôpital dans des circonstances comme celles où nous nous trouvons, et à retarder l'époque des opérations lorsqu'il n'y a pas absolument urgence. Cependant, tout en déclarant que j'ai obéi à une impulsion que je crois générale chez les chirurgiens, je dois dire aussi que, dans le petit nombre d'opérations que j'ai pratiquées, je n'ai nullement observé une gravité inaccoutumée dans ces opérations; je dirai même, si l'on pouvait conclure quelque chose d'un aussi petit nombre de faits, que les résultats ont été plus heureux depuis quelque temps qu'ils ne le sont habituellement.

M. le Président ajoute quelques mots dans le même sens que M. Roux.

— M. Gaultier de Claubry lit trois rapports sur des remèdes secrets. Les conclusions sont qu'il n'y a pas lieu d'appliquer les dispositions favorables du décret de 1810. Ces conclusions sont adoptées.

Avant de quitter la tribune, ajoute le même membre, je dois quelques mots d'explication sur les renseignements statistiques que j'ai donnés à l'Académie dans la dernière séance. Suivant M. Devilliers, ces renseignements n'auraient pas été très exacts, et la mortalité aurait été considérable dans les rues où j'ai dit qu'il y avait eu très peu de cholériques. Voici quelques chiffres sur l'exactitude desquels on ne pourra élever le moindre doute, et qui répondront suffisamment aux objections faites par M. Devilliers.

L'auteur rapporte ici des chiffres que nous ne pouvons saisir, mais desquels il résulte que des quatre quartiers du 12e arrondissement, celui du Jardin-des-Plantes, comprenant les rues dont il a été question dans la dernière séance (la rue Saint-Victor et les rues qui de celle-ci vont à l'Ecole polytechnique), a été le moins maltraité de tous, à beaucoup près. Viennent ensuite le quartier Saint-Jacques, le quartier de l'Observatoire, puis enfin le quartier Saint-Marcel.

A propos de ce dernier quartier, dit M. Gaultier, je ferai remarquer que, suivant une opinion assez généralement admise, le choléra suit ordinairement les cours d'eau, et qu'on n'a pas manqué d'attribuer la mortalité prédominante du quartier Saint-Marcel à ce qu'il est traversé dans toute sa longueur par la petite rivière de Bièvre. Eh bien! je ferai remarquer que les rues qui avoisinent la rivière ont été en général moins maltraitées que les autres, et que la rue Croulebarbe en particulier, qui longe la Bièvre dans toute sa longueur, n'a offert que trois malades et deux décès.

M. Moreau. Pour que les documents que M. Gaultier vient de nous communiquer eussent tout l'intérêt possible, il faudrait mettre en regard du nombre des malades et des morts de chaque quartier la population de ce quartier.

M. Gaultier. C'est ce dont s'occupe en ce moment la commission de salubrité; mais ce travail ne peut être fait du jour au lendemain. Je n'ai donné ces détails que pour détruire les objections de M. Devilliers. J'ajouterai cependant, sans pouvoir donner de chiffre précis, que le quartier du Jardin-des-Plantes est un des plus populeux, particulièrement dans les rues dont j'ai parlé.

Traitement de la dysenterie et de la colite chroniques par la phlébotomie.

M. Collineau lit, en son nom et au nom de M. Louis, un rapport sur des observations de M. Peysson, ayant pour titre: *Dysenteries et colites chroniques ou tendant à la chronicité, ayant résisté longtemps à tout traitement, et guéries sur-le-champ par la phlébotomie.* Ce travail se compose de trois observations, dont les deux premières se rapportent à des dysenteries, et la troisième à un cas de colite sub-aiguë très grave. Ces trois malades, après avoir subi inutilement les traitements ordinaires, furent guéris avec une très grande rapidité par de larges saignées (250 grammes dans le premier cas, 500 grammes dans les deux autres). M. le rapporteur, sans contester l'exactitude des faits observés par M. Peysson, dit qu'il ne peut adopter les conclusions absolues que l'auteur a tirées de ces faits. Il propose de déposer aux archives les observations de M. Peysson. (Adopté.)

Théorie des fièvres intermittentes.

M. Bousquet lit, en son nom et au nom de M. Bouillaud, un rapport sur un mémoire de M. Bonnet, intitulé: *De la nature et du siége des fièvres intermittentes.* M. le rapporteur, après avoir combattu l'opinion de M. Bonnet, qui, après Broussais, attribue la fièvre intermittente à une irritation intermittente, conclut au dépôt du mémoire dans les archives de l'Académie et à des remercîments à l'auteur. (Adopté.)

M. Rochoux. Je vois avec regret que la théorie des fièvres intermittentes a été beaucoup mieux traitée par Torti qu'elle ne l'est de nos jours. Je n'ai rien à dire ici de la théorie maintenant surannée de l'irritation. Je ferai une observation sur une demande qui s'est adressée à M. Bousquet. L'économie est-elle dans l'état sain pendant l'intervalle des accès? a dit M. Bousquet. Torti a répondu à cette question: Assurément non, l'économie n'est pas dans l'état sain; car, s'il en était ainsi, comment un nouvel accès pourrait-il se développer? L'économie n'est pas plus dans l'état sain qu'elle ne l'est pendant la période d'incubation de la syphilis et de la rage. Il y a alors un travail morbide qui n'est pas saisissable pour nos sens, mais qui n'en existe pas moins.

M. Bousquet. Je n'ai rien à répondre à M. Rochoux; je suis entièrement de son avis.

Influence réciproque de l'accouchement et du choléra.

M. le docteur Devilliers fils est appelé à la tribune, et lit un travail intitulé: *Observation sur un accouchement provoqué chez une femme atteinte de choléra. Quelques considérations relatives à l'influence réciproque de l'accouchement et du choléra.*

L'observation qui sert de base à ce travail est celle d'une femme phthisique parvenue presque au terme d'une troisième grossesse, qui fut prise du choléra. Pendant qu'elle était en proie aux symptômes de cette maladie, les premiers indices du travail de la parturition se manifestèrent. L'auteur crut devoir favoriser le travail en rompant les membranes et en opérant la version. Sous l'influence de l'accouchement, les symptômes du choléra s'arrêtèrent, suivant l'auteur, et ne reprirent, encore incomplètement, qu'après la terminaison du travail puerpéral. L'auteur conclut que l'accouchement a une influence heureuse sur la marche du choléra, et qu'il peut être utile de provoquer, quand il y a lieu, la déplétion de l'utérus.

La séance est levée à quatre heures et demie.

CHIMIE PATHOLOGIQUE.

Sur un sang blanc,

Par MM. Chatin, professeur à l'Ecole de pharmacie, et Sandras, médecin à l'hôpital Beaujon.

En juin 1847, il se présenta à la consultation de l'hôpital Beaujon un homme à qui on pratiqua une saignée du bras. Le sang, qui avait une teinte sensiblement blanchâtre au sortir de la veine, se partagea, par le repos, en un caillot de nature non inflammatoire, et en un sérum qui ressemblait à une émulsion rendue un peu fauve par quelques globules sanguins en suspension.

Le poids du caillot était de 60 grammes, celui du sérum de 200 grammes. La fibrine n'était pas en quantité suffisante pour retenir, à beaucoup près, dans le caillot, tous les globules colorants, dont une partie était en suspension, tandis qu'une autre partie s'était précipitée.

Le sérum était sans odeur, insipide, et ramenait très faiblement au bleu la couleur rougie du tournesol. Le microscope y faisait découvrir une grande quantité de petits globules gras, très semblables à ceux du lait; quelques globules plus gros existaient çà et là, et d'autres tout pareils se formaient dans le champ du microscope, par la réunion d'un certain nombre de petits globules. Les acides, le sublimé, l'alcool et la chaleur le coagulaient sans lui faire perdre son opacité.

Abandonné à lui-même dans une éprouvette, il devenait plus transparent à la partie inférieure du vase, à mesure qu'une couche plus blanche, plus opaque et plus épaisse s'élevait à la la surface.

Agité avec de l'éther, il a tout à coup perdu son apparence laiteuse en chargeant ce dissolvant d'une matière grasse, sur laquelle s'est particulièrement portée notre attention.

En faisant, sous le microscope, un mélange d'éther et de sérum, nous avons vu les globules graisseux se dissoudre sans qu'il y eût en même temps séparation d'une membrane albuminoïde.

La solution éthérée a laissé, par l'évaporation spontanée au soleil, une matière grasse ayant la consistance et la couleur jaunâtre du beurre, solidifiable à + 26°, et dont le poids était de 12 grammes. Reprise par l'alcool anhydre bouillant, cette matière a laissé un résidu, pesant 1 gramme 50 centigr., formé d'albumine (1 gramme 35 centigr.) et de matière extractive (15 centigr.), qui ont été séparées l'une de l'autre par l'alcool à 24° centigrades. L'albumine avait ses caractères normaux; elle développait en particulier la couleur bleue par l'acide chlorhydrique. Quant aux 10 grammes 50 centigr. de principes gras enlevés par l'alcool anhydre, ils ont été retirés par l'évaporation du véhicule et réunis à 1 gramme 20 cent. de principes analogues extraits, par un nouveau traitement à l'éther, du sérum desséché et pulvérisé.

Le résidu desséché du sérum, épuisé par l'éther, comme nous venons de l'indiquer, a été traité par l'alcool à 96° centigr bouillant, qui a enlevé 85 centigr. d'une substance blanche se déposant par l'évaporation en petites tables nacrées, infusible à la température de l'eau bouillante, non saponifiable par les alcalis, et ayant, en un mot, les caractères essentiels de la cholestérine.

Le corps gras provenant des deux traitements par l'éther, et dont le poids total était de 11 grammes 75 centigrammes, n'avait pas d'action sensible sur le tournesol. L'incinération de 1 gramme de ce produit a laissé un résidu à réaction manifestement alcaline, mais d'un poids si faible qu'il n'était pas accusé par la balance.

Les 10 grammes 70 centigrammes de matière grasse restants furent traités à chaud par la lessive des savonniers, qui laissa indissous 45 centigrammes d'une substance blanche et micacée que l'alcool à 96° bouillant dissolvit instantanément, pour l'abandonner ensuite partie par le seul refroidissement, le reste par l'évaporation spontanée de la liqueur.

La matière nacrée, insoluble dans les alcalis et que l'alcool venait d'abandonner, ne nous paraissant pas homogène aux diverses époques de sa précipitation, nous l'avons reprise par l'alcool bouillant en ayant soin de fractionner en dix parties le dépôt qui s'est de nouveau et successivement formé.

Le point de fusion des diverses fractions du dépôt nous a dès lors permis de constater qu'il était formé de deux matières distinctes: la *séroline* et la *cholestérine.*

Le premier dépôt, du poids de 4 centigrammes, fondait à 37° centigrades et se présentait sous la forme de flocons nacrés.

Le second dépôt, du poids de 6 centigrammes, fondait à 86° centigrades, et se compromit d'un mélange de parcelles floconneuses très minces et de petites tables nacrées.

Le troisième dépôt pesait 5 centigrammes, ne fondait pas dans l'eau bouillante et était exclusivement formé de tables nacrées, caractères qui se trouvèrent partagés par tous les autres dépôts.

L'action de la soude et de l'alcool sur les matières des dépôts précédents, les points de fusion qu'ils offrent et leur texture établissent suffisamment qu'ils sont formés, le premier par la séroline de M. Félix Boudet, le second par un mélange de séroline et de cholestérine, le troisième et les suivants par la cholestérine seule.

Revenons à la matière grasse que la lessive des savonniers a dissoute. Le soluté ayant été additionné de chlorure de sodium laissa déposer par le refroidissement une masse savonneuse solide: nous mîmes cette masse à part. L'eau-mère du savon fut saturée par l'acide chlorhydrique, concentrée, puis additionnée de deux fois son poids d'alcool (190 grammes) rectifié; nous séparâmes à l'aide du filtre un précipité salin, et obtînmes par l'évaporation de l'alcool 90 centigrammes de glycérine presque pure.

Le savon fut dissous à chaud dans une petite quantité d'eau distillée, puis mêlé avec un léger excès de solution bien neutre d'acétate de plomb. Le savon plombique, lavé et privé d'eau libre par son exposition au bain-marie, fut alors traité par l'éther, qui en dissolvit la plus grande partie.

La solution sapo-plombique éthérée ayant été mêlée avec huit fois son volume d'eau distillée, puis soumise à une douce ébullition qui chassa l'éther, nous y ajoutâmes de l'acide chlorhydrique, qui sépara un acide gras liquide offrant tous les caractères de l'acide oléique et dont le poids se trouva être de 6 grammes 40 centigrammes.

Mis à bouillir avec de l'acide sulfurique étendu, le savon que l'éther n'avait pas dissous donna après le refroidissement une masse surnageante solide, fusible à 62°, et réunissant les autres caractères généraux de l'acide margarique. Nous obtînmes 3 grammes 15 centigrammes pour le poids de cet acide.

En faisant la somme des produits recueillis dans les divers traitements qui ont eu pour but d'isoler les matières grasses et d'en reconnaître la nature, et en négligeant une petite quantité de savon gras acide, dont l'existence a toutefois été constatée par l'incinération et le tournesol, on trouve que les principes gras étaient mélangés dans les proportions suivantes:

Séroline.............	0	grammes	07	centigrammes.
Cholestérine..........	1	—	23	—
Oléine...............	66	—	50	—
Margarine............	32	—	20	—
	100	grammes	00	centigrammes.

Quant au rapport du sérum à l'ensemble des matières grasses, il est en centièmes de

Sérum...............	93	grammes	95	centigrammes.
Matières grasses.......	6	—	05	—

Nous regrettons d'autant plus de ne pas avoir déterminé la quantité de la fibrine et celle des globules, qu'à la vue seule il nous a paru que, comme dans le sang blanc examiné par M. Lecanu

(*Journal de Pharmacie*, t. XXI, p. 284, et *Gazette des Hôpitaux*, 20 et 24 avril 1835) et quoique à un degré moindre, la proportion de fibrine était diminuée, tandis que, contrairement au cas observé par cet habile chimiste, la proportion des globules semblait se rapprocher de la proportion normale. Les globules et la fibrine étaient même si rares dans le sang blanc dont M. Lecanu a fait connaître la composition, que le liquide, d'un blanc presque parfait à la sortie de la veine, était à peine teint en rose par quelques globules en suspension, et qu'il ne se forma pas de caillot par le repos. Comme dans les cas observés par Marcet, par Rollo, par Dobson et par Traill (cités par Berzélius), et ainsi que dans celui que nous occupe, ce sang devait son apparence laiteuse à des matières grasses en suspension.

MM. Lecanu et Traill, qui font dosé avec soin la masse de ces matières, ont trouvé, le premier qu'elles formaient les 110 milligrammes du sang, le second qu'elles représentaient 45 milligrammes du sérum. On voit que la proportion de 65 milligrammes, que nous avons obtenue, se place entre les deux précédentes.

Les principes gras existant dans le sang blanc analysé par M. Lecanu sont: un savon acide, l'oléine, la margarine et la cholestérine, dont le rapport n'a pas été donné. Le sang examiné par nous renfermait les mêmes principes, et de plus la séroline.

Mais la plus curieuse observation de sang blanc est celle que M. Caventou communiqua à l'Académie de Médecine dans sa séance du 25 octobre 1828 (*Ann. de Chim. et de Phys.*, t. XXXIX, p. 288, et *Journ. de Pharm.*, t. XIV, p. 627). Ce sang, qu'avait recueilli M. le docteur Gendrin, était d'un blanc laiteux, un peu rougi par quelques globules colorants. Sans action sur le tournesol, il se coagulait par la chaleur, en *perdant son opacité*, mais ne donnait pas de précipité avec le sublimé corrosif, ne se coagulait qu'imparfaitement par les acides et l'alcool, ne donnait pas de soluté transparent par les alcalis caustiques et ne développait pas, avec l'acide muriatique, la couleur bleue caractéristique de la fibrine et de l'albumine. La noix de galle n'y déterminait aucun coagulum. Il est bien important de rappeler que l'acide précédent dissolvait complétement le liquide, ce qui exclut l'idée de la présence des matières grasses.

Des indices précédents, M. Caventou conclut que le sang blanc soumis à ses investigations ne renfermait ni albumine ni fibrine, et que ces substances protéiques ne se sont pas métamorphosées en gélatine. Ce savant se montre disposé à admettre que l'état laiteux du sang est dû, *non à une matière grasse*, mais à des globules d'une sorte d'albumine profondément modifiée dans sa constitution.

Le sang laiteux est-il symptomatique de maladie donnée? Marcet, Dobson et Rollo ont vu cette modification du sang coïncider avec la glucosurie; l'un de nous a eu occasion de voir un cas pareil à Beaujon, dans le service de M. Martin-Solon; l'individu dont M. Lecanu a analysé le sang laiteux était menacé d'accidents apoplectiques, et il en est de même de celui qui a fourni le sujet de cette note. Mais arrêtons-nous ici, la question devant être développée dans un autre recueil au point de vue médico-physiologique.

(*Journal de Chimie médicale.*)

Contagion de la syphilis secondaire.

Par M. GARSON.

Les observations suivantes viennent à l'appui de l'opinion qui admet la contagion des symptômes secondaires de la syphilis; mais ces faits ne suffiraient pas pour démontrer l'exactitude de cette opinion si elle n'était d'ailleurs prouvée par des observations beaucoup plus précises.

En mars 1846, je fus consulté, dit M. Garson, par un homme marié, pour une ulcération du gland. Elle s'était développée à la suite de rapports ayant eu lieu deux mois auparavant avec une femme étrangère. Il offrait aussi une éruption croûteuse du cuir chevelu; le gosier était tuméfié et plus vascularisé que d'habitude.

En juin, il eut près de l'anus deux petites tumeurs, chacune du volume d'une fève, avec un écoulement et des excoriations douloureuses. Il les attribuaient à des hémorrhoïdes. La muqueuse buccale était blanche et ramollie.

Sa femme avait souffert quelque temps de chaleur et d'enflure aux parties génitales. Quand je la visitai à la fin de juin, elle ne pouvait se tenir debout. La vulve était chaude et tuméfiée, avec une ulcération superficielle étendue de la lèvre droite, et vascularisation augmentée du vagin, ainsi que du pourtour de l'anus.

Je visitai de nouveau cette famille en mars 1847. On me montra alors deux jeunes enfants qui avaient de la rougeur et un écoulement de la marge de l'anus.

Une autre (plus âgée) de neuf ans était mal portante. Ses cheveux tombaient; elle avait en outre mal au gosier et des excroissances condylomateuses autour de l'anus.

Dans le cours du même mois je fus appelé par un autre membre de la même famille, un jeune garçon âgé de quatorze ans, alors en service, mais qui avait passé chez ses parents l'automne et l'hiver précédents, et couché dans le même lit que sa jeune sœur. Ce fut à la suite de ce séjour à la maison paternelle qu'il s'aperçut de douleur avec écoulement à l'anus. Le pourtour de cet orifice était entouré d'un nombre considérable de tumeurs aplaties, plus élevées et à base plus étroite du côté de la verge. Il marchait très péniblement à cause de l'irritation existant dans cette partie. Il avait en outre des tumeurs de chaque côté du cou, qui disparurent spontanément. Le gosier était sensible, surtout le matin; les amygdales, gonflées, offraient l'apparence de nombreux petits points ulcérés. Une couche de mucus d'un gris sale couvrait le pharynx.

Le grand nombre de ces cas me causa beaucoup d'embarras, ajoute l'auteur, soit parce que je ne les pouvais voir qu'à de rares intervalles, soit en raison de la malpropreté dans laquelle vivait cette famille. Ils furent tous traités par le mercure.

(*The Lancet.*)

Revue thérapeutique.

Collodium cantharidal; par M. ILISCH, pharmacien à Saint-Pétersbourg.

Lorsqu'il s'agit de placer un large vésicatoire dans un endroit du corps où il peut se déplacer facilement par les mouvements du malade, l'emploi du collodium cantharidal produit les meilleurs résultats.

Pour préparer ce produit épispastique, on épuise par la méthode de déplacement une livre de cantharides grossièrement pulvérisées, avec une livre d'éther sulfurique, et trois onces d'éther acétique; de cette manière on obtient une solution saturée de cantharides, ainsi qu'une matière grasse animale d'une couleur verdâtre; enfin dans deux onces de ce liquide on dissout 25 grains de coton-poudre. Ce produit se conserve sans altération dans des flacons bien fermés.

Lorsqu'on veut en faire usage, il suffit d'en induire, au moyen d'un pinceau, l'endroit où le vésicatoire doit être appliqué.

Potion alcaline contre la coqueluche,
Du docteur LEVRAT-PERROTON.

Eau distillée de laitue	125	grammes.
— de fleurs d'oranger	8	—
Sirop de pivoine	30	—
— de belladone	8	—
Ammoniaque liquide	6	gouttes.

Mêlez.
A prendre par cuillerées d'heure en heure.

Nouvelles du choléra.

On nous écrit de l'Yonne que le choléra règne en ce moment dans presque toutes les localités de ce département, et spécialement à Auxerre et à Sens. Dans cette dernière ville, la maladie règne avec une assez grande intensité.

— Un assez grand nombre de cas de choléra se sont déclarés ces jours derniers à Clamecy, à Château-Chinon et dans quelques autres localités de la Nièvre. Nevers n'en a eu que deux jusqu'à présent.

— A Bazouger (Mayenne), on nous annonce que deux cas se sont produits.

— A Amiens, une amélioration sensible continue à se faire remarquer dans la santé publique.

— On écrit d'Orléans:

L'état sanitaire du Baron (hospice des cholériques) est aussi satisfaisant que possible.

Depuis deux jours il n'y est mort aucun malade.

Plusieurs cholériques doivent sortir ces jours-ci.

— On écrit de Halle (Prusse), 10 juin:

« Dans la ville et dans les villages des environs, le choléra sévit d'une manière effrayante. Halle a une population de 34,000 habitants. Le nombre des morts s'est élevé, dans la semaine passée, à 500 personnes. L'Université est déserte. Heureusement plusieurs jeunes médecins sont arrivés du dehors, car les médecins de la ville ne pouvaient plus faire face aux ravages de l'épidémie.

— La *Gazette de Vienne* annonce, dans son numéro du 9 juin, que le choléra, qui avait disparu entièrement dans le mois de mars, a subitement reparu. La maladie s'est manifestée dans les hôpitaux civils et militaires. Du 1er mai au 7 juin il y a eu 197 cas de choléra, sur lesquels 85 décès.

— Le choléra règne aussi dans la Saxe prussienne.

— Le choléra continuait à faire de nombreuses victimes dans les Etats du Sud aux Etats-Unis, à la date du 30 mai. Dans la petite ville d'Yaso (Louisiane), il meurt six à sept personnes par jour, chiffre énorme si on le compare à celui de la population. Au Texas, l'épidémie fait de grands ravages au milieu des troupes mal acclimatées et agglomérées dans les campements improvisés sur ce territoire. Mais c'est surtout à bord des bateaux à vapeur qui sillonnent les fleuves de l'Ouest que la mortalité est terrible. Les nombreux passagers, entassés dans un étroit espace, soumis à un régime malsain, subissant toutes les influences atmosphériques, offrent au fléau une proie d'autant plus facile qu'ils n'ont rien pour prévenir le mal et qu'ils ne possèdent que des moyens fort incomplets pour le combattre. A Cincinnati, à Charleston, à Baltimore, à Philadelphie, le lugubre visiteur a fait son apparition et a jeté l'effroi au sein des populations en réveillant les tristes souvenirs de 1832! A New-York, il y a eu aussi quelques cas, mais fort peu nombreux, puisque dans l'espace de huit jours on n'a eu à enregistrer que cinq décès. En somme, l'épidémie affecte partout, excepté au Texas, un caractère infiniment plus bénin qu'en 1832. Les médecins s'accordent à la considérer comme une « affection sporadique. »

NOUVELLES.

La convalescence de MM. Bouillaud, Flourens et Voillemier, quoique marchant assez lentement, fait cependant tous les jours quelques progrès, et nous pouvons donner l'assurance que nous n'aurons, relativement à ces savants confrères, aucun malheur à regretter.

— M. Natalis Guillot, ancien professeur agrégé de la Faculté de Médecine, médecin de la Salpêtrière, vient d'être nommé médecin en chef de l'hospice des Enfans-Trouvés, en remplacement de M. Baron, décédé.

— En annonçant la promotion de M. Jobert au grade de commandeur de la Légion-d'Honneur, nous avions cru que cet honorable confrère était, avec M. Orfila, le seul médecin honoré de cette distinction. Nous nous sommes rappelé depuis que la même dignité a été accordée à M. Serres il y a quelques années.

— Avant 1819, on n'avait point constaté officiellement le nombre des enfants trouvés. En 1784, Necker l'avait porté à 40,000; en 1811, on l'évaluait à 69,000; il ne faut pas oublier qu'alors la France comprenait 130 départements et une population d'à peu près 40 millions d'âmes. En 1819, le nombre des enfants trouvés âgés de moins de douze ans était de 99,346; en 1825, de 117,315; en 1830, de 118,073; en 1833, 129,699. En 1838, le chiffre des enfants trouvés était redescendu à 95,624; depuis lors, il est resté à peu près stationnaire.

La dépense que supporte l'Etat en mois de nourrice et de pension s'est élevée, en 1845, à 6,673,018 fr. C'est, à peu de chose près, le même chiffre depuis dix ans.

— M. Bédié, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Calais, est désigné pour être détaché provisoirement à celui du Roule, à Paris.

M. Gillin, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital de Versailles.

M. Chauton, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Bordeaux, est désigné pour être détaché provisoirement à celui du Roule, à Paris.

M. Rémy, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour être détaché provisoirement à l'hôpital du Roule, à Paris.

M. Henriquel, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Besançon, est désigné pour être détaché provisoirement à l'hôpital du Roule, à Paris.

M. David, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lyon, est désigné pour être détaché provisoirement à l'hôpital du Roule, à Paris.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 23 JUIN 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 73.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tons les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tons les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 22 JUIN 1849.

Marche du choléra.

Si l'épidémie continue à décroître pendant huit jours encore dans les mêmes proportions qu'elle a suivies depuis près de deux semaines, Paris en sera complétement débarrassé. Le nombre des cas nouveaux admis dans les hospices et hôpitaux civils n'a atteint que des chiffres presque insignifiants, eu égard à la population qui est reçue chaque jour ou qui habite ordinairement ces établissements. Les déèès ont diminué en proportion du nombre des attaques, mais non pas dans un rapport plus grand, ce qui démontre que la gravité ne diminue pas en proportion de la fréquence de l'épidémie, au moins lorsqu'on n'a égard qu'aux cas de choléra bien caractérisés. Seulement comme les simplcs cholérines sont plus fréquentes à mesure que l'influence épidémique s'affaiblit, il en résulte que cette influence est moins grave quand on considère en masse tous les individus sur lesquels elle agit.

Voici le chiffre des admissions et des décès pendant les deux derniers jours dans les hôpitaux ct hospices civils :

Journée du 20 juin	52 entrées,	40 décès.
— 21	50 —	40
Dans les hôpitaux militaires		9
Total	102	89

Dans la ville, l'épidémie a éprouvé une décroissance proportionnelle à celle que nous venons de signaler dans les hôpitaux, ainsi que le démontrent les chiffres suivants représentant les déèès à domicile pendant les journées dcs 18 et 19 :

Journée du 18	107
— 19	91
Total	198
Total des décès dans les hôpitaux	6285
Total des décès à domicile jusqu'au 17 inclusivement	8602 (1)
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie	14887

Le nombre peu considérable des entrées qui ont lieu depuis deux jours nous dispense de continuer désormais la publication du tableau représentant le nombre des admissions dans chaque hôpital.

Les seuls établissements où il y ait eu plusieurs cas chaque jour sont l'Hôtel-Dieu, la Pitié, Saint-Louis et la Salpêtrière, qui en ont compté de 13 à 21 en deux jours. Tous les autres établissements n'ont reçu qu'un ou deux cholériques; la plupart n'en ont admis aucun.

(1) Une erreur d'impression a porté ce nombre à 8,622 dans le dernier numéro; mais le total est exact.

Revue clinique hebdomadaire.

De l'arthrite, suite de plaies pénétrantes des articulations. — Les faits observés depuis quelques années par les chirurgiens avec plus d'exactitude que ne l'avaient encore fait leurs prédécesseurs ont déjà bien modifié les opinions qu'on se faisait touchant la gravité des plaies pénétrantes des articulations, touchant la violence des phénomènes inflammatoires qu'on croyait succéder presque constamment à ces plaies. Cependant, quelque modifiées que soient ces opinions, elles ne le sont point encore assez pour être conformes à la vérité. Cela s'explique suffisamment lorsqu'on songe à ce qu'on lit encore dans presque tous les classiques. Voici, par exemple, ce qu'écrivait il y a une quinzaine d'années l'une de nos plus grandes célébrités chirurgicales :

« Quand la jointure est ouverte, l'inflammation acquiert *presque constamment* alors un haut degré d'intensité en peu de temps. La suppuration en est une suite à peu près inévitable, soit que le fluide morbifique se fasse jour par la solution de continuité, soit qu'il se trouve retenu dans l'article, soit qu'il s'échappe dans les environs. Cette variété de l'arthrite est quelquefois suivie des plus horribles souffrances. Après la fièvre franchement inflammatoire, on voit survenir chez certains sujets des douleurs tellement violentes, qu'elles arrachent des cris perçants aux hommes les plus courageux; le pouls cst petit, serré; les traits du visage s'altèrent; la peau est alternativement ou chaude et sèche, ou froide et humide. Rien n'est comparable à de pareilles tortures, et les malades y résistent rarement au delà de quelques jours. Les douleurs sont profondes, déchirantes, ou térébrantes. » (Velpeau, *Dictionnaire de Médecine* en trente volumes, tome IV, page 158.)

On voit que M. Velpeau accepte, ou du moins acceptait il y a quelques années, et à peu près sans modifications, l'opinion de ses prédécesseurs sur la gravité des plaies articulaires; puisque, suivant lui, des symptômes très violents se développent *presque constamment* à la suite de ces plaies. On s'explique donc, nous le répétons, qu'en présence d'aussi grandes, d'aussi unanimes autorités, beaucoup de chirurgiens d'aujourd'hui acceptent pour ainsi dire de confiance une semblable opinion.

Cependant cette opinion n'est nullement conforme à ce que nous apprend une rigoureuse observation. Non-seulement il n'est pas vrai de dire que des symptômes inflammatoires très violents se développent constamment à la suite des plaies articulaires, mais il arrive assez fréquemment que ces plaies ne déterminent d'autre inflammation que celle qui est nécessaire à la cicatrisation de la plaie, qu'une inflammation purement réparatrice, par conséquent nullement violente, et qui souvent ne s'étend pas au delà des bords de la solution de continuité. Ce n'est certainement pas à l'aide d'un seul fait que nous prétendrions démontrer la vérité de toutes ces propositions, et si nous n'en avions pas constaté beaucoup d'autres, nous ne présenterions le suivant que comme une exception dont il resterait à déterminer l'importance. Mais le fait que nous allons faire connaître en quelques mots n'est pour nous qu'un exemple de ce que nous avons vu assez souvent, pour que nous soyons certain que ce fait rentre dans la règle générale, et que ceux qui ont servi de base à l'opinion généralement admise forment l'exception, exception sur les proportions de laquelle nous ne sommes d'ailleurs pas en mesure de nous prononcer.

Un homme de trente-quatre ans entra, le 31 mai 1849, à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, n° 43, dans le service de M. Nélaton. Le jour même de son entrée, cet homme avait fait une chute sur le coude droit. L'articulation avait porté sur une petite pierre anguleuse qui avait ouvert la peau et pénétré jusque dans l'articulation. Une vive douleur succéda à cette chute; les mouvements du coude étaient difficiles et très douloureux.

Le malade entra sur-le-champ à l'hôpital; on lui appliqua des topiques émollients sur la plaie, que l'on pansa simplement. Pendant tous les jours suivants on constata qu'une quantité assez abondante de synovie limpide s'écoulait par la plaie, et aujourd'hui encore cet écoulement continue, mais beaucoup moins abondant que pendant la première et la deuxième semaine. Du reste, l'inflammation consécutive s'est bornée à une tuméfaction modérée accompagnée de rougeur et d'une douleur légère autour de la plaie. Il ne s'est point manifesté de fièvre; le sommeil et l'appétit ont à peine diminué. Les mouvements spontanés ou communiqués de l'articulation ont toujours été très peu douloureux, et la faible douleur qu'ils occasionnent existe tout entière dans les lèvres cutanées de la plaie, mais nullement dans l'intérieur de l'articulation. La plaie de la séreuse synoviale, qui avait primitivement environ 1 centimètre d'étendue, n'en a pas la moitié aujourd'hui, et sera très prochainement cicatrisée.

Nous ne voulons pas prétendre que les plaies articulaires soient dans tous les cas, ni même dans la majorité des cas, aussi innocentes que l'a été celle dont nous venons de rapporter l'observation succincte; mais il n'en est pas moins vrai qu'à de légères nuances près, les choses se passent habituellement comme elles se sont passées ici. On remarquera encore, dans le fait qui précède, que la plaie de la synoviale a été très peu étendue, et que, suivant les auteurs, c'est là une circonstance qui augmente encore la gravité des plaies articulaires, au point même que certains chirurgiens ont conseillé, dans le cas où la plaie articulaire est très petite, de l'agrandir largement pour prévenir les accidents qu'ils redoutaient à un si haut degré.

La conclusion pratique qu'il faut tirer de tout cela, c'est que le traitement des plaies articulaires pénétrantes, mais non compliquées d'ailleurs, doit être fort simple; qu'il faut surtout se garder de suivre le conseil de ceux qui veulent qu'on les agrandisse pour conjurer des dangers le plus souvent imaginaires, et que le pronostic, loin d'être aussi grave que le disent les maîtres de la science, est en général favorable.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE. — M. BAUDENS

Considérations générales sur les amputations des membres, considérées au point de vue des méthodes opératoires et des lieux d'élection.

(Deuxième article. — *Voir* le n° 65.)

J'ai établi dans la précédente leçon, dit M. Baudens, que je

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Du cœur, de sa structure et de ses mouvements, ou *Traité anatomique, physiologique et pathologique des mouvements du cœur de l'homme*, par le docteur PARCHAPPE.

Voilà plusieurs années déjà que M. Parchappe s'occupe de l'anatomie saine et morbide, de la physiologie et de la pathologie du cœur, et qu'il s'en occupe d'une manière sérieuse dans le but d'éclairer les questions restées encore obscures dans l'histoire de cet organe et de ses fonctions. En 1845, nous nous rappelons l'avoir entendu exposer devant l'Académie des sciences les résultats de ses recherches, et quelques mois après nous rendions compte d'un bel atlas destiné à faciliter l'intelligence des théories nouvelles du savant anatomiste. Aujourd'hui, M. Parchappe publie en un volume l'ensemble de ses travaux sur cet important sujet, et fait suivre ses précédents mémoires d'un nouveau ayant pour titre : *Des perturbations dans les mouvements du cœur et de leurs effets.* Donnons en quelques mots l'idée des principales découvertes de M. Parchappe.

Quant à l'anatomie, l'auteur démontre que les anneaux auriculo-ventriculaires droit et gauche sont séparés l'un de l'autre au niveau de la cloison inter-auriculaire par tout l'intervalle que représente la saillie de l'angle droit du ventricule gauche au dedans de la cavité auriculaire droite. Il prouve l'existence entrevue par Leinsaud, mais restée sans application, de deux compartiments distincts dans le ventricule droit. Il a été conduit par ses études anatomiques à une conception nouvelle de la structure des appareils valvulaires auriculo-ventriculaires qui assimile ces appareils dans leurs éléments passifs à une ouverture de bourse munie de ses cordons; dans leurs éléments actifs, à un système de muscles synergiques qui, tirant les cordons de la circonférence de l'anneau au centre, ferment cet anneau à la manière d'une bourse en fronçant le bord libre de l'ouverture.

Il fonde cette conception sur la forme des anneaux valvulaires, sur leur division régulière et déterminée en languettes susceptibles de se développer en arcades ou de se plier par l'intermède des radiations tendineuses; sur la distribution régulière et déterminée des radiations tendineuses à la circonférence libre des anneaux; sur l'insertion de ces radiations dans un ordre régulier et déterminé au sommet des colonnes musculaires; sur les corrélations régulières et déterminées de situation et de forme des colonnes, soit entre elles, soit avec les régions du pourtour des anneaux, soit avec les parois des cavités ventriculaires.

Pour la structure musculaire, si bien étudiée dans ces derniers temps par le savant professeur Gerdy et par l'habile anatomiste Bourgery, si prématurément enlevé à la science, M. Parchappe a cru pouvoir ajouter encore aux recherches de ces auteurs sous le double point de vue de l'exactitude et de la clarté. Il pense, et nous avec lui, que ses descriptions de l'origine, du trajet et de la terminaison des divers ordres de fibres, que son analogie des divers ordres d'anses, soit communes aux deux ventricules, soit propres à chacun d'eux, et les planches à l'aide desquelles il a cherché à démontrer la structure des ventricules, constituent un progrès de la science anatomique.

Au point de vue physiologique, les recherches de M. Parchappe n'ont ni moins de valeur, ni moins d'intérêt. Il combat l'opinion qui ne voit dans le jeu des valvules qu'un mécanisme de soupapes, et n'attribue aux radiations tendineuses et aux colonnes charnues que le rôle suivant : fixer le bord libre des segments de la valvule et empêcher qu'ils ne soient repoussés par la pression du sang au delà de l'ouverture et jusque dans la cavité de l'oreillette. Dans cette théorie, la structure musculaire des colonnes d'attache demeurait inexpliquée. L'opinion de l'auteur dont nous analysons le travail est toute différente. Pour lui, les appareils valvulaires ne fonctionnent pas à la manière des soupapes. Les anneaux valvulaires sont des ouvertures assimilables à l'ouverture d'une bourse, qui s'ouvrent et se déploient passivement sous la pression du sang passant de l'oreillette dans le ventricule, en même temps que les colonnes et les parois d'où elles naissent s'écoulent; qui se ferment et se froncent sous l'influence du rapprochement et de la tension des colonnes musculaires se contractant et se rapprochant jusqu'au contact et jusqu'à l'engrènement, en même temps que se rapprochent, en se contractant, les parois ventriculaires d'où elles naissent.

Outre sa valeur propre, la découverte du véritable mécanisme des appareils valvulaires a eu encore d'autres résultats, et a conduit l'auteur à l'élucidation de plusieurs questions d'un haut intérêt. Par des expériences directes sur les animaux vivants, M. Parchappe a établi, en ce qui touche le rôle des oreillettes et l'efficacité de la contraction, soit dans les oreillettes, soit dans les ventricules, pour vider complétement le sang des cavités, que dans le cœur vivant, tant que la circulation n'est pas notablement troublée :

1° Les oreillettes se contractent dans toute l'étendue de leurs parois, se vident complétement de sang, et ont dès lors, pour rôle physiologique, comme l'avaient admis Harvey et Haller, de chasser effectivement le sang de leur cavité dans la cavité ventriculaire.

reconnais pour les amputations partielles du pied un plus grand nombre de lieux d'élection qu'on n'en admet généralement, et que je me guide, pour opérer, sur l'extrême limite du mal. La dernière opération, dont je n'ai fait que vous dire quelques mots, est l'amputation tibio-tarsienne, opération importante, véritable conquête de la chirurgie française moderne, et sur laquelle je me propose de fixer aujourd'hui votre attention pendant quelques instants.

Amputation tibio-tarsienne.

Je vais vous dire tout d'abord ce que j'entends par amputation tibio-tarsienne, afin de vous donner une idée précise de l'opération que j'examinerai devant vous. J'entends par amputation tibio-tarsienne l'opération par laquelle on sépare le pied de la jambe, dans la mortaise tibio-astragalienne, en réséquant les deux saillies malléolaires, résection indispensable, à mon sens, pour que l'opéré puisse marcher, en prenant un point d'appui direct sur son pilon.

C'est assurément la persistance des saillies malléolaires après la séparation du pied qui a fait condamner cette opération, jusqu'au jour où *le premier* j'ai proposé et pratiqué la résection de ces saillies osseuses. C'est sans doute à ce motif qu'il faut attribuer le silence des auteurs à ce sujet, et le dédain avec lequel ils rejetaient du cadre de la chirurgie une opération destinée à rendre des services si justement appréciés aujourd'hui; ce dédain, qu'on comprend à une époque où le mode opératoire était imparfait, ne pourrait se concevoir maintenant qu'on a satisfait à cette importante indication.

C'était presque exclusivement sur la difficulté qu'il y avait à se procurer un appareil prothétique convenable en conservant les malléoles que M. Malgaigne se fondait en 1839 pour rejeter cette opération, fait qui ressort évidemment du passage suivant extrait de son *Manuel de Médecine opératoire...* « L'examen de l'articulation, dit-il, et la difficulté de » procurer au malade une bottine convenable nous ont con- » duit à cette conclusion, que la somme des inconvénients » de cette opération est bien au-dessus des avantages qu'on peut » se promettre, et qu'elle est absolument à rejeter. » (Page 364.)

La même année que M. Malgaigne prononçait cette condamnation, nous rappelions de son jugement en pratiquant avec succès l'amputation tibio-tarsienne, d'après un mode opératoire nouveau, avec résection des malléoles, et en faisant connaître un appareil prothétique d'un prix modique, facile à se procurer partout, et permettant au malade de marcher aisément, tout en dissimulant sa difformité à l'œil le plus exercé.

Dès ce moment, on aurait pu penser que l'opinion des chirurgiens se serait modifiée : il n'en fut rien, puisqu'un de nos plus habiles collègues, M. Sédillot, écrivait encore il y a trois ans les lignes suivantes dans son remarquable *Traité de médecine opératoire* (édit. 1846) : « On a quelquefois, disait- » il, enlevé le pied en totalité dans son articulation avec la » jambe; mais cette opération, malgré quelques succès enre- » gistrés dans la science, est toujours restée exceptionnelle et » n'a été érigée en règle par aucun chirurgien; cette répro- » bation tient non-seulement à l'irrégularité de la plaie, mais » surtout à l'impossibilité où se trouvent les malades de mar- » cher sur l'extrémité du moignon faute de moyens prothéti- » ques convenablement construits..... » Et plus loin il ajoutait : « On a décrit de nombreux procédés opératoires pour » une opération que *personne ne voudrait pratiquer.* »

Aujourd'hui, la question est résolue, et, les faits parlant plus haut que la théorie ou que les opinions systématiquement arrêtées, l'amputation tibio-tarsienne a définitivement reçu ses lettres de naturalisation dans le domaine chirurgical.

En 1839, j'ai donc le *premier* pratiqué l'amputation tibio-tarsienne, au Gros-Caillou, sur un soldat affecté de carie calcanéo-astragalienne. Je prouvai, dans le Mémoire que je fis à ce sujet, que jamais cette opération n'avait été faite avant moi, bien que les auteurs, se copiant textuellement les uns les autres, fissent dire à Fabrice de Hilden qu'à la suite de son expérience personnelle (*sapientissime expertus sum*) il avait conclu au rejet absolu de cette opération. Voilà un exemple des erreurs auxquelles conduit l'érudition irréfléchie, voilà comment se perpétuent les erreurs historiques.

Depuis cette époque, j'ai pratiqué l'amputation tibio-tarsienne six fois, *dont cinq fois avec succès.*

En 1842, le professeur Syme, d'Edimbourg, y avait également recours, et la vulgarisait en la pratiquant, à dater de ce moment, *vingt-quatre fois de suite sans perdre un seul opéré.*

En juillet 1846, elle a été faite avec succès par un des chirurgiens les plus distingués de notre marine, M. Jules Roux; puis, plus tard, par des chirurgiens de toutes nations : Blandin, Jobert (de Lamballe), Chélius, Textor (père et fils), Heyfelder, Metz, Pilha, de Prague, Pauli, Wurtzer, Günther, Zeis, Duncan, Sédillot, etc.

La priorité de cette opération ne m'a jamais été *sérieusement* contestée, bien que des chirurgiens aient pu l'attribuer au professeur d'Edimbourg en raison du grand nombre de succès obtenus par ce chirurgien. Aussi n'insisterai-je pas sur ce point, et aborderai-je immédiatement le côté scientifique de la question.

Cette opération doit, dans tous les cas où elle est praticable, être préférée à l'amputation sus-malléolaire, d'abord parce que le couteau porte sur un lieu plus éloigné du tronc, et ensuite parce que l'amputé peut très bien marcher sur son moignon à l'aide de l'appareil prothétique que j'ai fait construire par M. Charrière, appareil dont le prix n'excède jamais une vingtaine de francs.

Ces avantages ont été contestés à l'amputation tibio-tarsienne. Ainsi, Blandin disait en 1846 « qu'il n'admettait pas » ce procédé opératoire *mixte*, *hybride*, qui n'est complète- » ment ni une amputation ni une désarticulation, et qui n'est » en réalité qu'une amputation sus-malléolaire pratiquée un » peu plus bas qu'on ne la fait ordinairement. » (*Gazette des Hôpitaux*, 1er décembre.) D'après lui, on devait rejeter cette opération, parce qu'elle offre simultanément les inconvénients d'une amputation et d'une désarticulation.

Cette critique pouvait être nécessaire pour justifier l'amputation tibio-tarsienne que Blandin venait de faire à l'Hotel-Dieu, en *conservant les malléoles.* En ce qui concerne notre manière d'opérer, nous ne saurions la prendre au sérieux; nous pourrions nous contenter d'établir que, si nous avons les inconvénients d'une amputation dans la continuité et dans la contiguité, on ne saurait sans injustice nous en refuser également les avantages, qui, aux yeux de tous les praticiens, se balancent à ce point, qu'il est difficile de savoir s'il est plus avantageux d'amputer dans la continuité que dans la contiguité des membres. Mais c'est par des faits que nous voulons répondre à l'objection de Blandin; ces faits seront énoncés plus tard, quand nous nous occuperons des procédés opératoires; pour le moment, nous nous contenterons de dire que cette opération, accueillie avec une excessive réserve en France, où elle a pris naissance, a été promptement vulgarisée à l'étranger par les beaux résultats obtenus en Angleterre par M. Syme, et en Allemagne, où, déjà l'année dernière, elle comptait plus de 70 succès.

Des lieux d'élection à la jambe.

On reconnaît généralement aujourd'hui quatre lieux d'élection principaux pour pratiquer l'amputation de la jambe :

1° Au-dessus des malléoles;
2° A la jarretière;
3° Dans l'épaisseur des condyles du tibia;
4° Dans l'articulation tibio-fémorale.

A ces quatre lieux d'élection, nous en ajouterons un cinquième placé à la partie moyenne de la jambe, à la naissance du mollet. Un mot maintenant sur chacun de ces lieux d'élection.

Amputation sus-malléolaire.

Il y a peu de temps encore, lorsqu'un blessé était atteint d'une lésion traumatique récente, ou d'une affection chirurgicale chronique mettant le chirurgien dans la triste nécessité de sacrifier le pied, on portait, sans hésiter, le couteau à trois travers de doigt au-dessous de la rotule, au lieu dit alors d'élection, sans se préoccuper de l'idée qu'on faisait subir au malade une opération beaucoup plus grave qu'en l'amputant au-dessus des malléoles.

Longtemps la question de l'amputation sus-malléolaire a été subordonnée à la question de prothèse. Aujourd'hui la question prothétique est vidée, et cependant quelques chirurgiens se posent en adversaires de cette amputation, et se retranchant derrière une opposition irréfléchie, voudraient encore la faire rejeter, sous le prétexte que les classes pauvres de la société ou que nos soldats ne peuvent se procurer des appareils convenables pour dissimuler leur difformité, à cause du prix élevé de ces derniers. Je dois vous dire tout d'abord que c'est là, pour moi, le côté accessoire de la question; car, lorsque deux opérations sont en présence, et que l'une d'elles est reconnue moins grave que l'autre, c'est évidemment celle-là qu'il faut pratiquer, attendu que lorsqu'il s'agit de la vie humaine (*cum agitur de pelle humanâ*) il faut d'abord viser au *tutò*, et s'occuper secondairement du *jucunde.* Cependant, comme les adversaires de l'amputation sus-malléolaire jouissent d'une grande autorité scientifique, je tiens à éclairer vos esprits et à vous prouver que cette opération doit, quand on le peut, être préférée à l'amputation à la jarretière. Je vais, pour cela, approfondir devant vous deux questions.

1° L'amputation sus-malléolaire est-elle plus ou moins grave que l'amputation à la jarretière; ou, en d'autres termes, sauve-t-on plus de malades par la première que par la seconde de ces opérations?

2° L'amputation sus-malléolaire une fois pratiquée, la science possède-t-elle des moyens prothétiques capables de dissimuler la difformité? Je vous le répète, ce sera pour moi un point subsidiaire.

PREMIÈRE QUESTION. — *L'amputation sus-malléolaire est-elle plus ou moins grave que l'amputation de la jambe à la jarretière?*

Il est un précepte avoué par tous les chirurgiens, et que les adversaires de l'amputation sus-malléolaire semblent avoir complètement oublié quand ils discutent la valeur de cette opération, c'est celui qui consiste à s'éloigner, dans tous les cas, le plus possible du tronc. *Amputatio eo minus periculosa est* (dit Botal) *quo magis a principalibus partibus distat.*

... Nous lisons dans le *Dictionnaire des Sciences médicales* (article *Amputation*, tome I, page 477), qu'il faut amputer les membres le plus loin possible du tronc, « afin de » diminuer les dangers de l'opération. »

... Il faut d'après les auteurs du *Dictionnaire abrégé des Sciences médicales*, couper le plus loin possible du tronc; car, dans ce cas, « le danger est moins grand parce que la » plaie est moins étendue, et que la cicatrice se forme avec » plus de rapidité. »

... Enfin nous lisons dans Brasdor (*Mém. acad. chir.*, tome V) les lignes suivantes : « Il n'est pas indifférent de » couper quelques travers de doigt plus haut ou plus bas, » car il n'est pas permis de négliger la moindre soustraction » du danger que peut courir la vie des hommes. »

Pourquoi donc, à l'encontre de ces sages préceptes chirurgicaux que nul ne conteste, quelques chirurgiens s'obstinent-ils encore à vouloir toujours amputer à la jarretière? Les uns disent que c'est parce que le moignon est trop long, et qu'il gêne les amputés. Les autres s'appuyent sur ce qu'ils ont vu des invalides solliciter le retranchement d'une portion de ce moignon qui les incommodait. Question puérile sur laquelle nous ne voulons pas insister. Les derniers se fondent sur la cherté des moyens de prothèse; objection que la morale repousse, et que du reste l'hôpital qui donne à un indigent une jambe de bois classique de 30 à 35 francs pourrait facilement détruire, en ajoutant quelques francs de plus pour lui fournir un appareil prothétique convenable. Mais laissons ces points accessoires, et attaquons le côté chirurgical de la question, en comparant les dangers de l'amputation à la jarretière à ceux de l'amputation sus-malléolaire.

A. *Au point de vue de l'éloignement du tronc.* L'amputation sus-malléolaire est préférable à l'amputation à la jarretière, surtout dans les cas malheureux dans lesquels on serait obligé de pratiquer l'ablation des deux jambes, lesquels ne sont que trop fréquents. (Voyez *Dictionnaire des Sciences médicales*, article *Amputation.*)

B. *Au point de vue de la quantité de parties à couper.* Il suffit de jeter un simple regard sur la structure anatomique de la jambe pour s'assurer qu'il faut couper une bien plus grande quantité de parties molles et osseuses au tiers supérieur qu'au tiers inférieur de ce membre. Or, dans toute opération chirurgicale, plus il y a de parties à couper, plus la surface traumatique est large, plus il y a de dangers pour le malade.

C. *Au point de vue de la réunion de la plaie.* Larrey pensait que la réunion était plus difficile à obtenir après l'amputation sus malléolaire qu'après l'amputation à la jarretière, à cause de la grande quantité de parties tendineuses contenues dans le moignon; c'est aussi l'objection qu'on a longtemps adressée à l'amputation radio-carpienne. Or nous avons démontré que cette objection n'est pas plus fondée dans un cas que dans l'autre, et que les tendons aussi bien que les parties musculeuses, vasculaires, etc., fournissent le blastème particulier qui sert de base à la cicatrisation. Nous avons du reste depuis longtemps formulé notre opinion à ce sujet, en écrivant « que, loin de partager cette erreur, nous pensions au » contraire qu'en raison de leur peu de sensibilité les surfaces » tendineuses modéraient l'inflammation des surfaces trauma- » tiques, et ne pouvaient nuire aux progrès de la cicatrisa- » tion. » (*Nouv. méth. amp.*, pag. 29.) Nous partageons à ce sujet l'opinion d'un habile chirurgien d'Aix, M. Goyrand, qui pense que la plaie qui résulte de l'amputation sus-malléolaire « est bien plus simple et se prête bien mieux à la réunion » que celle qui résulte de l'amputation au lieu d'élection. » (*Journ. hebdom.*, tome II, page 162; 1835.) Cette opinion est également celle de MM. Arnal, Martin, Roux, Velpeau, et de tous les chirurgiens de valeur.

D. *Au point de vue des accidents consécutifs*, tels que la fièvre traumatique, le réveil d'une lésion tuberculeuse pulmonaire, l'infection purulente, le tétanos, la gangrène de la peau du moignon, l'hémorrhagie secondaire, etc., l'amputation sus-malléolaire a également gain de cause sur l'amputation faite à la jarretière.

Nous sommes donc autorisé à conclure, de tout ce qui précède, que l'amputation sus-malléolaire est moins grave que l'amputation à la jarretière, et doit être préférée à cette dernière, quand le choix est possible; quand bien même on voudrait faire usage de la jambe de bois ordinaire; car, après tout, la longueur du moignon n'est pour nous qu'une affaire de coquetterie, et qu'importe que ce dernier soit ou non logé dans la largeur du pantalon. Le chirurgien n'a-t-il pas, avant

---

2° Les ventricules se contractent jusqu'à l'effacement de leur cavité, de manière à se vider complétement de sang.

Toutes ces propositions, ce n'est pas sur des assertions que l'auteur les appuie, mais sur des considérations empruntées à l'anatomie, à la physiologie, à la pathologie, considérations qui les confirment, et pourraient, au besoin, servir à elles seules de preuves suffisantes Si quelques expérimentateurs ont contesté aux oreillettes leur rôle d'agent impulsif nécessaire et si efficace, c'est qu'ils se sont appuyés sur des faits d'observation qui doivent être rapportés au cœur mourant et à une circulation troublée, languissante et incomplète.

La question des véritables causes auxquelles on doit rapporter la production des bruits du cœur est loin d'être encore complétement vidée. M. Parchappe croit, d'après les nombreuses expériences qu'il a faites, d'après de nombreuses observations, pouvoir proposer et admettre une théorie des bruits du cœur qui attribue les bruits normaux au choc du sang contre les parois ventriculaires sous l'influence de la cystite auriculaire; le second bruit, au choc du sang contre les parois artérielles sous l'influence de la cystite ventriculaire.

Ce n'était pas tout pour le savant anatomiste dont nous analysons rapidement les travaux d'avoir étudié le cœur de l'homme; il a voulu poursuivre ses recherches jusque dans l'animalité. Il a donc, après de nombreuses comparaisons, choisi pour types des quatre classes d'animaux vertébrés le lapin, le dindon, la grenouille et l'anguille, et voici ce qu'il a trouvé, ce qu'il a pu établir presque comme une loi.

Le rôle actif des appareils valvulaires prédominant chez l'homme se restreint graduellement à mesure que l'on descend l'échelle des animaux vertébrés, pour disparaître complétement dans les espèces inférieures. Il existe entre le degré de perfectionnement des appareils valvulaires et le degré d'élévation dans l'échelle animale un rapport qui exprime une loi.

Ce n'était pas tout que d'avoir refait en partie l'anatomie et la physiologie du cœur. Il fallait de toute nécessité refaire aussi la pathologie de l'appareil circulatoire, et tirer des bruits observés d'autres conclusions que celles qui en avaient été déduites. Comment, en effet, les véritables conditions morbides de la formation des bruits anormaux, si la formation de ces bruits dépend du jeu des valvules, auraient-elles pu être exactement et rigoureusement saisies, à une époque où le véritable mécanisme des appareils valvulaires auriculo-ventriculaires était encore inconnu? Pour arriver à un résultat nouveau, M. Parchappe a eu recours à deux moyens, la discussion des faits antérieurs publiés par les autres, ses faits propres à lui.

M. Parchappe a-t-il toujours rencontré juste dans l'interprétation des faits? C'est ce que les physiologistes et les pathologistes décideront.

Mais ce que nous dirons, nous, sans crainte d'être contredit, c'est qu'il a fait un beau et bon livre, et que l'on ne pourra plus écrire désormais sur les maladies du cœur sans le connaître et sans le citer. Telle est la raison qui nous a fait si longuement nous étendre sur ce travail, auquel nous attachons pour notre part une grande valeur.

Dr A. FOUCART.

Le président de la République a fait une visite à l'hôpital militaire du Gros-Caillou; il a accordé la décoration de la Légion-d'Honneur au médecin en chef de cet hôpital et à un infirmier.

tout, une mission providentielle à remplir, et ne doit-il pas, à tout prix, SAUVER LA VIE DE SON MALADE?

SECONDE QUESTION. — *La science possède-t-elle des moyens prothétiques capables de dissimuler la difformité?*

Si nous résolvons la question par l'affirmative, il n'y aura plus d'objection possible à adresser à l'amputation sus-malléolaire ; or vous allez voir qu'il en est ainsi.

Après une longue série de tentatives imparfaites, l'art prothétique appliqué à l'amputation sus-malléolaire est arrivé aujourd'hui à un point de perfection qui approche presque de la nature.

Solingen, Ravaton, Withe, Wilson, Brunninghausen, Soulera, Salemi (de Palerme) et, dans ces derniers temps, MM. Mille (d'Aix) et Martin ont tour à tour imaginé des moyens prothétiques dont nous ne ferons que vous signaler ici la configuration.

Solingen se servait d'un pied artificiel tenant par deux attelles d'acier minces et polies, fixées sur les parties latérales de la jambe. Cet appareil, faisant reposer le poids du corps sur l'extrémité saillante du moignon, doit être rejeté comme vicieux.

Ravaton fit construire une bottine fondée à Paris sur le même mécanisme; elle offrait cependant un avantage que ne présentait pas celle de Solingen : c'est que le fond du soulier contenait un ressort en spirale dont l'élasticité rendait la pression supportée par le moignon plus douce, plus moelleuse. (Voyez *Pratiq. moder. de chirurg. de Ravaton*, t. III, p. 337.)

Withe employait une jambe d'étain creuse et recouverte de cuir, se terminant à volonté par un pilon ordinaire ou par un pied, mais vicieuse en ce sens qu'elle faisait porter le poids du corps sur des saillies osseuses superficielles sous-cutanées, les condyles du tibia. (*Chirurg. B. Bell.*)

Wilson avait fait construire un appareil qui avait un avantage marqué sur les précédents; c'est que le poids du corps ne portait pas totalement sur le moignon, mais était réparti entre le genou, la cuisse et l'épaule du côté opposé sur laquelle venait se fixer une courroie partant de l'appareil.

Brunninghausen appliquait à ses amputés une jambe artificielle au fond de laquelle le moignon reposait à la surface d'un coussin; cet appareil était maintenu fixé au membre inférieur par deux tirans en cuir, dans la duplicature desquels s'engageait une courroie circulaire maintenue solidement autour de la cuisse, immédiatement au-dessus des condyles fémoraux.

Nous n'insisterons pas sur les appareils de Soulera et de Salemi, inaptes à rendre aucun service à l'art prothétique; et nous arriverons à 1835, époque à laquelle un habile orthopédiste d'Aix, Mille, résolut le problème qui devait assurer le triomphe de l'amputation sus-malléolaire, en imaginant un appareil dont la forme et les usages imitaient la nature, et dans lequel (avantage immense) le poids du corps était également réparti sur le membre inférieur et sur le bassin. Il serait trop long de décrire toutes les pièces dont se compose cet appareil, ainsi que la modification qu'y a apportée M. Martin; vous trouverez ces détails consignés, d'une part, dans le *Journal hebdomadaire* (1835, n° 19), et, de l'autre, dans les *Mémoires de l'Académie de Médecine* (vol. 10, p. 82.)

Cet appareil présente des avantages incontestables, ne fût-ce que celui de dissimuler la perte du membre. N'est-il pas vrai que, même pour remplir les simples fonctions de concierge, il répugne de choisir un homme marchant avec une jambe de bois, tout honorable que puisse être en quelques cas une pareille mutilation, et quelque respect qu'elle doive imposer en toute circonstance?

D'un autre côté, on est porté à exagérer les avantages de la jambe de bois ordinaire. Nous avons rapporté l'exemple d'un militaire qui, après avoir marché trois ans avec notre bottine à la suite d'une amputation tibio-tarsienne, nous a déclaré, après avoir subi l'amputation à la jarretière par une imprudence qu'il déplore chaque jour, que ce qu'il regrettait le plus, c'était sa bottine, qui lui permettait de faire plusieurs lieues par jour sans se fatiguer, et de fléchir la jambe sur la cuisse; tandis qu'actuellement que son tronc est attaché au montant de la jambe de bois ordinaire, il marche avec la plus grande difficulté et sans pouvoir supporter une longue fatigue. (*Gaz. des Hôp.*, 1848, n° 22.)

Nous avons pratiqué, il y a quelques années, l'amputation sus-malléolaire d'après un procédé opératoire qui nous est propre, et que nous décrirons plus bas, au lieutenant-colonel Armand. Cet officier est aujourd'hui colonel du 73e de ligne, et sa mutilation est si bien dissimulée, qu'il est presque impossible de s'en apercevoir quand il marche ou lorsqu'il est à cheval à la tête de son régiment. N'entrevoyez-vous pas dans le fait de cette dissimulation une heureuse influence morale qui contribue à rendre l'amputation sus-malléolaire moins grave que l'amputation à la jarretière?

Un médecin adjoint du Val-de-Grâce, M. le docteur Serrier, qui nous prête sa collaboration, a imaginé un moyen prothétique fort ingénieux qui répond en partie aux objections de ceux qui repoussent l'appareil de M. Martin, et qui présente un avantage incontestable sur la jambe de bois dont on se sert aujourd'hui; vous trouverez la description complète de ce moyen prothétique dans un Mémoire que M. Serrier a publié dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère* (vol. 15).

Nous avons donné à cette question plus de développements qu'aux autres, parce qu'en effet elle a donné lieu à de nombreuses controverses qui subsistent encore dans l'esprit de quelques chirurgiens. Nous-même avons dû la défendre avec toute la puissance de nos convictions scientifiques. Et pourquoi ne le dirais-je pas! Le chirurgien en chef du Val-de-Grâce s'est trouvé en désaccord avec l'opinion des membres du conseil de santé des armées. Ce n'était point ici une question de subordination, mais une question de science. Sur ce terrain, les adversaires pouvaient combattre à armes égales. Faire ployer des convictions basées sur l'expérience de faits nombreux eût été déloyal. En résistant, nous avons accompli un devoir envers les malades qui nous sont confiés.

De cet exposé, nous concluons :

1° Que l'amputation sus-malléolaire doit être préférée à l'amputation à la jarretière;

2° Que le moyen prothétique, fût-il mauvais, et dût-on à cause de l'élévation de son prix recourir à la jambe de bois ordinaire, il faudrait encore la pratiquer, attendu qu'elle donne lieu à moins de revers que l'autre.

Dans la prochaine leçon, nous continuerons l'examen des lieux d'élection à la jambe. Docteur SERRIER,

Médecin adjoint au Val-de-Grâce.

(La suite à un prochain numéro.)

Recherches sur le fongus bénin du testicule,

Par M. JARJAVAY,

Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien du Bureau central des hôpitaux.

(Suite et fin du numéro précédent.)

Traitement. — L'appréciation des divers moyens qui ont été tentés contre les fongus bénins du testicule est maintenant devenue facile, car elle est indiquée par l'anatomie et la physiologie pathologique.

Mais d'abord, que penser de la guérison spontanée de ces fongus? Ne vaudrait-il pas mieux les abandonner à eux-mêmes que tourmenter les malades par des souffrances qu'on pourrait leur éviter? La première et la seule objection qui se soit présentée aux chirurgiens qui ont conçu la possibilité de cette cure spontanée est la longueur du travail nécessaire à cette terminaison. J'en ajoute une autre bien plus importante à mon avis, c'est la perte certaine du testicule; car la rétractilité permanente de la tunique albuginée ne ferait qu'accroître le volume de la tumeur en chassant la pulpe séminale au dehors. Les topiques émollients seraient inutiles; on sait même que Bertrandi en rejette l'emploi. Les fongus bénins ne sauraient donc être abandonnés aux soins de la nature, puisqu'à aucune époque de leur durée ils ne pourraient, par eux-mêmes, se terminer d'une manière heureuse.

La thérapeutique qui a été suivie jusqu'ici contre ces fongus comprend :

1° La médication interne ;
2° La compression;
3° Les topiques astringents ;
4° Les caustiques;
5° La ligature;
6° L'excision, soit simple, soit aidée de la compression ou de la suture ;
7° Enfin, la castration.

1° *Médication interne.* — Si le malade atteint d'un fongus bénin du testicule présentait en même temps des symptômes de syphilis, serait-on autorisé à ne diriger contre la tumeur que le traitement antivénérien? Je n'hésite pas à répondre à cette question d'une manière négative. Dans tous les cas où les préparations mercurielles ont été employées par Curling, les applications de certaines poudres et la compression avaient été faites simultanément sur la tumeur. A. Cooper et B. Brodie avaient échoué avec les préparations antisyphilitiques dans un cas où un fongus superficiel s'était développé sur la tunique vaginale, je ne connais qu'une observation qui nous démontre la disparition d'un fongus et la cicatrisation spontanée de la solution de continuité du scrotum à la suite de l'administration à l'intérieur de l'iodure de potassium. (Cette observation a été rapportée plus haut.) Nul doute que l'iodure de potassium n'ait puissamment contribué à ce résultat; mais d'après les notions de physiologie pathologique que nous possédons relativement à la marche de ces fongus, n'est-il pas permis de se demander si le résultat définitif n'aurait pas été le même, la maladie ayant été abandonnée à son cours naturel? Dans cette dernière hypothèse, la tunique fibreuse se serait vidée, et du testicule il ne serait resté qu'un petit noyau dur, insensible sous la compression, comme dans le cas en question. Aussi, ce fait ne me paraît-il pas concluant. En tous cas, l'iodure de potassium et les mercuriaux, qui seuls me paraissent insuffisants, pourraient heureusement seconder l'action de certains moyens mécaniques ou de certains topiques appliqués sur le fongus.

2° *Compression.* — La présence du fongus dans l'aine, de l'ulcération scrotale, est le seul obstacle, mais un obstacle dont l'action est constante, à la réunion des bords de la solution de continuité. Si le fongus n'était qu'une simple hernie du testicule, je veux dire une tumeur formée par le parenchyme de la glande sortant hors de la tunique albuginée sans lésion aucune de son tissu, une compression méthodiquement appliquée sur les bourses pourrait plus ou moins bien réduire cette hernie. Mais on connaît la compression du fongus, l'épaississement et la rétraction de la tunique albuginée, qui ne saurait plus avoir assez de capacité pour recevoir la masse qui en est sortie. Aussi, la compression me paraît-elle impuissante dans l'immense majorité des cas. Pour qu'elle eût une action efficace, il faudrait que la tumeur fût récente et eût un petit volume. La compression établie sur les bourses, agissant, non pas à la manière d'une puissance qui pousserait, comme le fait le doigt dans l'opération du taxis, la partie herniée dans son ancien domicile, mais bien comme adjuvant de l'absorption interstitielle, s'exerçant à la fois sur le testicule et sur le fongus, serait moindre. C'est ainsi que Frike a guéri des orchites chroniques. On pourrait bien, il est vrai, affaisser une tumeur plus grosse au moyen de la compression, tout en diminuant simultanément le volume du testicule, et faire ensuite glisser les enveloppes de la tumeur; on réduirait ainsi le fongus, non pas dans la tunique albuginée, mais dans le scrotum, ce qui a eu lieu en effet dans certains cas où la compression était employée comme auxiliaire des astringents. En résumé, cette seconde méthode ne peut guérir le fongus bénin qu'autant que celui-ci est récent et peu volumineux. Elle agit en même temps sur l'orchite chronique, qui est le point de départ du mal.

3° *Astringents.* — Les astringents ont été employés à l'état solide ou liquide. La poudre d'alun, dont il saupoudrait le fongus, a réussi entre les mains de A. Cooper dans un cas où une hypersarcose, proéminant à la manière d'un polype de l'intérieur du nez, avait été prise pour une production de mauvaise nature. Quant aux astringents liquides, ils ont souvent été mis en usage; mais il serait difficile de préciser le degré d'influence qu'ils ont exercée sur la guérison, car des médications internes et la compression étaient prescrites simultanément. On conçoit néanmoins que la solution de nitrate d'argent, de sulfate de cuivre, assez faible pour exercer une action astrigente, fît resserrer les vaisseaux qui abondent dans le fongus, et que, le sang y affluant en moins grande quantité, l'excroissance perdît peu à peu de son volume.

4° *Escharotiques.* — Les caustiques peuvent, en détruisant les fongus, faciliter la cicatrisation des bords de la solution de continuité. Le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre en poudre ont amené des guérisons. A. Cooper, qui reconnaît l'action efficace de ces topiques, signale les effets funestes de l'acide arsénieux, dont l'absorption provoqua dans deux cas les phénomènes de l'empoisonnement.

La méthode de la cautérisation n'a pas été généralement mise en usage. Brodie, qui recommande de saupoudrer le fongus avec le proto-nitrate de mercure, abandonne ce topique quand se sont développés des bourgeons de bonne apparence pour y substituer une solution faible de sulfate de cuivre dans une mixture camphrée. Si l'on ne devait avoir d'autre but dans le traitement du fongus bénin que celui d'enlever l'obstacle qui s'oppose à la cicatrisation, la cautérisation serait bien inférieure à l'excision, car elle exige un temps beaucoup plus long pour atteindre le but que le chirurgien a en vue; d'ailleurs, l'emploi des caustiques peut ne point donner lieu à une plaie nette, régulière, qui par accident peut se compliquer de douleurs vives et d'inflammation.

5° *Ligature.* — La ligature a été conseillée et mise deux fois en usage par Lawrence sur deux fongus volumineux, mais supportés par un pédicule étroit. Dans le premier de ces cas, la douleur causée par la constriction fut très vive, et cependant la lecture de l'observation permet de supposer que le fil n'avait pas été fortement serré. Ce qui vient à l'appui de cette conjecture, c'est que la tumeur, dit le chirurgien anglais, ne tomba que quelques semaines plus tard. Le calibre des vaisseaux qui traversaient le pédicule n'avait point été effacé, puisque le fongus qui tenait encore au corps du testicule ayant été détaché avec le bistouri, il s'ensuivit une hémorrhagie considérable. La cautérisation avait été inutile sur le second malade.

Une forte ligature fut appliquée sur la base de la tumeur et serrée autant que possible. Cette fois, la douleur fut extrême; au bout de quelques heures, elle se propagea sur le trajet du cordon et dans la région lombaire; elle ne fut calmée que par l'administration de topiques émollients et de petites doses d'opium. Comme complication, une fièvre se déclara, qui céda aux moyens ordinaires. Quelques fibres tenant encore au fongus furent coupées le dixième jour. Ces deux exemples nous permettent d'apprécier la méthode de la ligature, dont les effets pouvaient être facilement prévus à cause de la présence des tubes séminifères dans la tumeur. L'observation clinique a démontré qu'une simple compression détermine dans le fongus les mêmes douleurs que dans le testicule sain. Comment donc une forte constriction exercée sur le pédicule ne causerait-elle pas une extrême souffrance? Qu'est-il étonnant que dans un cas la fièvre se soit développée? En présence de ces accidents, je n'hésite pas à rejeter la ligature du traitement des fongus bénins du testicule. Je n'ai parlé jusqu'ici que du traitement des fongus parenchymateux. Les caustiques et plutôt encore la ligature peuvent être mis en usage avec succès pour les fongus superficiels; la ligature surtout n'a point contre elle les objections qui s'élèvent naturellement quand il s'agit des premiers. Il est évident que la médication interne, la compression et les astringents seraient insuffisants et ne doivent point être choisis.

6° *Excision.* — Cette méthode a, sur les précédentes, l'avantage de placer plus vite les bords de la perforation du scrotum dans les conditions favorables à la cicatrisation. La section du fongus n'est point douloureuse, puisque des malades en ont quelquefois eux-mêmes enlevé des portions avec l'instrument tranchant; mais elle expose à un accident nouveau l'hémorrhagie. L'excision est d'ailleurs pratiquée avec le bistouri, et la plaie est ensuite pansée comme une plaie simple; ou bien l'excision est aidée de la compression ou de la suture. La compression lutte contre l'action concentrique de la tunique albuginée, et prévient le développement d'un nouveau fongus. La suture produit le même résultat, quoique avec moins de force. Elle est préconisée par A. Cooper, qui conseille deux incisions courbes sur le scrotum, près de la tumeur, que l'on doit enlever avec le bistouri, puis la réunion des lèvres de la solution de continuité.

Préférée par Lawrence aux autres méthodes, l'excision entraîne nécessairement la perte d'une portion du testicule; voilà pourquoi Curling la condamne. Elle se rapproche singulièrement de la castration, quand la presque totalité des tubes séminifères a passé dans le fongus. Mais, dans cette dernière hypothèse, je ne vois pas pour quelles raisons Curling rejette l'excision d'une manière absolue. S'il était certain que les vaisseaux pussent, après l'emploi simultané de la compression et des astringents, rentrer dans la tunique albu-

ginée et recouvrer les propriétés dont ils jouissent dans l'état sain, je le comprendrais. Mais est-il bien démontré qu'une fois oblitérés sur la matière jaune et englobés par elle, les filaments spermatiques redeviennent perméables à la liqueur fécondante? La tunique albuginée ne se racornit-elle pas de plus en plus?

Dans une observation rapportée par Lawrence, on lit qu'un individu porteur d'un fongus sur le testicule gauche perdit tout désir vénérien dès que le testicule de ce côté était devenu malade; celui du côté droit, ayant été le siége de la même affection, était déjà complétement détruit. Je n'ai d'ailleurs trouvé aucun fait qui prouve d'une manière certaine qu'un fongus, fût-il même peu volumineux, eût guéri avec l'intégrité des fonctions de la glande séminale. Que si l'on a constaté, dans un petit nombre de cas, du sperme au milieu du pus qui s'exhalait de la surface d'une ulcération, il ne faut pas en déduire d'une manière absolue que l'excrétion s'exécutera avec toute sa régularité. Personne ne peut affirmer, en effet, que les voies spermatiques ne sont pas oblitérées ou dans les vaisseaux afférents, ou dans l'épididyme, ou vers le commencement du canal déférent. En face des résultats négatifs que donne l'observation et des déductions que permettent l'anatomie et la physiologie pathologique, je ne crains pas d'avancer que l'excision, n'exposant pas le testicule à des conséquences plus graves que celles qui sont devenues nécessaires, doit être conservée comme une méthode utile et expéditive, toutes les fois que la tumeur ne sera pas récente et d'un petit volume. Si la pulpe séminale a quitté presque tout entière la coque albuginée, à plus forte raison l'excision pourra-t-elle être employée.

7° *Castration.* — Avant que la nature du fongus fût bien connue, la castration était l'unique ressource qu'on dirigeait contre cette tumeur réputée de mauvaise nature; aujourd'hui elle n'est plus qu'un moyen extrême, à défaut duquel on pourrait même mettre à profit l'excision. Cependant, si le parenchyme est presque tout entier dans la tumeur, s'il ne reste plus à la place du testicule qu'une petite masse compacte et insensible sous la compression, si l'épididyme, le cordon sont volumineux et durs, comme les fonctions viriles sont abolies déjà, la castration est indiquée; elle aura l'avantage d'enlever les parties que l'inflammation a occupées, et, comme le fait remarquer A. Cooper, d'épargner au malade, dans sa guérison, un retard qui pourrait être considérable.

En résumé, l'application de topiques astringents, aidée de la compression, est indiquée dans les cas où le fongus bénin du testicule est récent et d'un petit volume. L'excision ou la castration ne doivent être mises en usage qu'autant qu'une très grande partie de la pulpe séminale sera hors de la tunique albuginée considérablement revenue sur elle-même.

Nous joignons à la description remarquable que l'auteur a faite de la maladie sur laquelle ses recherches viennent de jeter un si grand jour les planches suivantes, qui serviront à rendre plus frappants les détails de cette description.

Fig. 1.

Aspect général de la tumeur.

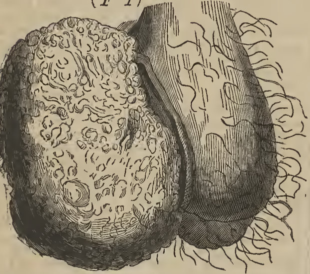


Fig. 2.

A. Testicule. B. Epididyme. CC'. Tunique albuginée. D. Tunique vaginale. E. Fongus. F. Artère et veine testiculaires. G. Artère testiculaire. H. Canal déférent et artère déférentielle. I. Veines du cordon.

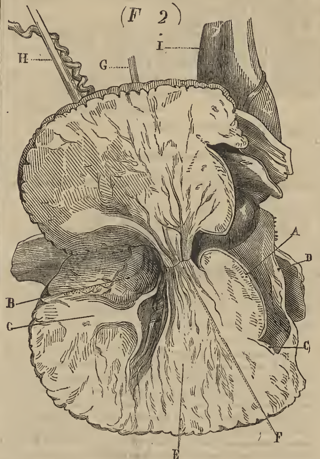


Fig. 3.

A. Epididyme. B. Canal déférent et artère déférentielle. C. Tunique albuginée. D. Artères et veines du testicule. E. Prolongements fibreux de la tunique vaginale.

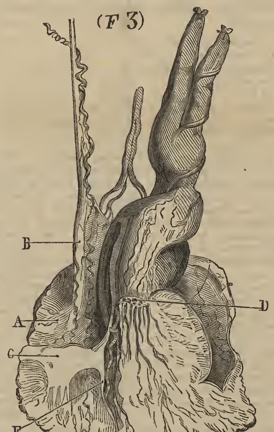


Fig. 4.

Examen microscopique. Eléments du tissu fibro-plastique qui constitue la tumeur.



Fig. 5.

A. Cicatrice. B. Débris du testicule, réduit à un noyau d'induration formé exclusivement par son enveloppe fibreuse. C. Cordon testiculaire.



NOUVELLES.

M. Bagnol, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, détaché à l'armée des Alpes, est désigné pour l'hôpital de Versailles.

M. Brouillaux-Léger, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital de Versailles.

M. Crestin, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Briançon, est désigné pour celui de Versailles.

M. Gipoulou, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Toulouse, est désigné pour celui de Versailles.

M. Bailly, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Bordeaux, est désigné pour être détaché provisoirement à celui du Roule, à Paris.

M. Angelot, médecin ordinaire de 1re classe à l'hôpital de Rennes, est désigné pour celui de Lyon.

M. Soucelyer, médecin ordinaire de 1re classe à l'hôpital de Saint-Omer, est désigné pour celui de Versailles.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 26 JUIN 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 74.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 25 JUIN 1849.

Marche du choléra.

Après une journée de *statu quo*, l'épidémie a repris sa marche graduellement décroissante, et tout fait espérer que l'on n'avait pas trop présumé en croyant à la cessation prochaine de l'épidémie. Les chiffres suivants, représentaut les admissions et les décès qui ont eu lieu dans les hôpitaux depnis trois jours, donneront une idée de l'amélioration qui s'est manifestée dans l'état de la santé de la population nécessiteuse :

Journée du 22 juin..........	61 entrées,	26 décès.
— 23	45	35
— 24	26	29
Hôpitaux militaires pendant ces trois jours..................	19	8
Total................	151	98

Une triste vérité ressort néanmoins de ces chiffres : c'est que, si l'épidémie diminue de fréquence, elle ne diminue en aucune façon de gravité. Il est donc de la plus indispensable nécessité, on ne saurait trop le répéter, que les personnes affectées des prodromes de l'épidémie prennent toutes les précautions conseillées par la science pour prévenir le développement de la maladie elle-même ; car une fois celle-ci bien développée, les secours de l'art ne sont que trop souvent impuissants.

Dans la population aisée, la décroissance a suivi une proportion analogue à celle qui s'est manifestée dans les hôpitaux. Voici le chiffre des décès à domicile publié par le *Moniteur*.

Journée du 20	74
— 21	74
— 22 (1)	
Total........................	148
Total des décès daos les hôpitaux...........	6383
Total des décès à domicile jusqu'au 17 inclusivement.............	8750
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie.....................	15133

(1) Le *Moniteur* ne publie pas de relevé aujourd'hui.

Sur les statistiques relatives au choléra.

Les statistiques qui vont être dressées par les soins de l'administration sur la mortalité par suite du choléra dans les diverses localités de la France auront une grande importance, puisqu'elles serviront peut-être à éclairer l'étiologie de cet affreux fléau. Mais cette importance ne sera réelle qu'autant que ces statistiques seront d'une rigoureuse exactitude. Ceux de nos confrères qui seront chargés de les dresserdevront donc mettre le plus grand soin à contrôler les faits qui passeront sous leurs yeux, à s'assurer par tous les moyens possibles que ces faits sont l'expression de la vérité, de toute la vérité.

Ce n'est pas sans motifs sérieux que nous écrivons ces propositions, dont nos confrères des commissions médicales sentiront sans doute aussi bien que nous toute la justesse, mais qui, par cela même qu'elles expriment des principes non contestés, pourraient être perdues de vue au moment opportun. Or, voici les raisons qui nous ont engagé à rappeler ces principes :

Dans quelques communes des environs de Paris où le choléra a régné et règne encore, des confrères chargés de la vérification des décès ont cru pouvoir se permettre, soit pour ne pas effrayer la population, soit pour ne pas priver leurs localités des avantages matériels qu'apportent avec eux les amateurs de villégiature, d'attribuer à diverses maladies des décès dus à l'épidémie cholérique.

Les motifs qui ont dirigé ces confrères peuvent être louables ; mais les conséquences d'une telle manière de procéder sont assurément très fâcheuses ; elles ne tendent à rien moins qu'à voiler la vérité et à retarder les progrès que des études consciencieuses auraient pu imprimer à la science.

Il sera donc important que les commissions chargées de dresser des statistiques aient le soin de comparer la mortalité, pendant l'épidémie, des localités où a régné le choléra, à la mortalité de l'époque correspondante des années précédentes, afin de vérifier si le nombre de décès cholériques portés sur les registres de l'état civil correspond, ou à très peu de chose près, à l'excédant de mortalité qui signale le passage de l'épidémie. S'il n'en était point ainsi, il serait évident que la véritable cause d'un certain nombre de décès aurait été dissimulée.

Liste de présentation à la place vacante à l'Académie de Médecine, dans la section de médecine opératoire.

C'est demain que la commission de l'Académie va présenter la liste des candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire. Ce sera le mardi suivant que l'Académie nommera à cette place. La commission présente, dans l'ordre alphabétique, les candidats dont les noms suivent :

MM. Larrey, Maisonneuve, Ricord, Robert, Vidal (de Cassis).

Parmi ces noms, les travaux et les titres antérieurs placent nécessairement en première ligne MM. Ricord, Robert et Vidal (de Cassis) ; c'est, dit-on, sur ces trois candidats que se porteront presque toutes les voix de l'Académie. Chacun d'eux assurément présente scientifiquement l'étoffe d'un académicien ; nous ne nous permettrons pas, par conséquent, de signaler un de ces trois noms en particulier au choix de l'Académie.

Le conseil de l'Université, après avoir repoussé la demande en permutation de chaire qui lui avait été adressée par la Faculté de Montpellier, a agréé, dans la séance de vendredi, celle qui lui a été envoyée par la Faculté de médecine de Paris. Le conseil a ainsi donné une nouvelle consécration à un abus qui est unanimement condamné par tous les hommes qui mettent l'intérêt de la science, de l'enseignement, au-dessus de quelques intérêts particuliers. Les arguments qni ont été mis en avant par les partisans des permutations sont curieux à connaître ; nous n'avons malheureusement pas le droit de les divulguer. Mais nous pouvons annoncer dès aujourd'hui que la demande de la Faculté n'a pas été adoptée sans une opposition prononcée de la part des membres les plus éminents du conseil.

Nous reviendrons sur cette importante délibération.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Hernie étranglée. — Diagnostic différentiel des différentes espèces de hernies. — Considérations sur le taxis et sur les conséquences de l'opération.

Au n° 3 de la salle des femmes, se trouvait il y a peu de temps une marchande de poissons âgée de cinquante-quatre ans, et affectée d'une hernie étranglée. Cette femme, d'une bonne constitution, portait depuis vingt ans cette hernie, qui n'était point contenue par un bandage, quoique déjà, dans maintes occasions, des médecins lui en eussent conseillé l'usage. L'intestin sortait habituellement et n'occasionnait aucune souffrance à cette femme.

Dimanche soir, sans effort notable, elle sentit quelque chose sortir tout à coup, et elle fut prise peu de temps après de violentes douleurs dans le ventre et de fortes coliques ; les vomissements survinrent bientôt. Un médecin appelé le lendemain matin pratiqua le taxis, mais sans succès. La tumeur n'était pas douloureuse, les vomissements cessèrent le mardi matin, quoique la hernie n'eût pas été réduite, mais ils recommencèrent le mercredi. Le médecin fut appelé de nouveau, échoua cette fois encore dans ses tentatives de réduction par le taxis et envoya cette femme à l'hôpital.

Nous l'avons vue hier matin ; il existait dans l'aine du côté droit une tumeur grosse comme le poing, globuleuse, peu sensible, sans changement de couleur à la peau, mobile et

FEUILLETON.

Une leçon de houillotte à l'Institut. — Les correspondances de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Sans vouloir dimiouer en rien le mérite de votre rédacteur chargé de rendre compte des séances des académies, je dois cependant vous dire confidentiellement qu'il laisse de temps en temps quelques lacunes dans son travail, et même parfois d'assez importantes pour qoe je me croie obligé d'en combler aujourd'hui quelques-unes. Comment se fait-il, par exemple, qu'il ait passé sous silence l'excellente leçon de bouillotte que M. Lamé a donnée à ses collègues dans l'avant-dernière séance?

— Qu'est-ce à dire, vous écrierez-vous peut-être, uoe leçon de bouillotte! Plaisantez-vous, ou l'Académie des Sciences compte-elle daos son sein une section de l'académie des jeux?

— Noo, mon cher confrère, l'Académie des Sciences ne renferme point une section des jeux, et je crois qu'il y a plutôt lieu de s'en plaindre que de s'en féliciter. C'est aussi saos doute ce qu'a pensé M. Lamé, bomme d'une austérité pythagoricienne au physique comme au moral, mais bomme dévoué au progrès de toutes les sciences, spécialement de celles qui peuvent contribuer le plus directement aux jouissances ionocentes de l'bumanité. Or M. Lamé sait parfaitement, quoi qu'en puisse penser son illustre confrère M. Arago, que « la découverte d'un mets nouveau fait plus pour le bonheur de l'bumanité que la découverte d'une étoile. » (Voir la *Physiologie du Goût* du savaot professeur Brillat-Savarin.) Non-seutement M. Lamé n'ignore point cet aphorisme, mais il pense qu'en remplaçant le mot *mets* par le mot *jeu*, l'aphorisme ne perdrait rien de sa vérité. En conséquence, après avoir réfléchi pendant assez longtemps, mais sans succès, à accroître les jouissances de ses concitoyens en inventaut un nouveau jeu, il s'est contenté de travailler au perfectionnement de plusieurs. Il a d'abord dooné la préférence à la bouillotte ; ce qui prouve à la fois le sens artistique et les connaissances pratiques du savant mathématicien. Est-il en effet uo jeu plus poétique et plus savant que la houillotte, qui mérite davantage par conséquent les méditatioos d'un savant académicien? J'aime à croire, mon cber confrère, que vous conoaissez la houillotte, et que vous n'êtes pas comme M. Arago (celui de l'Institut, bien entendu), qui ignorait encorc, il y a huit jonrs, jusqu'au nom de hrelan. Dans tous les cas, s'il en était ainsi, la narration suivante, que j'emprunte à M. Lamé, et que vous pouvez lirc dans le dernier numéro des *Comptes-rendus hebdomadaires de l'Académie des Sciences*, vous mettra parfaitemeot au courant :

« La bouillotte, dit le savant mathématicien, se joue ordinairemeot entre quatre personnes. Le jeu se compose de 20 cartes seulement, 4 as, 4 rois, 4 dames, 4 neuf, 4 huit. On distribue trois cartes à chaque joueur ; on retourne la treizième, et il en reste sept au talon. Parmi les coups divers qni peuvent faire gagner la partie, se trouvent le brelan simple et le hrelan carré.

» Un joueur a hrelan simple lorsque les trois cartes qu'il a reçues sont de la même espèce ; savoir : 3 as ; 3 rois, 3 dames, 3 neuf, 3 buit. Il a brelan carré lorsque la carte retournée est précisément la quatrième de la même espèce.

» S'il a brelan simple, il gagne les enjeux. Si deux, trois on quatre joueurs à la fois ont des brelans simples, le supérieur gagne. Le brelan d'as l'emporte sur tous ; s'il manque, c'est celui de rois, et ainsi de suite dans l'ordre indiqué.

» Quand l'un des hrelaos est rendu *carré* par la *retourne*, il l'emporte sur tous les hrelaos simples. »

Vous voilà donc bien renseigné sur la manière dont se joue la houillotte ; vous savez que pour gagner il faut avoir hrelan. Mais jusqu'à présent les joueurs se contentaient d'attendre la fortune, sans trop savoir quand elle viendrait, ce qui les mettait souvent dans une grande perplexité. Savants et ignorants étaient absolument logés à la même enseigoe ; tous igooraient égalemeot l'instant, hienbeureux pour l'uo des joueurs, dangereux ou fatal pour les autres, où le hrelan tant désiré ferait irruption sur le tapis. M. Lamé n'a pas voulu que cette aveugle égalité devant la bouillotte entre l'ignorant et le savant continuât plus longtemps ; il a pensé que la science ne devait en aucun lieu ni en aucune circonstance perdre ses droits, et je trouve que c'est hien justice. Donc M. Lamé s'est dit : Il faut que désormais l'ignorant attende le brelan, et que le savant sache prévoir le moment où il va venir. Il dit, et commença incontinent le raisonnemcnt algébrique qui suit :

« Soit P_i la probabilité que i joueurs désignés auront des hrelans daos une même partie. L'ordre suivant lequel les cartes sont distrihuées étant iodifférent, on déduira sans peine, du théorème des probabilités composées, les valeurs suivantes. »

Comme je crains que, nonobstant l'assurance du savant professeur, vous eussiez quelque peine à déduire les valeurs algébriques en question, je passe une foule d'équatioos, et j'arrive à la conclusion capitale, que M. Lamé formule en ces termes :

« On peut parier un cootre un qu'il y aura un hrelan dans 11 parties avec désavantage dans 10. »

Vous sentez immédiatement la conclusion pratique de cette première donnée. Il est évident que lorsqu'il n'y aura pas encore eu de hrelan depuis 7 à 8 parties, vous devrez vous dire : Le hrelan approche, le hrelan va venir ; gardons-nous de relancer notre adversaire, ou gare à ootre *tout*, à moins pourtant que ce hrelan n'élise domicile entre nos propres mains.

La probabilité de 11, en effet, s'applique aux quatre joueors, mais non à un joueur en particulier. Pour chaque joueur la probabilité est quatre fois moindre, c'est-à-dire de 1 sur 44. Lors donc

comme pédiculée. Cette tumeur offrait, en un mot, tous les caractères d'une hernie ; seulement, elle était plus grande et plus globuleuse que ne le sont ordinairement les hernies crurales, et les accidents, qui dataient de quatre jours, n'étaient pas en rapport avec ceux qui accompagnent habituellement ces hernies. Ainsi, après une vive douleur et des coliques, les vomissements étaient survenus, mais rien ne s'était montré ; le ventre même n'était pas notablement douloureux ; il était gros, mais sans tension. Aucun doute ne pouvait exister sur l'existence d'une hernie. Les selles avaient cessé dès dimanche ; des vomissements étaient survenus et persistaient ; le ventre, quoique sans tension, offrait des bosselures et un peu de matité. A quelle espèce de hernie avait-on affaire ? Chez les femmes, quand il s'agit d'une hernie crurale droite, on rencontre fréquemment le cœcum. Or, cette hernie du cœcum n'a pas une marche aussi rapide que la hernie de l'intestin grêle ou du gros intestin. Pourquoi ? On le comprend facilement. Le cœcum est une grande poche qui peut être en partie seulement dans l'aine, le cours des matières peut ne pas être interrompu, et l'économie n'est pas tant ébranlée.

Plus l'intestin hernié est près de l'estomac, plus il y a de troubles. Il y avait lieu de se demander si la hernie était formée par le cœcum ou une autre portion du gros intestin. Mais la tumeur avait l'air pédiculée et d'avoir une racine ; lorsque le cœcum est hernié, cela n'existe pas. De plus, elle était un peu molle, se laissait déprimer facilement et ramenait l'esprit à la pensée d'une hernie épiploïque. Il y avait donc à choisir entre une hernie épiploïque pure et simple s'accompagnant d'accidents bénins et une hernie entéro-épiploïque en admettant la présence de l'intestin grêle. Mais celui-ci, étant hernié depuis quatre jours, aurait amené des accidents. Cependant, une seule idée fixait l'esprit : si l'épiploon existait seul dans la hernie, il n'y aurait pas eu arrêt de matières fecales. Ce devait être une hernie entéro-épiploïque, et, cela admis, il fallait la faire rentrer. Le taxis avait été employé sans succès ; mais à quel degré et comment avait-il été employé ? D'autre part, il n'y avait pas urgence pour opérer, puisque les vomissements cessaient. Il était urgent de faire encore attention à ceci :

1° Que les hernies crurales ne restent pas longtemps sans que l'intestin soit altéré ;

2° Que ces mêmes hernies offrent beaucoup de difficultés pour la réduction ;

3° Enfin, que la réduction est encore plus difficile si l'intestin est enveloppé par l'épiploon.

Toutes ces difficultés doivent être devant l'esprit du chirurgien auprès d'un malade affecté de hernie. Si c'est une entérocèle volumineuse, le taxis est un moyen puissant ; il perd beaucoup de son efficacité si le sac contient beaucoup de liquide. Il n'est pas difficile de concevoir ce qui se passe : dans le premier cas, les efforts portent sur l'intestin presque directement et ne perdent pas de leur intensité ; dans le second cas, le liquide reçoit les efforts et l'intestin ne ressent presque rien.

Ainsi, l'on court grand risque de ne pas réussir par le taxis à faire rentrer une hernie dont le sac contient beaucoup de liquide ou qui est formée par l'intestin coiffé de l'épiploon. Outre cela le chirurgien doit savoir que, toutes choses égales d'ailleurs, une hernie crurale est plus difficile à réduire par le taxis qu'une hernie inguinale.

Chez cette femme, nous avons essayé le taxis sans succès, et comme quatre jours s'étaient déjà écoulés depuis l'apparition des premiers accidents, j'ai insisté pour l'opération que je proposai. En effet, malgré l'opinion d'un certain chirurgien, il est établi que l'opération une fois jugée nécessaire a d'autant plus de chances de réussite qu'on opère plus tôt. Moins il y a de temps écoulé, plus le malade a d'avantages à retirer de l'opération.

Dans le cas dont je parle, les phénomènes d'étranglement existant depuis quatre jours, nous n'avons pas à redouter une péritonite, puisqu'il n'y a aucun symptôme de cette affection ; mais il pourrait se rencontrer une lésion interne : ce serait ou la gangrène, ou l'ulcération de l'intestin.

La gangrène de l'intestin arrive quelquefois après trente-six heures, et quand elle n'a pas lieu, il peut se faire qu'il survienne une autre lésion aussi dangereuse, et d'autant plus grave qu'on ne s'en doute pas. L'intestin se laisse comprimer par l'anneau ; après l'opération, il paraît en bon état ; on le réduit : le malade meurt d'un épanchement dans le ventre. C'est que la portion d'intestin comprimée par l'anneau a été coupée par cet anneau ; pour ce qui est des membranes séreuse et musculeuse, la muqueuse résiste tant que la compression a lieu, puis elle cède dès que l'intestin est rentré, et un épanchement se fait dans le péritoine. La lésion de l'intestin se produit quelquefois de dedans en dehors, et quoiqu'elle soit assez fréquente, elle n'avait pas été mentionnée avant moi. On a dit qu'avant de réduire, il faut tirer un peu d'intestin au dehors. Cette règle générale serait ici très dangereuse. Il vaudrait peut-être mieux faire rentrer l'intestin sans tirer dehors que de le déchirer, et on le comprend, parce que la muqueuse ou la séreuse peuvent être intactes. Toujours est-il qu'il faut bien prendre garde, et abaisser un peu, s'il est possible, l'intestin pour savoir ce qui se passe.

La femme s'est décidée à l'opération. Il n'y a pas grande difficulté à opérer une hernie, comme opération ; nous sommes arrivé dans un énorme sac contenant une masse d'épiploon et une anse d'intestin cachée. Cette anse d'intestin était une partie de l'intestin grêle, d'une couleur chocolat et d'une consistance assez ferme.

Voici comment on s'explique ce qui s'est passé : Il y a vingt ans, cette dame a eu une entéro-épiplocèle ; l'intestin est rentré, et elle n'a plus rien ressenti jusqu'à dimanche. J'ai débridé comme à mon ordinnire, et, contrairement à la règle générale, sur le côté externe et un peu supérieur de l'anneau. J'ai tiré un peu l'intestin avec beaucoup de précaution ; il m'a paru sain, je l'ai réduit. Deux points de suture ont été ensuite placés pour amener un recollement. Les gardes-robes sont revenues dans la journée, les vomissements ont cessé ; rien de particulier n'existe du côté du ventre, et tout nous fait espérer une guérison rapide. A. BERNARD.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. MALGAIGNE.

Névralgie du col utérin avec irradiation en divers points du tronc ; persistance de la douleur du col après la disparition des points névralgiques secondaires ; incision du col utérin. Guérison.

Les névralgies du col utérin, dont l'étude ne remonte qu'à quelques années, n'ont pas encore assez attiré l'attention des médecins. M. Malgaigne, qui a déjà publié un bon travail sur ce sujet, publie aujourd'hui l'observation suivante, qui offre un intérêt pratique incontestable.

Elisabeth Mennet, couturière, âgée de trente-neuf ans, d'une taille élevée, d'une bonne constitution, mais fatiguée et amaigrie, entra, le 11 janvier 1849, dans le service de M. Malgaigne.

Elle a eu neuf enfants, toujours avec des couches heureuses et sans aucun accident : la dernière remonte à trois ans et demi. Quoiqu'elle ne puisse l'affirmer exactement, elle pense que c'est vers cette époque qu'elle a ressenti, pour la première fois, des douleurs dans le bas-ventre. D'abord peu intenses et limitées à l'hypogastre, il y a trois mois elles ont augmenté, et il s'y en est joint d'autres très vives, lancinantes, premièrement dans le côté droit de la tête, puis entre les deux épaules et dans les reins ; enfin elles se sont localisées dans la région lombaire et hypogastrique. Depuis ce grand développement des douleurs, c'est-à-dire depuis environ trois mois, elle souffre également d'une leucorrhée abondante et continuelle, tandis qu'auparavant elle ne voyait en blanc que pendant quatre à cinq jours après ses règles.

Enfin il importe de dire que, depuis sa dernière couche, elle habitait un rez-de-chaussée, et son lit était placé à côté d'un mur d'une telle humidité, que la paille de sa paillasse pourrissait en quelques mois ; elle n'a quitté ce logement que depuis quelques semaines seulement.

Un examen attentif fit constater les faits suivants :

A la pression on découvrit : 1° dans la région lombaire gauche, deux points douloureux en dehors des apophyses épineuses des deuxième et troisième vertèbres lombaires ; 2° un autre point très douloureux à gauche également, un peu au-dessous de la dernière côte ; 3° à droite, un point très douloureux entre la crête iliaque et la dernière côte ; 4° enfin, à l'hypogastre, sur la ligne médiane, la pression exercée avec un ou deux doigts seulement était très douloureuse, tandis qu'en déprimant fortement les parois abdominales avec la paume de la main, on ne causait aucune douleur. Ces divers points névralgiques étaient bien limités et bien caractérisés ; il en partait des douleurs spontanées, lancinantes, faisant le tour des reins, et venant se terminer à l'hypogastre, douleurs assez fortes pour troubler le sommeil, et notablement plus fortes à gauche qu'à droite. Jamais elle n'a eu de douleurs dans les membres inférieurs.

Du reste, l'appétit est bien conservé, bien que les digestions soient pénibles. Les selles sont régulières ; l'urine est rendue sans douleur ; le ventre est souple. L'utérus ne déborde pas la symphyse pubienne. Au toucher, on sent le col utérin peu volumineux, parfaitement souple, lisse, mais très douloureux à la pression, en un point spécial en avant et à gauche sur la lèvre antérieure. Les parties qui environnent le col sont souples, non douloureuses à la pression.

M. Malgaigne diagnostiqua une névralgie du col utérin, considérant toutes les autres douleurs comme secondaires. — 3 ventouses scarifiées sur la région lombaire.

Le 12, diminution marquée des douleurs. Les points douloureux persistent. — Vésicatoire volant sur les points postérieur et latéral gauches ; injections vaginales avec une décoction de jusquiame et de pavot.

Le 15, pas de changement. Les vésicatoires qui ont été appliqués n'ont pas pris ; on en prescrit de nouveaux.

Le 17, elle se plaint d'éprouver, après ses repas, une sensation de boule qui, partant de l'estomac, remonterait derrière le sternum et lui donnerait un sentiment d'étouffement à la gorge.

Le 18, les douleurs névralgiques ont beaucoup diminué ; l'écoulement est aussi un peu moindre. La sensation d'étouffement persiste.

Le 22, il n'y a plus de points douloureux névralgiques sur le tronc ; mais, en appuyant fortement sur l'épigastre, on cause de la douleur. Au toucher, le col de l'utérus est toujours très sensible au point indiqué ; et, en y exerçant une forte pression, la douleur se propage jusque dans les reins. L'écoulement a encore diminué ; la sensation d'étouffement a entièrement disparu.

Le 25, la névralgie du col n'offrant aucune diminution, M. Malgaigne se décide à faire une incision sur le point douloureux. Le col, saisi avec des pinces de Museux, est amené le plus près possible de la vulve. Le chirurgien, armé de ciseaux droits, en introduit une branche dans le col, et divise complétement la lèvre antérieure dans l'étendue d'un centimètre. Immédiatement après l'opération, la malade se trouve soulagée, et la pression exercée sur le col ne lui cause plus aucune douleur. Il s'est écoulé environ une palette de sang.

Le 26, plus de douleurs à la pression au niveau de l'hypogastre. La pression sur le col de l'utérus est à peine sensible ; encore la douleur déterminée n'est-elle pas de la même nature qu'avant l'opération.

Le 27, le mieux continue ; la malade ne ressent aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée. Elle sort le 30 pafaitement guérie. (*Revue médic.-chirurg.*)

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. NÉLATON.

Diagnostic des fractures de l'extrémité inférieure du péroné.

Le diagnostic de ces fractures, malgré la situation superficielle de l'os, n'est pas toujours exempt de difficultés. Au point de vue de ce diagnostic, on peut diviser ces fractures en deux catégories, suivant qu'elles sont ou non sans déplacement. Lorsqu'un déplacement considérable existe, qu'un enfoncement angulaire prononcé se fait remarquer à la partie externe de la jambe (coup de hache de Dupuytren), que le pied se trouve porté dans l'abduction, il ne peut y avoir aucune difficulté à reconnaître la véritable nature de sa lésion, nous dirions presque à première vue. Mais il est loin d'en être de même lorsqu'il n'existe pas de déplacement, qu'un gonflement notable s'est développé : dans ce cas, l'exis-

---

que vous n'aurez point un brelan depuis environ 40 parties, vous devrez vous dire : Voici le moment propice ; mettons-nous sur nos gardes, du sang-froid dans le relançage, et mettons, s'il se peut, nos trois aimables adversaires dans le même pétrin. Vous concevez que, si c'était un de vos co-joueurs qui n'eût point eu brelan depuis 40 coups, le raisonnement à tenir serait inverse.

Mais, M. Lamé vous l'a dit, il peut y avoir deux ou plusieurs brelans, et, pour gagner, il faut qu'un joueur donné soit seul à avoir brelan, ou bien que le sien soit supérieur à ceux des autres. Il était donc important de connaître la probabilité qu'ont les autres joueurs d'avoir aussi brelan. C'est ce que M. Lamé a parfaitement compris, et il s'est empressé de donner la solution suivante de cet intéressant problème.

« Un joueur qui a brelan peut parier 60 contre un qu'il n'y en aura pas d'autre que le sien. »

Conclusion pratique : S'il y a déjà eu environ 50 brelans uniques depuis que le jeu est ouvert, et que vous en ayez un actuellement ; si votre brelan n'est pas un brelan d'as, ou tout au moins de rois, soyez modéré sur la relance, ou bien vous risquez de vous briser contre un brelan supérieur au vôtre.

Enfin, en supposant que vous ayez un brelan d'as, il vous reste encore à craindre le brelan carré. Il restait donc à M. Lamé un dernier problème à résoudre, c'était de calculer la probabilité du brelan carré ; le célèbre académicien n'a point laissé sa tâche inachevée, et il a résolu ainsi qu'il suit ce dernier problème :

« Il y a un brelan carré au moins une fois sur 169 parties, et au plus une fois sur 168. »

Donc, lorsque vous aurez joué 160 parties et qu'il n'y aura pas encore eu de brelan carré, méfiez-vous de la relance, même avec un brelan d'as en main ; si, au contraire, ce brelan est passé, soyez vigoureux et vous *décavez* votre homme.

Voilà, mon cher confrère, ce que j'ai eu l'avantage d'apprendre à l'avant-dernière séance de l'Institut, de la propre bouche de M. Lamé. Cette leçon vaut bien..... une discussion sur Uranus ou Neptune, voire même une lecture sur la prophylaxie du choléra, et j'espère que tous mes lecteurs me remercieront d'avoir comblé cette première lacune de votre collaborateur.

— Il est une autre lacune que je tiens également à vous signaler ; elle concerne la correspondance des Académies. A ce propos, un mien voisin, un jour que je me trouvais à l'Institut, m'apostropha en ces termes :

— Pensez-vous qu'il soit plus difficile d'apprendre le métier d'observateur que d'apprendre l'orthographe et la syntaxe ?

— Cela dépend du genre d'observation dont vous voulez parler.

— Eh bien ! je vais m'expliquer : Pensez-vous qu'il soit plus difficile de poser le diagnostic d'une maladie, de décrire cette maladie, sa marche, son mode de propagation ; etc. ; que d'apprendre l'orthographe la plus usuelle, celle qui consiste à écrire correctement : « Bonjour ; comment vous portez-vous ? »

— Ce que vous me demandez ne peut faire question ; tout le monde sait bien que rien n'est plus difficile que l'observation médicale exacte et complète, et personne n'ignore que la science de l'orthographe est à la portée de toutes les intelligences, tellement que vous la trouvez chez tous les bureaucrates du monde. Cependant j'ajouterai que, pour savoir même l'orthographe ; il faut l'avoir apprise : je concevrais donc très bien qu'un esprit très sagace, mais dépourvu d'éducation première, comme il s'en rencontre quelquefois, pût faire d'excellentes observations médicales ou autres, tout en ignorant l'orthographe des mots et les règles qui servent à la construction des phrases.

— Je suis parfaitement de votre avis ; ma question ne concernait que les hommes qui avaient reçu leur diplôme de bachelier.

— Maintenant que j'ai satisfait à votre question, me serait-il permis de savoir quel en est le but, et où vous en voulez venir ?

— Le voici : je vois journellement discuter dans le sein des Académies des observations et des doctrines contenues ou soulevées dans des correspondances qui s'expriment dans le genre de celle-ci : « Le malade s'*en* encore des maux d'estomac » ; « son *marit* (mari) a éprouvé les mêmes symptômes » ; « le *marit*, un enfant et une jeune voisine ont *succombés* le même jour » ; etc., etc. Il me semble que lorsque des observations et des doctrines sont exposées dans ces termes, elles devraient être discutées ailleurs que dans des sociétés savantes de France. N'est-ce pas votre avis ?

Je ne répondis point à mon interlocuteur ; mais sans vouloir me prononcer d'une manière absolue sur sa dernière question, il me semble, mon cher confrère, que les termes dans lesquels une observation est racontée constituent un des éléments essentiels de cette observation, et je voudrais, en conséquence, que votre collaborateur, lorsqu'il analyse les correspondances des Académies, reproduisît autant que possible les termes employés par les auteurs ; vos lecteurs n'en apprécieraient que mieux tout l'intérêt de ces correspondances, et la *Gazette* n'en offrirait qu'une agréable variété de plus.

Enfin, je crois qu'il serait important d'informer vos lecteurs, en même temps que des objets dont traitent les correspondances, du but spécial que se proposent leurs auteurs. Ainsi, votre collaborateur a bien annoncé que notre spirituel confrère M. César Provençal avait proposé l'inoculation de la syphilis comme prophylactique du choléra ; mais il n'a point dit que le savant praticien réclamait une récompense nationale pour son ingénieuse et importante découverte. Il me semble que ce ne sont pas là de ces choses que l'on puisse taire au public.

J'en ai fini avec ces dénonciations que je ne me suis décidé à faire qu'après y avoir mûrement réfléchi ; j'espère que vous n'y verrez d'autre mobile que l'intérêt du public et de votre journal, et, dans cet espoir, je vous prie d'agréer, etc. X...

tence d'un point douloureux précis, la présence dans ce point d'une tache ecchymotique ne constituent que des signes fort imparfaits ou plutôt complétement illusoires, et si une fracture existait réellement sans aucune espèce de déplacement, il nous semble impossible de ne pas la méconnaître, à moins de produire soi-même, en examinant les parties, le complément symptomatique nécessaire au diagnostic, ce qui ne peut se faire ni sans beaucoup de douleurs, ni sans d'autres inconvénients sur lesquels il est inutile d'insister. Aussi, dans une fracture sans déplacement, devrait-on, suivant nous, s'en tenir à un diagnostic de probabilité plutôt que de s'exposer à accroître les désordres existants par un examen inconsidéré. Mais ces fractures sans déplacement aucun sont-elles aussi fréquentes que quelques chirurgiens semblent le croire? Nous ne le pensons pas. Nous avons vu bien souvent des fractures de l'extrémité inférieure du péroné sans saillie appréciable au premier abord de la malléole externe, sans enfoncement sus-malléolaire (ou coup de hache), sans déviation ni rotation du pied en aucun sens; mais dans tous les cas il y avait un écartement notable des deux malléoles, écartement appréciable et par la mensuration avec le compas d'épaisseur d'une malléole à l'autre, et par un autre signe sur lequel M. Nélaton ne manque jamais d'attirer l'attention de ses élèves lorsque l'occasion s'en présente, et que nous avons encore observé il y a quelques jours sur un malade de son service. Ce signe n'a rien de nouveau, comme on peut s'en convaincre par un fait emprunté à Dupuytren par M. Malgaigne; mais il n'en est pas moins précieux pour cela.

La neuvième observation de Dupuytren, dit M. Malgaigne, concerne une femme de cinquante ans, qui, en descendant un escalier, fit un faux pas, porta le poids du corps sur le pied gauche placé en avant et en dedans; la jambe gauche fléchit, et glissa avec le corps le long de l'escalier, appuyée sur son côté externe. Une longue excoriation occupait la partie externe du pied et de la jambe. Le péroné, fracturé à deux pouces du sommet de la malléole, était mobile et pouvait être repoussé du côté du tibia, avec une crépitation sensible. Il n'y avait nul déplacement visible, ni saillie de la malléole, ni enfoncement au-dessus, ni déviation, ni rotation du pied en aucun sens. Toutefois, lorsqu'après avoir fixé la jambe avec une main, on portait avec l'autre le pied de dedans en dehors et de dehors en dedans, on pouvait lui faire parcourir en travers un espace d'un pouce au moins, et alors seulement apparaissaient quelques signes de la luxation du pied en dehors. » (Malgaigne, *Traité des Fractures*, page 812.)

C'est cette mobilité du pied de dehors en dedans qui constitue dans bien des cas un signe précieux pour le diagnostic de la fracture du péroné. Dans le cas de Dupuytren la mobilité du fragment inférieur était telle, que ce signe, n'eût-il point existé, le diagnostic n'en aurait pas été moins certain, ni même moins facile. Mais si à l'absence de tous les autres signes s'était ajoutée l'immobilité du péroné, il est évident que le diagnostic aurait reposé uniquement sur les mouvements de latéralité du pied. Or c'est précisément là ce qui existe chez le malade qui se trouve en ce moment dans le service de M. Nélaton. Le signe dont nous parlons est d'autant plus précieux, qu'il ne cause aucune douleur aux malades, et qu'on ne risque d'opérer aucun déplacement, aucun désordre dans l'état présent des parties lésées. Il n'est pas toujours, tant s'en faut, aussi prononcé que chez la malade de Dupuytren; mais il peut presque toujours être apprécié, lorsqu'on le recherche avec des précautions suffisantes. Pour le percevoir avec facilité, il faut d'abord que le malade évite de contracter les muscles du membre, afin de ne pas presser l'astragale contre la poulie tibio-péronière; lorsque les muscles sont dans le relâchement, on saisit la jambe d'une main au-dessus des malléoles, on la maintient dans une position fixe, tandis qu'avec le pouce et les doigts de l'autre main on imprime doucement au pied, que l'on saisit au-dessous et au niveau des malléoles, des mouvements de dedans en dehors et de dehors en dedans. De cette façon on obtient toujours, non pas un déplacement d'un pouce; comme dans le cas de Dupuytren, mais un déplacement suffisant pour lever toute incertitude sur la nature de la lésion. Ce déplacement, on le comprend, tient à un léger écartement de la trochlée tibio-péronière, lequel permet à l'astragale des mouvements plus ou moins étendus de latéralité. Cet écartement, à la vérité, ne peut se produire qu'autant qu'il existe quelque déplacement des fragments, et il est certain qu'il n'aurait pas lieu dans une fracture où les os auraient absolument conservé leur position respective; mais, à en juger par le nombre de cas où nous avons pu constater la présence de ce signe, l'absence complète de déplacement doit être extrêmement rare, puisque nous avons toujours pu constater le chevauchement en question. Nous l'avons constaté surtout dans des fractures qui étaient réellement, d'après les auteurs, des fractures, et cela nous porte à croire que le signe dont il s'agit ne doit manquer que dans des circonstances très rares, et qu'il conserve toute l'importance pratique que nous lui avons reconnue en commençant. Nous croyons que c'est là aussi l'opinion de M. Nélaton.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 juin 1849. — Présidence de M. Duperrey.

M. Cozé, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, adresse une note sur l'action physiologique de l'acide cyanhydrique.

Ce travail, fort étendu, se termine par des conclusions dont nous extrayons les propositions suivantes :

1° L'acide cyanhydrique n'exerce point une action directe spéciale sur le système nerveux ni sur les centres nerveux.

2° Son action, même dans les cas où l'empoisonnement est très rapide, porte plus spécialement sur l'appareil de la circulation.

3° La mort arrive par la suspension des mouvements de contraction du cœur et par l'astriction des dernières divisions artérielles, d'où résultent la plénitude des gros troncs artériels et la stase sanguine.

4° Les convulsions produites par cet empoisonnement résultent du défaut de l'abord du sang vers la moelle épinière.

5° Les contractions fibrillaires des muscles, ainsi que le mouvement vermiculaire des intestins, sont dus à la présence d'une certaine quantité d'acide dans le sang qui pénètre ces organes. Le phénomène ne se manifeste jamais quand on lie préalablement les artères qui se rendent à ces organes.

6° Les fibres musculaires ont une vitalité qui survit pendant quelque temps à l'arrêt absolu de la circulation et de la respiration, ainsi qu'à la destruction des nerfs et de la moelle.

7° Sous le rapport thérapeutique, l'acide cyanhydrique peut arrêter très rapidement les hémorrhagies, donner de la tonicité dans les cas d'anémie, et provoquer des contractions utérines dans les cas d'accouchement.

— M. Duchesne, de Boulogne, adresse un travail ayant pour titre : *Recherches faites à l'aide du galvanisme sur les propriétés vitales du système musculaire dans l'état de santé et de maladie.*

Il résulte des observations et des considérations exposées dans ce mémoire :

1° Que les phénomènes de contractilité musculaire observés dans les paralysies à l'aide du galvanisme sont dus à un trouble apporté dans l'état de l'irritabilité;

2° Que ce trouble dépend d'une lésion dynamique et non d'un changement de conductibilité du tissu musculaire;

3° Que l'absence ou la diminution de l'irritabilité peut coïncider tantôt avec la paralysie de mouvements volontaires, tantôt seulement avec la diminution de la forme musculaire;

4° Que cette lésion dynamique n'est pas toujours le résultat de la lésion anatomique des centres nerveux ou des nerfs qui en émanent;

5° Que sous l'influence de certains traitements on voit reparaître dans toute leur intégrité les mouvements volontaires, la force et la nutrition musculaires, bien que l'irritabilité ait complétement disparu;

6° Enfin que la proposition qui est le but principal du présent mémoire se trouve rigoureusement démontrée, à savoir : que l'irritabilité n'est pas nécessaire à la motilité.

— M. Beauregard envoie un Mémoire sur la nature et le traitement du choléra. C'est à peu près une seconde édition d'un pareil mémoire adressée à l'Académie de médecine.

— M. Despretz communique une lettre de M. Matteucci, dans laquelle ce savant expérimentateur rend compte d'expériences qu'il a faites pour vérifier les faits annoncés par M. Dubois-Reymont. Ces expériences l'ont conduit à des conclusions complétement négatives.

— M. Nérée Boubée lit un très long Mémoire, dont la conclusion serait que le choléra n'envahit pas les localités dont le sol est constitué par des terrains primitifs.

Modification à l'opération de la trachéotomie.

PAR M. MARSCHALL-HALL.

Chaque nouvel exemple de trachéotomie qui me passe sous les yeux, dit M. Marschall-Hall, me prouve de plus en plus que cette opération a plus de chance de réussir quand on a emporté un segment circulaire de la trachée et des téguments, que lorsqu'on fait usage d'une canule. En effet, celui-ci irrite la trachée par son contact, et détermine de la toux et de l'irritation, ce qui complique les suites, surtout si l'incision a été faite pour une maladie convulsive.

Le moyen de remplir le but proposé est bien simple; il y a même diverses manières de le réaliser. On peut d'abord introduire dans la trachée une plaque en liége sur laquelle on fait agir un tube emporte-pièce qui enlève une partie de l'étendue de son diamètre. On se servirait aussi avec avantage d'un ténaculum avec lequel on fixerait et l'on soulèverait successivement chacune des lèvres de la plaie pour y tailler, à l'aide d'un petit bistouri, un lambeau demi-circulaire dont on ferait l'ablation.

La perte de substance étant ainsi opérée, il ne serait plus nécessaire de maintenir une canule à demeure dans la plaie.

Un autre point de vue de la question mérite une mention spéciale. M. Marschall-Hall établit en principe qu'aucune convulsion générale ne peut avoir lieu si la glotte n'est pas fermée. Comme conséquence, il propose, pour prévenir les affections spasmodiques, d'ouvrir la trachée et d'y laisser une ouverture béante, établie par le procédé ci-dessus. On sauverait ainsi les facultés ou la vie des épileptiques. La perte de substance faite aux voies aériennes se cicatriserait comme la perforation du lobule de l'oreille, et on la tiendrait ouverte comme préservatif dans le cas d'attaques d'épilepsie répétées et violentes. On placerait sur cet orifice artificiel un opercule protecteur, servant à laisser entrer et sortir l'air, et capable aussi d'en intercepter le passage pour l'articulation des sons.

(*The Lancet.*)

M. Marschall-Hall semble croire que les insuccès de la trachéotomie tiennent habituellement à ce qui se passe dans la plaie résultant de l'opération ou dans les environs. C'est là une erreur que l'on s'explique difficilement chez un homme aussi instruit, aussi distingué. Tous les hommes qui ont étudié sérieusement la question savent, au contraire, que ces insuccès tiennent à la maladie elle-même, qui s'étend presque toujours au delà du point où l'action chirurgicale peut atteindre.

Quant à l'emploi de la trachéotomie comme traitement ou prophylaxie des affections convulsives, et spécialement de l'épilepsie, une pareille idée ne mérite même pas un examen sérieux.

Papier à cautères.

M. Buchner a publié diverses formules de préparation pour le papier à cautères

1° Le papier dit de *Michaleshul* est fabriqué de la manière suivante :

On dissout 6 grammes d'euphorbe dans 125 grammes d'alcool absolu, et on y fait digérer 12 grammes de poudre de cantharides; on ajoute 6 grammes de térébenthine de Venise, et on trempe dans cette solution complexe les petits carrés de papier qu'on fait ensuite sécher à l'air.

2° *Papier de Mohr.* On fait digérer pendant quelque temps, dans 5 onces d'alcool fort, 8 grammes de cantharides en poudre et deux grammes d'euphorbe; on filtre, et on ajoute à la solution 45 grammes de térébenthine de Venise et 60 grammes de résine. On étend en couches minces sur le papier pendant que le mélange est chaud.

3° *Papier à cautères de la pharmacopée wurtembergeoise.* On fait digérer, dans 125 grammes d'esprit-de-vin fort, 45 grammes d'euphorbe et 48 grammes de cantharides pulvérisées; on ajoute 210 grammes de brai sec, 90 grammes de résine, 6 grammes de térébenthine, 5 grammes d'huile de lin, et on fait évaporer en consistance de cérat. Il ne reste plus qu'à appliquer le mélange sur le papier au moyen d'un sparadrapier.

4° *Papier à cautères du Codex de Hambourg.* On n'emploie pas d'euphorbe. On traite 8 grammes de cantharides, 60 grammes d'élémi, 30 grammes de baume de Tolu, 2 grammes de baume de Pérou, 90 grammes de résine, 45 grammes de térébenthine de Venise, par 125 grammes de liqueur d'Hoffman; on chauffe le mélange jusqu'à ce qu'il ait acquis la consistance de la thériaque et on l'étend sur le papier.

5° Dans la pharmacopée de Baden, on substitue la résine du Daphne Mezereum à l'euphorbe et aux cantharides. On obtient cette résine en traitant l'écorce de Mezereum par l'alcool et purifiant par l'éther l'extrait alcoolique. On mélange 1 gramme 20 de cette résine avec 125 grammes de saindoux, 12 grammes de cire blanche, 8 grammes de blanc de baleine; on fond à une douce chaleur, et on enduit ce papier avec ce mélange à trois reprises différentes.

Correspondance.

Mon cher confrère,

Vous avez eu la philosophique pensée d'enregistrer dans vos colonnes tous les remèdes proposés contre le choléra. Dans cette manière de faire, je crois voir un appel à tous les praticiens qui auraient obtenu quelque succès de telle ou telle médication, et je regarde comme un devoir d'y répondre. Je vous laisse complétement le maître de jeter ma communication au rebut, si elle ne vous dit rien de nouveau.

Ce qu'il y a de plus clair dans le choléra, c'est la décomposition, ou du moins la coagulation du sang. Sa sérosité disparaît, comme le produit de la plupart des sécrétions, urine, salive, etc., et semble se porter tout entière sur les intestins, pour déterminer tant d'abondantes évacuations. Dans les vaisseaux, il n'y a plus qu'une espèce de gelée de groseilles, qui a peine à sortir par les ouvertures faites aux veines. Après la mort, on trouve dans tous les tissus et jusque dans l'épaisseur des os, le sang figé et stagnant qui a déterminé la cyanose. Voilà le phénomène cadavérique le plus frappant, le seul constant. Il est naturel de croire que, si l'on pouvait rendre au sang toute sa fluidité, l'on guérirait les malades; et c'est en effet ce qui arrive le plus souvent. L'ammoniaque, et surtout le sulfate de soude pris à l'intérieur, par la bouche et en lavements, à doses fréquemment répétées, arrivent parfois à ce but, ainsi qu'on l'a dit, surtout si l'on porte assez haut les quantités administrées. Si le corps humain était un laboratoire ordinaire, la chimie expliquerait la réaction qui s'opère là comme dans une capsule contenant un caillot de sang; mais les choses se passent différemment. La coagulation du sang n'est pas toute la maladie; elle n'en est qu'un symptôme. Les désordres générateurs se passent dans les nerfs. Quels sont-ils, que se fait-il? C'est peut être ce que l'on saura plus tard : mais c'est ce que l'on ignore encore. Quoi qu'il en soit, on gagne beaucoup en agissant et sur l'innervation par certains diffusibles, et sur la circulation au moyen de l'ammoniaque ou du sulfate de soude.

J'ai donné tout d'abord aux cholériques que j'ai traités cette année des quarts de lavement amylacés, dans lesquels j'ai fait entrer 4 grammes d'éther sulfurique. J'ai renouvelé ces lavements chaque fois qu'ils étaient rendus, et j'en ai obtenu d'excellents résultats. En même temps j'ai administré des potions faites avec :

Infusion de tilleul............................	150	grammes.
Teinture de canelle et alcoolat de mélisse, ãã	15	—
Sulfate de soude............................	60	—
Ether............................	4	—

A prendre par cuillerées tous les quarts d'heure d'abord, puis toutes les demi-heures.

Pour boisson habituelle de l'eau vineuse, ou la boisson la plus agréable au malade, moins les délayants.

Je suis loin de donner à cette médication une importance exagérée; mais toutes les fois que j'ai eu affaire à un *choléra ordinaire*, j'ai eu à m'applaudir de son emploi. Administrée au début, elle n'a pas manqué une seule fois d'enrayer les symptômes.

Recevez, etc.

Hutin,
Chirurgien en chef de l'Hôtel des Invalides.

Chaumes (Seine-et-Marne), le 22 juin 1849.

Monsieur le rédacteur,

Au moment où la commission du choléra va s'occuper d'un rapport sur la question de la contagion, je crois devoir vous signaler les faits suivants :

Ozouer-le-Voulgis, commune de Seine-et-Marne, est atteinte depuis deux mois du choléra et de la suette. (Population, 900 habitants.)

Il y a eu 18 décès, 120 à 130 personnes atteintes du choléra, de la cholérine et de la suette.

Au début de la maladie, mon confrère M. Fournier et moi nous avons remarqué :

1° Que tous les chats d'une ferme et dix ou douze chats de divers particuliers sont morts dans l'espace de huit jours, tous frappés par le dévoiement et les vomissements. La maladie durait deux à trois jours.

2° Chez le meunier du pays, un chien dogue, âgé de deux ans, est entré dans la maison d'un cholérique, a léché les vomissements qui se trouvaient près du lit du malade. Deux jours après, l'animal est devenu triste, il a eu le dévoiement, des vomissements, des cris plaintifs, les membres roides et la peau froide, tous les symptômes du choléra; il est mort au bout de quarante-huit heures.

La jeune meunière, âgée de dix-sept ans, forte et pleine de santé, soignait son chien, qu'elle aimait beaucoup. Plusieurs fois dans la journée, elle allait faire boire cet animal et l'embrasser; celui-ci, par reconnaissance, léchait sa maîtresse sur le visage (peut-être sur la bouche). Deux jours après, la jeune fille est frappée du choléra algide; malgré tous les soins de M. Fournier, elle est morte après huit heures de souffrances.

Je ne tire aucune conclusion; je me contente de signaler des faits.

Agréez, etc.,

Le Dr Sylvain de Barbe,
Auteur du *Traité théorique et pratique de la syphilis.*

Nous considérons comme un devoir de publier la lettre suivante ; elle nous donne l'occasion de déplorer que notre estimable confrère, M. le Dr Pinel-Grandchamp, détenu depuis près d'un an pour une cause qui n'était pas la sienne, n'ait pas été rendu à la liberté dans ces circonstances. Les services qu'il a été à même de rendre dans la prison auraient dû être un titre de plus à ce que nous n'appellerions pas *faveur*, mais *justice*.

Monsieur le rédacteur,

Détenu à Belle-Ile-en-Mer, je n'ai pu répondre que de cœur à l'invitation faite aux médecins de se mettre à la disposition du ministère, c'est ce que je viens de faire pour la deuxième fois, avec promesse sur l'honneur de reprendre mes fers après la cessation de l'épidémie.

En insérant ma lettre, vous ferez connaître à mes confrères que c'est involontairement si, pour la première fois, je ne suis point au champ d'honneur du médecin.

Agréez, etc.,

PARENT-AUBERT,
Chirurg. aide-major de la 12e légion.

Belle-Ile-en-Mer, 18 juin 1849.

Cours pratique sur les maladies de la peau,

Par M. le Dr DUCHESNE-DUPARC.

Traitement des gourmes chez les enfants.

(Troisième article.)

On rencontre dans la pratique des cas nombreux où la sécrétion lactumineuse s'étend à l'occiput, au front, derrière les oreilles, et se trouve caractérisée par des couches lamelleuses humides, superposées, avec injection vive et sensibilité des parties sous-jacentes. C'est alors qu'il faut n'employer le peigne qu'avec la plus grande réserve, et qu'on doit s'en tenir de préférence aux brosses douces et flexibles; autrement on multiplierait à l'infini les excoriations du cuir chevelu.

Ici, les cataplasmes sont nécessaires pour obtenir la chute des croûtes. Toujours minces et légers, de la grandeur des surfaces malades; on les composera de préférence avec les poudres émollientes et mucilagineuses (farine de graine de lin, pulpe de guimauve, fécule de pommes de terre) ; il ne faut jamais les mettre à nu. Enveloppés dans de la gaze ou de la mousseline claire, ils conservent toute leur action adoucissante, et n'ont pas l'inconvénient de salir la tête par le mélange de la matière dont le topique est composé avec les cheveux et les croûtes.

On renouvellera toujours les cataplasmes avant qu'ils ne soient complétement refroidis ; car, s'il faut éviter l'emploi des topiques d'une température trop élevée, on doit également se garder des applications froides, dont l'*effet résolutif* ne serait pas ici sans inconvénient.

A plus forte raison serait-il d'une haute imprudence d'user, dans le traitement du lactumen, des compresses d'eau à la glace ou imbibées d'une dissolution de sous-acétate de plomb, que j'ai dit être si utiles contre l'*intertrigo* des oreilles chez les enfants. La dissemblance des maladies ressort, par dessus tout, de celle des applications thérapeutiques ; et vouloir confondre dans une même classe deux affections qui ne cèdent, l'une et l'autre, qu'à des traitements divers, sinon opposés, me paraît le comble de l'irréflexion et de l'ignorance pratique.

Dans ce second degré du lactumen, la démangeaison, toujours plus vive et plus persistante, demande à être combattue par des fomentations plus fréquentes, par des onctions plus longues et plus rapprochées, sans toutefois sortir de l'emploi des simples émollients.

Le lactumen qui résiste aux soins qui viennent d'être indiqués est nécessairement entretenu par une autre cause que le défaut de surveillance et de propreté ; c'est à rechercher et à combattre cette dernière qu'il faut alors s'attacher.

De toutes les influences qui agissent sur le premier âge, les principales sont la *dentition*, la *nutrition*, l'*air ambiant*.

Si l'on pouvait douter de l'importance qu'il y a de renouveler fréquemment l'air des pièces où l'enfant séjourne habituellement, il suffirait, pour se convaincre de cette nécessité, d'observer qu'il existe constamment le matin, autour du lit dans lequel l'enfant a passé la nuit, des vapeurs plus ou moins épaisses et une odeur différente de celle qu'exhalent les individus pubères. Cette odeur, qu'on peut comparer à celle de la pâte fermentée, est souvent assez forte pour irriter les yeux et les narines, et quelquefois même gêner la respiration. Si une telle atmosphère peut impressionner à ce point les personnes qui approchent l'enfant, on conçoit qu'à plus forte raison elle sera dangereuse pour cet être faible et dépourvu de toute résistance organique. Les conditions d'air ambiant seront donc les premières à surveiller et à régulariser.

Tout le monde sait quelles difficultés apporte une dentition difficile au maintien de la santé des enfants. Parmi les causes susceptibles d'entraver cette fonction et de la rendre laborieuse, il en est qu'on se trouve forcé d'abandonner à elles-mêmes, comme, par exemple, celles qui résultent des inégalités organiques proportionnelles ; mais d'autres sont faciles à éloigner. Ainsi, on évitera tout ce qui peut provoquer ou entretenir une congestion sanguine trop forte vers la tête, tels les obstacles mécaniques à la libre circulation des régions supérieures, résultant d'un mode vicieux d'habillement ; telle encore la constipation, si fréquente et si dangereuse dans le premier âge ; la tête sera légèrement couverte, et les pieds, au contraire, tenus chaudement.

La réunion de ces faciles précautions abrégera de beaucoup la durée du lactumen, surtout si elles sont aidées d'un régime alimentaire convenable : je pense effectivement avec Lorry que la majeure partie des achores dont on a de la peine à triompher ne sont entretenus que par le fait d'une alimentation surabondante ou mal choisie. La nourriture de l'enfant jusqu'à ses premières dents est indiquée par la nature elle-même : c'est au sein de sa mère ou de sa nourrice qu'il doit puiser la santé et la vie ; le lait prend, à mesure que l'enfant se développe, plus de consistance et de qualités nutritives ; sa température reste constamment douce et égale, et, si la nécessité force à revenir à l'allaitement artificiel, il faut autant que possible se rapprocher de ces conditions favorables.

Beaucoup de mères et la plupart des nourrices ont l'habitude de donner à teter à leurs enfants pour ainsi dire coup sur coup : c'est leur moyen ordinaire d'apaiser les cris de ces petits êtres ; cet usage, contre lequel Lorry s'élève avec force, entraîne souvent les plus graves inconvénients : le repos de l'enfant n'est plus alors que l'assoupissement d'une digestion laborieuse ; il en résulte de véritables indigestions, de fréquentes inflammations du tube digestif et toutes les conséquences d'une nutrition viciée.

Le danger serait plus grand encore s'il s'agissait d'aliments plus substantiels que le lait : ce n'est qu'après la pousse des premières dents que l'on peut commencer l'usage d'une nourriture différente et plus forte, et encore doit-on se borner, tant que dure la première dentition, à de légers potages et quelques légumes féculents ; on ne commencera l'usage de la viande qu'après que les enfants auront eu toutes leurs dents. Avant cette époque, ils sont incapables d'une mastication suffisante pour imprimer à des aliments qu'il faut déchirer et broyer cette première préparation si nécessaire à une bonne et facile digestion.

Si je n'avais pour moi l'expérience des faits, je regarderais comme inutile d'ajouter qu'on doit à plus forte raison se hâter d'éloigner du régime des enfants lactumineux toutes les boissons excitantes et fermentées, et jusqu'à ces mille petites friandises que prodigue la tendresse irréfléchie des parents. Combien de mères ont payé de la vie de leurs enfants les conséquences de semblables faiblesses ! On doit d'autant moins craindre de les signaler qu'elles sont davantage passées en habitude et qu'on aura par conséquent plus de difficultés pour les déraciner et les détruire.

Le lactumen que ne guérit pas l'application de ces différents préceptes est certainement entretenu soit par quelque altération organique, soit par la présence d'un principe étranger et virulent ; dans ce cas, ses caractères éruptifs ne restent pas longtemps tels que je viens de les décrire : ceux de l'achore proprement dit ne tardent pas à se dessiner, et l'éruption, tout en gardant dans la grande majorité des cas sa nature dépuratoire, ne peut plus être rangée parmi les sécrétions normales, ni par conséquent être abandonnée aux seuls secours de l'hygiène.

En présence d'un enfant couvert de pustules d'achore, dont le cuir chevelu et parfois même tout le visage disparaissent sous des croûtes lamelleuses, cendrées, grises ou jaunâtres, presque toujours larges et molles, entremêlées d'excoriations plus ou moins profondes, suintant par tous les pores un fluide albumineux abondant et facilement concrescible, exhalant comme dernier signe caractéristique cette forte odeur de lait aigri qui n'appartient qu'à cette seule affection, la conduite du praticien variera nécessairement d'après l'origine du mal et ses effets sur l'économie. Dans un prochain article, je ferai connaître les indications qui peuvent se présenter.

Nouvelles du choléra.

Le ministre de la marine, dont la sollicitude a été éveillée sur la situation du service médical dans les quatre premiers arrondissements maritimes, où le choléra commence à faire des ravages, vient de prescrire aux préfets maritimes de rappeler dans les ports les officiers de santé qui se trouvent actuellement en congé pour toute autre cause que celle de maladie.

Le noble et courageux dévouement dont les chirurgiens de la marine ont donné tant de preuves est un sûr garant de la prompte exécution des ordres du ministre.

— Nous apprenons la mort, à la suite du choléra, d'un de nos jeunes confrères de Paris, M. le docteur Ledure.

— M. l'abbé Delarbre, deuxième aumônier de l'hôpital de la Pitié, vient d'être enlevé par l'épidémie régnante. Depuis l'invasion du fléau, M. l'abbé Delarbre n'avait cessé de donner aux pauvres malades les soins les plus touchants et les plus empressés.

— Le 4 juin, il y avait eu à Gand environ 1,739 cas, parmi lesquels 804 décès et 729 guérisons.

— Le choléra continue à régner à Liége et dans les environs. Les villages de Montégnée et d'Herstal en sont surtout atteints ; celui d'Ans, au contraire, a été jusqu'à présent épargné.

— On écrit de Berlin que le choléra sévit dans cette ville avec beaucoup de violence. On attribue cette recrudescence de l'épidémie aux changemens subits de température qui ont eu lieu depuis quelques semaines.

NOUVELLES.

D'après les présentations faites par les divers corps qui doivent concourir à la formation du conseil de surveillance de l'assistance publique dans la ville de Paris, ce conseil vient d'être définitivement constitué de la manière suivante, par arrêté du président de la République en date du 21 juin 1849 :

MM. Manceaux, membre du conseil municipal ; Ramond de la Croisette, membre du conseil municipal ; Monin, maire du 6e arrondissement ; Riant, maire du 12e arrondissement ; Lallemand, administrateur du bureau de bienfaisance du 2e arrondissement ; Beau, administrateur du bureau de bienfaisance du 10e arrondissement ; De Jouvencel, conseiller d'Etat ; Dupin aîné, procureur-général près la cour de cassation ; Horteloup, médecin à l'hôpital Necker ; Monod, chirurgien à la Maison nationale de santé ; Bérard, doyen de la Faculté de médecine ; Hachette, membre de la chambre de commerce ; Fouche-Lepelletier, membre des conseils de prud'hommes ; de Breteuil, ancien membre du conseil général des hospices ; d'Albert de Luynes, membre de l'assemblée législative ; Duvergier, ancien bâtonnier de l'ordre des avocats à la cour d'appel ; Ferdinand Barrot, ancien membre de l'assemblée constituante ; Hector Lepelletier d'Aunay, ancien membre du conseil général des hospices.

— Notre distingué confrère, M. le docteur Cunier, rédacteur en chef des *Annales d'oculistique*, a contracté une ophthalmie granuleuse des plus intenses, à la suite de la projection entre ses paupières d'un peu de pus provenant d'un œil malade. Nous apprenons avec une vive satisfaction que l'état de ce savant oculiste, qui a longtemps inspiré de sérieuses inquiétudes, laisse espérer un prochain rétablissement.

— La célèbre domina Blackwell, docteur en médecine du Nouveau-Monde, assistait dernièrement à une amputation de la cuisse à l'hôpital de Birmingham. Cette dame est, dit-on, âgée de trente ans.

— M. Martenet, médecin ordinaire de 2e classe à l'hôpital de Montmédy, est désigné pour celui de Colmar.

M. Artigues, médecin ordinaire de 2e classe à l'hôpital de Versailles, est désigné pour celui de Rennes.

M. Grammaccini, médecin ordinaire de 2e classe à l'hôpital militaire de Colmar, est désigné pour celui de Saint-Omer.

M. Pontier, médecin ordinaire de 2e classe à l'hôpital militaire de Toulon, est désigné pour celui de Valenciennes.

M. Liagre, chirurgien aide-major de 2e classe au 37e de ligne, est désigné pour le 26e de ligne.

M. Desjardins, chirurgien aide-major de 2e classe au 10e léger, est désigné pour le 30e de ligne.

M. Potier-Duplessis, chirurgien aide-major de 2e classe au 70e de ligne, est désigné pour le 59e de ligne.

M. Brivin, chirurgien aide-major de 1re classe au fort de Blaye, est désigné temporairement pour l'hôpital de Bayonne.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 28 JUIN 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 75.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine!
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois
PARIS.	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 27 JUIN 1849.

Marche du choléra.

L'épidémie semble tendre de plus en plus à disparaître de notre cité. Nous nous contentons donc de donner aujourd'hui le chiffre des entrées et des décès dans les hôpitaux, le petit nombre de ces entrées enlevant tout intérêt à des réflexions quelconques sur ces entrées et sur ces décès.

Journée du 25 juin.	35 entrées,	21 décès.
— 26	35	34
Hôpitaux militaires pendant ces trois jours.	(1)	
Total.	70	55

DÉCÈS A DOMICILE.

Journée du 22	67
— 23 (2)	24
Total.	91
Total des décès dans les hôpitaux.	6438
Total des décès à domicile jusqu'au 23 inclusivement.	8841
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie.	15279

Nous sommes heureux d'annoncer que le choléra n'a pas fait de nouvelles victimes à Tours, depuis le 18 de ce mois.

Dans la Meuse et dans l'arrondissement du Hâvre, la santé publique est également dans la meilleure condition.

Mais à Cherbourg (Manche), dans une partie de la Niévre et dans l'arrondissement de Louhans (Saône-et-Loire), il y a malheureusement encore des cas assez nombreux.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie n'a pas fait beaucoup de science hier ; mais sa séance n'en a pas moins été une bonne, une très bonne séance.

Depuis longtemps les médecins étrangers se plaignaient à juste titre de ne pouvoir obtenir la parole pour faire des lectures à l'Académie, ou bien, lorsqu'ils l'obtenaient, de ne pouvoir lire que devant des banquettes vides. Il y a des médecins qui sont venus régulièrement aux séances pendant six mois de suite sans pouvoir arriver à la tribune. Cette perspective était faite pour décourager les meilleures volontés, et c'est ce qui avait effectivement lieu.

Le conseil a pensé que, dans l'intérêt des savants étrangers, comme dans l'intérêt même de l'Académie, il convenait d'améliorer cet état de choses : il a donc proposé d'accorder, immédiatement après la correspondance et avant même que l'Académie ne commençât ses travaux, un quart d'heure aux médecins qui voudraient faire des lectures devant l'Académie. Quelques académiciens se sont montrés un peu réfractaires à celle concession courtoise ; mais le louable désintéressement de M. le secrétaire perpétuel a entraîné tous les suffrages. M. Frédéric Dubois, qui comprend si bien les intérêts de l'Académie, et qui est si dévoué à ces intérêts, a renoncé avec le plus grand empressement aux privilèges de sa position pour assurer le succès d'une mesure dont nous croyons d'ailleurs que l'initiative lui appartient, et qui fera le plus grand honneur et aussi le plus grand bien à l'Académie. Cette mesure, en effet, produira probablement une lecture par séance, c'est-à-dire cinquante-deux lectures par an ; quand il n'y en aurait que la moitié ou même le quart d'intéressantes, ce serait certainement un grand intérêt ajouté aux séances de l'Académie.

Mais puisque M. Velpeau a bien voulu aller jusqu'au fond des choses, il ne sera pas inutile de répéter les excellentes vérités qu'il a articulées. Il faut bien le reconnaître, si l'Académie est toujours en retard de ses travaux, cela ne vient pas seulement de ce que ses travaux sont très nombreux ; cela vient aussi de ce que ses membres arrivent un peu trop tard, et de ce qu'ils s'en vont beaucoup trop tôt, sans compter ceux qui ne viennent jamais aux séances. Nous le disons franchement, arriver à trois heures et demie, s'en aller à quatre, et mieux encore ne point venir du tout, ce n'est point là remplir avec conscience ses devoirs d'académicien. C'est tout à la fois manquer à la science et tenir une place qui serait beaucoup plus utilement occupée par d'autres ; c'est, en outre, faire le plus grand tort à l'Académie elle-même, et prêter le flanc aux attaques de ses détracteurs. Les académiciens qui ne se sentent plus le courage ou la force de remplir les obligations qui leur sont imposées devraient donner leur démission, dans l'intérêt même du corps dont ils feraient encore partie comme membres honoraires. Puisque le conseil est en voie de réformes, nous soumettons ces idées à ses méditations. Nous croyons qu'il y a quelque chose à en tirer.

La correspondance a offert deux pièces intéressantes, l'une de M. le docteur François sur la contagion du choléra, l'autre de notre honorable collaborateur, M. Foucart, sur la suette miliaire. M. Foucart n'a envoyé que les conclusions du travail qu'il prépare sur la suette, et qui promet d'offrir un vif intérêt, à en juger par ces conclusions.

(1) Le chiffre des hôpitaux militaires ne nous étant point parvenu à temps, nous ne pouvons le donner aujourd'hui.

(2) Les décès à domicile se sont élevés, pendant la journée du 23, à 24 ; mais ce chiffre est resté incomplet. Le relevé officiel n'ayant pas été fait, à cause du dimanche, le *Moniteur* d'aujourd'hui ne donne aucun nouveau renseignement.

Ainsi que nous l'avons annoncé, le conseil de l'instruction publique a consacré l'abus voté déjà par la Faculté de médecine de Paris. Mais le bruit s'est répandu que M. le ministre n'est pas très disposé à donner son approbation à une décision aussi contraire à tous les principes d'équité.

M. le doyen de la Faculté de médecine, dans une lettre qu'il vient d'adresser à l'*Union médicale*, a entrepris la défense du principe des permutations. Quelque regret que nous éprouvions à nous trouver en contradiction avec un homme aussi distingué, un esprit habituellement aussi droit que le savant professeur de physiologie, nous publierons dans notre prochain numéro une réfutation qui, nous l'espérons, ne laissera pas debout un seul desarguments de l'éminent professeur.

Dans la liste de présentation faite à l'Académie par la commission de médecine opératoire, nous avons omis le nom de M. Nélaton, dont tout le monde apprécie déjà les titres scientifiques, et que l'on aurait pu s'étonner à bon droit de ne pas trouver sur cette liste.

ÉTUDES

Sur les végétations des cicatrices et des ulcères ;

Par E. FOLLIN, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de Médecine.

Dans ces dernières années les chirurgiens et les anatomistes se sont livrés à de sérieuses études sur le mode de formation du tissu cicatriciel, sur l'évolution et la texture des cicatrices. Aussi la plupart des médecins se trouvent aujourd'hui

FEUILLETON.

Rapport fait à la commission départementale de la Seine sur le service des aliénés.

La préfecture de la Seine vient de publier le rapport qui a été fait au conseil par M. Manceaux, l'un de ses membres. Ce rapport traite des questions d'hygiène publique de la plus haute importance, et qui méritent d'appeler l'attention de tous les hommes qui s'intéresseut aux progrès des institutions humanitaires. Le rapport de M. Manceaux comprend plusieurs parties, qui toutes ont pour base ou pour point de départ le remarquable rapport adressé par M. Ferrus au ministre de l'intérieur. Nous reproduisons ici à peu près intégralement ce travail consciencieux, et nous le ferons suivre d'une courte analyse du rapport de M. Manceaux, ainsi que de quelques courtes remarques sur l'ensemble de la publication faite par la préfecture.

Voici comment s'exprime M. Ferrus sur le service des aliénés du département de la Seine.

BICÊTRE. — *Encombrement.* — « Le service m'a paru exactement fait, les localités propres et bien teuues, quoique dans un état d'encombrement très regrettable. Les lits, soit dans les dortoirs, soit même dans les infirmeries, sont trop rapprochés, et l'on s'est vu dans la nécessité de placer dans plusieurs dortoirs des lits supplémentaires, bien que 436 aliénés (hommes), appartenant au département de la Seine, aient été évacués de l'hospice de Bicêtre sur divers établissements départementaux. Je dois ajouter, toutefois, qu'il y avait quarante places vacantes dans la succursale directe du service (ferme Sainte-Anne), et que, par suite d'une négligence administrative et médicale, quarante malades n'avaient pas été désignés pour les occuper.

» Cet encombrement, joint à la nécessité où l'on s'est trouvé d'admettre à l'hospice de Bicêtre tous les enfants idiots, antérieurement placés à celui des Incurables, et plus encore l'obligation de partager, lors de ma sortie de l'établissement, les diverses branches du service entre deux médecins en chef, puis de créer à leurs adjoints des services séparés, ont produit une extrême confusion dans le classement des malades, ou plutôt ont rendu tout classement impraticable.

Absence de classement. — » Sous ce rapport important, Monsieur le ministre, la division des aliénés de l'hospice de Bicêtre ne remplit nullement les conditions de l'ordonnance de 1839, qui prescrit la création de six catégories distinctes dans tous les services publics destinés à des aliénés ; cet oubli des règles prescrites est fort regrettable ; car la confusion des divers genres de maladies mentales, et surtout le contact des épileptiques, sont essentiellement nuisibles au traitement de ces maladies.

» On ne parviendra, je le sais, qu'au moyen d'une dépense assez considérable, à porter remède à cet état de choses. Mais s'il était fait avec intelligence, le sacrifice ne serait pas aussi grand qu'on serait enclin à le penser, et l'on pourrait réaliser de la sorte le *vœu de la loi de* 1838, ainsi que les prescriptions de l'*ordonnance* de 1839 sur les services d'aliénés.

Obligations départementales. — » La ville de Paris, à laquelle il est si souvent échu l'initiative des hautes améliorations, n'aurait pas dû, selon moi, hésiter si longtemps pour mettre celle-ci à exécution. Le sort des malheureux aliénés qu'elle éloigne de leur famille, dont elle abandonne la surveillance, la tutelle et la direction, ne devrait point cesser d'être pour elle un objet de sollicitude et de pitié. Je dois le dire, l'administration du département de la Seine et de la ville de Paris a manqué à un impérieux devoir, quand, au lieu de donner un utile exemple, elle s'est appliquée d'une manière rigoureuse le bénéfice de la trop grande latitude laissée aux administrations départementales par l'article 1er de la loi de 1838. En effet, lors de la discussion de cette loi, il fut admis en principe que chaque département devait, à ses frais, créer un asile pour le traitement des maladies mentales. C'est par amendement, en considération de la pénurie financière de certains départements, et du petit nombre d'aliénés que présentaient certains autres, que, dérogeant au principe fondamental de la loi, on y a introduit la faculté de traiter avec d'autres établissements pour les soins à donner aux aliénés.

» La ville de Paris ou plutôt le département de la Seine doit des secours à plus de 3,000 aliénés, et, comme je l'ai dit, il en exporte plus de 800. Une population aussi considérable nécessite incontestablement un établissement particulier, sinon même plusieurs établissements du même genre. Ce transportement des aliénés est préjudiciable à leurs intérêts. Rien de plus facile à prouver. Il n'est pas mieux entendu sous le rapport économique, car le prix de journée des aliénés à l'étranger, les frais de voyage, la perte du travail dont ils sont susceptibles, et avant toute autre considération l'abandon de leur famille et l'aggravation des chances d'incurabilité doivent faire repousser une telle mesure. Est-elle rendue excusable par l'état financier du département ? Je ne le pense pas, même dans les circonstances présentes, et certainement elle ne l'était pas dans le temps où elle fut adoptée. D'ailleurs, je le répète, en considérant la question au point de vue purement économique, cette mesure s'est arrêtée, ce me semble, à la solution la plus contestable, au parti le plus désavantageux.

» Déjà, en effet, des constructions nombreuses et spéciales ont été élevées à Bicêtre et à la Salpêtrière pour le service des aliénés. Il suffirait de les compléter pour les rendre parfaitement utiles, ce qui pourrait s'accomplir sans grands sacrifices, car d'une part, en raison de la destination même, on peut construire avec simplicité, et, d'autre part, on utiliserait les vastes et beaux terrains qui dans les deux hospices environnent ou avoisinent la division des aliénés. On pourrait d'ailleurs avec un incontestable profit encourager, perfectionner, étendre une tentative consacrée déjà par le succès. Je veux parler des colonisations agricoles, dont l'essai a produit à la ferme Sainte-Anne depuis les premiers mois de 1832 de si heureux résultats.

» L'administration des hospices possède des propriétés territoriales ; pourquoi ne les ferait-on pas exploiter par les malades aliénés qui, au point de vue de la discipline et sous le rapport de la guérison, trouvent à cet emploi de leur temps les avantages les plus signalés ?

» *Améliorations réalisables.* — Dans l'établissement que j'inspecte aujourd'hui toutes les localités sont favorables à l'accomplissement de ce projet. A Bicêtre, on pourrait augmenter le périmètre actuel de plus de 8 hectares pour une cinquantaine de mille francs en faisant des échanges. Pour environ 60,000 fr., on peut y ajouter en outre une maison et 3 hectares et demi de terrain touchant à celui occupé par la division des aliénés, ce qui compléterait ce service. On peut également pour une somme assez modique augmenter le périmétre de la ferme Sainte-Anne de 6 ou 7 hectares de terres déjà mises en culture par les aliénés ou adjacentes à celles qu'ils cultivent.

» Je n'aborderai pas la question relative aux indigents, ce soin ne m'ayant point été prescrit par des instructions particulières ; mais je puis affirmer que les intérêts des deux services, quant à l'augmentation des terrains, sont connexes, et qu'en accordant aux localités

d'accord sur les lois générales qui président au développement de ces tissus réparateurs. Mais il est un point de l'histoire des cicatrices qui est moins connu, moins étudié, que beaucoup de pathologistes ont passé sous silence, je veux parler de leurs maladies et de leurs anomalies. Ce sujet à la fois si vaste et si curieux constitue pour ainsi dire un terrain vierge, et, à l'exception de quelques faits épars çà et là dans les auteurs, tout reste encore à défricher. Mon but dans ce travail n'est point de tracer une histoire complète des maladies qui peuvent atteindre les cicatrices; les faits que j'ai pu recueillir à cet égard sont loin d'être assez nombreux. Je me contenterai aujourd'hui d'appeler l'attention sur quelques affections singulières qu'on voit se développer sur les cicatrices ou au sein des anciens ulcères. Certains pathologistes les ont en partie signalées, mais assez obscurément, sous le nom de tumeurs verruqueuses des cicatrices. Ce point de la science discuté et éclairci permettra de mieux comprendre l'histoire du cancer des cicatrices qui reste encore à faire en entier. En abordant un sujet si nouveau, j'essaierai surtout de déterminer la signification anatomique de ces productions bizarres, et d'établir quelques distinctions dans leur nature, dans leur diagnostic et dans leur pronostic.

Quand une plaie est faite régulièrement par un instrument tranchant, quand ses bords sont rapprochés méthodiquement, une lymphe plastique organisable, interposée entre les deux surfaces saignantes, ne tarde pas à les réunir, et la guérison s'obtient le plus souvent avec une cicatrice linéaire qui conserve quelque temps encore une coloration violacée et forme à la surface de la peau un léger bourrelet. Dans la généralité des cas, ce bourrelet s'affaisse et disparaît sans jamais donner lieu à aucun produit morbide. Mais dans certains cas, on voit cette ligne cicatricielle rester soulevée à la surface des tissus, se traduire par une saillie d'un violet foncé, douloureuse et parfois saignante. On observe souvent de pareilles choses soit à la suite de blessures réunies par première intention, soit après des réunions de plaies faites pour des amputations ou des ablations de tumeurs. Ce relief de la cicatrice contraste avec la dépression qu'on voit dans d'autres cas; il appelle souvent toute l'attention du chirurgien quand il siége à l'extrémité d'un moignon. Si dans ce dernier cas un appareil mécanique vient à frotter, même très légèrement, sur cette saillie cicatricielle, elle s'enflamme, s'ulcère et laisse à nu l'os sur lequel elle repose. J'ai observé cette disposition de la cicatrice sur deux individus : le premier était un blessé de février, amputé au-dessus des malléoles. La cicatrice ne s'était pas faite à plat; elle était saillante et encore violacée quand il sortit de l'hôpital. Malgré son long séjour dans nos salles, M. Velpeau lui recommanda avec soin de ne mettre que fort tard sa jambe mécanique. Ce conseil ne fut guère suivi et le malade depuis cette époque est rentré plusieurs fois dans le service pour rupture de la cicatrice. L'autre cas, à peu près analogue, mais qui guérit plus vite, était celui d'une jeune fille amputée aussi à la Charité. Il est inutile de dire que dans ces deux cas les lambeaux avaient été assez longs pour recouvrir le moignon osseux. Il ne suffit donc pas que la plaie soit fermée pour que le malade soit guéri. Cette saillie de la cicatrice, due à une inflammation lente, subaiguë, doit disparaître en entier pour qu'on soit pleinement rassuré sur le résultat terminal de l'opération.

Du reste, cet état de la cicatrice, si différent de ce que je vais décrire tout à l'heure, survient dans ces cas immédiatement après la cicatrisation, et ne reparaît guère quand tout s'est aplani et est à peu près rentré dans l'état normal.

Je n'ai point eu l'occasion d'examiner anatomiquement ces boursouflements cicatriciels; je ne sache pas qu'un pareil examen ait été fait avec tout le soin qu'exigent aujourd'hui nos nouveaux moyens d'observation; cependant tout me porte à penser qu'on trouvera dans ces boursouflements de la cicatrice tous les éléments qu'on rencontre si souvent dans les tissus chroniquement enflammés, c'est-à-dire des éléments fibro-plastiques.

Mais, dans la majorité des cas, la cicatrisation ne se produit pas par première intention. Le plus souvent, et surtout à la suite des brûlures, des plaies contuses ou mal soignées, la suppuration s'établit largement, des bourgeons charnus apparaissent en grand nombre et se cicatrisent en se recouvrant d'une légère pellicule; celle-ci, parfois, apparaît au centre de la plaie, pour de là rayonner aux extrémités, ou bien débute sur plusieurs points qui se relient les uns aux autres. Ce mode de cicatrisation accompli, on trouve au lieu de la plaie une plaque d'abord rougeâtre, qui peu à peu se décolore et finit par constituer une tache d'un blanc mat, la *cicatrice*. Quand les choses restent à l'état normal, cette cicatrice persiste avec sa forme plus ou moins ridée, sa coloration variable, ses brides, ses douleurs, qui reviennent à l'époque d'un changement hygrométrique dans l'atmosphère. Mais parfois ce tissu de nouvelle formation devient le siége de maladies diverses, dont quelques-unes doivent m'occuper spécialement ici. Il s'y développe des tumeurs cancéreuses ou non qui revêtent des formes bizarres.

Je me propose de n'étudier ici que les tumeurs non cancéreuses des cicatrices et des ulcères. Et pour dire ici toute ma pensée, je ne désignerai sous le nom de cancer que les tumeurs qui contiennent la cellule cancéreuse, seul signe anatomique vraiment caractéristique du cancer. Les cicatrices sont parfois le siége de productions cancroïdes qui doivent en être séparées complétement. Mais, avant de tracer l'histoire de ces productions encore mal connues, je dois vider de suite une question de mots. On a désigné une variété de ces tumeurs non cancéreuses sous le nom de *tumeurs verruqueuses des cicatrices*. M. Cæsar Hawkins, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, a décrit sous ce titre quelques tumeurs des cicatrices dans le tome XIX des *Medico-chirurgical Transactions*, publiées par la Société médicale et chirurgicale de Londres; mais rien ne justifie une pareille dénomination, et elle a le tort de préjuger la nature de ces végétations. L'idée de verrue qui vient d'abord à l'esprit pourrait laisser croire qu'il s'agit de productions cornées comme les verrues. Or il sera facile de voir qu'il n'y a entre ces deux sortes de productions aucune analogie. Du reste, élargissant le cercle dans lequel M. Hawkins s'est renfermé, j'ai aussi pour but de décrire ici des tumeurs qui n'ont point été étudiées par le pathologiste anglais. Je pense donc qu'il est plus convenable de supprimer l'épithète de *verruqueuses* et de désigner toutes ces productions simplement sous le nom de végétations des cicatrices et des ulcères. Ce mot a l'avantage de ne rien spécifier, et il permet d'établir dans ces productions les distinctions nécessaires.

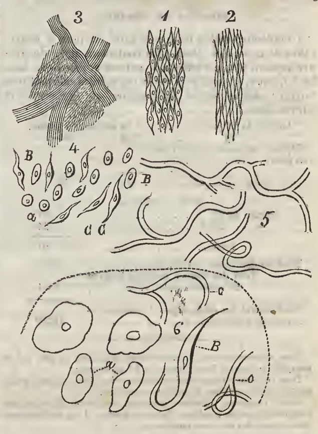
Division. — Les végétations des cicatrices et des ulcères ne peuvent pas être ramenées à un même type. Il en existe deux variétés bien distinctes, tant au point de vue de la texture intime qu'à celui du diagnostic et du pronostic. La première variété comprend toutes les tumeurs fibro-cellulaires des cicatrices; la seconde, toutes celles qui sont dues à une hypertrophie locale et maligne des tissus cutanés sur lesquels repose la cicatrice ou l'ulcération.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE — Je suivrai dans la description anatomique de ces tumeurs la distinction que je viens d'établir.

1° *Tumeurs fibro-cellulaires.* — Ces tumeurs varient quant à leur consistance et à leur volume. Tantôt elles ont une consistance assez dure, tantôt elles sont plus molles au toucher. Cette différence m'a paru tenir dans certains cas à leur degré de développement. Quand elles débutent et ne font encore qu'une légère saillie à la surface de la cicatrice, elles ont d'habitude une dureté assez marquée qu'on ne rencontre pas plus tard. Dès qu'elles ont atteint un certain volume, le plus souvent leur densité diminue. Il semble que par leur évolution la même quantité d'éléments fibreux, occupant une plus large place, cesse de revêtir une texture si serrée. Souvent ces végétations sont aplaties les unes contre les autres, et elles ressemblent aux condylomes en crête qu'on voit parfois au pourtour de l'anus.

Si l'on vient à enlever les tumeurs de cette nature lorsqu'elles ne sont qu'à leur premier degré, elles ne laissent écouler qu'une petite quantité de sang. Dans certains cas, toutefois, la surface de ces tumeurs saigne en abondance au moindre frottement. Leur coupe nous montre un tissu d'un blanc terne, très dense, criant même sous le scalpel qui le coupe. Une structure d'apparence fibreuse est très visible à l'œil nu. Si l'on presse sur ces tumeurs, on n'en fait sortir aucun suc propre; parfois seulement on exprime un liquide aqueux que le sang peut colorer en rouge. J'insiste sur ce caractère; car dans la seconde variété de tumeurs on verra qu'il est le plus souvent facile d'exprimer une sorte de suc blanchâtre ou une matière comme grumeleuse, qui à elle seule constitue quelque chose de caractéristique.

J'ai fait avec le plus grand soin l'examen microscopique de ce tissu. L'occasion qui m'a plusieurs fois été offerte de répéter ces observations me permet d'établir pour ces tumeurs la structure suivante : elles contiennent à leurs différents degrés des éléments fibro-plastiques et des fibres. Ce sont 1° des globules de volume variable qui peuvent atteindre jusqu'à 0mm,05.



Les uns sont plus ou moins régulièrement arrondis, pourvus d'un noyau central et de quelques granules à leur intérieur, comme ceux qui ont été représentés planche Ire, *fig. 4, a a*. Les autres, allongés suivant un de leurs diamètres, me paraissent constituer dans les tissus de cette nature un élément très nombreux et très caractéristique. Il existe constamment dans toutes ces tumeurs fibro-cellulaires. Ces corps elliptiques ne sont point effilés à leurs deux extrémités; celles-ci, au contraire, se terminent d'une manière mousse; on n'y voit aucun renflement central. Je propose de les nommer *corps en*

---

occupées par les aliénés les améliorations nécessaires, on augmentera en même temps les places destinées aux indigents non aliénés, tout en les rendant aussi plus convenables. Je m'explique : les aliénés, ou plutôt les enfants idiots, occupent maintenant le bâtiment de l'ancienne prison, placé au centre de l'hospice. Si l'on transporte cette sous-section du service des aliénés à l'extrémité des terrains qui avoisinent, ou plutôt qui surmontent le village de Gentilly, on pourra affecter aux vieillards l'ancien bâtiment de la prison. Mais, dira-t-on, les deux services n'ayant pas une place suffisante, les aliénés n'en gagneront aucune à ce déplacement, puisqu'ils perdront d'un côté ce qu'ils pourront obtenir de l'autre. A leur tour, les vieillards n'acquerront eux-mêmes qu'un emplacement assez peu salubre, et n'occuperont pas un espace proportionné à leur nombre toujours croissant. En fondant, au contraire, un établissement nouveau pour les aliénés, toutes les localités dont ils sont actuellement en possession pourraient être abandonnées aux vieillards; les uns et les autres recueilleraient un bénéfice notable de cette mesure. Sur ce dernier point, tout le monde doit tomber d'accord; il importe néanmoins d'examiner si l'on trouverait à l'accomplissement de ce projet un énorme avantage, et, en premier lieu, si la création d'un asile spécial pour tous les malades aliénés de la ville de Paris et du département de la Seine est une œuvre réalisable.

» L'hospice de Bicêtre contient aliénés (hom.).	841	1277
» Il y en a eu d'évacués de cet hospice sur les asiles départementaux	436	
» L'hospice de la vieillesse (femmes), contient aliénés	1440	1819
» Il y en a eu d'évacués sur divers établissements	379	
Total		3096

» Ajoutons à ce chiffre celui des places qu'il faut toujours conserver disponibles en pareil cas, et nous arriverons au moins à un total de trois mille deux ou trois cents lits. Or, c'est à ce nombre à peu près que le département de la Seine, ou la ville de Paris, doit des secours. Si l'on veut les réunir tous dans un même asile et disposer celui-ci de manière à y placer mieux, ou même aussi convenablement qu'ils pourraient l'être aujourd'hui à Bicêtre et à la Salpêtrière, ceux qui occupent ces hospices, il faudrait construire un immense établissement. On y séparerait de la manière la plus complète chaque sexe, en ayant soin de multiplier assez les sous-divisions, afin de créer des services distincts et complets à chacun des médecins entre lesquels la direction médicale devrait être partagée; c'est-à-dire en accordant à chacun de ceux-ci une section de même importance, et en conservant dans chacune de ces sous-divisions le classement exigé par l'ordonnance de 1839. Ainsi donc, en confiant à chaque médecin environ 400 malades, il faudrait trois divisions pour les hommes, et au moins quatre pour les femmes, chaque médecin ayant alors plus de 450 malades à visiter. Sept sous-divisions, subdivisées encore en six, ou tout au moins en cinq catégories différentes, donneraient dès lors trente-cinq sous-sections, et dans chacune d'elles, en suivant les mesures prescrites pour le classement des aliénés, il faudrait établir un nombre égal de bâtiments et de préaux.

» De là, on le conçoit, la nécessité de couvrir un espace immense. De plus, en voulant respecter la règle, plus indispensable ici encore que dans tout autre asile public, de placer au centre de l'établissement les services généraux, notamment la cuisine, la pharmacie, la lingerie, l'administration, etc., un grand nombre de sous-sections se trouveraient dans un tel éloignement du centre que le fonctionnement du service deviendrait fort difficile et non moins insuffisant. Si nous ajoutons à ces difficultés celles beaucoup trop réelles et trop graves des sommes énormes qu'il faudrait dépenser, et des embarras financiers actuels du département de la Seine, de la ville de Paris et de l'administration des hospices, on verra, je pense, que cette création est pour le moment inexécutable.

» Des difficultés semblables me sont trop familières; j'ai eu à lutter contre elles depuis trop longtemps pour ignorer ce qu'elles présentent de grave et même d'insurmontable; mais, dans la question qui s'agite, elles deviendront sensibles pour tous si j'ajoute que la création d'un établissement aussi vaste, avec le caractère spécial et les conditions de durée qu'il nécessite, n'exigerait pas moins de 5,000 fr. par malade, ce qui élèverait la somme totale à plus de 15,000,000 fr.

» Cependant les partisans d'un établissement modèle (il en a toujours existé, et j'ai été compris parmi les plus ardents alors que je n'avais pas été à même d'apprécier l'étendue des impossibilités financières et administratives) ne manquent pas d'ajouter encore qu'il n'est pas indispensable de subdiviser les services autant que je l'ai supposé, et que, s'il faut créer une division à part pour chaque médecin, il n'est pas nécessaire de réunir dans chacune d'elles les divers genres de maladies mentales. De plus, qu'en réunissant dans un seul asile tous les aliénés auxquels le département doit des secours, on diminuerait de beaucoup les frais d'administration et toutes les dépenses communes. Cette dernière objection est la seule qui soit véritablement fondée. Les autres seront faciles à détruire, et peut-être suffirait-il, pour y parvenir, d'en appeler à ce que chacun peut observer dans la pratique. Il n'y a, et j'ajouterai, il ne peut y avoir de bon service médical que là où le médecin se trouve en position d'apporter à la fois dans l'exercice de ses fonctions un intérêt d'humanité et un intérêt scientifique. Confiez à un médecin une section de malades exclusivement incurables, vous lui ferez une position insoutenable, et le spectacle de douleurs qu'il est impuissant à soulager, en le livrant à un découragement plein d'amertume, éteindra ou tout au moins affaiblira presque infailliblement son zèle. Otez, d'autre part, à un médecin chargé d'un service moins affligeant et composé de malades à l'état aigu, de malades auxquels il peut être secourable; ôtez-lui la possibilité de suivre dans toutes ses phases la marche de l'aliénation mentale, d'en connaître les terminaisons les plus ordinaires et d'observer les traces que ces maladies laissent après elles, vous éteindrez en lui encore le feu sacré de la science et cet amour de recherches et de progrès qui peut seul nous soutenir contre les peines, les labeurs, les périls d'une profession ingrate et douloureuse. Je ne crains pas de l'affirmer, partout où des aliénés déclarés incurables ont été placés à part, ils se sont vus presque entièrement abandonnés, et pourtant leur état, qui sollicite la pitié à tant de titres, exige les soins les plus assidus et la surveillance la plus active. (*La suite à un prochain n°*).

La distribution annuelle des prix aux élèves sages-femmes de l'Ecole d'accouchement de Paris a eu lieu le lundi 25 juin dans l'amphithéâtre de cet établissement.

Le premier prix d'accouchement, consistant en une médaille d'or, a été décerné à mademoiselle Louise-Françoise-Désirée Prieur, élève du département de l'Orne.

Cette élève a également obtenu deux autres prix et deux premiers accessits.

Les élèves qui ont été ensuite le plus souvent nommées sont :

Mesdames Duré, du département de Seine-et-Oise; Huot, du département de l'Yonne; Laubarède, du département de la Dordogne; Legris, du département de la Seine; veuve Maillet, née Jeanne Marseigne, du département de l'Allier; Mauranse, du département de la Dordogne; Colletier, du département de Lot-et-Garonne; Tenant, du département de la Dordogne; Boissonnet, du département de Seine-et-Marne; Fillol, du département de la Dordogne; Alary, du département de la Dordogne.

ellipse. Si le plus souvent on ne les distingue pas nettement, c'est qu'on se contente de lacérer fortement sur une plaque de verre le tissu morbide, méthode de préparation dont le plus grand défaut est de ne fixer l'attention que sur les corps fusiformes ou les fibres.

Les corps en ellipse du tissu que je décris et qu'on rencontre aussi en très grande quantité dans les tumeurs fibro-plastiques des autres parties du corps, le sein par exemple, se montrent surtout à l'observateur quand il examine le liquide contenu dans le tissu et exprimé à l'aide d'une forte pression. Chaque fois qu'on constate la prédominance de cet élément on est à peu près sûr de ne pas rencontrer de cellules cancéreuses. La largeur de ces corps elliptiques varie peu; ils ont en moyenne 0mm,02 de largeur. Leur longueur, à peu près toujours la même, atteint environ 0mm,06. Leur contour est nettement marqué. Un petit globule se trouve à leur centre et tranche, par son éclat, sur le fond assez pâle de la cellule. J'ai représenté plusieurs de ces corps elliptiques (*fig.* 4, B, B). Elément pour ainsi dire intermédiaire entre les globules simples et les corps fusiformes, le corps en ellipse existe en très grande abondance dans les végétations fibro-cellulaires des cicatrices.

La masse de ce tissu est aussi constituée par d'autres éléments. On y voit, dans certains points, des corps fusiformes renflés à leur centre, munis de queues onduleuses et assez longues (*fig.* 4, C, C, C). Des fibres de tissu cellulaire réunies en faisceaux se rencontrent là pour former une trame assez dense; enfin on y voit aussi des fibres élastiques (*pl.* I, *fig.* 5). Ces fibres, plus volumineuses que les précédentes de tissu cellulaire ordinaire, sont à contours bien marqués et s'enroulent souvent sur elles-mêmes. Peu visibles au milieu des autres fibres de tissu cellulaire, elles deviennent très apercevables quand on traite le tissu par l'acide acétique, car cet agent rend transparents les éléments au milieu desquels existent ces fibres élastiques. Dans une partie des figures que renferme la planche 1re, j'ai eu pour but de montrer les éléments et la texture de ces végétations fibro-cellulaires. J'ai représenté, *fig.* 4, les éléments du tissu dont j'ai indiqué, *fig.* 1, 2, 3, l'aspect général. Dans la *fig.* 1re, on voit une coupe du tissu au point où existaient d'assez nombreux corps fusiformes. Dans la *fig.* 2, qui fait voir un état plus avancé, les noyaux du centre ont disparu, et, par leur absence, ils donnent à ce tissu un aspect fibroïde très répandu dans la masse de ces sortes de tumeurs. Enfin, *fig.* 3, on distingue des faisceaux fibreux isolés les uns des autres et nettement caractérisés. Quelques vaisseaux, mais en nombre assez restreint, viennent s'ajouter à ces éléments divers et les alimenter; toutefois, ils ne sont pas assez nombreux pour donner une grande apparence de vascularité à ces tissus.

La surface de ces tumeurs fibro-cellulaires est recouverte par une couche très mince d'épiderme à cellules pavimenteuses, très comprimées, et assez peu visibles si l'on ne prend pas la précaution de faire macérer la pièce préalablement à l'examen.

Ces végétations fibro-cellulaires prennent surtout naissance à la surface des cicatrices closes et non ulcérées.

2° *Tumeurs cancroïdes des cicatrices et des ulcères.* — Sous ce nom, je désignerai une variété de tumeurs non cancéreuses, mais d'un caractère plus grave que les précédentes. Leur anatomie pathologique n'a pas encore été faite; on verra qu'elle ne contiennent que les éléments normaux des tissus vivants. Ces tumeurs forment des masses saillantes au-dessus de la cicatrice ou de l'ulcération; d'abord elles n'en franchissent pas les limites. Leur surface est papilliforme. Elles semblent constituées par le rapprochement d'un très grand nombre de papilles renflées en massue à leur sommet. L'on peut facilement écarter à l'aide d'un stylet tous ces petits renflements papillaires, et l'on reste convaincu que cette tumeur se compose d'un très grand nombre de saillies partielles, sortes de fongosités qui prennent naissance au fond de l'ulcération. Une coupe faite dans l'épaisseur de la tumeur montre mieux qu'une description cette singulière texture. Entre les saillies partielles se dépose le plus souvent une matière blanchâtre sébacée, comme celle qu'on voit entre le prépuce et le gland, ou bien, chez la femme, dans l'intervalle des grandes lèvres. Ces tumeurs sont très vasculaires, quelquefois ulcérées à la surface, et au fond de l'ulcération on reconnaît encore une disposition papillaire. Il était important d'examiner avec soin la structure intime de ces sortes de productions. J'ai pu le faire dans un cas dont je donnerai plus loin l'observation. L'aspect extérieur de la masse enlevée avait déjà éloigné de mon esprit l'idée d'une tumeur cancéreuse proprement dite; un examen plus attentif, aidé du microscope, m'a confirmé dans cette idée. Une coupe mince du tissu, examinée à un assez fort grossissement, m'a montré qu'il ne s'agissait que d'un tissu à base fibreuse et d'un dépôt d'épithélium pavimenteux. Ces saillies papillaires étaient ainsi formées des mêmes éléments qu'on voit entrer dans la composition de la peau. J'ai représenté (*pl.* I, *fig.* 6, *a*) les grandes lamelles épithéliales, irrégulières, à petits noyaux, qui formaient la partie la plus considérable de ces sortes de tumeurs; quelques fibres élastiques (*fig.* 6, CC) et des corps fusiformes (B) se trouvaient à côté d'elles dans ce tissu.

Nous avons dit que, lorsqu'on met dans l'acide acétique le tissu des tumeurs fibro-cellulaires, il devient translucide par la dissolution de quelques éléments. Il n'en est pas de même du tissu qui forme les cancroïdes. Une tranche mince de cette masse mise dans l'acide acétique ne change guère d'aspect.

Les éléments constituants de ces cancroïdes, qui prennent naissance sur les cicatrices et au siége des anciens ulcères, ne peuvent guère permettre de les considérer comme des cancers; mais leur récidive, la facilité avec laquelle ils se propagent dans les ganglions voisins, ont pu jeter du doute dans les esprits. Il sera, je pense, impossible de le conserver quand on examinera les faits avec soin.

Qu'il me soit permis de dire ici deux mots sur cette grande question de pathologie générale, la récidive de certains produits morbides.

Il semble qu'on ait voulu établir pour le cancer le privilége de la récidive, et que toute tumeur récidivée doit être déclarée cancéreuse. L'absolu d'une pareille proposition ne peut guère être accepté aujourd'hui, car des distinctions importantes doivent être établies entre les différents modes de récidives. Le chemin que les tissus morbides suivent pour se reproduire loin de leur siége primitif n'est pas toujours le même.

Mon ami, M. le Dr Lebert, me paraît avoir ouvert la voie à une série de recherches curieuses en établissant, par un fait bien observé, que certaines tumeurs épithéliales peuvent se reproduire dans les ganglions voisins par développement ou dépôt de cellules épithéliales au sein des ganglions auxquels viennent aboutir les lymphatiques qui se répandent dans la tumeur.

Si, comme nous cherchons à le démontrer, les choses se passaient toujours par un simple transport des cellules épithéliales à travers les lymphatiques et par leur arrêt au niveau des ganglions, je ne verrais rien là qui pût être comparé à l'infection cancéreuse. Mais cette manière de comprendre la récidive de ces sortes de tumeurs étonnera peut-être quelques personnes; toutefois elle n'offre rien d'antiphysiologique, et elle sera très compréhensible après les faits qui vont suivre. Le transport des matériaux solides d'un point de l'économie à un autre, à travers les lymphatiques, ne peut guère être nié aujourd'hui. Je ne veux rien conclure des expériences de M. Oesterlen (Heller, *Arch. fur phys. und pathol. chemie und mikroscopie*, t. IV, p. 56) sur l'absorption des matières solides dans le canal intestinal; mais des faits plus en rapport avec ce que je veux établir prouvent que les lymphatiques peuvent charrier des molécules solides, inorganiques, d'un volume assez considérable. Ainsi l'on trouve, sur des individus dont les avant-bras étaient tatoués en rouge, des molécules de vermillon dans les ganglions de l'aisselle. J'ai constaté ce fait plusieurs fois. J'ai vu aussi du bleu de Prusse dans les ganglions axillaires d'individus tatoués en bleu sur le membre supérieur. Tout récemment, j'ai communiqué ces faits à l'Académie de médecine. M. le Dr Claude Bernard m'a dit avoir aussi observé des faits analogues. Il est donc désormais bien établi que des matériaux solides peuvent être pris par les lymphatiques et charriés par eux jusqu'aux ganglions. Ces matières solides peuvent aussi bien être des cellules épithéliales que des molécules de vermillon. Or, dans ce mode de transport qui peut amener la récidive, je ne vois rien qui puisse être comparé à l'infection cancéreuse, dont nous ne pouvons pas saisir le mécanisme. Ce transport des matières solides peut être appliqué à une foule de produits. Le cancer lui-même peut se propager de la sorte; mais il y a un autre mode de propagation du cancer qui en fait une espèce morbide à part. Les productions qui font le sujet de ce travail n'offrent rien, sous ce dernier rapport, qui puisse être comparé au cancer.

J'avais besoin d'établir ces distinctions, qui me paraissent vraies, pour conclure que la récidive, dans les tumeurs que je décris, ne leur ôte pas leur cachet spécial, et n'engage en rien à les ranger au nombre des cancers.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 juin 1849. — Présidence de M. Velpeau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance officielle comprend:

1° Une lettre de M. le directeur de l'établissement national des Sourds-Muets, annonçant qu'une cérémonie religieuse sera célébrée dans cet établissement, pour l'anniversaire du décès de M. Itard, le 5 juillet prochain.

MM. Gueneau de Mussy, Husson, Bousquet et Devilliers sont chargés de représenter l'Académie dans cette cérémonie.

2° Une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi du rapport de M. le docteur Arribert-Dufresne, médecin des épidémies de l'arrondissement de Grenoble, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Saint-Martin-d'Hère.

3° Une lettre du même ministre, avec envoi d'une lettre de M. Savy, vice-président du conseil de salubrité de Forcalquier, qui annonce avoir découvert un préservatif presque certain du choléra.

4° Un rapport de M. Buissard, inspecteur des eaux minérales de Lamotte (Isère), sur le service médical de ces eaux pendant l'année 1847.

5° Un second rapport de M. Niepce, médecin des eaux d'Allevard (Isère), sur le service médical de ces eaux pendant l'année 1848.

6° Une dernière lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'un remède antifébrile, composé par M. le docteur Durand, de Sauvetat (Lot-et-Garonne).

— La correspondance manuscrite comprend les communications suivantes:

M. Joret adresse un paquet cacheté dont le dépôt est accepté.

Prophylaxie du choléra.

M. Blaud, médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire, se fondant sur un aphorisme de Boerhaave, conseille d'ouvrir largement toutes les fosses d'aisances, et de favoriser ainsi les émanations des matières fécales pour empêcher le développement du choléra.

Contagion du choléra.

M. le docteur Champenois, de Lucy-le-Bois (Yonne), a adressé à M. Rochoux deux lettres dont nous extrayons ce qui suit:

« Dans la nuit du 9 au 10 juin, je fus appelé, écrit-il à la date du 13, pour donner de soins à un homme de soixante-deux ans, ivrogne de profession, lequel me présenta tous les symptômes d'un choléra bénin. Il y avait à peine des crampes, fort peu de soif; tous les autres symptômes d'ailleurs. Le lendemain, un autre habitant, qui n'avait eu aucun rapport avec le premier, est frappé à son tour d'une manière plus grave. Dans la journée du surlendemain, une vieille femme est aussi frappée et meurt sans avoir vu les deux premiers malades. Une fille du premier malade atteint, il est vrai, habitant un village où n'existe pas le choléra, vient voir son père et meurt chez lui, dans l'espace de quatorze heures. Mais dans la nuit qui suivit sa mort, la maladie se répandit avec violence sur tous les points cardinaux du village. Sur une population de quatre cent cinquante âmes, treize personnes furent atteintes dans l'espace de quatre jours, les trois premiers jours ne comptant que quatre malades. Cinq ont succombé, et quatre ont été laissés par moi dans un état désespéré. La population émigre, et nulle part encore n'a porté l'épidémie. »

A l'appui de ces faits de non contagion, le même médecin en rapporte cinq autres du même genre dans une lettre subséquente, en date du 21. Il y dit en outre que, malgré les quarantaines à domicile que les habitants, effrayés par les progrès du fléau, s'étaient spontanément imposées, dans l'espoir de s'en préserver, il atteignit en quelques jours dix-sept maisons disséminées dans le village, et loin les unes des autres, dans trois de chacune desquelles il frappa deux individus, se bornant à une seule victime dans les autres. Il ajoute qu'environ la moitié de la population se réfugia dans les localités voisines sans y répandre le choléra, bien que cinq des émigrants en fussent gravement atteints.

— M. Maslieurat-Lagemard annonce qu'il règne beaucoup de fièvres intermittentes dans la Creuse, et que les maçons, qui arrivent en grand nombre de Paris n'apportent pas la fièvre intermittente dans ce pays.

— M. Gislain, médecin à Montargis, communique trois nouveaux cas de choléra développés successivement sur une enfant de douze ans, sur sa grand'mère, âgée de soixante-cinq ans, et sur son grand-père, âgé de soixante-quatre ans.

Il annonce par la même occasion qu'une épidémie de scarlatine règne sur les enfants, et qu'elle n'est qu'exceptionnellement mortelle.

Traitement de la suette miliaire.

M. le docteur Foucart, qui a été envoyé par M. le ministre du commerce pour étudier la suette, adresse sur le résultat de sa mission une note qui se termine par les conclusions suivantes:

1° La *suette miliaire* est une affection le plus ordinairement bénigne, et qui ne devient mortelle que lorsqu'elle est traitée contrairement aux préceptes de l'art et de la logique.

2° L'expérience et l'observation n'ont pu démontrer encore d'une manière positive qu'elle fût transmissible par voie de contagion ou d'infection.

3° Elle survient le plus souvent sans cause appréciable. Les émotions morales vives, la frayeur en particulier, semblent être souvent la cause déterminante.

4° Elle est de nature septique ou toxhémique, comme les fièvres éruptives, les typhus, et présente à considérer trois groupes de phénomènes distincts, qui se relient les uns aux autres par les connexions les plus étroites:

a. Phénomènes de septicité;
b. Phénomènes gastriques;
c. Phénomènes nerveux.

a. Phénomènes de septicité, se traduisant, entre autres caractères, par le mode d'invasion, l'état du sang, la rapidité de la putréfaction après la mort;

b. Phénomènes gastriques, état saburral constant, non inflammatoire des voies digestives;

c. Phénomènes nerveux, dépendant essentiellement des deux précédents, et constituant le danger presque unique de la maladie.

5° La nature intime de la maladie est démontrée et par la symptomatologie, et surtout par les résultats si différents des diverses médications que l'on a tour à tour conseillées contre elle.

6° Le traitement de la *suette* doit être dirigé contre la nature même de la maladie, et, secondairement, seulement contre chacun de ses symptômes.

7° Il doit consister dans

a. L'emploi des couvertures légères, une ou deux au plus;

b. Les boissons *froides*, en très petite quantité à la fois, et souvent répétées;

c. Les vomitifs, administrés et comme évacuants des premières voies, et comme agents perturbateurs de l'économie (l'ipécacuanha est le seul vomitif qui doive être employé dans cette circonstance);

d. Les purgatifs salins, destinés à combattre la constipation, constante dans cette affection;

e. Les révulsifs cutanés, et principalement le sinapisme épigastrique et sus-sternal, dans le cas de suffocation;

f. Une diète sévère pendant la maladie; une alimentation légère et exclusivement liquide pendant les premiers jours de la convalescence.

8° Dans le traitement de la *suette miliaire*, les couvertures nombreuses, les boissons chaudes, les émissions sanguines sont toujours nuisibles, *souvent mortelles.*

Chaque épidémie ayant son génie particulier, il est bien entendu que les réflexions précédentes s'appliquent surtout, dans toute leur rigueur, à l'épidémie du département de la Somme en 1849, bien que tout me porte à croire, d'après les descriptions des auteurs, que ces généralités sont applicables à toutes les épidémies de suette qui ont été observées jusqu'à ce jour. C'est ce qui ressortira de la discussion à laquelle je me livrerai dans mon travail.

— M. le Président présente au nom de M. Loir un Mémoire sur un polype de l'utérus qui aurait perforé les parois de cet organe, les parois abdominales et se serait fait jour en

partie à l'extérieur par cette voie. (Ce fait remarquable, ainsi que les interprétations diverses auxquelles il a donné lieu, se trouve exposé dans les comptes-rendus de la Société de chirurgie. Voyez *Gazette des Hôpitaux*, 1848.)

— M. LE PRÉSIDENT. J'ai deux choses à annoncer à l'Académie : d'abord qu'elle aura à se former en comité secret pour entendre le rapport de la commission chargée de présenter une liste de candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

La seconde communication dont j'ai à entretenir l'Académie est relative à une mesure qui demande toute notre attention. Ainsi que vous avez pu vous en apercevoir, nos travaux depuis quelque temps sont tellement nombreux et pressants que les médecins étrangers à l'Académie qui veulent venir y lire quelques travaux, et qui d'après le règlement ne peuvent obtenir la parole que lorsque les membres ont épuisé les sujets à l'ordre du jour, sont obligés de suivre nos séances pendant plusieurs mois avant de pouvoir se faire entendre ; en outre, ils n'arrivent jamais à occuper la tribune qu'à une heure très avancée, en sorte que la salle est presque vide lorsqu'ils font leurs lectures. Cet état de choses a pour résultat de décourager les savants étrangers et en même temps de priver l'Académie d'entendre une foule de bons travaux qui ne manqueraient pas de nous arriver si l'accès de notre tribune était plus facile. Le conseil a pensé qu'il était important de remédier à ces inconvénients, et il a pensé que l'Académie remplirait parfaitement le but désiré en accordant dans chaque séance, immédiatement après la correspondance, un quart d'heure aux savants étrangers qui voudraient venir lire des Mémoires. Ces travaux ne pouvant jamais être l'objet d'aucune discussion, on n'emploiera réellement jamais plus d'un quart d'heure, et il restera un temps suffisant à l'Académie pour épuiser son ordre du jour. Enfin, nous aurons l'avantage par cette mesure de faire à nos confrères du dehors une courtoisie dont tout le monde profitera.

M. GERDY. Les questions que l'on porte en ce moment devant l'Académie ont déjà été agitées en d'autres temps, et on les a résolues négativement. Il est juste en effet que les savants étrangers qui veulent faire des lectures à l'Académie puissent être écoutés par l'Académie; mais, si l'Académie veut que ces lectures puissent être faites à une heure convenable, il y a un moyen bien simple, c'est d'abréger beaucoup l'analyse de la correspondance et de passer complétement sous silence ces pensées bizarres et ridicules dont on nous a entretenus aujourd'hui, qui font bien rire un instant l'Académie, mais qui en définitive sont indignes d'occuper un seul moment un corps savant.

M. LE PRÉSIDENT. Ce que propose M. Gerdy n'est pas incompatible avec la mesure que propose le conseil et à laquelle il a mûrement réfléchi. Je crois donc pouvoir mettre cette mesure aux voix. (De toutes parts : Appuyé! appuyé!)

M. BÉGIN. Il y a un article du règlement qui règle l'ordre des travaux de l'Académie. Je demande si la mesure qu'on nous propose ne serait pas en opposition avec cet article.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL lit l'article en question, duquel il résulte que l'Académie peut intervertir l'ordre de ses travaux.

M. MALGAIGNE. On s'appuie, pour faire adopter la mesure que le conseil nous propose, sur ce que les étrangers ne peuvent obtenir des tours de lecture; mais ce moment ce n'est pas seulement pour eux que le temps manque, c'est pour les membres de l'Académie eux-mêmes. Pour mon compte, je suis inscrit depuis six mois, et je sais que M. Ferrus est encore inscrit avant moi. Le temps manque donc pour tout le monde. Je crois que si, au lieu de donner aux communications des savants étrangers la place que doivent occuper celles des académiciens, on renvoyait à la fin de la séance le dépouillement de la correspondance, comme cela se pratique dans une autre académie, on obtiendrait un résultat qui satisferait tout le monde.

M. LE PRÉSIDENT. Il y a plusieurs choses à répondre à ce que vient de dire M. Malgaigne.

M. GERDY. Le président ne discute pas.

M. LE PRÉSIDENT. Le président soutient les décisions du conseil, puisque seul il peut parler en son nom. Je réponds donc à M. Malgaigne que, si M. Ferrus n'a pas encore profité de son tour d'inscription, c'est qu'il est venu plusieurs fois sans son manuscrit, croyant qu'il ne pourrait pas lire les jours en question.

A l'Académie des Sciences on s'est aperçu que la correspondance était généralement celle qui offrait le plus d'intérêt dans les séances. C'est pour cette raison qu'on en a renvoyé le dépouillement à la fin de la séance, espérant par là retenir les membres trop pressés de s'en aller. Il n'en est peut-être pas tout à fait de même de la correspondance de l'Académie de médecine.

Enfin j'ajouterai, puisque l'on veut aller jusqu'au fond des choses, que, si nous manquons de temps pour nos travaux, c'est que tout le monde s'empresse trop de quitter la séance. On arrive à trois heures et demie; on s'en va à quatre. Vous comprenez que pendant une demi-heure on ne peut pas faire grand'chose; mais si les membres de l'Académie voulaient ne se séparer qu'à cinq heures et se réunir à trois, je crois que nous aurions assez de temps pour faire face à toutes les exigences.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL. — Messieurs, je ne voudrais pour rien au monde être un obstacle à l'adoption de la mesure proposée par le conseil. Je déclare donc que je suis complétement décidé à ne faire le dépouillement de la correspondance qu'à la fin des séances, si cela peut être utile au succès de la mesure proposée. J'aime mieux analyser la correspondance devant des banquettes vides, que de priver les savants étrangers de l'avantage de se faire entendre devant l'Académie, et l'Académie de l'avantage de les écouter. (De toutes parts : Très bien! très bien!)

M. LE PRÉSIDENT. D'après l'honorable concession de M. le secrétaire perpétuel, je crois pouvoir mettre aux voix en même temps la proposition du conseil et le renvoi de la correspondance à la fin de la séance.

Ces deux propositions sont adoptées à l'unanimité.

Recettes contre le choléra.

M. GAULTIER DE CLAUBRY lit trois rapports sur divers moyens proposés pour guérir ou prévenir le choléra. Parmi ces moyens se trouve l'inoculation de la syphilis, proposée par M. César Provençal. M. Gaultier, loin de conseiller au gouvernement de décerner une récompense nationale à l'auteur de cette prophylaxie, conseille d'appliquer des peines sévères à ceux qui abuseraient de la crédulité d'innocentes créatures pour leur inoculer la syphilis.

Toutes les conclusions défavorables aux auteurs de remèdes sont adoptées.

Études physiologiques du pouls.

M. Robert-Latour est appelé à la tribune, et lit un mémoire intitulé : *Des éléments physiologiques du pouls.* Ce travail fort étendu n'ayant point de conclusions, il nous est impossible d'en donner même une idée.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures un quart.

M. le président de l'Assemblée législative a fait mettre 500 fr. à la disposition de M. le préfet de la Seine pour les familles pauvres victimes de l'épidémie régnante, et M. l'archevêque de Paris a reçu également de M. Dupin aîné une pareille somme de 500 fr. destinée au même acte de bienfaisance.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 30 JUIN 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 76.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois
PARIS.	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS.	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER. . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 29 JUIN 1849.

Bulletin du choléra.

Journée du 27 juin........	22 entrées,	16 décès.
— 28	22	16
Hôpitaux militaires pendant les deux jours....................		12
Total..................	44	44

DÉCÈS A DOMICILE.

Journée du 23	41
— 24	32
Total......................	73
Total des décès dans les hôpitaux...........	6482
Total des décès à domicile jusqu'au 24 inclusivement...............	8914
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie.................	15396

Un dernier mot sur les permutations.

Nous pensions avoir suffisamment démontré les vices radicaux du principe des permutations pour n'avoir plus à y revenir. M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris, en prenant en main la défense d'un tel principe, nous oblige à rentrer encore une fois en discussion. Nous n'avons pas d'ailleurs à nous en plaindre. Tant que le principe des permutations n'avait point été défendu, on pouvait croire, à la rigueur, qu'il avait quelque avantage inconnu à ceux qui l'attaquaient; mais lorsqu'on verra qu'un défenseur aussi distingué que M. Bérard n'a trouvé en faveur de sa thèse que des arguments dénués d'une valeur réelle, il en résultera d'une manière d'autant plus évidente que l'opinion contraire est conforme à la justice et à la raison.

En présence d'une demande de permutation, M. Bérard trouve que trois questions doivent être *posées et résolues* :

1°. Les lois, décrets et ordonnances autorisent-ils les permutations?

2°. Dans le cas où le droit serait écrit dans la loi, y aurait-il avantage pour les Facultés à user de ce droit?

3° Dans le cas de solution affirmative sur les deux premières questions, y a-t-il opportunité, convenance, pour la Faculté et les élèves, à ce que, dans l'*espèce*, la demande de permutation soit accueillie favorablement?

Nous ne croyons pas pouvoir faire mieux que de suivre l'ordre tracé par un aussi savant argumentateur, et nous abordons sans plus tarder l'examen de chacune des questions qu'il pose.

1° Nous serons bref toutefois sur la première de ces questions que nous n'avons jamais agitée : nous ne nous étions pas demandé, en effet, si les permutations étaient *légales*, mais bien si elles étaient *morales* et conformes aux institutions qui nous régissent, qui régissent les Facultés elles-mêmes. M. Bérard a cru devoir remonter au 14 messidor an IV pour démontrer la *légalité* des permutations, laquelle n'avait point été contestée, et il est parvenu, avec beaucoup de peine, à établir une chose que les antagonistes des permutations auraient à peine osé espérer : c'est que le *droit* de permutation est pour le moins douteux.

Mais, nous le répétons, là n'est point la véritable question. Pour une corporation comme pour un homme, quand il faut user d'un privilége, il s'agit moins de savoir si ce privilége peut s'abriter derrière une légalité douteuse et surannée, que de rechercher s'il est en harmonie avec l'équité et les institutions de l'époque où l'on vit. Or, nous avons soutenu que les permutations étaient également injustes et contraires à l'institution du concours; c'est donc sur ce terrain principalement qu'il convient d'apprécier les arguments de M. Bérard.

Nous avons dit que les permutations lésaient des droits acquis. M. Bérard n'est pas très disposé à admettre la légitimité de ces droits. Sur quels titres, en effet, se fondent-ils? se demande M. Bérard. «Sur ce que la mort a frappé M. B... plutôt que M. D... Cela peut-il constituer un titre sérieux?» Très sérieux, en effet, Monsieur le doyen; tellement sérieux même, que nous n'en connaissons pas, que la loi n'en connaît pas de plus sérieux, car il résulte d'une loi naturelle dont les socialistes seuls se flattent de vouloir corriger les défauts. Seriez-vous socialiste à cet endroit? Sans doute il nous semblerait quelquefois très préférable que M. B... devînt héritier avant M. D..., que la mort frappât plutôt M. A... que M. Z...; mais néanmoins, croyez, avec tous les législateurs, qu'il vaut mieux accepter les arrêts du destin que de prétendre les réviser, fût-on même la Faculté de Paris.

« Mais, continue M. le doyen, admettez que, dans un cas de vacance, la Faculté, regardant autour d'elle, n'aperçoive aucun candidat qui puisse occuper avec distinction la chaire devenue libre; faudrait-il néanmoins respecter les droits acquis? *Admettez!* C'est fort bien, Monsieur le doyen; mais nous n'admettons pas du tout :

Nous n'admettons pas d'abord que dans un pays comme la France, pas même dans une ville comme Paris, il puisse ne pas se trouver parmi 1,500 médecins, un seul homme capable d'occuper avec distinction une chaire;

Nous n'admettons pas surtout qu'il suffise, même à la Faculté de Paris, toute perspicace qu'elle soit, de *regarder autour d'elle* pour constater un pareil fait; je crois que si, par impossible, ce fait étrange existait réellement, on ne pourrait guère le constater qu'en appelant tous les candidats à une épreuve publique, c'est-à-dire précisément en étudiant attentivement les seuls vrais éléments d'une question que vous commencez par trancher au lieu de chercher à la résoudre. La Faculté n'a pas de police scientifique; il peut y avoir plus d'un talent qu'elle ignore, et qui ne demande qu'une occasion pour éclater au grand jour. Ce serait donc une prétention aussi exorbitante qu'inadmissible de la part de la Faculté que de déclarer qu'à tel jour donné il n'y a pas en France, ou même à Paris, un seul homme capable d'occuper avec distinction telle chaire donnée. Or, si cette prétention est inadmissible, et elle l'est au suprême degré, tout ce que dit M. Bérard contre les *droits acquis* et en faveur des avantages *présumés* des permutations est absolument de nulle valeur.

Voyons si M. le doyen est plus heureux sur la compatibilité du concours et des permutations. Pour M. Bérard le concours consiste, non pas à nommer tel candidat à telle fonction, mais bien à ne laisser entrer dans une faculté aucun professeur sans concours. En sorte, que si nous voulions appliquer cette manière de raisonner au service de santé des hôpitaux, par exemple, on devrait trouver tout naturel que le pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu eût demandé à remplacer Dupuytren.

Nous ne nous attendions pas, nous l'avouerons à regret, à voir un semblable argument sortir de la plume de M. Bérard; cet argument est vicieux à tel point, que nous éprouvons quelque embarras à le réfuter, et que nous laisserions volontiers ce soin à la conscience publique. Qui ne sent en effet que c'est complétement fausser l'esprit du concours que de nommer professeur de clinique médicale, d'accouchements ou même de médecine opératoire, un homme qui n'a donné officiellement aucun gage des nouvelles qualités qu'on lui attribue gratuitement? Qui ne voit qu'à l'aide d'un pareil subterfuge la Faculté pourrait, et nous sommes loin de dire que telle soit son intention, mais enfin pourrait faire entrer dans son sein tel candidat qui lui plairait, en s'arrangeant de manière à faire déclarer la vacance dans la spécialité où ce candidat favori aurait le plus de chances de soutenir le concours avec avantage? Ces raisonnements, en vérité, sont si élémentaires, qu'on a presque honte de les énoncer, et qu'il ne se rencontrera pas un homme complétement désintéressé qui n'en sente toute la justesse.

Mais M. le doyen ne se contente pas des raisonnements, il invoque les exemples. Ainsi M. Orfila, entré dans la Faculté comme professeur de médecine légale, est applaudi aujourd'hui par l'unanimité de ses auditeurs comme professeur de chimie. Preuve irrécusable, dit M. Bérard, de l'avantage des permutations. Nous n'aimons guère, quand il s'agit de discuter des principes généraux, avoir recours aux applications personnelles; car il est difficile que la discussion établie sur ce terrain ne froisse pas à un degré quelconque certains individus. Nous pourrions opposer à l'exemple invoqué par M. Bérard d'autres exemples bien moins favorables. Nous nous en abstiendrons; mais voyons si celui qu'a choisi M. le doyen est aussi probant qu'il semble le croire. M. Orfila professe la chimie d'une manière brillante, nul ne le conteste, et nous, moins que personne; mais M. Bérard pense-t-il que M. Orfila professerait d'une manière moins brillante la médecine légale? Que serait-il donc arrivé si, au lieu de permuter, M. Orfila était resté là où ses véritables aptitudes l'avaient d'abord placé? Il serait arrivé probablement que nous aurions eu, outre un excellent professeur de médecine légale, un bon professeur de chimie. Que serait-il arrivé si M. Andral avait conservé sa chaire de pathologie interne? Nous n'en dirons pas davantage sur ce sujet. M. Bérard comprendra suffisamment, ainsi que tout le monde, la signification de nos réticences.

M. le doyen ne veut pas qu'un professeur, s'il veut changer de chaire, s'expose à un nouveau concours, et il ne le veut pas pour deux raisons : pour ne pas exposer la dignité professorale aux chances d'un nouveau combat devant la chaire même où il professait hier, parce que l'on ne pourrait avoir aucune garantie d'impartialité dans un concours où l'un des compétiteurs serait jugé par des collègues de la veille.

Comment, M. le doyen, vous admettez que les professeurs ne pourraient juger avec impartialité leur collègue d'hier! Mais comment donc admettez-vous que ces mêmes professeurs puissent juger avec plus d'impartialité leur collègue actuel? Car enfin un collègue qui vous demande à permuter se soumet à votre jugement sans pour cela cesser d'être collègue. Nous étions loin de penser qu'un logicien aussi serré que M. Bérard tomberait dans un pareil cercle vicieux. Du reste, nous avons meilleure opinion de messieurs les professeurs que M. le doyen lui-même. Nous sommes tellement convaincu qu'ils conserveraient toute leur indépendance en présence de leur collègue d'hier devenu candidat d'aujourd'hui, que nous affirmons hardiment, sans crainte de nous tromper, que, si le professeur qui est l'occasion de ce débat voulait tenter de conquérir par le concours la chaire qu'il ambitionne, il ne serait pas assuré de réussir dans son entreprise.

Nous ne parlons pas de l'argument relatif à la dignité, parce que personne ne déroge jamais, quelque position qu'il ait occupée, en suivant la voie de la justice et de la loyauté; on ne déroge qu'en suivant la voie contraire.

Voilà à quoi se réduisent tous les arguments de M. le doyen relatifs à la question générale des permutations; nous croyons les avoir victorieusement réfutés.

Quant à la question particulière, M. Bérard ne croit pas devoir y insister par convenance; il se borne à affirmer que les élèves ne tarderont pas à ratifier, par leurs applaudissements, la mesure qui aura donné à M. Denonvilliers l'héritage de M. Blandin.

Nous ne désirons pas plus que M. Bérard entrer dans les personnalités; nous ne demandons même pas mieux que de croire ce que nous affirme M. Bérard. Mais enfin, ne vaudrait-il pas mieux prouver avant qu'après? Pourquoi ne pas mettre le public dans le secret des preuves que M. Denonvilliers a données de sa capacité en médecine opératoire? Car le public ne connaît point ces preuves. Dans le brillant concours où Blandin fut nommé, plusieurs candidats se distinguèrent d'une manière éclatante; parmi ces candidats, ne se trouvait point M. Denonvilliers, qui ne parut même pas dans ce concours. Il pourrait donc se faire que ce jeune professeur ait toutes les qualités requises pour faire un bon professeur de médecine opératoire; mais, ce qui est certain aussi, c'est que ces qualités se seront révélées tout à coup à la Faculté et qu'elles restent parfaitement ignorées du public, tandis que le public a parfaitement apprécié celles des compétiteurs de Blandin.

M. Bérard termine en posant plusieurs questions bien indiscrètes et auxquelles nous ne répondrons qu'avec beaucoup de réserve.

Pour prouver qu'on fait bien d'opérer des permutations, M. le doyen s'écrie : « Pensez-vous que chacun

des vingt-cinq titulaires actuels de la Faculté occupe précisément la chaire pour laquelle il a le plus d'aptitude? Si vous dites OUI, vous donnez raison à la permutation; car plusieurs ont permuté; si vous dites NON, vous donnez encore raison à la permutation, car il y aurait avantage à ce que quelques-uns permutassent. »

Il n'y a rien à répondre à un pareil dilemme; on ne peut dire mieux. Nous sera-t-il permis cependant de hasarder les deux questions suivantes :

Si chaque professeur n'occupe pas la place qui lui convient, à qui la faute? . . . . .

Si la Faculté n'a pas bien jugé quand elle avait pour s'éclairer les épreuves d'un concours public, qui nous assurera qu'elle sera plus clairvoyante ou plus impartiale lorsqu'elle n'aura pour se guider que des éléments infiniment moins probants et qu'elle se trouvera en présence d'un intérêt personnel qui la pousse nécessairement à ne pas se dépouiller de gaieté de cœur d'un privilége fort agréable.

Enfin, M. Bérard termine son plaidoyer par cette question insidieuse : « Croyez-vous que, si du temps de Bichat on avait pu mettre au concours une chaire d'anatomie à la condition d'opérer une permutation, on n'aurait pas rendu un grand service à la science en opérant cette permutation? »

Nous avons une grande vénération pour ce génie, mais pas assez néanmoins pour lui sacrifier les principes; car les principes sont *comme une île escarpée et sans bords*, etc. Si donc Bichat existait, nous dirions encore qu'il ne faut pas permuter, car les hommes de la trempe de Bichat ne sont jamais embarrassés de leur personnalité; et ils le sont d'autant moins, qu'ils vivent dans un pays et à une époque où les principes et la justice sont plus respectés. Mais enfin pourquoi cette hypothèse? est-ce qu'en effet M. le doyen croirait à l'existence d'un Bichat inconnu? est-ce qu'il existerait dans les détours de la Faculté quelque génie ignoré que la Faculté voudrait placer sur son véritable théâtre? S'il en est ainsi, pourquoi ne pas le dire? pourquoi ne pas agir au grand jour? Peut-être, quand on connaîtra ce digne héritier d'une grande renommée et qu'il sera proclamé, tout le monde approuvera-t-il ce que tout le monde condamne? Mais jusque-là nous persisterons à croire qu'en général, et plus encore *en particulier*, les permutations blessent à la fois les intérêts de la justice et ceux de l'enseignement.

Revue clinique hebdomadaire.

Traitement de la névralgie sciatique. — Nous avons rapporté depuis quelques mois plusieurs observations de névralgies traitées avec succès par différentes méthodes thérapeutiques; et particulièrement par la cautérisation transcurrente, dont M. Valleix a retiré et retire chaque jour de si bons résultats.

On se rappelle sans doute aussi cette observation si remarquable qui nous a été communiquée par M. Houlmen, et qui mettait en évidence les avantages que l'on peut retirer dans quelques cas des bains sulfureux fréquemment répétés dans l'affection dont il s'agit. Deux faits que nous avons eu l'occasion de voir ce matin même dans le service de M. Louis, à l'Hôtel-Dieu, nous engagent à revenir en quelques mots sur le traitement de la névralgie sciatique.

Le premier de ces faits est celui d'un homme de quarante-neuf ans, garçon de magasin depuis dix ans; les magasins où il travaillait étaient au rez-de-chaussée et médiocrement humides. Néanmoins le malade n'avait jamais eu douleurs dans aucune partie du corps, lorsqu'il fut atteint de celles qu'il éprouve actuellement.

C'est au commencement de janvier de cette année que ces douleurs ont commencé à se faire sentir, d'abord vers le bas de la fesse droite, puis tout le long du membre inférieur du même côté, postérieurement. Ces douleurs augmentèrent progressivement avec assez de rapidité pour qu'à la fin du mois la marche fût complétement impossible pour le malade; il ne pouvait même poser le pied par terre sans éprouver immédiatement des élancements violents dans tout le membre inférieur.

Dans cet état, il entra à l'hôpital de la Charité le 29 janvier. Quelques jours après son entrée, un large vésicatoire fut appliqué sur la partie de la fesse correspondant à la tubérosité sciatique; trois applications de ventouses scarifiées furent faites sur cette région et sur la partie postérieure de la cuisse; enfin, le malade prit une quinzaine de bains sulfureux dans l'espace d'un mois. Après cette époque, son état était assez amélioré pour que le malade crût pouvoir quitter l'hôpital. Il ne marchait cependant qu'avec une certaine difficulté, et il éprouvait de temps en temps, même pendant le repos, des douleurs sourdes dans la fesse et dans la profondeur du membre correspondant. Le malade ne travailla que très peu lorsqu'il fut rentré chez lui; il ne marcha presque pas et ne s'exposa nullement à l'humidité. Néanmoins, les douleurs redevinrent peu à peu plus vives; au bout de trois mois, elles avaient à peu de chose près repris leur intensité première. C'est dans ces circonstances que le malade fut de nouveau obligé de réclamer son admission dans un hôpital, et qu'il entra le 31 mai dans le service de M. Louis, salle Sainte-Madeleine, n° 10.

A ce moment, on constata l'existence d'une douleur violente dans tout le trajet du nerf sciatique, avec des points plus spécialement douloureux au-dessous du pli de la fesse vers la tête du péroné et à la partie inférieure et externe du talon. Les deux points extrêmes surtout, c'est-à-dire celui de la fesse et du talon étaient d'une sensibilité si exquise, que le plus léger frottement arrachait quelquefois des cris au malade; il lui était complétement impossible de poser le pied droit par terre, et par conséquent de faire un pas. Lorsque le malade était dans son lit, il pouvait faire exécuter des mouvements à son membre sans trop de douleur. Cependant certains de ces mouvements devenaient quelquefois douloureux tout à coup, et rendaient nécessaire une immobilité complète. Pendant la nuit le malade était souvent réveillé par les douleurs. La santé générale était d'ailleurs bonne, l'appétit conservé, les digestions faciles.

A son entrée, un large vésicatoire volant fut appliqué sur la fesse, dans les points où déjà un vésicatoire semblable avait été appliqué à l'hôpital de la Charité. On prescrivit en même temps au malade deux pilules d'un décigramme de poudre de Dower, et on lui donna les quatre cinquièmes de portion.

Quelques jours après l'application du vésicatoire, une certaine amélioration se manifesta. Un second vésicatoire fut appliqué au-dessous du premier, puis un troisième au-dessous du second; ce dernier descend presque jusqu'au niveau de l'articulation fémoro-tibiale, et n'est pas encore complétement desséché.

Aujourd'hui, il n'existe presque plus de douleurs spontanées; le contact des corps étrangers ne produit lui-même que très peu de douleur, et seulement dans quelques points, tels qu'au niveau de l'échancrure sciatique, vers la tête du péroné, et au-dessous de la malléole externe. Les mouvements du membre sont très faciles et nullement douloureux; cependant le malade ne peut pas encore marcher, les douleurs se reproduisant en partie dès qu'il met le pied par terre et surtout qu'il s'appuie dessus. La santé générale continue à être excellente.

Le second fait que nous avons observé est celui d'une femme de cinquante-trois ans, journalière, entrée le 11 juin dans le service de M. Louis, et sur la maladie de laquelle il est beaucoup plus difficile d'obtenir des renseignements précis. Cette femme, d'une intelligence obtuse, fait remonter sa maladie à cinq ans; les douleurs ne paraissent jamais avoir été très violentes chez elle, et elles semblent s'être toujours concentrées principalement au talon. Lorsqu'elles acquéraient une certaine intensité, ce qui paraît avoir eu lieu principalement aux époques des règles, qui existent encore, elles empêchaient la marche, et c'est ce qui avait lieu quand la malade est entrée. On lui a prescrit le même traitement qu'au précédent malade, avec cette modification que le vésicatoire a été appliqué ici autour et principalement au-dessous de la malléole externe. Déjà la malade va mieux; mais cependant, aujourd'hui 29, elle ne marche encore qu'avec une grande difficulté.

Ces faits nous dispensent d'insister sur la gravité que peut avoir la névralgie sciatique, sinon au point de vue de la santé générale, du moins sous le rapport des obstacles qu'elle peut apporter aux occupations des personnes qui en sont atteintes. Le premier de nos deux malades, un homme dans la force de l'âge et d'une constitution robuste, est privé depuis six mois, tantôt d'une manière complète, tantôt incomplétement, de l'usage de son membre; c'est assurément là une condition très fâcheuse, surtout pour un père de famille, et l'affection qui produit une telle inaptitude au travail est certainement une affection grave. Il s'en faut donc bien que les recherches thérapeutiques concernant le traitement des névralgies soient dénuées d'importance; il s'en faut qu'elles aient conduit aux résultats les plus désirables.

Tout en reconnaissant l'utilité incontestable qu'a eue chez le premier de nos deux malades le traitement mis en usage, on ne peut se dissimuler néanmoins que ce traitement laisse beaucoup à désirer sous le rapport de la promptitude des résultats.

Ne serait-ce pas ici le cas de tenter l'emploi soit de la cautérisation transcurrente avec le fer rouge, soit des applications chloroformiques locales, soit enfin l'incision des points spécialement douloureux à l'aide du bistouri? Chacune de ces méthodes compte aujourd'hui des succès assez positifs pour qu'il n'y ait pas à hésiter en présence de cas aussi rebelles. Nous ne parlons point des applications locales de chloroforme qui ont moins d'inconvénients encore que les vésicatoires, et qui doivent toujours être tentées, même dans les cas les plus légers, mais des incisions et de la cautérisation transcurrente, deux moyens qui effraient toujours les malades, et auxquels on ne doit recourir que lorsque tous les autres ont échoué, à moins qu'on n'opère sur des parties couvertes et à peu près insensibles comme sur le col de l'utérus. L'observation que nous avons empruntée à M. Malgaigne et que nous avons insérée dans notre avant-dernier numéro, prouve les succès aussi beaux que faciles que l'on peut obtenir à l'aide des incisions.

Quant à la cautérisation transcurrente, M. Valleix a également démontré qu'on pouvait en obtenir les meilleurs résultats. Dans les cas donc où les névralgies ont des conséquences aussi fâcheuses que celle dont le premier de nos deux malades est affecté, lorsque surtout ces névralgies siégent sur des parties non habituellement découvertes, comme la cuisse, il ne faut pas hésiter à recourir à l'un de ces moyens, et même à tous les deux successivement si l'un d'eux a échoué d'abord; il ne faut même pas, en général, attendre trop longtemps à le mettre en usage et insister indéfiniment sur les autres, car l'expérience semble avoir démontré que, quand une névralgie n'est pas très sensiblement modifiée dès les premiers jours par un moyen thérapeutique, elle ne l'est ensuite que très difficilement, très lentement, et qu'elle s'use plutôt alors par le temps qu'elle ne guérit par l'influence de la médication. Ainsi, dans ces cas, on ne ferait que perdre inutilement un temps précieux, et peut-être au détriment de la thérapeutique future, en retardant l'emploi des moyens énergiques.

De la diminution de la fibrine du sang considérée comme cause d'hémorrhagies. — Dans la communication qui nous a été faite par M. Abeille, et dont nous avons rendu compte dans notre numéro du 16, cet honorable praticien n'avait pas seulement voulu démontrer que l'abaissement du chiffre de la fibrine ne suffit pas toujours pour produire des hémorrhagies; il s'était encore demandé si cette altération du sang, favorable seulement aux hémorrhagies, ne serait pas contrebalancée par une augmentation considérable de l'albumine.

En effet, dans les deux cas observés par notre honorable correspondant, la fibrine et l'albumine avaient donné les chiffres 1,4 et 104,50 dans le premier, 0,78 et 145,67 dans le second. Or, tandis qu'il y avait des hémorrhagies utérines très prononcées chez la première malade, il n'y avait que des règles abondantes chez la seconde, ce que M. Abeille est tenté d'attribuer à l'élévation considérable, dans le second cas, du chiffre de l'albumine.

Nous l'avons déjà dit, et nous le répétons, nous admettons que M. Abeille ait pris les précautions, indispensables et assez minutieuses d'ailleurs, pour donner à ses analyses toute la précision désirable; nous ne voulons point non plus discuter les probabilités que peut avoir en sa faveur l'hypothèse qu'il émet, mais nous dirons quelques mots sur l'importance réelle qu'ont, dans l'état actuel de la science, les altérations du sang, celles du moins que l'on constate par l'analyse chimico-physique, considérées comme cause prochaine des hémorrhagies. A cet égard, M. Abeille paraît se faire encore trop d'illusion.

Les analyses telles qu'on les fait ont démontré effectivement que le chiffre de la fibrine était notablement diminué dans certaines hémorrhagies; mais cette diminution est loin d'être constante dans toutes les hémorrhagies, et l'on est loin également de voir des hémorrhagies survenir toutes les fois qu'elle existe. Il n'y a donc aucune raison sérieuse pour attribuer à cette diminution de fibrine les hémorrhagies utérines ou autres; la diminution est un effet de la cause qui produit l'hémorrhagie, comme l'hémorrhagie elle-même; rien de plus, rien de moins. Ce que nous disons des rapports de la fibrine avec les hémorrhagies, nous pourrions le dire de toutes les altérations constatées dans le sang par l'analyse chimico-physique et des maladies coïncidentes; mais ce sujet nous entraînerait beaucoup trop loin; il est assez intéressant pour mériter une discussion spéciale.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. P. GUERSANT.

Quelques mots sur les polypes du rectum.

Quelques cas de polypes du rectum s'étant naguère présentés dans son service, M. Guersaut a saisi cette occasion pour faire sur cette partie peu connue de la chirurgie quelques réflexions pratiques qui ne seront pas sans intérêt pour les praticiens.

Les polypes du rectum chez les enfants, a-t-il dit, constituent une affection beaucoup plus commune qu'on ne le croit généralement. Il n'y a pas d'années où nous ne puissions en observer de six à huit cas soit dans notre pratique civile, soit dans notre service de l'hôpital. Les observations que nous avons pu faire portent maintenant sur cinquante malades à peu près, et c'est d'après ces observations que nous allons vous entretenir de cette maladie.

On rencontre les polypes du rectum chez les enfants de tous les âges. Si on les examine anatomiquement, on reconnaît qu'ils sont formés par un pédicule et une tumeur. S'ils sont anciens, le pédicule est long et peu volumineux; s'ils sont récents, il est plus large et beaucoup plus court. Quand on les dissèque, on trouve un tissu mou, vasculaire, qui saigne facilement et qui a quelques caractères du tissu fongueux. Quand on dissèque attentivement toute la tumeur, on constate que le pédicule n'est que la suite d'une membrane qui enveloppe le polype. Il semble que primitivement la tumeur s'est formée derrière la muqueuse, qu'à mesure que la tumeur a augmenté la muqueuse s'est trouvée repoussée et que le pédicule s'est formé aux dépens de cette muqueuse. Voilà pour l'anatomie pathologique.

Quels sont les symptômes? Quand on nous amène un enfant atteint de cette affection, on le considère le plus souvent comme atteint d'une chute du rectum ou d'une dyssenterie; les parents sont dans l'erreur. Lorsque existe le polype du rectum, celui-ci sort ou ne sort pas; il s'écoule quelquefois par le rectum une certaine quantité de sang qui tient le plus souvent à la compression de la tumeur produite soit pendant sa sortie à travers le sphincter, soit par les matières fécales. Quelquefois, il n'y a pas de tumeur au dehors, mais l'enfant a des étreintes violentes et des envies fréquentes d'aller à la selle. Il existe enfin un dernier symptôme d'une grande importance et sur lequel il faut insister, c'est un sillon que l'on voit sur les matières fécales rendues par l'enfant. Si ces matières fécales sont fermes, on y constate une cannelure plus ou moins prononcée. Nous avons remarqué ce symptôme chez presque tous les sujets de nos observations, et c'est sur lui que nous nous sommes basé dans un grand nombre de cas pour établir notre diagnostic. Je suis disposé à croire que la marche de la maladie est toujours lente; et je n'ai jamais rencontré un seul fait qui m'autorisât à penser le contraire. Cette affection n'empêche pas les malades d'être d'ailleurs bien portants, à moins qu'ils ne perdent beaucoup de sang, comme je l'ai vu dans trois ou quatre cas.

Le pronostic doit être favorable, car le plus souvent la terminaison est heureuse. Elle peut avoir lieu spontanément ou avec le secours de l'art. A mesure que la tumeur se développe, le pédicule devient de plus en plus petit, tandis qu'il est gros et large au commencement. Or, il arrive ceci : la tumeur est constamment poussée par les matières fécales, puis pressée par le sphincter de l'anus. Le pédicule s'allonge toujours, s'engage de plus en plus, devient de plus en plus étranglé et petit, et la tumeur finit par se détacher et tomber avec les matières fécales.

Quand les polypes sont à un pouce ou un pouce et demi de l'anus et qu'on peut les toucher avec le doigt, on les ramène assez facilement en bas ; on les retient avec des pinces, et on passe derrière eux une ligature. Au bout d'un temps plus ou moins long, le pédicule est coupé ; la tumeur tombe, et le malade est débarrassé de son affection.

Il m'est arrivé quelquefois d'opérer par la section ; mais deux fois une hémorrhagie inquiétante est survenue, et a nécessité le tamponnement du rectum. Depuis cette époque, je n'emploie plus ce procédé ; je me sers toujours de la ligature. Par ce moyen, la section peut également être pratiquée immédiatement, puisque, les vaisseaux étant comprimés, il n'y a plus d'hémorrhagie à craindre ; mais on n'a jamais longtemps à attendre, dans le cas où l'on s'abstient de la section, car le plus ordinairement la ligature tombe au bout du deuxième ou du troisième jour, et le malade est guéri.

Voilà un court exposé de ce que je voulais vous dire sur cette affection ; cela vous suffira pour la reconnaître et la traiter, et vous avez en ce moment l'occasion de constater la justesse de ce que je viens d'avancer chez une jeune fille âgée de dix ans qui est encore dans nos salles.

Cette enfant souffrait depuis sa naissance ; d'après le rapport de ses parents ; on la considérait comme affectée d'une chute du rectum, parce qu'en allant à la selle la tumeur sortait quelquefois. Elle avait été traitée de différentes manières, sans qu'on eût obtenu le moindre résultat favorable. La santé générale avait subi une atteinte très grave ; l'enfant était pâle, fatiguée et sujette à de fréquents écoulements de sang. Après avoir demandé tous ces renseignements, j'explorai le rectum par le toucher, et je ne constatai rien. J'examinai les matières fécales, je rencontrai la dépression que je vous ai signalée ; c'était pour moi un signe certain, et l'examen au spéculum me démontra la justesse de mon diagnostic. Le polype était situé trop haut ; on ne pouvait l'amener, et il était très difficile d'en faire la ligature. Cependant, par des tractions plusieurs fois répétées, par les efforts que je conseillais à la malade de faire fréquemment, le polype se rapprocha de l'ouverture anale ; la ligature a pu en être faite, et la guérison s'en est suivie, ainsi que vous pouvez vous en assurer.

M.

ÉTUDES

Sur les végétations des cicatrices et des ulcères ;

Par E. FOLLIN, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de Médecine.

(Suite du numéro précédent.)

ÉTIOLOGIE. — L'étiologie de ces tumeurs fibro-cellulaires ou autres qui naissent sur les cicatrices et les anciens ulcères est couverte d'une profonde obscurité. Sir Benjamin Brodie en enleva une qui avait pris naissance sur des cicatrices laissées par mille coups de fouet. M. Jeffreys en extirpa du dos d'un homme une autre qui s'était produite sur une cicatrice vingt-sept ans après la flagellation qui l'avait amenée. On les voit naître aussi sur des cicatrices de brûlures, comme dans un cas observé par M. Hawkins (Caesar Hawkins, *Lond. med. Gaz.*, 1838, t. XXI, p. 795. *Lectures on tumours*). Elles ne sont pas rares chez les habitants du Bengale ; elles s'y montrent d'ordinaire sur les cicatrices des brûlures ou celles que laisse après elle l'application du cautère actuel sur la région de la rate, afin de remédier à un engorgement de cet organe. Dans un cas, la tumeur avait pris origine sur la cicatrice d'un coup de feu.

Des saillies analogues se manifestent à la surface d'anciens vésicatoires, qu'ils soient ou non cicatrisés. M. le Dr Bezançon m'a dit en avoir vu se développer au lieu qu'occupaient des pustules produites par un emplâtre stibié. Je citerai plus bas une tumeur qui avait pris la place d'un cautère. M. Rayer a vu des tumeurs analogues, rangées par lui dans la classe des kéloïdes, se déclarer à la face après une variole confluente, et déjà on avait vu des productions semblables apparaître en même temps sur plusieurs points de la peau irrités par le développement antérieur de pustules phlyzaciées. (Rayer, *Traité des maladies de la peau*, t. II, p. 667.) M. Gimelle a montré à l'Académie de médecine un soldat de l'armée d'Afrique couvert de coups d'yatagan, et dont toutes les cicatrices portaient des tumeurs végétantes qui ont été comparées à des kéloïdes. Quelques-unes ont repoussé après avoir été extirpées.

Ne faudrait-il pas ranger à côté de ces végétations des cicatrices celles qu'on a désignées sous le nom de *choux-fleurs*, et qu'on voit si souvent se développer sur la cicatrice des accidents syphilitiques primitifs ou de certaines ulcérations secondaires ? Quand des plaques muqueuses ont existé pendant longtemps à la surface de la peau ou d'une membrane muqueuse, la cicatrisation ne se fait pas toujours à plat ; mais un léger relief traduit la place qu'occupait la cicatrice. Toutes ces choses, végétations en choux-fleurs, tubercules des plaques muqueuses cicatrisées, ne sont qu'un degré inférieur de ces énormes tumeurs végétantes qui, parfois, recouvrent les cicatrices.

Dans quelle catégorie rangera-t-on la kéloïde ? M. Cazenave a écrit quelque part : « Il n'y a aucun rapprochement à faire entre la kéloïde et les diverses formes de cicatrices dont l'étude, peu avancée encore, offre d'ailleurs le plus grand intérêt. La kéloïde a pour caractère spécial de s'élever sur un point de la peau saine. »

Cette proposition a trouvé des contradicteurs. MM. Rayer et Velpeau ont soutenu que la kéloïde peut naître à la surface des cicatrices ; aussi M. Velpeau propose de distinguer deux sortes de kéloïdes : la kéloïde spontanée et la kéloïde cicatricielle. Sur vingt cas de kéloïde observés par M. Velpeau, dix environ avaient pris naissance sur une cicatrice.

Tout en admettant la grande analogie qui existe entre la kéloïde spontanée et la kéloïde cicatricielle, ne pourrait-on pas réserver le nom de kéloïde à certaines tumeurs développées sur un point parfaitement sain de la peau, et toutes les kéloïdes cicatricielles rentreraient de la sorte dans la catégorie des tumeurs végétantes des cicatrices ; car on ne peut guère comparer à la kéloïde vraie ces fongosités fibro-cellulaires qu'on voit assez souvent se développer sur les cicatrices des incisions faites pour appliquer des ventouses scarifiées.

Une femme couchée dans le service de M. Velpeau (année 1845) portait sur la branche droite de l'os maxillaire inférieur une petite fongosité qu'on extirpa ; on réunit la plaie par la suture entortillée ; la plaie se cicatrisa, mais peu à peu il s'éleva au lieu de l'incision et dans les points occupés par les piqûres d'épingles des tumeurs légèrement saillantes, et qui offraient cette singulière disposition, que, ressemblant pour certains points à la kéloïde, elles en différaient par une arborisation vasculaire de la surface, et une douleur peu commune dans la kéloïde.

La kéloïde, par sa rénitence et sa dureté, par son siége assez fréquent au sternum, par sa marche, paraît donc constituer une espèce à part.

Quoi qu'il en soit des causes qui ont pu donner naissance aux végétations des cicatrices, parmi lesquelles je rangerai désormais la kéloïde cicatricielle, on les voit survenir indifféremment dans les deux sexes et aux différents âges de la vie. Dans une observation de kéloïde cicatricielle rapportée par M. Rayer, la tumeur, datant de l'enfance, s'était développée sur la fesse droite à la suite d'une brûlure.

L'hérédité n'a aucune influence sur le développement de ces tumeurs. Je n'en dirai pas de même de la constitution des individus. J'ai décrit, en commençant cet article, des bourrelets qu'on voit se développer sur les cicatrices de certaines plaies. C'est surtout chez les individus lymphatiques que ces phénomènes se produisent. Combien de fois n'a-t-on pas vu sur les côtés du cou de certains scrofuleux des bourrelets saillants, durs, d'un rouge violacé, qui ont pris place sur des cicatrices d'anciens abcès. Jamais de pareilles saillies ne pourront être confondues avec une autre maladie.

Le siége de ces végétations est très variable, comme celui des cicatrices qui leur donnent naissance. La kéloïde cicatricielle et les autres espèces de tumeurs végétantes des cicatrices ont été de la sorte vues sur différents endroits du corps. La kéloïde spontanée semble au contraire choisir de préférence certaines régions où le tissu fibreux est très serré. M. Rayer a noté que la kéloïde vraie siégeait de préférence à la région du sternum. On sait que dans cet endroit les tissus sont très denses et que l'élément fibreux y domine.

Symptômes. — Je vais essayer maintenant de tracer l'histoire symptomatologique de ces sortes de végétations en étudiant leur développement. Ici encore une distinction est utile, et c'est pour ne pas l'avoir faite qu'on trouve quelque chose de vague dans les descriptions données par les auteurs anglais, MM. Hawkins et Macpherson.

Dans les tumeurs qu'il nomme *verruqueuses* des cicatrices, M. Hawkins distingue trois états. Dans le premier, on remarque à la surface de la cicatrice une légère élevure recouverte d'une peau fine et plus molle que le reste du tissu cicatriciel. Bientôt cette peau devient humide, et se recouvrant de petites ulcérations, sécrète un liquide ténu, âcre, semi-purulent. Il n'y a point encore de douleurs.

Dans le deuxième degré, l'accroissement devient plus rapide ; l'apparence verruqueuse disparaît jusqu'à un certain point ; une substance plus solide s'élance de la peau malade, et elle prend de la ressemblance avec les végétations du fongus hématode ; puis de nouvelles végétations apparaissent autour de celles qui existent déjà. La tumeur est très vasculaire, et saigne quand on le touche. M. Hawkins insiste sur un signe qui ne me paraît guère avoir de valeur, à savoir, que la sonde peut toujours pénétrer à travers le tissu de la tumeur.

Enfin dans le troisième degré, dit M. Hawkins, il se forme un ulcère qui s'étend par ses bords et laisse un fond sanieux, dont la suppuration finit par épuiser le malade. Celui-ci succombe non pas avec l'aspect des individus qui meurent après une infection cancéreuse, mais comme épuisé graduellement par une longue et pénible suppuration.

Un auteur anglais qui a complété la description de M. Hawkins, et qui a observé quelques cas analogues, distingue quatre degrés ; mais il croit nécessaire de diviser en 2 degrés le troisième de M. Hawkins. Ainsi, pour M. Macpherson, il se produit dans ces tumeurs verruqueuses une vascularisation plus grande, un ramollissement et quelques douleurs qui précèdent leur ulcération et constituent le troisième degré de la maladie. Dans cette division tout arbitraire, on a évidemment confondu ce qui appartient aux tumeurs fibro-cellulaires avec ce qui a trait aux cancroïdes. Je vais essayer de rétablir la description sur les bases d'une distinction véritablement anatomique.

1° *Tumeurs fibro-cellulaires.* — Sous ce titre je comprendrai désormais la kéloïde dite cicatricielle par M. Velpeau.

Quand une cicatrice doit devenir le point de départ d'une de ces tumeurs fibro-cellulaires, on rencontre sur la surface cicatricielle un ou plusieurs points indurés et saillants, qui parfois semblent faire partie du tégument lui-même. Ces bosselures peuvent rester pendant longtemps sans fixer l'attention du malade par aucune douleur, par aucune gêne. L'on voit assez souvent des indurations analogues qui persistent durant plusieurs années, disparaissent parfois ou bien grandissent et s'étendent. Si la maladie tend à augmenter, cette saillie sous-cutanée se soulève, en se pédiculisant pour ainsi dire. Il n'est pas rare en même temps de voir naître sur d'autres points de la cicatrice des tumeurs analogues qui suivent la même marche. Lorsqu'un certain nombre de tumeurs végétantes semblables est venu former sur la cicatrice une masse fongueuse, elles s'aplatissent les unes les autres et prennent la forme en crête de coq de certains condylomes. Souvent excitée par cet état morbide, la peau des environs fournit des productions analogues qui suivent tour à tour les deux phases de *tubercules* sous-cutanés et de végétations *saillantes*. On peut alors, en passant même légèrement la main sur la peau, sentir ces nodosités de volume et de dureté variables. Du reste, cette peau a parfois perdu sa coloration normale. Dans un cas cité par M. Hawkins (*Transact. med. ch.*, tome XIX), la peau était noire autour de la tumeur ; parfois aussi elle est ridée et comme attirée vers la masse saillante ; la vascularité des tumeurs fibro-cellulaires est assez peu intense.

Dans certains cas, rapportés dans le travail du pathologiste anglais, on voyait ces tumeurs saigner chaque fois qu'on les touchait ; dans un cas, dont je donnerai plus bas les détails, la tumeur n'était pas également vasculaire sur ses différents points. Certaines végétations saignaient facilement ; d'autres, quand on les coupait, ne laissaient s'écouler qu'une médiocre quantité de sang. Du reste, la vascularité de ces végétations fibro-cellulaires n'est jamais assez grande pour donner lieu à un écoulement de sang qui puisse inquiéter le malade.

Ces productions fibro-cellulaires des cicatrices n'adhèrent pas à leur début aux tissus sous-jacents. Mais, plus tard, on les voit parfois contracter des adhérences. Dans un cas, observé par M. Jeffreys, la tumeur avait pris naissance sur une cicatrice produite par une flagellation. La tumeur, qui avait environ neuf pouces de diamètre, paraissait en partie unie aux apophyses épineuses des vertèbres dorsales et à l'épine du scapulum. Dans un autre cas, les os subjacents paraissaient enflammés.

Ces tumeurs fibro-cellulaires s'étendent parfois en prolongements qui ressemblent aux brides cicatricielles soulevées et hypertrophiées. C'est en vue de ces prolongements qu'on est dans l'habitude de comparer la kéloïde à un crabe dont les pattes seraient allongées ; cette disposition constitue un mode de propagation tout particulier.

Cette forme de végétation des cicatrices ne se termine pas toujours de la même manière. On a vu ces végétations se flétrir et disparaître. Certaines kéloïdes cicatricielles se sont peu à peu amoindries jusqu'au point de disparaître complétement. Mais cette terminaison n'est guère commune. Il est plus fréquent de voir la maladie persister en augmentant lentement.

Ces tumeurs fibro-cellulaires s'ulcèrent assez rarement quand le malade est placé dans des conditions qui lui permettent de se donner quelques soins de propreté. Mais, dans les conditions inverses, on voit assez souvent de la suppuration s'établir entre les surfaces contiguës des végétations, et c'est ainsi que se forment des ulcérations granuleuses à la surface de ces masses végétantes et dans leur intervalle. On peut donc dire que, dans leur nature, ces tumeurs n'ont aucune tendance à s'ulcérer. Des ulcérations profondes à bords taillés à pic ne surviennent que dans certaines circonstances exceptionnelles, tandis qu'elles sont plus fréquentes dans la seconde forme que je décrirai plus loin. Il n'est pas rare de voir s'établir dans ces végétations molles des cicatrices un travail inflammatoire latent qui les infiltre d'éléments plus consistants et produit une sorte d'induration de la tumeur. Je vais rapporter ici un exemple très remarquable de ces tumeurs fibro-cellulaires.

Hélie (Joseph), journalier, âgé de cinquante-neuf ans, est entré à la Charité le 28 avril 1849, dans le service de M. Velpeau, salle Sainte-Vierge, 17.

Ce malade porte dans l'aine gauche une masse de végétations d'un aspect bizarre. Il assure n'avoir jamais eu d'affections syphilitiques et a toujours joui d'une excellente santé. En 1813, à la fameuse bataille de Leipsick, il reçut un coup de lance qui pénétra profondément un peu au-dessus du ligament de Fallope à la partie interne de la région inguinale. Ce malade montre encore le point où le fer avait pénétré, et il assure que la plaie avait cinq à six travers de doigt de profondeur. Porté de suite à l'ambulance, il y perdit beaucoup de sang et fut de là dirigé sur l'hôpital de Lille. Au bout de trois semaines, la plaie était en assez bonne voie de guérison pour lui permettre de monter à cheval ; mais la cicatrisation ne fut complète qu'au bout de deux mois.

A partir de cette époque jusques il y a cinq ans, cette cicatrice, aplatie, blanche, ne s'est révélée au malade que par d'assez vives douleurs au moment des changements hygrométriques de l'atmosphère. Dans certains cas, cette cicatrice était assez douloureuse pour lui faire supposer que quelque chose devait en sortir. Il y a cinq ans, cette cicatrice a commencé à végéter. Dans l'endroit même où la lance avait pénétré, sur la cicatrice de cette blessure, le malade constata d'abord la présence d'une petite végétation qui ne l'inquiéta guère, et resta telle durant trois ou quatre mois ; mais, au bout de ce temps, d'autres tumeurs se montrèrent dans différentes parties de la région inguinale, et peu à peu augmentèrent au point d'occuper la plus grande portion de l'aine. Vers le mois d'octobre de l'année dernière (1848), les végétations avaient acquis un volume tel que le malade se vit forcé d'interrompre ses travaux. Il entra dans un hôpital de la Sologne, où il était occupé à des travaux de canalisation. Là, on lui excisa deux végétations ; mais cette opération donna lieu à un écoulement de sang assez abondant pour faire craindre d'exciser d'autres tumeurs.

Quand il entra dans nos salles, le 28 avril 1849, il portait dans l'aine droite, immédiatement au-dessus du pli, une masse large de huit travers de doigt ; elle était formée d'un grand nombre de végétations saillantes, les unes arrondies, les autres aplaties en forme de crête de coq. De ces végétations, les unes étaient rosées, les autres un peu noirâtres. Entre elles, surtout au côté externe, on trouvait une suppuration infecte et assez abondante, produite par des ulcérations superficielles que le frottement avait amenées. Autour de ces végétations, dans l'épaisseur de la peau du ventre, on trouve quelques nodosités assez dures. Les unes ne font aucune saillie à la surface de la peau ; les autres ne sont que légèrement saillantes. Leur volume est très variable. Auprès de la ligne médiane, ce sont des grains assez petits. A la partie externe de la masse principale, on en voit une qui a en largeur celle d'une pièce de 1 franc ; elle est d'un rouge-obscur assez foncé.

Quatre végétations, plus saillantes que les autres, ont été excisées par M. Velpeau ; j'ai dit plus haut quelle était leur

structure; la figure suivante est destinée à la représenter.



L'excision n'a donné lieu qu'à un assez faible écoulement sanguin ; les plaies qui en résultaient se sont facilement cicatrisées. Dans un point, à la partie interne, la cicatrice s'est faite en donnant lieu à une masse dure, rosée, recouverte par une pellicule fine et transparente. Cette bosselure, à peu près transversalement située à la partie interne, a été figurée en B Cette masse particulière ressemble beaucoup, par sa consistance, sa coloration rosée, etc., aux kéloïdes proprement dites. Si elle était isolée des autres, on n'eût assurément pas manqué de la qualifier ainsi.

Il est facile de montrer que le siége de ces tumeurs est dans la peau, et non au delà. Si on saisit fortement la peau au-dessus et au-dessous de la masse, on peut facilement la faire rouler et voir qu'au-dessous de la peau il n'existe aucune induration, aucune adhérence.

Du reste maintenant la plupart des tumeurs volumineuses ont été enlevées, et il ne se forme pas de matière sanieuse dans leur intervalle. Le travail de développement de ces végétations me paraît toutefois continuer, quoique lentement.

C'est là un exemple remarquable de ces tumeurs fibro-cellulaires des cicatrices. Quelques soins de propreté ont arrêté la suppuration qui les entourait. Les mauvais soins eussent amené au sein de cette masse un état inflammatoire; sans nul doute une ulcération plus ou moins large aurait pu en prendre la place. Nous aurions eu alors le troisième degré de ces tumeurs, signalé dans certains cas par M. Hawkins. Quand une ulcération s'établit dans ces tissus cicatriciels, elle les quitte assez difficilement. J'ai pu, grâce à l'obligeance de M. Tedeschi, sous-aide aux Invalides, voir quelques-unes de ces ulcérations développées sur des cicatrices devenues cartilagineuses ; dans ce cas, le travail réparateur est très difficile à obtenir.

(*La fin à un prochain numéro*).

Emploi des alcalis dans le traitement du rhumatisme,

Par M. FURNIVALL.

Voici les conclusions que l'auteur a tirées d'une série d'expériences qu'il a faites sur ce point de thérapeutique :

1° Aucune complication du côté du cœur n'est survenue toutes les fois que les alcalis (liqueur de potasse, carbonate de potasse et de soude, ont été employés contre le rhumatisme.

2° Beaucoup de cas de fièvre rbumatismale ont été enregistrés, qui ont été traités par des praticiens éminents, mais sans emploi des alcalis, et qui se sont compliqués d'affections du cœur mortelles.

3° Le mercure et le colchique, séparés ou associés, et portés l'un et l'autre jusqu'aux dernières limites de leur emploi rationnel, ne garantissent pas des complications cardiaques, si l'on n'y joint les alcalis.

On regrette que l'auteur n'ait cru devoir fournir aucune indication sur la dose à laquelle il a employé les alcalis. Ce qu'il dit des effets merveilleux de ces substances, on l'a dit du nitre (dont il ne parle pas), on l'a dit du colchique et de beaucoup d'autres médicaments. Mais les recherches qu'on a faites sur tous ces médicaments, comme celles de l'auteur, laissent trop à désirer sous le rapport de la précision pour qu'on puisse se faire une idée exacte de la valeur de ces méthodes préconisées toutes avec la même ardeur.

(*The Lancet.*)

CORRESPONDANCE.

Théorie des fièvres intermittentes.

Nous recevons de notre bonorable confrère M. Bonnet, de Bordeaux, la lettre suivante :

Monsieur et très honoré confrère,

Permettez-moi de ne pas accepter le jngement que vous portez sur ma tbéorie des fièvres intermittentes (1) dans votre n° du 21 juin, et de vous faire observer que, si je repousse la doctrine de t'intoxication dans ces mêmes fièvres, c'est qu'elle n'est pas applicable à tous les cas.

Il y a une foule de fièvres d'accès qui se dévcloppent en dehors de tout empoisonnement miasmatique possible, et qu'on n'est nullement en droit par conséquent de rattacher à un pareil ordre de causes. On a beau nous dire que la *sévère et inflexible logique veut qu'on nie l'intervention des miasmes dans la production des fièvres des marais, ou qu'on l'admette pour les autres pyrexies périodiques, attendu que l'identité des effets suppose nécessairement celle des causes.* Les faits sont là ; on ne peut ni les détruire, ni en refuser les conséquences. Or, ces conséquences sont : que les fièvres intermittentes se manifestent et sont souvent très communes dans les lieux secs, élevés, dépourvus de marais, d'eaux stagnantes, etc. Si jamais vous avez l'occasiou de parcourir le département de Lot-et-Garonne, on vous montrera une foule de petites villes, de bourgs ou de bameaux, qui, bien que situés sur des hauteurs et loin de tout foyer d'infection paludéenne, n'en comptent pas moins, le plus ordinairement au printemps et en automne, un graud nombre de fébricitants, qui ne doivent leur état de souffrance qu'aux alternatives de chaud et de froid auxquellcs ils sont habituellement exposés à ces époques de l'année.

Dans tous ces cas, évidemment, il n'y a pas empoisonnement miasmatique, et s'il en est ainsi, que devient, je vous le demande, la doctrine de l'intoxication appliquée aux fièvres intermittentes?

Cette doctrine, au surplns, ne pèche pas seulement par sa base, c'est-à-dire par ce fait incontestable que les miasmes des marais ne sont pas nécessaires à la production de la fièvre d'accès ; on peut lui reprocher encore de conduire directement *à l'origine humorale des affections fébriles périodiques*, bypothèse qui ne saurait être admise.

D'abord parce que le sang n'est jamais altéré au début de la fièvre intermittente.

Ensuite, parce que, lors même qu'il y aurait dans toutes les pyrexies périodiques intoxication paludéenne, cela ne suffirait pas pour prouver qu'elles dépendent d'un changcment survenu dans la composition du sang. Il n'est nullement démontré, en effet, que les miasmes, quand ils sont absorbés, agissent de prime abord sur les fluides. Les faits de ce genre prouvent bien, si l'on veut, que le sang sert quelquefois de véhicule à une cause morbifique matérielle, mais cette cause ne donne lieu à un état patbologique qu'en modifiant les solides ; ce qui me confirme dans cette opinion, c'est que les premiers pbénomènes morbides qui se développent en pareille occurrence penvent toujours être rattachés à un organe ou à un système d'organes. Et puis, pourquoi les miasmes paludéens ne se mêleraient-ils pas au sang sans l'altérer ? Nous voyons cbaque jour des médicaments déposés snr un vésicatoire occasionner, les uns des vomissements, les autres une purgation ; d'autres le sommeil ; et cela sans amener le plus pctit changement dans nos fluides. Il en est, selon moi, des miasmes des marais comme des substances qu'on administre par la métbode endermique ; ils circulent avec nos liquides sans les altérer, et ne révèlent leur présence dans l'économie que par des modifications de tissus.

La doctrine de l'intoxication dans les fièvres intermittentes n'est pas, vons le voyez, tellement bien établie qu'on ne puisse lui porter de très rudes atteintes. Par contre, si le temps et les limites de votre journal m'en laissaient le loisir, je réussirais probablement à vous démontrer que la tbéorie que je propose relativement aux mêmes affections lui est de tous points préférable. Peut-être aussi finirais-je par vous amener à penser que son principal défaut aux yeux de beaucoup de confrères de la métropole est de venir de province et d'une personne qui n'a pas l'heureux privilége de fixer les regards du monde médical :

> Tous ces discours sont des sottises,
> Partant d'un homme sans éclat,
> Ce seraient paroles exquises,
> Si c'était un grand qui parlât.

Agréez, etc.

Auguste BONNET, D.-M.-P.

(1) Je dis ma théorie, car elle n'est pas celle de Broussais. Broussais, en effet, ne voyait que des gastro-entérites dans les fièvres d'accès ; moi j'étahlis, au contraire, qu'elles dépendent d'une irritation du cœur, tantôt primitive, tantôt consécutive.

Les limites qui nous sont imposées aujourd'hui ne nous permettent pas de discuter la doctrine ou plutôt l'hypotbèse de notre distingué confrère, et nous devons nous borner à faire remarquer que cette hypotbèse se fonde sur une erreur démontrée par toutes les observations faites jusqu'à ce jour, à savoir : que les fièvres intermittentes peuvent se développer sous l'influence des brusques alternatives de température, en l'absence de toute émanation miasmatique. Plusieurs fois déjà des faits semblables ont été cités, et quand ces faits ont été étudiés avec plus d'attention, on n'a pas tardé à voir qu'ils rentraient dans la règle générale. Il est donc bien démontré pour tous les observateurs que la fièvre dépend d'un empoisonnement miasmatique. Maintenant, que le poison agisse sur le cœur d'abord avant de produire la fièvre, c'est là une hypothèse que nous ne prétendons pas discuter sans savoir sur quelles raisons on peut l'appuyer.

Quant aux motifs qui nous font attacher plus ou moins d'importance à telle ou telle doctrine, M. Bonnet, plus que personne, a pu s'assurer que ces motifs ne sont nullement puisés dans la position personnelle des auteurs ou des partisans de ces doctrines, et d'ailleurs M. Bonnet a acquis par ses travaux une position qui le met à l'abri des inconvénients que sa modestie seule peut lui faire craindre.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 3 JUILLET 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 77.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal parait trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS.	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 2 JUILLET 1849.

Bulletin du choléra.

Les salles des hôpitaux commencent à reprendre leur aspect accoutumé ; le choléra fait place aux maladies habituelles à notre climat, et les professeurs de clinique, qui pour la plupart avaient été forcés de suspendre leurs leçons, leurs services étant presque exclusivement envahis par les cholériques, vont les reprendre cette semaine. L'épidémie semble, en effet, approcher de plus en plus de son terme. Les hôpitaux n'ont reçu qu'un nombre presque insignifiant de malades pendant les trois derniers jours, ainsi que le prouvent les chiffres suivants :

Hôpitaux civils :		
Journée du 29 juin........	37 entrées,	13 décès.
— 30	25	19
— 1er juillet.......	22	12
Hôpitanx militaires pendant les trois jours........................	27	13
Total.................	111	57

DÉCÈS A DOMICILE.

Journée du 25	34
— 26	37
— 27	25
Total.........................	96
Total des décès dans les hôpitaux..........	6539
Total des décès à domicile jusqu'au 27 inclusivement.	9010
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie.	15549

Malgré le petit nombre de victimes que l'épidémie a faites pendant ces trois jours, nous avons cependant à déplorer la perte d'un interne en pharmacie, M. Mullard, qui a été très rapidement enlevé avant-hier à l'Hôtel-Dieu. Un autre interne en pharmacie, M. Pourchet, a également succombé à la Salpêtrière à une fièvre typhoïde survenue pendant la convalescence du choléra. Les obsèques de ces deux jeunes victimes d'un opiniâtre dévouement ont lieu aujourd'hui par les soins de l'administration des hôpitaux, qui continue à honorer dignement ceux que la mort vient frapper dans l'exercice de leurs nobles fonctions.

Le choléra à Londres.

La ville de Londres, après avoir été complètement débarrassée de l'épidémie pendant près de trois mois, vient d'être envahie de nouveau, quoique d'une manière fort légère. Pendant la dernière semaine, le choléra a enlevé 49 personnes de tout âge; sur ces 49 décès, 11 avaient moins de 15 ans, 32 étaient entre 15 et 60 ans, et 6 avaient plus de 60 ans. Ces décès ont été remarqués surtout dans les districts du sud et de l'est. Depuis quatre semaines, l'accroissement de la mortalité par le choléra a suivi cette proportion : 9,22,42,49.

Espérons que cette nouvelle invasion n'acquerra pas des proportions plus considérables, et qu'elle ne sera pas un mauvais antécédent pour nous.

Concours pour la chaire de médecine opératoire.

Grâces à Dieu, nous n'avions pas trop présumé de la fermeté et du haut esprit de justice de M. de Falloux. Malgré les décisions de la Faculté de médecine de Paris et du Conseil de l'instruction publique, M. de Falloux vient de donner satisfaction au corps médical en repoussant une injustice appuyée par le vote de deux corps imposants. Nous reviendrons sur cet acte ministériel, qui honore à un si haut degré M. de Falloux.

Voici l'arrêté qu'on lit dans le *Moniteur* du 30 juin :

En vertu d'un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 29 juin, un concours public sera ouvert à la Faculté de médecine de Paris pour la chaire d'opérations et appareils vacante dans cette Faculté.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie qui voudraient prendre part à ce concours, devront déposer, avant le 15 octobre prochain, au secrétariat de la Faculté, les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par les règlements.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

Aperçu général sur le service de chirurgie.

Quelle que soit la direction imprimée à un service de chirurgie antérieurement à l'arrivée d'un nouveau titulaire, il est bien rare que des modifications plus ou moins importantes ne soient pas apportées dans les méthodes de traitement jusque-là en vigueur dans ce service. C'est ce qui a eu lieu depuis que, par suite des mutations survenues dans divers hôpitaux, M. Chassaignac a été appelé à prendre le service chirurgical de l'hôpital Saint-Antoine.

Nous nous occuperons d'abord des modifications générales; nous nous bornerons ensuite à indiquer quelques faits particuliers; car la plupart de ceux auxquels nous consacrerons ici quelques lignes devant faire l'objet d'une description plus étendue, nous n'en parlerons ici que d'une manière tout à fait sommaire.

Le premier changement introduit dans la pratique de l'hôpital a été la substitution des pansements par occlusion aux pansements quotidiens dans la généralité des plaies anciennes ou récentes.

Jusqu'à l'année 1844, époque à laquelle M. Chassaignac fit connaître, dans une lettre à l'Institut, les résultats obtenus par lui à l'hôpital Cochin, à Necker et à la Charité, à l'aide des pansements par occlusion, personne n'avait employé comme méthode générale de pansement de plaies, quelles qu'elles fussent, récentes ou anciennes, simples ou compliquées, le mode de pansement avec les bandelettes de sparadrap à demeure. Il y avait eu, à la vérité, des essais importants sur telle ou telle série de solution de continuité. Le pansement des ulcères de jambes par la méthode de Baynton était un résultat acquis à la science. L'intention de soustraire les solutions de continuité des parties molles à l'inconvénient de la mise à découvert due aux pansements fréquents avait été formulée; mais aucun chirurgien n'avait présenté, comme base de sa pratique dans le traitement général des plaies, l'occlusion par les bandelettes de sparadrap. Et pour citer les grandes séries mentionnées dans la lettre dont nous avons parlé, nous rappellerons qu'un mode de traitement uniforme était proposé et avait été mis à exécution :

1° Pour toutes les plaies par écrasement avec fractures comminutives ;

2° Les larges plaies avec déchirure des tendons et des aponévroses : les brûlures, les plaies par morsure, les plaies d'amputation et de résection, etc.

Depuis cette époque, pendant tout le cours de l'année 1845, dans le service chirurgical de M. Breschet à l'Hôtel-Dieu, service confié intérimairement à M. Chassaignac, la même méthode a été mise en pratique avec les mêmes résultats, qui sont :

1° La diminution immédiate de la douleur traumatique dans presque tous les cas;

2° L'absence de fièvre traumatique dans la plupart des cas;

3° La diminution dans l'abondance de la suppuration, fait qui n'est pas à négliger au point de vue de l'épuisement du malade dans les grandes brûlures et dans les plaies très étendues en surface;

4° La suppression des irritations quotidiennes que déterminent les pansements ordinaires, et celle des nombreux inconvénients de la mise à découvert des plaies;

5° La rapidité beaucoup plus grande de la cicatrisation, rapidité due à l'amélioration des produits de suppuration, à l'amoindrissement de l'inflammation, et surtout au nivellement des bords de la plaie avec la surface de celle-ci ;

6° Le remplacement avec avantage des divers moyens employés pour conjurer les accidents des plaies graves, savoir: les irrigations froides, dont Auguste Bérard et ses élèves les plus distingués ont obtenu de remarquables effets; ou bien l'élévation permanente de température à l'aide des appareils proposés par M. Guyot, ou enfin certaines applications médicamenteuses.

Quoiqu'il y ait à peine quinze jours que cette méthode a été généralisée à l'hôpital Saint-Antoine, ses effets se font déjà sentir, et il appartiendra aux observations détaillées de justifier les assertions émises à ce sujet.

Ce mode de pansement tel que l'a conçu et formulé M. Chassaignac consiste, comme chacun sait, dans les conditions suivantes: construire sur la partie blessée une cuirasse avec le sparadrap de diachylum découpé en bandelettes qui se recouvrent par imbrication, et qui, le plus habituellement

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

L'exposition de l'industrie. — Deux inventious sublimes.

Êtes-vous allé, mon cher confrère, à l'exposition du carré Marigny? Que d'admirables choses, que de veilles, que de travaux, que de génie accumulés dans l'enceinte de quelques mètres carrés! Quelle belle image de la civilisation! quels insignes éclatants d'une grande nation! Quant à moi, je suis saisi d'une sorte de vertige d'admiration en sortant de ce spectacle féerique, et je puis à peine me reconnaître après avoir parcouru du regard ce panorama de merveilles humaines. Il y en a deux cependant qui ont fait une telle impression sur moi, et qui se rapportent si directement à notre profession, qu'il me sera possible de vous en dire quelques mots, et d'appeler sur elles d'une manière toute spéciale l'admiration de vos lecteurs.

Que de fois ne vous est-il pas arrivé, que de fois surtout n'est-il pas arrivé à nos laborieux et dévoués confrères de province, de courir les rues et les chemins découverts par un de ces soleils de juillet exténuants qui vous soutirent jusqu'à la dernière étincelle de fluide nerveux! Que de fois n'ont-ils pas désiré, dans l'exercice de ces pénibles fonctions, d'échanger leur sort, au moins pour quelques heures, contre celui d'une sultane favorite, qui défie dans une fraîche baignoire de marbre de Paros les brûlantes haleines de l'Orient! C'est ce désir si naturel et si charmant qu'un génie parisien vient de combler, en inventant... Oh! je vous le donne à deviner en mille. En inventant la chose la plus fantastique et la plus ingénieuse à la fois que le cerveau humain ait jamais pu rêver; en réalisant tout ce qu'on peut trouver de plus idéal dans l'histoire de la fée Carabosse, ou dans les Mille et une Nuits; pour tout dire, en un mot, en construisant un CABRIOLET-BAIGNOIRE.

Oui, mon cher confrère, je l'ai vu, de mes propres yeux vu, ce qu'on appelle vu. Le cabriolet-baignoire n'est point un rêve, une ombre de la nuit, c'est une réalité très palpable, dans laquelle dès aujourd'hui vous pouvez aller vous plonger moyennant 1 fr. 50 c., et faire dans la plus délicieuse position imaginable le tour des Champs-Elysées et du bois de Boulogne.

Qui oserait entreprendre de calculer toutes les conséquences de cette immense découverte! Je ne connais que M. Lamé ou peut-être M. Cauchy qui ait le courage et la force de tenter un pareil tour de *force*. Quant à moi, il est bien entendu que je n'y songe pas. D'abord, que de temps économisé pour ceux qui, une ou deux fois par semaine, sont obligés de consacrer deux heures pour aller prendre un bain! Que d'heures perdues dans une année! Que d'heures économisées par le *cabriolet-baignoire*, qui permettra qu'on fasse ses affaires tout en prenant hygiéniquement son bain! Et pour nos pauvres confrères de province, que de chaleurs évitées en été, que de froids en hiver! car le cabriolet-baignoire recevra à volonté de l'eau chaude ou de l'eau froide. Ce sera, suivant les besoins, une étuve ou une glacière. Economie politique, hygiène publique et privée, plaisirs innocents, tout est réuni dans cette merveilleuse invention, qui dépasse de cent coudées tout ce que le siècle a produit.

Il est inutile sans doute de vous dire que l'impérissable inventeur du *cabriolet-baignoire*, autrement dit *hydrofère*, a fondé une société au capital d'une multitude de millions, et que sous peu toute la France, que dis-je! le monde entier pourra jouir de tous les avantages que sa découverte nous promet.

— Voici une seconde invention qui pourrait jusqu'à un certain point rivaliser avec le *cabriolet-baignoire*, sinon par son importance humanitaire, au moins par son originalité; j'en suis bien fâché pour l'inventeur du *cabriolet-baignoire*; mais, comme il faut être juste envers tout le monde, je dois déclarer qu'il a un rival sérieux dans l'inventeur du CERCUEIL-MUSIQUE!

Vous allez peut-être applaudir cet ingénieux inventeur d'avoir voulu égayer un peu une cérémonie assez triste, ou d'avoir voulu charmer nos oreilles pendant notre dernier voyage. C'est bien là en effet l'un des objets que s'est proposés l'inventeur du cercueil-musique; mais cet objet ne représente que le côté agréable de l'invention. Or, M. M..... (c'est le nom de l'inventeur) est un homme qui connaît trop son Horace pour ne pas associer *utile dulci*. Or donc, M. M..... n'ayant nulle confiance dans les lumières des vérificateurs de décès, même depuis les recherches de M. le docteur Bouchut, continue à soutenir qu'on enterre journellement une foule de prétendus morts qui sont parfaitement vivants. M. M..... a voulu éviter ce désagrément à ces concitoyens et à lui-même; c'est dans ce but philanthropique surtout qu'il a inventé le cercueil-*musique*.

Nous devons déclarer que ce but est parfaitement atteint; vous pouvez vous-même en aller faire l'expérience quand il vous plaira : vous vous couchez dans le cercueil-musique; on vous y cloue; vous voilà parfaitement mort. M. M..... monte alors sa musique, et dès lors, à votre plus léger mouvement, par la seule force même de votre respiration, le ressort se détend, et aussitôt commence une *musique*, c'est-à-dire un concert infernal qui fait trembler tous les Champs-Elysées, et qui est certainement plus que suffisant pour réveiller tous les morts non décomposés. A plus forte raison cette *musique* émeut-elle les oreilles des vivants, qui n'ont rien de plus pressé que d'aller déterrer le malheureux inhumé et de le rendre au séjour des vivants, d'où les imperfections de la science l'auraient banni à jamais sans le génie inventif de M. M.....

Mon admiration pour les deux inventions qui précèdent et pour quelques autres m'a rendu l'haleine un peu courte. Permettez-moi de terminer ici ma lettre, et de renvoyer à ma prochaine quelques communications moins importantes. X...

sont disposées en X; cette sorte de tégument nouveau est cuveloppé lui-même d'un linge criblé de trous, enduit d'une couche épaisse de cérat, et qui doit déborder sur tous les points les bords de la cuirasse; ce linge, recouvert de charpie, est soutenu par des compresses et des bandes. Il y a donc un *pansement interne;* c'est la cuirasse elle-même; un *pansement externe*, composé de tout ce qui la recouvre. Ce double pansement doit rester en place huit à dix jours. Si l'abondance de la suppuration l'exige, on renouvelle le pansement externe jusqu'au linge cératé inclusivement, mais sans toucher à la cuirasse de sparadrap. Si elle s'affaiblit, on la soutient par l'addition de bandelettes supplémentaires, et on se borne à en laver la surface avec un liquide renfermant quelques gouttes d'eau-de-vie camphrée ou de jus de citron.

Pendant les huit ou dix premiers jours, le moyen de surveiller la blessure, dérobée aux yeux par la cuirasse emplastique, consiste dans des pressions exploratives douces, exercées soit sur la plaie elle-même à travers l'appareil, soit sur le trajet des vaisseaux lymphatiques et sanguins, les gaînes des tendons, les grands cordons nerveux qui se trouvent dans le champ d'irradiation de la partie blessée.

S'il y a imminence d'accidents inflammatoires, une forte application de sangsues, faite à distance de la blessure ou dans son voisinage, sur les aboutissants lymphatiques et sanguins de la partie blessée, suffit pour faire avorter les accidents de l'inflammation.

A la différence du mode de *pansement de Baynton* pour les vieux ulcères de jambe, le pansement que M. Chassaignac appelle *par occlusion* est appliqué indistinctement à toutes les plaies récentes, même à celles qui s'accompagnent de fracture et d'écrasement. A la différence du mode de traitement connu des chirurgiens sous le nom de *pansements rares*, on enlève avec soin les produits de suppuration en lavant aussi souvent que cela est nécessaire, à l'aide de liquides antiseptiques, l'extérieur de la cuirasse.

Le double objet du pansement par occlusion, tel que l'a institué M. Chassaignac, est donc 1° de tenir la surface de la plaie constamment recouverte, 2° d'assurer aux produits de la plaie un libre écoulement.

Il y a déjà quelque temps qu'un chirurgien placé à la tête d'un des grands hôpitaux de la Belgique, M. Burgraeve, fit connaître une modification qu'il a cru devoir apporter au traitement de M. Chassaignac, modification consistant à laisser sous la cuirasse de sparadrap une bandelette de linge en contact avec la plaie dans le but de favoriser l'écoulement du pus. Désireux de vérifier par lui-même la valeur des modifications apportées à la méthode proposée par lui, M. Chassaignac a expérimenté pratiquement cette modification; les résultats obtenus sont loin d'être favorables à ce prétendu perfectionnement. La bandelette que M. Burgraeve place audessous de la cuirasse emplastique a constamment pour effet d'augmenter l'irritation des surfaces suppurantes par la présence d'une espèce de corps étranger qui substitue ses inégalités au poli de la surface interne de la cuirasse, surface qui devient si promptement inoffensive. Cette bandelette représente, dans ce cas, une espèce de séton. D'autre part, retenant du pus en décomposition, attendu qu'une fois imprégnée il ne suffit pas, comme quand la cuirasse est seule, d'exercer une pression douce pour expulser chaque jour la totalité du pus accumulé, la bandelette devient une cause de putridité pour les produits de suppuration. D'ailleurs, la rétention du pus sous la cuirasse, quand celle-ci, ce qui ne doit jamais être négligé, est recouverte dans toute son étendue et débordée à toute sa circonférence par un linge troué enduit d'une couche épaisse de cérat, la rétention du pus est une chimère.

Chez les malades actuellement en traitement à l'hôpital Saint-Antoine par la méthode de l'occlusion, nous avons surtout remarqué 1° une plaie par arrachement du gros orteil; opération pratiquée par M. Chassaignac, et suivie de la cautérisation de la matrice de l'ongle, dans le but de préserver le malade de toute récidive; 2° un écrasement de deux doigts de la main gauche chez un jeune homme employé au service d'une machine à vapeur; 3° une plaie considérable de l'épaule par une morsure de cheval.

Une autre modification générale introduite dans ce service est l'emploi des applications continues de glace sur les yeux dans les cas d'ophthalmie intense. Comme ce sujet est de la plus haute importance, puisque dans la pensée de M. Chassaignac l'emploi de la glace se substitue avec de grands avantages à l'usage du calomel et de l'onguent napolitain belladoné et des émissions sanguines, nous y reviendrons dans un autre moment.

Les deux malades qui sont actuellement en traitement dans les salles sont:

1° Une femme atteinte de kérato-conjonctivite avec ulcération multiple de la cornée à l'état aigu, et chez laquelle les accidents ont été arrêtés court par l'emploi de la glace; 2° un homme atteint déjà depuis longtemps d'une iritis avec adhérence et fermeture presque complète de la pupille; le tout accompagné d'inflammation de la presque totalité du globe oculaire. Lésion accompagnée d'une photophobie et d'un larmoiement des plus intenses.

Chez ces deux malades, la cessation presque complète de la photophobie et du larmoiement qui existait à un haut degré d'intensité, la disparition presque immédiate de douleurs très vives à la tempe et au front, ont succédé aux applications de la glace. Nous ferons connaître d'une manière plus détaillée les observations de ces deux malades.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.—M. BAUDENS.

Considérations générales sur les amputations des membres, au double point de vue des méthodes opératoires et des lieux d'élection.

(Troisième article. — *Voir* les numéros 65 et 73.)

Amputation de la jambe à la naissance du mollet.

Quand la lésion chirurgicale qui nécessite l'amputation de la jambe dépasse la région sus-malléolaire, faut-il porter le couteau au tiers supérieur de ce membre au lieu *dit d'élection*, ou bien amputer plus bas, à la naissance du mollet?

Cette opération n'est généralement pas faite. J'ai vu cependant, à Alger, un indigène dont les deux jambes, emportées par un boulet de canon au bombardement de cette ville en 1816, avaient été amputées consécutivement à cette double blessure, marcher avec assez de facilité à l'aide de deux appareils prothétiques qu'il avait lui-même imaginés et fait construire. J'ai examiné avec soin les deux moignons de cet Arabe; les os étaient recouverts d'une quantité suffisante de parties molles, et ces dernières n'avaient jamais été, depuis l'accident, le siége de la moindre excoriation.

Ces appareils prothétiques étaient assez ingénieusement construits. Ils consistaient en deux bottines de cuir fortement rembourrées, emboîtant parfaitement le mollet et ne dépassant pas le genou; elles ressemblaient assez à une paire de bottines russes à la Souvarow.

Si, comme tout porte à le croire, l'amputation à la naissance du mollet, qui conserve intactes les fonctions de la grande articulation du genou, permettait à l'amputé de marcher à l'aide d'un appareil prothétique dans le genre de celui de M. Martin, il n'est point douteux qu'il fallût amputer de préférence dans ce lieu que dans un lieu plus élevé.

Amputation au lieu dit d'élection.

Je ne crois pas nécessaire d'insister ici sur cette opération, qui, jusqu'à ces derniers temps, était pour ainsi dire la seule *classique*, la seule qu'on pratiquât pour les lésions de la jambe, et même pour les lésions de l'articulation tibio-tarsienne. Vous trouverez dans tous les livres qui sont entre vos mains des détails plus que suffisants sur la question du lieu d'élection; c'est ce qui m'engage à vous parler immédiatement de l'amputation pratiquée dans l'épaisseur des condyles du tibia.

Toutefois, il est une remarque sur laquelle il est important d'appeler votre attention; elle est relative à la longueur du moignon. Du moment où on se décide à amputer à la jarretière, et qu'il n'y a aucun inconvénient au point de vue de la guérison à donner à ce moignon des dimensions restreintes, il y a tout avantage à ne lui donner que la longueur nécessaire pour fournir un point d'appui suffisant sur la prothèse, de manière à ce qu'il ne la dépasse en arrière que de quelques centimètres, et qu'il puisse facilement être logé dans la largeur du pantalon.

Quelques chirurgiens, exagérant ce précepte, conseillent d'amputer au-dessous de l'attache du ligament rotulien, en désarticulant la tête du péroné. Nous ne saurions partager cette manière de voir, et nous en donnerons les raisons dans les considérations qui vont suivre.

Il suffit, en thèse générale, au point de vue de la conservation des mouvements du moignon, de respecter l'insertion des trois muscles dont les tendons constituent *la patte d'oie*.

Amputation dans l'épaisseur des condyles du tibia.

Au commencement du dix-neuvième siècle encore, lorsqu'un blessé était atteint d'une lésion grave portant son action jusqu'au tiers supérieur de la jambe, on ne songeait pas à lui conserver une portion plus ou moins longue de ce membre, et on portait hardiment l'instrument sur la partie inférieure de la cuisse. Aujourd'hui, l'expérience a appris à être plus économe des tissus vivants, et le couteau du chirurgien, avant d'arriver à la cuisse, s'arrête encore sur deux régions plus éloignées du tronc: 1° les condyles du tibia; 2° l'articulation tibio-fémorale.

Nous devons pourtant rendre ici justice à Ravaton, ancien chirurgien en chef de l'hôpital de Landau, qui déjà, en 1776, s'élevait contre cette manière d'opérer, et conseillait de couper la jambe à sa partie supérieure, même dans les cas de fractures du tibia situées très haut, pourvu qu'il n'y eût pas d'écartement trop grand entre les fragments, et sans s'embarrasser des fentes de la partie supérieure de l'os, parce que, disait-il, l'expérience lui avait démontré que ces fentes se réunissaient bien souvent avant que la plaie des parties molles fût cicatrisée, et que du reste ces fentes n'augmentaient ni les accidents, ni la suppuration.

Nous partageons l'opinion de ce chirurgien, et bien des fois nous avons eu lieu de nous féliciter de n'avoir point cédé à des préoccupations exagérées en amputant des portions de membres qu'il nous était possible de conserver.

Au mois de juin 1807, Garique, officier de santé militaire, soutint devant la Faculté de médecine de Strasbourg une thèse inaugurale dans laquelle il plaida chaudement la cause de l'opération dont il s'agit. Jamais, disait-il, dans cet ouvrage, « il ne voyait un amputé de la cuisse se traîner péni» blement sur son moignon sans penser que peut-être il » eût été possible de l'amputer à la jambe. »

A la même époque, Larrey pratiquait sur le champ de bataille cette opération, qu'il préférait à la désarticulation tibio-fémorale.

L'amputation dans l'épaisseur des condyles du tibia exige certaines précautions, et présente des dangers que je dois vous signaler ici. On doit s'assurer avec le plus grand soin, avant de la faire, de la position de la tubérosité antérieure du tibia, afin de respecter le ligament rotulien, sinon en totalité, du moins d'une manière suffisante pour qu'il conserve une assez grande quantité de ses points d'attache, et puisse ainsi continuer ses fonctions après la guérison, et en second lieu pour éviter d'ouvrir la bourse synoviale qui se trouve derrière lui.

Cette opération peut se pratiquer avec ou sans désarticulation de la tête du péroné. Dans le premier cas, on s'expose à ouvrir l'articulation tibio-fémorale; car M. Lenoir a pu constater 4 fois une large communication existant entre les synoviales des deux articulations, et une fois sur vingt il a vu la synoviale du genou envoyer jusque sur la tête du péroné un diverticulum qu'on ferait de vains efforts pour ne pas intéresser. Il arrive en outre qu'en enlevant la tête de cet os on prive de leur insertion inférieure, ainsi que le fait observer M. Malgaigne, le ligament latéral externe de l'articulation tibio-fémorale et le tendon de la portion jambière du biceps crural.

Par ces considérations, nous pensons qu'il faut toujours, quand cela est possible, respecter la tête du péroné; mais s'il fallait la sacrifier, on ne devrait pas craindre de s'exposer à l'accident signalé par M. Lenoir. Car, en admettant que la désarticulation du péroné donne lieu à une ouverture de l'articulation du genou, mieux vaut encore s'exposer à cet accident, qui pourra du reste être combattu avec succès par les réfrigérents, que de porter le couteau dans la grande articulation tibio-fémorale.

Si nous considérons maintenant le blessé après sa guérison, nous constatons: 1° que le moignon qui résulte de l'amputation dans l'épaisseur des condyles est plus court et moins embarrassant que celui qu'on obtient après l'amputation à la jarretière; 2° qu'il peut très bien se dissimuler dans la largeur du pantalon; 3° qu'il fournit enfin à l'amputé une base de sustentation très suffisante. Par ces raisons, nous préférons l'opération dont il s'agit à la désarticulation dont nous allons nous occuper.

Amputation tibio-fémorale.

L'amputation de la jambe dans l'articulation tibio-fémorale indiquée par Hippocrate et par Fabrice de Hilden paraît avoir été pratiquée pour la première fois par Hoin en 1764. Ce chirurgien trouva peu d'imitateurs, et pendant longtemps cette opération, considérée comme très dangereuse, fut regardée comme un véritable *pis-aller*.

Ainsi, J.-L. Petit dit avoir vu pratiquer l'amputation tibio-fémorale dans un cas où on n'avait pas les instruments nécessaires pour la faire ailleurs, et il ajoute ensuite, comme pour justifier la conduite de l'opérateur et comme pour l'excuser de s'être décidé à ce moyen extrême: « *Nécessité n'a pas de loi.* » (Voyez *OEuv. chirurg.*, vol. III, p. 119.)

Plus tard, la cause de cette opération fut chaudement plaidée par Brasdor devant l'Académie de chirurgie.

Dans des temps plus rapprochés de nous, Boyer disait dans son beau *Traité de chirurgie*: « Cette opération étant proscrite par tous les chirurgiens de nos jours, nous nous dispenserons d'en entretenir nos lecteurs. »

De nos jours, Blandin et M. Velpeau ont défendu cette opération devant l'Académie de médecine; ce dernier surtout a fait connaître en 1830 une statistique assez nombreuse de laquelle il résultait que l'amputation tibio-fémorale avait été faite un assez grand nombre de fois avec succès (14 fois), et à la suite de laquelle il concluait que la proscription dont on la frappait était essentiellement injuste.

Nous nous trouvions à l'armée d'Afrique lorsque nous eûmes connaissance des travaux des chirurgiens dont nous venons de parler, et nous nous promîmes de saisir les occasions qui se présenteraient à nous pour mettre en pratique une opération qui nous semblait devoir être moins grave que l'amputation de la cuisse.

Le 1er avril 1836, un soldat du 13e de ligne, qui est actuellement à l'hôtel des Invalides à Avignon, reçut au col de l'Atlas un coup de feu qui lui fractura l'extrémité supérieure du tibia en six fragments flottant librement dans l'articulation tibio-fémorale. Nous fîmes la désarticulation du genou par le procédé qui nous est propre, et au dixième jour la réunion de la plaie était complète. La cicatrice était linéaire, située en arrière dans le creux du jarret, l'extrémité du moignon reposait sur la peau du genou. Les téguments très compactes et endurcis permirent plus tard au blessé de faire supporter à son moignon tout le poids du corps sans le fatiguer et de marcher avec une jambe de bois aussi facilement que s'il eût été amputé à la jarretière.

Frappé des résultats que cette opération nous avait fournis en si peu de temps, nous écrivions en 1836 dans notre *Traité des plaies d'armes à feu* les lignes suivantes: « Puisse ce fait » intéressant concourir à réhabiliter l'amputation tibio-fémo» rale qu'on continue encore à proscrire si injustement de » nos jours! » (P. 540.)

Ce cas n'est pas le seul qui ait été couronné de succès entre nos mains; mais nous avons échoué dans d'autres, et il importe ici de préciser quelles sont les circonstances auxquelles nous croyons en partie devoir attribuer nos succès aussi bien que nos revers. Devant Constantine, nous amputâmes dans l'articulation tibio-fémorale un blessé atteint de fracture de l'extrémité supérieure du tibia. Ce malheureux succomba aux misères et aux souffrances inséparables dans certains cas du métier de la guerre. Couché après l'opération sur un peu de paille et exposé à toutes les intempéries, on le trouva le lendemain enseveli dans la boue jusqu'à la ceinture. Il est indubitable que cette cause a puissamment contribué à amener la mort de cet infortuné.

A notre rentrée en France, nous souvenant des services que cette opération nous avait rendus sur le champ de bataille, nous y eûmes recours deux fois, la première à l'hôpital de Lille et la seconde au Gros-Caillou, pour des lésions chroniques ayant déterminé de longues suppurations et détérioré profondément la constitution des sujets; nous échouâmes. La suppuration du moignon était ichoreuse, les bords des lambeaux flétris, le bourgeonnement des chairs presque nul; en un mot, il existait trop de parties osseuses et pas assez de parties molles pour faire un moignon satisfaisant. Dès ce moment, rapprochant les résultats que j'avais obtenus en Afrique après les lésions traumatiques de ceux que je venais d'obtenir à la suite des lésions chroniques, j'ai été amené à penser que l'amputation tibio-fémorale doit être réservée pour ce premier ordre de lésions, et que dans le second ordre il est préférable d'amputer la cuisse à la partie inférieure de ce membre en réséquant une portion des condyles, se proposant par cette manœuvre opératoire de diminuer la trop grande quantité de substance osseuse contenue dans le moignon.

Dans notre pensée, c'est à cette grande quantité de substance osseuse contenue dans le moignon amaigri, flétri et dé-

pourvu presque en entier de vitalité, des individus qu'on ampute par suite de lésions chirurgicales chroniques qu'il faut attribuer la cause de l'insuccès, car dans ce cas il n'y a nullement harmonie entre les parties molles et les parties dures du moignon qui est presque complétement osseux. Les circonstances ne sont plus les mêmes chez le soldat jeune et vigoureux qu'une balle frappe inopinément sur le champ de bataille. Chez cet homme, si vous êtes obligé de pratiquer l'amputation tibio-fémorale, les condyles du fémur seront recouverts, en avant, par une couche de peau essentiellement vivace, doublée d'un épais coussinet de tissu cellulaire, et il vous sera facile de tailler dans le creux poplité un coussinet musculaire destiné à matelasser ces condyles à leur partie postérieure. Il existe ici une quantité de parties molles plus que suffisante pour fournir les éléments d'une bonne cicatrisation.

Nous pensons donc :

Que l'amputation tibio-fémorale doit être préférée à l'amputation de la cuisse à la suite des lésions traumatiques récentes ;

Que, pour les lésions chroniques, il vaut mieux amputer la cuisse le plus bas possible, c'est-à-dire dans l'épaisseur des condyles fémoraux;

Que le résultat fourni par cette désarticulation est des plus satisfaisants au point de vue du lieu où se trouve placée la cicatrice, et surtout en ce sens que les amputés peuvent marcher avec la plus grande facilité en prenant un point d'appui sur leur moignon.

Docteur SERRIER,
Médecin adjoint au Val-de-Grâce.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 juillet 1849. — Présidence de M. DUPERREY.

Influence de la volonté sur l'électro-magnétisme.

M. DE HUMBOLDT a adressé à M. Arago une lettre dont l'illustre secrétaire extrait ce qui suit :

« Ni les plaisanteries des rédacteurs de certains journaux sur la crédulité allemande, ni les résultats obtenus jusqu'ici par deux physiciens, habiles expérimentateurs, n'ont pu ébranler mes convictions à l'égard de l'influence volontaire de l'action musculaire sur le mouvement et la direction de l'aiguille astatique du galvanomètre. Nous venons d'avoir une nouvelle séance dans le cabinet de M. Emile du Bois Reymond. J'ai invité à cette séance M. Mitscherlich, notre ami commun, dont tu connais la grande habitude de manier les instruments d'optique et de physique en général. M. Mitscherlich a obtenu ce que M. du Bois a découvert, ce que depuis des années plus de trente personnes occupées de recherches physiques ou physiologiques ont essayé ici sur elles-mêmes. En donnant de la tension aux muscles du *bras gauche*, l'aiguille a été mise instantanément en action par M. Mitscherlich, et dans le sens où M. du Bois l'avait prédit, de manière à indiquer un courant de le main à l'épaule dans le bras contracté. En roidissant son *bras droit*, M. Mitscherlich a vu l'aiguille se mouvoir dans le sens opposé, mais à un moins grand nombre de degrés, parce que l'intensité du courant, développé par le mouvement musculaire, n'est pas toujours le même dans les deux bras. M. Mitchscherlich, quelques jours plus tard, a encore répété l'expérience seul avec M. du Bois. Il m'a permis de citer son témoignage dans ces lignes. Occupé moi-même depuis plus d'un demi-siècle de ce genre de recherches physiologiques, cette découverte a un vif intérêt pour moi ; c'est un phénomène de la vie rendu sensible par un instrument de physique. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 20 juin 1849. — Présidence de M. DEGUISE.

M. CHASSAIGNAC. Parmi les divers modes de réunion vicieuse qui s'observent après les fractures de la rotule, il en est une qui doit être bien rare, et qui, jusqu'ici, ne s'était peut-être pas encore rencontrée; je veux parler d'une pseudarthrose par frotement des deux fragments de la rotule l'un sur l'autre. Ce fait, dont je mets un exemple sous vos yeux, révèle dans la consolidation des fractures de la rotule un obstacle de plus dont il faudra saisir la nature pour la combattre. Ici le contact réciproque des fragments, comme emboîtés l'un dans l'autre, montre que cette condition ne suffit pas pour en obtenir la soudure par un cal osseux.

Voici en quelques mots la description de la pièce. Elle a été recueillie à l'hôpital Saint-Antoine, sur une femme qui y était entrée pour une autre maladie, et qui a succombé à une attaque de choléra.

La rotule est divisée transversalement en deux parties à peu près égales, mais configurées d'une manière inverse. Le fragment inférieur représente un condyle qui est reçu dans une cavité creusée sur le fragment supérieur. Une portion de ces surfaces pseudarthrodiales est revêtue d'un cartilage accidentel qui disparaît insensiblement sur le reste de leur étendue, sans qu'il soit possible d'en préciser la limite. Elles paraissent dépourvues de synoviale. Des tissus fibreux placés en avant et sur les côtés retiennent solidement l'une contre l'autre les deux pièces de cette fausse articulation, qui reste ouverte dans toute sa longueur, en arrière, du côté de celle du genou, avec laquelle elle communique.

M. LENOIR fait observer qu'il existe un certain intervalle entre les fragments, et que leur poli résulte, non pas de leur frottement réciproque, mais de leur glissement sur les condyles du fémur; qu'il n'y a pas là un emboîtement articulaire, mais une réunion par un cal fibreux incomplet et très court.

M. CHASSAIGNAC maintient son interprétation, en établissant que la pièce offre bien réellement les conditions d'une pseudarthrose.

Il y a quelque temps, dit M. Chassaignac, j'ai entretenu la Société d'un cas dans lequel, croyant avoir affaire à un kyste du cuir chevelu chez un très jeune enfant, j'ai ouvert une hydro-encéphalocèle. Je n'avais reconnu mon erreur qu'au moment où, en exerçant une forte traction sur les parois de la poche, j'avais vu apparaître de la substance cérébrale entraînée par les parois de cette poche, qui n'était autre que la dure-mère elle-même. Je craignais que cette fâcheuse méprise n'eût les conséquences les plus graves, et je viens apprendre à la Société que j'ai été heureusement trompé dans mes appréhensions. Tout s'est borné à une suppuration de quelques semaines, après lesquelles le rétablissement a été complet. Il y a six mois que cette opération a été faite, et tout porte à croire que la guérison sera définitive.

Cette observation m'explique les succès d'Adams, sur lesquels des doutes avaient été élevés. Sur sept cas d'hydro-encéphalocèle, que ce chirurgien a traités par la ponction, il a réussi cinq fois. A chaque ponction, la quantité du liquide avait diminué, et la tumeur finissait par se réduire au volume d'une noix, et n'était plus alors constituée que par des parties solides.

— M. CHASSAIGNAC conserve la parole pour une troisième communication.

J'avais apporté à l'opération de la trachéotomie une modification qui consistait :

1° Après l'incision des parties molles et avant celle de la trachée, à saisir et à fixer avec une érigne le cartilage cricoïde pour faciliter la division du tube aérien;

2° A maintenir cette ouverture béante en écartant les deux lèvres avec deux érignes. J'ai fait un pas de plus dans cette voie. Sans aucune incision préalable, je fais d'emblée pénétrer l'érigne à travers les couches extérieures intactes, et j'accroche le cartilage cricoïde par son bord inférieur; puis, tenant cette érigne de la main gauche, je plonge directement le bistouri dans la trachée, et d'un seul coup je divise les parties molles et la trachée. Les deux temps de l'opération sont ainsi réunis en un seul. Ce procédé, qui me paraît la porter à son plus haut degré de simplicité, est d'une exécution aussi sûre que rapide. Quoiqu'il ne se recommande pas encore par son application sur le vivant, mes expériences sur le cadavre me donnent l'espoir de le voir adopter par tous les chirurgiens qui en auront fait l'essai.

Il s'appuie d'ailleurs sur un fait anatomique facile à vérifier. Chez l'homme adulte et chez le vieillard, c'est la saillie anguleuse du cartilage thyroïde qui est le point du larynx le plus facile à sentir; mais chez l'enfant et chez la femme, il n'en est plus ainsi; la moindre pression sur cette saillie suffit pour l'effacer.

Par son excessive flexibilité, il cède sous le doigt, et le chirurgien est privé de ce point de repère dans l'opération. Le cartilage cricoïde, au contraire, formant, seul de toutes les pièces du tube aérien, un anneau complet, résiste à la pression, et il est toujours facile de le trouver.

M. LENOIR. Je commence par rappeler qu'on avait déjà fait usage du ténaculum pour écarter les lèvres de l'incision trachéale. Quant à la modification qui appartient à M. Chassaignac, l'accrochement du cartilage cricoïde à travers la peau, elle me paraît surtout passible de deux objections. D'abord la piqûre du tube aérien pratiquée de cette façon expose manifestement à l'emphysème. Il y a ensuite la difficulté de reconnaître, d'accrocher et de fixer ainsi le cartilage cricoïde. Sa position derrière le cartilage thyroïde, et le relief formé immédiatement au-dessous de son arc antérieur par le corps thyroïde, le rendent peu accessible. Une fois accroché, il vous échapperait dans les mouvements de déglutition et dans les secousses de la toux. Sans me prononcer d'une manière absolue contre ce procédé, je crois que son application sur le vivant offrira des difficultés auxquelles son auteur ne semble pas s'attendre.

M. LOIR. Par le procédé de M. Chassaignac, il est impossible d'accrocher le cartilage cricoïde sans pénétrer dans la trachée, et l'irritation que produira la présence de l'érigne dans le tube aérien déterminera des convulsions nuisibles à la manœuvre opératoire.

M. GUERSANT. On dit que la trachéotomie est difficile; oui, comme la plupart des opérations, quand on la pratique rarement; mais il n'en est plus de même dès qu'on a pu, en la répétant, se familiariser avec elle. Pour ma part, je l'ai faite 90 ou 100 fois, et je suis arrivé à la mener facilement à fin. Je procède doucement; la trachée découverte par l'incision des parties extérieures, je la fixe aisément avec l'indicateur le temps suffisant pour y plonger sûrement le bistouri. La difficulté n'est pas là, mais dans l'introduction de la canule. Encore, si l'on se sert d'un mandrin, d'une sonde de gomme élastique, par exemple, engagée d'abord dans l'ouverture trachéale et sur laquelle on fait glisser la canule, cette difficulté disparaît.

Quant à fixer la trachée avec une érigne après l'incision des parties molles, c'est une pratique que M. Bretonneau a abandonnée après l'avoir quelque temps suivie. Je n'ai jamais senti le besoin d'y recourir, ayant toujours aisément fixé la trachée avec le doigt.

M. MAISONNEUVE. Comme M. Trousseau avait déjà incisé la trachée et les parties molles d'un seul coup, après avoir pénétré par ponction dans le tube respiratoire, ce qui appartient à M. Chassaignac, c'est la fixation du larynx à travers la peau. C'est une innovation qui ne pourra bien se juger qu'après son application sur le vivant. Pour ce qui est de la difficulté de l'opération, je n'en ai point trouvé de sérieuse dans les quinze ou seize trachéotomies que j'ai faites. L'introduction de la pince destinée à écarter les lèvres de l'ouverture du tube aérien, comme l'introduction de la canule elle-même, ont plutôt quelque chose d'un peu effrayant que de réellement difficile. En sorte que la modification de M. Chassaignac, si elle réussit, n'aurait pas encore une très grande importance.

M. CHASSAIGNAC. Si la trachée est facile à découvrir par les moyens ordinaires chez les sujets maigres et en l'absence de tout gonflement, il en est autrement quand les graisses du cou, comme chez les enfants où il existe une tuméfaction quelconque, l'enfoncent en quelque sorte dans la profondeur de la région.

M. Lenoir a dit que l'érigne avait été mise en usage avant moi dans la trachéotomie; sans doute, et ce n'est pas l'emploi de cet instrument, mais bien son mode d'application qui constitue mon procédé. L'objection de l'emphysème n'est pas plus sérieuse; l'érigne n'obture-t-elle pas exactement le petit trou qu'elle a fait? Et, d'ailleurs, le bistouri ouvrant immédiatement la trachée, l'infiltration d'air n'aurait pas le temps de se faire.

On trouve toujours le cartilage cricoïde plus aisément que les autres parties du tube respiratoire, et il est facile de l'accrocher. Suivant M. Lenoir, cet anneau échappera à l'érigne dans les mouvements que provoquent la déglutition et la toux. Il y a ici une distinction importante à faire: lorsque le tube respiratoire n'est pas bien saisi, il peut se dérober par sa mobilité; mais une fois solidement accroché, il se laisse aisément retenir, comme je m'en suis assuré récemment encore en pratiquant la trachéotomie chez un enfant de quatre ans.

D'après M. Guersant, la trachéotomie est facile pour qui la fait souvent; mais, il l'a dit lui-même, ceci s'applique également aux autres opérations les plus délicates. Ce que je me suis proposé, moi, c'est de la rendre facile à ceux mêmes qui n'ont que rarement l'occasion de la pratiquer, et ce doit être là notre but. Et ce sont les difficultés que j'ai éprouvées en faisant cette opération au début de ma pratique qui m'ont donné la pensée de chercher le moyen de s'en rendre maître.

M. LENOIR. Je défie M. Chassaignac de trouver le cartilage cricoïde sur le vivant aussi facilement qu'il l'avance.

M. CHASSAIGNAC. J'accepte le défi.

M. LENOIR. Je suppose ce cartilage reconnu, est-ce que l'influence de la douleur produite par la piqûre de l'érigne dans les parties extérieures n'amènera pas des contractions musculaires qui déplaceront le larynx, surtout chez les enfants, dont les cris augmenteront encore cet inconvénient? Et puis, en attirant la trachée en avant avec l'érigne, vous l'aplatissez contre la résistance des couches extérieures.

M. GUERSANT. Cette modification augmente le nombre des instruments et des aides. La pince à crochets de M. Bretonneau pour l'écartement des bords de la plaie offre un avantage opposé : aussi est-elle généralement adoptée. Quant à reconnaître et à fixer la trachée après l'incision des parties molles, je répète que j'y parviens facilement à l'aide du doigt. Le toucher est ici un guide sûr qui supplée parfaitement la vue; j'ajoute même que j'ai toujours ouvert la trachée sans la voir. C'est ordinairement la nuit qu'on est appelé pour cette opération; on est mal éclairé, mal aidé; la plaie est mal épongée, et le sang qui recouvre le tube respiratoire empêche de l'apercevoir.

M. MARJOLIN craint, pour ce qui concerne le nombre des aides, comme pour le reste, que l'érigne ne fasse autre chose que de compliquer l'opération.

M. CHASSAIGNAC démontre que son procédé n'augmente pas le nombre des aides. Quant au danger d'aplatir la trachée en l'attirant en avant avec l'érigne, la traction nécessaire est trop faible pour que cet inconvénient signalé par M. Lenoir soit à redouter. L'emploi de cette érigne offre, en outre, un avantage que je dois faire remarquer. En fixant solidement la trachée, elle permet de l'ouvrir toujours exactement sur la ligne médiane; et si la canule venait à s'échapper, cette ouverture restant parallèle à celle des parties molles, la respiration pourrait continuer. Dans le procédé ordinaire, au contraire, on est exposé à inciser latéralement la trachée, et si alors la canule se déplace, le parallélisme des deux ouvertures est détruit par le mouvement de restitution qu'éprouve le tube aérien en reprenant, par son élasticité, sa position normale; le passage de l'air est intercepté, et l'asphyxie imminente.

J'ajoute, en terminant, que j'ai essayé avec succès un nouveau moyen de fixer la canule dans la trachée. Il consiste à l'attacher à l'un des fils de la suture entortillée qui me sert à réunir les angles de la plaie des parties molles.

— M. MAISONNEUVE. J'ai en ce moment dans mon service, à l'hôpital Cochin, trois malades affectées de rupture du périnée. Elles ont toutes trois éprouvé cet accident pendant un premier accouchement, et elles offraient toutes trois une déchirure étendue au périnée tout entier, ainsi qu'à la portion correspondante du sphincter de l'anus; la cloison recto-vaginale seule était intacte. Cette plaie, qui remontait à peu près à la même époque chez ces trois femmes, à environ dix à douze jours, était en voie de cicatrisation chez l'une d'elles et en pleine suppuration chez les deux autres.

Voici le procédé que j'ai mis en usage et qui m'a parfaitement réussi :

Chacune des lèvres de la plaie présentait une surface vive de forme triangulaire, dont un côté tourné vers le vagin, un deuxième vers le rectum, le troisième correspondant au périnée.

Après un avivement partiel pour la première malade, sans avivement pour les deux autres, j'ai réuni par la suture à surjet : 1° les bords vaginaux de cette plaie triangulaire; 2° ses bords rectaux; 3° ses bords périnéaux. Ensuite, à l'aide d'une forte aiguille courbe, j'ai passé deux fils doubles à travers les lèvres de la plaie, l'un très près du bord vaginal, l'autre très près du bord rectal; avec ces deux fils doubles et deux bouts de sonde de gomme élastique, j'ai fait une suture enchevillée.

Dans les trois cas, les fils des deux sutures ont été enlevés au bout de quatre jours; chez deux de ces malades, la réunion était parfaite dans toute l'étendue de la déchirure; chez l'autre, il y avait une réunion partielle qui ne peut pas tarder à se compléter.

J'insiste de nouveau, car je l'ai déjà signalé à la Société, sur l'avantage que présente la combinaison de ces deux espè-

ces de suture, la suture à surjet et la suture enchevillée. Depuis longtemps, comme vous savez, j'y ai recours dans les grandes amputations pour obtenir la réunion immédiate, et elle m'a donné d'excellents résultats. L'application nouvelle que je viens d'en faire à la périnéoraphie me semble également mériter l'attention des praticiens.

M. Huguier. La suture est peut-être moins nécessaire ici qu'on ne le croit. Je ne l'ai faite qu'une fois, et la malade est morte d'une résorption purulente. Depuis lors, je me borne à prescrire le rapprochement des cuisses à l'aide d'un bandage qui refoule en même temps les chairs des parties latérales vers la vulve. Ce traitement très simple, et surtout qui n'entraîne aucune espèce de danger, m'a assez constamment réussi pour me détourner en général d'une opération susceptible d'amener une issue funeste.

M. Marjolin. J'ai été également témoin d'une guérison spontanée; mais j'ai regardé ce résultat comme une heureuse exception. Je demanderai à M. Huguier si les faits qu'il possède sont assez nombreux pour lui permettre d'établir l'opinion contraire.

M. Huguier. J'ai vu quinze ou vingt de ces déchirures du périnée, qui toutes se sont terminées par la guérison, sans qu'il ait été nécessaire d'employer d'autre moyen que le bandage dont j'ai parlé.

M. Lenoir. Je ne saurais rien voir de neuf ni d'important conséquemment dans le procédé de M. Maisonneuve. Que fait M. Roux? La suture emplumée, et dans les intervalles des fils quelques points de suture entortillée. Vous voyez que ces deux procédés sont presque identiques.

M. Maisonneuve. La modification que je crois avoir introduite dans l'opération consiste dans la coaptation plus exacte des trois bords de la déchirure. M. Roux ne pouvait agir que sur la partie périnéale.

M. Lenoir. C'était suffisant.

M. Maisonneuve. Le seul procédé qui ait de l'analogie avec le mien est celui de M. Nélaton.

M. Lenoir. Je terminerai par cette remarque qu'il faut se garder de faire prématurément la périnéoraphie, le rapprochement des cuisses suffisant dans la grande majorité des cas pour amener une guérison spontanée.

M. Morel-Lavallée. Dans trois cas de périnéoraphie que j'ai récemment pratiquée à l'hôpital de la Charité, j'ai été frappé, comme M. Maisonneuve, de l'inexactitude de la coaptation des lèvres de la plaie quand on se borne à l'emploi de la suture enchevillée. Dès le moment où l'on serre les fils, qui ne peuvent agir que sur la base de ces lèvres, elles sont rapprochées et pressées l'une contre l'autre à leur partie profonde; mais elles s'écartent superficiellement et forment dans toute leur longueur un hiatus en dehors. C'est à ce point que quelquefois les bords de la solution de continuité ne se touchent que dans une étendue presque linéaire, et que plus des trois quarts de leur surface renversés en dehors sont mis par leur isolement dans l'impossibilité de participer, au moins immédiatement, au travail de la réunion. Il m'a semblé aussi que c'était là un sérieux inconvénient, et j'ai cherché le moyen d'y remédier. Je me suis arrêté à celui qui, à l'aspect des parties, se présente d'ailleurs comme de lui-même. Il consiste tout simplement à entortiller un fil sur les extrémités correspondantes des tuyaux de plume. Ce fil, en passant pardessus les bords écartés de la déchirure, les rapproche absolument comme dans la suture entortillée. Si ces deux fils, qui se trouvent ainsi placés vers les limites de la plaie, étaient insuffisants; si à la partie moyenne de la division la coaptation restait imparfaite, rien de plus facile que de mener, à l'aide d'une aiguille courbe à pointe mousse ou même avec un stylet aiguillé recourbé, un fil autour des tuyaux de plume et de le faire passer et repasser de l'un à l'autre par-dessus la plaie jusqu'au complet affrontement de ses bords. Ce troisième fil surajouté forme ainsi des anses qui embrassent les deux tuyaux de plume et dont le milieu correspond à la déchirure, qu'il concourt à réunir. C'est une sorte de suture à surjet, mais qui prend son point d'appui sur les chevilles, en dehors des parties molles, qu'elle laisse intactes. Peut-être M. Maisonneuve trouvera-t-il que cette modification atteint le même but que celle qu'il a proposée, et lui reconnaîtra-t-il l'avantage d'éviter toute espèce de douleur et de chance d'inflammation.

M. Maisonneuve. La pièce pathologique que je soumets maintenant à l'examen de la Société est un utérus dans les parois duquel il s'était développé une tumeur fibreuse d'un volume considérable. La malade, âgée de quarante-quatre ans, portait cette tumeur depuis plusieurs années; mais il n'y a qu'un an qu'elle a commencé à en être sérieusement incommodée. Chaque époque était annoncée par de violentes douleurs expultrices que la malade comparait à celles de l'accouchement, et qui duraient vingt-quatre ou trente-six heures, jusqu'à l'apparition de l'écoulement menstruel. Cet écoulement était d'une abondance qui en faisait de véritables pertes, et la santé de cette femme, auparavant robuste, ne tarda pas à en être épuisée. Ayant appris que j'avais extirpé avec succès une tumeur semblable à celle qui mettait sa vie en danger, elle vint réclamer mes soins; mais outre qu'elle était arrivée au dernier degré du dépérissement, elle offrait déjà les signes d'une péritonite aiguë. Loin qu'il fût possible de songer à une opération, c'est à peine si l'état de la malade me permit de constater la nature de l'affection. Le col utérin, peu dilaté, ne recevait que difficilement le doigt, qui, arrivé à l'orifice supérieur, sentait la tumeur. La mort arriva bientôt.

Voici ce que je trouvai à l'autopsie. L'utérus a acquis le volume du quatrième mois de la grossesse. Le col est long de 4 centimètres, ses parois épaisses, sa cavité peu agrandie; son orifice à peine entr'ouvert n'admet qu'à grand'peine la phalangette de l'index.

Le corps est très volumineux; mais en le fendant on voit que toutes ses parties ne sont pas également développées. Sa cavité a 10 centimètres de profondeur, 5 seulement de largeur; la paroi antérieure est épaisse de 1 centimètre. Dans sa paroi postérieure est enkystée une tumeur fibreuse solitaire de forme ovoïde, longue de 12 centimètres, large de 8, épaisse de 7. Cette tumeur est placée dans l'épaisseur même de la paroi postérieure du corps de l'organe; mais la couche de fibres qui la recouvre du côté de la cavité utérine est beaucoup plus mince que celle qui la recouvre à l'extérieur. La première a à peine 2 millimètres, tandis que la seconde en a 8. La couche celluleuse qui unit cette tumeur aux fibres utérines est infiltrée d'une couche purulente, indice d'un travail inflammatoire qui s'était opéré dans les derniers temps de la vie. Il existe même vers le sommet de l'organe une ulcération fistuleuse qui fait communiquer cette couche purulente avec le tissu sous-péritonéal, et qui probablement a causé la mort en donnant lieu à la péritonite que nous avons signalée.

M. Maisonneuve fait remarquer que cette tumeur a la plus grande analogie, quant au volume et à la position, avec une tumeur dont il a opéré l'extirpation avec succès, et qu'il a déjà présentée à la Société.

Il fait sur la pièce anatomique la démonstration du procédé qu'il a mis en usage, et dont voici la description succincte.

Sur l'index gauche préalablement introduit dans le vagin, on conduit un lithotome double qu'on fait pénétrer jusqu'au fond de la cavité utérine. Tournant la concavité en arrière vers la tumeur, on en ouvre les lames, et en le retirant on incise largement le col utérin.

Aussitôt l'index et le médius droit sont portés dans le col ainsi entr'ouvert, et déchirent par des pressions latérales les angles de l'incision pour l'agrandir et empêcher l'hémorrhagie. Puis ces deux doigts portés plus profondément dans la cavité utérine servent à déchirer de l'un et de l'autre côté la couche musculaire qui recouvre la tumeur en avant, et que les lames du lithotome avaient déjà entamée latéralement, surtout en bas.

Dès lors les deux doigts en contact immédiat avec la tumeur cherchent par des mouvements rapides à la contourner et à l'isoler de la paroi utérine qui l'enkyste.

C'est alors seulement que commence la partie vraiment difficile de l'opération. La tumeur, trop volumineuse, ne peut ni s'abaisser en masse, ni tourner sur elle-même. Il faut la diviser.

Pour cela, on maintient avec une seule pince de Museux le côté droit de la tumeur, puis, à l'aide de longs ciseaux courbes sur le plat, on incise sur la ligne médiane toute la portion de la tumeur déjà énucléée, de manière à la diviser en deux moitiés égales, l'une droite, l'autre gauche. La portion sur laquelle est fixée la pince de Museux peut alors s'engager dans l'orifice, s'abaisser de quelques lignes, et devenir accessible d'autant à l'index gauche, qui continue l'énucléation tandis que les ciseaux prolongent la division verticale.

A mesure que l'on incise, la moitié droite de la tumeur s'abaisse, et l'index peut l'énucléer plus haut. On arrive ainsi par la combinaison de ces trois manœuvres, incision, abaissement, énucléation, qui se facilitent mutuellement, on arrive, dis-je, au quart supérieur de la tumeur.

Arrivé à ce point, l'abaissement ne se fait plus qu'avec une extrême difficulté. Alors on doit dédoubler dans son épaisseur la portion même que l'on est en train d'extraire. Pour cela les ciseaux courbes, toujours guidés par l'index gauche attaquent cette moitié de la tumeur d'arrière en avant et de bas en haut. Cette manœuvre, en amincissant la partie sur laquelle on agit, facilite son abaissement, et l'on peut continuer l'énucléation jusqu'à la partie supérieure.

Une fois que l'on a terminé l'énucléation et le dédoublement de cette moitié de la tumeur, il devient facile de l'extraire.

Reste la seconde moitié; mais on agit dans une cavité devenue large par l'extraction de la première moitié. Aussi la manœuvre est-elle bien plus rapide. On saisit avec des pinces de Museux l'extrémité inférieure déjà énucléée; elle s'engage facilement dans le col; les doigts index et médius droits exécutent promptement l'énucléation dans les trois quarts inférieurs, puis l'utérus peut être renversé de manière à présenter la face interne au dehors de la vulve. Ce qui permet de terminer la dissection sans difficulté comme sans encombre, et de s'assurer qu'il n'est rien resté de la tumeur.

On replace ensuite la matrice dans ses conditions normales.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Nouvelles du choléra.

Le choléra continue de régner à Liége et dans les environs. Les villages de Montégnée et d'Herstal en sont surtout atteints; celui d'Ans, au contraire, a été jusqu'à présent épargné.

— Il s'est manifesté, ces jours derniers, à Bruxelles, une légère recrudescence de l'épidémie, qui avait entièrement cessé, à l'ouest de la banlieue. Les commissions médicales persévèrent avec un véritable dévouement dans leur importante mission. Les mesures préventives les plus énergiques et les plus efficaces s'exécutent sous la surveillance des autorités locales dans toutes les agglomérations d'habitants pauvres.

— Le choléra vient de sévir dans la commune d'Harnes avec une effrayante rigueur. Quatre semaines à peine se sont écoulées depuis l'invasion du terrible fléau, et l'on compte 119 victimes.

Il est triste, dit le journal de la localité, d'avoir eu à remarquer, pendant ces pénibles circonstances, que les secours aient fait défaut précisément de la part de ceux qui, par leur position, avaient la spéciale mission de les prodiguer. Nous ne ferons point de récriminations; nous laissons à chacun le témoignage de sa conscience.

Le même journal ajoute toutefois : Nous ne pouvons cependant nous empêcher d'adresser de publics remercîments aux membres du clergé, à l'officier de santé, au garde communal, qui tous se sont élevés à la hauteur de cette mission de dévouement.

— Le choléra a gagné la Californie. Le nombre des cas est de 15 à 25, et moitié de décès par jour. Des cas ont également éclaté à Boston, Philadelphie et Baltimore.

NOUVELLES.

M. Flourens, complétement remis de sa maladie, vient d'être nommé directeur de l'Académie française pour le prochain semestre.

— On écrit de Stockholm (Suède), le 19 juin :

« Dans la dernière séance de l'Académie royale des sciences de Stockholm, le président de cette compagnie lui a annoncé que le roi venait de donner la somme de 3,000 rixdallers de banque (15,000 f.) pour le monument à ériger en l'honneur de l'illustre Berzélius. »

Le clergé et les médecins à Connecticut. — On lit dans un journal des Etats-Unis : Il paraîtrait que de tout temps le clergé de Connecticut avait profité gratuitement des secours de la médecine; cependant loin de se montrer reconnaissant envers le corps médical, il a travaillé constamment à balancer son influence et à la dénigrer auprès de la population. La société médicale de ce pays a décidé d'un commun accord que le clergé honorerait désormais les soins médicaux à l'égal des autres citoyens.

— La fable suivante, qui avait déjà été faite en 1832, et qui ne prouverait absolument rien si elle était vraie, se trouve dans un journal d'outre-Rhin :

La grande question de savoir si le choléra est contagieux a été le sujet d'une expérience singulière à Saint-Pétersbourg, d'après l'ordre du czar.

Quatre meurtriers, condamnés à mort, ont été couchés sur des lits ou des cholériques étaient morts; mais ils n'ont pas été atteints de l'épidémie. Puis on leur a dit qu'on allait les faire coucher là où ont couché des malades qui sont morts du choléra, et que la liberté leur serait rendue s'ils échappaient. Quoiqu'on les ait mis dans des lits qui n'avaient jamais été occupés par des cholériques, l'effet de la peur a été tel, qu'ils sont tous les quatre morts en moins de trois jours.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 5 JUILLET 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 78.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, *4* JUILLET 1849.

Bulletin du choléra.

Nous continuons à donner le mouvement des cholériques dans les hôpitaux, moins à cause de l'importance qu'il a maintenant, qu'afin de ne pas laisser de lacune dans le tableau de l'épidémie. Le petit nombre des entrées et des décès servira aussi à rassurer complétement le public dont certaines atlaques de choléra, qui out encore eu lieu ces jours derniers sur des personnes marquantes, ont contribué à entretenir l'inquiétude.

Hôpitaux civils:		
Journée du 2 juillet.......	19 entrées,	10 décès.
— 3	23	14
Hôpitaux militaires pendant les deux jonrs................	14	5
Total................	56	29

DÉCÈS A DOMICILE.	
Journée du 28 juin..................	23
— 29	34
— 30 (1)	
Total..................	57
Total des décès dans les hôpitaux..........	6568
Total des décès à domicile jusqu'au 29 inclusivement.............	9067
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie.................	15635

Les nouvelles que nous recevons des départements sont en général favorables. Ainsi dans le Nord, dans la Somme, dans la Moselle, dans la Meuse et dans le Cher, le nombre des cas de choléra diminue chaque jour.

Il n'en est malheureusement pas de même dans quelques localités du Pas-de-Calais, de Loir-et-Cher, de la Nièvre surtout et de la Marne. Rien ne fait supposer cependant que ce dernier département ait à souffrir cette année dans la même proportion qu'en 1832. A cette époque il compta 23,175 individus atteints de l'épidémie, et 6,865 décès.

(1) Les décès à domicile du 30 ne sont portés qu'à 6 dans le *Moniteur* d'aujourd'bui; mais ce chiffre est incomplet, le relevé n'ayant pas été fait dimancbe.

A Londres, sur l'interpellation de M. Frewen, membre de la Chambre des communes, M. le ministre de l'intérieur a répondu que toutes les précautions étaient prises pour arrêter l'extension de l'épidémie, et qu'on avait lieu d'espérer qu'elle touchait à sa fin.

Séance de l'Académie de Médecine.

La grande affaire de la séance était la nomination d'un membre dans la section de médecine opératoire. Après deux tours de scrutin où les chances se sont balancées entre MM. Ricord et Robert, un scrutin de ballottage a eu lieu et a donné 44 suffrages à chacun de ces candidats. Ce singulier résultat, qui se préseutait pour la première fois à l'Académie, n'a point été prévu par le règlement, et a causé d'abord un certain embarras. Mais on n'a pas tardé à se convaincre que le meilleur moyen de trancher la difficulté était de recourir à un nouveau scrutin, ce que le président a proposé de faire sans désemparer. M. Orfila a fait observer que beaucoup de membres, croyant le scrutin de ballottage définitif, avaieut quitté la séance, et qu'il serait convenable de renvoyer le vote à une séance ultérieure. Sur cet avis raisonnable, l'Assemblée a décidé que la nomination aurait lieu dans la séance du mardi 17 juillet.

Le dépouillement de la correspondance, conformément à la dernière décision de l'Académie, avait été renvoyé à la fin de l'ordre du jour. M. Dubois l'a analysée avec son zèle accoutumé. Cette correspondance n'a pas été aujourd'hui d'un grand intérêt; M. Brochard, de Nogent-le-Rotrou, a seul écrit une lettre relative à la contagion du choléra, qui a paru produire quelque sensation sur l'assemblée, mais dont M. Martin-Solon a apprécié, dans un petit nombre de réflexions judicieuses, la véritable valeur. Ces réflexions nous dispensent d'insister nous-même sur ce travail qui ne saurait en rien modifier les opinions que nous avons tant de fois soutenues, et que nous serons bientôt appelé à soutenir encore relativement à la contagion.

Séance de l'Académie des Sciences.

Influence de la volonté sur l'électro-magnétisme.

Nous ne savons à qui s'adresse l'allusion faite par M. de Humboldt dans la lettre dont nous avons publié un extrait dans notre dernier numéro, et c'est ce qu'il y a de moins important à rechercher. Mais ce que nous persistons à considérer comme une chose très regrettable, c'est l'opiniâtreté avec laquelle un homme aussi haut placé que M. de Humboldt s'efforce de perpétuer, par une impardonnable confusion de langage, une erreur qui ne peut tourner qu'au profit du charlatanisme. Lors même, en effet, que MM. Despretz et Becquerel se seraient trompés, et que M. du Bois Reymond aurait bien vu, il n'en serait pas moins parfaitement inexact de dire que c'est l'influence de la volonté qui fait dévier l'aiguille aimantée, car, encore une fois, il y a entre la volonté et l'aiguille la contraction musculaire, de même qu'existe cette contraction entre la volonté et la chute d'un homme renversé par un coup de poing, ainsi que l'a fait observer d'une manière si pittoresque M. Magendie. Si donc M. de Humboldt veut éviter les plaisanteries dont il se plaint, il doit d'abord rentrer dans la sévérité du langage, sévérité plus indispensable dans la science que dans tout autre sujet, et éviter une équivoque indigne de lui.

La commission du choléra, que l'on croyait très avancée dans la question de la contagion, n'a nommé qu'hier son rapporteur sur cette question spéciale. Ce rapporteur est M. J. Guérin, ce qui semble indiquer dans la commission l'existence d'une majorité contagioniste. Nous ne doutons pas que M. Guérin ne déploie toutes les ressources de sa dialectique ingénieuse pour soutenir une opinion condamnée par la rigoureuse interprétation des faits; nous aurons plutôt à nous en louer qu'à nous en plaindre; car lorsque la cause de la contagion aura été plaidée par un avocat aussi habile, on pourra la considérer comme perdue, et bien perdue.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Fracture du tibia avec épanchement de sang dans son foyer. — Considérations sur les signes et le traitement.

Au n° 14 de notre salle est placé un homme de quarante-sept ans qui, en jouant il y a quelques jours avec un de ses

FEUILLETON.

Rapport fait à la commission départementale de la Seine sur le service des aliénés.

(Suite du n° du 28 jnin.)

Travail des aliénés. — « Envisageons maintenant les avantages que les aliénés dont la maladie est récente et offre des cbances de guérison pourraient retirer de cette séparation complète et des énormes dépenses dans lesquelles la ville s'engagerait pour eux. Quant aux hommes, ces avantages seraient nuls, je n'hésite pas à le dire; car ce qu'il leur faut le plus généralement, et presque avant toute autre cbose, dans nos établissements publics, c'est de l'espace et des travaux, surtout des travaux agricoles. L'expérience a prononcé souverainement à cet égard. Je ne me bornerai pas à vous citer l'exemple si connu de la ferme Sainte-Anne, annexe de l'hospice de Bicêtre, et sur laquelle ce rapport contiendra de nombreux détails; mais je puis vous assurer que tous ceux de nos établissements dans lesquels ces conditions ont été reproduites et cet exemple imité ont obtenu les mêmes succès. Les hommes travaillent à la terre ou même exploitent des fermes à Strasbourg, à Maresville, à Saint-Dizier, à Fains, à Châlons, à Auxerre, à La Charité, à Avignon, à Pau, à Rennes, à Quimpcr, à Dijon, à Pontorson, à Rouen, à Fontenay (Vendée), à Cadillac, à La Rochelle, à Nantes, à Tours, à Blois, à Orléans, dans toutes les villes enfin où l'étendue des localités a permis d'introduire les travaux agricoles, et où une organisation régulière a pu être établie. Ajoutons que partout cette coutume a produit des résultats excellents. Dans quelques-unes de ces localités, les aliénés ont effectué de grands travaux. A Nantes, ils ont ouvert une route; à Auxerre, ils ont creusé profondément un coteau pour retrouver des sources dès longtemps perdues; l'asile qu'ils habitent et la ville d'Auxerre lcur doivent une eau ahondante et pure. A Quimper, ils ont exécuté tous les terrassements de construcitons nombreuses. Le département de la Seine-Inférieure vient de voter des fonds pour adjoindre une colonie agricole au vaste établissement qu'il possède déjà. Mais à Paris même, et sous les yeux de la population entière, n'avons-nous pas, depuis plus de vingt-années, employé les aliénés de Bicêtre à l'accomplissement de tous le travaux de terrassement du quartier nouveau des femmes aliénées à la Salpêtrière? Ne les avons-nous pas envoyés par brigades au nombre de plus de 50, sous la conduite de deux ou trois gardiens, travailler à l'hospice des Orphelins au faubourg St-Antoine? N'ont-ils pas mis en culture les terrains de la ferme Ste-Anne et de ses cnvirons, la ferme de Montrouge, tous les terrains annexés à l'hospice de Bicêtre? N'ont-ils pas eux-mêmes restauré les bâtiments de la ferme Sainte-Anne avant de les occuper? Précédemment enfin n'ont-ils pas encore, et comme une sorte d'initiation préparatoire, élevé de leurs mains le tertre sur lequel a été bâtie la cour dite des Colonnes-Neuves, à Bicêtre (1826 et 1827)? Tous leurs travaux n'ont-ils pas été, ne sont-ils pas chaque jour encore profitables à l'administration? Depuis qu'ils se sont adonnés à ces soins nouveaux, à ces habitudes favorables, l'état sanitaire général du service ne s'est-il pas amélioré, et le nombre des guérisons sensiblement accru? C'est, Monsieur le ministre, un fait avéré que, partout où le travail des cbamps a été appliqué d'une manière suivie à nos aliénés, les plus grands avantages en sont résultés tant pour eux que pour l'administration elle-même.

» Je n'hésite pas à déclarer enfin que, si, en qualité de médecin de l'hospice de Bicètre ou d'inspecteur général du service des aliénés, j'ai pu offrir un concours utile, c'est surtout en réclamant de toute ma puissance, comme moyen de traitement et cn soutenant de tous mes efforts non-seulement l'introduction, mais encore une organisation régulière et générale du travail dans les asiles d'aliénés.

» Les travaux agricoles ne sont pas les seuls d'ailleurs que l'on puisse prescrire aux aliénés dans l'intérêt de leur guérison et pour leur préparer des moyens d'existence à leur rentrée possible dans dans la société. Plusieurs de nos malades, soit pendant leur séjour à Bicêtre, soit dans les établissements où une méthode analogue est suivie, ont appris des métiers et acquis une industrie utile tout en reprenant graduellement possession de leur intelligence et de leur raison. Pour les malheureux idiots, nous sommes arrivés à des résultats qui auraient encore plus droit de vous surprendrc, et que je ne saurais trop vons engager à constater par vos yeux si les affaires publiques peuvent vous en accorder le loisir. Je pense, en un mot, et je m'engage à prouver que, dans une maison bien régie et qui offre des localités convenables, le travail des malades peut couvrir une certaine partie du moins de leurs frais de séjour. Mais, je me hâte de le dire afin qu'on ne puisse pas se méprendre sur le sens et la portée de mes paroles, le travail pour les aliénés ne peut dans aucun cas être considéré comme obligatoire. Ces êtres infortunés sont mis sous ce rapport hors de cause par les droits imprescriptibles de l'humanité, droits sanctionnés par la loi de 1838, qui a imposé aux départements la condition de pourvoir aux frais de leur traitement.

» Il importe donc que le travail dans les asiles d'aliénés soit uniquement envisagé comme un agent curatif, comme un médicament: il doit être régulièrement prescrit par le médecin chargé de la direction médicale du service, essayé sous diverses formes et à différentes reprises, quitté et repris suivant les résultats qu'il procure, et dans tous les cas chaque jour encore il doit être de nouveau modifié en tenant compte des effets obtenus. Il faut enfin que ce travail soit toujonrs strictement proportionné aux forces pbysiques, aux dispositions morales et à la portée d'intelligence des malades.

» Les localités dans lesquelles, après avoir couvert par des constructions immenses nn grand espace de terrain, il demeure possible encore de conserver assez de place libre et découverte pour assurer des travaux à une aussi nombreuse réunion d'individus ne pourraient se trouver dans une ville. Une acquisition de ce genre serait fort dispendieuse même partout ailleurs, et augmenterait énormément le cbiffre des dépenses à réaliser pour la création d'un établissement modèle, tandis que l'administration possède, soit à Bicêtre, soit à la Salpêtrière, soit dans les fermes qu'elle administre, tout ou partie des ressources que nons pouvons réclamer tant sous le rapport des bâtiments que sous le rapport surtout des terres à mettre en culture.

» Les bâtiments affectés aux aliénés (hommes), à Bicêtre et à la ferme Sainte-Anne, pourraient contenir aujourd'hui sans encombrement et dans des conditions, sinon complétement satisfaisantes, du moins fort admissibles, six cents malades. Les terrains qui dépendent de ces deux établissements suffiraient à alimenter le travail du même nombre d'individus s'ils étaient augmentés, ainsi que je l'ai fait observer déjà, de 11 hectares pour le premier et de 7 ou 8 pour le second.

» A Bicêtre, il existe des infirmeries saines pour le traitement des maladies accidentelles, des loges de construction moderne et très convenablement disposées pour les aliénés dont l'état réclame un isolement momentané, malades dont le nombre diminue chaqne jonr et disparaît même en totalité dans les établissements où règne une babile discipline médicale. Il ne faudrait, pour mettre un terme à l'encombrement actuel et pour établir un classement suffisant des malades, qu'en réduire le nombre à 470 pour Bicêtre et à 130 pour Sainte-Anne. Il resterait donc environ 700 aliénés (hommes) à placer. En augmentant les hâtiments qui composent ces deux parties du service de manière à y loger encore 400 malades (et cela serait facile sans être trop dispendieux), il ne resterait plus qu'à disposer un local nouveau pour 277 ou 300 aliénés (hommes).

fils, eut le pied mal placé et fit une chute. Il lui fut impossible de se relever; le membre devint douloureux, et nous l'avons reçu dans notre service il y a deux jours. Voici ce qu'on observait alors : il y avait au bas de la jambe une enflure notable qui n'était point le résultat de l'inflammation, puisqu'elle ne s'accompagnait pas de rougeur, mais d'une teinte légèrement bleuâtre; cette enflure est sans empâtement; elle ne conserve pas l'impression du doigt qu'on y applique; on voit qu'elle est due à des liquides infiltrés dans les tissus, et rien ne peut faire supposer que ce soit autre chose que du sang. C'est donc un gonflement dû à du sang infiltré. Ce gonflement, assez douloureux à la pression, pourrait résulter d'un coup, du renversement du pied ou d'une brisure; il est rare toutefois de le remarquer dans les entorses, et, quoiqu'il soit commun de l'observer à la suite d'un coup, il y a lieu de penser qu'il peut dépendre d'une brisure de l'os.

De prime abord, on est porté à croire qu'il existe chez ce malade une fracture du péroné au-dessus de la malléole; le pied est dévié en dehors, la malléole externe est proéminente, et on constate un peu au-dessus d'elle une dépression. Il n'y a pas cependant de fracture du péroné; l'examen direct le montre; on peut suivre le péroné dans sa longueur sans rencontrer ni saillie ni mobilité anormale à la pression; et, quand même l'examen direct ne prouverait pas qu'il n'y a pas fracture du péroné, l'examen à l'œil l'indiquerait suffisamment. C'est là-dessus que je veux surtout appeler votre attention.

Quand existe la fracture du péroné, l'œil seul suffit souvent pour la constater; le pied est dévié en dehors, la malléole externe offre une saillie plus forte qu'à l'état normal, et on voit au-dessus d'elle une excavation. S'il y avait ici une ecchymose du côté droit du mollet, ecchymose qui fût plus forte au-dessus et au-dessous de l'excavation que sur le pied, il y aurait de fortes raisons pour croire à une fracture du péroné. Bien plus, il y aurait certitude si, avec ces phénomènes, existait une phlyctène noire. Ce sont là des signes rationnels qui donnent presque la certitude de l'existence de la fracture; mais quand manquent l'ecchymose et la phlyctène, il faut avoir des doutes et procéder à l'exploration directe.

En effet, les signes que nous venons d'énoncer peuvent dépendre de l'action musculaire, et voici comment cette action n'amène pas un saillie plus grande de la malléole ni une dépression au-dessus d'elle; mais elle porte la pointe du pied en dehors par la contraction des muscles péroniers latéraux et antérieurs, qui deviennent plus gros, masquent la pointe de la malléole, et le creux qui est au-dessus d'elle paraît plus profond.

C'est une apparence qui tient à ce que les muscles se contractent plus facilement en dehors qu'en dedans; car, dès qu'une blessure existe à la partie interne de la jambe, la contraction des muscles de cette partie devient douloureuse, et le malade ne remue pas, redoutant la douleur. Il faut faire attention à cette particularité, qui peut faire prendre le change. Aussi, en continuant mon examen vers la partie interne du membre, j'ai constaté un fracture du tibia, fracture qui n'a pas lieu où l'on observe ordinairement lorsqu'on la constate pour une cause pareille. Elle est située au-dessus de la malléole.

Quand le péroné n'est pas fracturé, ordinairement le tibia ne l'est pas non plus. Ici c'est le corps de l'os et non la malléole qui est fracturé, et cette fracture est due probablement à l'action violente du poids du corps sur le tibia, au moment où le pied était tourné en dehors. Du reste, j'aurais pu deviner cette fracture sans la constater; et j'insiste sur ce point, parce qu'il est important.

Quand existe un gonflement notable de la malléole au mollet avec un amincissement et une teinte bleuâtre de la peau; quand ce gonflement cède sous la pression du doigt, il y a évidemment un liquide, un épanchement de sang. Mais un épanchement de sang si fort avec amincissement de la peau ne peut pas venir d'une entorse.

Dans l'entorse en effet le sang ne s'infiltre pas par foyer; il s'infiltre dans tout le pied et non dans la jambe, au-dessous et non au-dessus, et jamais en foyer qui ressemble à celui-ci. Il en résulte que, s'il y a possibilité d'épanchement de sang dans l'entorse, il n'est pas probable qu'il soit ici dû à cette lésion. S'il n'est pas dû à une entorse, il peut dépendre de deux autres choses, d'un choc direct ou d'une fracture. Or il ne paraît pas y avoir eu ici de choc direct. Le malade a fait une chute sans que la jambe ait reçu une violence ni directe, ni indirecte, et pourtant il est impossible qu'il existe un épanchement pareil dû à cette cause. Il n'y a plus qu'une fracture qui puisse lui donner lieu; de sorte que, si on n'a pas une certitude, on a au moins beaucoup de probabilités pour que cette cassure existe. Nous avons donc ici une fracture du tibia compliquée d'épanchement de sang dans son foyer.

On considérait autrefois, et maintenant beaucoup de praticiens considèrent encore ce cas comme grave, et cela pour deux raisons : la première, c'est que la fracture est près d'une jointure; la seconde, c'est qu'un épanchement de sang existe dans son foyer.

Plusieurs chirurgiens croient à la gravité plus grande d'une fracture située près d'une articulation. On redoute l'inflammation de cette articulation voisine, inflammation qui peut amener la roideur et quelquefois une série d'accidents très graves. Sans nier que cela puisse arriver, je pense qu'on en a singulièrement exagéré la fréquence. Une fracture au voisinage d'une articulation n'est pas plus dangereuse que les autres quand elle ne doit pas amener de difformité, quand elle n'est pas accompagnée de plaie; l'inflammation y est aussi rare que lorsqu'elle a lieu dans un autre point. Quant à la roideur ou à l'ankylose, on ne doit pas les craindre si on n'insiste pas sur l'immobilité, et les bandages inamovibles sont ici d'un grand secours.

Pour ce qui est de la présence du foyer, il est dangereux pour les chirurgiens qui croient nécessaire de l'ouvrir avec le bistouri; mais c'est alors la faute de l'art, car le foyer disparaît seul, et il ne faut pas s'en occuper. Ainsi, chez le malade dont je vous parle, l'appareil sera appliqué comme s'il n'y avait pas d'épanchement, et je ne crains pas de prédire que la guérison se fera absolument comme si la fracture était simple. A. Bernard.

ÉTUDES

Sur les végétations des cicatrices et des ulcères;

Par E. Follin, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de Médecine.

(Suite et fin du numéro du 30 juin.)

2° *Cancroïdes des cicatrices et des ulcères.* — Plus rares que les précédentes, ces végétations en diffèrent complétement. Les cancroïdes des cicatrices et des anciens ulcères s'établissent le plus souvent sur une peau qui a perdu sa souplesse et s'est indurée. Quand, par exemple, une cicatrice ou un ulcère ont été le siége d'une inflammation lente et prolongée; quand, à plusieurs reprises, la cicatrice s'est ouverte; enfin, quand toutes ces choses-là ont été ou mal soignées, ou irritées, on peut craindre le développement d'un cancroïde. J'ai vu un cancroïde développé au lieu qu'occupait un cautère du bras. L'examen anatomique m'a clairement démontré qu'il ne s'agissait pas là d'un véritable cancer.

Au début du développement de ces tumeurs, on aperçoit sur la cicatrice ou à la surface de l'ulcération quelques nodosités ou quelques végétations qui semblent ulcérées et laissent suinter un liquide semi-purulent roussâtre. Ordinairement ces nodosités sont recouvertes d'un enduit plus ou moins épais, comme écailleux, formé par un dépôt de matières purulentes desséchées et de cellules épithéliales. Ces croûtes jaunâtres peuvent facilement être soulevées et détachées de la surface qu'elles recouvrent. Un cataplasme remplit promptement cet office. La surface mise ainsi à nu offre un aspect tellement particulier, qu'il suffit souvent pour éclairer sur la nature de la maladie. On constate qu'elle est hérissée d'un grand nombre de petites papilles le plus souvent renflées en massue à leur surface libre, quelquefois pointues; les saillies papillaires sont facilement écartées les unes des autres, et contiennent dans leur intervalle un enduit crémeux blanchâtre qui se mêle au pus excrété par la surface de l'ulcération. Cette induration papillaire ne tarde pas à gagner en largeur; elle s'étend en ne comprenant que l'épaisseur de la peau. D'ordinaire les tissus sous-jacents sont parfaitement libres de toute adhérence avec le tissu malade. La maladie gagne en largeur et non en profondeur. Du reste, dans cette singulière affection, il semble parfois qu'il y ait un égal développement de toutes les parties malades. Ainsi, on ne distingue pas de ces végétations inégalement saillantes, comme dans les tumeurs fibro-cellulaires que j'ai déjà décrites. Ces tumeurs, une fois enlevées, ont une grande tendance à reparaître sous la même forme.

La terminaison de ces tumeurs est plus funeste que celle des précédentes. On les voit s'étendre au loin sur les tissus sains et gagner comme d'une manière maligne. M. Hawkins n'a pas assez bien décrit les tumeurs des cicatrices pour qu'on puisse émettre une opinion formelle sur l'espèce de ces productions qu'il a observée; mais je serais assez disposé à me servir d'une expression qu'il emploie pour désigner certaines formes de ces cancroïdes des cicatrices. Il les désigne sous les expressions de *malignant local disease*. En effet, ces tumeurs cancroïdes sont une expression maligne qui ne tend pas à se généraliser dans l'économie. Elles gagnent peu à peu les tissus voisins par continuité; mais rien ne démontre qu'elles aillent infecter l'économie autrement que de proche en proche ou par la voie des lymphatiques, comme j'ai déjà eu l'occasion de l'indiquer. Dans certains cas, une vive inflammation se développe dans ces tissus morbides, et une assez large ulcération lui succède. C'est alors qu'on trouve ces ulcères profonds, taillés à pic, laissant suinter un liquide purulent assez abondant. Je trouve entre ces tumeurs des cicatrices et ce qu'on a décrit sous le nom de *cancer des ramoneurs* une grande analogie. La plus parfaite ressemblance existe aussi entre ces cancroïdes et la maladie décrite par les vétérinaires sous le nom d'*eaux aux jambes*. C'est la même disposition extérieure, la même structure intime. Quand, s'affranchissant du joug des classifications étroites, on aura mieux compris l'unité anatomique des espèces morbides, on classera dans une même catégorie ces productions qui se rattachent les unes aux autres par une grande similitude.

Je ne crois pas qu'on puisse confondre les deux sortes de tumeurs que j'ai décrites avec d'autres. Les productions scrophuleuses de la peau, par le ramollissement qu'elles éprouvent, par les matières qu'elles laissent couler au dehors, ne peuvent guère être confondues avec les tumeurs des cicatrices que j'ai décrites. Il en est de même des tubercules syphilitiques. Le cancer de la peau, par sa multiplicité, par ses douleurs, par sa tendance à une ulcération rapide et d'un aspect véritablement spécial, ne pourra pas non plus offrir de chances d'erreur.

Pour terminer cette étude rapide d'un sujet qui est à peine connu, je présenterai quelques considérations relatives au pronostic et à la thérapeutique.

Les observations recueillies jusqu'à présent dans les auteurs, celles que j'ai faites moi-même permettent d'établir que ces sortes de tumeurs fibro-cellulaires ou cancroïdes ne sont pas immédiatement graves. Une distinction importante doit toutefois être faite ici entre les deux espèces que j'ai décrites. Les tumeurs fibro-cellulaires peuvent exister très longtemps chez un individu sans entraîner d'accidents. Il n'en est

---

Colonie agricole. — » Le parti qui semble à cet égard le plus convenable consisterait dans la fondation d'une colonie agricole. Là seraient placés, sans qu'on les déclarât toutefois incurables, sous la direction d'un directeur-médecin, aidé par un seul commis et par un élève, les aliénés dont l'état ne réclame pas un traitement médical très actif, ni surtout des moyens de répression très puissants. Les idiots en feraient partie. On pourrait encore y joindre, mais sans les confondre sous le rapport médico-légal dans les mesures que la loi réclame pour les aliénés, et en les logeant d'une manière tout à fait isolée, les épileptiques non aliénés que les hospices conservent à leur charge. Il serait possible même, au moyen de certaines précautions, de placer dans ce nouvel établissement les épileptiques considérés comme aliénés, toutes les fois que leur aliénation ne révèlerait pas les caractères de la folie furieuse. Il demeure de la dernière évidence que, pour tous les individus composant ces diverses catégories, le séjour à la campagne et les travaux agricoles ne peuvent manquer d'être éminemment salutaires.

» Je demande pour eux la vie des champs en quelque sorte dans toute sa simplicité. Une acquisition en mauvais sol et par conséquent peu onéreuse, une location même à terme éloigné, pourraient suffire, et l'on trouverait sans doute dans les propriétés rurales appartenant aux hospices une localité propre à favoriser cette création.

» Il est établi dans le compte des recettes et dépenses de l'administration hospitalière pour l'exercice 1845 que les hospices possèdent plus de 7,000 hectares de terrain, répartis en différents corps de ferme dans les huits départements les plus voisins de Paris.

» Les circonstances qui se rattachent à la ferme Sainte-Anne constituent un précédent dont l'administration ne saurait perdre le souvenir. Cette ferme était louée 1,500 fr. à un fermier qui y faisait de si tristes affaires qu'il dut manquer à son traité. Elle se trouvait en friche à l'époque où la culture en fut confiée à nos aliénés, et cependant l'année qui suivit elle avait acquis une parfaite valeur. Ce résultat, au reste, n'est pas surprenant; la culture à la bêche et le binage ne manquent jamais de donner d'excellents produits dans les terres légères et dans celles dont l'entretien a été négligé. C'est la plus utile de toutes les *façons*, comme disent les agriculteurs, pour les mauvais bois et pour les prairies.

» J'ajouterai que, dans une ferme présentant un tel ensemble de conditions, l'élève des animaux serait facile, les malades désignés plus haut étant parfaitement aptes à leur donner les soins qu'ils exigent. Sans parler des produits de la porcherie de Sainte-Anne, que je ne voudrais voir reproduite que sur une échelle très restreinte dans l'établissement nouveau, le pacage des moutons, et surtout l'établissement d'une vacherie nombreuse, bien organisée et bien entretenue, seraient féconds en avantages, dans le cas où la ferme ne serait point située à trop grande distance de Paris. Il serait possible, par exemple, de tirer de la laiterie le lait nécessaire aux établissements nosocomiaux et hospitaliers. Cet aliment de l'enfance, étant sans mélange et toujours d'une bonne qualité, donnerait une seconde fois la vie à nos pauvres orphelins, à nos enfants abandonnés. Il serait, dans de semblables conditions, un aliment médicamenteux très puissant pour les constitutions épuisées et pour les nombreux phthisiques qui viennent demander des éléments réparateurs à la charité nosocomiale. D'une part, le placement du produit serait régulièrement assuré, ce qui donnerait une solution économique satisfaisante; et, d'autre part, les pauvres orphelins ou les malades ne seraient plus exposés aux accidents graves et fréquents d'une falsification très habilement dissimulée, mais à peu près constante. Je n'ai pas besoin de faire remarquer, je crois, la pressante gravité de cette dernière considération.

Localités et constructions. — » Quant aux bâtiments qui devraient faire partie de l'établissement proposé, je ne crains pas de déclarer qu'ils ne réclament qu'un très petit nombre de dispositions spéciales. D'anciens bâtiments pourraient être utilisés, et s'il fallait en élever de nouveaux, j'assumerais volontiers toute la responsabilité d'un conseil tendant à donner à ces bâtiments les conditions architecturales les moins dispendieuses.

» Pour terminer ce long chapitre de mon rapport, auquel l'importance des matières et l'opportunité des circonstances m'ont fait donner la priorité sur tout autre sujet, il me reste à examiner si les vieillards indigents de l'hospice de Bicêtre gagneraient autant qu'on le dit à entrer en possession des localités occupées par les aliénés. Cet examen sera fort rapide, car l'évidence des faits rend ici toute démonstration superflue.

» La cour des Colonnes-Neuves et celle dite du Grand-Puits ont été bâties à l'aide de sacrifices considérables, dans une vue toute particulière. Elles conviennent et ne peuvent convenir qu'à des aliénés.

» La vie commune d'ailleurs et des dortoirs constamment surveillés pendant la nuit sont infiniment préférables pour des vieillards qui ont sans cesse besoin de soins et d'appui, qui sont sujets à des attaques d'apoplexie inopinées, à d'autres accidents analogues, et qui, pour la plupart, ne peuvent se mouvoir sans un secours étranger.

» Les anciens bâtiments de la prison, celui de la cour dite des Incurables, ne leur offriraient ni des dortoirs assez élevés, ni des réfectoires assez vastes. Un seul bâtiment, celui du conseil, pourrait devenir pour eux un refuge convenable, et il ne pourrait en recevoir qu'une soixantaine, si le rez-de-chaussée leur était conservé comme réfectoire ou chauffoir.

» Cette mesure, en définitive, déshériterait les aliénés sans profiter sensiblement aux vieillards, pour lesquels, au moyen d'une partie des additions de terrain dont j'ai fait mention, et de ceux encore vacants dans l'intérieur de l'hospice, on pourrait doubler le nombre de lits sans qu'il en coutât plus de 12 ou 1500 fr. pour chacun.

» Je me suis borné, jusqu'à présent, à envisager la grave question sur laquelle je suis appelé à donner un avis au point de vue des applications utiles aux malades et à l'administration elle-même, considérée comme un être abstrait, un individu isolé, représentant un intérêt unique. (*La fin à un prochain numéro.*)

NOUVELLES.

M. Küss, professeur de physiologie à la Faculté de Médecine de Strasbourg, vient d'être suspendu pour trois mois de ses fonctions. Les motifs de cette mesure sont étrangers aux fonctions professorales de M. Küss.

— M. Lacger, chirurgien-major de 2e classe aux ambulances de l'Algérie, est promu à la 1re classe aux mêmes ambulances;

M. Judan, chirurgien-major de 2e classe au 1er lanciers, est promu à la 1re classe au même régiment;

M. Dulac, chirurgien-major de 2e classe au 45e de ligne, est promu à la 1re classe au même régiment;

M. Donnézan, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital de Versailles, est désigné pour celui de Perpignan.

— Ont été nommés :

A deux emplois de chirurgien aide-major de 2e classe (concours de 1847). — M. Turin, aide-major commissionné au 67e de ligne, en remplacement de M. Lamonta, nommé à la 1re classe;

M. Blondeau, chirurgien aide-major commissionné au 15e léger, en remplacement de M. Ehrmann, nommé à la 1re classe.

A un emploi de chirurgien sous-aide. — M. Casteran, chirurgien-élève à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, ex-capitaine au 8e bataillon de la garde mobile, en remplacement de M. Simon, nommé chirurgien aide-major commissionné.

pas toujours de même des cancroïdes. Par leur nature essentiellement extensive, ces tumeurs appellent toute l'attention du chirurgien, et, à ce propos, une remarque d'anatomie pathologique que j'ai eu l'occasion de faire ne sera pas inutile. Autour d'un point qui est le siége d'un cancroïde, la peau est infiltrée de cette matière blanche contenant les mêmes cellules épithéliales qu'on trouve au centre de la tumeur. J'ai vu cette matière blanche s'étendre bien au delà du point qui était directement le siége de la maladie, et c'est sans doute à cette cause qu'il faut attribuer la récidive si souvent locale de ces sortes de tumeurs. Ce sont les cancroïdes qui infiltrent les ganglions; les tumeurs simplement fibro-cellulaires ne se fraient pas une pareille voie; elles ne tendent guère à récidiver. On sait avec quelle facilité disparaissent ces végétations en choux-fleurs qu'on voit prendre naissance sur les cicatrices des ulcérations vénériennes. M. Macpherson (*Lond. med. Gaz.*, tome XXXV, 1844) prétend que ces tumeurs végétantes des cicatrices ne repullulent pas; M. Hawkins proclame aussi qu'il n'y a pas à craindre la récidive; elle n'est pas indiquée dans les observations qu'il cite. M. Velpeau, qui a fait quatre fois des opérations pour des kéloïdes, a vu la récidive deux fois. Cette question de la récidive n'a guère ici de valeur étiologique; constatons seulement la plus grande tendance qu'ont les cancroïdes à gagner de proche en proche.

Mais, quoi qu'il en soit de la *malignité locale* de ces cancroïdes, on voit à l'hôtel des Invalides un certain nombre d'individus qui portent depuis de longues années autour de leurs cautères de ces végétations papillaires qu'on excise de temps en temps et qu'on ne voit pas prendre une marche trop rapidement extensive. Il n'en est pas de même dans l'observation suivante, où l'on trouvera un exposé général de cette espèce de cancroïde. La plupart des faits que j'ai avancés dans ce travail s'y trouvent démontrés.

M. B..., âgé d'une cinquantaine d'années environ, a toujours joui d'une excellente santé. Il n'a jamais eu d'accidents syphilitiques, et dans sa famille personne n'a été atteint d'affection cancéreuse. Placé dans une heureuse position sociale, il donne à son régime tous les soins nécessaires; mais, toutefois, il pratique une assez grande sobriété pour éviter les inconvénients d'un embonpoint exagéré.

En 1820, M. B..., à la suite d'une vive affection nerveuse, craignit quelques accidents apoplectiques et alla consulter Dupuytren, qui lui conseilla un cautère au bras gauche. Cet exutoire, dont le malade prenait tous les soins désirables, fut pendant très longtemps dans un bon état.

Il y a une huitaine d'années environ, M. B... éprouva d'assez vives démangeaisons autour du cautère et fut ainsi porté à y exercer d'assez rudes frictions. Du reste, cet exutoire était entretenu par des pois d'iris sans l'emploi d'aucune pommade excitante.

Sous l'influence des frictions pratiquées à travers les vêtements et surtout chaque jour au moment du pansement, il se produisit, presque chaque matin, un écoulement de sang assez abondant qui apportait une légère diminution dans l'irritation de la partie.

De petites fongosités se montrèrent à partir de 1845 autour de ce cautère; l'alun calciné les fit promptement disparaître.

En octobre 1847, M. B... s'aperçut que la peau qui environnait la cavité du cautère et cette cavité elle-même étaient élevées au-dessus du niveau de la peau. Ce soulèvement acquit bientôt l'épaisseur d'un demi-centimètre, l'épiderme s'excoria, et alors se montrèrent les végétations qui remplirent bientôt la cavité du fonticule. La surface de la tumeur était alors rougeâtre, rugueuse, comme papillaire et parcourue par des sillons profonds de deux à trois millimètres. Cette surface et ses sillons étaient baignés par une matière fétide, de consistance sirupeuse, d'un blanc sale, quelquefois colorée par du sang.

Du reste, les démangeaisons, si vives antérieurement, avaient cessé de se faire sentir en même temps que l'écoulement du sang avait disparu. Dans la partie affectée le malade n'éprouvait que de légers élancements; seulement autour d'elle existait une continuelle sensation de fourmillement. Les ganglions axillaires étaient sains et non douloureux; les mouvements du bras s'exécutaient facilement sans aucun obstacle.

M. B. resta pendant un mois dans cet état, recevant les soins d'un médecin, qui fit sur la partie malade plusieurs cautérisations avec le nitrate d'argent solide, sans modifier en rien la tumeur. D'après l'avis de M. Blandin, on essaya le caustique de Vienne; mais les cautérisations, faites très superficiellement, n'amenèrent que l'enlèvement des couches les plus extérieures. Quinze jours après, vers la fin de janvier 1848, on essaya l'emploi du chlorure de zinc. Ce caustique amena la chute d'une eschare d'un centimètre d'épaisseur environ. La tumeur fut ainsi amenée à la surface de la peau. Toutefois le fond de la plaie, grisâtre et inégal, donna bientôt naissance à des végétations qui s'élevèrent avec une nouvelle rapidité.

Vers la fin de février 1848, M. B. consulta un de ses parents, médecin distingué de Paris, à l'obligeance duquel je dois ces renseignements. Il existait alors une saillie fongueuse formée de végétations réunies par leur base. La surface de cette production morbide était d'une couleur brune, pointillée, papilliforme, et comme recouverte d'un vernis formé par une matière sirupeuse, fétide, qui en remplissait les anfractuosités. La titillation de ces papilles amenait facilement un écoulement de sang. Du reste, elles n'étaient pas douloureuses; toutes ces végétations réunies constituaient une plaque de trois à quatre travers de doigt.

Le malade craignait fort l'opération par l'instrument tranchant. On essaya l'huile iodée, dont on imbiba un léger plumasseau de charpie, qui fut appliqué sur le mal. Ce traitement, continué pendant une quinzaine de jours, ne fut suivi d'aucun résultat, et le malade se décida à l'opération.

La tumeur, siégeant seulement dans la peau, n'avait contracté aucune adhérence avec les tissus sous-jacents. En haut la peau du pourtour de la tumeur était légèrement indurée; mais en bas, en dehors et en dedans, elle était souple et avait conservé ses propriétés normales. Le médecin qui a bien voulu me confier tous ces détails cerna la tumeur à 2 centimètres en dehors de ses bords par une incision pentagonale, en ménageant à la partie inférieure une cicatrice récente due à la cautérisation par le chlorure de zinc. Les tissus sous-cutanés étaient sains. Toutefois on pratiqua la cautérisation avec le fer rouge, dans le but de modifier l'état local des parties.

Six semaines après cette première ablation, la cicatrice produite par le chlorure de zinc et qu'on avait épargnée présenta des soulements partiels; de nouvelles végétations allaient s'y développer; on l'excisa. La plaie marchait bien vers la cicatrisation, lorsque deux mois et demi après la seconde opération quelques végétations se montrèrent de nouveau vers l'angle supérieur de la plaie. On les excisa et on obtint une cicatrice qui était encore visible au moment de l'opération pratiquée par M. Velpeau.

Du mois de juin à octobre 1848, la cicatrice parut se consolider; toutefois cette solidité n'était guère grande, car l'épiderme se rompait et il se formait des excoriations qui se fermaient pour se reproduire de nouveau. Vers la fin d'octobre 1848, des soulèvements de même nature se produisirent vers la partie interne et inférieure de la cicatrice; de là elles s'étendirent bientôt à toute la cicatrice, sauf au tiers supérieur. L'épiderme détruit, les végétations se montrèrent avec cet aspect papillaire vraiment si caractéristique dans les tumeurs de cette sorte.

De décembre 1848 à janvier 1849, l'accroissement du mal fut rapide. M. B. se décida à aller consulter M. Velpeau, qui conseilla de nouveau l'extirpation du mal. L'opération fut pratiquée vers la fin de février 1849. On circonscrivit la tumeur par des incisions, et on la détacha des tissus profonds. La réunion fut faite à l'aide de la suture entortillée. J'ai appris que les résultats de l'opération avaient été satisfaisants. Le malade est aujourd'hui guéri.

L'examen de cette tumeur si curieuse ne m'a montré que des cellules épithéliales recouvrant et infiltrant ces papilles, qui avaient pour base du tissu fibro-plastique. La figure C, de la planche Ire, représente des éléments pris sur cette tumeur. On y voit en *a* de grandes cellules épithéliales à noyau qui recouvraient et infiltraient pour ainsi dire le tissu des papilles qui était constitué par des corps fibro-plastiques *b* et des fibres élastiques *cc*. La matière blanche située entre les saillies papillaires était formée presque uniquement par des cellules épithéliales à noyau; ces cellules épithéliales, quand elles infiltrent un tissu, lui donnent une apparence comme grumeleuse, blanchâtre, et c'est à une telle disposition qu'il faut attribuer l'aspect tout particulier que ce tissu papillaire présente à la coupe.

Cette observation me paraît très importante, en ce qu'elle montre un véritable type de ces cancroïdes si souvent pris pour des cancers, et qui, comme eux, ont une très grande tendance à récidiver. Je ferai, relativement à ce fait, une dernière remarque, en déclarant n'y attacher toutefois qu'une assez médiocre importance. Le fils de M. B... jouit d'une bonne santé; mais il a eu déjà à subir deux fois l'ablation de petites tumeurs papillaires et fongueuses. L'une de ces fongosités s'était développée sur le cuir chevelu, au-dessus du front; elle avait le volume d'un pois. L'autre tumeur consistait dans le développement hypertrophique d'une papille conique de la langue qui avait acquis le volume d'une lentille, et produisait de la douleur dans la mastication.

La thérapeutique de ces végétations des cicatrices et des ulcères ne compte guère que trois moyens qui puissent être applicables, car le traitement interne doit être rejeté; ces moyens chirurgicaux sont:

1° La compression;

2° La cautérisation;

3° L'ablation avec l'instrument tranchant.

La compression a été conseillée par M. Rayer pour faire disparaître la kéloïde. Chacun sait quelle est la puissance de cet agent quand on peut l'appliquer d'une manière à la fois commode et uniforme. C'est à la compression à l'aide du diachylum qu'il faudrait avoir recours; bien faite, elle ne cède guère et elle peut d'ailleurs être facilement et promptement renouvelée.

La cautérisation a eu quelques partisans, et, tout en proclamant les avantages du bistouri, M. Hawkins reconnaît que, dans certains cas, les caustiques peuvent seuls être employés. Il donne alors la préférence au chlorure de zinc; mais là, comme dans une foule d'autres cas, ce caustique offre d'incontestables désavantages. On a constaté qu'il était très douloureux, et, à cause de sa liquidité, il s'étend facilement et gagne les tissus sains. De tous les caustiques qui peuvent être facilement appliqués à la surface de la peau et qui ne doivent pas produire un exutoire immédiat, le plus facile à manier et l'un des moins douloureux, c'est le caustique sulfo-safranique de M. Velpeau. Formé d'acide sulfurique concentré et de fleurs de safran ajoutées de manière à faire une pâte semi-liquide, il a une consistance demi-molle, ne s'étend pas au delà des parties sur lesquelles on l'a placé, et donne lieu à une eschare sèche, inodore, au-dessous de laquelle s'opère le plus souvent un travail réparateur. Si quelque chose étonne, c'est de ne pas voir ce caustique d'un usage plus répandu; mieux que tous les autres caustiques il serait applicable aux tumeurs des cicatrices. Mais avec le caustique, on ne peut guère toujours mesurer d'une manière complète les limites du mal. On a cité plusieurs cas de végétations des cicatrices ou des ulcères récidivées après l'application de certains caustiques.

Le bistouri vient donc ici, comme de toutes les ressources la plus commode. Si la végétation repose sur un membre, si son étendue n'est pas trop considérable, la tumeur sera enlevée en y comprenant une certaine portion de peau située au delà des limites apparentes du mal. Cette précaution est surtout indispensable pour les tumeurs cancroïdes. Mais parfois les racines du mal ont atteint la profondeur du membre, ou bien une quantité considérable de peau est devenue le siége de la production morbide, et alors c'est le membre qu'il faut enlever. L'amputation a réussi dans certains cas rapportés par les médecins anglais. M. Velpeau m'a cité un cas de tumeur analogue à celle de M. B..., développée à la surface d'un vésicatoire, et qui avait nécessité la désarticulation de l'épaule. Dans une des observations de M. Hawkins le malade mourut de phlébite; dans un autre cas, la tumeur était si étendue dans le dos, qu'il fallut se résigner à laisser mourir le malade sans lui apporter les secours de la chirurgie.

Enfin, comme traitement palliatif, on peut conseiller l'*ébarbement* des tumeurs fibro-cellulaires, qu'elles revêtent l'apparence de petits choux-fleurs, ou bien qu'elles aient un volume plus considérable.

En exposant ces quelques remarques, je n'ai point eu la prétention de donner une histoire complète de la matière; j'ai seulement voulu, en rappelant les faits que j'avais observés, établir un cadre pour un travail sur les maladies des cicatrices que je me propose d'achever plus tard.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 juillet 1849. — Présidence de M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Prophylaxie et traitement du choléra.

M. Gaultier de Claubry a la parole pour la lecture d'un rapport officiel sur un préservatif du choléra. Ce préservatif consiste dans une solution de boule de Nancy. (Conclusions défavorables adoptées.)

Le même membre lit un second rapport sur un second préservatif, consistant dans un bain de sublimé à prendre.

M. Martin-Solon lit trois rapports sur des remèdes anticholériques (thé, vapeurs ammoniacales, etc.), et propose des conclusions défavorables, qui sont adoptées.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que la séance de l'Académie ne pourra avoir lieu mardi prochain, parce que le local des séances sera occupé pour les élections. L'Académie se réunira le jeudi suivant.

— M. LE PRÉSIDENT. Il va être procédé à l'élection d'un membre dans la section de médecine opératoire. Avant qu'on ne procède au vote, je dois donner connaissance d'une lettre de M. Vidal (de Cassis), qui se désiste de sa candidature.

Au premier tour de scrutin, les voix se répartirent de la manière suivante:

Nombre de votants	87
M. Robert obtient	36 suffrages.
M. Ricord	32
M. Larrey	19
M. Nélaton	2
	89

Le nombre des suffrages exprimés étant supérieur au nombre des votants, ce scrutin est annulé, et l'on procède à un second tour, qui donne les résultats suivants:

Nombre de votants	91
M. Robert	43
M. Ricord	41
M. Larrey	7
	91

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité absolue, il est procédé à un scrutin de ballottage entre MM. Robert et Ricord. Ce scrutin donne les résultats suivants:

Nombre de votants	89
M. Robert	44
M. Ricord	44
M. Larrey	1

M. LE PRÉSIDENT. Messieurs, je crois que c'est la première fois que le scrutin donne un résultat pareil à celui que nous venons de constater; résultat que le règlement n'a point prévu. Si le nombre des voix était pair, je crois qu'il y aurait à décider ce qu'il convient de faire; mais comme une voix a été donnée à M. Larrey, cette voix fera la majorité, et je crois qu'il est convenable de procéder à un dernier tour de scrutin.

M. DEVILLIERS. En cas de partage égal des voix, c'est le plus ancien des deux candidats qui doit être nommé.

M. ORFILA. Je crois en effet qu'il convient de procéder à un autre tour de scrutin; mais, comme beaucoup de membres ont pensé que le scrutin de ballottage serait définitif, ils sont sortis de la salle après avoir voté, et, si nous votions en ce moment, nous serions infiniment moins nombreux qu'aux précédents scrutins. En conséquence, je demande qu'on renvoie la nomination à la prochaine séance.

PLUSIEURS VOIX. Comme la prochaine séance est un jeudi et qu'il y aura probablement peu de monde ce jour-là, il vaudrait mieux renvoyer la nomination à la séance suivante.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée. La nomination aura donc lieu dans la séance du mardi 17 juillet.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL a la parole pour le dépouillement de la correspondance.

La correspondance officielle comprend quatre lettres du ministre de l'agriculture et du commerce dont trois ont pour objet des remèdes anticholériques, et la dernière une épidémie de fièvre typhoïde décrite par M. Billot, médecin des épidémies de Poligny (Jura).

M. le ministre des travaux publics envoie un exemplaire de la carte hydrologique de la France, qui lui a été demandé par l'Académie sur les sollicitations de la commission du choléra.

Communications diverses relatives au choléra.

M. Nicolas, médecin à Paris, envoie l'observation d'une femme qui a été affectée de choléra à cinq mois et demi de

grossesse; il y a eu avortement; l'enfant est mort, la mère a survéeu.

— M. Padioleau, de Nantes, envoie des considérations sur la nature et le traitement du choléra.

— M. Girard, médecin de l'Asile d'aliénés d'Auxerre, annonce que le choléra a éclaté dans l'établissement qu'il dirige, et que l'épidémie a sévi plus particulièrement sur les organismes affaiblis. Les onze cas de choléra qui ont eu lieu dans l'établissement se sont développés dans des quartiers séparés; il n'y a, par conséquent, pas eu même d'apparence de contagion.

— M. le Dr Brochard, de Nogent-le-Rotrou, envoie de nouveaux faits en faveur de la contagion. Ce médecin annonce d'abord que le choléra ne régnait pas à Nogent-le-Rotrou quand est arrivé de Paris une nourrice cholérique, et que pendant la durée de l'épidémie on ne l'a que rarement vu frapper *à la fois*, mais bien *successivement*, plusieurs personnes dans la même maison ; d'où il conclut à la propriété contagieuse de la maladie.

— M. le Dr Chambay, médecin des prisons d'Alençon, envoie une note de laquelle il résulterait que le choléra s'est développé dans la commune de Saint-Martin-des-Landes, à la suite de l'arrivée d'une nourrice et de son nourrisson; il a atteint successivement le nourrisson, la nourrice et deux voisines. D'autres personnes ont eu la cholérine.

Traitement local des bubons.

M. le Dr Martin Roquebrune, chirurgien de première classe de la marine, adresse un mémoire sur le traitement local des bubons. L'auteur préconise la ponction dite *sous-cutanée*.

— M. Martin-Solon a la parole pour un fait personnel, à propos de la correspondance.

M. Brochard me nomme personnellement dans sa communication ; je n'en comprends pas très bien les motifs; je n'ai pas été seul, tant s'en faut, dans cette enceinte, à attaquer les conclusions que M. Brochard tirait de faits insuffisants. Quant à l'affirmation de M. Brochard relativement au moment où le choléra a éclaté dans la ville de Nogent-le-Rotrou, je dois lui opposer l'affirmation contraire d'un membre de la commission du choléra, homme fort croyable et que je crois très bien renseigné; et il me semble qu'avant de se prononcer pour l'une de ces deux affirmations, il faudrait au moins y regarder de très près.

Quant aux faits que M. Brochard raconte dans sa lettre, on en doit conclure que le choléra présente, à Nogent, une physionomie toute particulière; car, à Paris, rien n'est plus fréquent que de voir l'épidémie attaquer une seule personne dans une maison; ou, quand elle en attaque plusieurs, en attaquer quelques-unes simultanément. Cela n'enlève rien à l'intérêt des faits observés par M. Brochard; je répète, au contraire, que ces faits ont un intérêt tout particulier, puisqu'ils sont tout différents de ce qu'on observe ailleurs.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Nous extrayons des comptes-rendus de cette Société les notes suivantes.

Contractilité des veines.

M. Gubler croit démontrer l'existence de cette contractilité par les expériences suivantes :

Quand on percute un peu vivement un des rameaux veineux qui se détachent de l'arcade veineuse dorsale de la main, tandis que le système veineux est bien rempli, on voit, non pas immédiatement, mais au bout d'un très court intervalle de temps, la veine se rétrécir au niveau du point touché, puis la constriction s'étendre par degrés au-dessus et au-dessous de ce point jusqu'aux plus prochaines anastomoses dans une longueur de 4 à 5 centimètres, par exemple. Cette constriction est accompagnée d'une sensation particulière que le sujet perçoit avant que la constriction ne soit achevée ; le point qui a été frappé commence ordinairement à subir une dilatation restreinte à quelques millimètres de la longueur du vaisseau, en même temps que la peau s'injecte, de façon qu'il existe alors une sorte de bosselure variqueuse sur le trajet d'une veine devenue presque linéaire. Peu à peu la veine se remplit de sang, et au bout de quelque temps elle a repris son calibre primitif. Les veines voisines ne participent en rien au phénomène, à moins qu'elles n'aient été directement ébranlées; il est donc impossible d'attribuer la constriction au resserrement tonique d'une couche dartoïde sous-cutanée ; car dans cette supposition on ne voit pas pourquoi l'action se propagerait plutôt suivant une ligne que dans toutes les directions, en s'atténuant à partir du point central. Il faut donc admettre que la faculté contractile réside dans les parois veineuses elles-mêmes. M. Gubler a répété ses observations sur plusieurs personnes. L'expérience réussit mieux chez les jeunes gens et chez les sujets dont le système veineux présente des alternatives de turgescence et de vacuité; elle manque complétement chez les vieillards. En tous cas le phénomène n'est manifeste que dans le cas où les veines sont bien remplies. Or cela exige un concours de circonstances qu'il n'est pas toujours facile de réaliser. Ainsi il est nécessaire que la peau soit chaude, que ses fonctions soient activées, comme après la marche, et qu'on ne soit en proie à aucune émotion capable de troubler la circulation périphérique.

Productions morbides trouvées sur la muqueuse vésicale d'une femme syphilitique.

M. Follin a présenté la vessie d'une femme qui portait sur la muqueuse une douzaine de petites tumeurs larges comme une lentille, *s'élevant* d'un millimètre à la surface interne de la vessie, et présentant une véritable ressemblance avec les tubercules muqueux qui se manifestent sur les grandes lèvres de la vulve. La nature syphilitique de ces productions paraît d'autant plus présumable à M. Follin, que la femme sur laquelle il les a observées avait le voile du palais et la voûte palatine détruits par une affection syphilitique, et le foie présentait, en outre, la dégénérescence particulière décrite par M. Gubler comme propre à cette maladie.

Tremblement des cholériques après la mort.

M. Brown-Sequart a observé sur des hommes morts du choléra un tremblement semblable à celui qu'on remarque chez les animaux tués subitement. Il a noté, en outre, des mouvements de totalité de l'avant-bras très intenses une heure après la mort, et qui se manifestent encore trois heures après la cessation des battements du cœur. La durée de ces mouvements serait en rapport, d'après M. Brown-Sequart, avec la rapidité de la maladie et le degré d'abaissement de la température avant la mort.

CORRESPONDANCE.

Contagion du choléra. — Le choléra et les fièvres intermittentes.

Nous recevons de M. Maslieurat-Lagémard la lettre suivante provoquée par une erreur typographique que nos lecteurs auront sans doute remarquée dans le dernier compte-rendu de l'Académie de médecine, et qui attribuerait à notre confrère une absurdité dont personne assurément ne l'aura cru capable.

Monsieur le rédacteur,

Dans le numéro du jeudi 28 juin de votre excellent journal, vous me faites dire, en rendant compte de la séance de l'Académie de médecine du 26 juin :

« M. Maslieurat-Lagémard annonce qu'il règne beaucoup de fièvres intermittentes dans la Creuse, et que les maçons qui arrivent en grand nombre de Paris n'apportent pas la *fièvre intermittente* dans ce pays. »

Il ne m'est jamais venu dans la pensée d'émettre une idée semblable que les maçons peuvent apporter de Paris des fièvres intermittentes dans la Creuse.

Dans le grand nombre de communications plus ou moins excentriques qui sont faites à l'Académie au sujet du choléra, quelques médecins ont avancé que le choléra sévissait avec plus d'intensité là où régnaient des fièvres intermittentes.

Dans le département de la Creuse, il règne beaucoup de fièvres intermittentes ; ni en 1832, ni en 1849, il n'y a pas eu un seul cas de choléra.

On discute dans ce moment le principe de la contagion ; sans la nier ni l'admettre, je constate ce fait, savoir : que, depuis le commencement de l'épidémie à Paris, il est arrivé de Paris un grand nombre de maçons ayant eu soit la cholérine, soit le choléra, et que, bien qu'ayant été sous l'influence de l'épidémie de Paris, ils ne l'ont ni eu, ni communiqué à personne, que je sache, dans ce pays.

J'ai cru que ce fait pourrait intéresser l'Académie.

Vous voyez, monsieur le rédacteur, combien cette pensée est différente de celle reproduite dans votre journal. Je vous prie d'être assez bon pour modifier votre compte-rendu, et rectifier une erreur que vous avez commise bien involontairement, j'en ai la conviction; faites cette rectification soit en publiant ma lettre, soit de la manière que vous jugerez le plus convenable.

Agréez, etc. E. Maslieurat-Lagémard.

Grand-Bourg (Creuse), ce 1er juillet 1849.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 7 JUILLET 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 79.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR. —	13 FR. —	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR. —	14 FR. —	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR. —	16 FR. —	9 FR.

PARIS, 6 JUILLET 1849.

Bulletin du choléra.

L'épidémie semble enfin être arrivée à sa dernière période. 12 cas nouveaux seulement se sont montrés hier dans les hôpitaux civils. Les chiffres des décès à domicile démontrent que la maladie suit à peu près la même marche en ville que dans les hôpitaux, quoique ces chiffres soient publiés avec beaucoup de négligence et d'irrégularité par l'administration. On peut voir d'ailleurs par le tableau suivant que, si la maladie ne frappe qu'un petit nombre de victimes, elle ne cesse pas de frapper avec gravité.

Hôpitaux civils :		
Journée du 4 juillet.......	18 entrées,	9 décès.
— 5	12	13
Hôpitaux militaires pendant les deux jours..................	4	1
Total.................	34	23

DÉCÈS A DOMICILE.

Journée du 30 juin..................	23
— 1er juillet.................	21
— 2	16
Total......................	60
Total des décès dans les hôpitaux..........	6591
Total des décès à domicile jusqu'au 2 juillet inclusivement.........	9127
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie.	15718

Nota. Le chiffre des décès à domicile du 3 juillet est porté par le *Moniteur* à 4; mais ce chiffre est encore incomplet.

Revue clinique hebdomadaire.

Abcès multiples. Diathèse purulente. — Sous le nom d'abcès multiples, on ne comprend guère aujourd'hui que ceux qui se développent dans l'état puerpéral ou à la suite des grandes opérations chirurgicales. Il est cependant d'autres catégories d'abcès qui se développent sur plusieurs points du corps à la fois, et qui, sans être aussi nombreux que les abcès métastatiques proprement dits, méritent néanmoins d'attirer sérieusement l'attention des observateurs, et ne contribuent pas médiocrement à éclairer la nature de ces derniers.

Ces abcès, si peu étudiés jusqu'à présent, surtout à un point de vue général et philosophique, se développent dans diverses conditions que MM. de Castelnau et Ducrest ont indiquées dans leur mémoire sur les abcès multiples, couronné par l'Académie de médecine. Dans ce travail, les auteurs, après avoir recherché toutes les circonstances dans lesquelles il se développe des abcès multiples, classent ces circonstances diverses en trois groupes.

Dans le premier, constitué par les abcès varioliques, scarlatineux, morveux, etc., il existe dans l'économie un principe étranger bien évident, isolable même, qui cause une maladie spéciale, et aussi sans doute les abcès qui suivent ou accompagnent cette maladie.

Les abcès du second groupe surviennent dans des maladies (peste, fièvre jaune, scrophule, etc.) qui, sans être produites par un principe bien déterminé, ont cependant une telle analogie avec les maladies du premier groupe que l'existence de ce principe est très probable, et que, dans tous les cas, il existe, comme cause essentielle de la maladie, une altération de tout le système organique.

Enfin, dans un troisième groupe, les auteurs font une classe à part de certains abcès multiples que, *dans l'état actuel de la science*, on doit considérer comme spontanés; ce qui veut dire qu'on ne leur trouve encore aucune cause plausible.

Plus encore peut-être que tous les autres, ces derniers abcès sont dignes des méditations des observateurs, et c'est un exemple de ces abcès que l'on peut observer en ce moment dans le service de M. Jobert à l'Hôtel-Dieu, service qui, grâce à l'évacuation des cholériques, a repris maintenant son aspect chirurgical, et renferme des cas d'un grand intérêt.

Le malade qui est affecté de ces abcès est un jeune homme de dix-sept ans, exerçant depuis trois ans le métier de fondeur en cuivre, ayant toujours vécu auparavant chez ses parents, à la campagne. Il a souvent soigné des chevaux; mais ni chez ses parents, ni chez les plus proches voisins il n'a jamais entendu dire qu'aucun de ces animaux soit mort de la morve. Tous ses parents sont robustes, et ne paraissent présenter aucun symptôme de scrophule; lui-même, quoique d'une constitution médiocrement forte, n'offre aucune trace de cette maladie. Il assure n'avoir jamais été affecté d'aucun accident vénérien, ni écoulement, ni plaie, ni boutons sur la verge ou ailleurs. Il n'a pas eu non plus de maladie depuis trois ans qu'il est à Paris.

Il se portait donc très bien lorsque, il y a environ trois mois, il ressentit, le matin en se levant, un peu de douleur dans l'avant-bras gauche, près du coude; il crut s'être donné un coup sans s'en être aperçu, et ne fit pas d'autre attention à cette douleur, qui ne l'empêchait en aucune façon de travailler. Bientôt cependant il s'aperçut que, sur le point où la douleur existait, il s'était développé une tumeur qui s'accrut peu à peu sans causer des souffrances bien prononcées, et acquit un développement assez considérable. Un chirurgien reconnut dans cette tumeur un abcès froid; le malade entra à l'hôpital, et la tumeur fut ouverte par deux ponctions, l'une en dedans, l'autre en dehors de la partie supérieure de l'avant-bras. Pendant que le foyer de cet abcès se cicatrisait, un autre abcès présentant les mêmes caractères se développa au-dessous du genou gauche; il fut ouvert de même. Plus tard, un troisième abcès s'est formé à l'avant-bras droit; il a été ouvert hier, et l'on a pratiqué dans le foyer deux injections iodées dont l'une y a été laissée.

Au-dessus du poignet gauche, en avant, il existe un abcès comme furonculeux, du volume d'une petite noix, recouvert d'une peau violacée.

A la partie postérieure et externe du mollet gauche existe une induration du volume d'un petit œuf, mais mal circonscrite, qui serait, suivant le malade, le point de départ ou la première période d'un abcès futur. Une semblable induration, mais plus considérable, existe au-dessus et autour du tendon d'Achille. Ces tumeurs, de même que les abcès, sont indolentes spontanément, et peu douloureuses même à la pression.

L'appétit du malade est bon; il n'a pas eu et n'a point encore de fièvre.

A quelle cause attribuer les abcès développés chez ce jeune homme? quelles conséquences auront-ils relativement à la santé générale?

La première de ces questions est tellement obscure dans l'état actuel de la science, que nous n'essaierons pas d'y répondre; nous ne pourrions qu'opposer des hypothèses à d'autres hypothèses, sans arriver à aucun résultat utile. Quant à la seconde question, s'il est permis de juger le fait que nous avons sous les yeux par ceux du même genre que les auteurs et que nous-même avons observés, nous devons croire que la santé du malade ne sera pas gravement altérée par l'évolution de ces abcès. Il est très probable au contraire qu'une fois qu'ils auront cessé de se produire, les fonctions générales, à peine altérées, reprendront toute leur énergie. Les moyens qui semblent les plus propres à hâter cet heureux résultat sont tous les modificateurs généraux, et particulièrement les eaux ferrugineuses et sulfureuses, l'air de la campagne, et à leur défaut une nourriture aussi succulente que possible. C'est à ce dernier moyen et à l'administration de quelques toniques qu'a dû se borner M. Jobert. Malheureusement ces modificateurs ne sont pas, dans un hôpital, aussi parfaites qu'on pourrait le désirer.

Cas remarquable de pneumatose. — Si, d'après la définition généralement adoptée, on ne donnait le nom de pneumatose qu'à des collections gazeuses formées dans des cavités naturelles ou artificielles, la maladie dont nous allons donner

FEUILLETON.

Lettres sur l'état de la profession médicale en Angleterre.

(Deuxième lettre.)

LES BARBIERS-CHIRURGIENS ET LES CHIRURGIENS.

Monsieur le rédacteur,

Il y a toute apparence que parmi les Grecs, les Romains et les Arabes, la médecine, la chirurgie et la pharmacie étaient pratiquées par les mêmes individus; et le clergé, qui dans le moyen âge s'empara de l'art de guérir, ne divisa pas non plus, au commencement, ces diverses branches. Mais le décret du Concile de Tours (1163) défendit au clergé la pratique de la chirurgie sous prétexte que l'Eglise abhorrait le sang, et cette dernière branche de l'art tomba entre les mains des barbiers, qui aidaient souvent les prêtres dans leurs opérations, et qui étaient quelquefois envoyés par ces derniers visiter les malades. Dès cette époque, la séparation de la chirurgie d'avec la médecine, et sa dégradation en un procédé simplement manuel, devinrent partout générales. Cet état de choses existe encore dans quelques-unes des contrées qui sont le plus arriérées.

A cette époque, si triste pour la chirurgie en général, la chirurgie anglaise semble avoir langui encore plus que celle du continent. L'explication de ce fait, offerte par M. Malgaigne dans son édition des œuvres d'Ambroise Paré, me paraît parfaitement fondée : « L'Angleterre, dit-il, possédait sur le continent cette magnifique contrée, l'Aquitaine, se rattachant à la couronne suzeraine par cette menaçante vassalité. Les Anglais étaient donc reçus dans les écoles de France au même titre que les étudiants des autres provinces. Ils avaient même donné leur nom à l'une des quatre nations scolastiques admises dans le giron de l'Université de Paris. Aussi, à cette époque reculée, la médecine anglaise n'était qu'un reflet de la médecine française, et les premiers chirurgiens anglais se formèrent également aux leçons des chirurgiens de Paris. » Que ce soit là la véritable raison ou non, il est certain que la chirurgie anglaise resta, à une ou deux exceptions près, entièrement stérile jusqu'au milieu du dix-septième siècle, époque où parut l'ouvrage de Richard Wiseman. M. Malgaigne pense que John de Gaddesden, dont nous avons déjà parlé, pratiquait lui-même les opérations chirurgicales, mais cela est douteux, bien qu'il donnât des consultations de chirurgie pour de bonnes sommes comptant. John Ardern (1307, 1377) fut le premier qui acquit de la réputation comme chirurgien. Sa célébrité était principalement due au succès avec lequel il pratiquait l'opération de la *fistula in ano*. Dans son livre sur cette maladie, il se vante de savoir la guérir mieux que tous les anciens. Ce livre fut traduit du latin en anglais en 1588. Il semble, d'après ce que dit Ardern, qu'il était dans son habitude et dans celle de quelques autres, de demander aux malades des garanties pour les frais du traitement. L'ingratitude des malades, à présent comme alors, justifierait assurément une telle précaution.

Bien que, durant la période qui sépare Ardern de Wiseman, il y eût plusieurs chirurgiens qui publièrent des livres, Thomas Gale et William Clowes sont presque les seuls dont les productions soient en quelques points remarquables. Thomas Gale (1507, 1586), dans son livre sur les plaies d'armes à feu, publié en 1563, semble même avoir devancé A. Paré en quelques-unes de ses recommandations pour le traitement de ces accidents. Il expose les erreurs de ceux qui supposent ces blessures être d'une nature vénéneuse, comme de ceux qui imaginent que les balles acquièrent une chaleur dans leur passage qui les fait agir comme caustique. Il recommande un traitement beaucoup plus doux pour les blessures que celui alors en usage, les assimilant, sous ce rapport, aux contusions ordinaires. Cette recommandation fut répétée, en 1591, par Clowes, avec beaucoup d'à-propos et de raison, alors que des empiriques ignorants infectaient la marine.

Non-seulement les hommes de cette trempe furent rares, mais les chirurgiens pourvus de titres très ordinaires n'abondaient pas. Lorsque Henri envahit la France en 1415, et gagna la bataille d'Azincourt, il n'y avait dans toute l'armée qu'un chirurgien en chef, Thomas Morstede, qui s'engagea de prendre avec lui quinze autres chirurgiens, dont trois devaient aussi agir comme archers. Dans sa seconde invasion, le roi se trouva obligé d'autoriser Morstede à saisir par la force les aides dont il aurait besoin. Gale écrivant, en 1566, ses souvenirs de l'armée dans le temps qu'il passait sur le continent, dit qu'une grande foule de chaudronniers, de savetiers et de vétérinaires accompagnèrent l'armée. Les morts devenaient si fréquentes, que le général ayant reconnu que cela était dû à l'incapacité de ces charlatans, les menaça de mort, et en jeta un grand nombre en prison. Mais à l'époque où écrivait Gale, les choses semblent avoir empiré; car il dit : « Sous Henri VIII, je suis parvenu à faire trouver dans Londres, en une année, pour servir sur mer et sur terre, soixante-deux chirurgiens, tous Anglais, qui savaient bien leur métier. Au temps présent, il n'y a que trente-quatre Anglais dans toute la compagnie (de barbiers-chirurgiens), et de ceux-ci le plus grand nombre est au service des nobles. Ainsi, s'il en était besoin, je ne pourrais pas trouver douze hommes capables. En vérité, je voudrais que dans toute la compagnie il y en eût dix dignes d'être appelés chirurgiens. » En présence de tels aveux, nous pouvons concevoir la confiance que la présence d'un Ambroise Paré inspirait dans les armées françaises, qui avaient aussi souffert d'un pareil dénûment.

Les petites opérations de la chirurgie, spécialement la phlébotomie, devinrent après un certain temps une partie du métier ordinaire des barbiers, qui indiquaient aux passants leurs boutiques par le bâton coloré en rouge et blanc, et qu'on en peut voir encore devant leurs boutiques dans les obscurs quartiers de Londres, mais qui n'ont plus maintenant une signification chirurgicale. Pour un certain nombre de ces barbiers, la chirurgie devint la plus importante et la plus lucrative portion de leur profession, et après un certain temps absorba tous leurs soins. Etant ainsi devenus l'aristocratie de leur profession, ils cherchèrent à former une corporation pour obtenir les priviléges municipaux. Mais ce ne fut qu'en 1461, sous Edouard IV, que les chirurgiens de Londres obtinrent ces priviléges, sous le titre de *Compagnie des barbiers-chirurgiens*. Le droit d'examiner les personnes qui voulaient suivre cette profession dans la capitale leur fut accordé, et il fut défendu de pratiquer sans avoir obtenu leur autorisation. En dépit de ces priviléges, qui furent confirmés par plusieurs rois, des hommes qui n'aimaient pas l'association du métier de barbier avec la profession de chirurgien, se formèrent en une société volontaire sous le nom de *Société des chirurgiens de Londres*. La même loi qui, en 1511, prohiba l'exercice de la médecine sans examen préalable devant l'évêque de Londres, assisté par des personnes instruites, fut appliquée aux chirurgiens. De cette manière on pouvait obtenir une licence pour pratiquer, sans appartenir à la compagnie des barbiers-chirurgiens. Cette division ayant paru avoir des inconvénients, un acte du parlement, en 1540, réunit les deux compagnies sous le titre de *Maîtres ou gouverneurs du mystère et de la communauté des barbiers et des chirurgiens de Londres*. La nouvelle compagnie possédait tous les priviléges qui avaient appartenu aux barbiers-chirurgiens; mais comme l'acte de 1511 n'était pas encore abrogé, les personnes qui voulaient pratiquer la chirurgie, et les membres de la compagnie parmi les autres, se trouvèrent encore obligés d'obtenir les permissions des évêques des

un exposé succinct ne devrait point porter ce nom. Ce n'est point en effet d'une accumulation ni d'une infiltration de gaz qu'il s'agit, mais hien d'une cxhalation de ces fluides dans l'estomac, d'où ils sont expulsés à mesure qu'ils sont sécrétés. Mais le fait n'en est pas moins curieux.

Le sujet de l'observation est un homme de soixante-cinq ans, marchand ambulant depuis sa jeunesse, entré le 22 juin à la Charité, salle Saint-Louis, n° 13, service de M. Cruveilhier.

Cet homme raconte qu'il y a dix ans il a commencé à avoir des éructations gênantes, qui ont augmenté peu à peu et sont devenues extrêmement incommodes il y a quatre ans. Un peu plus tard, elles se sont accompagnées d'un gonflement prononcé du ventre, ainsi que de coliques et de nausées suivies rarement de vomissements.

Cet état l'obligea hientôt à quitter ses occupations; il ne pouvait plus pousser devant lui sa voiture à bras sans souffrir considérablement.

D'après le conseil d'une de ses connaissances, il prit alors la médecine Leroy; mais, sa position étant encore pire après qu'il eut pris cette médication, il demanda son admission et fut placé à l'Hôtel-Dieu annexe dans le service de M. Legroux. Il y resta deux mois, pendant lesquels sa maladie s'améliora un peu, et en sortit bientôt par ennui pour y rentrer quelques semaines plus tard. Son second séjour fut de trois mois. Cette fois, il sortit presque complétement guéri; son ventre était désenflé, ses coliques et ses vomissements entièrement dissipés et ses éructations moins fréquentes. Néanmoins, quand il pressait sur son estomac et particulièrement sur une grosseur dont il constata pour la première fois la présence dans son abdomen ou même lorsqu'il faisait un peu d'efforts musculaires, les renvois gazeux devenaient assez abondants pour rendre impossible un travail fatigant; aussi fut-il obligé de quitter son état de marchand ambulant et de s'établir dans une place fixe.

Le traitement qu'il a suivi pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu annexe a consisté dans l'administration de l'eau de Vichy dont le malade prenait, dit-il, trois houteilles par jour, d'une potion dont il ignore la composition et de plusieurs purgatifs; comme traitement externe, on appliqua trois vésicatoires et un séton sous la peau de l'abdomen dont le malade porte encore les traces.

Depuis sa sortie de l'hôpital jusqu'à il y a trois mois, son état avait été à peu près supportable; cependant, il existait toujours des éructations, surtout quand on pressait sur le ventre, sur la nuque ou sur un point quelconque de la colonne eervicale. A partir du commencement de mars, les renvois gazeux devinrent de plus en plus fréquents et fatigants, et forcèrent enfin le malade de réclamer son admission dans un hôpital.

Tous les symptômes que nous venons d'énumérer peuvent être constatés actuellement. Il est remarquable surtout que, lorsque le malade se frictionne ou même se toucbe à peine la nuque ou le bas de la colonne cervicale, un dégagement de gaz a lieu immédiatement, si ce dégagement n'a pas lieu naturellement, ce qui arrive une ou plusieurs fois par minute pendant toute la journée, quand le malade ne dort pas. Le sommeil et l'appétit sont toujours, à peu de chose près, normaux. Pendant que le malade mange, les dégagements de gaz sont rares, ainsi que nous avons pu le constater; mais ils deviennent fréquents aussitôt qu'il a cessé de manger. Ces dégagements n'out jamais lieu par la partie inférieure du canal intestinal, mais seulement par la partie supérieure.

Immédiatement au-dessous et à gauche de l'ombilic, on sent une tumeur du volume d'un gros œuf, située profondément, et paraissant développée dans le tissu cellulaire prévertébral. Cette tumeur, dans laquelle le malade dit sentir quelquefois des pulsations, n'en fait éprouver aucune au toucher; elle est un peu douloureuse lorsqu'on la presse; mais cette pression provoque presque constamment un dégagement de gaz.

Depuis son entrée à la Cbarité, le malade a pris de la tisane de camomille, des potions magnésiennes avec l'eau de menthe, avec l'éther, etc.; aucun de ces moyens n'a amené de changement sensible dans son état.

Nous ne sommes pas aujourd'hui dans un jour favorahle aux explications; nous pouvons bien nous demander, à propos de ce fait, comme à propos du précédent, quelle peut être la cause de l'affection que nous avons ohservée; mais nous ne sommes pas moins embarrassé pour répondre à cette question. Ce qui surtout excitera l'attention du médecin physiologiste, c'est cette relation qu'il semble y avoir entre l'excitation ou plutôt le simple attoucbement de la région cervicale et la sécrétion gazeuse de l'estomac; à moins de supposer que le nerf pneumo-gastrique puisse être influencé par ce simple attoucbement, il est bien difficile d'expliquer cette singularité, qui du reste n'a pas moins embarrassé le savant professeur Cruveilhier que nous-même.

Quant aux suites que peut avoir une pareille affection, le temps depuis lequel elle existe, le peu de troubles qu'elle apporte à la digestion ne peuvent pas faire craindre que ces suites soient hien graves, si l'on ne considère que la vie du malade; mais si l'on a égard à sa position de fortune, ces suites sont nécessairement très fâcheuses, puisqu'elles l'empêcbent de gagner sa vie.

Traitement de la sciatique. — Notre fertile confrère M. Sylvain Eymard a trouvé très effrayant le conseil que nous avons donné dans notre dernière *Revue* de recourir à la cautérisation transcurrente ou à l'incision des points douloureux pour guérir les névralgies, entre autres, la sciatique. Evidemment notre confrère s'effraie de ces moyens parce qu'il ne les a jamais vu employer; car la cautérisation, le seul qui puisse paraître cruel au premier ahord, n'est pas du tout ce qu'une imagination trop vive pourrait supposer. Si même nous ne conseillons pas de recourir de prime abord à ce moyen, ce n'est pas à cause de la douleur qu'il produit; mais seulement parce qu'il effraie un peu les malades, ainsi que M. Eymard, et aussi parce qu'il laisse des traces, ce qui offre des inconvénients lorsque les parties sur lesquelles on l'applique sont habituellement découvertes.

Quoi qu'il en soit, M. Eymard a une méthode qui semble être infaillible, à Grenoble, pour guérir la sciatique; nous nous empressons de la porter à la connaissance des médecins, en désirant qu'elle ait les mêmes succès entre leurs mains qu'entre celles de notre bonorable confrère daupbinois. Voici en quoi consiste cette méthode :

« Quand un individu passablement robuste est atteint d'une sciatique essentielle, récente et très douloureuse, il faut débuter par une saignée du bras, qui seule le guérit quelquefois; ensuite mettre des sangsues sur le point douloureux de la hanche, puis appliquer un vésicatoire sur les piqûres des sangsues. Enfin si ces premiers moyens ne guérissent pas entièrement le malade, lui administrer la potion téréhenthinée de Récamier, qui finit ordinairement d'opérer la cure.

» Mais lorsque la sciatique est chronique, il faut encore ajouter à ce traitement des liniments appropriés, des boissons sudorifiques, et si le tout échoue, envoyer le malade aux eaux tbermales, dont l'usage prolongé et bien dirigé triomphe finalement d'une semblable affection.

» Inutile d'observer que la sciatique est souvent le résultat d'une métastase morbifique, c'est-à-dire le symptôme d'une autre maladie qui exige un traitement spécial, et que dans ces cas nombreux on perdrait son temps à brûler et à inciser le malade. »

Comme exemple de l'utilité de ce dernier conseil, M. Eymard ajoute qu'il vient de guérir une sciatique herpétique avec une tisane de racine de patience, d'écorce d'orme et de saponaire, et quelques frictions avec un liniment térébenthiné et camphré. Nous ne demandons pas mieux que de voir guérir beaucoup de malades par la métbode ou les méthodes de notre honorable confrère; mais lorsque ces métbodes auront échoué, ce qui arrivera fréquemment pour peu qu'on les expérimente ailleurs qu'à Grenohle, nous nous croyons autorisé de nouveau à conseiller la cautérisation transcurrente.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE. — M. Lévy.

Apoplexie cérébrale observée pendant l'épidémie cholérique.

L'étude pratique d'une épidémie telle que le cboléra trouve son complément dans l'observation des maladies qui se produisent en nombre plus ou moins restreint à côté de l'affection régnante. Il est nécessaire de rechercher les rapports, et pour ainsi dire la parenté, qu'elles peuvent avoir avec l'épidémie, dont elles aident à mesurer la force d'expansion, à déterminer la période d'accroissement ou de dégradation.

Dès son début, une épidémie manifeste sa vigueur et révèle ses chances d'extension par le degré d'influence qu'elle exerce sur l'évolution et la phénoménalité des maladies coexistantes. Parvenue à sa maturité, elle finit par les absorber, par dominer presque exclusivement la scène clinique. C'est ainsi que, dans les premiers jours de juin, il n'y avait plus que des cholériques. Le déclin de l'épidémie s'annonce non-seulement par la diminution des entrées et de la mortalité, mais encore par la réapparition des formes morbides qui correspondent à l'étiologie légitime des saisons et des localités, et par les oscillations qu'on observe dans le développement et dans la marche des cas actuels de l'épidémie.

Nul doute que le cboléra n'ait modifié pendant son règne l'ensemble des manifestations pathologiques qui ont exercé la sagacité des cliniciens. Cette réaction d'une maladie épidémique sur d'autres qui ne le sont point se traduit, dans leur évolution, par l'addition d'un groupe spécial de symptômes, ou par un cacbet général et spécifique, par une altération insolite de leur physionomie connue. Telles se sont montrées quelques méningites cérébro-spinales, signalées par M. le professeur Lévy, comme une sorte de combinaison de cette maladie elle-même et du cboléra, comme offrant l'exemple de la confluence et du croisement d'éléments morhides bien distincts. Quand la forme symptomatique des affections sporadiques ne paraît point refléter l'épidémie, il est encore utile de rechercher, dans l'analyse des liquides et dans l'étude nécroscopique des lésions des solides, des connexions ou des analogies dont l'intérêt ne peut être méconnu que par les observateurs vulgaires.

Les recherches faites au Val-de-Grâce pendant l'épidémie cholérique se sont étendues et s'étendent encore aux maladies concomitantes ou sporadiques. Parmi ces dernières, se trouvent deux cas d'apoplexie cérébrale. Les deux malades, frappés pendant la nuit, ont été trouvés, le matin, dans l'état comateux, et, par suite d'un examen superficiel, envoyés d'urgence, et sans l'intervention des médecins de la caserne, au service des cholériques du Val-de-Grâce. Nous croyons que leur histoire offre quelque intérêt; elle fournit à la discussion deux faits, dont l'un a été noté déjà dans l'autopsie des apoplectiques, mais non au même degré, et dont l'autre nous paraît de constatation nouvelle, savoir : psorentérie et albuminurie.

Obs. I. — Glériot, âgé de quarante-neuf ans, sous-officier vétéran, caserné au Jardin-des-Plantes.

Tombé malade subitement dans la nuit du 21 au 22 avril, cet homme est apporté à l'hôpital le 22, à sept heures du matin, sans renseignement aucun sur ses antécédents, et se

---

diocèses respectifs. Il semble singulier, au premier abord, que le même acte du parlement qui réunit les deux corps quant aux priviléges municipaux, sépara au contraire leurs fonctions. Aux barbiers la pratique de la chirurgie, autre que l'extraction des dents, fut défendue, dans la crainte qu'ils ne communiquassent la peste et beaucoup d'autres maladies réputées alors contagieuses; tandis qu'il fut rigoureusement interdit aux chirurgiens de faire la barbe. On obligea ces derniers à exposer une enseigne devant leurs portes, afin qu'on pût les trouver sans difficulté en cas d'urgence. C'est le premier acte du parlement qui fasse mention de dissections, les corps de quatre pendus étant accordé à la compagnie tous les ans. Ceci semble avoir été un privilége dont la compagnie entendit se réserver le monopole, puisqu'elle imposa une amende de dix livres sterling pour celui qui aurait disséqué un cadavre ailleurs que dans sa salle. De même que les médecins et les chirurgiens, lorsqu'ils voulurent poursuivre les personnes non pourvues d'un titre non légal et qui pratiquaient la chirurgie, furent accusés de cruautés, même dans un acte public de 1543, qui déclare qu'il sera légal pour tout le monde de traiter toute maladie extérieure, aussi bien que d'administrer des hoissons pour la pierre, la strangurie et la fièvre intermittente.

Ce ne fut qu'en 1745 que les deux compagnies furent de nouveau et définitivement séparées par la fondation du présent Collége des chirurgiens.

L'origine des barbiers-chirurgiens, l'instruction bien supérieure des médecins expliquent pourquoi ces derniers prirent dès le commencement un ton de maître qu'ils ne se résignèrent à quitter qu'avec difficulté, même après que leurs ci-devant serviteurs furent devenus aussi instruits qu'eux-mêmes. Les efforts pour interdire aux chirurgiens l'emploi des moyens médicaux, même pour accomplir la guérison des maladies externes, ont été continués avec une grande persévérance presque jusqu'à nos jours où l'instruction des chirurgiens les a enfin rendus inutiles et impuissants.

Le Collége des chirurgiens de Londres encourageait beaucoup à son début l'étude de la cbirurgie scientifique. Quelques-uns de ses membres furent les premiers qui donnèrent des leçons et firent des démonstrations d'anatomie aux barbiers-chirurgiens, même dans la propre salle de ces derniers; d'autres ont écrit des livres sur la chirurgie, et c'était dans les leçons sur l'anatomie et la chirurgie, instituées en 1581 au Collége de médecins par le docteur Caldwell et lord Lumley, que Harvey devait annoncer quelques années plus tard sa découverte immortelle, si féconde elle-même en applications chirurgicales.

M. le docteur Paget, dans une petite brochure contenant des extraits des registres d'un de nos plus grands hôpitaux (Saint-Bartbélemy) ayant rapport à Harvey, qui y fut attaché comme médecin pendant un grand nombre d'années, nous a fourni quelques renseignements sur la position des chirurgiens à cette époque (1609). Il semble que la plupart des cas alors admis dans l'hôpital étaient chirurgicaux; le médecin s'y rendait une fois par semaine pour donner son avis sur le traitement interne. Harvey composa un règlement pour l'hôpital qui fut approuvé par les directeurs. Parmi les dispositions de code, nous trouvons les suivantes :

« Les chirurgiens, dans tous les cas difficiles ou quand il est nécessaire de donner des médecines internes, doivent consulter le médecin. Le maître chirurgien, ayant raconté ce qu'il a déjà fait et ce qu'il pense devoir être fait encore, se conformera d'une manière décente et rigoureuse aux conseils du docteur pour le bien-être du pauvre malade et l'honneur de l'hôpital. Il n'est permis ni au chirurgien ni à son aide de trépaner ou de faire de grandes opérations sans l'approbation et la surveillance du médecin. »

John Woodal, chirurgien qui fut le collègue d'Harvey, protesta, dans un très bon manuel qu'il avait écrit pour des médecins de marine, contre cette division des devoirs médicaux. « Quel est l'homme, dit-il, qui peut guérir une blessure, une tumeur, un ulcère, même une fièvre intermittente avec la main seulement, sans des drogues appropriées? Donc il s'ensuit que la médecine et la chirurgie sont des compagnes inséparables et doivent être pratiquées par le même homme. » En dépit de ce bon sens, un vieux règlement fut consigné de nouveau sur les registres de l'hôpital en 1754, cinq années après que le célèbre Pott y eut été élu chirurgien. D'après ce règlement, il était toujours interdit aux chirurgiens d'employer aucune médecine interne, sauf la médecine mercurielle et les purgatifs.

Tandis que les médecins cherchaient à restreindre les chirurgiens à la pratique des procédés simplement mécaniques, des spécialistes de diverses sortes empiétaient même sur le domaine très limité qui était laissé à ces derniers. Ainsi, dans les livres de dépenses de l'hôpital, on trouve de fortes sommes payées aux lithotomistes, aux herniaires, aux rebouteurs, et à certaines femmes pour la guérison des teigneux.

Néanmoins un meilleur temps pour la chirurgie anglaise s'approchait graduellement. Pendant que Harvey s'occupait à limiter et à subordonner les emplois chirurgicaux, Richard Wiseman travaillait à rassembler des matériaux pour son Traité de chirurgie, qui fut longtemps après regardé comme classique. C'est par exagération qu'on l'a appelé le Paré d'Angleterre, car ce qu'il a fait pour la chirurgie anglaise ne saurait être comparé à ce que ce dernier fit pour la chirurgie française; mais néanmoins Wiseman fut le premier d'une série de célébrités chirurgicales dont l'Angleterre a raison d'être fière.

Médecin dévoué de Charles Ier, il fut en activité de service pendant la guerre civile, accompagna Charles II pendant son exil, et fut récompensé à la restauration par des emplois lucratifs. En 1676, il publia les résultats de son expérience dans un ouvrage contenant huit traités sur les sujets suivants : les *Tumeurs*, les *Ulcères*, les *Maladies de l'anus*, la *Scrophule*, les *Blessures*, les *Blessures par armes à feu*, les *Fractures* et la *Syphilis* (lues venerea). Il cite à l'appui de ses opinions à peu près six cents observations, qui, bien que n'étant pas exposées avec l'exactitude exigée au temps présent, sont racontées avec une grande franchise. Les cas qui ont eu une issue fatale y trouvent place aussi bien que ceux qui ont été suivis de guérison, et, sur ce point, notre auteur n'a pas toujours trouvé des imitateurs dans les temps plus modernes.

C'est une chose bien remarquable que Wiseman, dont l'ouvrage renferme tant de preuves d'intelligence élevée, de bonne foi et d'exactitude d'observation, professe la foi la plus entière dans le pouvoir du toucher du roi pour guérir les écrouelles. L'Angleterre, en effet, n'échappa point à cet égard aux préjugés qui régnaient sur le continent, et l'on assure que Charles II, après son retour, toucha six mille personnes dans une année.

Un autre chirurgien du roi, Browne, affirma également plus tard (1684) la réalité de ce pouvoir curatif, et cita, ainsi que Wiseman, le nom de nombreux malades guéris par cette seule médication.

Dr Chatto, de Londres.

Par arrêté de M. le président de la République, M. Pasquier, chirurgien aide-major de 1re classe, attaché à l'expédition d'Italie, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

---

trouvant dans l'état suivant : plongé dans le sopor, il ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. Sa face est contractée, mais non cyanosée ; ses yeux clos, mais ni caves, ni cerclés de bleu. La pupille droite est dilatée, la pupille gauche contractée. La bouche, entr'ouverte, laisse écouler un peu de salive. Les bras et les mains sont le siége de contractures spasmodiques alternant avec la résolution. Respiration lente, stertoreuse; pouls à 48 pulsations très petites, difficiles à percevoir, à cause de la contracture des membres supérieurs.

A la première vue du malade, M. le professeur Lévy diagnostique une apoplexie cérébrale, et, en conséquence, prescrit une saignée de 250 grammes, et une application de ventouses scarifiées à la nuque et de sinapismes aux extrémités. Quelques instants plus tard, le cathétérisme, pratiqué sur le malade, fournit près d'un litre d'une urine claire comme de l'eau, et donnant un précipité albumineux abondant par l'acide nitrique. Se fondant sur ce caractère, qui ne fait jamais défaut dans le choléra confirmé, M. Lévy exprime l'opinion que l'influence de l'épidémie régnante peut avoir coïncidé chez ce malade avec l'hémorrhagie cérébrale.

Le malade, déjà dans un état désespéré au moment de son entrée, succomba à une heure de l'après-midi, cinq heures après son arrivée à l'hôpital.

Autopsie, 24 heures après la mort.

1° *Encéphale.* — A l'ouverture du crâne, on trouve dans les fosses cérébelleuses près de 100 grammes d'un sang noir et fluide. L'arachnoïde de la convexité du cerveau est terne et dans un état de sécheresse très prononcée. Toute la masse cérébrale paraît augmentée de volume et un peu ramollie.

Cervelet. — Le tissu cellulaire qui recouvre le vermis supérieur du cervelet et celui qui sépare ce dernier de la protubérance sont infiltrés de sang; la pulpe du cervelet est ramollie. Le quatrième ventricule, dilaté, renferme des caillots sanguins dans sa cavité et quelques foyers apoplectiformes du volume d'un pois dans sa paroi antérieure.

La *protubérance annulaire* présente sur sa coupe de petits foyers sanguins irréguliers, isolés ou s'unissant à des foyers voisins; la consistance générale de la protubérance est diminuée; son tissu renferme un piqueté ecchymotique dans son épaisseur.

Le *ventricule latéral gauche* renferme près de 30 grammes d'un sang rouge-brun coagulé bien plus abondant dans la corne postérieure que dans l'antérieure. De petites ecchymoses superficielles se font remarquer au niveau de la limite de la paroi inférieure et de la paroi supérieure du ventricule. La substance cérébrale voisine est ramollie, désagrégée par le filet d'eau. La couche optique et le corps strié sont également ramollis.

La cloison des ventricules est ramollie, déchirée, déjetée dans le ventricule droit; le troisième ventricule est complétement ramolli et détruit.

Le ventricule droit communique avec le gauche par la déchirure de la cloison; il est rempli d'un caillot sanguin gros comme un œuf d'oie, occupant la place de la couche optique et du corps strié, complétement détruits; petits foyers sanguins nombreux, dont quelques-uns ont l'apparence de simples fentes dans la substance cérébrale voisine.

2° *Poumons.* — Le lobe inférieur du poumon droit offre sur sa coupe des noyaux rouge-brun, saillants, à peine crépitants, entourés d'un tissu pulmonaire un peu ramolli. Le poumon gauche, dans la partie postérieure de son lobe inférieur, présente de petits foyers sanguins nombreux sous forme de marbrures, un peu résistants sous le doigt, entourés de tissu pulmonaire crépitant.

3° *Cœur* volumineux, long de 0,16m, large de 0m,13 à la base. Ventricule gauche hypertrophié et dilaté. Parois de la valvule mitrale épaissies, comme cartilagineuses.

4° *Tube digestif.* — L'estomac dans son grand cul-de-sac, l'intestin grêle et le gros intestin dans toute leur étendue sont parsemés de papules psorentériques, discrètes dans le duodénum, très abondantes et confluentes vers la valvule iléo-cœcale. Petites taches rouges ecchymotiques sur la muqueuse de l'estomac et du duodénum. Couleur de l'intestin grêle rose dans sa partie supérieure, pâle plus bas, jaune vers la fin. Couche mince d'un liquide riziforme analogue aux selles des cholériques, étendu sur la muqueuse de l'intestin grêle. Quelques plaques de Peyer développées.

5° *Foie* de consistance normale; quelques ecchymoses sur la face convexe. — Rate doublée de volume. — Reins un peu hypérémiés.

Obs. II. — Moreau, âgé de cinquante-trois ans, sous-officier vétéran, caserné au Jardin-des-Plantes, de constitution moyenne, tomba subitement malade dans la nuit du 8 au 9 juin, et fut trouvé le matin dans l'état suivant :

Coma; point de réponses; ni cyanose de la face ni excavation orbitaire; yeux mi-clos, pupille droite dilatée, pupille gauche contractée; écoulement d'une salive spumeuse abondante par la bouche. Bouche légèrement déviée à droite et *fumant la pipe* du même côté. Trismus.

Contracture et résolution alternative des membres supérieurs. De temps en temps, tremblement de la face et du tronc; bras gauche porté fréquemment à la tête, quelques mouvements rares dans les membres inférieurs. Carpologie dans la main gauche seulement. Sensibilité de la peau partout émoussée.

Vingt inspirations stertoreuses par minute; pouls à 70 pulsations petites. Chaleur normale du tronc et des bras, jambes et pieds un peu froids.

Selles et urines involontaires. L'urine fournie par le cathétérisme donne un précipité *floconneux d'albumine* par l'acide nitrique.

(On prescrit seize sangsues à la base du crâne; sinapismes sur la poitrine, les cuisses et les mollets).

Dans la nuit du 9 au 10 juin, même état général; deux à trois selles et urines involontaires.

Le 10 à sept heures du matin, décubitus dorsal, coma; diamètre pupillaire égal des deux côtés. Bouche plus déviée que la veille, tirée à droite et un peu en arrière; lobule du nez tourné lui-même un peu à droite.

Bras droit et membres inférieurs paralysés, retombant comme une masse inerte quand on les soulève et conservant la position qu'on leur donne. Bras gauche un peu contracturé. Insensibilité absolue de la peau.

Chaleur générale : 110 pulsations très petites. — Sinapismes fréquemment renouvelés; vingt sangsues aux apophyses mastoïdes.

Dans l'après-midi, yeux chassieux, chaleur brûlante de la peau, sueur générale. Le pouls tend à s'effacer, la respiration est accélérée, stertoreuse, l'affaissement progressif. Le malade expire à six heures du soir, trente-quatre heures après son entrée à l'hôpital.

Autopsie, 12 heures après la mort.

1° *Encéphale.* — Sur toute la face inférieure du lobe droit du cervelet, mais surtout vers son bord droit, suffusion d'un sang rouge, abondant, s'insinuant entre les lames du cervelet, lesquelles, du reste, n'offrent rien d'anormal.

En ouvrant le ventricule latéral gauche, on découvre un caillot rouge-brun gros comme un œuf, occupant toute la cavité ventriculaire à la paroi inférieure duquel il adhère. Ce caillot enlevé par le lavage, on trouve le corps strié complétement séparé du prolongement du corps calleux. La pulpe du corps strié, moitié blanche, moitié rosée, rappelle assez bien l'aspect d'une fraise ramollie. Dans les points où le caillot était adhérent, et au niveau des couches inférieures du centre ovale, on aperçoit, sur une assez large surface, quelques débris de caillots adhérant à la substance cérébrale, dont l'aspect est floconneux et le tissu couvert d'un piqueté très fin.

Le *septum lucidum*, ainsi que la partie postérieure de la voûte à trois piliers, sont ramollis et un peu lacérés.

Dans les cornes inférieure et postérieure du ventricule latéral droit se trouvent près de 30 grammes d'un sang fluide, clair. Dans l'hémisphère droit, au-dessus de la couche grise supérieure du corps strié, le scalpel tombe sur un kyste de près de 0,02 de diamètre, à parois rapprochées, jaunâtres, assez consistantes. Autour de ce kyste l'on observe cinq à six cavités bien plus petites, dont les parois sont, dans les unes jaunes, dans les autres blanches, et formées par la substance cérébrale. Ces cavités ne paraissent être autre chose qu'anciens foyers apoplectiques. Les artères de la base du cerveau sont blanchâtres, épaissies, et offrent çà et là quelques points cartilagineux.

2° *Poumons.* — Les lobes supérieur et moyen du poumon droit sont normaux; le lobe inférieur est d'un rouge foncé, un peu congestionné, surtout en arrière, et ne crépite plus. Du reste, ni ecchymoses, ni foyers sanguins. Lobe inférieur du poumon gauche rouge, non crépitant.

3° *Cœur.* — Dix à douze petites ecchymoses, les unes rouges, les autres noires, éparses sur la face postérieure des ventricules et en partie des oreillettes. Infiltration ecchymotique assez large dans les colonnes charnues du ventricule gauche. Quelques grains d'ossification dans l'épaisseur de la valvule mitrale; parois du ventricule gauche un peu hypertrophiées.

4° *Tube digestif.* — *Estomac.* — Muqueuse ramollie dans la région cardiaque, suffusion sanguine assez large dans la même région; pas de psorentérie.

Intestin grêle. La partie supérieure de l'intestin est d'un gris verdâtre; plus bas elle offre des nuances qui varient du lilas au rouge foncé; stries rouges entremêlées de petites taches d'infiltration sanguine, rouge sur les valvules conniventes.

Psorentérie très fine vers la fin de l'intestin grêle, plus grosse et plus confluente dans le voisinage de la valvule. Muqueuse partout normale.

Gros intestin. Aspect verdâtre de la muqueuse; quelques papules psorentériques discrètes dans la partie supérieure. Petites plaques arborisées dans la partie moyenne.

5° *Foie* normal.

Rate un peu ramollie, offrant à sa surface convexe une grande quantité de petites tubercules jaunes, consistants, ressemblant à une éruption de variole.

Rein normal.

Dans les deux observations qui précèdent, on voit en présence deux ordres de phénomènes bien distincts. D'une part des foyers apoplectiques dans le cerveau avec les troubles fonctionnels qui relèvent de cette altération; d'autre part des lésions anatomiques propres au choléra, telles que la psorentérie, les ecchymoses du poumon, du cœur et de l'intestin, jointes à la présence de l'albumine dans les urines. Maintenant ces dernières lésions suffisent-elles, en l'absence des symptômes extérieurs et généraux du choléra, pour établir l'existence de cette maladie? S'il en est ainsi (et nous ne le pensons pas), l'apoplexie cérébrale a-t-elle reçu de la constitution épidémique un cachet spécial, comme nous l'avons observé dans six cas de méningite et dans un cas de péritonite aiguë, ou bien le choléra dans sa tendance aux ecchymoses et au relâchement des tissus, a-t-il été la cause occasionnelle de l'apoplexie? C'est là une question sur laquelle nous n'osons pas encore nous prononcer, ne voulant d'ailleurs pas anticiper sur les recherches qu'on fait en ce moment au Val-de-Grâce relativement à l'influence du choléra sur les différentes maladies aiguës et chroniques. Que si, s'appuyant sur la coïncidence de la psorentérie et même des ecchymoses avec beaucoup d'autres affections, l'on refuse d'admettre ces lésions comme indices probables de l'influence cholérique, restera toujours le fait si intéressant de l'albuminurie coexistant avec l'apoplexie cérébrale; fait qui n'a jamais été noté par les auteurs, et sur lequel il est bon d'appeler l'attention. Pour nous, qu'il nous suffise d'avoir cité les faits tels qu'ils se sont présentés à notre observation, sans vouloir en forcer le sens par une interprétation qu'ils ne comportent pas.

Widal,
Chirurgien-élève attaché à la clinique.

HOPITAL COCHIN. — M. Maisonneuve.

Plaies des articulations.

Nous avons eu déjà l'occasion de faire remarquer que les plaies des articulations n'avaient pas toujours, surtout entre les mains des chirurgiens prudents et expérimentés, toute la gravité qu'on leur attribue ordinairement. Voici trois faits remarquables qui confirment parfaitement cette manière de voir ; nous les tirons de l'intéressant service de M. Maisonneuve à l'hôpital Cochin.

Obs. I. — *Plaie de l'articulation moyenne de l'annulaire par instrument tranchant.*

Bourgeois (Félix), âgé de trente-deux ans, demeurant rue Jean-de-l'Epine, n° 11, entre à l'hôpital Cochin le 17 avril 1849 pour une blessure qu'il porte à l'annulaire droit. Cette blessure date de huit mois. Elle consiste en une plaie par instrument tranchant, qui a intéressé obliquement la face dorsale du doigt : le tendon extérieur est divisé dans ses deux tiers internes ; la cavité articulaire est largement ouverte ; les deux os eux-mêmes ont été entamés assez profondément.

Pendant les huit jours que le malade a passé chez lui, la plaie a été maintenue close au moyen de bandelettes de diachylum ; mais le repos n'a été que fort incomplétement observé. Aussi, lors de son entrée dans le service de M. Maisonneuve, une inflammation assez vive occupait-elle le pourtour de l'articulation ; la peau était rouge, gonflée, douloureuse ; de la plaie entr'ouverte suintait un peu de synovie ; tout mouvement spontané de la jointure était impossible ; le mouvement communiqué donnait lieu à de vives douleurs.

Le malade fut astreint à un repos absolu ; l'avant-bras et la main, tenus en pronation sur un coussin élevé, furent enveloppés d'un large cataplasme de farine de lin. Ces simples précautions, continuées pendant huit heures, suffirent pour faire cesser le travail inflammatoire, et la cicatrice ne tarda pas à se faire ; elle était complète le 15 mai, et le malade avait déjà recouvré une partie des mouvements de son doigt quand il sortit, le 22 mai.

Obs. II. — *Plaie douteuse de l'articulation du coude avec fracture de l'olécrane.*

Legros, couvreur, âgé de trente-sept ans, tomba d'une hauteur de 25 pieds environ le 27 mai 1849. Il en résulta plusieurs blessures ; entre autres, une plaie contuse à la tête, une fracture de l'olécrane du côté droit et une plaie contuse au coude du même côté. Cette dernière communiquait avec le foyer de la fracture et, de plus, avec l'articulation du coude. Il s'en écoulait une quantité assez notable de synovie, et le stylet pénétrait facilement dans l'intérieur de l'articulation.

M. Maisonneuve ordonna le repos absolu, fit placer le membre dans la demi-flexion sur un coussin élevé, et le maintint enveloppé d'un large cataplasme de farine de lin.

Le cinquième jour, une inflammation phlegmoneuse se manifesta au pourtour de la jointure et s'étendit rapidement à l'avant-bras et au bras ; M. Maisonneuve en prévint les progrès et surtout la suppuration au moyen de nombreuses incisions pratiquées sur la partie tuméfiée. Depuis lors, aucun accident n'est venu traverser les progrès de la guérison. Aujourd'hui 30 juin, la plaie articulaire est entièrement fermée, les scarifications sont cicatrisées, le cal fibreux qui réunit l'olécrane au cubitus acquiert plus de densité, et le malade ne tardera pas à sortir de l'hôpital.

Obs. III. — *Large plaie contuse de l'articulation du genou, avec luxation de la jambe en dehors et saillie des condyles du fémur à travers les téguments.*

Soupault (Jean), carrier, âgé de vingt-quatre ans, fut apporté le 19 mars à l'hôpital Cochin, service de M. Maisonneuve. Il avait été pris sous un éboulement, et la jambe droite, pressée à faux par une masse de terre, avait été violemment portée en dehors, tandis que la cuisse était maintenue. Il en résulta une luxation incomplète de la jambe en dehors, une large déchirure de la peau et des tissus fibreux de l'articulation du genou à sa partie interne, et la saillie du condyle interne du fémur à travers les téguments.

Un chirurgien du voisinage appelé auprès du malade réduisit la luxation, puis réunit la plaie au moyen d'une suture enchevillée. Le malade resta dans cet état pendant six jours ; mais des accidents inflammatoires graves s'étant manifestés, il se décida à entrer à l'hôpital.

Le genou est énormément tuméfié, la peau rouge et tendue. une plaie longue de 20 centimètres existe à la partie interne de l'articulation ; elle est close par une suture enchevillée. La jambe est encore dans un état de luxation incomplète en dehors. Le malade est en proie à une fièvre intense.

M. Maisonneuve commence par enlever la suture qui ferme la plaie ; il s'écoule aussitôt de l'articulation un flot de pus qui inonde l'appareil. Le membre est maintenu dans un état de demi-flexion sur des coussins de balle d'avoine, et entièrement enveloppé de cataplasmes de farine de lin ; des sangsues sont appliquées en grand nombre autour de l'article. Sous l'influence de ce simple traitement, les accidents se calment, la plaie se déterge, la cicatrisation s'opère.

Mais la luxation subsistait toujours. M. Maisonneuve n'avait pas cru devoir opérer la réduction lors de l'entrée du malade dans son service, de crainte d'ajouter encore aux accidents déjà si graves qui existaient alors ; il avait reculé encore devant cette réduction tant que la plaie n'était pas cicatrisée. Mais le 2 mai, la cicatrisation étant complète depuis plus de trois semaines, il se décida à la pratiquer. Le malade fut soumis au chloroforme. L'opérateur, saisissant alors la jambe à deux mains, lui imprima un mouvement de flexion forcée pour décoller la rotule à demi ankylosée et rompre les adhérences ; puis, à l'aide d'un mouvement vio-

lent de rotation en dedans, il ramena le membre dans la position normale. Enfin, la réduction étant opérée, le membre fut maintenu dans l'extension au moyen d'un appareil à fracture de cuisse.

Aujourd'hui 30 juin, le malade, couché au n° 25 de la salle Cochin, peut être considéré comme guéri, et ne tardera pas à sortir de l'hôpital.

Ce dernier fait est certainement un des plus remarquables que possède la science; il montre de quelles puissantes ressources dispose la nature pour la cure des plaies articulaires quand elle est secondée par un praticien habile.

Ministère de l'Agriculture et du Commerce. — Comité consultatif d'hygiène publique.

INSTRUCTION POPULAIRE SUR LA SUETTE (1).

Nous publions aujourd'hui l'instruction suivante, rédigée par le Conseil d'hygiène. Le défaut d'espace nous force de renvoyer à notre prochain numéro quelques réflexions dont il nous a paru utile de les faire suivre.

La suette règne en ce moment sur différents points de la France. Bien que cette maladie soit loin d'inspirer aujourd'hui les craintes qu'elle excitait autrefois, certaines populations s'en alarment. La coexistence, dans quelques localités, de la suette et du choléra ajoute encore à l'inquiétude.

Dans cette situation et en présence de préjugés dangereux qu'il importe de détruire, le ministre de l'agriculture et du commerce, qui met au premier rang de ses devoirs de veiller à la santé publique, a chargé le comité d'hygiène de rédiger une instruction sur la suette et la conduite à tenir dans cette maladie.

Certaines contrées y sont plus particulièrement sujettes, l'ancienne Picardie, par exemple; mais aucune partie de la France n'en est complétement exempte; elle s'est montrée à différentes époques dans le Midi, et il n'y a pas longtemps que les départements du centre en étaient affectés.

Elle sévit dans les campagnes beaucoup plus que dans les villes, et on remarque que les localités humides, marécageuses et ombragées y sont le plus exposées.

Elle apparaît ordinairement sous forme épidémique, comme la grippe, la rougeole, etc.

Le voisinage des eaux corrompues et croupissantes, la malpropreté des maisons et l'altération de l'air en favorisent le développement et en augmentent la gravité, d'où il résulte que la première chose à recommander, dans une épidémie de suette, c'est l'assainissement des lieux, la propreté des maisons et le renouvellement de l'air.

La suette est caractérisée par une sueur continue plus ou moins abondante, souvent excessive, d'une odeur particulière, et par une éruption.

Tantôt elle se déclare tout à coup; plus fréquemment, elle est annoncée par du malaise, des lassitudes, un certain mal de tête, de l'oppression et de la fièvre.

Dans bien des cas, la sueur est toute la maladie, et l'on en est quitte en quelques jours.

A ce premier degré de la suette, il suffirait souvent de quelques jours de repos et des soins les plus simples pour en arrêter le développement.

Le plus ordinairement il survient, vers le troisième ou le quatrième jour, une éruption soit partielle, soit générale, tantôt blanche, transparente et perlée comme des grains de millet, d'autres fois rouge, boutonneuse ou vésiculeuse et accompagnée d'une vive irritation de la peau.

Ainsi que dans les maladies éruptives en général, l'éruption est presque toujours suivie de soulagement.

Cette éruption dure trois ou quatre jours, puis elle s'éteint; la convalescence se prononce, et la guérison est bientôt complète. La maladie, en tout, a duré de six à huit jours.

Telle est, dans l'immense majorité des cas, la marche simple de la suette et sa terminaison heureuse.

Les accidents que l'on observe, les morts que l'on a à déplorer sont, en général, ou le résultat de complications ou la conséquence de la manière dont se gouvernent les malades.

On se persuade, dans les campagnes surtout, qu'il est absolument nécessaire de tenir les malades très chaudement et de les faire suer. En conséquence, on les couvre avec excès, on les surcharge, on les étouffe pour ainsi dire; on leur donne en même temps des boissons chaudes et excitantes, du vin chaud; on va même jusqu'à les empêcher de dormir.

Rien de plus dangereux : c'est presque toujours de là que viennent les accidents observés, le délire, l'oppression, une fièvre violente, et l'on peut assurer sans exagération que ces mauvaises pratiques font souvent plus de victimes que la maladie elle-même.

Dans les épidémies de suette regardées comme très graves et où il mourait en effet beaucoup de monde, on a remarqué, et cela encore tout récemment, qu'il suffisait de renoncer à l'emploi de pareils moyens pour voir diminuer aussitôt et même cesser la mortalité.

On ne saurait donc trop le dire, la suette en elle-même et sous sa forme la plus ordinaire n'est pas en général une maladie grave; la gravité est l'exception et résulte dans la majorité des cas du préjugé qui porte à couvrir les malades outre mesure, à leur faire prendre des boissons chaudes et excitantes et à provoquer des sueurs immodérées.

D'après l'expérience de tous les temps, et les conseils des médecins les plus éclairés et qui ont le mieux observé la suette, voici à quoi doit se réduire la conduite à tenir dans cette maladie :

1° Il faut d'abord éviter une erreur très commune en temps d'épidémie de suette, c'est de considérer comme ayant la maladie toute personne qui est prise d'une sueur un peu abondante : la sueur seule ne constitue pas la suette; il s'y joint le mal de tête et une oppression particulière, avec serrement au bas de la poitrine et au creux de l'estomac.

2° Quand on éprouve sans cause connue ces trois choses, la sueur, le mal de tête et l'oppression, il faut rester au lit; quelques médecins pensent que l'on pourrait s'en dispenser et conseillent de traiter les malades levés.

3° Il faut se couvrir modérément, comme on se couvre d'habitude, et même moins que d'habitude; il suffit, dans les grandes chaleurs, saison ordinaire de la suette, d'un simple drap de lit ou de la couverture la plus légère.

4° A mesure que la sueur vient et que l'on est imbibé, il faut changer de linge, avec la précaution, bien entendu, de ne mettre que du linge propre et bien sec.

Se persuader qu'il y a avantage à rester dans sa sueur est un préjugé aussi dangereux que contraire à la propreté.

5° Il faut bien se garder de donner des boissons chaudes, aromatiques ou stimulantes, ou du vin chaud. Il faut donner, au contraire, des boissons adoucissantes et à peine tièdes, ou à la température de la chambre.

Ces boissons seront, selon le goût du malade, une infusion de fleurs de mauve, une décoction d'orge ou de chiendent, de l'eau panée, quelquefois une infusion de fleurs de tilleul ou de fleurs d'oranger, sucrées ou miellées.

Elles doivent être prises en quantité modérée, c'est-à-dire par petites tasses ou demi-verres.

Beaucoup de médecins donnent la préférence à une limonade légère, d'autres au petit lait.

L'abbé Tessier, cet ami des cultivateurs, et qui leur a laissé sur beaucoup de choses de si excellents conseils, ayant eu occasion, anciennement, de traiter la suette à Hardivilliers, en Picardie, employait tout simplement de l'eau dans laquelle, faute de citron ou d'orange, il faisait infuser un peu d'oseille.

On pourrait conseiller également de l'eau de réglisse ou une tisane de pommes de reinette.

On ne doit pas craindre d'accorder aux malades, de temps en temps, quelques cuillerées d'eau fraîche.

6° Il faut en même temps supprimer toute espèce de nourriture solide, et donner tout au plus quelques petits bouillons ou du lait.

7° L'air de la chambre doit être renouvelé souvent. Il faut tenir les rideaux ouverts, et même éloigner le lit de la muraille, afin que l'air puisse circuler librement.

8° Bien loin d'empêcher les malades de dormir, il faut respecter leur sommeil et écarter soigneusement tout ce qui pourrait le troubler.

9° Si le mal de tête était un peu violent, on pourrait, en attendant le médecin, donner un bain de pieds, auquel on ajouterait de la farine de moutarde ou une pelletée de cendres. On pourrait aussi mettre les mains dans un bain préparé de la même manière, et appliquer des sinaspismes soit aux pieds, soit aux mains.

Par ces moyens, la sueur reste modérée, l'éruption se fait bien, et la maladie parcourt ses périodes naturellement et presque toujours sans danger.

On a remarqué que les malades qui se gouvernent ainsi se rétablissent en général promptement, tandis que ceux que l'on a chargés de couvertures et auxquels on a fait prendre des boissons excitantes restent très longtemps faibles et ont beaucoup de peine à se remettre.

Ainsi donc, peu ou pas de chaleur ni d'excitants; des couvertures légères et des boissons douces, simplement tièdes et même fraîches; un air pur et souvent renouvelé; la diète ou un peu de bouillon; quelquefois un bain de pieds ou des sinapismes : tels sont les moyens à opposer à la suette dans le plus grand nombre de cas.

Ces indications ne sauraient dispenser de recourir au médecin; il faut au contraire l'appeler le plus promptement possible, car il est des cas qui réclament absolument sa présence. Une saignée est quelquefois nécessaire, particulièrement au début; plus souvent un vomitif et quelques autres médicaments; le médecin seul doit en décider. Il ne s'agit ici que des soins généraux, de ces soins qui sont du domaine de tout le monde et que l'on peut toujours employer en attendant l'arrivée du médecin.

Les membres de la commission,

BUSSY, LAFFON DE LADÉBAT, MAGENDIE et MÊLIER, *rapporteur.*

(1) Cette instruction a été rédigée par une commission composée de MM. Magendie, président, Bussy, Laffon de Ladébat et Mêlier, rapporteur.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE à Paris.

Le lundi 23 juillet 1849, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration, rue Neuve-Notre-Dame, 2, pour la nomination à **DEUX PLACES DE MÉDECINS** au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat de l'administration, jusqu'au samedi 7 juillet 1849, et devront justifier qu'ils ont trente ans accomplis.

L'âge est réduit de deux ans pour les docteurs qui ont exercé pendant quatre années entières les fonctions d'élèves internes dans les hôpitaux de Paris.

Le lundi 30 juillet 1849, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Administration, rue Neuve-Notre-Dame, n° 2, pour la nomination à **UNE PLACE DE PHARMACIEN** dans l'un des hôpitaux de Paris.

Sont admis à concourir les élèves en pharmacie ayant exercé pendant trois années au moins, en cette qualité, soit à la Pharmacie centrale, soit dans les hôpitaux et hospices de Paris.

Pourront aussi être autorisés à concourir tous les autres élèves en pharmacie ou pharmaciens qui présenteraient les garanties convenables.

L'inscription des concurrents aura lieu au secrétariat de l'Administration, jusqu'au samedi 14 juillet 1849, à trois heures après midi.

Le secrétaire général,
Signé : L. DUBOST.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 10 JUILLET 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 80.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 9 JUILLET 1849.

Bulletin du choléra.

Malgré le fâcheux augure que quelques médecins avaient tiré, bien à tort, de l'accroissement subit et excessif de la température, le chiffre des nouveaux cas de choléra reste ce qu'il était il y a quelques jours, c'est-à-dire extrêmement faible. Nous espérons que ceux qui partagent encore une erreur aujourd'hui bien reconnue par tous les hommes dépouillés de préjugés y renonceront enfin, en voyant l'épidémie continuer à décliner en même temps que les chaleurs deviennent, depuis quatre ou cinq jours, de plus en plus considérables. Les chiffres suivants en diront plus que tous lcs raisonnements.

Hôpitaux civils :		
Journée du 6 juillet.......	17 entrées,	19 décès.
— 7	22	10
— 8	23	13
Hôpitaux militaires pendant les trois jours....................	9	3
Total................	71	45

DÉCÈS A DOMICILE. (1)

Total des décès dans les hôpitaux..........	6636
Total des décès à domicile jusqu'au 2 juillet inclusivement.........	9127
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie......................	15763

Le ministère de l'agriculture et du commerce publiait hier l'avis suivant :

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Depuis plus de trois semaines, la mortalité occasionnée par le choléra dans la ville de Paris a presque constamment diminué, et le chiffre des décès est maintenant si peu élevé, qu'il paraît inutile de publier chaque jour un hulletin qui ne présente véritablement plus d'intérêt.

Si, contre toute attente, l'épidémie sévissait de nouveau avec intensité, l'administration reprendrait sur-le-champ lc cours de cette publication.

Au degré de diminution où est parvenue l'épidémie, il n'y a certainement aucun inconvénient à cesser la publication faite chaque jour par le *Moniteur*. Mais si les chiffres de la mortalité ont perdu tout intérêt pour le public, il n'en est pas absolument de même pour la science, et nous espérons que cette fois l'administration voudra bien nous mettre à même de continuer la publication qu'elle cesse de faire.

Instruction populaire du comité d'hygiène sur la suette miliaire.

L'instruction du comité d'hygiène portant le titre de *populaire*, c'est comme instruction populaire que nous en examinerons succinctement et le fond et la forme; nous discuterons ensuite en peu de mots la question de savoir si l'administration remplirait convenablement sa mission en négligeant d'autres instructions que des instructions populaires.

Pour une instruction populaire, celle du comité d'hygiène est beaucoup trop longue : quarante et un paragraphes, c'est au moins la moitié plus que le public n'en lira jamais. Si le sujet exigeait d'aussi longues explications, il faudrait bien s'y résigner comme à un mal nécessaire; mais il n'en était point ainsi, et l'on pourrait supprimer une bonne partie de l'instruction sans lui rien enlever de ce qu'elle a d'essentiel, ou plutôt en augmentant très notablement les chances d'utilité qu'elle peut avoir.

De quel intérêt, par exemple, peut-il être pour le peuple de savoir que la suette règne plus particulièrement en Picardie, qu'elle sévit plutôt dans les campagnes que dans les villes, dans les localités marécageuses et ombragées que dans celles qui sont sèches et élevées, etc. ? Voudrait-on par là conseiller au peuple de déserter la Picardie, d'abandonner les campagnes pour faire irruption dans les villes? On ne saurait le penser, et cependant, daus le cas contraire, la propagation de ces notions ne peut servir à rien; elle peut même avoir quelques inconvénients.

Pourquoi de même, pour conseiller une infusion d'oseille, faire une petite historiette sur l'abbé Tessier et allonger inutilement l'instruction d'un paragraphe?

Si de ces questions presque exclusivement de forme nous passons à des questions de fond, il nous semble également que l'instruction n'est pas à l'abri de tout reproche : ainsi, après avoir prescrit les tisanes qu'elle préfère, l'instruction ajoute que « beaucoup de médecins donnent la préférence à une limonade légère, d'autres au petit lait. » Franchement, le choix était-il tellement difficile ou important que le comité n'ait osé se prononcer sur la supériorité de l'une de ces tisanes ou sur leur égale efficacité?

Nous voulons bien croire qu'il y a là plutôt négligence de rédaction que défaut de science ou de tact médical; mais dans des documents officiels et publics, et qui par cela même sont destinés à inspirer de la confiance à ceux qui les lisent, ces négligences de rédaction ne sont point sans importance et ne contribuent pas peu à faire manquer le but qu'on se propose.

Par exemple le public ne supposera-t-il pas que le comité n'a pas délibéré avec toute la gravité désirable lorsqu'il lira dans l'instruction lcs deux paragraphes suivants :

« Dans bien des cas, la sueur est TOUTE la maladie. » (Paragr. 9.)

« La sueur seule ne constitue pas la suette. » (Par. 22.)

Tous ces lapsus et quelques autres encore auraient pu être évités facilement, et l'autorité du comité, ainsi que l'utilité de l'instruction, n'en auraient été que plus grandes.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces détails, et nous dirons quelques mots sur la seconde question que nous avons soulevée en commençant.

Quelques-uns des défauts que nous avons signalés tiennent évidemment à ce que l'instruction pousse ses prétentions plus loin que ne l'indique son titre. En jetant çà et là quelques propositions exclusivement scientifiques, en ne se contentant pas de conseiller au peuple ce qu'on juge pouvoir lui être utile, et en condamnant la pratique adoptée par beaucoup de médecins, le comité a manifestement trahi l'intention de faire une œuvre scientifique, de tracer une ligne de conduite aux praticiens; c'est dans ce sens surtout que l'instruction s'écarte du cercle dans lequel elle aurait dû se renfermer.

En principe, nous sommes peu partisan des instructions dites scientifiques, c'est-à-dire s'adressant à des médecins et leur traçant d'avance une ligne thérapeutique. Il est assez rare, et l'on en comprend les raisons, que ces instructions changent les convictions des médecins, et par conséquent qu'elles modifient leur manière de traiter les malades. Or, si les médecins ne suivent pas à la lettre une instruction qui se trouve entre les mains de tout le monde, cette instruction ne peut que compromettre leur réputation, aggraver singulièrement leur responsabilité, susciter des conflits aussi regrettables pour nos confrères que pour la santé publique. Les convictions thérapeutiques ne se font pas à coup d'ordonnances, mais bien à coup de discussions, et s'il ne doit point y avoir une religion d'Etat, une médecine d'Etat serait bien moins raisonnable et bien plus impossible encore.

Mais si, par une très rare exception, une instruction scientifique paraissait nécessaire, dans le cas, par exemple, où une maladie encore inconnue ou presque inconnue aux praticiens ferait irruption dans une contrée, une telle instruction ne saurait être rédigée par un corps administratif et dépendant de l'autorité, mais bien par un corps scientifique et indépendant. Ce n'est qu'à la condition d'émaner d'une telle source que des conseils pourraient être adressés au corps médical sans porter atteinte à sa juste susceptibilité et à son indépendance. Ce n'est qu'à cette condition, par conséquent, que ces conseils auraient la chance d'être écoutés.

Tels sont, suivant nous, les véritables principes qui doivent guider tous les comités, supérieurs ou subalternes, qui voudront rédiger des instructions médicales; ce n'est qu'en s'y conformant rigoureusement que ces comités conserveront quelque crédit dans le public et quelque considération dans le corps médical.

M. le directeur de l'assistance publique a convoqué samedi dernier MM. les internes des hôpitaux, et leur a annoncé que M. le ministre de l'intérieur avait mis à sa disposition deux croix de la Légion-d'Honneur pour être distribuées à ceux d'entre eux qui auraient été à même de déployer le plus de zèle dans le cours de l'épidémie actuelle. M. le directeur, dans la crainte de ne pas désigner les plus dignes au choix du ministre, a eu la délicatesse de laisser à l'appréciation de MM. les internes eux-mêmes les titres que chacun d'eux pouvait avoir à la distinction accordée par le ministre. Les internes ne se sont pas trouvés moins embarrassés que M. le directeur lui-même, et, après quelques pourparlers, ils ont rédigé une lettre dans laquelle ils déclarent ne point posséder les éléments nécessaires pour apprécier la conduite de chacun d'eux, et qu'ils s'en rapportent à la justice du ministre.

Ce n'est pas à nous à sortir de la réserve que nos jeunes confrères et M. le directeur lui-même ont dû garder; nous pouvons dire cependant, peut-être parce que nous sommes plus libre dans cette question, que la récompense accordée par le ministre a été méritée par tous les internes dont les circonstances ont mis le dévouement à l'épreuve; mais comme une distinction n'est telle qu'à la condition de n'être point prodiguée, il nous semble que c'est sur ceux que le hasard a le plus rudement éprouvés que les récompenses doivent tomber. C'est donc ceux que la mort a touchés de plus près que nous désignerions volontiers au choix de l'administration.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CRUVEILHIER.

Affection rhumatismale de la hanche terminée par suppuration. Issue probable du pus hors de la capsule articulaire, et infiltration de ce liquide entre les muscles de la région crurale.

Le malade qui est couché au n° 4 de la salle Saint-Louis est un des exemples les plus remarquables, dit M. Cruveilhier, de suppuration du rhumatisme; c'est malheureusement en même temps un exemple bien fâcheux du peu d'efficacité de la thérapeutique, quoique les moyens dirigés contre cette affection aient été et soient encore énergiques et administrés en temps opportun et avec beaucoup de suite. Voici d'abord quelques détails qui feront suffisamment connaître l'état du malade et la nature de sa maladie :

Ce malade est un jeune homme de vingt-deux ans, exerçant depuis plusieurs années la profession de baigneur, d'une constitution assez faible, lymphatique, mais ne portant aucun signe de scrophules. Il a été affecté, il y a trois ans, d'une pleurésie du côté gauche; jusque-là il s'était toujours bien porté, ou du moins n'avait fait aucune maladie qui eût exigé le repos au lit. Cette pleurésie fut traitée par une saignée et par des vésicatoires; l'épanchement, qui paraît avoir été considérable, ne s'est dissipé que très lentement, et a laissé à sa suite une déformation de la poitrine consistant dans un enfoncement des côtes et fausses côtes de la partie antérieure et latérale gauche, tandis que le bord de ces fausses côtes fait au contraire une saillie très prononcée.

Il y a environ quatorze mois, le malade étant alors parfaitement remis de sa pleurésie, il éprouva une douleur d'abord modérée au genou, particulièrement au-dessus du rebord inférieur de la rotule. Cette douleur, sans s'accompagner d'aucun autre symptôme, augmenta peu à peu, et fit bientôt boiter le malade. Il alla consulter d'abord les médecins des ateliers nationaux, où le malade était alors employé, puis les médecins de l'hôpital de la Charité. Cette douleur, qui s'étendit bientôt le long de la cuisse en remontant vers la hanche, fut considérée comme une sciatique, et attribuée à ce que le malade avait couché pendant quelque temps à côté d'un mur humide. On lui pratiqua d'abord une saignée; on lui appliqua trois vésicatoires sur les points douloureux; puis on lui conseilla quelques frictions sur la cuisse avec un liniment volatil camphré; mais les douleurs augmentant, il demanda son admission dans l'hôpital et entra dans mon service le 17 juillet 1848.

A cette époque, la douleur était très vive au-dessous de

(1) Le *Moniteur* ne publiant plus le hulletin quotidien du choléra, nous sommes obligé de laisser en blanc ce qui se rapporte à la mortalité à domicile, jusqu'à ce que l'administration se soit enfin décidée à nous communiquer les documents qu'elle possède.

l'articulation du genou, et aussi dans l'articulation de la hanche, dont les mouvements étaient très pénibles. Des bains de vapeur, des frictions, des fumigations avec divers liquides calmants et révulsifs furent administrés; des vésicatoires furent appliqués plus tard; mais en dépit de tous ces moyens le gonflement de la hanche d'abord peu sensible devint plus prononcé; bientôt une fluctuation très appréciable au-dessus et au-dessous du ligament de Fallop, par deux foyers communiquant évidemment entre eux, s'établit et persiste encore. Il y a quelques mois une péricardite médiocrement intense s'est manifestée; elle a été combattue avec succès par deux applications de sangsues et de vésicatoires. Au bout de douze jours il ne restait presque aucun symptôme du côté du cœur, si ce n'est quelques palpitations qui ont disparu complétement depuis. Afin de faciliter la résorption du pus de l'abcès, qui ne s'est pas du reste étendu depuis plusieurs mois, on a appliqué plusieurs cautères volumineux autour de la hanche; ces cautères sont entretenus depuis deux à trois mois, sans que jusqu'à présent la résorption ait semblé vouloir s'opérer.

La santé du malade ne s'altère d'ailleurs pas trop jusqu'à présent; l'appétit est assez bon. Cependant le malade se contente de deux cinquièmes de portion.

Remarques. — La nature rhumatismale de l'affection dont nous venons de vous faire un résumé succinct, dit M. Cruveilhier, ne me paraît guère pouvoir être révoquée en doute. Si les douleurs articulaires n'avaient pas suffi pour caractériser la maladie, la péricardite aurait suffi pour lever toute incertitude. C'est donc bien un cas remarquable de rhumatisme suppuré que nous observons.

Mais la nature de la maladie doit-elle influer sur le pronostic qu'il y a à porter dans ce cas? Nous ne le pensons pas, du moins au point où est parvenue la maladie. Quoique l'affection rhumatismale soit fréquente à des changements subits, il est bien à craindre qu'après avoir persisté aussi longtemps sur une même articulation elle n'ait produit des désordres sérieux dans les os et les cartilages, et que dans le cas actuel une coxalgie grave ne soit la suite de cette affection. Si nous ne finissons pas par obtenir la résorption du foyer purulent, comme cela n'est que trop à présumer à cause de l'insuccès que nous avons éprouvé jusqu'à ce jour, cette circonstance ne pourra qu'ajouter à la gravité de la maladie, puisque le pus se fera jour tôt ou tard à l'extérieur et mettra ainsi l'articulation en communication avec l'air extérieur.

Quoi qu'il en soit, ce fait appelle toute notre attention et doit être pour nous une source d'instruction pratique que l'on ne trouve que rarement l'occasion d'acquérir.

HOPITAL NECKER. — M. Lenoir.

Quelques réflexions sur les cicatrices vicieuses, suites de brûlures des mains.

Les cicatrices vicieuses, suites de brûlures des mains, sont celles qu'on a le plus souvent l'occasion de rencontrer dans la pratique; la raison en est simple, c'est que ces appendices sont plus souvent exposés aux brûlures que les autres parties du corps, et qu'une fois brûlés ils sont, en vertu des nombreuses brisures qui les forment, plus susceptibles que d'autres parties de céder à l'action rétractive permanente du tissu cicatriciel qui s'établit sur eux après l'accident.

Deux méthodes de traitement distinctes peuvent être dirigées contre les cicatrices vicieuses résultant de brûlures des mains, comme elles peuvent l'être contre les mêmes cicatrices siégeant sur toute autre partie du corps; mais ces deux méthodes n'y trouvent pas également une application facile. La première consiste à inciser transversalement les brides sur un ou plusieurs points de leur longueur, à étendre l'organe rétracté et à le maintenir étendu à l'aide de bandages et d'appareils jusqu'à cicatrisation complète de la partie. La seconde consiste à enlever la cicatrice elle-même comme on enlève une tumeur de la peau, et à réunir la plaie qui résulte de cette ablation, de manière à en obtenir la cicatrisation immédiate. Cette seconde méthode opératoire, qui a été formulée par Delpech, est fondée sur cette idée que le tissu inodulaire ou de cicatrice jouit à un degré extraordinaire de la propriété de se rétracter; que ce tissu conserve toujours cette propriété, quel que soit le temps qui s'est écoulé depuis sa formation, et qu'enfin cette propriété résiste à tous les efforts que l'art emploie pour la vaincre.

Il y a peut-être un peu d'exagération dans cette doctrine; mais on n'en peut certes nier ni la solidité, ni la portée pratique. L'incontestable supériorité des résultats de la méthode de traitement qui en dérive parle hautement en sa faveur. J'ai eu occasion d'employer celle-ci une fois ou deux, et j'ai été surpris de la rapidité de la guérison et de sa solidité; mais est-elle souvent applicable à la main? J'en doute. Là, en effet, les corps comburants agissent toujours sur des surfaces trop étendues, eu égard au volume des doigts, pour donner lieu à des cicatrices étroites susceptibles d'être enlevées par l'instrument tranchant sans laisser après elles des pertes de substance incompatibles avec la possibilité d'une réunion immédiate. Je ne vois guère qu'une brûlure limitée au premier espace inter-métacarpien qui puisse être suivie d'une cicatrice offrant ces heureuses conditions, et c'est dans un cas de ce genre que j'ai opéré avec succès par la méthode de Delpech.

Dans tous les autres points de la main, la méthode ancienne, qui consiste dans la section transversale des brides et l'extension des doigts à l'aide d'appareils, est exclusivement réclamée par le siége et l'étendue des cicatrices qui succèdent aux brûlures des mains. Examinons ensemble la valeur de quelques-uns des préceptes généraux qui guident les chirurgiens dans la pratique de cette opération. Et d'abord, à quelle époque de la maladie convient-il d'opérer?

Dupuytren, qui parmi les praticiens modernes est celui qui a le plus fait pour le traitement rationnel des brûlures et de leurs suites, établit en principe qu'on ne doit chercher à corriger les difformités qui résultent de ces lésions que quelques mois *ou même quelques années après la formation de la cicatrice*. Je ne puis adopter le dernier terme de cette proposition et en faire l'application au cas spécial dont il s'agit ici; pour moi, je ne vois aucun inconvénient à opérer quelques mois après la formation d'une cicatrice vicieuse, et j'en vois de nombreux à opérer *quelques années après*. Rappelez-vous dans quels rapports nouveaux se trouvent alors les os qui forment les jointures des doigts, constatez par vos propres yeux que des mouvements obscurs mais continus se passent encore dans les brisures de ces organes déviés de leur direction naturelle, et vous comprendrez que la forme de ces os se modifiera et que de nouvelles articulations s'établiront, si l'on reste quelques années sans redonner aux doigts leur forme et leur direction naturelles; je pourrais ajouter que les tendons, les artères et les nerfs de ces organes contracteront, dans la flexion forcée où ils sont retenus, une sorte de raccourcissement qui s'opposera plus tard à leur redressement complet; et qu'enfin, chez les enfants en particulier, l'inaction à laquelle les doigts seront condamnés par suite de l'existence de ces cicatrices, qu'on aura négligées pendant plusieurs années, pourra amener une atrophie plus ou moins marquée de ces doigts. Toutes ces raisons me semblent militer avec force contre le précepte énoncé plus haut, et me portent à émettre celui d'opérer les cicatrices vicieuses des mains dès qu'elles sont complétement organisées.

Maintenant, faut-il opérer en un seul temps, et, après l'incision des brides, faut-il étendre sur-le-champ les doigts de manière à les ramener immédiatement à leur direction normale?

Ce second précepte, moins absolument formulé par Dupuytren que le premier, est cependant de règle dans la plupart des opérations qu'on fait de nos jours dans les hôpitaux ou en ville. Il n'est cependant fondé que sur la curiosité de voir si l'on obtiendra par l'opération le redressement complet des parties déviées; mais, par contre, à combien d'accidents n'expose-t-il pas? Si l'on opérait toujours quelques mois après l'achèvement de la cicatrice et à la suite de brûlures superficielles, je ne verrais aucun inconvénient à opérer en un seul temps et à redresser immédiatement les doigts après la section des brides, parce qu'alors les tissus sont souples et les articulations non déformées; mais comme en pratique on n'agit pas toujours dans ces heureuses conditions et qu'on ne nous amène trop souvent les malades que plusieurs années après qu'ils ont été brûlés, je crois que, pour les raisons que j'ai exposées plus haut, il est prudent d'opérer, dans ces cas, en plusieurs temps et de ne procéder que graduellement au redressement des doigts. Si on agit autrement, on détermine, dans le moment de l'opération, de violentes douleurs dans les différentes articulations des doigts, et consécutivement l'inflammation des séreuses articulaires et des gaînes tendineuses. Enfin, comme après l'opération on est obligé d'employer des moyens violents de contention pour fixer les doigts dans l'extension, il arrive souvent que ces moyens produisent la gangrène des parties sur lesquelles ils portent. J'ai vu tous ces accidents avoir lieu plusieurs fois, et c'est pour cela que je crois qu'il est plus prudent, dans ces cas de difformités anciennes, d'inciser les brides en plusieurs temps successifs, et de n'étendre les doigts que graduellement et à l'aide d'appareils dont l'action permanente sera douce et graduée. Il n'y a aucun inconvénient à se comporter ainsi, et il y en a de nombreux à agir autrement.

Un dernier précepte admis par tous les chirurgiens est d'employer, pendant tout le temps que la cicatrice met à se former, et même après qu'elle est formée, des appareils propres à s'opposer à l'action rétractile du tissu cicatriciel et au retour de la difformité. Ce précepte est excellent, mais il n'est pas, dans la majorité des cas, assez exactement et assez longtemps suivi, et un grand nombre d'opérations, du reste bien faites, est, à cause de cela, demeuré sans résultats avantageux pour les opérés.

Les appareils orthopépiques doivent donc être portés longtemps encore après le redressement des doigts. Mais il y a ici un écueil à éviter : il ne faut pas, en rendant ces appareils inamovibles, exposer les organes qu'ils maintiennent étendus à s'ankyloser dans cette nouvelle position; il faut, au contraire, de temps à autre, en débarrasser les mains et faire exécuter aux diverses articulations des doigts des mouvements de flexion plus ou moins étendus. C'est pour avoir négligé cette précaution qu'on retire si souvent des appareils des doigts inflexibles, roides et douloureux, qui ne rendent aux opérés aucun service, et qui les gênent même plus que quand ils étaient fléchis et un peu mobiles.

Voici un cas où quelques-uns de ces préceptes ont pu être observés, mais où le succès a été incomplet.

Obs. I. — Alfred Février, aujourd'hui âgé de dix ans, tomba dans le feu à l'âge de quatre ans, et sa main droite plongea dans les cendres rouges du foyer. Les pansements que nécessitait cet accident furent suivis avec beaucoup de négligence; la plaie guérit assez promptement; mais il se forma des cicatrices vicieuses qui augmentèrent plutôt qu'elles ne diminuèrent avec l'âge, et qui sont actuellement telles que les représente la fig. 1. Tous les doigts, moins le pouce, sont fortement fléchis sur la paume de la main, à laquelle ils sont adhérents par des brides d'autant plus étendues, qu'on va davantage vers le bord interne de la main. En effet, tandis que l'index a sa première phalange à peu près complétement libre, le petit doigt est adhérent jusqu'à son extrémité; en outre, les adhérences de ce dernier doigt sont beaucoup plus serrées que celles des autres, surtout de l'index; c'est-à-dire qu'il semble presque collé à la peau. Ces adhérences sont d'ailleurs dures et très résistantes.

Outre les adhérences qui unissent les doigts à la paume de la main, il existe d'autres brides d'une étendue de deux à trois centimètres, suivant l'axe de la main, qui unissent latéralement les doigts les uns aux autres, à la manière des palmipèdes.

Des mouvements très obscurs existent encore dans les grandes articulations des doigts; ces mouvements paraissent nuls dans les deux dernières articulations de l'indicateur et de l'annulaire, dont une portion de la dernière phalange a été détruite par la brûlure, circonstance que l'artiste a omis d'indiquer sur le dessin.

L'opération étant une fois décidée, M. Lenoir y procède de la manière suivante :

1° Les brides latérales sont d'abord incisées peu à peu, et en prenant toutes les précautions pour éviter de léser les artères collatérales. Cette première opération permet d'écarter les doigts les uns des autres, et ainsi de manœuvrer plus facilement sur les autres adhérences.

2° Ce premier temps de l'opération achevé, on saisit chaque doigt isolément, et, le bistouri rasant sa face palmaire, on détruit par de petites incisions successives les adhérences vicieuses jusqu'à leur partie la plus profonde; cette opération étant répétée pour tous les doigts, on s'assure que ceux-ci peuvent être complétement étendus, quoique avec une certaine difficulté, et que les tendons des muscles fléchisseurs sont parfaitement intacts.

3° Les doigts sont enveloppés avec de petites bandelettes de diachylum et maintenus dans une extension forcée à l'aide d'une palette digitée en bois.

Ce premier appareil n'est levé qu'au bout de quatre jours; lorsqu'on le lève, on s'aperçoit que la pulpe de la dernière phalange du doigt indicateur est en partie sphacélée, accident dû, selon toutes les probabilités, à la compression trop longtemps prolongée sans interruption. Après la levée du premier appareil, on pense le malade tantôt avec des bandelettes de diachylum, tantôt avec du linge cératé lorsqu'il existe un peu d'inflammation.

Le deuxième mois après l'opération, la cicatrisation est complète; mais on continue longtemps l'extension de la main et des doigts sur la palette en bois; lorsque le malade sort, cinq mois environ après l'opération, les doigts se meuvent par un mouvement de totalité de manière à former avec le métacarpe un angle de 75°; la flexion des phalanges entre elles, et surtout les premières avec les secondes, est possible, mais seulement avec le secours d'une force étrangère et non spontanément.

Aujourd'hui, plus de six mois après l'opération, et lorsque le petit malade a négligé pendant plus d'un mois l'emploi des moyens mécaniques auxiliaires de l'opération, la flexion vicieuse des doigts s'est reproduite en partie. Les mouvements des phalanges les unes sur les autres sont cependant possibles, même spontanément, excepté à l'index, qui est beaucoup plus roide que les autres doigts, et dont la dernière articulation phalangienne paraît même ankylosée; néanmoins l'enfant écrit assez facilement en tenant la plume entre le pouce, l'annulaire et le médius.

Obs. II. — Nous ne pouvons pas donner sur le second malade des renseignements aussi précis que sur le précédent; néanmoins ces renseignements, que nous devons, ainsi que l'original des deux figures ci-jointes, à l'obligeance de M. Huet, interne très distingué des hôpitaux, suffiront pour démontrer l'utilité de la médecine opératoire dans des cas qui pourraient sembler désespérés au premier abord.

Fig 1



Fig 2



Le malade sur lequel a été fait le dessin de la figure 2 avait quinze ou seize ans; les cicatrices vicieuses dataient chez lui de dix ans lorsqu'on eut recours à l'opération et affectaient une disposition beaucoup plus rare que celles du malade précédent, ainsi que l'on peut s'en convaincre en jetant un coup d'œil sur la figure 2. On comprend facilement que chez ce malade la main était un organe parfaitement inutile. Malgré l'adhérence intime des doigts à la face dorsale de la main et l'ancienneté de la maladie, l'incision des brides accidentelles fut néanmoins tentée par M. Manec à l'hôpital de la Pitié; le traitement fut analogue à celui employé dans le cas dont il a déjà été question et le résultat à peu près le même que dans le cas précédent, quant aux mouvements que le malade put exécuter quelques mois après l'opération. Mais ce résultat fut relativement plus beau en quelque sorte en ce qu'il fut plus inattendu.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE. — M. BAUDENS.

Considérations générales sur les amputations des membres, au double point de vue des méthodes opératoires et des lieux d'élection.

(Quatrième article. — *Voir* le numéro 77.)

Des lieux d'élection à la cuisse.

Quand l'articulation tibio-fémorale est le siége d'une lésion entraînant l'amputation de la cuisse, faut-il remonter au tiers inférieur du membre, ou convient-il d'amputer sur un point plus rapproché du genou? Je partage cette dernière opinion, sur laquelle il importe que je m'arrête ici quelques instants, pour vous faire connaître les faits de ma pratique personnelle sur lesquels je la base.

Premier fait. — Le caporal L..., du 1er de ligne, reçut, le 26 janvier 1836, à la Tafna, une balle qui lui brisa la rotule et vint se perdre profondément dans l'épaisseur de la surface articulaire du condyle interne du fémur droit. L'introduction du doigt dans la plaie me permit de constater la présence de nombreuses esquilles, mais je ne pus parvenir à déterminer le siége précis du projectile. Si je m'étais trouvé dans un lieu approvisionné de secours, je me serais peut-être décidé à pratiquer la résection des surfaces articulaires; mais, sur le champ de bataille, je ne balançai pas un seul instant; et je fis l'amputation. Je plongeai mon couteau au-dessous du ligament rotulien, afin de conserver la rotule; et ce ne fut qu'après avoir séparé la jambe de la cuisse qu'il me fut permis de déterminer le siége précis du projectile enclavé à dix-huit lignes de profondeur dans le condyle interne du fémur. Dès ce moment, je prolongeai légèrement ma dissection vers la partie supérieure du membre, et je reséquai d'un trait de scie transversal la portion des condyles dans laquelle le projectile était emprisonné. Cette portion du fémur que je vous montre en ce moment, a quatre centimètres de hauteur; il vous est facile de constater la gravité des désordres que la balle y avait produits; elle y avait creusé une véritable caverne au fond de laquelle vous l'apercevez encore aujourd'hui, et où elle est fixée d'une manière très solide.

Le résultat de cette opération fut des plus satisfaisants. La surface du moignon, large, parfaitement plane, ressemblant à celle qui est le résultat de l'amputation sus-malléolaire dont elle nous a donné l'idée plus tard, permit au malade de marcher à l'aide d'une jambe bois ordinaire, sur laquelle le moignon, rembourré par le tissu cutané calleux de la manchette du genou, a pris un point d'appui solide, et éloigné de la cicatrice qui, se trouvant en arrière, n'a jamais été le siége de la moindre excoriation. (V. *Plaies d'armes à feu*, p. 532.)

Au point de vue de la prothèse, vous comprenez toute l'importance qu'il y a à scier le fémur dans le lieu que je viens de vous indiquer; la possibilité de faire marcher l'amputé sur l'extrémité inférieure de cet os n'a jamais été indiquée et peut-être jamais pratiquée avant nous.

Par les considérations que nous avons exposées à l'occasion de l'amputation tibio-fémorale nécessitée pour les lésions chroniques, alors que l'amaigrissement du malade a donné aux surfaces osseuses une prépondérance exagérée à laquelle nous avons attribué en partie les insuccès que nous avons éprouvés dans ces circonstances, nous pensons: qu'afin de mieux harmoniser les parties molles et les parties dures, il y aurait lieu de préférer à l'amputation tibio-fémorale l'amputation de la cuisse en réséquant les surfaces articulaires du fémur à la hauteur de trois ou quatre centimètres, et en conservant la rotule.

Deuxième fait. — M. P..., lieutenant au 2e léger, reçut au Sig une balle qui lui fractura le fémur droit à deux pouces au-dessus de l'articulation tibio-fémorale; je me décidai à amputer sur le champ de bataille, et je le fis immédiatement de la manière suivante:

1° Incision semi-lunaire des parties molles jusqu'à l'os immédiatement au-dessus du bord supérieur de la rotule et *au-dessous des ouvertures d'entrée et de sortie de la balle.*

2° Rétraction des parties molles vers la partie supérieure du membre, et incision de la base du cône musculaire, le tranchant du couteau incliné en haut et en dedans de manière à atteindre le fragment supérieur du fémur.

3° Résection de la pointe de ce fragment.

Après l'opération, le malade fut déposé dans un caisson, qu'il habita pendant dix jours, et le dix-huitième jour la cicatrisation était complète.

Ces deux faits démontrent que le précepte d'amputer toujours le plus bas possible et de s'arrêter sur la limite extrême de la lésion doit être rigoureusement observé pour l'amputation de la cuisse; et, si jusqu'à ce jour les amputations de ce membre ont été pratiquées à son quart ou même à son tiers inférieur, cela vient évidemment de la nécessité dans laquelle se trouvent les chirurgiens de conserver une quantité de parties molles suffisante pour constituer le moignon. Mais ces difficultés disparaissent en prenant ces parties molles plus bas à l'aide d'un lambeau contenant la rotule et taillé par notre méthode dans la manchette du genou, et surtout si, comme nous l'avons fait constamment en Afrique, le chirurgien, sans se préoccuper de la situation des ouvertures d'entrée et de sortie de la balle, ne craint pas de porter le couteau au-dessous de ces plaies et de les conserver parmi les tissus qui entrent dans la constitution du moignon.

C'est ici le lieu de vous signaler cette importante modification que nous avons introduite *comme méthode générale* dans la pratique des amputations, et à l'aide de laquelle il nous est toujours facile, surtout dans les blessures d'armes à feu, de ménager une grande quantité de parties molles, et de scier les os beaucoup plus bas qu'on ne le fait habituellement. Il est d'usage, pour la majorité des chirurgiens, de comprendre dans la portion du membre à sacrifier les ouvertures faites à la peau par l'entrée et par la sortie de la balle. Or les désordres du tissu osseux correspondant le plus souvent au niveau de ces ouvertures, il en résulte que, lorsque la peau a été incisée au-dessus d'elles, disséquée et relevée, et que les muscles ont été coupés, on tombe sur le tissu osseux, à quatre pouces environ de l'endroit où il se trouve fracturé. Eh bien! nous vous le demandons, pourquoi diminuer ainsi sans nécessité la longueur du moignon, en retranchant gratuitement trois ou quatre pouces du fémur, de l'humérus, etc.? Nous nous sommes fait une règle de comprendre dans l'épaisseur des lambeaux que nous taillons les stigmates du projectile. De cette manière nous pratiquons notre première incision des parties molles au-dessous du niveau de la blessure osseuse, et lorsque ces parties molles sont relevées et tout à fait incisées, nous tombons directement sur la fracture, et nous n'avons le plus souvent qu'à pratiquer une simple résection de la pointe du fragment supérieur. Du reste, la conservation des ouvertures des projectiles dans l'épaisseur du moignon, loin de nuire à sa cicatrisation, remplit un heureux effet, celui de faciliter l'écoulement des humidités, de la suppuration de la plaie, et favorise ainsi la cicatrisation de la plaie.

Il nous reste maintenant un dernier mot à dire sur les lésions qui, atteignant la tête ou le col du fémur, exigent l'amputation coxo-fémorale, ou la résection de cette grande articulation.

Nous pensons, comme nous l'avons déjà écrit dans la communication que nous avons faite à l'Académie de médecine après les journées de juin, que, s'il fallait choisir entre la désarticulation coxo-fémorale et la résection de la tête du fémur, il serait préférable de recourir à cette dernière, lorsque les lésions ne sont pas de nature à nécessiter d'urgence l'amputation; lorsque, par exemple, la tête du fémur est simplement écornée, ou lorsqu'elle est séparée du corps de l'os, bien que notre opinion, au point de vue des amputations et des résections appliquées au membre inférieur, soit bien arrêtée, et que nous pensions que l'amputation y soit toujours préférable, sauf les exceptions que nous venons de vous signaler; tandis que nous vous dirons plus bas que nous avons une opinion contraire pour le membre supérieur, en raison des fonctions qu'il est appelé à remplir.

La résection coxo-fémorale à la suite de blessures par armes à feu n'a encore été pratiquée que deux fois. La première, en 1829, par Oppenheimer, après la bataille d'Eskiarma-Uttar (voyez *Gazette Médicale*, 1835, page 183), et la seconde au siége d'Anvers, par Seutin (voyez *Relation chirurgicale du siége d'Anvers*, par A. Paillard; 1832); et, bien que, dans ces deux circonstances, elle ait complétement échoué, nous croyons que ce n'est pas là un motif pour ne pas la tenter de nouveau, si l'occasion s'en présentait.

Nous attachons une importance très grande, au point de vue de la guérison, au mode opératoire suivant lequel la résection de la tête du fémur doit être pratiquée; de même que nous pensons que, pour l'amputation coxo-fémorale, le choix du procédé opératoire est d'une très grande valeur pour le succès de l'opération. En effet, avant 1836, époque à laquelle nous avons pratiqué cette opération en Afrique, par notre méthode *à lambeau semi-lunaire antérieur*, on ne connaissait, à proprement parler, qu'un seul succès obtenu par cette amputation pratiquée à la suite de coups de feu; c'était celui du blessé que Guthrie amputa après la bataille de Waterloo, et qui séjourna plusieurs années à l'hôtel des Invalides à Paris. Mais quand nous eûmes montré notre amputé à l'Académie de Médecine, et que chacun eut pu se convaincre des avantages de notre méthode, dans laquelle le lambeau, tombant par son propre poids, masque cette énorme surface traumatique, cette opération fut répétée avec succès par MM. Sédillot, Chaumette, Hénot, etc.; et, depuis ce moment, l'amputation coxo-fémorale, si contestée qu'il était presque de précepte de ne pas la pratiquer, prit définitivement rang dans la science, et on peut dire aujourd'hui que ses succès égalent presque ses revers.

Nous pensons de même que, pour la résection coxo-fémorale, le choix du procédé doit, comme nous vous le disions, exercer une grande influence sur le succès de l'opération. Ainsi, au lieu de faire des incisions multiples, ou une incision cruciale, ou un lambeau de telle ou telle forme; une simple incision verticale, comme la pratiquait Whytt, nous paraît préférable. Ici, comme pour la résection de la tête de l'humérus, nous avons fait subir au mode opératoire d'importantes modifications; ainsi, tout en respectant le tissu cutané, nous faisons, s'il y a lieu, une ou deux incisions dans les tissus musculaire, de manière à découvrir la tête du fémur et le grand trochanter; nous incisons les muscles qui s'attachent aux tubérosités trochantériennes, et dès lors, la tête du fémur, que ces puissances musculaires ne retiennent plus fortement appliquée contre la cavité cotyloïde, est plus facile à dégager et à porter en dehors après la division du ligament capsulaire et du ligament rond. Le résultat de l'opération est une plaie linéaire placée au point déclive, et donnant facilement issue à la suppuration.

Cette résection, pratiquée selon le mode opératoire que nous venons d'indiquer, peut, à notre sens, donner des résultats satisfaisants.

Dans la prochaine leçon, nous passerons à l'examen des lieux d'élection considérés au membre supérieur.

Docteur SERRIER,
Médecin adjoint au Val-de-Grâce.

(*La fin à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 28 juin 1849. — Présidence de M. DEGUISE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, M. LARREY rappelle que M. Maslieurat-Lagémard avait déjà proposé les érignes pour l'opération de la trachéotomie; seulement, son but n'était pas le même que celui de M. Chassaignac: il appliquait les épingles recourbées en crochet sur chacune des lèvres de l'ouverture trachéale pour les maintenir béantes.

— M. GOSSELIN soumet à l'examen de la Société une malade âgée de soixante-neuf ans, qui présente une tumeur du voile du palais et de l'amygdale gauche. Cette tumeur, qui date de dix-huit mois environ, a le volume d'un petit œuf de poule; elle est mollasse, élastique, ne donne au toucher ni battements, ni fluctuation. D'après les explorations auxquelles il s'est livré et tous les signes qu'il a constatés, M. Gosselin ne doute pas qu'il ne s'agisse d'une tumeur encéphaloïde occupant la moitié gauche du voile du palais, les deux piliers correspondants et l'amygdale; son intention en présentant la malade est de consulter les membres de la Société sur la question de savoir si l'on doit pratiquer une opération et à laquelle on devrait donner la préférence. Pour moi, dit M. Gosselin, je trouve cette tumeur assez nettement circonscrite par en bas et en dehors pour qu'il soit possible de la faire disparaître en entier; d'un autre côté, la malade est forte, bien constituée, et cette affection abandonnée à elle-même ne pourra que faire des progrès et gêner de plus en plus les fonctions digestives et respiratoires. Je crois donc que l'opération est indiquée: il est vrai que j'ai senti près de l'angle de la mâchoire un ganglion induré, mais il est très peu volumineux; on pourrait l'enlever aisément, et, à supposer qu'il reste, les progrès de son altération n'exposeraient que bien plus tard à des accidents sérieux.

L'opération une fois admise, fera-t-on une ligature ou une excision? Chacun se rappelle une opération ingénieuse de ligature exécutée il y a quelques années par le professeur Blandin; ce procédé serait applicable ici, mais j'avoue que je suis peu partisan des ligatures dans cette région à cause des dangers qui peuvent résulter de la déglutition des matières sanieuses et purulentes. Je donnerais donc la préférence à une extirpation faite avec le bistouri; sans doute, elle exposerait à une hémorrhagie; mais on pourrait y remédier au besoin par la cautérisation avec le fer rouge, et les gros vaisseaux me paraissent trop éloignés de la tumeur pour qu'il y ait crainte de les diviser pendant l'opération.

M. HUGUIER. Je crois aussi qu'il s'agit, dans ce cas, d'une tumeur carcinomateuse; mais cependant je me demande si le point de départ de la maladie n'a pas été un ganglion lymphatique. Il y a dans la région de l'amygdale un ganglion qui reçoit les vaisseaux lymphatiques profonds du crâne. J'ai déjà eu l'occasion de voir une tumeur de cette région formée par le ganglion dont il s'agit épaissi et induré. Peut-être en serait-il de même dans le cas actuel. D'un autre côté, si la malade n'a pas encore pris d'iodure de potassium, il serait prudent de lui en administrer.

M. CHASSAIGNAC. Je partage l'opinion de M. Gosselin relativement au diagnostic; seulement, il me semble que l'amygdale n'est pas gonflée, et qu'elle est seulement repoussée par le développement de la tumeur. Je rejette entièrement l'idée d'une tumeur ganglionnaire. Cependant, pour ne négliger aucune précaution, je serais d'avis de faire, avant tout, une ponction exploratrice. Le diagnostic une fois confirmé par ce moyen, je crois aussi qu'une opération doit être tentée, et j'accorde à l'instrument tranchant une grande supériorité sur la ligature. On pourrait bien, après cette dernière, empêcher la déglutition des matières sanieuses pendant la veille; mais il serait impossible de s'y opposer pendant le sommeil. Je craindrais seulement, en faisant l'ablation, qu'une hémorrhagie eût lieu par les grosses artères, et je me tiendrais prêt à faire, au besoin, la ligature de la carotide primitive.

M. MAISONNEUVE. La première chose à faire est de donner l'iodure de potassium. Toutes les apparences sont favorables à l'idée d'une tumeur cancéreuse; mais on s'y est trompé assez de fois pour se tenir en garde. Si, au bout de quinze jours ou trois semaines, l'iodure de potassium donné à dose élevée n'a produit aucune diminution, il faudra opérer avec le bistouri. Je conseillerais d'inciser d'abord sur le côté externe, et d'isoler la tumeur de ce côté, ce qui faciliterait beaucoup le reste de l'opération. Il serait bien aussi d'énucléer le plus près possible avec les doigts. Enfin, je terminerais par l'ablation de la petite tumeur ganglionaire.

M. VIDAL. J'ai présenté à la Société, il y a quelques semaines, un malade qui offrait une tumeur analogue à celle-ci. Tout le monde a pensé qu'il s'agissait d'une tumeur maligne solide; M. Guersant a même décrit le procédé qu'il convenait d'employer. Au premier coup de bistouri il s'est échappé un flot de sang. J'ai néanmoins continué, et j'ai amené une tumeur qui avait l'aspect pancréatique. Il n'y a pas eu de récidive jusqu'à présent; la mère de ce malade avait cependant eu un cancer au sein. Je rappelle ce fait pour qu'on se tienne en garde contre l'écoulement du sang, si l'on se décide à opérer la malade.

M. MONOD. On n'attache pas assez d'importance au ganglion sous-maxillaire; il faudra l'enlever de toute nécessité; peut-être est-il plus gros qu'on ne le suppose, peut-être y a-t-il d'autres ganglions plus profonds et qu'on ne pourrait atteindre. Pour ces raisons, et afin de ne pas faire subir à cette malade les chances d'une opération qui serait inutile si les ganglions restaient, je commencerais par la tumeur ganglionaire.

M. CHASSAIGNAC. Je ne serais pas d'avis de faire le traitement explorateur par l'iodure de potassium. Je craindrais de perdre un temps précieux, pendant lequel le cancer envahirait davantage.

M. VIDAL. Je ne crois pas qu'il s'agisse là d'une affection vénérienne. Cependant il suffit que des doutes soient élevés pour qu'on soit plus scrupuleux. D'ailleurs, si la tumeur était syphilitique, elle se modifierait avant quinze jours sous l'influence de l'iodure de potassium donné à 4 ou 6 grammes par jour.

M. LARREY. Les incertitudes qui s'élèvent sur le traitement explorateur tiennent probablement à l'incertitude du diagnostic. J'invite M. Gosselin, qui a examiné plus longtemps que nous la malade, à nous dire ce qu'il sait des antécédents, et

sur quelles raisons il se fonde pour rejeter l'idée ou d'une affection syphilitique, ou d'un abcès enkysté.

M. Gosselin. Je n'avais pas voulu m'arrêter sur la question du diagnostic, afin de ne pas occuper trop longtemps l'attention de la Société, et parce que je désirais surtout des conseils thérapeutiques; mais, puisque la discussion s'est engagée sur ce point, je dirai que j'ai fait à la malade toutes les questions propres à me faire savoir si elle avait eu des symptômes primitifs ou consécutifs de syphilis. J'ai examiné les os superficiels, le crâne, le tibia, le sternum; je n'ai rien trouvé qui pût me faire croire à des antécédents syphilitiques. Je rejette surtout cette idée, parce qu'il y a un ganglion malade. Or j'admets, avec M. Ricord, que l'un des meilleurs moyens de diagnostic, entre les affections tertiaires et les tumeurs cancéreuses, est l'absence de ganglions engorgés dans le premier cas, leur existence fréquente dans le second. D'un autre côté, je ne crois pas qu'il s'agisse là d'un abcès enkysté, parce que la maladie est trop ancienne et que je n'ai pu sentir de fluctuation.

— M. Maisonneuve présente à la Société un calcul salivaire peu volumineux, qui faisait une petite saillie dans la bouche, au niveau de l'ouverture du canal de Sténon.

A ce propos, M. Maisonneuve revient sur une opinion qu'il a déjà exprimée devant la Société relativement aux obstructions et aux oblitérations des conduits salivaires. Il ne pense pas que l'effet de ces altérations soit d'occasionner des dilatations; il croit que la grenouillette ne reconnaît pas ce mode d'origine, et que tous les cas dans lesquels la dissection a pu être faite ont révélé des kystes indépendants des voies salivaires.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Autopsie d'un diabétique.

M. Cl. Bernard, ayant eu l'occasion de faire l'autopsie d'un diabétique mort dans le service de M. Rayer, a pu mettre à profit les études qu'il a faites sur ce sujet et donner à cette recherche une direction physiologique très propre à en caractériser les résultats. Une circonstance particulière est venue s'ajouter aux avantages que la science peut tirer de l'examen de ce cas : c'est que le diabétique est mort subitement vers le troisième jour de son entrée à l'hôpital, et a pu par conséquent présenter à l'observation des faits qu'on ne rencontre pas dans les autopsies ordinaires des diabétiques qui s'éteignent lentement sous l'influence de leur maladie.

L'urine, retirée au moyen d'une sonde pendant que le sujet était encore chaud, contenait une grande quantité de sucre. Le foie, déformé et beaucoup plus volumineux que dans l'état ordinaire, en contenait une grande proportion. Les reins avaient également augmenté de volume. Dans l'état normal, le gauche pèse 141 grammes et le droit 125; sur ce diabétique, le rein gauche pesait 245 grammes et le droit 235. Le tissu du rein, préalablement lavé, a fourni du sucre, mais en beaucoup moins grande quantité que le foie. Le pancréas et la rate, diminués de volume, n'en contenaient point.

Les centres nerveux en étaient également privés.

Les liquides ont été soumis à l'analyse. Le sang contenait de grandes quantités de sucre dans tous les points où on l'a examiné. M. Cl. Bernard rappelle une autopsie dans laquelle le sérum du sang abandonné à lui-même était devenu acide par suite de la destruction du sucre. Cette observation s'appuie sur une circonstance de cette dernière autopsie; c'est qu'on a trouvé du sucre dans de la sérosité qui remplissait le péricarde. Or cette même sérosité alcaline, au moment où on l'a retirée du péricarde, est devenue acide par suite de la destruction du sucre.

Le suc intestinal et le suc gastrique, qui sont très propres à favoriser cette destruction, n'en contenaient pas. M. Cl. Bernard observe qu'il a rencontré du sucre dans le sperme d'une chèvre qu'il avait artificiellement rendu diabétique.

Cette dernière autopsie montre donc que, dans les cas où l'on peut étudier les tissus et les liquides d'un diabétique que la mort enlève subitement, on peut rencontrer du sucre dans le sang, dans le foie et dans les reins. Quant aux différences de réaction offertes par les liquides et rapportées jusqu'ici à la cause qui produit le diabète, on voit qu'elles dépendent simplement du mode de destruction du sucre.

CORRESPONDANCE.

Quelques réflexions à propos de l'instruction du comité d'hygiène sur la suette.

Nous recevons de M. le docteur Foucart la lettre suivante, qui a pour but l'appréciation, à un point de vue un peu différent du nôtre, de l'instruction du comité d'hygiène sur la suette. Quoique l'opinion de notre honorable collaborateur et ami ne soit peut-être pas exactement la nôtre sur tous les points de l'instruction, nous ne nous empressons pas moins de publier ses réflexions dans une question où il peut maintenant parler avec quelque autorité.

Mon cher confrère,

Voilà plus de trente ans que sévit dans le département de l'Oise la *suette miliaire*, qui s'étend de plus en plus dans les départements voisins, et, chose triste à dire, la médication a été jusqu'à présent presque aussi peu avancée qu'aux premiers jours. Tous les ans la mortalité fait de grands ravages, à tel point que l'autorité s'est émue, et que le comité d'hygiène publique s'est vu forcé d'élever la voix dans la question du traitement, et de donner indirectement aux médecins, sous forme d'avis au peuple, une série de préceptes non moins utiles aux praticiens qu'aux personnes étrangères à l'art de guérir.

Appelé deux fois en peu de temps, par M. le ministre du commerce, à observer de près une épidémie de ce genre qui régnait dans les départements de la Somme, de l'Aisne et de l'Oise, je crois être à même de vous présenter quelques considérations pratiques sur cette instruction populaire que vous avez publiée dans votre dernier numéro, et au sujet de laquelle vous promettez à vos lecteurs quelques réflexions. Mieux que personne j'ai pu apprécier l'immense utilité de ce document. Un seul regret nous restera, et aux populations qui ont été décimées par la maladie; c'est que cette instruction n'ait pas été publiée plus tôt. Combien eussent été sauvés, qui sont morts! Mais aussi, aurait-on pu croire, si on ne l'avait vu cent fois, que des médecins partageassent ce préjugé vulgaire qui veut que l'on couvre les malades de draps, de couvertures, d'édredons, de sacs de son? qu'on les gorge de boissons chaudes? Dans trop de cas, malheureusement, ce n'est pas de la maladie qu'ont été victimes les patients, mais du supplice qu'on leur faisait endurer et des complications qui en résultaient.

Je ne dirai rien de la forme. Peut-être trouverait-on cette instruction un peu longue, si la simplicité, la clarté, ces deux qualités si précieuses dans un travail destiné au peuple, ne rachetaient amplement ce que nous n'oserions pas appeler un défaut. Je dis plus. Je ne sais s'il ne faut pas remercier le savant rapporteur d'avoir, dans les quelques lignes formant préambule, condensé un court aperçu historique, et une description sommaire et facilement intelligible pour tous de l'affection épidémique. Dire aux malades et à ceux qui les entourent l'ordre de succession des phénomènes qui doivent se manifester, c'est d'abord les rassurer en leur prouvant que l'affection est bien connue, et leur éviter des frayeurs sans aucun fondement, comme nous n'en avons vu que trop souvent, lorsqu'apparaissait un symptôme dont ils n'avaient pas été prévenus.

Au point de vue scientifique, nous n'avons que des éloges à donner à l'instruction du comité d'hygiène, dont l'honorable rapporteur nous permettra cependant un mot de critique un peu plus loin.

Et d'abord, approuvons fort M. Mélier d'avoir écrit en tête de la partie vraiment pratique de l'instruction cette phrase, dont quelques esprits arriérés ou observateurs incomplets se refuseront seuls à reconnaître la vérité :

« On ne saurait trop le dire, la suette en elle-même, et sous la forme la plus ordinaire, n'est pas, en général, une maladie grave. La gravité est l'exception, et résulte, dans la majorité des cas, du préjugé qui porte à couvrir les malades outre mesure, à leur faire prendre des boissons chaudes et excitantes, à provoquer des sueurs immodérées. »

Cette assertion est tellement vraie, que l'on est encore à se demander, lorsqu'on a observé un grand nombre de sujets pris de la suette, si la mort est possible lorsque le traitement a été institué sur les bases posées dans le cours de l'instruction dont nous parlons.

La distinction est très importante, qui a été établie par notre honorable confrère entre la *suette* et une simple sueur un peu abondante. A nos yeux, le cachet, le signe caractéristique sans lequel il n'y a point de *suette*, c'est l'embarras gastrique, la langue blanche, la constipation. Nous n'avons vu, cette année, ce dernier symptôme manquer que dans un très petit nombre de cas, un ou deux sur cent, tout au plus, et lorsque la suette se compliquait d'une influence de cholérine. Alors aussi la suette était moins grave, et la cholérine restait légère, les deux maladies se faisant en quelque sorte contre-poids.

Approuvons encore hautement l'instruction d'avoir prescrit de changer le linge des malades, même pendant le plus fort de la sueur, et en s'entourant, bien entendu, de toutes les précautions nécessaires pour éviter un refroidissement subit.

Nous ne dirons rien de l'article relatif aux tisanes. Dans la suette, toutes les tisanes sont bonnes pourvu qu'elles soient prises froides et en petite quantité à la fois. Dans les contrées pauvres que j'ai parcourues, j'avais fini par obtenir les plus grands succès en me contentant de donner aux malades une cuillerée d'eau fraîche toutes les cinq ou dix minutes; cette boisson m'a paru encore être celle dont les sujets se lassaient le moins vite. Dès le deuxième ou le troisième jour, il m'a semblé que l'on pouvait substituer souvent à la tisane, quelle qu'elle soit, un bouillon léger de veau ou de poulet, pris froid également et par cuillerées. L'abstention rigoureuse de tout aliment solide pendant sept à huit jours, comme le recommande l'instruction, est un des préceptes les plus importants si l'on veut avoir des convalescences rapides et sans accidents.

Nous avons dit que nous nous permettions un mot de critique; il porte sur un oubli que nous paraît avoir fait le savant rapporteur, oubli sans bien grave conséquence du reste. Très souvent dans le cours de la suette les malades sont pris de suffocation; cette suffocation est d'autant moins intense que les malades ont été traités conformément aux précautions indiquées dans l'instruction à laquelle nous faisons allusion. Comme moyen thérapeutique presque infaillible, nous indiquerons au médecin l'ipécacuanha. Mais en dehors de cet agent médicamenteux, dont l'emploi ne doit être fait que par l'homme de l'art, nous avons souvent retiré d'excellents effets d'un topique dont on peut abandonner l'application au vulgaire, une fois indiquées les circonstances où il est utile. Je veux parler du sinapisme épigastrique et sus-sternal, dont les résultats, souvent instantanés, sont presque toujours favorables ou du moins parfaitement innocents. Contre le phénomène *suffocation*, le révulsif placé là m'a paru plus rapide et plus puissant que ceux des extrémités. C'est là une opinion que je prends la liberté de soumettre à l'honorable confrère au talent duquel nous devons le remarquable document que vous avez publié.

Le comité d'hygiène n'ayant voulu faire qu'une instruction populaire, aucune indication thérapeutique en dehors des préceptes hygiéniques ne pouvait y trouver place. Et cependant, en l'absence de toute médication arrêtée, de toute marche rationnelle, en face d'une pareille *déroute thérapeutique*, qu'on me passe l'expression, il était difficile que les membres médecins de la commission consentissent à garder un silence complet, et n'indiquassent pas la tendance, quelle qu'elle fût, qu'ils désiraient voir imprimer au traitement de la suette. Cette tendance, nous la trouvons dans le dernier paragraphe, qui, sans avoir l'air que d'effleurer la question, la résume tout entière en deux mots : *le vomitif au début*.

Comme l'a formulé nettement et avec raison l'un des membres les plus distingués de l'Académie de Médecine, comme une expérience étendue l'a démontré, non pas seulement à moi, mais à plusieurs de nos confrères qui, instruits par les faits, se sont bientôt rangés à mon opinion, et parmi lesquels je suis heureux de citer MM. les docteurs Langlet, de Proyart; Mollien, de Chaulnes; Missa, de Nanteuil-le-Haudouin; Kirchten, de Cugny, l'*ipécacuanha est le spécifique de la suette*.

Il est bien vrai que l'honorable rapporteur a tourné sa phrase de cette façon : « Une saignée est quelquefois nécessaire, particulièrement au début; *plus souvent, un vomitif*. » Ce qui pourrait laisser croire qu'en effet M. Mélier approuve dans quelques cas la saignée au début. Je dois faire remarquer que la situation de notre savant confrère était ici excessivement délicate. Condamner la saignée, c'était infliger un blâme aux médecins qui l'avaient employée, et M. Mélier ne pouvait ni ne devait le faire, en raison de sa position officielle, surtout dans une instruction destinée au public non médical.

Mais moi, cher confrère, qui n'ai dans tout cela maintenant aucune position officielle, qui peux dire franchement toute mon opinion sans m'astreindre à des précautions de cette nature, moi qui, à la fin de la lettre que j'ai adressée à l'Académie dans sa séance du 26 juin, ai écrit : « Dans le traitement de la *suette miliaire*, les boissons chaudes, les couvertures nombreuses, les *émissions sanguines* sont *toujours nuisibles*, *souvent mortelles*, » je vais vous dire en deux mots quelle traduction je serais tenté de faire de la dernière phrase de l'instruction. A mon avis, cette phrase signifie tout simplement : les ménagements que la commission est obligée de garder vis à vis des praticiens l'empêchent de condamner les saignées....

Vos lecteurs penseront-ils comme moi? S'ils avaient vu la suette épidémique, et les effets comparatifs de la saignée et des évacuants, je n'en douterais pas un seul instant.

Mais en voilà assez sur ce sujet. L'Académie de Médecine doit, dit-on, être prochainement saisie de la question scientifique. Ce sera pour nous une occasion de revenir peut-être sur cet important document.

Agréez, etc. Dr A. Foucart.

Contagion du choléra.

M. Brochard, de Nogent-le-Rotrou, nous adresse les quelques mots qui suivent, à propos des réflexions faites dans la dernière séance de l'Académie par notre savant confrère M. Martin-Solon.

Monsieur le Rédacteur,

J'affirme de nouveau que le *premier* cas de choléra observé à Nogent-le-Rotrou a eu lieu le 1er avril, le lendemain du jour où arriva la voiture de nourrices. Les documents officiels que j'ai à ma disposition me permettent de déclarer fausse et erronée toute affirmation contraire.

Agréez, etc.

Brochard,
Médecin de l'Hôtel-Dieu, médecin des épidémies.

NOUVELLES.

L'Académie des Sciences n'a reçu que quelques communications relatives aux causes et au traitement du choléra; ces communications ne font que répéter des assertions déjà émises nombre de fois.

— Nous recevons trop tard pour les publier des communications sur le développement du choléra dans plusieurs localités de la France et de l'étranger; nous y reviendrons dans le prochain numéro. Nous nous contenterons d'annoncer aujourd'hui que quelques cas ont été observés à Bordeaux.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 12 JUILLET 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 81.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 11 JUILLET 1849.

Bulletin du choléra.

Le nombre des nouveaux cholériques admis dans les hôpitaux civils depuis deux jours a été supérieur de quelques unités à celui que nous avons publié dans notre dernier bulletin; mais ce chiffre est bien loin d'autoriser les craintes exprimées par quelques personnes de voir une recrudescence alarmante accompagner l'élévation de la température. Il faut voir dans cette augmentation légère moins une recrudescence qu'une de ces fluctuations qu'on observe aussi bien pendant la période croissante des épidémies que pendant leur déclin. Ce qui prouve que c'est bien à une simple fluctuation que tient la faible augmentation dont il s'agit, c'est que cette augmentation ne s'est nullement fait sentir dans les hôpitaux militaires, où l'on n'a reçu que quatre cholériques depuis deux jours. Tout nous fait donc espérer que nous traverserons sans accident la température élevée qui s'est manifestée depuis quelques jours.

N'ayant pu nous procurer encore le chiffre des décès à domicile depuis le 2 juillet, nous publions seulement celui des admissions et des décès dans les hôpitaux civils et militaires.

Hôpitaux civils :		
Journée du 9 juillet.......	25 entrées,	6 décès.
— 10	31	11
Hôpitaux militaires pendant les deux jours.........	4	2
Total...........	60	19
Total des décès dans les hôpitaux..........		6655
Total des décès à domicile jusqu'au 2 juillet inclusivement..........		9127
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie..................		15782

Nous avons reçu de plusieurs internes en médecine et en pharmacie des hôpitaux quelques explications sur ce qui s'est passé dans la séance à laquelle ils ont été convoqués par M. le directeur de l'assistance publique à Paris. Nous reproduisons ces explications sans y rien ajouter.

La lettre de M. le ministre de l'intérieur portait formellement, et M. le directeur a insisté sur ce fait, que les deux croix accordées avaient pour objet, non de récompenser des faits particuliers, mais bien d'honorer le *corps de l'internat* tout entier; M. le ministre demandait en conséquence aux internes de lui désigner ceux qui seraient le plus dignes de les représenter en portant la croix.

Messieurs les internes, tout en exprimant leur vive reconnaissance au ministre pour sa bonne volonté, ont pensé que le corps de l'internat, n'étant pas un corps organisé ayant des insignes particuliers, mais bien une aggrégation d'individus qui se dispersent sur tous les points de la France chaque année, ne pouvait être honoré, comme un régiment ou une académie, par exemple, dans la personne d'un ou deux de ses membres. Ils ont donc refusé la distinction offerte par M. le ministre, non par dédain, mais comme récompense inapplicable, et n'atteignant point le but généreux auquel elle était destinée. Cette décision a été prise à l'unanimité, moins deux voix.

Il est une récompense que le corps de l'internat accepterait avec reconnaissance; cette récompense serait celle-ci :

Quatre croix, au lieu de deux, seraient accordées par M. le ministre. Un modeste monument serait élevé à la mémoire des internes morts victimes de l'épidémie, avec cette inscription :

A LA MÉMOIRE DE BERLIER, LONDÉ, MULARD ET POURCHET,

Internes des hôpitaux, nommés par leurs collègues, avec l'agrément du gouvernement, chevaliers de la Légion-d'Honneur!

Les croix seraient envoyées aux familles des victimes.

L'histoire d'un cas de monomanie aussi singulière que rare, mais non point cependant sans analogue dans les annales de la science, vient de se dérouler hier dans l'enceinte des conseils de guerre. Les détails de cette monomanie, rédigés par le malade lui-même, offrent un trop grand intérêt psychologique pour que nous puissions nous dispenser de les faire connaître d'une manière complète à nos lecteurs. Nous en ajournons donc à notre prochain numéro la publication, ainsi que les courtes remarques que nous aurons à présenter sur ce fait remarquable.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Névralgie intercostale, fièvre d'accès.

Observations recueillies par M. E. LEGENDRE, élève externe.

S'il est aujourd'hui en médecine une chose incontestable, c'est assurément l'hypertrophie à peu près constante de la rate dans les fièvres intermittentes causées par les miasmes paludéens. La moindre habitude de la plessimétrie suffira pour convaincre quiconque voudra se donner la peine de percuter l'hypochondre gauche des fébricitants soumis à l'action de ces miasmes. Souvent même la rate dépassera le bord inférieur des fausses côtes, proéminera dans la cavité abdominale, et à la palpation seule on découvrira la lésion de cet organe. Dans les pays marécageux, en Sologne surtout, les habitants qui sont soumis aux exhalaisons putrides, et qui contractent fréquemment des fièvres d'accès, se plaignent souvent de ce qu'ils appellent le *tourteau;* ce tourteau n'est rien autre que la saillie dure de la rate que l'on sent à travers les parois de l'abdomen.

On ne peut nier non plus l'action rapide du sulfate de quinine, et mieux encore de l'alcoolé de quinine sur le tissu splénique. MM. les docteurs Piedagnel et Pagès, qui ont injecté de l'alcoolé de quinine dans les veines de chiens dont ils avaient mis la rate à découvert, ont vu que cet organe revient immédiatement sur lui-même, qu'il se ride, se ratatine, pour ainsi dire, sous l'influence de ce médicament.

Ceci bien établi, je vais parler maintenant de fièvres intermittentes bien caractérisées qui existent sans hypertrophie aucune de la rate, et sur lesquelles, par conséquent, le sulfate de quinine n'a aucune action; ce sont les fièvres causées par une lésion des nerfs de la rate, et non par les miasmes putrides. La névralgie intercostale, en effet, quand elle existe à gauche, engendre presque toujours une fièvre d'accès. Trois observations que je rapporte ici, prises récemment dans le service de M. le professeur Piorry, viennent à l'appui de ce que j'avance.

1° Le 10 juin 1849, entra à l'hôpital de la Pitié, salle Sainte-Geneviève, n° 26, la femme Joret, domestique, âgée de trente-neuf ans. Cette femme, malade depuis deux mois, offrait à son entrée les symptômes suivants : violente douleur de tête, brisure générale des membres; frissons très forts le soir, suivis de chaleur et de sueur; gêne de la respiration; pouls à 120 pulsations. Dans la nuit, au dire de la malade, et dans la journée, des frissons assez répétés, suivis également de chaleur et de sueur, étaient les avant-coureurs d'un plus grand abattement. La fièvre cédait un peu dans la journée, pour recommencer le soir avec une nouvelle intensité. Le flanc droit et le flanc gauche étaient le siége de douleurs très vives. A gauche plus spécialement et au niveau de la rate, si on suivait avec le bout du doigt le bord inférieur des côtes depuis la colonne vertébrale jusqu'aux cartilages costaux, la douleur était intolérable. Si on pratiquait la même manœuvre sur le bord supérieur des côtes, la malade n'accusait aucun mal. Cette femme, sujette à des attaques d'hystérie, ne toussait point. La gêne de la respiration tenait à la douleur névralgique. La poitrine, percutée et auscultée, n'offrait aucun signe de pneumonite, ni de pleurite, ni d'épanchement pleurétique. Le cœur était sain. Du reste, les accès de fièvre étaient parfaitement intermittents; la rate offrait son volume normal (7 centimètres et demi). On ne pouvait donc porter d'autre diagnostic que celui-ci : *Névralgie intercostale et fièvre intermittente.*

Pour le traitement, que faire en pareille circonstance?

Les 11 et 12 juin, on donna chaque jour 1 gramme 50 centigrammes de sulfate de quinine; les accès ne furent point calmés.

Le 13, on appliqua sur la région splénique vingt sangsues, qui ne produisirent aucun effet sur la maladie.

Le 16, on appliqua sur le même point, un peu au-dessus cependant, pour ne point enflammer les piqûres de sangsues, un vésicatoire que l'on pansa pendant quatre ou cinq jours avec deux centigrammes d'hydrochlorate de morphine. En même temps, on donna des bains prolongés.

La malade commença alors à éprouver de l'amélioration, tant dans ses douleurs que dans les accès de fièvre; la gêne à respirer était moins grande. Le vésicatoire une fois sec, on en appliqua un second que l'on pansa encore de la même manière. Les bains furent continués, el de jour en jour la malade éprouvait un mieux sensible; enfin, elle sortit guérie le 6 juillet 1849.

2° Dans la même salle, au lit n° 7, entra, le 2 juillet 1849, la femme Haussetête, âgée de trente-trois ans. Cette femme était accouchée le 24 mai; son enfant mourut le 24 juin, et

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Régénération de l'espèce bumaine et peuplement des colonies, par M. le docteur Bodichon. — Une belle définition du cboléra, par le docteur Pionnier.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cber confrère,

Pour être feuilletoniste, on n'en est pas moios bomme et sujet tout comme le reste de l'humanité aux petites misères de la vie; voilà commeot je vous expliquerai, saos entrer dans de plus grands détails, le retard que j'ai mis à vous écrire. Cela dit, je commence les communications que j'ai à vous faire.

Vous savez qu'après la métaphysique et peut-être la politique, la médecine est la matière à propos de laquelle on a le plus perdu d'encre et de papier, *id est* sur laquelle on a écrit le plus de sottises, car on peut poser comme une loi mathématique que le nombre des sottises est en rapport direct avec celui des écrits. Si nous cherchions les raisons de cette abondance d'écrits métaphysiques, politiques et médicaux, nous la trouverions peut-être dans l'obscurité, dans les incertitudes des sujets : quand on n'a qu'à démontrer une vérité et à en déduire les conséquences, cela est bientôt fait, et, quand la chose est faite une fois, il n'y a plus à y revenir, il n'y a plus de volume à écrire; mais quand on a à discuter une hypothèse, à lui opposer une autre hypothèse, à celle-ci une troisième et ainsi de suite, ob! alors on peut noircir rame sur rame et combler l'Océan d'io-folios et d'in-18 avant de tomber d'accord; d'autant moins l'on prouve et l'on comprend, d'autant plus on aime à parler et à écrire; voilà la règle. Mais ce n'est poiot une discussion philosophique que je prétends entreprendre ici; il me suffit d'avoir établi ma proposition et de vous avoir préparé par là à accueillir sans trop d'incrédulité toutes les exceotricités, tant colossales soient-elles, dont ma position m'oblige à me faire l'écho. Ce n'est pas aujourd'hui toutefois que vous aurez à mettre ce conseil à profit : loin d'avoir des exceotricités à vous apprendre, j'ai à vous entretenir de quelques idées très remarquables du docteur Bodichon et non *Godichon*, comme l'ont écrit fort inconsidérément certains rédacteurs de journaux.

Daos un travail fort remarquable, le docteur Bodichon a eoseigné à l'Académie des sciences beaucoup de choses, entre autres la manière de faire pousser des cheveux noirs et de peupler les colonies.

Il faut d'abord que vous sachiez que le docteur Bodichon est propriétaire (mais non voleur, car c'est un trésor bien acquis, comme vous en allez être convaincu) d'uoe chevelure en comparaison de laquelle celle de sainte Madeleine oe serait qu'une perruque à la Titus. Notre désiotéressé confrère ne fait poiot un secret du procédé à l'aide duquel tout le monde peut se procurer une si ricbe toison; ce procédé consiste tout simplement à ne jamais porter de cbapeau. *Experto crede Bodichono*, dit notre ingénieux confrère; j'ai pour moi quinze ans d'une expérience acquise sous le soleil ardent de l'Algérie; je me suis promené des journées entières sans chapeau ni casquette, sans turban ni chachia, et mon synciput, loin d'en être incommodé, ne s'en est trouvé que plus agréablement, et mon système pileux a prospéré au point où l'Académie peut le contempler. D'où j'ai conclu avec raison que rien n'est plus favorable au cuir cbevelu et même au système de l'économie en général que de se promener nu-tête en plein soleil d'Afrique, et que rien n'est plus préjudiciable à la santé que tous les couvre-chefs généralemeot quelconques.

M. le docteur Bodicbon n'en veut pas seulement aux casquettes et aux cbapeaux; il possède un fort dépôt de bile contre les blonds. Les blonds forment, selon lui, dans la race humaine une variété dégénérée contre les inconvénients de laquelle on ne saurait s'élever assez violemment. Plusieurs motifs puissants justifient les antipatbies du docteur Bodichon. Si le monde a été et est aujourd'hui en révolution, ce n'est ni la faute de Voltaire, ni la faute de Rousseau, c'est la faute des blonds.

Si Napoléon a échoué dans la conquête de l'Egypte, n'en cherchez pas la cause ailleurs que daos les quelques blonds qui faisaient partie de son armée.

Si le choléra décime les populations et tend à s'établir parmi nous, si les colooies européenes intertropicales se dépeuplent et périclitent, et si enfin le jeune Bodichon fils est affecté de blondioisme, le docteur Bodichon n'bésite pas à en accuser la variété peu estimable des blonds. Donc, à bas les blonds! Meurent les blonds! Qui donc nous délivrera des blonds, cause de tant de malheurs?

Ah! oui, voilà notre grande question : qui nous délivrera des blonds? Le docteur Bodichon a mûrement réfléchi à cet important problème, et croit être enfin parvenu à en trouver la solution.

Le premier moyen qui s'est présenté à l'esprit du docteur Bodicbon a été de faire une Saint-Barthélemy de bloods; mais le cœur de notre sensible confrère, qui est beaucoup moins noir que sa cbevelure, a repoussé aussitôt un pareil moyen.

C'est par transition physiologique que M. Bodichon veut parvenir

quelques jours avant la mort de ce dernier elle avait été obligée de le sevrer. A partir de cette époque elle fut prise de douleurs dans tout le côté gauche de la poitrine, et de frissons revenant plusieurs fois par jour. A la suite de ces frissons elle sua beaucoup ; la fièvre est intense. La malade accuse en outre de grands maux de tête et de la gêne à respirer. Le doigt, promené sur le bord inférieur des côtes gauches, provoque des cris de la part de la malade. A droite, rien de semblable n'a lieu. La poitrine n'est le siége d'aucun râle ; la rate n'est pas volumineuse ; depuis longtemps la malade est sujette à des attaques d'hystérie.

Nous avons encore affaire ici à une névralgie intercostale avec fièvre intermittente. Comme dans ces cas le sulfate de quinine est sans succès, M. Piorry fait appliquer sur la région splénique du coton imbibé de chloroforme. Les frissons sont devenus moins fréquents, et la fièvre est moins forte.

Le 6, il y a une grande amélioration, et l'on continue les applications de chloroforme.

3° Dans la même salle Sainte-Geneviève, au lit n° 8, est couchée la femme Rabache, âgée de quarante ans, tisseuse. Cette femme, entrée à l'hôpital le 3 juillet, était malade chez elle depuis huit jours. Avant son entrée, nous dit-elle, dans l'ardeur de la fièvre elle mouillait jusqu'à onze chemises par accès. Elle ne sue presque plus depuis son entrée à l'hôpital.

Voici ce qu'elle éprouve le 3 à la visite.

Au toucher, douleur très vive de l'hypochondre gauche. Chaque matin, à dix heures, elle éprouve un fort frisson d'une durée plus ou moins longue, suivi de chaleur et de sueur. Dans la journée elle ressent encore quelques frissons, qui sont également suivis de sueur. Pendant la fièvre, la malade se plaint d'un violent mal de tête, d'une grande gêne à respirer. La poitrine est saine ; la rate offre un volume normal. Depuis huit jours seulement elle éprouve la sensation d'une boule qui lui monte à la gorge et l'étrangle. Jamais avant sa fièvre elle n'avait éprouvé cette sensation. Le col de l'utérus, examiné avec le spéculum, est sain. Le diagnostic est encore porté : névralgie intercostale à gauche ; fièvre intermittente. On applique un vésicatoire sur la région splénique, et le 6 juillet la malade est beaucoup mieux. Ses douleurs sont moins vives, ses frissons moins fréquents, sa fièvre moins forte. En un mot, la malade est en voie de guérison. Quelques bains achèveront de calmer complétement ces douleurs.

Nous voyons donc, d'après ces trois observations, qu'une névralgie intercostale à gauche peut occasionner une fièvre d'accès bien nette, sans qu'il y ait pour cela hypertrophie de la rate ; que, dans ce cas, le sulfate de quinine est un médicament impuissant ; que les sangsues ou les ventouses appliquées sur la région splénique sont sans résultat ; que le chloroforme, les bains, les vésicatoires, sont les seuls remèdes qui, en agissant sur la névralgie, en faisant cesser la douleur, diminuent les accès de fièvre et finissent même par les chasser tout à fait. Il résulte aussi de ces observations et d'observations antérieures que les névralgies intercostales sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, que leur siége est plus souvent à gauche qu'à droite, qu'elles ont lieu plus souvent chez les femmes hystériques, et que même elles peuvent causer des attaques d'hystérie chez celles qui n'en ont jamais eu.

Pour comprendre qu'une névralgie interscostale puisse déterminer une fièvre d'accès, voici l'explication que donne M. Piorry. Les filets nerveux intercostaux vont communiquer avec le nerf grand sympathique ; quand les filets intercostaux malades aboutissent au plexus splénique, ils troublent plus ou moins les fonctions de l'organe auquel va se rendre ce plexus, sans changer pour cela les dimensions de cet organe. M. Piorry ajoute encore : Si les filets intercostaux malades communiquent avec le nerf de la 8° paire, ils troubleront les fonctions de ce nerf et causeront la boule hystérique.

Lorsqu'on est parvenu à calmer complétement les douleurs névralgiques et les accès de fièvre, peut-on se flatter pour cela d'avoir guéri complétement la malade? Je ne le crois pas. Rien n'est plus rebelle qu'une névralgie intercostale. Tôt ou tard elle reparaîtra, et avec elle reparaîtra aussi l'ensemble de tous les symptômes qu'elle avait produits une première fois.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Chassaignac.

Emphysème traumatique des paupières produit par la déchirure du sac lacrymal.

L'emphysème qui se manifeste pendant la vie dans le tissu cellulaire est considéré comme tenant presque toujours à une solution de continuité des canaux aériens. Cet accident se remarque le plus souvent sur les côtés de la poitrine, et il reconnaît alors pour cause une fracture de côte, dont un des fragments a intéressé le poumon. Cependant, il n'est pas rare de voir l'emphysème survenir à la suite d'une lésion traumatique des os de la face, lorsque le canal nasal ou les sinus frontaux ont été fracturés. Trois observations de ce genre se trouvent consignées dans les leçons de clinique de Dupuytren ; et quoique, dans deux cas, ce chirurgien n'ait pas trouvé de crépitation osseuse ni de mobilité des fragments, ni de saillie anormale, il a cependant diagnostiqué dans ces deux cas l'existence d'une fracture.

Dans la première observation, l'emphysème des paupières est attribué à une fracture de la lame plane de l'ethmoïde ou de l'os unguis. Dans la seconde, il admet une déchirure de la membrane pituitaire au point d'union du cartilage latéral nasal qui avait été détaché du bord inférieur des os propres du nez.

M. Juteau, interne du service de chirurgie à l'hôpital Saint-Antoine, nous a communiqué deux observations d'emphysème traumatique des paupières. Dans l'un, la lésion osseuse fut facile à reconnaître ; dans le second, où aucun signe positif de fracture n'était appréciable, M. Chassaignac crut devoir attribuer à une déchirure du sac lacrymal l'infiltration gazeuse qui siégeait dans les tissus palpébraux.

On ne lira pas sans intérêt ces deux observations.

Obs. I. — *Fracture du sinus frontal du côté droit. — Emphysème s'étendant à la paupière supérieure et inférieure, ainsi qu'à la région frontale et temporale du même côté.*

Simon (Jean), âgé de cinquante-six ans, chapelier, jouissant habituellement d'une bonne santé, reçut, dans une rixe, des coups de clef et de sabot sur la tête ; il entra à l'hôpital deux heures environ après l'accident, le 17 avril, à huit heures du matin. Il y avait ecchymose des deux paupières du côté droit ; gonflement de tout ce côté de la face et du crâne ; crépitation très sensible à la moindre pression. L'emphysème se propage dans toute l'étendue de la région frontale et temporale droite. La pression diminue le volume de la tumeur ; mais lorsque le malade fait un effort pour se moucher, l'augmentation de volume se reproduit immédiatement, et la crépitation prend un nouveau caractère d'évidence. Il existe une plaie contuse au niveau du trou orbitaire supérieur, à un centimètre au-dessus de l'angle interne de l'œil. Cette plaie paraît en communication avec la cavité du sinus ; l'introduction d'un stylet dans la plaie, outre qu'elle permet de constater une dénudation des os, laisse encore pénétrer un peu obliquement en dedans à une profondeur de trois centimètres et demi. Au moment où le malade se mouche, on voit l'air sortir par la plaie. Il y a de la céphalalgie. — Saignée de 3 palettes ; compresses d'eau froide sur la tête ; bouillon.

Le 18 avril, l'emphysème diminue ; le malade se trouve mieux ; céphalalgie moindre. — Potages.

Le 19 avril, on ne perçoit plus l'emphysème qu'au pourtour de la plaie et à la paupière supérieure.

Le 20 avril, l'emphysème s'est complétement dissipé.

Le 29 avril, le malade sort de l'hôpital complétement guéri.

Remarques. — Dans le cas qui vient d'être rapporté, l'existence de la fracture aux parois du sinus pouvait être constatée d'une manière tellement évidente, qu'il n'y avait pas lieu au moindre doute sur la cause et sur le point de départ de l'emphysème. Il n'en est pas toujours de même, et l'extension du sinus frontal dans presque toute l'étendue de la voûte orbitaire, et parfois même au delà, ainsi que cela s'observe chez quelques sujets, peut, dans le cas de fracture ou de lésion par instrument piquant, donner lieu à un emphysème de la région temporale dont il serait difficile d'apprécier le mode de production, pour le chirurgien qui ne serait pas averti de la disposition anatomique dont nous venons de parler. A cet égard, nous rappellerons une considération qui n'a point échappé à M. Chassaignac, dans sa thèse sur les tumeurs de la voûte du crâne. Voici comment il s'exprime à ce sujet, page 68 :

« Dans les cas où la solution de continuité siége sur le point de la région frontale qui correspond aux limites ordinaires du sinus, il suffit de la plus simple réflexion pour apprécier tout d'abord la nature de la tumeur et le mécanisme de sa production. Mais si, d'après ce que l'anatomie nous apprend, la cavité du sinus frontal se prolonge, comme cela s'observe chez certains sujets à une assez grande distance du point où se trouve habituellement le centre du sinus, la piqûre pouvant ne pas siéger dans le lieu où l'on s'attend à rencontrer ce dernier, on ne suppose pas que la cavité du sinus elle-même ait pu être intéressée, et on s'explique bien difficilement alors la production d'une tumeur emphysémateuse.

Obs. II. — *Emphysème traumatique des paupières supérieure et inférieure gauches et de la région fronto-temporale du même côté.*

Divet (François), âgé de trente-neuf ans, charbonnier, jouissant habituellement d'une bonne santé, entra à l'hôpital Saint-Antoine le 18 juin 1849 dans le service de M. Chassaignac. Cet homme, ayant glissé au moment où il descendait de voiture, fit une chute dans laquelle le côté gauche et supérieur de la face porta sur le pavé. Il put se relever immédiatement et ne perdit pas connaissance un seul instant. Au moment de la chute, et ceci est important à noter, il perdit un peu de sang par la narine gauche. En faisant effort pour se moucher, il remarqua qu'il sentait quelque chose remonter vers son œil, ce qui le décida à entrer à l'hôpital une demi-heure après l'accident.

A son entrée, tuméfaction considérable des paupières et de la région fronto-temporale gauche ; crépitation emphysémateuse très reconnaissable quoique fine dans ces régions. Le volume diminue par la pression, il augmente lorsque le malade fait effort pour se moucher. Toute la partie emphysémateuse est douloureuse. Mais la douleur, et ceci importe au diagnostic formulé plus loin, est beaucoup plus vive à l'angle interne de l'œil et au-dessous de la paupière supérieure. Toutefois, et c'est là ce qui a été considéré par M. Chassaignac comme excluant l'existence d'une fracture, il n'y a pas un point particulier sur lequel la pression paraisse provoquer une douleur très vive. L'œil, que l'on peut difficilement examiner, paraît intact. Il n'y a pas d'ecchymose sous-conjonctivale.

Une sonde de femme, introduite dans la narine gauche, fait reconnaître qu'aucune portion d'os ne fait saillie dans l'intérieur de cette cavité. L'examen le plus minutieux ne fait constater ni mobilité anormale ni crépitation osseuse. Seulement, à la partie interne du rebord orbitaire inférieur, la pulpe du doigt est heurtée par un relief osseux assez aigu qui donne tout d'abord l'idée d'un fragment de l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur. Mais le même examen sur l'orbite du côté sain fait reconnaître une saillie presque exactement analogue. La seule différence, c'est que du côté malade les parties tégumentaires qui recouvrent la saillie osseuse jouissent d'une mobilité beaucoup plus grande et donnent la sensation positive d'un décollement, tandis que de l'autre côté les choses paraissent à l'état normal. Conclusion : ce sujet a la lèvre externe du canal nasal extrêmement développée, et de plus il y a déchirure des parties molles au contact de l'os du côté gauche seulement. C'est principalement sur cette circonstance que s'est fondé M. Chassaignac pour admettre qu'il y avait dans ce point une rupture du sac lacrymal. Le malade rend quelques gouttes de sang par la narine gauche. Il est atteint de céphalalgie ; il n'a ni fièvre ni nausées. — Saignée de trois palettes, compresses d'eau froide sur la tête, bains de pied.

Le 19, l'emphysème n'est plus perceptible que sur les paupières ; de nouvelles explorations ne donnent pas d'autre résultat que ceux du jour précédent.

Le 20, l'emphysème a encore diminué, mais les paupières conservent de la tuméfaction.

Le 21, l'absence de toute douleur localisée sur un point fixe, lorsqu'on exerce avec le doigt indicateur une assez forte pression sur tous les points où l'on aurait pu supposer la présence d'une fracture, exclut de nouveau l'idée de l'existence de ce genre d'accident.

Le 22, le malade est bien.

Le 23, il sort de l'hôpital.

Des deux observations que nous venons de rapporter, l'une nous présente la fracture du sinus à un tel degré d'évidence que l'explication de l'emphysème est extrêmement facile. Dans la seconde, au contraire, nous ne trouvons absolument aucun des signes donnés comme indiquant une solution de continuité des parties osseuses.

Malgré l'examen plusieurs fois répété par M. Chassaignac, il n'a été possible de constater ni mobilité anormale, ni crépitation osseuse, ni douleur spéciale par la pression sur un point toujours le même. A la vérité, il y avait une saillie assez aiguë à la partie interne du rebord orbitaire inférieur ; mais l'examen comparatif d'un côté à l'autre démontrait que cette disposition n'était pas le fait de l'accident, mais une anomalie individuelle propre au sujet de l'observation. Seulement, la sensation de décollement et de déchirure des parties molles à leur face profonde, circonstance qui ajoutait encore à l'acuité de la saillie osseuse sur le côté malade, tendait à prouver que le sac lacrymal avait pu participer à cette déchirure. On est bien libre de supposer qu'il a pu exister une fracture de la paroi osseuse du canal nasal ; mais la manière dont a pu agir la cause de l'accident et l'absence de tout signe spécial qui aurait pu être obtenu par l'introduction d'une algalie dans la narine, ainsi que l'absence de cette douleur bien localisée qui s'observe à la pression dans le cas de fracture, ne sont pas très favorables à cette supposition. Il y a donc présomption en faveur de l'idée émise par M. Chassaignac, qu'il a existé chez ce malade une rupture du sac lacrymal. Quoi qu'il en soit, on peut tirer de ces faits et de ceux rap-

---

au but tant désiré. Pour atteindre ce but, il suffira que la Hollande, la Belgique, l'Angleterre, et en général toutes les contrées affligées de blondinisme fassent chaque année une importation de nègres et de négresses en nombre suffisant pour faire face à tous les besoins matrimoniaux. Il sera interdit aux blonds de contracter mariage entre eux ; et quant à ceux qui seraient tentés de se soustraire à la loi par des liens illégitimes, et qui essaieraient ainsi de perpétuer la race des blonds, le docteur Bodichon a des moyens aussi physiologiques qu'efficaces de les ramener à la raison.

Dès que la rénovation sociale proposée par le docteur Bodichon sera assurée par une convention internationale universelle, les colonies, et en particulier l'Algérie, se peupleront à vue d'œil ; le choléra et une foule d'autres maladies disparaîtront sur-le-champ, etc. C'est ce que le docteur Bodichon démontre victorieusement dans son remarquable travail, dont vous n'aurez jamais une idée assez grande tant que vous ne l'aurez pas lu et médité comme moi. C'est une bonne fortune que je vous souhaite.

— Et comme une bonne fortune ne se souhaite jamais seule, je désire encore que vous savouriez le mémoire de M. Pionnier, commençant par cette épigraphe :

Le choléra n'est pas ce que les médecins pensent,
ou
moyens de s'en préserver.

Il est de fait que, si le choléra était tout ce que les médecins pensent, il serait bien des choses à la fois, et l'on ne saurait trop admirer la haute raison de M. Pionnier, qui a jugé que le choléra, si malin fût-il, ne pouvait être tout cela. Pour mon compte, en lisant cette épigraphe, dont le sens est aussi profond que la tournure est pittoresque, je me suis senti un grand faible pour M. Pionnier, quelle que soit sa profession sociale, médecin, maçon ou architecte, ce que M. Pionnier n'a point jugé à propos de dire, et ce qui, en effet, importait peu à savoir, la profession, de même que l'habit, ne faisant point le *moine*. Néanmoins, j'opine à croire que M. Pionnier est médecin, et certainement il est digne de l'être.

Mais ce n'était point assez de dire ce que le choléra n'est pas, il fallait encore dire ce qu'il est, et c'est dans la définition surtout qu'apparaît dans tout son jour le talent supérieur du docteur Pionnier ; écoutez-le plutôt :

« Qu'est-ce donc que le choléra ?

» *Le choléra est au moral de l'homme ce que le socialisme est à la politique.* »

Je ne reprocherai qu'une chose au docteur Pionnier, c'est de n'avoir pas assez ménagé la sensibilité de ses lecteurs, en les livrant presque sans préparation à l'émotion convulsive que doit produire une définition aussi admirable qu'inattendue. Sur moi, en particulier, cette définition a produit un effet tellement foudroyant, que je n'ai pu continuer la lecture du travail de M. Pionnier, et que je ne puis vous dire en quoi consiste sa prophylaxie. J'espère que mon exemple engagera M. Pionnier à user davantage, une autre fois, de l'art des transitions.

X...

On lit dans un journal :

Le gouvernement danois a déclaré suspects de choléra les ports de l'Allemagne, de la Russie, de la France, des Pays-Bas, de la Belgique et de l'Angleterre.

On ne dit pas quelles mesures sanitaires le gouvernement danois a prises par suite de sa déclaration ; cela serait important à connaître.

portés par Dupuytren cette conclusion : que dans les contusions de la face, lorsque l'emphysème se produit instantanément ou à la suite d'un effort du malade pour se moucher, cela indique soit une rupture du sac lacrymal, soit une fracture de l'un des sinus ou du canal nasal avec déchirure de la muqueuse.

MALADIES DES YEUX. — M. Tavignot.

De la maturité des cataractes.

J'ai entendu plusieurs fois M. le professeur Roux blâmer cette expression de *maturité* appliquée à la cataracte, parce que, vulgairement interprétée, disait-il, elle consacre une erreur en laissant supposer que l'appareil cristallinien, arrivé à une certaine période d'opacité, a de la tendance à se séparer des parties auxquelles il adhère, à l'instar du fruit qui se détache spontanément de la branche quand il est arrivé à maturité.

Je crois, au contraire, que cette comparaison, quelque vulgaire qu'elle paraisse en effet, est parfaitement rationnelle dans un certain nombre de cas, et je vais essayer de le démontrer en étudiant, ce qui n'a pas encore été fait, *le mode d'évolution de la cataracte considérée dans ses connexions avec les parties voisines*.

Une distinction fondamentale doit être faite ici. En effet, lorsque nous examinons les changements que la maladie peut amener dans le mode d'union ou de fixité de l'appareil cristallinien aux parties voisines, nous n'avons en vue que l'enveloppe du cristallin ou sa capsule; comment en serait-il autrement, puisque la lentille, isolée de tous côtés par sa membrane propre, n'a, par elle-même, aucun rapport immédiat avec les autres tissus de l'œil.

Ce que nous allons dire des changements qui surviennent dans le degré plus ou moins grand de fixité de la cataracte aux parties voisines, selon la période plus ou moins avancée de son développement, ne saurait donc s'appliquer aux cataractes lenticulaires.

En attendant, en effet, que dans l'espèce de cataracte appelée lenticulaire, la capsule reste complétement intacte, il est évident que les adhérences ou les moyens d'union de cette membrane à la zone hyaloïdienne n'ont dû subir aucune influence de l'opacité isolée du cristallin, puisque la capsule, restée transparente, est douée de toute sa vitalité physiologique.

Mais il n'en est plus de même dans les cataractes capsulaires et capsulo-lenticulaires. Dans l'une comme dans l'autre espèce d'affections, la perte de transparence de l'enveloppe cristalline coïncide toujours avec une diminution dans l'adhérence de cette membrane aux parties périphériques.

Cette fixité moins solide de l'appareil cristallinien présente d'ailleurs des degrés variables qui correspondent à la période de maturité plus ou moins avancée de la cataracte capsulaire ou capsulo-lenticulaire.

Voici ce que l'expérience nous a appris à cet égard :

Au début de la cataracte capsulaire, lorsqu'on pratique l'abaissement pour faire disparaître l'opacité lenticulaire devenue complète, on constate qu'il est assez difficile, souvent même impossible, de déprimer en masse l'appareil cristallinien. L'adhérence de la capsule à la circonférence est trop forte relativement au peu de résistance du tissu de cette membrane; on déchire avec la pointe de l'instrument l'enveloppe cristalline, mais on ne saurait déplacer la capsule elle-même encore transparente en même temps que le cristallin opaque.

En d'autres termes, le chirurgien doit être prévenu que l'opération de la cataracte lenticulaire par abaissement ne présente aucune particularité susceptible d'être donnée comme propre à modifier les manœuvres opératoires, que la capsulaire soit à l'état normal, ou bien qu'elle présente une opacité débutante encore peu prononcée.

Mais il ne sera peut-être pas sans intérêt de rappeler ici les expériences qui établissent d'une manière péremptoire l'exactitude des idées que je viens d'émettre plus haut; elles prouvent, une fois de plus, toute l'importance d'un diagnostic exact et précis dans la pratique des maladies des yeux.

La capsule antérieure est libre, en avant, de toute adhérence; la capsule postérieure est assez intimement unie, en arrière, avec la membrane hyaloïde; mais à leur réunion, c'est-à-dire à leur circonférence, la membrane générale formée par les deux feuillets précédents est adhérente à la face interne du bord antérieur du corps vitré ou zone ciliaire. Cette adhérence de la circonférence de la capsule est telle que, si l'on vient avec une aiguille ordinaire à tenter de détacher cette membrane des parties qui la fixent, on ne peut y parvenir le plus souvent, le tissu membraneux cédant sous l'instrument et se laissant déchirer au lieu de se détacher.

Ce que j'avance ici résulte des expériences faites par moi et dont les conséquences ont déjà été formulées dans mon travail sur les *cataractes secondaires* en 1843.

Mais il ne faut rien exagérer : j'ai parlé d'expériences faites avec une aiguille à cataracte, d'expériences faites sur les yeux humains; je ferai remarquer qu'on n'obtient pas les mêmes résultats en employant un instrument présentant, par exemple, une plus large surface, ou bien encore en opérant sur des yeux d'animaux supérieurs, le cheval ou le bœuf, parce qu'alors :

Dans le premier cas, en augmentant l'étendue de la pression, on évite davantage les chances de rupture de la membrane;

Dans le second cas, on agit sur une capsule antérieure qui a une consistance beaucoup plus grande et qui égale presque celle de la cornée d'un enfant nouveau-né.

Je n'ai voulu établir qu'une chose, et c'est la seule qu'il nous importe, en effet, de faire bien comprendre, parce qu'elle a des conséquences pratiques très importantes, c'est que dans l'état normal le degré de résistance de la capsule antérieure du cristallin est insuffisant pour permettre à l'aiguille de détacher cette membrane de la zone ciliaire hyaloïdienne.

Ce que je dis ici de la capsule antérieure s'applique à plus forte raison à la capsulo postérieure, qui est encore beaucoup plus ténue que la première.

A une période plus avancée de la cataracte capsulaire, on peut déjà constater qu'il est survenu des modifications appréciables dans l'état des parties : d'un côté, la consistance de la capsule antérieure est plus grande et les moyens d'union de sa circonférence avec la zone ciliaire du corps vitré présentent une moins grande résistance : aussi est-il possible d'ordinaire de détacher avec l'aiguille la capsule cristalline d'une manière complète et sans solution de continuité. Mais on remarque facilement aussi à la difficulté qu'il faut surmonter par un degré suffisant de pression que les adhérences dont je parle plus haut sont encore assez résistantes, et que l'on échouerait presque toujours dans cette tentative d'abaissement en masse de l'appareil cristallinien si la consistance de la capsule augmentée par la maladie ne fournissait à l'aiguille un point d'appui suffisant pour les déchirer.

Enfin, lorsque la cataracte capsulo-lenticulaire est définitivement complète, quand elle est arrivée, en un mot, à sa période de maturité, les dispositions anatomo-pathologiques que nous avons signalées plus haut sont encore beaucoup plus prononcées. Et, à vrai dire, c'est alors surtout qu'elles ont ont une véritable importance clinique lorsque l'instant est venu de pratiquer l'opération.

L'appareil cristallinien devenu opaque ne participe plus en réalité à la vie générale de l'organisme; devenu presque un corps étranger au milieu de l'œil, il tend de plus en plus à se séparer des parties encore douées de vitalité auxquelles il était normalement continu. Cela est si vrai, qu'il suffit parfois du plus petit accident, d'une chute d'un lieu plus ou moins élevé, d'une simple secousse imprimée à la tête, pour produire le déplacement du corps opaque, soit en avant dans la chambre antérieure, soit en arrière, s'il existe, en même temps que la cataracte, une diffluence du corps vitré.

J'ai réuni, dans ces derniers temps, bon nombre d'observations de déplacement spontané de cataractes capsulo-lenticulaires, et je crois avoir prouvé, par l'étude analytique de ces faits, que la cause première de cette luxation de l'appareil cristallinien n'est autre que l'élimination spontanée qui tend progressivement à se compléter ici comme elle s'opère dans d'autres parties de l'organisme. (Voyez *Traité clinique des Maladies des yeux*, p. 562, 1847.) — Ainsi donc, en définissant, avec Delpech, la cataracte une *nécrose de l'appareil cristallinien*, si l'on n'exprime pas un fait rigoureusement exact, on signale du moins, jusqu'à un certain point, une analogie tirée de cette élimination spontanée dont je parlais tout à l'heure et qui existe également, sinon à un même degré, dans le séquestre nécrosé comme dans l'appareil cristallinien privé de vie.

Lorsqu'on pratique, en effet, l'abaissement d'une cataracte capsulo-lenticulaire complétement formée, on peut constater, comme je l'ai fait souvent moi-même, avec quelle facilité l'aiguille déchatonne le corps opaque en le déprimant au fond de l'humeur vitrée... Les adhérences qui le retiennent sont si faibles qu'elles cèdent au plus léger mouvement de l'instrument. Ajouterai-je que la capsule antérieure, devenue beaucoup plus résistante par le fait du travail morbide qui lui a fait perdre sa transparence, fournit à l'aiguille un point d'appui solide pour les tractions à exercer sur les adhérences?

La connaissance du degré de fixité plus ou moins grande de la cataracte variant avec la période plus ou moins avancée de sa maturité, a de l'importance non-seulement lorsqu'on opère par abaissement, mais encore quand on a recours à l'extraction. Elle explique pourquoi il faut inciser la capsule antérieure restée transparente dans la cataracte lenticulaire simple; pourquoi il faut s'abstenir de l'inciser dans la cataracte capsulo-lenticulaire complète, l'appareil cristallinien se déchatonnant en masse avec la plus grande facilité dans ce dernier cas.

Ces données premières mettent encore sur la voie, pour se rendre compte de l'issue plus ou moins facile du corps vitré dans telle ou telle opération faite par extraction.

Ajouterai-je encore que le degré plus ou moins grand de fixité de la cataracte n'est pas sans importance pour atteindre le but que l'on propose dans la méthode par broiement? Comment diviser en effet avec l'aiguille une cataracte dure ou demi-dure, lorsqu'elle est dépourvue de fixité suffisante?

Les anciens oculistes avaient évidemment une opinion très erronée sur ce qu'il faut entendre par le mot *maturité de la cataracte;* il ne pouvait en être autrement, dans l'ignorance où ils étaient sur le siége et la nature de cette maladie. Aujourd'hui on dit qu'une cataracte est mûre quand elle est formée d'une manière complète et que la vision distincte est abolie.

Nous avons voulu, par les réflexions qui précèdent, montrer que l'évolution de la cataracte capsulaire et capsulo-lenticulaire s'accompagne d'un phénomène assez remarquable pour fixer l'attention : la *tendance au déchatonnement de l'appareil cristallinien*. D'où il résulte que dans ces deux espèces de cataractes l'opération est d'autant plus facile à exécuter que la maturité de la cataracte est plus complète.

Nous sommes loin de prétendre que l'opération de la cataracte encore incomplétement formée soit impossible à pratiquer, comme le disaient les anciens, qui pensaient que la cataracte devenait plus dure avec le temps, et par suite plus facile à opérer.

Nous n'admettons pas non plus, avec J. Janin, que la cataracte se ramollit au contraire en vieillissant. Nous croyons, avec Demours, que la cataracte une fois formée d'une manière complète ne change pas sensiblement de consistance.

Observation d'un pneumo-thorax traumatique, suite d'une grande chute;

par le docteur JANSSENS, d'Ostende.

M. D'Hondt, curé à Middelkerke, âgé de 59 ans, se trouvant le 7 octobre 1848 au haut d'un mur de l'église en construction, fit une chute de près de 30 pieds de hauteur. En tombant, le corps avait heurté, d'abord contre un échafaudage placé à quelques pieds au-dessous, et ensuite contre le pan d'une muraille de l'ancienne église ; il n'eut de cette terrible chute qu'une petite plaie à la partie supérieure droite de la cuisse, de fortes ecchymoses et de légères meurtrissures par tout le corps. Le curé put néanmoins se relever de terre, et, aidé de deux ouvriers, il put gagner le presbytère, à quelques pas de l'endroit de la chute, n'éprouvant aucune commotion, ni cérébrale, ni spinale. Il crut même constater avec bonheur qu'il n'avait eu, à la suite d'un si grand malheur, aucun membre de fracturé. A peine rentré chez lui, M. D'Hont ne tarda pas à ressentir une douleur très vive au côté droit de la poitrine; cette douleur alla en augmentant, s'exaspéra à chaque mouvement de toux, et finit par devenir tellement poignante, qu'elle lui ôtait la respiration. M. le docteur Van Nerum fut appelé, et lui fit une application de 40 sangsues *loco dolenti.* Le blessé se tenait couché moitié assis, tantôt sur le côté douloureux, tantôt sur le dos. En explorant les parois de la poitrine, on ne découvrit pas de fractures des côtes. Cet examen, du reste, était rendu illusoire, à cause de l'extrême embonpoint de l'individu. Quand on touchait cependant un point correspondant, au milieu des 4e et 5e côtes, le curé accusait une plus grande sensibilité, qui fit néanmoins soupçonner l'existence d'une fracture de côtes.

L'auscultation n'a fourni que des signes de peu d'importance : exagérée à gauche, la percussion n'a pu se faire à droite à cause de l'excessive sensibilité de la paroi. Dans la soirée, huit heures après l'événement, le pouls, qui avait été concentré sans fréquence, se releva, devint plus plein et assez fort pour réclamer une troisième saignée, qui fit tomber les pulsations de 95 à 80. Un bandage de corps fut serré autour de la poitrine, bien que le malade se sentît soulagé; il passa une nuit sans sommeil, tourmenté par une toux incessante, accompagnée de crachats sanguinolents, pour lesquels il prit du looch kermétisé.

Le malade alla d'abord très bien jusqu'au 11; puis, dans la nuit du 11 au 12, il fut pris d'accidents violents d'étouffement, et il succomba dans la nuit du 12 au 13.

L'ouverture cadavérique, faite quarante-huit heures après la mort, permit de constater sur le corps les ecchymoses qu'on avait vues pendant la vie. Avant d'ouvrir la poitrine, on la percuta, et l'on obtint du côté droit un son clair, comme si on avait frappé sur un tambour; à gauche, rien de semblable; en enfonçant le scalpel dans un espace intercostal droit, il se fit un sifflement distinct produit par la sortie de la cavité thoracique droite d'un gaz inodore. Le sternum enlevé, on trouva la cavité droite au trois quarts vide; le poumon était refoulé en bas et en arrière, et se trouvait réduit au tiers de son volume; le quart restant de la cavité était rempli de sérosité de couleur citrine, dans laquelle flottait le lobe inférieur du poumon offrant des signes d'hépatisation rouge. En promenant les doigts sur la plèvre costale, en écartant un peu la paroi, on aperçut la fracture de quatre côtes à commencer de la quatrième et dont les fragments firent une légère saillie en dedans; nos investigations n'ont pu découvrir aucune lésion, soit de la plèvre costale, soit de l'enveloppe séreuse du poumon, qui aurait donné passage à l'air pour causer le pneumo-thorax.

Le fait est cependant évident que le blessé a succombé à la suite de l'introduction de l'air dans la cavité de la plèvre, qui aura comprimé les poumons, le médiastin et le cœur, et fini par asphyxier l'individu. L'invasion du pneumo-thorax peut être rapportée, avec toute probabilité, à la nuit du 11 au 12, époque à laquelle s'est déclaré le cortége des symptômes alarmants. Les aspérités des fragments des côtes fracturées auront-elles, pendant une quinte de toux, déchiré la plèvre pulmonaire, que nos recherches n'ont pu trouver? Ceci s'accorderait avec ce qu'en dit Blasius, article *Pneumo-thorax, Rupture der Lungen pleura, erfolgt, entweder durch aussere Erschutterungen, etc., bis starkem husten und veranlafst dann einen pneumo-thorax.* William Kewson (*Medical observations and inquiries*) fournit une observation qui prouve qu'à la suite d'une commotion produite par une chute, la plèvre pulmonaire déchirée permet à l'air introduit dans les bronches de s'épancher dans la poitrine, événement qui entraîne la mort, bien qu'il n'eût causé aucune espèce d'emphysème ; ces faits prouvent incontestablement qu'à la suite de lésions physiques des organes respiratoires, l'air peut s'épancher dans la poitrine, comprimer les poumons et causer la suffocation du blessé.

(*Annales de la Société médico-chirurgicale de Bruges.*)

CORRESPONDANCE.

Caire, 5 juin 1849.

Monsieur le Rédacteur,

Je crois devoir informer la presse médicale, dont la bienveillance a constamment soutenu mes efforts, que je viens de cesser mes fonctions d'inspecteur général du service médical et de président du conseil de santé en Egypte. Je désire que mes confrères d'Europe sachent qu'en retournant dans ma patrie pour m'y reposer après une laborieuse carrière de vingt-cinq ans, j'emporte un témoignage éclatant de l'estime du vice-roi. On en aura la preuve dans la traduction du firman qui m'a été délivré par S. H. Abbas-Pacha, et que je vous prie de vouloir bien insérer à la suite de cette lettre.

En me retirant, j'ai cru qu'il était de mon devoir de publier un compte-rendu de l'état dans lequel je laisse le service médical civil et militaire, ainsi que l'Ecole de médecine. Un exemplaire de ces mémoires, qui est actuellement sous presse, vous sera envoyé par l'éditeur, MM. Fortin-Masson. J'espère que vous voudrez bien en entretenir vos lecteurs.

Devant quitter incessamment l'Egypte, je préviens les personnes qui me feront l'honneur de m'écrire, de vouloir bien adresser leurs lettres, boulevard des Trois-Journées, 13, à Marseille.

Veuillez agréer, etc. Clot-Bey.

Au très honorable, très habile, très distingué Clot-Bey, *notre ami fidèle!*

Comme vous vous êtes distingué et couvert d'honneur entre tous vos semblables dans la direction du service de santé en Egypte pendant vingt-cinq ans,

Nous avons eu pour agréable de vous accorder, sur votre propre demande, la moitié du traitement annuel qui vous était alloué (1), pour en jouir votre vie durant comme retraite dans votre pays, selon votre bon plaisir. Si vous veniez à mourir avant que les trois enfants que vous avez maintenant n'aient atteint leur majorité, je leur donne comme gratification jusqu'à cette époque le quart de votre traitement annuel.

Et aussi, eu égard à vos bons services, je vous laisse à titre de récompense l'insigne en diamant de général de brigade (*liona-nichani*) dont vous êtes porteur.

Un ordre émané de nous vient d'être donné par écrit à son excellence Haçan-Pacha, ministre de la guerre, pour l'exécution du présent.

(1) Environ 16,000 francs.

Je vous écris ceci pour vous faire connaître ces dispositions, et afin que vous désigniez un procureur auprès du ministre de la guerre pour toucher, à compter de ce jour, votre traitement de retraite sur les bases établies ci-dessus.

17 djémasi aouel 1255 (11 avril 1849).

Cachet de S. A. le vice-roi Abbas-Hukmi.

Avortement partiel.

Monsieur le Rédacteur,

La lecture des observations sur l'*avortement partiel dans le cas de grossesse multiple* rapportées dans votre numéro du 14 juin dernier fit naître en moi le souvenir d'un fait analogue qui m'a été communiqué en 1843 par M. Bonfils père, de Nancy. Je crois que cet honorable praticien ne l'a point livré à la publicité.

Dans le cours de ma pratique médicale, me disait-il (la question était alors sur le terrain de l'avortement), le phénomène le plus extraordinaire que j'aie vu est le suivant :

« Une femme d'une classe peu aisée et habitant un village voisin de Nancy avait été à la forêt afin d'en rapporter un coteret ; en s'abaissant pour s'asseoir au pied d'un chêne, elle se sentit tout à coup blessée à la matrice. Bientôt elle se relève, et s'aperçoit qu'une cépée ou petit morceau de bois aigu et résistant s'était introduit dans le vagin. Il était parvenu jusque dans l'utérus. Une petite quantité de sang s'écoula d'abord ; puis, dans les neuf jours qui suivirent la blessure, eut lieu l'expulsion d'un fœtus de deux mois et demi à trois mois environ ; six mois après, la femme accoucha d'un autre enfant très fort et bien portant. »

Ce fait me frappa ; mais l'art des accouchements n'occupant point spécialement les médecins militaires, je laissai à son auteur le soin de le faire connaître. Aussi je crois que M. Brachet a parfaitement raison lorsqu'il dit que la science possède plusieurs faits semblables aux siens ; il est probable que les observations de ce genre n'ont pas été communiquées.

L'avortement dont je viens d'esquisser l'histoire diffère de ceux qui ont été publiés par M. Brachet en ce que :

1° Il a été le résultat d'une cause traumatique ;

2° L'intervalle qui a séparé l'avortement de l'accouchement a été plus long ;

3° L'expulsion du fœtus suite de cette cause traumatique n'eut aucune influence sur la marche de la grossesse, et l'accouchement eut lieu sans accident ;

4° Enfin, l'enfant resté dans l'utérus ne souffrit nullement et vint au monde bien portant.

Veuillez agréer, etc.

Jacquot (Hippolyte), d.-m.-p.,
Médecin en chef de l'hôpital militaire d'Arzew (Afrique).

Arzew, 30 juin 1849.

Nouvelles du choléra.

Le choléra qui, depuis quelques jours, a ralenti ses ravages dans presque tous les départements du nord et de l'ouest de la France, semble s'avancer vers le midi.

La Côte-d'Or, Saône-et-Loire et la Nièvre continuent à compter un assez grand nombre de victimes, et la Gironde, comme nous l'avons annoncé dans notre dernier numéro, en a présenté déjà plusieurs cas.

— Voici un canard américain qu'on a trouvé assez agréable pour lui faire les honneurs de la publicité.

« On lit dans le *Journal de Médecine de Boston* que M. le docteur W. Moore, médecin à Mobile, guérit tous les cholériques avec un lavement de tabac (4 grammes pour 1 litre d'eau). Il essaya d'abord ce traitement sur un nègre qui était sans pouls, la langue froide, et les muscles tellement roidis que le pauvre malade ne reposait que sur ses coudes et ses talons. Cinq minutes après le lavement, il y avait du soulagement, et la cure fut terminée par l'administration d'une décoction de séné. M. Moore rapporte qu'atteint lui-même de choléra, il avait calmé ses crampes et sa diarrhée avec une tasse de décoction de tabac. »

NOUVELLES.

L'ingénieur en chef des mines attaché à l'arrondissement minéralogique de Rouen vient de soumettre à la ville de Rouen un projet d'un caractère tout philanthropique, qui a été pris en considération par toutes les classes de la population.

Ce projet consiste à employer utilement une partie de l'eau chaude que les nombreuses machines à vapeur établies dans la ville répandent chaque jour en pure perte dans les rues. Cette eau, habilement ménagée et déversée dans des établissements spéciaux, servirait à alimenter des bains et des lavoirs publics. L'entrée serait accordée aux ouvriers moyennant une légère rétribution, et gratuitement aux personnes nécessiteuses.

Les bains tièdes, ce moyen si puissant d'hygiène et de salubrité, ne sont pas aujourd'hui à la portée des classes pauvres. Suivant M. de Saint-Léger, les moyens d'exécution seraient peu coûteux. Ses calculs ont établi que la dépense de premier établissement pour un lavoir et les bains s'élèverait à la somme modique de 1,500 fr., et celle pour l'entretien annuel à 2,000 fr. Cette dernière dépense serait, du reste, amplement couverte par les recettes de l'établissement.

L'organisation de ces services dans plusieurs quartiers de Paris où se trouvent des usines à vapeur serait d'un secours incontestable pour la classe peu aisée, et aurait pour résultat une amélioration sensible dans la salubrité des arrondissements populeux. Nous ne doutons pas que le projet de M. de Saint-Léger ne devienne l'objet d'une étude sérieuse de la part des membres du conseil municipal de la ville de Paris.

— Conformément aux indications contenues dans le rapport de la commission du budget de 1849, et d'après le désir exprimé par l'administration même du Muséum, M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, par arrêté en date du 11 juin dernier, a institué une commission chargée d'examiner toutes les questions qui se rattachent soit à l'administration, soit à l'enseignement du Muséum d'histoire naturelle. Cette commission est composée ainsi qu'il suit :

MM. Héricart de Thury, inspecteur général des mines, membre de l'Académie des Sciences, président ;

Boussingault, membre de l'Institut (Académie des Sciences), professeur au Muséum d'histoire naturelle, inspecteur général des études ;

Gaudichaud, membre de l'Institut (Académie des Sciences) ;

Antoine Passy, ancien député ;

Corne, représentant du peuple, rapporteur de la commission du budget de 1849 ;

Michelin, conseiller à la cour des comptes ;

De Verneuil, vice-président de la Société géologique ;

De la Fresnaye, ornithologiste à Falaise ;

Ch. Deville, géologue, professeur de géographie physique à l'école d'administration, faisant les fonctions de secrétaire de la commission.

— Notre savant compatriote M. le professeur Brachet vient d'obtenir un nouveau et légitime succès. L'Académie des Sciences de Toulouse avait mis au concours la question suivante : « Exposer d'après l'état actuel de la science : 1° la nature et le véritable siége de la colique saturnine ; 2° les signes qui peuvent la faire distinguer des affections abdominales qui ont avec elles quelque ressemblance ; 3° les indications curatives qu'elle présente et la médication rationnelle pour les remplir. » Le mémoire envoyé par notre laborieux confrère a été unanimement mis au premier rang. Une médaille d'or de la valeur de 500 francs et le titre de membre correspondant lui ont été décernés. (*Gazette médicale de Lyon.*)

— Le tribunal de première instance d'Anvers a rendu ces jours derniers un jugement qui mérite la publicité.

D'après ce jugement, les honoraires d'un médecin doivent être basés sur l'importance des soins, sur leur *résultat*, sur la fortune du patient et la position médicale ou la réputation de l'opérateur ; le grand nombre de visites autorise les tribunaux à en modérer le prix, et l'avis de la commission médicale ne lie pas le juge qui l'a réclamée avant d'évaluer le caractère d'une demande d'honoraires.

Ce jugement a été rendu sur les instances d'un médecin de Gand, qui avait fait à un habitant de Niel l'opération de la cataracte, suivie de trente et une visites, et qui réclamait de ce chef 10,070 fr. Le tribunal a réduit cette demande à la somme de 6,000 fr.

— Voici une mesure motivée par d'excellentes intentions, mais qu'on trouvera peut-être un peu rigoureuse et que, pour notre part, nous craindrions d'approuver d'une manière absolue.

Maisons interdites. — Le conseil communal d'Ath a adopté, ces jours derniers, un règlement semblable à celui des villes de Bruxelles, Liége et Tournay concernant la salubrité publique. Il sera posé à l'endroit le plus apparent d'une habitation qui ne serait pas assainie, sur l'ordre du collége échevinal, un écriteau portant ces mots : *Maison interdite pour cause d'insalubrité.*

— On écrit de Christiania (Norwége), le 29 juin :

« Notre gouvernement vient d'accorder à onze jeunes gens les fonds nécessaires pour voyager à l'étranger, afin de se perfectionner dans les sciences et les arts qu'ils cultivent ; mais à tous il a imposé la condition de séjourner une année au moins à Paris : ce sont MM. Munch et Jensen, historiens ; Fearnley, astronome ; Voos et Sandberg, médecins ; Faye, économiste ; Nissen, bibliographe ; Kaas, architecte ; Benetter, paysagiste ; Horting, peintre d'animaux ; et Kjerulff, compositeur de musique.

Nous recommandons à ceux de nos confrères qui ont le goût ou le loisir de s'occuper de politique, la combinaison suivante, qui leur permettra d'acquérir pour une faible somme le plus important ouvrage qui existe sur la Révolution.

Le DROIT (le mieux informé et le moins cher des journaux judiciaires), voulant que tous ses abonnés actuels et toutes les personnes qui prendront un abonnement d'une année puissent étudier l'histoire de la Révolution sur les documents originaux, vient de traiter d'une édition de la *Réimpression de l'ANCIEN MONITEUR*, seule histoire authentique et inaltérée de la Révolution française, et leur offre, moyennant *trente francs* ajoutés au prix de l'abonnement, *vingt volumes* de cette belle collection, qui se compose de 32 volumes, et dont le prix est de 320 fr.

L'abonné qui aura ainsi acquis pour une si faible somme 20 volumes de cette grande collection pourra toujours, à l'époque qui lui conviendra le mieux, et par fractions d'un ou de plusieurs volumes, s'il le désire, s'en procurer le complément (12 volumes) au prix de 10 fr. le volume, chez MM. Plon frères, éditeurs, 36, rue de Vaugirard.

Le prix annuel de l'abonnement du Droit est de :

30 fr. pour Paris ;
36 fr. pour les départements ;
48 fr. pour l'étranger.

Nous connaissons plusieurs personnes qui, désirant avoir l'*Ancien Moniteur*, mais n'ayant pas absolument besoin du *Droit*, se sont entendues avec un cercle ou un café, abonnés obligés de ce journal, et chacun a eu la part qui lui convenait : celui-ci la belle collection, celui-là le journal aimé de ses habitués.

Nous faisons part de cette recette à nos confrères.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 14 JUILLET 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 82.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 13 JUILLET 1849.

Bulletin du choléra.

Les chaleurs persistent, mais le choléra n'augmente pas ; telle est l'heureuse nouvelle que nous pouvons annoncer à ceux qui, trompés par des coïncidences exceptionnelles, croient encore à la fâcheuse influence de l'élévation de la température sur son développement. Si le choléra dépendait, dans une proportion quelconque, des variations atmosphériques, il faudrait l'attribuer tantôt au chaud, tantôt au froid ; tantôt au sec, tantôt à l'humide ; car les recrudescences de l'épidémie, de même que ses décroissances, ont été observées par tous les états atmosphériques possibles, et non moins fréquemment par les uns que par les autres. Aussi le froid et le chaud, le sec et l'humide ont-ils été considérés par différents médecins comme la cause du choléra, et il est de fait qu'ils ont tous également raison, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas plus raison les uns que les autres.

Voici le mouvement des cholériques admis et décédés dans les hôpitaux pendant les deux derniers jours.

Hôpitaux civils :		
Journée du 11 juillet.......	17 entrées,	14 décès.
— 12	17	11
Hôpitaux militaires pendant les deux jours....................	»	»
Total.................	34	25
Total des décès dans les hôpitaux.........		6680
Total des décès à domicile jusqu'au 2 juillet inclusivement..........		9127
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie.............		15807

Séance de l'Académie de Médecine.

Une question administrative soulevée par M. Gaultier de Claubry aîné a occupé une grande partie de la séance d'hier, séance assez nombreuse d'ailleurs pour avoir eu lieu un jour inaccoutumé. Il s'agissait de l'abus qu'aurait fait du nom de l'Académie un industriel qui avait obtenu de cette Compagnie un rapport en partie favorable à son invention. Nous ne pensons pas que, dans l'espèce, la falsification eût toute la gravité dont quelques membres se sont effrayés à tort. Cependant, nous ne pouvons qu'approuver l'Académie de la résolution qu'elle a prise de chercher à dessiner sa position dans les circonstances semblables et à connaître les moyens d'action qu'elle peut avoir contre les industriels qui abusent quelquefois de son autorité d'une manière plus regrettable que celle dont il a été question hier.

Après cet incident, M. Quevenne a lu un travail chimique qui nous a paru fort intéressant, mais que sa nature toute spéciale nous empêche d'apprécier et de discuter ici avec détails. Nous nous contentons d'en donner une analyse succincte, mais complète, dans notre compte-rendu.

M. Capuron a lu un rapport qui rentrait davantage dans le cercle de nos études, et qui se rapportait à un sujet fort intéressant. Mais l'absence du travail original et l'insuffisance de l'analyse qu'en a faite le rapporteur nous empêchent de nous livrer à une discussion des idées émises par l'auteur, et que nous ne pouvons connaître qu'imparfaitement.

Malgré l'heure avancée de la séance, M. le secrétaire perpétuel a pu faire le dépouillement de la correspondance devant un auditoire assez nombreux, et l'Académie a pu se convaincre définitivement qu'elle avait opéré une réforme avantageuse en prenant la décision que nous avions annoncée il y a quinze jours.

Nomination de deux commissions, l'une dite de l'enseignement supérieur, l'autre de médecine.

M. le ministre de l'instruction publique vient de nommer deux commission qui semblent démontrer le projet bien arrêté dans son esprit d'entrer résolument dans les réformes que l'enseignement supérieur, que l'enseignement et la pratique de la médecine en particulier réclament depuis si longtemps. Voici l'exposé des motifs qu'on lit aujourd'hui dans le *Moniteur*, et qui précède la nomination de deux commissions nommées dans ce but.

La Constitution veut que l'enseignement soit libre. Un projet de loi soumis à la discussion de l'Assemblee législative a pour objet, en ce qui concerne l'instruction primaire et l'instruction secondaire, de fonder sur des bases solides ce régime de liberté. L'intérêt des hautes études, celui du pays qui en est inséparable, exigent aussi que les écoles supérieures, à qui le dépôt des gloires littéraires et scientifiques de la France se trouve confié, entrent promptement et résolument dans cette voie nouvelle.

Les Facultés des lettres, des sciences, de médecine, de droit et de théologie constituent, avec leurs annexes, un vaste ensemble où la jeunesse trouve un enseignement régulier. Cet enseignement constaté par de fortes épreuves, soutenu par des grades ou des diplômes, ouvre aujourd'hui la plupart des carrières libérales et administratives. Cependant, en présence du principe posé par la Constitution, il devient urgent de procéder à la révision attentive de la législation qui régit ces grands centres d'instruction, principalement en ce qui touche la part à faire aux exigences de la liberté, et les programmes des cours et des examens. Le ministre de l'instruction publique fait donc de nouveau appel aux hommes dignes de la confiance du pays et versés dans la pratique de l'enseignement à tous les points de vue et dans toutes les directions.

Convaincu, en outre, de la nécessité de pourvoir au règlement définitif de l'état provisoire dont souffrent depuis nombre d'années plusieurs branches de la médecine, le ministre confie d'une manière expresse à une commission spéciale qui se concertera avec la commision supérieure, le soin de préparer un projet de loi sur l'art médical considéré dans son application pratique.

La commission chargée, par arrêté du 11 juin, d'étudier la situation actuelle du Muséum d'histoire naturelle et d'y préparer les réformes indiquées dans un document de l'Assemblée constituante, prêtera également son concours à la commission de l'enseignement supérieur.

La commission aura aussi à délibérer sur le vœu formellement exprimé par les congrès agricoles relativement à la création d'une chaire d'économie rurale dans chacune de nos Facultés des sciences.

Enfin, sans entrer dans l'examen officiel des procédés particuliers que l'Ecole polytechnique ou l'Ecole de Saint-Cyr emploient pour l'instruction de leurs elèves, domaine du ministre de la guerre, la commission aura néanmoins à constater le degré d'influence que les programmes d'admission, delibérés pour nos écoles militaires, exercent sur les études scientifiques du pays, et à préparer les moyens d'assurer de plus en plus l'accord des ministres de la guerre, de la marine et de l'instruction publique, en tout ce qui touche l'admission aux écoles du gouvernement.

Sont nommés membres de la commission de l'enseignement supérieur :

MM. Thénard, chancelier de l'Université ;
l'évêque de Langres, représentant ;
Thiers, id.
De Vatimesnil, id.
Cousin, conseiller de l'Université ;
Le général Trézel ;
Agénor de Gasparin ;
Albert de Broglie ;
Dumas, doyen de la Faculté des sciences, représentant ;
Pellat, doyen de la Faculté de droit ;
Leclerc, doyen de la Faculté des lettres ;
Berard, doyen de la Faculté de médecine ;
De Rémusat, membre de l'Académie française, représentant ;
Flourens, membre de l'Académie française, professeur au Muséum ;
Leverrier, membre de l'Institut, représentant ;
de Kerdrel, représentant ;
Fortoul, doyen honoraire de la Faculté d'Aix, représentant ;
Gaslonde, professeur honoraire de la Faculté de Dijon, représentant ;
L'abbé Sibour, vicaire général de Paris ;
L'abbé Gerbet, professeur à la Faculté de théologie ;
Lenormant, membre de l'Institut, professeur au collége de France ;
Blanqui, membre de l'Institut, professeur au Conservatoire des arts et métiers ;
Paul Andral, secrétaire.

Sont nommés membres de la commission de médecine :

MM. Bérard, doyen de la Faculté de médecine.
Orfila, Paul Dubois, Trousseau, Denonvilliers, — membres de la Faculté de médecine.
Dubois d'Amiens, Récamier, Malgaigne, — membres de l'Académie de médecine.
Bussy, professeur de l'Ecole de pharmacie.
Lasségue, docteur en médecine.

Les bureaux de l'Assemblée nationale viennent de nommer la commission chargée de préparer et examiner les lois relatives à la prévoyance et à l'assistance publiques. Cette commission se compose de MM. Piscatory, Proa, Savatier, Levavasseur, de Melun (Ille-et-Vilaine), de Riancey, de Rémusat, de l'Espinay, de Melun (Nord), Cordier, Corne, Lavergne, Coquerel, Lequien, Parisis, Béchard, Louvet, Noailles, de Mouchy, de Montebello, Callet, Deseze, Godelle, de Montalembert, Arago (Emmanuel), Raudot, Buffet, Ancel, Dupin (Charles), de Beaumont (Gustave) et Thiers.

PATHOLOGIE MENTALE ET MÉDECINE LÉGALE.

Exemple remarquable de monomanie destructive et érotique ayant pour objet la profanation de cadavres humains.

Nous avons déjà entretenu nos lecteurs, à un point de vue purement chirurgical, de cet individu étrange qui, sous le nom de *vampire*, préoccupait depuis quelque temps l'attention publique; nous devons encore en dire quelques mots aujourd'hui, mais en le considérant sous un rapport bien autrement important, et sous le rapport de la psychologie, et sous le rapport de la médecine légale.

Dans les quelques lignes que nous nous sommes borné à insérer dans notre dernier numéro, nous avions annoncé que ce fait n'était point sans analogue dans la science ; et, en effet, quelques exemples observés avec intelligence et bonne foi peuvent être rapprochés de celui que nous allons rapporter. Toutefois, nous avions supposé à tort que les analogies entre celui-ci et ceux que nos souvenirs nous retraçaient étaient beaucoup plus intimes qu'elles ne le sont en effet ; et, sous ce rapport, notre illusion a été partagée par des hommes tout à fait spéciaux. Aussi, le fait actuel n'est pas seulement important par ses caractères propres, il offre encore presque tout l'intérêt de la nouveauté.

Avant de nous engager plus avant dans la discussion de ce fait extraordinaire, qui nous montre sous un nouvel et si triste jour les aberrations de l'esprit humain, tâchons de le faire connaître à nos lecteurs aussi exactement que cela nous sera possible.

Le sujet de cet horrible épisode est un homme de vingt-cinq ans, né à Voisey, canton de Bourbonne (Haute-Marne), d'une taille ordinaire, ayant les cheveux blonds, les yeux d'un bleu clair et une physionomie douce. Se destinant d'abord à l'état ecclésiastique, Bertrand étudiait la théologie en 1844, lorsqu'un changement d'idées le porta à s'engager volontairement. Son exactitude et sa bonne conduite lui avaient fait obtenir en cinq ans les galons de sergent, lorsqu'une passion inouie, une folie horrible vint à s'emparer de lui. Dans une note entièrement rédigée de sa main et remise à son médecin M. Marchal (de Calvi), Bertrand explique lui-même l'origine, le développement et les détails de cette aberration mentale.

Voici cette note :

« Dès l'âge de sept ou huit ans, on remarqua en moi une espèce de folie ; mais elle ne me portait à aucun excès. Je me contentais d'aller me promener dans les endroits les plus sombres, où je restais quelquefois des journées entières dans la plus profonde tristesse.

» Ce n'est que le 23 ou le 25 février 1847 qu'une espèce de fureur s'est emparée de moi et m'a porté à accomplir les faits pour lesquels je suis en état d'arrestation. Voici comment cela est arrivé :

» Etant allé un jour me promener à la campagne avec un de mes camarades, nous passâmes devant un cimetière ; la curiosité nous y fit entrer. Une personne avait été enterrée la veille ; les fossoyeurs, surpris par la pluie, n'avaient pas entièrement rempli la fosse ; ils avaient, de plus, laissé les outils sur le terrain. A cette vue, de noires idées me vinrent ; j'eus comme un violent mal de tête ; mon cœur battit avec force, je ne me possédais plus. Je prétextai un motif pour rentrer tout de suite en ville.

» A peine débarrassé de mon camarade, je retournai au cimetière. Je m'empare d'une pelle, et je me mets à creuser la fosse. Déjà j'avais retiré le corps mort, et je commençais à le frapper avec la pelle que je tenais à la main avec une rage que je ne puis encore m'expliquer, quand un ouvrier qui travaillait tout près se présenta à la porte du cimetière. L'ayant vu, je me couchai à côté du mort, où je restai quelques instants ; m'étant ensuite levé, je ne vis plus personne. L'individu était allé prévenir les autorités : je me hâtai alors de sortir de la fosse, et après avoir recouvert le corps de terre, je me retirai en sautant le mur du cimetière. J'étais tout tremblant ; une sueur froide me couvrait le corps. Je me retirai dans un petit bois voisin où, malgré une pluie froide qui tombait depuis quelques heures, je me couchai au milieu des arbrisseaux. Je restai dans cette position depuis midi jusqu'à trois heures du soir, dans un état d'insensibilité complète.

» Quand je sortis de cet assoupissement, j'avais les membres brisés et la tête faible.

» La même chose m'arriva dans la suite après chaque acte de folie.

» Deux jours après, je suis retourné au cimetière, non plus de jour, mais à minuit, par un temps pluvieux ; n'ayant pas trouvé d'outils, je creusai entièrement la même fosse avec mes mains : j'avais les doigts en sang, mais je ne sentais pas la douleur. Je retirai le corps, je le mis en pièce, après quoi je le jetai dans la fosse que je remplis entièrement de la même manière que je l'avais creusée.

» Quatre mois s'étaient écoulés depuis ce dernier attentat ; pendant cet espace de temps, j'avais été tranquille, nous étions rentrés à Paris ; je croyais ma folie passée, quand des amis m'engagèrent à aller avec

eux visiter le cimetière du Père-Lachaise. Les allées sombres de ce cimetière me plurent ; je résolus de venir m'y promener dans la nuit ; j'y entrai, en effet, à neuf heures du soir, en escaladant le mur. Je me promenai à peu près une demi-heure, agité des plus noires idées ; je me mis ensuite à déterrer un mort, toujours sans outils ; je me fis un jeu de le mettre en pièces ; ensuite je me retirai hors de moi. C'était au mois de juin.

» Les choses allèrent de la sorte pendant à peu près douze à quinze jours, après lesquels je fus surpris par deux gardiens du cimetière, qui furent sur le point de faire feu sur moi. Mais comme j'avais toujours eu soin de recouvrir les corps que j'avais mutilés ; on ne s'était aperçu de rien, et il me fut facile de me tirer d'affaire en disant qu'étant un peu ivre, j'étais entré au cimetière, et que je m'étais couché sous un arbre, où je m'étais endormi jusqu'à cette heure. Ils me firent sortir, sans me demander autre chose.

» Le danger que je venais de courir produisit sur moi une telle impression, que je restai sept ou huit jours sans retourner au cimetière.

» Les affaires de février survinrent. A partir de ce jour, le régiment ne fit que voyager et ne rentra à Paris qu'aux journées de juin. M'étant trouvé détaché dans un village aux environs d'Amiens, je ne suis arrivé à Paris que le 17 juillet.

» Après quelques jours de repos, le mal me revint plus violent que jamais ; nous étions au camp d'Ivry : pendant la nuit, les sentinelles étaient très rapprochées et leur consigne étaient sévère ; mais rien ne pouvait m'arrêter, je sortais du camp toutes les nuits pour aller au cimetière du Montparnasse, où je me livrais à de grands excès.

» La première victime de ma fureur fut une jeune fille dont je dispersai les membres après l'avoir mutilée.

» Cette profanation eut lieu vers le 25 juin 1848.

» Depuis, je ne suis retourné que deux fois dans ce cimetière, où il était très difficile de pénétrer. La première fois, à minuit, par un clair de lune magnifique, je vis un gardien qui se promenait dans une allée un pistolet à la main ; j'étais perché sur un arbre près du mur d'enceinte et sur le point de descendre dans le cimetière ; il passa tout près de moi et ne me vit pas. Quand il se fut éloigné, je sortis sans rien faire. La deuxième fois, je déterrai une vieille femme et un enfant que je traitai de la même manière que mes autres victimes. Il m'est impossible de me rappeler les dates de ces derniers attentats ; tout le reste se passa dans le cimetière où sont enterrés les suicidés et les personnes mortes aux hôpitaux.

» Le premier individu que j'exhumai dans ce lieu fut un noyé auquel je ne fis qu'ouvrir le ventre. C'était vers le 30 juillet.

» Il est à remarquer que je n'ai jamais pu mutiler un homme, je n'y touchais presque jamais, tandis que je coupais une femme en morceaux avec un plaisir extrême ; je ne sais à quoi attribuer cela.

» Du jour de l'exhumation du cadavre dont je viens de parler, au 6 novembre 1848, je déterrai et mutilai quatre morts, deux hommes et deux femmes. Celles-ci avaient au moins soixante ans.

» Je ne puis fixer au juste l'époque de ces exhumations ; elles eurent lieu à peu près de quinze en quinze jours.

» Le 6 novembre, à dix heures du soir, on me tira un coup de pistolet au moment où j'escaladais la clôture du cimetière. Je ne fus pas atteint. Ce fait ne me découragea pas. Je me couchai sur la terre humide, et je dormis environ deux heures par un froid rigoureux. Je pénétrai de nouveau dans le cimetière, où je déterrai le corps d'une jeune femme noyée que je mutilai.

» A dater de ce jour, jusqu'au 15 mars 1849, je ne suis retourné que deux fois au cimetière, une fois du 15 au 20 décembre, et l'autre au commencement de janvier. Ces deux fois encore j'ai essuyé deux coups de feu ; le premier, qui m'a été tiré à bout portant, a fait balle et a traversé ma capote à la couture, derrière le dos, sans me toucher ; le deuxième coup ne m'atteignit pas. En vérifiant la position de l'arme, je remarquai qu'elle était placée de manière à frapper en plein dans la poitrine, je me sauvai de ces deux coups de feu comme par miracle. Le fil de fer qui barrait le passage, ne se trouvant pas assez tendu, me permit de dépasser l'arme avant qu'elle fit feu.

» Dès la première quinzaine de janvier 1849 au 15 mars, je n'avais ressenti aucune nouvelle attaque de folie. J'éprouvais même de l'éloignement pour ce qui avait fait si souvent mon bonheur, si je puis parler ainsi, quand mon malheur voulut que je passasse devant le cimetière Montparnasse.

» La curiosité plutôt que l'envie de faire du mal me fit escalader la clôture, et c'est en sautant dans le cimetière que j'ai reçu le coup qui m'a conduit à l'hôpital.

» Je suis certain que si j'avais été manqué cette fois, je ne serais retourné de ma vie dans un cimetière ; j'avais perdu toute ma hardiesse.

» Dans les commencements, je ne me livrais aux excès dont j'ai parlé qu'étant un peu pris de vin. Dans la suite je n'eus plus besoin d'être excité par la boisson, la contrariété seule suffisait pour me pousser au mal.

» On pourrait croire après tout cela que j'étais également porté à faire du mal aux vivants ; c'est le contraire, j'étais très doux à l'égard de tout le monde ; je n'aurais pas fait de mal à un enfant. Aussi, suis-je certain de n'avoir pas un seul ennemi au 74e de ligne. Tous les sous-officiers que je fréquentais m'estimaient pour ma franchise et ma gaieté. »

Cette note qu'on a lieu de croire rédigée avec bonne foi ne contient cependant point toute la vérité. Bertrand, ne pouvant se décider à écrire lui-même des détails qui lui semblaient plus horribles encore que ceux qu'on vient de lire, n'a eu que la force de les confier à M. Marchal, en l'autorisant toutefois à les faire connaître au conseil de guerre. Or, de ce que M. Marchal a ajouté aussi bien que de ce qu'il a tu avec une exquise convenance, il résulte évidemment que Bertrand ne se contentait pas de mutiler les cadavres, et qu'il avait des motifs particuliers pour préférer les cadavres de femme. Il est donc bien certain qu'à la monomanie destructive se joignait chez Bertrand la monomanie érotique. Mais il a paru non moins certain à M. Marchal que cette dernière monomanie ne s'était développée qu'un certain temps après la première, et que la monomanie destructive a réellement existé seule primitivement. Cette opinion d'ailleurs est confirmée par ce fait, qui ressort bien de tous les détails donnés sur quelques profanations en particulier, c'est que jamais l'inculpé ne s'est borné à assouvir sur les cadavres sa passion érotique, mais qu'il a toujours ajouté à cette profanation des mutilations sans but et sans rapport avec la satisfaction de ses désirs dépravés. Ainsi, non-seulement Bertrand mutilait souvent plus de cadavres qu'il n'en profanait (il paraît en avoir mutilé huit à dix dans une seule nuit), mais encore ces derniers subissaient des mutilations qui ne peuvent s'expliquer que par le besoin fiévreux de détruire : c'est ainsi qu'il leur fendait la bouche jusqu'aux oreilles, qu'il leur coupait les membres par morceaux, etc.

Un détail anatomique fourni par notre honorable confrère, M. le docteur Pajot, aurait pu donner à penser qu'outre ces deux monomanies, Bertrand aurait encore été atteint d'anthropophagie ; mais l'absence de tout autre indice que celui admis par M. Pajot, et sur lequel on peut d'ailleurs conserver des doutes, de même que les dénégations énergiques de l'accusé, qui a montré tant de franchise sur des détails en quelque sorte moins avouables, ne permettent guère de croire à l'existence de cette dernière monomanie.

Il n'est pas moins avéré que la passion destructive de Bertrand ne s'étendait à aucun autre objet vivant ou inanimé, qu'à des cadavres humains et spécialement à des cadavres de femmes. Jamais il ne lui est venu à l'idée de se porter à un excès quelconque envers des femmes ou des hommes vivants, non plus qu'envers des animaux ou des cadavres d'animaux.

Sa passion érotique ne paraît pas non plus s'être jamais exercée sur d'autres objets que des cadavres du sexe féminin. Il ne paraissait pas avoir égard d'ailleurs à l'âge des individus auxquels avaient appartenu ces cadavres, ni même toujours au degré de putréfaction auquel ils étaient parvenus.

Nous avons vainement cherché dans les annales de la science un second exemple de cette double passion ayant pour unique objet des cadavres de femmes. Les ouvrages de M. Calmeil, d'Esquirol, de Marc, les collections des *Archives*, des *Annales d'hygiène et de médecine légale*, des *Annales médico-psychologiques*, ne nous ont offert que quelques rares exemples d'anthropophagie, si l'on peut appeler ainsi le besoin de dévorer des corps humains ou non tombés en putréfaction, et des aberrations des sens vénériens, mais qui n'étaient point l'érotomanie cadavérique. Nous avons appris cependant qu'un exemple remarquable de cette dernière aberration existait dans les annales judiciaires. Si les recherches que nous ferons à cet égard nous conduisent à un résultat positif, nous aurons soin de le faire connaître à nos lecteurs.

Ainsi donc, dans l'état actuel de la science, l'exemple du sergent Bertrand semble être unique, comme l'a d'ailleurs annoncé notre honorable confrère M. Marchal (de Calvi).

Malgré l'état d'isolement d'un fait aussi extraordinaire, est-il impossible d'en apprécier le véritable caractère, et nous sommes-nous trop aventuré en qualifiant d'avance de monomanie l'état dans lequel se trouvait Bertrand lorsqu'il assouvissait ses horribles instincts ? Nous sommes bien loin de le penser.

Non-seulement Bertrand affirme qu'il était conduit pendant ses tristes nuits de délire par un pouvoir irrésistible ; non-seulement la franchise de ses aveux sur tous ses actes donne du crédit à ses paroles, mais ses actes offrent tous les caractères des monomanies les mieux caractérisées :

Violation des instincts naturels les plus enracinés dans le cœur humain ; absence de toute idée de cupidité ; retour presque périodique (1) des appétits pervertis et impérieux ; dédain des dangers auxquels le malade s'exposait ; absence de tous ces vices qui accompagnent habituellement la débauche volontaire ; antécédents de tristesse et de mélancolie ; insensibilité aux influences des agents physiques les plus énergiques pendant l'existence du délire ; puissance inaccoutumée de l'action musculaire et nerveuse (2) pour accomplir ses projets, tout prouve que Bertrand était entraîné, dominé par une puissance supérieure à sa volonté, comme le sont les mères qui sacrifient leurs enfants, quoiqu'elles les aiment tendrement.

M. Marchal, en soutenant cette opinion, nous paraît donc avoir apprécié les faits avec une rigoureuse logique, et avoir fait une application sévère des faits analogues que possède la science.

Comment, en présence des affirmations positives de la science, une opinion contraire a-t-elle prévalu sans débats contradictoires entre hommes compétents, et comment un malade a-t-il pu être condamné comme un criminel ? Hélas ! par un vice radical de législation que nous avons déjà signalé bien souvent, et que nous aurons sans doute à signaler bien souvent encore avant de le voir disparaître de notre code.

HOPITAUX DE LYON.

Du chloroforme, de ses applications pratiques et de ses dangers ;

Par M. MALICHEC, interne des hôpitaux de Lyon.

En songeant aux heureux effets que l'on a obtenus jusqu'ici de l'emploi du chloroforme, ce ne serait pas sans regret que les malades et les chirurgiens, dans l'exercice de leur art, verraient proscrire un agent aussi précieux.

Dans l'intérêt de la science et de l'humanité, il serait à désirer que les adversaires un peu passionnés du choroforme et ses partisans pussent se concilier. Nous sommes loin de prétendre que les attaques des premiers n'aient pas eu pour mobile l'amour de la vérité ; mais il est permis de croire que, dans la lutte qu'ils ont engagée contre les chloroformisateurs, ils se sont laissé entraîner beaucoup trop loin. L'analyse et l'appréciation impartiale de toutes les circonstances qui ont accompagné les quelques cas malheureux attribués à l'action du chloroforme, à côté de tous les succès et des nombreux services qu'il a rendus, sont, avec l'observation consciencieuse de nouveaux faits, des moyens sûrs de concilier les deux partis. Cependant, il faut le reconnaître, les discussions qui ont eu lieu jusqu'à présent, soit dans les journaux de médecine, soit à l'Académie, ne resteront pas sans utilité, car elles ont servi à démontrer que le chloroforme est un agent très énergique ; et que pour l'administrer avec sûreté on doit, comme nous le dirons plus tard, surveiller l'opération avec le plus grand soin. Employé par des mains inhabiles ou étrangères à l'art, il peut causer la mort, le plus souvent par une asphyxie presque foudroyante ; c'est ce que nous examinerons plus loin.

(1) Sa maladie, ainsi que Bertrand appelle son état, revenait, à peu près tous les quinze jours.

(2) Il a été prouvé aux débats non-seulement que Bertrand était d'une agilité excessive pour franchir les obstacles qui le séparaient des objets de ses passions, mais encore qu'il parvenait à l'aide des mains seules ou avec son sabre-poignard à déterrer jusqu'à *huit* ou *dix* et même *quinze* cadavres dans une seule nuit.

Une circonstance qu'il conviendrait peut-être d'examiner plus longuement est celle-ci : Lorsqu'on a demandé à Bertrand comment il évitait les chiens qui se trouvaient souvent dans les cimetières, l'accusé a répondu : « Quand j'entendais leurs cris, je m'arrêtais et je restais immobile ; les chiens venaient ; je les regardais avec fixité ; cela leur faisait peur, et ils s'éloignaient en cessant leurs aboiements. Y avait-il dans le regard égaré du malade quelque chose qui effrayât ces animaux ? Nous ne pouvons que poser cette question.

Nous diviserons en trois parties ce que nous avons à dire sur le chloroforme :

1° Histoire du chloroforme dans les hôpitaux civils de Lyon ;

2° Mode d'action du chloroforme ;

3° Préceptes qu'il faut suivre pour bien l'administrer.

Du chloroforme dans les hôpitaux de Lyon.

Aussitôt que l'action anesthésique du chloroforme fut connue à Paris, les chirurgiens de Lyon en firent d'abord les premiers essais. M. Colrat, chirurgien major de l'hospice de la Charité, où nous étions attaché comme interne, fut le premier qui employa le nouvel agent anesthésique dans les salles des enfants blessés. Voici le résultat qu'il obtint dans l'espace de quelques jours. Sur 12 enfants des deux sexes qui furent endormis pour subir des opérations diverses, la moyenne du temps nécessaire pour obtenir le sommeil et l'insensibilité a été de 2 minutes 12 secondes ; la durée moyenne des inhalations chloroformiques, de 7 minutes 6 secondes. Il y en a eu 7 qui, pendant le retour du sommeil à l'état de veille, ont éprouvé des nausées et des vomissements qui n'avaient absolument rien de fâcheux ; ces vomissements consistaient en matières glaireuses dans 5 cas, et en matières alimentaires dans 2 cas. Peu avant l'opération, ces derniers avaient mangé, malgré les ordres du chirurgien. Chez la moitié, pendant le sommeil, le pouls a éprouvé un léger ralentissement, tout en conservant ses autres qualités physiologiques.

Les avantages du chloroforme, pour ces premiers résultats, comparés à ceux qu'on obtenait au moyen de l'éther, restaient tellement supérieurs, que M. Colrat ne songea plus qu'à employer le premier de ces agents, non-seulement dans les salles des enfants blessés, mais encore dans le service des femmes en couches, pour certains cas d'opérations obstétricales. Quoiqu'il soit arrivé plus tard quelques accidents malheureux, même à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le chirurgien de la Charité n'en a pas moins continué d'employer le chloroforme, sans jamais avoir eu à déplorer le moindre revers, en ville comme dans son hôpital.

Nous ferons remarquer que l'appareil dont il se sert peut être pour beaucoup dans les succès qu'il a toujours obtenus. il consiste en une compresse de lin à trame assez claire, pliée en double, et formant un carré de 9 à 10 centimètres de côté. Pendant l'opération, on imbibe suffisamment le milieu de la compresse avec quelques gouttes de chloroforme, et on la présente devant les orifices des voies respiratoires, la bouche et le nez, à la distance de 3 à 4 centimètres, en sorte que l'air arrive toujours en quantité suffisante pour entretenir l'hématose.

A l'Hôtel-Dieu, ce fut M. Bonnet qui fit les premiers essais du chloroforme. MM. Barrier et Bouchacourt ne tardèrent pas à l'employer, et tous furent d'accord pour déclarer les avantages du nouvel agent anesthésique bien supérieurs à ceux qu'ils avaient obtenus de l'éther. Malgré cette supériorité accordée au chloroforme, M. Pétrequin, satisfait des résultats qu'il obtenait tous les jours de l'éthérisation, ne jugea pas à propos de renoncer à l'éther pour le remplacer par un agent anesthésique nouveau, pour lequel l'expérience n'avait pas encore dit son dernier mot. Bientôt apparurent dans les journaux de médecine des cas de mort attribués au chloroforme, et engagèrent définitivement le chirurgien de l'Hôtel-Dieu à faire exclusivement usage de l'éther.

A l'hospice de l'Antiquaille, dans le service de M. le docteur Potton, salle des femmes vénériennes, on a employé très fréquemment et on emploie encore le nouvel agent anesthésique dans les cas où il faut exciser de nombreuses végétations occupant une grande surface ; les résultats ont toujours été favorables. Quant à M. Diday, qui a pris une part active dans les discussions sur le chloroforme, il n'a jamais été disposé à l'employer, surtout après la publication de quelques accidents regrettables dont le monde médical a eu connaissance.

L'hospice du Perron, asile destiné aux incurables, a joui aussi de quelques bénéfices que le chloroforme accorde tous les jours. C'est sur des femmes sujettes à de violentes crises d'hystérie qu'on l'emploie principalement ; le chloroforme coupe radicalement les attaques, et si, à l'avenir, celles-ci ne disparaissent pas, du moins deviennent-elles plus rares.

Avant l'époque de l'accident arrivé au malade de M. Barrier, le chloroforme était employé, à titre d'anesthésique, pour toutes les opérations un peu douloureuses. En mettant de côté les opérés de M. Pétrequin, qui emploie l'éther, les autres chirurgiens de l'Hôtel-Dieu chloroformisaient au moins trois malades par jour ; ce qui fait un nombre de 1,455 individus qu'on aurait endormis avec le chloroforme dans une période de seize mois, depuis octobre 1847 jusqu'en février 1849. Dans les deux hospices de la Charité et de l'Antiquaille, on peut compter, comme moyenne, un malade au moins par jour endormi par le nouvel agent anesthésique ; ce qui fait encore un nombre de 485 malades qui, dans le même espace de quinze mois, auraient éprouvé les bienfaits du chloroforme. En somme, 1,940 malades auraient été chloroformisés, dans ce laps de temps, pour subir des opérations diverses.

Enfin, en dehors de ce chiffre, qui est assez considérable, nous ajouterons qu'un grand nombre de malades placés dans les différentes salles de médecine ont été chloroformisés avec

le plus grand succès pour le but qu'on se proposait. Chez tous, le chloroforme était employé en inhalation; non plus comme anesthésiant, mais comme narcotique, dans les névralgies très douloureuses, par exemple, ou comme antispasmodique dans les cas de violentes attaques d'hystérie. Nous l'avons vu employer avec quelque succès dans un cas de tétanos traumatique.

Après avoir parlé des nombreux succès du chloroforme dans les hôpitaux de Lyon, il est juste de dire quelques mots des revers déplorables qu'on y a observés et qui ont refroidi l'enthousiasme des chloroformisateurs en donnant plus de force aux attaques des détracteurs de l'agent anesthésique. Mais qu'il nous soit permis d'exprimer librement notre opinion en revenant sur l'examen des trois cas malheureux qu'on a observés à l'Hôtel-Dieu.

Le premier, relatif à un malade opéré par M. Bouchacourt au commencement de l'année 1848, n'a à notre avis aucune valeur pour ou contre le chloroforme. « Il s'agit d'un homme de trente-cinq à quarante ans, d'une constitution affaiblie, porteur depuis longtemps d'un sarcocèle dont le volume dépassait de beaucoup celui de la tête d'un fœtus arrivé à terme. Il fut endormi avec le chloroforme au moyen de la compresse appliquée sur le visage. L'ablation de la tumeur fut laborieuse; de grands foyers apoplectiques sanguins se trouvaient dans son épaisseur; il y eut une perte de sang très considérable à cause de la durée de l'opération d'une part et de l'excision de nombreux vaisseaux développés dans la tumeur d'autre part. Tout alla encore assez bien. Après le pansement, l'opéré, revenu du sommeil chloroformique, fut transporté dans son lit; aussitôt il est pris d'une syncope, d'un évanouissement. M. Bouchacourt, appelé auprès du malade, fait immédiatement appliquer de la moutarde, et, par d'autres moyens, il le rappelle à la vie; mais, une heure ou une heure et demie après, l'opéré éprouve le même accident, et cette fois il succombe. Il n'y a pas eu d'autopsie. » Dans ce fait, il y a eu évidemment à deux reprises une syncope grave par suite de l'affaiblissement considérable du sujet; l'organisme n'a pas été assez fort pour réagir contre cette cause de mort. L'inhalation du chloroforme aurait-elle contribué à la gravité de cette syncope?

Le second cas est relatif à un malade de M. Bonnet (clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu (1). « C'était un homme de trente ans environ, d'une forte constitution, atteint d'une affection du poignet, pour laquelle ce chirurgien voulait appliquer la cautérisation au fer rouge. Le malade fut soumis à l'inhalation du chloroforme au moyen de l'appareil que venait d'inventer M. Charrière et qu'on n'avait pas encore employé à Lyon; pendant l'opération, le malade faisait des efforts et luttait pour s'y soustraire. Pour mieux réussir et mieux faire respirer les vapeurs chloroformiques, on lui pinça le nez avec les doigts, afin de le forcer à respirer seulement par la bouche, sur laquelle s'appliquait l'appareil. C'est alors que l'asphyxie, imminente, devint complète; le malade n'eut que quelques mouvements convulsifs et resta mort sans donner plus de signe de vie: la respiration et la circulation furent aussitôt suspendues. Le cadavre ayant été réclamé, l'autopsie n'a pu être faite. » Il est probable qu'elle aurait permis de voir les signes pathologiques de l'asphyxie. Il est évident que dans ce cas l'acte de la respiration a été entravé, principalement par la présence de l'appareil, qui devait fournir de trop fortes quantités de vapeurs chloroformiques avec une trop faible proportion d'air qui lui servait de véhicule.

Le troisième cas, qui certainement est le plus fâcheux et qui paraît jeter le plus de défaveur sur le chloroforme, se rattache au malade de M. Barrier, lequel succomba pendant les inhalations chloroformiques. C'était le 31 janvier 1849. Sans vouloir attaquer l'esprit consciencieux qui a dicté l'observation de ce cas malheureux, qu'il nous soit permis, dans l'intérêt de la science, de rapporter quelques particularités qui s'y rattachent et dont nous avons été témoins; elles ne sont pas sans importance.

« ..... Après quelques minutes d'inhalations chloroformiques, le jeune malade sent et parle encore; on continue de verser du chloroforme sur la compresse de linge qui recouvre entièrement le visage; le patient fait quelques efforts volontaires, comme bien des malades en font avant le sommeil; on le retient; on continue à verser du chloroforme; alors, il fait un effort plus grand sans pousser des cris; il tâche de se dégager et de soulever la tête; les inhalations sont cependant continuées, vu que la respiration et la circulation s'exécutaient encore convenablement; mais tout à coup, et par un mouvement brusque et involontaire du tronc accompagné de convulsions dans tous les membres, le malade se redresse assis et retombe immédiatement sur le lit de douleur; la respiration et la circulation sont interrompues; en vain on cherche les pulsations de l'artère radicale: plus de signe de vie; la face est pâle et les extrémités commencent à se refroidir. Tout cela s'est passé très rapidement. Sans perdre de temps, on emploie une foule de moyens propres à rappeler la vie, l'exercice de la respiration; après quelques efforts dirigés dans ce but, on a vu le malheureux faire deux ou trois petites inspirations coupées par des intervalles assez longs: ce sont les seuls et derniers signes de vie qu'il a donnés.

» Quant à l'autopsie, elle a été faite longtemps après la mort, soixante-douze heures. Le temps était beau et la température élevée pour la saison. A l'ouverture de la poitrine du côté du système de la circulation, on a observé une dissolution remarquable du fluide sanguin, sa couleur plus noire que le sang veineux; les cavités droites du cœur n'en contenaient pas une grande quantité; il y avait un petit caillot dans l'oreillette; très peu de sang se trouvait dans les cavités droites, sans le moindre caillot. Les poumons étaient fortement engorgés de sang; leur couleur était d'un noir violacé très prononcé. On n'a pas essayé l'immersion dans l'eau. »

Nous avons cru devoir mentionner ces particularités, que nous croyons de la plus haute importance, parce que, interprétées convenablement, elles nous paraissent suffisamment expliquer le genre de mort qui a eu lieu. La mort n'est pas arrivée par le cœur, il n'y a pas eu de syncope; car, que celle-ci arrive lentement ou d'une manière brusque, il n'y a pas habituellement de mouvements désordonnés, volontaires ou involontaires, de la part du malade; on tombe sans sentiment, sans mouvement. Comment comprendre une espèce d'action du chloroforme portée directement sur le cœur de manière à en supprimer brusquement les contractions? Ce n'est que par les centres nerveux qu'il faut modifier les contractions de cet organe, et alors peut-on raisonnablement croire à leur disparition brusque, presque foudroyante, chez un individu sur mille, par exemple, qui auront subi l'action anesthésique du chloroforme?

La mort par le cerveau n'est pas non plus admissible dans ce cas, car la quantité de chloroforme, 6 à 8 gr., dont une partie s'est perdue par l'évaporation, aurait agi comme toxique; or, les expériences sur les animaux et l'observation sur l'homme prouvent que cette quantité de chloroforme ne suffit pas pour tuer comme poison.

Le malade en question nous paraît avoir succombé par les poumons, par asphyxie. Sans doute cette asphyxie a été brusque; mais il y a eu, comme on l'observe en pareil cas, les symptômes qui précèdent et accompagnent les derniers moments de la vie; et puis à l'autopsie n'a-t-on pas trouvé, pour l'expliquer, ces signes pathognomoniques de l'asphyxie, et rien autre? A notre avis, et dans ce cas en particulier, chercher la cause de la mort dans une prédisposition mystérieuse, particulière du sujet, c'est reculer la question, se jeter dans ces hypothèses que rien ne justifie. Pourquoi plutôt ne pas admettre qu'il y a des individus tels, qu'ils succombent facilement à l'asphyxie et beaucoup plus promptement que d'autres, bien qu'étant tous exposés à la même cause asphyxiante?

Nous sommes loin cependant de présenter le chloroforme comme exempt de tout danger, et que tous les cas de mort qui ont eu lieu et qu'on verra probablement encore se reproduire, il faille les expliquer par l'asphyxie. Nous croyons que la mort peut arriver par la sédation trop profonde des centres nerveux, comme nous essaierons de le démontrer plus loin en parlant du mode d'action du chloroforme. La syncope même qui surviendrait pendant le sommeil chloroformique, alors même qu'on a suspendu les inhalations, peut aussi être cause de mort chez certains individus; mais ici la syncope ne paraît pas dépendre de l'action du chloroforme, elle surviendrait tout comme dans les circonstances ordinaires.

(*La suite à un prochain numéro*).

(1) L'accident est arrivé au commencement de l'année 1848. M. Bonnet n'en continue pas moins l'emploi du chloroforme.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 juillet 1849. — *Présidence de M.* Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. le secrétaire annuel a la parole à l'occasion du procès-verbal. — M. Collineau a affirmé, dans la dernière séance, qu'il n'y avait eu aucun cas de choléra parmi les nourrices de la rue Sainte-Apolline. Les informations très exactes que j'ai prises me permettent d'assurer que notre honorable collègue a été induit en erreur; deux nourrices au moins ont succombé à l'épidémie, sans doute pendant le temps où notre collègue a été indisposé, et où il n'a pu visiter l'établissement.

— M. Gaultier de Claubry aîné. Le sujet dont j'ai à entretenir l'Académie me paraît mériter au plus haut point son attention. L'Académie n'a eu que trop de fois l'occasion de se convaincre combien les industriels qui obtiennent des rapports sont disposés à abuser de son nom; mais elle n'a que bien rarement eu l'occasion de constater un abus semblable à celui que je vais lui signaler. Celui-ci a été commis par un M. Alexandre, inventeur des sangsues mécaniques. Vous savez, Messieurs, que l'instrument auquel on a donné ce nom a été l'objet d'un rapport fait à l'Académie; ce rapport est terminé par des conclusions qui approuvent, avec certaines restrictions, l'invention en question. Dans une circulaire adressée à tous les bureaux de bienfaisance, à toutes les mairies et sans doute à beaucoup d'autres établissements, l'inventeur a reproduit la première de ces conclusions qui peuvent lui être favorables; mais il a eu soin de supprimer celles qui pouvaient lui être contraires, tout en laissant au-dessous des conclusions les mots: *pour copie conforme*, ainsi que la signature du secrétaire perpétuel. Je demande à l'Académie s'il n'y a pas dans ce fait une falsification condamnable, et qui peut porter atteinte à sa considération? L'Académie ne devrait-elle pas faire quelques démarches pour obtenir la punition du falsificateur?

M. H. Gaultier de Claubry. Dans des circonstances semblables qui ne se sont présentées que trop souvent, la Société d'encouragement a fait insérer dans tous les journaux, qui ne s'y sont jamais refusés, une rectification des assertions émises par les industriels; je crois que l'Académie pourrait suivre le même procédé.

M. Girardin. Il convient de distinguer les rapports de l'Académie en deux variétés; les uns sont faits sur des communications qui arrivent directement à l'Académie, les autres sont faits sur la demande expresse du ministre. Dans ce dernier cas les copies des rapports sont adressées au ministre, et ce n'est que par son intermédiaire que les inventeurs peuvent recevoir une copie de ces rapports. Lors donc que ces rapports sont falsifiés par les industriels, comme c'est le cas pour l'inventeur des sangsues mécaniques, ce n'est pas seulement l'Académie qui se trouve lésée, c'est aussi le gouvernement. Je crois donc qu'il serait convenable de renvoyer cette affaire au conseil d'administration afin qu'il avisât au meilleur moyen de la poursuivre, et qu'il fit des démarches auprès du ministre pour voir s'il ne serait pas possible de faire poursuivre le faussaire par le ministère public.

M. Moreau parle dans le même sens.

M. Adelon dit qu'il n'y a que deux espèces d'actions à intenter au falsificateur, celle d'escroquerie et celle de faux. Or les tribunaux pourraient bien reculer devant l'application de la pénalité qui se rapporte à ces délits; en conséquence, il ne serait pas de la dignité de l'Académie d'intenter une action qui pourrait se terminer par un échec.

M. Orfila. Quoique je pense qu'il fût possible d'intenter une autre action que celles énoncées par notre honorable collègue, M. Adelon, je crois cependant que cela serait scabreux. Ce qui me paraît le plus sage pour le moment, c'est que le bureau consulte le conseil judiciaire de l'Académie, qui lui indiquera certainement la meilleure marche à suivre dans cette occurrence. Je ne sais pas jusqu'à quel point on pourrait taxer de faux un extrait où l'on n'a ajouté aucun mot qui ne se trouve dans le rapport, où l'on n'a fait que supprimer. L'individu pourrait répondre qu'un extrait n'est pas un entier. Enfin, je crois que ma proposition est ce qu'il y a de plus prudent pour le moment.

M. Nacquart. Il a été arrêté il y a plus de vingt ans par l'Académie, cela se trouve imprimé en tête de toutes les copies de rapports qu'on délivre, que les auteurs et inventeurs ne peuvent publier ces rapports ni leurs conclusions par extraits; mais qu'ils doivent, s'ils veulent les publier, les reproduire textuellement et en entier.

La proposition de M. Orfila est mise aux voix et adoptée.

Recherches sur la digitaline.

M. Quevenne lit le résumé d'un mémoire qui lui est commun avec M. Homolle, sur la digitale. Ce travail se compose de deux parties, l'une, presque uniquement chimique, contenant l'histoire des divers principes retirés jusqu'à ce jour de la digitale, l'autre renfermant des faits et des observations du domaine de la physiologie et de la thérapeutique.

Voici les conclusions de ce travail:

Conclusions chimiques. — 1° Nous avons obtenu la digitaline dans un état de pureté chimique parfaite, qui nous a permis d'en étudier mieux les propriétés.

2° Nous avons extrait trois autres principes de la digitale, savoir: la *digitalose*, le *digitalin* et la *digitalide*. Ces corps peuvent présenter plus ou moins d'intérêt au point de vue chimique; mais ils en sont complètement dépourvus quant aux applications à la médecine, et nous ont paru ne contribuer en rien à l'action de la digitale, action qui est représentée tout entière par la digitaline.

Conclusions pratiques. — 1° La digitaline étant dépourvue de la propriété de cristalliser, et dès lors bien plus difficile à obtenir dans un état toujours le même, nous avons cru qu'il était indispensable d'avoir un moyen de s'assurer de son identité, et qu'il ne suffisait pas, pour avoir toute sécurité à cet égard, de pratiquer l'extraction de ce principe suivant un procédé ponctuellement suivi et en opérant sur de grandes quantités, bien qu'il y ait cependant dans ces deux circonstances une garantie réelle. Nous avons eu recours à un moyen de contrôle qui consiste dans l'appréciation de l'intensité de la saveur amère par les dilutions progressives. On acquiert par cette méthode, employée suivant les règles et avec les soins que nous avons recommandés, un degré de certitude sur la fixité du produit, que nous nous croyons fondé de regarder comme suffisant.

2° La forme médicamenteuse qu'il nous a paru le plus convenable d'adopter pour la digitaline au point de vue de la sûreté et de la commodité du dosage, de la bonne conservation du médicament comme de sa facile administration, est celle de petites dragées auxquelles nous avons donné le nom de *granules*.

Remèdes secrets.

M. H. Gaultier de Claubry lit plusieurs rapports sur des remèdes secrets destinés à la plupart à guérir le choléra. Les conclusions, toutes défavorables, sont successivement adoptées.

Mort apparente.

M. Capuron lit un rapport étendu sur un travail de M. le docteur Sauvé, professeur d'accouchement à La Rochelle, intitulé: *Nouvelles recherches sur la mort apparente des nouveau-nés.*

D'après le rapporteur, M. Sauvé attribue à l'asphyxie presque tous les cas de mort apparente des nouveau-nés. Il divise l'asphyxie en intra-utérine, ou par arrêt de la respiration fœtale (celle qui s'opère par le placenta, que l'auteur considère comme une sorte de poumon), et extra-utérine ou pulmonaire.

Dans l'asphyxie intra-utérine, il pose en première règle de ne jamais couper le cordon ombilical, qu'on y sente ou non des battements, que l'enfant soit apoplectique ou asphyxié, à moins qu'une hémorrhagie ne menace les jours de la mère.

Contre l'asphyxie extra-utérine, M. Sauvé conseille, outre les moyens ordinaires déjà connus, le bain chaud à 30°, où il fait plonger l'enfant avec le cordon ombilical et le placenta.

Conclusions: Remercîments à l'auteur; renvoi au comité de publication; inscription sur la liste des condidats au titre de membre correspondant. (Adopté.)

— La correspondance officielle comprend:

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'un appareil sudorifique proposé par M. L..., pour servir au traitement du choléra.

2° Une lettre du ministre de l'instruction publique, avec envoi d'une lettre de M. le docteur du Cazal, médecin à Oran, renfermant des observations sur l'emploi du phosphore dans le traitement du choléra.

3° Une seconde lettre du même ministre, accompagnée d'une note de M. le docteur Priou, correspondant de l'Académie à Nantes, ayant pour titre: *Quelques réflexions sur le choléra-morbus.*

— La correspondance manuscrite se compose de plusieurs communications, savoir:

Communications relatives au choléra.

1° M. Beauregard, de Graville, près le Havre, communique

quelques nouveaux faits dans lesquels le choléra a pris *une apparence* de contagion.

2° M. Penaut, médecin des épidémies de l'arrondissement de Vervins (Aisne), envoie des notes sur la marche qu'a suivie le choléra en 1832 dans cet arrondissement.

3° M. Delfraissé envoie une nouvelle note sur le traitement et la prophylaxie du choléra par le sulfate de quinine.

4° M. Brochard envoie l'observation d'une fille de vingt-quatre ans à sept mois de grossesse; l'avortement, qui a été déterminé par la maladie, a paru avoir une influence très heureuse sur la marche de celle-ci. L'auteur dit avoir observé un second fait analogue.

5° M. Ravin (de Saint-Valery-sur-Somme) adresse à l'Académie un court exposé de quelques nouveaux faits de contagion, qui ont trait principalement au passage de l'épidémie d'une commune infestée dans une autre qui ne l'est pas encore et aux premiers pas qu'elle fait lorsqu'elle envahit celle-ci.

Vaccine, variole et fièvre typhoïde.

M. Bayard, qui a déjà fait plusieurs communications à ce sujet, envoie une nouvelle note qu'il résume par ces deux conclusions déjà formulées à propos d'autres communications:

On sème le vaccin, on récolte le typhus.

Il est temps de revenir à l'inoculation de la petite vérole.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Cours pratique sur les maladies de la peau,

Par M. le Dr DUCHESNE-DUPARC.

Traitement des gourmes chez les enfants.

(Quatrième article.)

En présence d'un achore devenu par son étendue et ses complications une véritable maladie, le praticien doit étudier avant tout les rapports que cette affection peut entretenir avec l'organisme :

1° Chez beaucoup d'enfants difficiles à élever, sujets aux irritations bronchiques, pulmonaires ou gastro-intestinales, aux convulsions, etc., l'apparition de l'achore coïncide avec l'extinction graduelle de ces accidents et un retour manifeste à une santé meilleure : je demande quel médecin, en pareil cas, se hâtera d'enrayer dans sa marche et d'éteindre une éruption à laquelle il est impossible de refuser un caractère critique et dépuratoire. Ses prescriptions se borneront à quelques palliatifs destinés à maintenir dans des limites supportables l'inflammation des parties affectées et le prurit inséparable de ces sortes d'altérations ; il attendra, pour agir avec plus d'énergie et d'efficacité, que la santé générale ait trouvé dans la durée suffisante de cette dérivation salutaire les éléments d'un rétablissement complet. Ce précieux et premier avantage obtenu, il n'est pas rare de voir l'organisme se suffire à lui-même et l'achore marcher vers une guérison spontanée.

2° Dans d'autres cas, l'achore existe simultanément avec une lésion organique persistante, et la conduite à tenir sera nécessairement subordonnée à la nature de l'affection concomitante et au mode d'influence que les deux maladies se renvoient réciproquement.

Je n'ai point à faire ici l'histoire des différentes altérations qui peuvent survenir dans le cours d'un achore; car, pour cela, il faudrait passer en revue presque toute la pathologie du premier âge ; seulement, je dois observer que l'influence de la maladie intercurrente variera selon qu'elle se sera développée par l'effet d'une cause fortuite et accidentelle, ou qu'elle ne sera que la conséquence sympathique des progrès de l'inflammation achoreuse.

Dans ce dernier cas on la verra le plus souvent tendre d'elle-même à la guérison à mesure que l'achore perdra de son étendue et de sa violence; et dans le premier, son action consistera presque toujours à ralentir et parfois même à suspendre tout à fait la sécrétion achoreuse. Ce dernier résultat est toujours fort grave, et devient souvent même rapidement mortel lorsqu'il est méconnu ou abandonné à lui-même.

Il me faut donc exposer, d'une part, les moyens propres à combattre l'inflammation achoreuse ; de l'autre, ceux à l'aide desquels il est possible de rappeler à la face ou au cuir chevelu l'achore brusquement ralenti ou suspendu dans sa marche, lorsque cette disparition provoque un danger imminent.

En tête des moyens propres à combattre l'inflammation achoreuse se trouvent les émissions sanguines. L'âge des malades exclut ici jusqu'à la pensée des saignées générales ; il faut se borner à l'application de quelques sangsues aux tempes ou derrière les oreilles, et encore convient-il d'user de ce moyen avec réserve chez les sujets dépourvus de force et de vigueur.

N'oublions jamais, d'ailleurs, que l'achore est une affection essentiellement chronique et souvent liée à l'état général de la constitution; que le tempérament lymphatique est celui qui se prête le mieux à son développement et à ses progrès ; qu'ici, l'inflammation est plutôt un accident qu'un caractère essentiel de la maladie, et qu'il y aurait conséquemment un inconvénient réel à diminuer d'une manière notable les forces de l'économie, toujours nécessaires à l'élaboration d'un long travail dépuratoire.

Je pense donc qu'on doit réserver les émissions sanguines pour les sujets forts et pléthoriques, chez lesquels on redoute la violence des contre-coups sympathiques, et pour les cas où l'inflammation menace d'envahir quelque organe important, comme l'œil, le conduit auditif, etc.

Après les émissions sanguines viennent les émollients et les mucilagineux. On peut ajouter à ceux que j'ai déjà indiqués les eaux d'amidon ou de graine de lin, le mucilage de coing, etc., employés alternativement.

Le beurre de cacao, les farines de riz et de seigle fournissent encore de bons succédanés pour les onctions et les cataplasmes.

Quelques praticiens vont jusqu'à prescrire, dans les cas d'inflammation vive ou opiniâtre, des cataplasmes composés avec les décoctions de *morelle*, de *ciguë*, de *belladone*, de *jusquiame* ; mais ces préparations stupéfiantes peuvent avoir de graves inconvénients, et j'ai vu des enfants très malades à la suite de pareilles applications. Je leur préfère une simple décoction de têtes de pavot, ou bien du cérat faiblement opiacé.

Un procédé qui réussit toujours à calmer la violence de l'inflammation achoreuse consiste à la diviser en l'appelant soit sur un autre point de la surface cutanée soit sur le tube digestif. Un petit vésicatoire au bras ou à la jambe, dont on entretiendra quelque temps la suppuration, atteint parfaitement le premier but ; et, pour le second, se présente toute la classe des laxatifs et des minoratifs. C'est au bras qu'il faut mettre le vésicatoire tant que l'enfant n'est pas propre.

Ætius, Celse et d'autres n'ont pas craint de conseiller, dans le traitement externe de l'achore, l'usage des astringents ou détersifs, tels que les préparations d'alun, de zinc, de plomb, certains principes sulfureux, etc. ; je ne saurais trop m'élever contre de pareilles inconséquences ; les accidents les plus graves peuvent en résulter, et j'ai vu mourir en quelques jours des enfants victimes de cette pratique aussi vicieuse que condamnable.

Mais, au lieu d'avoir à calmer l'inflammation achoreuse, il peut être nécessaire soit de ranimer ce travail dépuratoire devenu languissant, soit même de le rappeler après une disparition trop brusque, spontanée ou accidentelle; cette nouvelle indication présente fort souvent plus de difficultés qu'on ne le croit généralement.

J'ai vu porter, en pareil cas, l'emploi des excitants jusqu'à produire une véritable inflammation phlegmoneuse sans qu'il en résultât d'autres phénomènes que ceux qui caractérisent ce genre de lésion : nouvelle preuve, selon moi, que l'irritation herpétique, quel que soit l'âge auquel elle se développe, conserve un cachet tout spécial.

Un premier moyen de rappeler l'éruption du cuir chevelu consiste à entretenir sur toute cette région, à l'aide de coiffes de laine doublées de taffetas ciré, une chaleur constante portée jusqu'à la transpiration. Les produits achoreux une fois obtenus, on les entretient et on les multiplie au moyen d'applications légèrement excitantes avec les feuilles de poirée ou de laitue, les feuilles de choux, etc.

Dans les cas où ce procédé échoue, je n'hésite pas à recourir aux vésicants et aux suppuratifs; mais le choix est encore nécessaire entre ces derniers : ainsi, on préférera des mouches derrière les oreilles, aux tempes, ou un large vésicatoire sur le cuir chevelu quand il s'agira de combattre un achore séreux à surfaces douloureuses et plus ou moins injectées; tandis qu'avec des conditions différentes, on tirera un meilleur parti de l'emploi de la pommade stibiée, dont les élevures pustuleuses sont pleines d'un fluide blanc-jaunâtre qui se rapproche du mucus épais et gluant caractéristique de l'achore. Il reste entendu que l'action de ces différentes applications sera favorisée par tous les moyens capables d'atténuer et d'abattre l'affection intercurrente.

Tout achore qui résiste à l'emploi raisonné de ces différentes méthodes de traitement est certainement entretenu par la présence dans l'économie d'un principe étranger et virulent dont l'entière expulsion peut seule achever la guérison et mettre à l'abri de toute récidive.

Je dirai en traitant du porrigo comment on arrive à purifier ainsi l'organisme, et, pour terminer ce qui est relatif à l'achore, je rappelle quelques-uns des faits recueillis à ma clinique.

La plupart des enfants achoreux soumis à mon examen appartiennent à des parents herpétiques ou qui ont eu eux-mêmes des gourmes abondantes ; en pareil cas, l'achore se retrouve, bien qu'à des degrés divers, sur tous les enfants issus d'un même lit. Le traitement est toujours plus long et réclame plus de variété dans l'emploi des moyens thérapeutiques ; je vois figurer les laxatifs, et plus particulièrement le calomel, comme base de la médication interne, en outre d'une hygiène sévère; localement, les émollients, puis les savonneux.

J'ai constaté, d'autre part, que la constitution scrophuleuse, quels que soient d'ailleurs le siége et la forme des accidents strumeux, surtout, lorsqu'elle appartient à la mère, est pour l'enfant une cause prédisposante très active de gourme achoreuse ; mais dans ce cas l'éruption du cuir chevelu, quelle que soit l'étendue des régions qu'elle occupe, offre toujours moins d'acrimonie et de ténacité que dans les circonstances précédentes ; ce qui la caractérise principalement, c'est l'abondance des sécrétions ; les petits malades sont généralement pâles, mous et étiolés ; leur régime alimentaire doit être aussi fortifiant que le comportent l'âge et les conditions habituelles du tube digestif. Je trouve que nous avons eu souvent à nous louer en pareil cas des bains répétés d'eau de noyer, et qu'une fois la phlogose du cuir chevelu apaisée, on retire de très bons effets de lotions faites avec une décoction de feuilles de noyer fraîchement cueillies.

Je vois inscrits un certain nombre d'enfants chez lesquels aucune trace de gourme n'existait avant la vaccination, dont les parents avaient vécu exempts de tout vice herpétique, et qui ont présenté les premières traces d'achore peu de temps après avoir été vaccinés. Presque toutes les mères se hâtent de conclure de cette coïncidence qu'elles ont eu grand tort de laisser vacciner leurs enfants ; que, sans cette inoculation, elles n'auraient point à souffrir de la dégradation de ces êtres si chers !

Je me hâte de dire que rien n'est plus faux ni plus injuste que ce raisonnement ; et, bien que je professe qu'avec le vaccin il est possible d'introduire dans l'économie des principes virulents étrangers et nuisibles, je nie que le vice herpétique soit du nombre de ces derniers. Ici, la vaccination agit comme cause occasionnelle chez des sujets prédisposés, et elle n'en conserve pas moins toutes ses propriétés antidotiques et préservatives contre un mal bien autrement redoutable que l'achore.

En dehors de ces conditions étiologiques, toutes plus ou moins faciles à apprécier, à reconnaître, je vois plusieurs enfants au sujet desquels il m'a été impossible de remonter à la cause et à l'origine du mal ; ce sont, du reste, des sujets chez lesquels la gourme, bien qu'existant depuis longtemps déjà, avait pris peu d'extension. Ici le traitement local constitue presque toute la médication, et, parmi les moyens employés, sont inscrites quelques préparations saturnées, sur l'action résolutive desquelles tout le monde est à peu près d'accord.

NOUVELLES.

Par arrêté en date de ce jour, sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, M. le président de la République vient de nommer membre de la Légion-d'Honneur M. le docteur Lebert, auteur de plusieurs ouvrages distingués sur la physiologie et les sciences médicales.

— M. Dumas, doyen de la Faculté des Sciences, est nommé membre de la commission du Muséum.

— Le jury du concours pour deux places de médecins du Bureau central a été tiré au sort lundi dernier ; il se compose de la manière suivante :

Juges titulaires : MM. Baillarger, Beau, Piedagnel, Hardy, Duméril, Duplay, Roux, Thévenot de Saint-Blaise, Malgaigne.

Juges suppléants : MM. Clément et Paul Dubois.

Il est très probable que quelques-uns des juges ne pourront accepter leur mandat, et qu'ainsi la constitution du jury n'est pas définitive.

— M. Framboisier, directeur de l'hospice Sainte-Perrine, est mort hier du choléra.

— A la suite d'un concours ouvert le 4 juin dernier devant la Faculté de médecine de Montpellier pour une place d'agrégé, section de chirurgie, et terminé le 2 juillet, M. le docteur Courty a été désigné pour cette place.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 17 JUILLET 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 83.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 16 JUILLET 1849.

Bulletin du choléra.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

Hôpitaux civils :		
Journée du 13 juillet	22 entrées,	12 décès.
— 14	31	11
— 15	21	14
Hôpitaux militaires pendant les trois jours	6	3
Total	80	40

Total des décès dans les hôpitaux	6720
Total des décès à domicile jusqu'au 2 juillet inclusivement	9127
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie	15847

Séance de l'Académie des Sciences.

Une lecture de M. Flourens a été la seule communication intéressante qui se rapporte aux sciences médicales. Ce travail est trop intéressant pour que nous puissions nous contenter d'une simple analyse. Nous le publierons textuellement dans un de nos prochains numéros.

M. Arago a eu un bon mouvement quand il a dit, à propos d'une communication relative au choléra et qui ne renfermait que quelques assertions *à priori*, que l'Académie devrait engager les auteurs à se dispenser de faire de ces communications qui ne s'appuient sur aucune expérience ou observation sérieuse. M. Arago a bien fait, mais il peut faire mieux encore, de même que son collègue M. Flourens, c'est de ne point mentionner les noms des auteurs qui envoient des communications sans aucune valeur, et de se contenter de dire que l'Académie a reçu des communications sans intérêt sur tel sujet. De cette manière, les communications qui ne sont pas sérieuses disparaîtront promptement de la correspondance, où elles ne sont destinées qu'à servir de réclame, quand elles ne sont pas l'œuvre de cerveaux fêlés.

Un mot sur la candidature de MM. Robert et Ricord à l'Académie de Médecine (section de médecine opératoire.)

La singularité des circonstances qui accompagnent cette élection, singularité qui ne s'est jamais présentée, nous porte à y revenir.

Deux candidats d'un mérite reconnu sont en présence et ont obtenu un nombre égal de voix. Auquel des deux l'Académie donnera-t-elle la préférence? Nous n'avons la prétention ni de prédire l'événement, ni d'influer sur la décision de cette société savante. Les titres des deux candidats sont d'ailleurs publics et ont été résumés dans une communication adressée à tous les membres par chacun d'eux. Nous nous contenterons d'établir ici quelques points de comparaison, afin de justifier l'hésitation que l'on a mise dans le choix.

M. Robert est un praticien instruit et éclairé; il a traité dans ses thèses de concours ou dans divers mémoires des points pratiques intéressants. On peut distinguer, entre autres, le Mémoire sur l'inflammation des follicules muqueux de la vulve; sur le Rétrécissement latéral de la poitrine à la suite du gonflement chronique des amygdales chez les enfants; sur l'Etiologie et le traitement de la diphthérite des plaies. Trois fois lauréat de la Faculté, concurrent distingué à diverses chaires, chirurgien des hôpitaux; cours publics, etc.

M. Ricord a fait des cours publics de médecine opératoire pendant six ans; il a publié un Traité des Maladies vénériennes, ses Additions à Hunter, la Clinique iconographique de l'hôpital des Vénériens; un cours complet sur les maladies vénériennes dans la *Gazette des Hôpitaux*. Parmi ses nombreux mémoires, ceux sur la Vaginite granuleuse, sur l'Induration des corps caverneux, sur le Traitement abortif du chancre, etc., tiennent le premier rang.

D'ingénieux et nombreux procédés opératoires lui sont dus, ainsi que des instruments utiles. Ses leçons à l'hôpital du Midi attirent la foule des élèves, et l'ont placé depuis longtemps au premier rang des professeurs spéciaux particuliers; de tout temps enfin il y a eu à l'Académie de médecine un représentant de l'hôpital du Midi, et M. Ricord est le plus ancien des chirurgiens de cet hôpital.

Ainsi chez l'un des candidats, gravité, sagesse et savoir; chez l'autre, instruction égale, et de plus entraînement, originalité, qualités qui ne nuisent en rien aux facultés solides.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Leçons cliniques sur le choléra.

(Quatrième leçon.)

Dans les séances précédentes nous avons exposé les symptômes sans distinction de formes et de périodes; mais ce ne serait donner qu'une idée incomplète de la maladie, si nous passions sous silence les modifications que lui impriment ses phases, ses périodes, ses formes, son intensité.

Nous admettons, avons-nous dit, cinq périodes dans le choléra.

1° Une période de prodromes. On s'est beaucoup occupé, et à juste titre, de la période prodromique du choléra; on a ajouté à cette période une grande importance. M. J. Guérin, entre autres, dans des articles remarquables de son journal, a beaucoup insisté sur ce sujet. Il a fait un reproche aux auteurs qui ont écrit sur cette maladie d'avoir passé sous silence la période prodromique. Il a même adressé ce reproche à l'instruction sur le choléra publiée au nom de l'Académie de médecine. Nous pensons que ce reproche n'est pas tout à fait fondé. Nous avons lu les auteurs, et en particulier l'écrit de M. Tardieu, qui les résume tous. Nous avons relu l'instruction de l'Académie de médecine, et nous avons trouvé qu'on avait suffisamment appelé l'attention des médecins sur cette période. Nous pensons même que le savant journaliste a peut-être exagéré, non pas l'importance de la période prodromique, mais sa fréquence. Notre observation nous a prouvé que cette période était loin d'exister *toujours*. Et si le médecin distingué que nous venons de citer a bien voulu observer, depuis qu'il a écrit ses remarques, les malades qui se sont offerts à lui, nous ne doutons pas, connaissant son bon esprit, qu'il n'ait modifié ses premières opinions. Au reste, il est bon de dire que ces opinions s'étaient formées sur la vue des premiers malades frappés par l'épidémie, et ces premiers malades offraient en effet presque tous des phénomènes prodromiques. Depuis lors, l'épidémie ayant revêtu une grande intensité, cette période a souvent manqué, et nous avons observé, et nous vous avons fait observer grand nombre de fois des cas de choléra vraiment *foudroyants*. Les malades se portaient parfaitement bien, n'éprouvaient aucune altération dans leur santé un instant avant l'invasion du choléra. Celui-ci se déclarait tout à coup par des phénomènes formidables, sans le moindre antécédant, marchait avec une effrayante rapidité, et tuait le malade en quelques heures. Combien n'avons-nous pas signalé de fois à votre attention des malades qui, venus du dehors ou frappés dans nos salles, au milieu de la santé la plus satisfaisante, étaient morts dans l'intervalle d'une visite à l'autre? Nous aurons à revenir sur ce sujet lorsque nous parlerons de la marche de la maladie qui nous occupe.

Lorsque la période prodromique existe, elle se caractérise par des troubles notables dans les fonctions digestives. Le malade perd l'appétit, éprouve des nausées, fait des efforts de vomissements, et vomit même assez souvent ses boissons et ses aliments. Le malade éprouve aussi des flatuosités, des éructations, des borborygmes. Il a du dévoiement; en même temps il ressent de la gêne de la respiration, un sentiment de constriction dans la poitrine ou dans l'épigastre; un léger mouvement fébrile; des horripilations, des étourdissements; de l'incapacité pour le travail, des douleurs dans les membres, une fatigue générale insurmontable, un malaise indicible. Ces accidents peuvent durer fort longtemps. Nous avons vu des malades qui avaient ainsi langui pendant plusieurs semaines avant d'être frappés fortement par la maladie. Quelquefois ces phénomènes ne précèdent l'invasion que de quelques jours ou de quelques heures.

2° La deuxième période, ou période d'invasion, n'existe pas toujours elle-même; la troisième période, ou période algide, devient alors la première, ainsi que nous l'avons observé

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Une leçon d'helminthologie; vocation manquée. — Un mauvais pas heureusement franchi. — Un spécifique en perspective contre le choléra.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Dans un temps où tout le monde fait des découvertes, où les portiers découvrent les planètes et où des philosophes trouvent les moyens d'établir une harmonie universelle parmi les hommes, y compris les politiques, les médecins et les philosophes eux-mêmes, il ne vous paraîtra peut-être pas trop fabuleux qu'il m'ait été permis aussi de découvrir quelque chose. Du reste, j'ajoute tout de suite, par modestie autant que par amour de la vérité, que, si le hasard est le père de toutes les découvertes, il l'est surtout de la mienne; je n'en réclame donc nullement le mérite, trop heureux si j'en puis faire jouir l'humanité. Voici comment cela se fit:

Il y a quelques jours, je montai en chemin de fer pour revenir d'Enghien à Paris; en face de moi, vinrent se placer une dame entre deux âges avec son jeune enfant et un monsieur de belle stature, presque irréprochablement cravaté, et remarquable spécialement par une voix qui ferait pâlir celle de Lablache, quoiqu'elle appartienne au genre baryton plutôt qu'au genre basse-taille. On verra pourquoi tous ces détails sont nécessaires.

Comme j'ai pour principe de causer peu en voiture et de ne guère écouter davantage, je ne pourrais dire comment s'engagea la conversation entre la dame et le susdit personnage; mais la voix de celui-ci prit bientôt un tel degré de force et ses gestes tant d'animation qu'il fallut bien, bon gré, mal gré (à moins d'être aussi sourd que le docteur N..., qui s'occupe spécialement des maladies des oreilles), suivre le fil de la conversation.

LA DAME. — Oh! c'est un affreux malheur! Mais ne croyez-vous pas qu'on aurait pu le conjurer en administrant plus tôt les remèdes appropriés? Je trouve que M. Legroux a hésité bien longtemps, qu'il a agi bien mollement dans une circonstance aussi grave et aussi pressante.

LE MONSIEUR. — Vous pouvez avoir raison, madame; mais le *cas* était bien difficile; il faut avoir beaucoup médité sur les vers pour reconnaître au premier abord, comme je l'ai fait, une affection vermineuse. Quant à l'état du malade, il était des plus graves, et, quand j'ai vu cette respiration orageuse, ce sommeil magnétique, ce pouls presque imperceptible et chevrotant, cette nuance bronzée de la peau, symptôme aussi infaillible que significatif; enfin, ces regards privés de toute sympathie, j'ai jugé que tout était perdu, que la mort allait dévorer une victime de plus!

LA DAME. — Quelle science profonde! quel coup d'œil admirable! et dire que M. Legroux n'a pas su voir tout cela!

LE MONSIEUR. — M. Legroux a vu tout ce qu'il pouvait voir, tout ce que savent ses collègues, ses maîtres, tout ce qu'il a pu apprendre dans les livres qu'il a entre les mains; mais la science a encore des progrès à faire. Un autre *diagnostique* aurait pu éclairer le médecin, et je l'ai fait remarquer à M. Guizart, interne de l'hôpital Beaujon, c'est que la famille de ce pauvre enfant est une famille essentiellement vermineuse. Vous savez avec quelle rapidité foudroyante son jeune frère a été emporté par les vers. Sa mère, dans sa jeunesse, n'a échappé que par miracle à ces voraces carnivores. J'ai assisté à l'autopsie du premier de ces infortunés enfants, et le spectacle que j'ai vu est effrayant seulement à décrire. Figurez-vous, Madame, tous les intestins, depuis leur origine jusqu'à leur terminaison, criblés, c'est le mot, mais criblés par des trous si rapprochés qu'à peine aurait-on pu placer une tête d'épingle sur une portion d'organe échappée à la voracité de ces affreux vampires.

LA DAME. — Juste ciel! J'en frissonne d'horreur!

Vous comprenez si j'étais intrigué; vous l'auriez sans doute été à moins. Quoique je connaisse assez bien mon personnel médical, les traits de ce nouvel Hippocrate, qui parlait avec une voix de Stentor et une physionomie d'inspiré, m'étaient totalement inconnus. Il parlait trop bien français pour qu'il me fût permis de songer à une illustration exotique; et d'ailleurs, il paraissait si bien initié à tous les secrets de la famille qu'il venait de visiter qu'il fallait nécessairement voir dans lui un ami de la maison. Des conjectures raisonnables devenaient plus difficiles encore, lorsque je me demandais comment une famille qui avait pour ami un pareil puits de science pouvait confier la santé de ses enfants à M. Legroux. Mais la suite du dialogue dissipa mes incertitudes, tout en augmentant au delà de ce qui se peut dire mon admiration.

LA DAME, avec anxiété. — Comment, Monsieur, vous pensez qu'en administrant à ce pauvre enfant les remèdes conseillés par l'expérience, on n'aurait pas pu conjurer un si grand malheur? J'ai entendu faire tant d'éloges de l'absinthe, de la mousse de Corse et de la racine de grenadier!

LE MONSIEUR. — Tout cela peut être quelquefois excellent contre les *helminthes*, mais contre les lombrics, Madame, rien ne saurait triompher; une fois parvenus à leur état complet de force et de développement, rien ne saurait leur résister; ils rongeraient des rochers!

LA DAME. — Grand Dieu! Vous m'effrayez pour ma pauvre Marie! Comment pourrai-je donc la préserver des lombrics!

LE MONSIEUR. — Il n'y a qu'un moyen, madame, c'est de rendre l'enfant plus fort que les vers; car, si les vers deviennent plus vigoureux que l'enfant, ils prennent peu à peu le dessus et celui-ci succombe dans la lutte.

LA DAME. — Mais encore quels sont les moyens d'atteindre le but que vous m'indiquez?

LE MONSIEUR. — C'est de faire courir les enfants les pieds et les jambes nus à travers les champs et en plein soleil en été ou par la gelée en hiver; c'est de leur faire manger force ail, force oignons, force poireaux, force poivre et force sel; voyez les jeunes campagnards qui suivent ce régime et ce genre de vie, jamais ils n'ont de lombrics, ou du moins, s'ils en ont, ils en triomphent facilement sans même que leur santé en souffre. Voilà ce que des méditations profondes et une expérience suivie m'ont appris sur ce sujet; tels sont les conseils que je donne à tous ceux de mes amis qui ont des enfants; je suis heureux de vous les donner aussi, Madame, et je vous prie d'y avoir une entière confiance, quoique je ne *sois pas médecin*.

Le savant interlocuteur n'était pas médecin; comprenez-vous mon étonnement, ma stupéfaction, ma sidération en entendant tomber de sa bouche cette révélation inattendue! Un mouvement presque irrésistible s'empara de moi; je faillis m'écrier : Mais si vous n'êtes pas médecin, Monsieur, vous avez le génie de la médecine; il ne vous faut qu'une tribune pour renouveler la face de la science; pour l'amour de l'humanité revenez à une vocation que vous avez manquée et où vous trouverez une gloire qui éclipsera celle d'Hippocrate! Dans l'intérêt sacré de l'humanité, faites-vous médecin!

Ma timidité naturelle me retint; je craignis aussi que mon émotion ne fît expirer mes paroles sur mes lèvres; je restai muet. Mais je me promis de signaler au monde médical ma précieuse découverte, et de recommander à M. Legroux en particulier, qui doit avoir quelques rapports avec un génie qui s'ignore lui-même, le soin de révéler à ce génie toute sa valeur et de le ramener à sa véritable destination.

X...

maintes fois dans le choléra foudroyant. Il est inutile de dire que la deuxième période dont nous parlons actuellement est souvent aussi la première, lorsqu'il n'existe pas de période d'invasion; mais nous n'en conservons pas moins la dénomination de deuxième ou troisième périodes, parce que ces phases se succèdent dans cet ordre numérique lorsque la maladie marche régulièrement.

La deuxième période, ou période d'invasion, est caractérisée par de l'inappétence, du dégoût, de la soif; par un enduit sale de la langue; des nausées, des vomissements de matières bilieuses et bientôt jaune-blanchâtre, grisâtres, blanches même; du météorisme, des éructations, des douleurs abdominales augmentant par la pression, la rétraction du ventre, les borborygmes dans tout l'abdomen, les *selles liquides* abondantes, nombreuses, de matières grises, opaques; par la diminution de la quantité des urines, la présence de l'albumine dans ce fluide. Cette période se signale aussi par une certaine fréquence du pouls (80 pulsations environ), par une oppression, une anxiété plus ou moins grande; de la céphalalgie, des crampes, etc. Elle se distingue de la troisième période par l'absence de la cyanose, du refroidissement; par la persistance du pouls et de la voix, et de la sécrétion urinaire.

3° La troisième période, ou période algide ou asphyxique, est quelquefois la seconde ou même la première. La plus caractéristique de toutes peut elle-même ne pas exister du tout. Nous avons vu un grand nombre de cholériques passer de la deuxième à la quatrième période sans offrir la plus légère trace d'algidité, de cyanose, etc. Ce n'est que dans les cas graves, malheureusement trop fréquents, que la période algide se fait remarquer.

La troisième période est le degré le plus élevé de la maladie. Elle offre alors la plus terrible image. C'est cette période qui caractérise, sans aucune espèce de contestation, l'affreuse maladie dont nous parlons :

Face livide, bleue, brune, noire; lobe du nez glacial; yeux vitreux, enfoncés dans des orbites caves; pommettes saillantes; oreilles parcheminées et froides; extrémités marbrées, à 18° centigrades; peau sans contractilité; langue livide, haleine froide; régurgitations incessantes; dévoiement involontaire; suppression des urines; insensibilité complète du pouls; voix expirante; céphalalgie; crampes; contractures; tétanos même, etc. Tels sont les symptômes qui caractérisent cette dangereuse période; dangereuse, en effet, car les malades expirent souvent pendant sa durée. La mort est tellement empreinte sur les traits des malades dans cette période, qu'un médecin a pu se servir de cette expression pittoresque qu'ils étaient *cadavérisés*. Nous n'entrerons ici dans aucun détail circonstancié sur chacun de ces symptômes, convaincu que nous sommes que ces traits succincts suffisent pour peindre cette période.

4° Nous désignons la période suivante sous le nom de période de réaction.

Cette quatrième période offre d'assez nombreuses variétés. Elle peut être inflammatoire; elle peut n'être qu'un retour insensible à l'état naturel; elle peut être complète, incomplète, lente ou rapide, etc.

Nous disons qu'elle est inflammatoire lorsque la peau devient rouge, chaude, se couvre de sueur; lorsque la langue devient rouge, sèche, la soif vive, souvent inextinguible; d'ailleurs le vomissement cesse, ainsi que la diarrhée.

Le pouls s'élève; il devient fort, résistant, et bat jusqu'à plus de 100 pulsations à la minute; la respiration s'accélère; l'haleine est chaude. L'urine reparaît; l'albumine diminue; un simple nuage blanchâtre apparaît par l'acide nitrique ou par la chaleur. Les phénomènes nerveux diminuent ou même disparaissent; mais, chose singulière! c'est souvent le contraire, et l'on voit des malades qui n'avaient pas eu de crampes ou de spasmes dans les périodes précédentes, en présenter dans celle-ci, et même, chose plus extraordinaire encore! dans la convalescence. Cette forme de réaction n'est pas la plus favorable, tant s'en faut, et nous avons vu souvent, dans le commencement de l'épidémie, les malades succomber dans cette période.

La forme la plus heureuse de réaction est le retour presque insensible à l'état naturel. La couleur livide est remplacée par une injection encore passive de la peau; mais la rougeur un peu uniforme du visage disparaît facilement sous la pression du doigt pour revenir ensuite, et ne tarde pas à faire place elle-même à la couleur normale.

La peau est médiocrement chaude et sans sueur.

Le pouls ne bat que 60 à 80 fois par minute; la soif est modérée; les vomissements cessent, ainsi que les douleurs abdominales et le dévoiement; il existe à peine quelques gaz dans l'abdomen.

Les urines reparaissent, et contiennent à peine de l'albumine. La respiration n'est plus gênée; l'air expiré contient moins d'oxygène et plus d'acide carbonique.

La céphalalgie disparaît, ainsi que tous les autres symptômes nerveux.

Ce retour à l'état normal des organes et de leurs fonctions se fait quelquefois fort lentement; mais dans quelques circonstances, la rapidité de ce retour est vraiment prodigieuse. Vous avez vu des malades venir, dans la période algide la plus prononcée, demander à manger le lendemain de leur admission dans nos salles, et guérir complètement en peu de jours.

Il s'en faut cependant que les choses se passent toujours ainsi. Il y a des évacuations incomplètes; c'est-à-dire qu'après la cessation de la période algide, un grand nombre des symptômes du choléra persistent avec opiniâtreté, ont de la peine à disparaître, et menacent incessamment le malade de la mort.

Chez les uns, la peau reste cuivrée, la circulation capillaire ne reprend pas d'activité; chez les autres, les vomissements persistent ou le dévoiement; chez quelques-uns, l'anxiété précordiale, les crampes, etc. Enfin, des phénomènes adynamiques, ataxiques, typhoïdes surviennent dans cette période, ainsi qu'une multitude de complications dont nous parlerons plus tard. On voit souvent les malades périr dans la période de réaction insuffisante.

5° La cinquième période, qui n'est autre que le retour à la santé, présente la réapparition successive de l'état naturel. Il est vraiment remarquable de voir les yeux sortir de leurs cavités, l'embonpoint, qui avait disparu sous la pression du froid, et par les nombreuses évacuations, reparaître; la langue se nettoyer, l'appétit se faire sentir impérieusement, la soif cesser complètement, les vomissements et les selles disparaître, les urines redevenir abondantes et non albumineuses, le sommeil réparer les forces, et les phénomènes nerveux s'évanouir.

Telles sont les phases que parcourt le choléra. Dans une prochaine leçon, nous exposerons les diverses formes qu'il peut revêtir.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert.

Quelques considérations sur le cancer des lèvres.

M. Jobert, dont le service a repris aujourd'hui un aspect complétement chirurgical, et qui offre en ce moment plusieurs malades dignes de toute l'attention des praticiens, a appelé spécialement celle des élèves, dans une de ses dernières leçons, qu'il fait chaque matin au lit même des malades, sur un homme affecté d'une ulcération cancéreuse de la lèvre inférieure.

Obs. — Cet homme, âgé de quarante-sept ans, menuisier, est entré dans le service le 27 juin dernier. Il est d'une excellente constitution, et n'a jamais eu d'autre affection syphilitique qu'un léger écoulement, qui se dissipa en quelques jours il y a vingt ans. Il n'a jamais gardé le lit pour cause de maladie, et en ce moment encore toutes ses fonctions s'accomplissent parfaitement bien.

L'origine de la maladie dont il est atteint remonte à dix mois. Cette affection aurait commencé par un petit bouton, auquel le malade ne fit d'abord presque aucune attention; bientôt ce bouton se recouvrit d'une croûte dont l'ablation mit à nu une ulcération; plusieurs se formèrent et furent successivement enlevées avant que le malade n'éprouvât de véritables souffrances. Mais après quelques mois l'ulcération étant notablement agrandie, les tissus qui l'environnaient se tuméfièrent et s'endurcirent, et en même temps se manifestèrent des douleurs par élancements, revenant plus spécialement vers le soir. Le malade consulta alors; plusieurs cautérisations avec le nitrate d'argent furent pratiquées par un honorable praticien de la ville; plusieurs topiques furent appliqués sans que la marche croissante de la maladie fût en rien influencée. Les topiques gras, au dire du malade, paraissaient même lui donner une fâcheuse activité.

Il y a deux mois, le malade consulta un médecin de l'hôpital Saint-Louis, qui prescrivit un traitement anti-syphilitique (d'après les détails fournis par le malade, ce traitement consistait en liqueur de Van Swiéten). Ce traitement ne fut suivi que pendant quatre jours, le malade ayant, dit-il, éprouvé des maux d'estomac très prononcés et un grand malaise après chaque prise du médicament. Il y renonça d'ailleurs d'autant plus volontiers que son médecin était comme lui-même persuadé qu'il n'y avait rien de syphilitique dans sa maladie.

Après cette tentative de traitement, la maladie a continué à suivre une marche progressive, et elle se présente aujourd'hui avec les caractères suivants :

Une ulcération à bords nettement limités, à surface grisâtre, presque constamment desséchée, occupe presque toute la partie gauche de la lèvre inférieure. Cette ulcération n'a détruit qu'une faible portion de tissus; elle ne descend sur la face antérieure que de 6 à 7 millimètres, et sur la face postérieure ou interne l'ulcération est presque complètement limitée au bord labial.

Les tissus environnant l'ulcération sont assez fortement tuméfiés et indurés. Cette tuméfaction rejette la lèvre en avant, rend difficile l'articulation des mots, ainsi que la préhension des aliments; celle-ci est de plus douloureuse. L'induration est d'ailleurs bornée à la lèvre; elle ne s'étend en aucune façon au tissu correspondant des gencives, où les douleurs éprouvées par le malade semblent au contraire s'étendre surtout depuis quelque temps. Ces douleurs sont habituellement très modérées; par moments seulement, particulièrement vers le soir, elles se manifestent sous forme d'élancements, comme si la lèvre était traversée en divers sens par des aiguilles très fines. Rarement ces douleurs se manifestent pendant la nuit; aussi le sommeil du malade n'est-il presque jamais troublé; ses fonctions digestives sont en bon état.

Que devons-nous tenter contre cette maladie, dit M. Jobert?

Les caractères qu'elle nous présente ne paraissent pas laisser de doutes sur sa nature cancéreuse; il ne faut donc pas compter sur à l'efficacité des moyens résolutifs, quels qu'ils soient; vous savez que rien n'est aujourd'hui mieux démontré que l'absolue inutilité de tous ces médicaments qu'on a employés dans ce but jusqu'à ce jour. C'est donc à des moyens destructifs qu'il faut avoir recours, et cela d'autant mieux que, de tous les cancers, le cancer des lèvres est celui qui récidive le moins souvent, et dans lequel par conséquent les moyens destructifs locaux sont le mieux indiqués.

Il y a quelques années, un moyen fort ingénieux avait été proposé, d'après des vues théoriques, pour détruire les cancers; ce moyen consistait à empêcher l'abord du sang dans le tissu morbide en liant toutes les artères qui s'y rendent.

Les lèvres, par la disposition des vaisseaux qui s'y rendent, étaient certainement une des régions qui se prêtaient le mieux à l'application de la nouvelle méthode. Je tentai donc cette application. Sous l'influence de la ligature des vaisseaux artériels, je vis d'abord la tumeur se flétrir, l'ulcération prendre un bon aspect, la tuméfaction environnante disparaître presque entièrement. Cette amélioration persista quelquefois pendant plusieurs semaines; mais, finalement, la maladie reprit son cours, et marcha sans interruption vers une terminaison fâcheuse.

Après avoir échoué par la ligature des artères, guidé par les opinions de M. Cruveilhier, qui plaçait dans les veines le suc dont le dépôt forme les tumeurs cancéreuses, je voulus m'assurer si je ne serais pas plus heureux en liant les vaisseaux veineux : j'obtins à peu près les mêmes résultats que par la ligature des artères, résultats moins prononcés toutefois, et je renonçai encore à cette méthode thérapeutique.

Enfin, autant au moins pour ne pas laisser incomplète cette série de tentatives que dans l'espoir d'obtenir un meilleur résultat que les précédents, je résolus de pratiquer la ligature de tous les filets nerveux se rendant à la tumeur qu'il me serait possible de saisir. Dans ce cas encore, j'obtins dans l'état local une modification analogue à celle qui s'était manifestée à la suite de la ligature des vaisseaux, mais moins prononcée et moins durable encore.

Je renonçai dès lors à toute espèce de ligature comme moyen curatif du cancer, et je dus revenir à des moyens destructifs directs. Pour les cas analogues à celui que nous avons sous les yeux, ces moyens se bornent à la cautérisation et à l'ablation par l'instrument tranchant. Lorsque la maladie siége sur des parties aussi accessibles à la main du chirurgien, lorsque la dégénérescence est aussi bien limitée que chez notre malade, on ne saurait hésiter entre ces deux moyens : l'instrument tranchant a une supériorité incontestable sur la cautérisation. C'est donc à lui que nous aurons recours. Il faudra sur notre malade enlever presque la moitié de la lèvre inférieure; mais malgré l'étendue de cette perte de substance, la mobilité des tissus de la région faciale permettra de rapprocher les deux bords de la plaie par première intention, et la réunion pourra s'opérer sans trop de difformité. Que si cette réunion paraissait trop difficile et la perte de substance trop grande, il nous serait facile de combler celle-ci par un de ces procédés autoplastiques qui réussissent si bien sur la face.

Ainsi qu'il l'avait annoncé, M. Jobert pratiqua, le lendemain 7 juillet, l'ablation de la portion de la lèvre dégénérée, à l'aide d'une incision en V à angle inférieur; le lambeau ainsi formé comprenait toutes les parties indurées; malgré l'étendue de cette perte de substance, la réunion immédiate put être faite avec facilité, et elle réussit tellement bien, que la cicatrisation était complète le quatrième jour, et que le malade sortit ce même jour.

HOPITAUX DE LYON.

Du chloroforme, de ses applications pratiques et de ses dangers;

Par M. MALICHEC, interne des hôpitaux de Lyon.

(Suite et fin du n° précédent.)

Mode d'action du chloroforme.

Pour le chloroforme, comme pour bien des agents thérapeutiques de la matière médicale, il faut distinguer l'action physiologique de l'action pathologique. Dans le premier cas, les vapeurs chloroformiques, respirées avec une proportion suffisante d'air, sont absorbées, portées dans le torrent de la circulation, pour aller agir d'une manière spéciale sur tout le système nerveux, qui nous met en rapport avec le monde extérieur. La vie animale paraît éteinte, la vie organique persiste avec la respiration et la circulation; celles-ci peuvent être accélérées ou légèrement ralenties sans danger. Là s'arrête l'action physiologique du chloroforme. Si on dépasse cette limite, la vie est menacée dans ce qu'elle a de plus essentiel pour se maintenir; l'exagération de l'action physiologique compromet sérieusement la vie. Nous avons la conviction que le sommeil produit par une grande quantité de chloroforme peut être poussé trop loin, chez certains sujets que l'on chloroformise de manière à amener, par la stupeur trop forte du cerveau, une sédation profonde dans le jeu des poumons et du cœur, et la mort insensiblement par l'extinction de leurs fonctions, comme il arrive dans une syncope très grave, qui devient mortelle. Mais ici la mort ne sera pas aussi brusque que dans le cas d'asphyxie; la respiration devient, par degrés, plus lente et moins pleine; on voit s'éteindre en même temps les contractions du cœur. En pareil cas, il n'y a pas de réaction suffisante pour faire rentrer ces organes dans l'exercice normal de leurs fonctions, la vie s'éteint. Le chloroforme agit ici comme un véritable toxique stupéfiant, comme l'opium, les alcooliques forts pris en trop grand quantité et en une seule dose.

Pour nous, il est à peu près certain que le cas de mort survenu à Westminster, le 17 février dernier, à l'occasion de l'emploi du chloroforme, ne peut pas avoir d'autre cause. C'est le centre nerveux qui est primitivement frappé de mort. On peut juger de la congestion du cerveau par la turgescence et quelquefois l'aspect violacé de la face. A l'autopsie, que trouve-t-on? Tout le système veineux cérébral congestionné;

on trouvera également un engorgement des poumons et d'autres viscères, mais consécutifs à celui du centre nerveux.

Le plus souvent la mort arrive par asphyxie; celle-ci peut avoir lieu dans la première comme dans la seconde période de la chloroformisation, avant ou après l'extinction de la sensibilité ou de la vie animale. Dans les deux cas, c'est qu'on fait respirer trop vite de fortes doses de vapeurs chloroformiques mélangées avec une proportion d'air beaucoup trop faible pour que la respiration puisse s'exécuter convenablement. Il y a donc alors asphyxie par défaut d'air. Il est plus que probable que l'action anesthésique du chloroforme est une circonstance qui favorise cette asphyxie. Les personnes qui ont pris des bains de vapeur dans les établissements *ad hoc* peuvent se faire en quelque sorte une idée de ce genre d'asphyxie. Quand les vapeurs aqueuses se trouvent en trop grande proportion dans leur mélange avec l'air, le malaise qu'on éprouve dans ces bains peut aller jusqu'à amener l'asphyxie, surtout chez les sujets dont la perturbation des organes respiratoires arrive si facilement. Avant comme après l'extinction de la sensibilité à la suite d'inhalations chloroformiques, la mort par asphyxie peut être très prompte. Dans ce premier cas, la vie animale persistant encore, il y a tous les prodromes de la mort par asphyxie; quand la sensibilité est éteinte, évidemment la mort, encore très prompte, surviendra sans ces prodromes. Mais dans ce dernier cas cet accident ne peut avoir lieu que lorsque l'agent anesthésique sera employé par des mains inhabiles. En effet, quand l'extinction de la sensibilité est obtenue, pour peu que l'on ait l'usage du chloroforme, on comprend qu'il importe de suspendre, ou tout au moins de modérer les inhalations chloroformiques.

Dans l'emploi du chloroforme comme agent anesthésiant, il y a un accident, rare il est vrai, qui peut arriver: c'est la syncope. Elle peut survenir pendant et souvent après le sommeil chloroformique. Dans ces circonstances elle est toujours assez grave, parce que l'organisme se trouve ici dans des conditions défavorables pour pouvoir réagir et rétablir le rhythme dans les fonctions vitales. C'est là le cas de la malade de M. Roux et de l'élève en pharmacie opéré par M. Laugier, chez lequel cependant la syncope ne fut pas définitivement mortelle. Le malade de M. Bouchardat, après l'opération, eut deux syncopes à deux reprises différentes, et succomba à la dernière une heure et demie après avoir été opéré; mais il était très faible; il avait perdu beaucoup de sang. L'opération fut longue. Le chloroforme a-t-il ou non aggravé la syncope?

Quelques mots sur l'asphyxie et la syncope en général ne seront pas sans quelque importance sur la question qui nous occupe.

On définit l'asphyxie: la suspension *primitive* des phénomènes de la respiration ou de l'hématose capable d'entraîner celle de toutes les fonctions, et par suite la mort.

La syncope est le ralentissement ou la suspension *primitive* plus ou moins complète des contractions du cœur, et secondairement des phénomènes de la respiration.

Dans la syncope ordinaire non suivie de mort, quelque intense qu'elle soit, il est impossible de bien établir qu'il y a suppression complète de la circulation et de la respiration. Dans les cas rares de syncope suivie de mort, il arrive un moment où il y a suppression complète de la circulation et par suite de toutes les autres fonctions: les individus tombent sans manifester le moindre mouvement, sans lutte pour ressaisir la vie. Les asphyxiés, au contraire, avant que la vie soit complètement éteinte, sont en proie à des angoisses terribles, à des mouvements désordonnés, à des convulsions de tout le corps, avec teinte violacée de la face, derniers efforts d'une lutte contre la mort qui les frappe. Chez la plupart des sujets qui ont succombé pendant les inhalations chloroformiques, on a pu observer ces symptômes qui accompagnent les derniers instants de la vie. Si, à la suite de ces inhalations chloroformiques, la mort résultait d'une syncope, que celle-ci fût prompte ou lente, il y aurait dans les deux cas extinction de la vie sans prodromes, sans mouvements, sans convulsions, comme cela s'observe dans les syncopes ordinaires graves qui deviennent mortelles.

Les adversaires du chloroforme ne veulent pas admettre que l'asphyxie soit la cause des accidents malheureux que l'on a observés; que, d'après leur manière de voir, il y aurait un véritable empoisonnement. Est-ce à cause de la rapidité avec laquelle ils se produisent? On peut leur citer dans la science des exemples de morts subites dues à d'autres genres d'asphyxies, brusques, foudroyantes. M. Le Roy-d'Etiolles (sur les secours à donner aux noyés et aux asphyxiés) rapporte qu'en plaisantant avec sa maîtresse un jeune homme s'avisa de lui souffler brusquement dans la bouche après lui avoir pincé le nez; il s'ensuivit un sentiment de suffocation immédiate qui effraya singulièrement les auteurs de cette scène. M. Albert (Annales de Henke) cite le cas suivant: Un jeune homme, en insufflant de l'air dans la bouche de sa sœur, faiblement constituée, s'y prit avec si peu de ménagement qu'elle faillit y succomber; tombée à terre, sans respiration, on eut beaucoup de peine à la rappeler à la vie, et, pendant plusieurs jours, elle éprouva de la difficulté à respirer. Dans le travail de M. Collard de Martigny (p. 216), on trouve un cas d'asphyxie foudroyante produite par les vapeurs qui résultent de la fermentation alcoolique. « Un vigneron vigoureux et jusque-là bien portant s'asphyxie en refoulant une cuve de raisins; tout à coup sa figure, légèrement tuméfiée, est très rouge, les yeux sont humides et étincelants; la respiration paraît suspendue entièrement, mais une glace présentée sous le nez se trouve légèrement ternie; l'action du cœur et du pouls est insensible. A force de soins, on le croit un moment sauvé, mais il succombe aux accidents secondaires de l'asphyxie. » Le gaz non respirable était l'acide carbonique.

Pour ce dernier cas, comme pour ce qui a rapport au chloroforme, on peut objecter qu'il y a plutôt empoisonnement qu'asphyxie, puisqu'il y a là des corps gazeux non-seulement impropres à la respiration par défaut d'air, mais encore délétères. Mais l'objection n'est pas solide: en effet, on peut impunément respirer une quantité dix fois plus forte de ces gaz que dans les cas qui ont été suivis d'accidents, pourvu que leur mélange avec l'air respirable soit dans des proportions convenables. L'air dans lequel nous vivons tous ne contient-il pas une proportion sensible d'acide carbonique? Ne respirons-nous pas de grandes quantités de ce gaz délétère dans 24 heures seulement sans cependant être empoisonnés ou asphyxiés? Ne pourrions-nous pas impunément respirer toute une journée dans une atmosphère d'air qui contiendrait une certaine proportion de vapeurs de chloroforme? Mais augmentez de beaucoup la proportion de ces gaz, et vous verrez survenir la mort ou tout au moins des accidents graves, moins par suite de leur action délétère que par défaut d'air.

Avec le chloroforme, la mort ne peut rationnellement avoir lieu que par une ou plusieurs inspirations brusques des vapeurs anesthésiques, et par l'absence d'une proportion convenable d'air respirable nécessaire pour entretenir l'hématose. Il y a en pareil cas suspension de cette fonction, qui, d'après les théories de Kaller et plus récemment de James-Philipps Kay sur l'asphyxie, entraîne brusquement un arrêt dans la circulation pulmonaire et immédiatement celle de la circulation générale; c'est ce qui arrive du moins dans les asphyxies brusques. Lorsque la respiration est complètement suspendue, on peut affirmer qu'il y a arrêt dans la circulation et partant dans les contractions du cœur. Nous croyons qu'il n'y a qu'un genre d'asphyxie dans lequel la circulation persiste encore assez longtemps, c'est dans l'asphyxie des nouveau-nés. Dernièrement encore, nous avons eu l'occasion de constater les pulsations du cœur et du cordon ombilical pendant sept à huit minutes, quand il n'y avait aucun signe de respiration, chez un enfant qui venait de naître; l'accouchement s'était fait par la présentation des pieds. Il y a là même une preuve puissante pour appuyer la théorie de James-Philipps Kay et infirmer celle de Bichat sur l'asphyxie. Chez l'adulte, on ne peut pas comprendre physiologiquement qu'après la suspension complète de la respiration les battements du cœur puissent se faire sentir encore quelques secondes. On peut reconnaître deux causes dans l'asphyxie par le chloroforme: la première, parce qu'il se substitue en grande partie au gaz respirable normal; la seconde, parce que, étant absorbé, il agit sur la composition intime du sang de telle manière que les individus qui le respirent sont par cela même dans une disposition favorable à la production de l'asphyxie. Ajoutez à cela les susceptibilités particulières des organes de la respiration.

De tout ce qui vient d'être dit relativement à l'action du chloroforme, nous arrivons à cette conclusion que le chloroforme dans certaines circonstances peut amener la mort:

1° Par asphyxie;

2° Par la stupeur trop forte des centres nerveux et la sédation profonde des fonctions vitales, la respiration et la circulation;

3° Par la syncope pouvant survenir pendant ou après le sommeil chloroformique.

Règles à suivre dans l'emploi du chloroforme comme moyen anesthésique.

Ces règles peuvent se rattacher à trois chefs: 1° à l'individu soumis à l'opération, 2° au genre d'appareil qu'on emploie, 3° à l'opérateur.

1. Pour le sujet soumis à l'opération, il faut qu'il soit à jeun ou que la digestion du dernier repas soit terminée. C'est surtout pour les enfants que ce précepte est de rigueur. Il doit avoir à l'égard de l'opérateur une confiance entière, éloigner toute idée de crainte, de frayeur, être rassuré sur l'issue de l'opération; le calme et l'assurance sont des circonstances très favorables. Rien au contraire de plus à craindre que les mauvaises dispositions morales des individus au moment où on les veut chloroformiser. Si réellement la syncope a été la cause de la mort d'Hannah Greener, cette syncope ne paraît-elle pas avoir été déterminée par la frayeur de cette jeune fille avant l'opération? Il faut que les organes de la respiration et de la circulation soient libres, à l'état physiologique. Le sujet, autant que possible, doit être placé dans la position horizontale, la tête un peu élevée; position la plus commode et la plus favorable au sommeil. Le tronc et le cou doivent être débarrassés de toute espèce de lien qui porterait la moindre gêne à l'exercice de la respiration. Le milieu dans lequel il est placé doit contenir une quantité d'air suffisante et susceptible d'être renouvelée. Voilà quelques précautions qui sont relatives aux individus que l'on soumet à l'inhalation des vapeurs anesthésiques.

2. Les appareils inventés pour chloroformiser ont varié, comme ceux employés pour l'éthérisation. Le premier moyen, celui que l'auteur de la découverte de l'action anesthésique du chloroforme, M. Simpson, mit d'abord en usage et adopta définitivement, consiste en une petite éponge, sur laquelle on verse plusieurs gouttes de liquide chloroformique, et qu'on place à quelques centimètres du nez et de la bouche. Cet appareil, très commode, se recommande par sa simplicité; mais on peut lui reprocher un inconvénient, c'est celui de ne pas permettre d'apprécier rigoureusement la quantité de chloroforme que l'on a versée sur l'éponge, qui l'absorbe si facilement; de plus, il s'en perd une grande partie par l'évaporation.

Un autre appareil encore plus simple consiste à prendre un morceau de linge à trame un peu claire pour laisser facilement tamiser l'air. On le place convenablement sur le visage audevant des orifices des voies respiratoires, c'est-à-dire au-devant du nez et de la bouche; on verse du chloroforme goutte à goutte sur le linge. Il faut toujours éviter d'en verser trop à la fois, et surtout au commencement de l'opération, pour que la sensibilité des bronches puisse s'y habituer. A ce moyen simple et que l'on peut avoir toujours et partout, il y a deux petits inconvénients à lui reprocher; le premier, c'est de laisser perdre une assez grande quantité de chloroforme; le second, c'est de ne pas permettre à l'opérateur, si le linge recouvre tout le visage, de surveiller tout le jeu de la physionomie; car à l'expression des traits de la face on peut apprécier l'état de l'opéré, s'il y a malaise ou souffrance des organes internes, surtout de ceux de l'hématose et de la circulation.

Les autres appareils, bien plus compliqués, comme celui de M. Charrière, qui au premier abord paraissaient bien disposés pour conduire l'opération convenablement et d'une manière rigoureuse, sont au contraire défectueux, en ce sens que, lorsqu'on les a appliqués sur les voies respiratoires, la respiration en paraît gênée. De plus, on n'est pas toujours sûr de l'arrivée jusqu'aux poumons de la quantité suffisante d'air quand elle doit passer à travers l'appareil, à travers un système de soupapes, quelque bien confectionné qu'il soit.

3. Quant à l'opérateur, il faut qu'il ait au moins un aide intelligent chargé de la direction de l'appareil, de verser, si on se sert du linge, goutte à goutte du liquide anesthésique; il surveille en même temps l'état du pouls et de la respiration. Dès le début, il faut faire que, dans les premières inspirations, l'air respiré contienne peu de vapeurs chloroformiques, pour sonder la susceptibilité individuelle et ne pas causer une perturbation brusque dans les fonctions de l'hématose; il faut que la sensibilité des voies respiratoires s'habitue au contact du nouveau corps gazeux, et se rappeler que la quantité d'air nécessaire à chaque inspiration à l'état normal doit, dans l'opération, diminuer en proportion inverse de la vapeur chloroformique que l'on inspire; il est donc bien nécessaire de ménager aux organes respiratoires l'accès d'une quantité d'air suffisante pour entretenir l'hématose. L'opérateur doit lui-même surveiller incessamment le sujet soumis à l'opération; son attention, comme celle de son aide, doit se fixer d'une manière particulière sur le jeu libre de la respiration et de la circulation. C'est ici surtout qu'il faut se rappeler cet axiome: *Vivre c'est respirer.* Quand les mouvements d'inspiration et d'expiration ne sont pas assez appréciables à l'œil nu ou au toucher, qu'on surveille l'état du pouls ou des contractions du cœur; car celles-ci ne peuvent exister, comme nous l'avons dit plus haut en parlant de l'asphyxie, si la respiration vient à être suspendue; si le sujet soumis aux inhalations chloroformiques vient à éprouver du malaise exprimé par l'anxiété, l'état de la face, par des efforts, des mouvements convulsifs même ou autres signes, il importe vite de suspendre ou tout au moins de modérer les inhalations de la vapeur anesthésique. Nous avons la conviction que c'est en pareil cas que sont survenus rapidement la plupart des accidents, parce qu'on aura persisté à faire respirer le chloroforme, à augmenter même la dose, en pensant qu'il n'y avait là qu'une période d'excitation, comme tout le monde le disait pour l'emploi de l'éther.

D'après un grand nombre d'expériences et l'observation des faits, il est certain que le chloroforme et l'éther agissent sur la composition intime du sang d'une manière passagère au moins, mais que l'action du premier est beaucoup plus forte et plus prompte que celle du second; l'énergie supérieure du chloroforme demande donc beaucoup plus de prudence et une surveillance bien plus active, quand on veut l'employer comme moyen anesthésique. Lorsque le sommeil et le degré d'insensibilité désiré sont obtenus, on cesse de verser du chloroforme, ou on ne verse que la quantité suffisante pour entretenir ce degré d'insensibilité. Aussitôt que le but de l'opération est atteint, il faut enlever l'appareil de devant les orifices des voies respiratoires. Le malade, une fois pansé, est rapporté dans son lit, où il est placé convenablement, la tête assez élevée. Le plus souvent il reste encore plongé dans le sommeil chloroformique; il y reste d'autant plus qu'il a respiré une plus grande quantité de chloroforme, que les suites de l'opération sont peu douloureuses, et qu'enfin la maladie pour laquelle il a été chloroformisé le privait plus ou moins du sommeil qui lui était nécessaire. Après un laps de temps plus ou moins long, depuis quelques minutes jusqu'à une heure, plus ou moins, il se réveille, les sens reprennent leur empire; au lieu d'être abattue ou fatiguée, sa figure paraît jouir du calme le plus parfait. Pendant plusieurs heures encore, l'air expiré des poumons entraîne du chloroforme au dehors, et tout rentre dans l'état normal. Dans quelques cas rares, au sommeil chloroformique succède une céphalalgie plus ou moins intense qui dure plusieurs heures, mais elle est sans gravité.

Nous avons établi plus haut que, pendant la chloroformisation, l'opérateur devait s'entourer de toutes les précautions et des soins nécessaires pour se mettre à l'abri des accidents; il faut encore qu'il connaisse les moyens de les combattre si, contre son attente, ils venaient à se produire.

Ces accidents fâcheux, qui peuvent, ainsi que nous l'avons dit, entraîner promptement la mort, sont l'asphyxie, la sédation profonde des centres nerveux et la syncope; nous avons fait sentir que celle-ci était aggravée par les inhalations chloroformiques, bien qu'elle en soit indépendante. Dans tous les cas, que la vie soit menacée de s'éteindre par l'atteinte grave des poumons, du cerveau ou du cœur, il faut toujours s'attacher à rétablir l'exercice normal de la respiration et de la circulation; car, encore un coup, *vivre c'est respirer.*

Nous allons faire l'énumération simple et rapide de quelques moyens propres à atteindre ce double but.

1° On aura à sa disposition un petit flacon d'ammoniaque concentrée qu'on rapprochera des narines du malade; les vapeurs, en irritant la muqueuse nasale, peuvent faire renaître les mouvements respiratoires.

2° Des liqueurs aromatiques fortes, l'eau de Cologne et autres, peuvent être utilisées dans le même sens.

3° L'irritation de l'ouverture des fosses nasales à l'aide des barbes d'une plume peut être mise en usage; la titillation de la luette est encore utile.

4° Les affusions froides, mais pratiquées seulement sur la figure, sont, comme dans la syncope ordinaire, un moyen perturbateur et excitant du système nerveux très utile.

5° Les frictions excitantes, humides ou sèches, que l'on fait sur la région précordiale, les parois thoraciques, la partie interne des cuisses et des bras, sont très fréquemment employées et avec quelque succès dans les asphyxies en général. Plusieurs personnes peuvent les pratiquer à la fois.

6° Des pressions exercées sur la poitrine et l'abdomen de

manière à simuler le resserrement et l'ampliation de la cavité thoracique qui ont lieu dans l'acte de la respiration sont un moyen d'une grande efficacité dans toutes les asphyxies.

7° L'aspiration et l'insuflation pulmonaire pratiquées sagement peuvent être très utiles dans certains cas pour faire renaître les mouvements respiratoires. Il y a quelque temps, nous avons eu l'occasion d'observer à l'hospice de la Charité de Lyon, salle des enfants, un cas d'asphyxie complète chez une petite fille pendant l'opération de la trachéotomie; il n'y avait plus signe de vie, quand tout à coup le chirurgien pratiqua l'insuflation par la sonde trachéale qu'il venait de placer et rappela l'enfant à la vie.

Voilà quelques moyens simples et faciles à appliquer dans les accidents qui peuvent survenir à l'occasion de l'emploi du chloroforme employé comme agent anesthésique général. Puisse ces accidents ne plus se reproduire ou la science trouver les moyens sûrs de les prévenir!

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 4 juillet 1849. — Présidence de M. CULLERIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LARREY demande la parole à propos du procès-verbal et au sujet de la communication de M. Maisonneuve sur un cas de calcul salivaire développé dans le canal de Warthon, pour rappeler à la Société une thèse remarquable soutenue à Strasbourg il y a quelques années par un chirurgien militaire, M. Bertrand.

M. Bertrand a effectivement traité avec le plus grand soin toutes les tumeurs sublinguales, et a passé en revue tous les faits qui peuvent différencier les affections du canal de Warthon des simples tumeurs enkystées. M. Bertrand divise les tumeurs sublinguales en cinq catégories.

Celles qui dépendent :

1° De la muqueuse;
2° Du tissu sous-muqueux;
3° Des vaisseaux;
4° De la glande sublinguale;
5° Du canal de Warthon.

M. CHASSAIGNAC rappelle aussi qu'un chirurgien allemand, M. Fleichman, a décrit depuis longtemps plusieurs variétés de bourses muqueuses sublinguales.

M. LENOIR annonce à la Société qu'il a dans son service un homme qui porte une tumeur sublinguale, et qu'il se propose d'opérer. M. Lenoir tiendra la Société au courant de cette opération.

La Société procède au renouvellement de son bureau.

Président........ M. Deguise père.
Vice-président.... M. Danyau.
Secrétaire....... M. Larrey.
Vice-secrétaire... M. Deguise fils.
Trésorier........ M. Marjolin.

Le comité de publication est composé ainsi qu'il suit :

M. Cullerier;
M. Chassaignac;
M. Gosselin.

Une commission composée de cinq membres : MM. Deguise fils, Michon, Robert, Gosselin et Deguise père, est chargée d'examiner les comptes du trésorier.

— M. CHASSAIGNAC a la parole pour une communication :

Messieurs, en prenant le service de M. Nélaton à l'hôpital Saint-Antoine, j'ai trouvé un malade qui portait au niveau de l'aine une tumeur réductible en partie, ou plutôt qui était affecté de deux tumeurs, l'une rentrant en totalité dans l'abdomen, l'autre occupant le trajet du cordon et restant au-dessus du testicule. M. Nélaton avait déjà remarqué que cette seconde tumeur grossissait lorsque le malade restait debout, et il en avait conclu qu'il pouvait bien exister quelque communication entre cette tumeur et la cavité abdominale. Cette considération l'avait empêché de tenter une opération.

Je m'occupai d'abord de rechercher si la tumeur était transparente, et j'acquis la conviction qu'elle l'était en me plaçant dans une obscurité absolue, et en me servant d'un stéthoscope en guise de lorgnette. Je fis ensuite une ponction exploratrice qui donna issue à un liquide d'une limpidité parfaite. Résolu à employer une injection iodée, je voulus néanmoins, pour plus de précautions, faire précéder cette injection iodée d'une injection simplement aqueuse. En cas de communication avec l'abdomen, je voulais me garantir de tout accident. La tumeur ayant été vidée, je la remplis avec de l'eau pure, et je vis, à ma grande satisfaction, cette eau, après avoir rempli la poche, ressortir en entier. Je ne pouvais plus avoir de doute sur la possibilité d'une communication avec le péritoine, et je poussai une injection avec la teinture d'iode.

Le kyste se trouvait tout entier sous la hernie. J'ajouterai, à ce propos, qu'il n'est pas indifférent, dans les cas de hernie et de tumeur du cordon, de connaître la position exacte de la tumeur. On s'en assure facilement en faisant monter et descendre plusieurs fois la hernie pour voir si elle passe en avant ou en arrière de la tumeur.

M. ROBERT. La transparence de la tumeur recherchée avec tant de soin par M. Chassaignac ne pouvait amener aucun résultat démonstratif au point de vue d'une communication avec l'abdomen. Quant à l'injection préalable d'eau pure indiquée par M. Chassaignac comme une excellente précaution dans le cas d'une communication, je pense, moi, qu'elle pouvait avoir les plus graves inconvénients et qu'elle eût pu amener la mort si cette communication eût existé. Il est un moyen bien plus innocent et dans lequel j'aurais eu plus de confiance; il me semble, par exemple, qu'une pression modérée, mais continue, aurait, sinon fait disparaître la tumeur, l'aurait du moins rendue plus flasque si son liquide se fût échappé dans l'abdomen.

M. MARJOLIN. J'ai eu l'occasion de parler d'un fait qui offrait la plus grande ressemblance avec celui rapporté par M. Chassaignac; comme M. Chassaignac, j'ai pu constater la transparence du liquide. La pression méthodique conseillée par M. Robert pour arriver à un diagnostic a certainement son utilité; mais je prévois certains cas où elle échouera infailliblement. Ainsi, lorsqu'il existera un trajet sinueux entre la tumeur et le péritoine, comme cela arrive avec certains sacs herniaires en partie oblitérés, la pression qu'on exercera sur la tumeur aplatira le trajet de communication et ne produira en aucune manière le refoulement du liquide dans l'abdomen. On est plus sûr d'acquérir quelque certitude dans le diagnostic en faisant coucher les malades pendant quelques jours et en prenant la précaution de faire tenir le bassin élevé pour faciliter l'écoulement du liquide dans l'abdomen. En agissant de la sorte, j'ai vu quelquefois ce genre de tumeur s'affaisser d'abord, puis disparaître entièrement.

M. LARREY. Je donne actuellement des soins à un jeune soldat qui porte depuis quinze mois une hernie inguinale qu'il a constamment négligée. Cette hernie, complétement irréductible, est compliquée par la présence d'un liquide dans la cavité vaginale; et, chaque fois que la station se prolonge, la quantité de liquide semble augmenter. J'avoue que je suis encore indécis sur ce que je dois faire.

M. MOREL-LAVALLÉE. La pression exercée sur une tumeur pour faire écouler le liquide qu'elle contient me paraît, dans le cas dont il s'agit, une chose assez insignifiante. Je me rappelle avoir vu le professeur Sanson chercher inutilement à refouler dans l'abdomen le pus d'un abcès par congestion qui s'était déclaré en avant de la cuisse, au-dessous de l'aine. Il existait cependant du liquide dans la fosse iliaque du même côté, et il était plus que probable que les deux collections devaient communiquer. L'autopsie démontra que les deux foyers communiquaient au moyen d'un trajet sinueux et assez long. La pression, en aplatissant ce conduit, s'opposait à ce qu'on pût acquérir, pendant la vie, la certitude d'une communication.

J'ai encore vu dans le service de M. Gerdy une tumeur du creux du jarret dont la communication avec le genou ne put être reconnue qu'à la ponction de la tumeur. J'ai vu bien des cas analogues sur lesquels j'ai souvent appelé l'attention dans mes conférences cliniques à l'hôpital de la Charité. Je vois avec satisfaction que M. Lenoir a vu, dans le service de Sanson, qu'il a remplacé longtemps, le malade dont j'ai parlé.

— M. NÉLATON présente un certain nombre de plâtres qui démontrent la possibilité de redresser les dents les plus déviées.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Est-il prudent de manger du melon en temps de choléra?

Cette question, même au point de décroissance où en est arrivée l'épidémie, nous est journellement adressée. Nous répondrons publiquement ce que nous avons répondu bien des fois en particulier. Nous avons connu et nous connaissons encore bien des personnes qui ne se sont en aucune façon privées de melon pendant la recrudescence si fatale de 1832; aucune de ces personnes n'en a éprouvé la moindre incommodité, et les assertions qu'on a émises sur l'influence fâcheuse du melon sont restées à l'état d'assertions gratuites. Nous ne prétendons pas dire pour cela qu'il faille se livrer à des excès gastronomiques sur le melon; mais nous soutenons que ce fruit, pris dans de bonnes conditions de maturité et avec modération, n'a pas plus d'inconvénients que tous les autres aliments.

Nouvelles du choléra.

Le choléra s'est déclaré le 13 de ce mois avec une grande intensité au Pénitencier de Tours, qui jusqu'à ce jour avait été complétement épargné.

De six heures du matin à midi, onze cas s'étaient déclarés, et un autre dans l'après-midi.

Tous les cholériques ont été transportés à l'hospice, où jusqu'à présent deux seulement ont succombé.

MM. les médecins du Pénitencier, auxquels était adjoint M. le docteur Bretonneau, ont proposé diverses mesures hygiéniques et demandé une amélioration dans le régime alimentaire des détenus, qui a été accordée immédiatement.

De nouveaux et nombreux cas se sont déclarés dans la journée du 14. Aussitôt des mesures ont été prises pour assurer aux détenus atteints du fléau les soins qui leur étaient nécessaires et pour préserver les autres de ses atteintes.

Nous avons le regret d'annoncer que l'un des enfants de l'honorable directeur du Pénitencier est au nombre des victimes.

Dans la Nièvre, Saône-et-Loire, la Côte-d'Or et les Ardennes, la décroissance fait des progrès heureusement fort marqués.

On remarque à l'exposition de l'industrie, sous le n° 3,315 (galerie des pianos et tapis), un fauteuil qui a été approuvé par plusieurs médecins célèbres et qui est d'une grande utilité pour les personnes malades, car il devient à volonté une chaise longue, un fauteuil ou un lit. Son mécanisme est fort simple : le dossier a l'avantage de s'élever ou de se baisser suivant le désir de la personne qui en fait usage; le transport en est très facile. Lorsqu'il est replié sur lui-même, son volume est très petit; on peut transporter la personne malade d'une pièce dans une autre avec une grande facilité. Ce fauteuil mécanique, pour lequel un brevet d'invention a été pris, se trouve dans les magasins de tapis et literie de Foye-Davenne, rue Neuve-des-Petits-Champs, 63 (*Maison des Mérinos*). Son prix est de 70 fr.

L'Huile de foie de morue naturelle se vend rue Saint-Martin, 36, *à l'Olivier*. — SPÉCIALITÉ D'HUILES.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 19 JUILLET 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 84.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS.	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER. . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 18 JUILLET 1849.

Bulletin du choléra.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

Hôpitaux civils :		
Journée du 16 juillet.......	21 entrées,	12 décès.
— 17	20	15
Hôpitaux militaires pendant les deux jours..........................	5	2
Total...............	46	29
Total des décès dans les hôpitaux..........		6749
Total des décès à domicile jusqu'au 2 juillet inclusivement..........		9127
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie....................		15876

Le choléra à Tours et à Clermont-Ferrand.

L'histoire de l'épidémie vient d'offrir à Tours et à Clermont-Ferrand deux nouveaux et tristes épisodes qui mettent en évidence une vérité bien reconnue d'ailleurs de tous ceux qui ont suivi avec quelque attention la marche du choléra, à savoir : la prédilection que cette maladie affecte pour certaines localités circonscrites dans des limites excessivement étroites.

Voici d'abord ce qu'on lit dans le *Journal d'Indre-et-Loire,* à la date du 17 juillet :

« Depuis quelques jours, le choléra était à Tours dans sa période de décroissance. Il n'avait pas dépassé dix morts par jour à l'époque de sa plus grande intensité, et l'on ne comptait plus çà et là que quelques cas isolés.

» Mais vendredi le fléau a repris une nouvelle intensité. C'est sur le pénitencier qu'il a surtout sévi avec violence; jusque-là pas un détenu n'avait été atteint.

» Le procureur de la République a mis en liberté ceux des détenus qui n'avaient plus que peu de temps à faire. Parmi ces derniers, plusieurs, saisis par le mal une heure ou deux après leur sortie, sont morts en route dans les environs de Tours ou ont été ramenés à l'hôpital; 9 de cette catégorie ont succombé.

» Des autres, 38 sont morts. Ainsi, 47 détenus sont morts sur 80 que contenait le pénitencier. Il n'en restait que 8 non atteints. On les a transportés depuis avant-hier à Saint-François.

» Ce qui s'est passé au pénitencier n'a en rien influé sur l'état sanitaire du reste de la ville. En effet, comme on peut s'en assurer par le bulletin officiel, le choléra, loin d'y avoir augmenté, y a perdu au contraire de son intensité.

» Le bruit s'était répandu que l'épidémie avait fait invasion dans les casernes occupées par le régiment de chasseurs. Nous sommes heureux de pouvoir démentir ce bruit et d'affirmer qu'aucun cas de choléra ne s'est manifesté dans ce beau régiment. »

La soudaineté avec laquelle les détenus du pénitencier de Tours ont été atteints est d'autant plus remarquable, que ce pénitencier a été récemment construit dans une situation extrêmement salubre, d'après les meilleures règles de l'hygiène et suivant le système de séparation de jour et de nuit; système dans lequel, comme on le sait, les détenus n'ont absolument aucune communication entre eux.

Les faits qui se sont passés à Clermont ne sont, d'après les informations directes que nous avons reçues, ni moins graves, ni moins remarquables. Pendant que l'épidémie avait à peine envahi la ville, où l'on n'en avait observé que quelques cas isolés, il s'est tout à coup déclaré dans l'asile d'aliénés, où sont reçus presque exclusivement des malades payants, et sur 800 reclus, 150 ont été atteints en quelques jours, et 70 ont déjà succombé. L'épidémie continuait à sévir avec intensité dans l'établissement au moment où la lettre que nous avons reçue a été écrite, tandis qu'il n'y avait toujours que quelques cas isolés dans la ville.

Pendant que l'épidémie diminue dans une proportion rapide dans presque toutes les communes du département des Ardennes, la petite ville de Retbel compte encore chaque jour de nombreuses victimes. Du 24 juin au 16 juillet, il y a eu plus de 60 décès cholériques.

On nous communique une lettre de Viesty (Nord), qui trace un lamentable tableau des ravages qu'a faits et que fait encore le choléra dans cette localité : le nombre des décès, dans cette commune de 3,000 habitants, s'élève maintenant à près de 200.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie nous a offert aujourd'hui un de ces spectacles dont elle nous avait heureusement déshabitués depuis longtemps, et dont il est bien à désirer, dans l'intérêt de sa propre dignité, qu'elle ne nous donne pas de sitôt une seconde représentation. Deux bulletins déposés dans l'urne quelques instants avant qu'on ne procédât à l'appel nominal ont été la cause d'un effroyable tumulte, dans lequel M. Roux s'est fait remarquer par une turbulence que notre respect pour lui nous empêche de qualifier. Notre intention n'était point de revenir sur ce triste épisode, dont nous voudrions, pour tout au monde, effacer dès aujourd'hui le triste souvenir; mais les perturbateurs se proposant, nous a-t-on dit, de chercher à justifier le désordre qu'ils ont suscité, nous nous croyons obligé de montrer par avance la puérilité des motifs qu'ils pourront alléguer. Il nous suffira, pour cela, de raconter purement et simplement les faits.

Toute l'Académie avait été informée officiellement qu'un scrutin de ballottage aurait lieu dans la séance d'hier; deux académiciens qui s'étaient rendus à l'appel du bureau, mais qui, pressés par des obligations urgentes, ne pouvaient attendre jusqu'à trois heures et demie, déposent leur bulletin dans l'urne, en présence du bureau et de toute l'Académie; personne ne réclame; ils quittent la séance, et au moment où l'appel nominal va commencer, une voix s'élève, qui demande l'annulation de ces bulletins, sous prétexte que le règlement exige que la nomination des membres résidents se fasse à la majorité des membres *présents.*

Est-ce bien une objection de bonne foi ou une chicane d'avocat qu'on a voulu élever en invoquant un pareil prétexte? On en pourrait douter si le débat avait été soulevé par un autre homme que M. Gérardin. Mais si l'honorable académicien a été de bonne foi, ce que nous ne mettons point en doute, il s'est singulièrement abusé sur la portée de ses scrupules. M. Gérardin ne pense pas sans doute qu'il faille entendre par membres *présents* les membres qui restent dans la salle jusqu'au moment où le dépouillement du scrutin est achevé; il ne voit sans doute pas de graves inconvénients à ce qu'un membre quitte la séance après avoir déposé son vote dans l'urne.

Mais personne ne peut déposer de bulletin, dit-on, avant que l'appel nominal ne soit commencé? Est-ce encore là un argument d'avocat ou une objection de bonne foi?

D'abord le règlement ne prescrit pas l'appel nominal; si l'on croit devoir y procéder, c'est afin de s'assurer rigoureusement que le scrutin ne renferme que les votes des membres inscrits sur la feuille de présence, c'est afin de donner à ce scrutin toutes les garanties possibles de bonne foi. Or, en quoi deux bulletins déposés ostensiblement dans l'urne devant le bureau et devant toute l'Académie par deux membres qui ont signé la feuille de présence et qui sont obligés de quitter la séance, en quoi ces deux bulletins peuvent-ils altérer la sincérité, la loyauté du vote? En vérité, nous ne saurions le voir ni le comprendre.

Dans tous les cas, si le scrupule de M. Gérardin était réel, pourquoi ne pas en faire part à l'Académie au moment même où le bulletin a été déposé? pourquoi attendre que les deux académiciens fussent partis, et qu'il ne leur fût plus possible de se justifier et de réparer leur erreur, si erreur il y avait? pourquoi les exposer ainsi à se voir priver de leur droit de voter? Voilà, à la place de M. Gérardin, le véritable scrupule qui se serait élevé dans notre conscience.

Quant à l'argument mis en avant par M. Roux, que

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN ou *Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale*, *de toutes les monographies*, etc; par une société de médecins, sous la direction du docteur FABRE, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, etc. — T. IX et X. — Chez Jean-Baptiste BAILLIÈRE, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Dès l'apparition du premier volume de cet ouvrage, un souscripteur écrivait à M. Fabre : « Vous avez ouvert les séries de votre publication par un *Traité sur les maladies des femmes.* La couleur pratique que vous voulez donner à cette Bibliothèque se montre déjà par le choix du sujet. Il n'en est pas, en effet, de plus essentiellement pratique, et pour lequel le médecin soit plus souvent conseillé. Les maladies propres aux femmes sont si nombreuses, si fréquentes, si variées, elles ont donné lieu à des publications si diverses et le choix à faire parmi ces publications est si difficile et si hasardeux que je me félicite, pour mon compte, que vous ayez commencé par là. »

Suivaient une énumération complète et une appréciation exacte des sujets qui formaient la matière des divers chapitres.

Depuis lors, les volumes se sont succédé sans interruption, et tour à tour ont passé sous les yeux des lecteurs, qui ont pu juger du degré d'utilité du livre et du mérite de l'exécution. Les jugements portés par la presse médicale et par des hommes éminents n'ont pas manqué; voici ce qu'en disaient MM. Velpeau et Flourens à l'Académie des sciences :

M. Velpeau : « Le premier volume de la *Bibliothèque du Médecin-Praticien* est une monographie complète des maladies des organes sexuels de la femme. On y trouve reproduits, dans ce qu'ils offrent d'utile et de pratique, les travaux les plus importants, anciens et modernes, sur cette partie de la science. Cet ouvrage remplit parfaitement le but que s'est proposé l'auteur; par l'abondance et l'étendue des citations, c'est une véritable *Bibliothèque* qui sera fort utile au médecin-praticien. » (Acad. des sciences, 28 août 1843.)

« La Bibliothèque, disait M. Flourens, secrétaire perpétuel, se compose d'une suite de monographies; cet ouvrage est publié sous la direction savante du docteur Fabre, et n'est pas seulement une exposition très fidèle et très précise de l'état actuel de la science; sur divers points, il contient des aperçus nouveaux qui le rendent aussi original qu'instructif. » (Académie des sciences, 16 décembre 1844.)

Dans le nombre des jugements favorables portés par la presse médicale, nous citerons entre autres celui de M. Danyau, juge compétent, qui, dans le journal de M. Malgaigne, disait à propos des premiers volumes : « L'auteur de la *Bibliothèque du Médecin-Praticien* a été dirigé par une bonne et heureuse pensée lorsqu'il s'est proposé d'offrir sur chacune des branches principales de l'art et sur quelques-unes de leurs divisions secondaires une série de traités essentiellement pratiques, débarrassés de toute vaine érudition, de toute discussion théorique sans intérêt réel, et de l'indication de toutes les méthodes ou médications inusitées que l'expérience a définitivement rejetées; une série de traités, enfin, tels que chacun de nous voudrait pouvoir en extraire et en composer pour son propre usage.

« On peut, en effet, après ce premier traité (Maladies des femmes) juger la manière générale de l'auteur. Partout nous le trouvons fidèle à son programme. Anciens, modernes, nationaux, étrangers, tous les auteurs ont été mis à contribution; et non-seulement les traités généraux, mais les plus minces mémoires quand ils renfermaient quelque chose d'utile, les simples articles de journaux ou comptes-rendus de cliniques ont fourni leur contingent....

» On aurait tort pourtant de croire que tout le mérite de l'œuvre ne consiste que dans l'ajustement plus ou moins habile, plus ou moins harmonique de parties détachées. Il suffit de voir avec quel soin les causes sont recherchées, les signes discutés, la valeur respective des uns et des autres déterminée, à quel consciencieux examen les diverses méthodes de traitement sont soumises, avec quelle rigoureuse déduction les préférences sont motivées pour reconnaître que l'auteur, tout en mettant en relief l'œuvre des autres et en se proposant un but d'utilité, ne renonce nulle part au rôle de critique impartial et d'appréciateur éclairé.

» En ce qui concerne spécialement le *Traité des maladies des femmes*, on peut dire que nul n'est plus complet, plus pratique. Il suffit de jeter un coup d'œil sur la table pour voir qu'il n'est pas une affection qui ait été passée sous silence, qu'un grand nombre, certaines maladies de la vulve, par exemple, font, pour la première fois, partie d'un ouvrage didactique sur la matière. Les fistules vaginales, les affections de l'utérus, les déplacements de cet organe, etc., sont traités avec tous les développements convenables au point de vue de la pratique, etc. »

A l'apparition du 2e volume, M. le docteur Amédée Latour disait dans le Bulletin de thérapeutique : « Cet ouvrage pourrait à bon droit être appelé la *monographie des monographies*. C'est, en effet, le résumé le plus complet et le plus intelligent de tout ce qui a été publié d'utile et de réellement pratique. Plus il avance, plus son plan se développe, et plus aussi on comprend quelles grandes ressources cet ouvrage présente aux praticiens, qui, dans un instant donné, et sans avoir besoin de recourir à une immensité de volumes, trouvent sous leurs yeux, en peu de pages, présenté de la manière la plus claire et la plus succincte, tout ce qu'ils ont intérêt à connaître au point de vue de l'art. Ce travail de lecture immense, d'analyse patiente, de rapprochements, de critique et d'appréciation, auquel

c'était manquer à la dignité de l'assemblée que de venir déposer son vote et de s'en aller ensuite sans vouloir sacrifier un quart d'heure afin de voter régulièrement comme tout le monde, ce n'est point là un argument qui puisse attaquer la valeur d'un scrutin, et conséquemment ce n'était peut-être pas le moment de le produire; toutefois, nous croyons qu'on est mal venu d'exposer de tels arguments lorsque soi-même on compromet bien autrement la dignité de l'Académie, en outrageant de la manière la plus violente et la plus inconvenante l'autorité du président.

Malgré les cris désordonnés des perturbateurs, l'Académie avait d'abord déclaré bons les bulletins de MM. Chomel et Piorry; mais pour éviter une protestation contre l'élection future, dont M. Roux menaçait l'Académie, sans doute encore dans l'intérêt de la dignité de ce corps, l'Académie est revenue sur sa première décision, et elle a renvoyé l'élection à la prochaine séance. C'est là le moins mauvais parti qu'elle pût prendre après avoir manqué de prendre le meilleur.

HOPITAL COCHIN. — M. Maisonneuve.

Horrible destruction de la face considérée comme un lupus, traitée avec succès par l'iodure de potassium.

Les miracles opérés par l'iodure de potassium ne sont pas chose nouvelle. Cependant la confiance en ce médicament héroïque n'est point encore telle qu'elle devrait être. On voit encore, même à Paris, les chirurgiens les plus hardis et les plus expérimentés désespérer de son efficacité, en présence de certains accidents horribles qui par leur aspect effrayant sont rangés *à priori* dans la catégorie des cancers ou des lupus absolument incurables.

M. Maisonneuve, à qui nous devons déjà plusieurs cures vraiment inespérées dans des cas de ce genre, a en ce moment dans son service un de ces cas extraordinaires sur lequel nous appelons l'attention de nos lecteurs.

Une femme de cinquante-quatre ans, dont la face est presque entièrement détruite par d'horribles ulcérations, attendait depuis plusieurs mois son entrée à la Salpêtrière, après avoir vainement essayé toutes les ressources de l'art, le mercure, l'or, la cautérisation par divers liquides ou pâtes. Son admission, régularisée déjà depuis longtemps, se trouvait retardée par le fait de mesures administratives à l'occasion du choléra. Elle vint à l'Administration générale solliciter de nouveau que l'on hâtât son admission, arguant de l'horreur qu'elle inspirait à tout le monde, et se trouvait encore ajournée, quand M. Maisonneuve, qui était venu par hasard dans le bureau, proposa à cette pauvre femme de la recevoir provisoirement à l'hôpital Cochin. C'est sur elle que ce chirurgien, confiant dans la puissance de l'art, résolut de tenter une cure presque impossible.

Le traitement est commencé depuis à peine huit jours, et déjà une amélioration inespérée s'est produite, et fait avec toute raison penser à M. Maisonneuve que la guérison aura lieu.

Elle est couchée au n° 19 de la salle Saint-Jacques. Le traitement consiste dans l'administration de l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour. Il sera porté successivement à 3, puis à 4 grammes.

A l'occasion de ce fait, M. Maisonneuve rappelle à ses élèves diverses cures tout aussi merveilleuses qu'il doit à ce médicament héroïque.

Il leur signale entre autres le fait de cet homme que Blandin avait opéré d'un prétendu cancer au voile du palais et à l'amygdale, et pour lequel ce chirurgien avait été obligé de pratiquer une longue incision au-devant de la carotide pour pénétrer largement dans le pharynx. Cet homme, qui guérit de cette opération dangereuse, fut affecté de récidive. Et Blandin, le considérant comme absolument incurable, le fit admettre à Bicêtre, où il arriva mourant. C'est là que M. Maisonneuve le soumit à l'iodure de potassium et le guérit en quelques semaines. Cette guérison ne s'est pas un instant démentie depuis près de quatre ans.

Un autre malade, dont le visage avait été presque entièrement détruit par des ulcérations horribles, et qui avait épuisé vainement toutes les ressources de la médecine, de la chirurgie et du charlatanisme pendant plusieurs années, vint consulter M. Maisonneuve. Ce malade était dans un état de désespoir tel, qu'il avait plusieurs fois déjà failli attenter à ses jours.

M. Maisonneuve le soumet à l'iodure de potassium à hautes doses, et six semaines après ce malade peut retourner complétement guéri dans son pays natal. Cette guérison, qui date de six ans, s'est toujours soutenue sans récidive.

Tout récemment encore, mais dans des conditions différentes, un malade, âgé de cinquante-huit ans, vint consulter M. Maisonneuve pour une affection cérébrale déjà fort inquiétante. Plusieurs fois par jour il était pris de vertiges épileptiformes qui l'eussent fait tomber s'il ne s'était accroché à un meuble, à la muraille. Ses digestions étaient devenues tellement pénibles, qu'il renonçait presque à manger. En même temps sa mémoire, ses facultés intellectuelles s'éteignaient, et il se trouvait incapable d'aucun travail comme d'aucun plaisir.

Cet état fort grave depuis près de trois ans existait à un degré moindre depuis près de vingt-cinq ans, c'est-à-dire que depuis cette époque il était incessamment tourmenté par ce qu'il appelait sa névralgie, son rhumatisme.

M. Maisonneuve le soumit à l'iodure de potassium suivant sa méthode, et dès le troisième jour une révolution complète s'était opérée dans la santé du malade.

Le traitement est commencé depuis six semaines, et maintenant non-seulement il n'y a plus de vertiges, non-seulement il n'y a plus de digestions pénibles, de douleurs vagues dans la tête et les membres, mais toutes les facultés intellectuelles, toute la force physique, tout l'embonpoint, tout le sentiment intime du bien-être et de la force sont revenus; à tel point, que le malade affirme n'avoir jamais, depuis l'âge de vingt-cinq ans, joui à un si haut degré de toute la plénitude de la vie.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE. — M. Baudens.

Considérations générales sur les amputations des membres, au double point de vue des méthodes opératoires et des lieux d'élection.

(Cinquième et dernier article. — *Voir* le numéro 80.)

Des lieux d'élection au membre supérieur.

Le précepte d'amputer le plus bas possible trouve ici son application comme au membre inférieur; mais, hâtons-nous de dire que les chirurgiens l'ont assez généralement accepté; aussi n'aurons-nous pas, comme à propos du membre pelvien, l'occasion d'en signaler aussi souvent les infractions. Les fonctions différentes que l'un et l'autre de ces membres sont appelés à remplir rendent facilement compte de cette divergence d'opinions. L'extrémité thoracique, spécialement destinée à la rapidité, à la multiplicité et à l'adresse, plutôt qu'à la force des mouvements, il importe d'en conserver le plus possible.

Nous aurons successivement à envisager, dans ce chapitre, les lieux d'élection :

1° Aux doigts;
2° Au métacarpe;
3° Au poignet;
4° A l'avant-bras;
5° Au bras.

A. *Lieu d'élection aux doigts.* — Les doigts étant des organes indispensables aux fonctions tactiles de la main, suivez ici, plus que partout ailleurs, le précepte d'amputer sur l'extrême limite du mal, et de ne retrancher que la portion dont vous aurez reconnu la conservation radicalement impossible. Il est pourtant des cas dans lesquels on ne peut agir ainsi, et où on est obligé de sacrifier plus de parties qu'on ne voudrait le faire. Comme dans les ankyloses métacarpo-phalangiennes à la suite desquelles, le doigt étant devenu inutile et embarrassant, le malade vient lui-même vous prier de l'en débarrasser. A propos de ces ankyloses, il est bon d'établir une distinction qui doit faire varier la décision du chirurgien. La nécessité d'amputer est plus urgente si le doigt, placé dans l'extension complète, continue la direction du métacarpien avec lequel il est lié, que lorsqu'il est fléchi de manière à ce que sa face palmaire corresponde à la face palmaire du métacarpe. Dans cette dernière circonstance, l'appendice digital est beaucoup moins gênant que dans le premier cas.

L'amputation d'un doigt en totalité, à la suite d'ankylose métacarpo-phalangienne, rentrant dans la classe des *opérations de complaisance*, il faut, avant d'en venir à ce moyen extrême, prendre en considération la position sociale du malade. Chez un homme qui jouit de toutes les aisances de la vie, et chez lequel cette ankylose ne constitue qu'une gêne, et n'est pour ainsi dire qu'une affaire de coquetterie, je vous engage à ne pas opérer; car vous savez que les opérations les plus innocentes en apparence, même lorsqu'elles sont faites par les plus habiles chirurgiens, sont quelquefois suivies non-seulement d'insuccès, mais encore peuvent aboutir à un résultat fatal. Si, au contaire, vous avez affaire à un malheureux ouvrier qui, pour pourvoir à la subsistance de sa famille, a besoin du libre usage de tous ses membres, je crois formellement qu'il faut amputer.

B. *Lieux d'élection au métacarpe.* — Nous avons vu, en parlant des lieux d'élection au pied, qu'au lieu d'enlever le métatarse en totalité, comme le font beaucoup de chirurgiens, il fallait, se guidant sur l'extrême limite du mal, n'en retrancher qu'une portion par un trait de scie transversal ou oblique, suivant la hauteur et la direction de la lésion traumatique. Les mêmes principes doivent s'appliquer au métacarpe. Ainsi, lorsque la tête des quatre derniers métacarpiens est broyée avec tous les doigts, faites un lambeau dorsal, retranchez avec la scie un ou deux centimètres de l'extrémité phalangienne de ces os, et taillez ensuite à la face palmaire de la main un lambeau, espèce d'appoint qui, venant à la rencontre du lambeau dorsal, vous donnera un moignon très satisfaisant. Si maintenant la lésion osseuse est oblique, procédez encore comme au pied, et dirigez sur le squelette du métacarpe un trait de scie oblique de droite à gauche, ou de gauche à droite, suivant le cas. Pour ce qui est du pouce en particulier, si le premier métacarpien auquel il s'insère est broyé, les deux phalanges restant intactes, on doit en réséquer une partie ou l'enlever en totalité. Après cette opération, le pouce se rapprochant du carpe ou de l'extrémité carpienne du premier métacarpien réséqué, il devient, il est vrai, beaucoup plus court; mais, en définitive, il remplit toujours avec plus ou moins de perfection ses importantes fonctions de *doigt opposant*.

Ces indications se présentent surtout à la suite des blessures par armes à feu. Un examen approfondi permet souvent au chirurgien de conserver un ou deux appendices digitaux d'une main horriblement mutilée, et qui, au premier abord, semblait devoir être enlevée en totalité. Il n'est pas indifférent, en effet, de conserver même un seul doigt à l'extrémité du levier formé par le membre thoracique. Ce doigt ainsi placé agit à la manière d'un crochet et rend des services inappréciables. Nous nous rappelons un malade auquel nous avons dû enlever tous les doigts de la main gauche à l'exception de l'auriculaire et une partie des os du métacarpe correspondant, et qui pouvait encore à l'aide de ce seul doigt suppléer à une portion des fonctions de la main.

Après les événements de juin 1848, un capitaine détaché à la garde mobile s'est offert à nous avec une horrible mutilation produite par une balle qui avait fracturé en esquilles les quatre premiers os du métacarpe *droit*. Les doigts annulaire et médius tombaient presque absolument détachés, et ne tenaient plus que par quelques lambeaux cutanés à leur face palmaire. Les articulations étaient largement ouvertes. Le premier et le deuxième métacarpiens étaient brisés en éclats. Mais les deux extrémités digitales supportées par ces os étaient dans des conditions assez favorables à leur conservation. Fidèle à notre précepte de faire d'une plaie compliquée une plaie simple et de conserver le plus de parties possible, nous enlevâmes le médius et l'annulaire, ainsi que toutes les pièces d'os mobiles qui appartenaient aux métacarpiens correspondants en conservant des lambeaux suffisants pour masquer la surface traumatique. Nous nous occupâmes ensuite de la lésion des deux métacarpiens. Il nous parut indispensable de sacrifier l'extrémité phalangienne de ces deux os et de rése

---

si peu de praticiens peuvent se livrer, a été entrepris par M. Fabre dans une série de traités qui résumeront la science pratique tout entière. Ce que nous y remarquons avec plaisir, c'est que cet ouvrage n'est point fait au point de vue étroit de quelque école, de quelque système, de quelque doctrine, mais seulement au point de vue de ce que l'nbservation de tous les temps et de tous les hommes a pu recueillir de véritablement utile et applicable. »

« J'appellerais volontiers, disait encore M. le docteur Marchal (de Calvi), professeur au Val-de-Grâce, la *Bibliothèque* de M. Fabre, une *encyclopédie dogmatique et expérimentale des sciences médicales*. Un livre qui offrirait, purement et simplement, un choix de 600 observations sur les maladies des femmes, etc., aurait certainement des chances de succès. Ces chances s'augmentent ici de l'avantage que l'on trouve à avoir le même nombre d'observations reliées par des intercaltations doctrinales qui changent le recueil des faits en traité. Pour avoir l'équivalent d'un volume de la *Bibliothèque* de M. Fabre, il faudrait une soixantaine de volumes, plus une collection de jnurnaux.... »

Nous ne nous attacherons pas à citer les articles qui ont paru à cette époque et depuis dans les principaux journaux de médecine français, les *Archives*, la *Revue médicale*, l'*Union médicale*, etc, ainsi que dans les journaux étrangers, l'espace nous manquerait pour cela. Nnus nous contenterons de dire que l'ouvrage, arrivé maintenant à son dixième volume, comprend un Traité complet des maladies des organes génito-urinaires, un Traité complet des maladies des Enfants (médecine et chirurgie), en deux volumes; un Traité complet des maladies de la peau, des maladies vénériennes, des maladies du cerveau, des maladies mentales, des maladies des yeux et des oreilles. Les volumes suivants, qui sont sous presse pour paraître très prochainement et sans interruption, contiendront : Les maladies du système gastro-intestinal et de ses annexes; du système respiratoire; du système vasculaire et locomoteur; et enfin un Traité de médecine légale et un Traité de matière médicale.

Nous ne pensons pas que dans la science, en France comme à l'étranger, un travail pareil ait été entrepris et exécuté. Ces quinze volumes forment la matière de quarante-cioq volumes ordinaires, et dans toutes les parties, le même soin a été mis à compulser tous les travaux anciens et modernes, les collections de tous les journaux, tous les traités, toutes les monographies. Partout même fidélité de citations, même impartialité de critique et d'appréciation; partout même étendue dans les détails, même nrganisation dans l'ensemble.

On comprendra que dans ce journal nnus évitions de nous livrer à la critique d'nn livre dû à notre rédacteur en chef; nous voulons éviter toute accusation de camaraderie et de flatterie, et nous croyons d'ailleurs ne pouvoir mieux faire apprécier l'exécution de cette immense encyclopédie qu'en terminant cet article par un extrait très succinct de la table des deux derniers volumes qui viennent de paraître.

Le tome IX, 7e série, maladies de l'encéphale, maladies mentales, maladies nerveuses, est divisé en trois livres. Le premier livre (maladies de l'encéphale) contient l'apoplexie, les congestions, les hémorrhagies cérébrales, coups de sang, apoplexies foudroyantes, apoplexie hémorrhagique, paraplexie; apoplexie, ou hémorrhagie méniogée; apoplexie séreuse, apoplexie nerveuse; état criblé du cerveau, inflammatinn du cerveau, du cervelet et de la protubérance (encéphalite); ramollissement cérébral. — Méningite simple, sporadique, cérébro-spinale épidémique; délire sans lésions appréciables de l'encéphale. — Appendice. *Résumé sur le traitement général des maladies aiguës de l'encéphale.* — Hypertrophie générale du cerveau; atrophie du cerveau. — Produits cartitagineux, fibreux, osseux du cerveau; tubercules du cerveau, cancer du cerveau; hydatides de l'encéphale. Au livre deuxième, nous trouvons (maladies mentales) d'abord des généralités sur l'aliénation, et la description de cette maladie. — Des hallucinations. — Des illusions. — Délire aigu, manie. — Folie puerpérale. — Délire des ivrognes. — Monomanie orgueilleuse, lypémanie, misanthropie, monomanie nostalgique, hypochondriaque, suicide, homicide. — Zoanthrnpie. — Monomanie démonomaniaque, kleptnmaniaque, incendiaire, raisonnante; érotomanie. — Stupidité. — Démence-paralytique. — Idiotisme. — Crétinisme. — Le livre troisième contient les maladies nerveuses qui ont leur siége probable dans les centres nerveux (névroses). Là se trouvent le tétanos, le tremblement, l'épilepsie, la catalepsie, l'hystérie chez l'homme, l'hypochondrie, la migraine, l'éclampsie, l'hydrophobie ou rage, l'œsophagisme, l'asthme, le hoquet, la boulimie.

L'énumération seule de ces titres d'articles en fait sentir l'importance et comprendre la variété. Cette importance n'est pas moindre dans le Xe volume, et la variété est si grande, que nnus sommes obligé d'abréger considérablement ce relevé pour ne pas fatiguer nos lecteurs et ne pas dépasser les bornes de cet article. — Ce volume comprend les maladies des appareils de la vision et de l'audition.

1° Maladies de la vision. — Notions préliminaires, hygiène oculaire, lunettes, conserves. — Diagnostic. — Des collyres. — 2e *section* (Maladies du globe oculaire) : Anomalies, absence de l'iris, microphthalmie, cyclopie, absence des yeux, yeux surnuméraires. — Anomalies des fonctions du globe oculaire. — Myopie. — Presbyopie. — Strabisme, ses variétés. — Strabotomie. — Corps étrangers du globe oculaire et de la cavité conjonctivale. — Plaies, contusions, commotion, compression, déplacement, névroses du globe oculaire; héméralopie, nyctalopie, diplopie, hémiopie, myodésopsie-berlue. — Amaurose. — Mydriase. — Inflammations du globe oculaire; ophthalmies diverses, simples, purulentes, des armées, blennorrhagiques. — Inflammations partielles; conjonctivite, kératite, sclérotite, iritis, etc. — Puis viennent les maladies qui sont les effets de l'ophthalmie; pannus, onyx, hypopion, ulcérations, taies, staphylome, hydrophthalmie, ses variétés; cataracte, ses variétés. — Opérations. — Pupille artificielle. — Après se trouvent les lésions organiques : glaucome, œil de chat, synchisis. — Ptérygion, pinguecula, épicanthus, ossification. — Xérophthalmie. —

quer la pointe de leur fragment carpien ; le pouce et l'index furent ensuite rapprochés de leurs métacarpiens, qui avaient perdu la moitié de leur longueur, et six semaines après, à la faveur de l'emploi de la glace qui avaient prévenu toute espèce d'accidents, cet officier fut complétement guéri. Le pouce et l'index jouissaient encore d'une certaine mobilité : ils pouvaient saisir une plume à écrire. Le sabre même pouvait être tenu presque uniquement par le petit doigt, qui, étant resté intact, avait conservé toute sa puissance. Cet officier, grâce à cette opération, peut continuer à servir.

C. *Lieux d'élection au carpe.* — Si les os du carpe sont altérés par une affection chirurgicale aiguë ou chronique, faut-il sacrifier la main entière ou bien, après avoir simplifié la plaie, tenter la conservation de la partie ?

Nous allons répondre par des faits.

Nous avons traité à l'hôpital militaire de Lille un soldat atteint d'une carie des os carpiens (1) ; ces os étaient réduits en petits fragments ballottant dans la cavité purulente formée par leur destruction, comme le sont les calculs de la vessie. J'essayai la conservation de la main, et pour cela, après avoir fait l'extraction de ces osselets, je rapprochai le métacarpe de l'extrémité articulaire des os de l'avant-bras ; le succès couronna mes efforts, et j'obtins une guérison parfaite.

L'année dernière, je procédai de la même manière sur deux blessés de juin admis dans mon service ; je réussis chez l'un ; mais, chez l'autre, je fus obligé de pratiquer l'amputation consécutive. Vous voyez par le court exposé de ces faits qu'on doit restreindre les indications de l'amputation du poignet en enlevant en totalité ou en partie, quand il y a encore espoir de salut, les os du carpe brisés en fragments plus ou moins nombreux.

L'amputation radio-carpienne est généralement adoptée aujourd'hui. Larrey la rejetait formellement, se fondant sur ce que le poignet, presque essentiellement composé de parties tendineuses, contient trop peu de parties charnues. Cette région présente, il est vrai, beaucoup de tendons, mais c'est une grave erreur de croire qu'ils sont impropres à la cicatrisation. Nous nous sommes nettement expliqué à ce sujet en traitant des lieux d'élection à la jambe (V. *Amputation sus-malléol.*, n° 73). Pourquoi, en effet, ces tendons ne se cicatriseraient-ils pas ? Serait-ce parce qu'ils ont un certain degré de densité ? Evidemment non, puisque la cicatrisation s'observe dans des tissus beaucoup plus denses encore, le tissu cartilagineux et le tissu osseux. Il y a quelque chose de plus sérieux à redouter dans les régions tendineuses, ce sont les fusées purulentes qui se prolongent quelquefois très au loin dans les gaînes des tendons. Mais ce n'est point là, à notre sens, une considération suffisante pour faire proscrire l'amputation radio-carpienne; car, si à l'aide d'un traitement local convenable on parvient (chose facile à obtenir par la réfrigération) à maintenir l'inflammation dans de justes limites, on n'aura rien à redouter de semblable.

D. *Lieux d'élection à l'avant-bras.* — Il n'y a pas de lieu d'élection proprement dit à l'avant-bras ; il faut ici conserver au moignon le plus de longueur possible, et faire, quand on le peut, de la chirurgie conservatrice en substituant la résection isolée d'une portion des deux os (cubitus et radius) ou leur résection simultanée à l'amputation pratiquée au-dessus de la lésion. En conservant le plus de longueur possible à l'avant-bras, le blessé peut après la guérison dissimuler sa difformité à l'aide d'un appareil prothétique (main artificielle), et, s'il ne fait pas usage de ce dernier, son moignon, à l'extrémité duquel il pourra fixer un crochet, lui sera encore de la plus grande utilité pour la préhension des objets extérieurs. Je me rappelle à ce sujet un fait dont je crois utile de vous exposer ici les principales circonstances.

Bocuijdra, chef de la tribu des Adjoutes, avait chargé son fusil de cinq balles, dans une réjouissance publique en l'honneur de Mahomet, le 20 septembre 1834; l'arme éclata dans sa main gauche, qui fut littéralement broyée. Vingt jours après, cet homme vint lui-même me prier de l'amputer, *m'imposant comme condition expresse* de l'opérer le plus bas possible, afin d'avoir un moignon sur lequel il pût encore donner à son fusil un point d'appui suffisant, et conserver ainsi sur les tribus dont il était la terreur tout son ascendant moral. (*V.* mes *Plaies d'armes à feu*, p. 571.)

Cet Arabe consacrait ainsi, par la prière qu'il m'adressait, le précepte d'*amputer sur l'extrême limite du mal.*

La résection des os de l'avant-bras donne des résultats bien plus avantageux, puisqu'elle permet de conserver aux blessés les importantes fonctions de la main, et que l'avant-bras présente souvent très peu de difformité. La perte de substance que le cubitus et le radius peuvent éprouver par la résection n'a pour ainsi dire pas de limites, puisqu'il m'est arrivé d'enlever presque en totalité l'un ou l'autre de ces deux os et de conserver le membre. J'ai souvent pratiqué cette résection en Afrique, et les événements de juin m'ont fourni l'occasion de la répéter au Val-de-Grâce. Quant à la résection simultanée du cubitus et du radius, il faut également la pratiquer à l'exclusion de l'amputation, à moins qu'il n'existe de bieu graves désordres dans les parties molles. C'est ici surtout que notre précepte de faire d'une plaie compliquée une plaie simple en enlevant toutes les esquilles doit être rigoureusement observé, au point de vue de la conservation du membre et de celle de ses fonctions. Un malade évacué sur le Val-de-Grâce du service de notre honorable confrère M. Malgaigne, qui, contrairement à notre opinion, conserve les esquilles après les plaies d'armes à feu, voit périodiquement s'ouvrir sur son avant-bras gauche, dont le radius est fracturé, des fistules qui donnent issue à des fragments osseux entraînés par une suppuration éliminatoire ; *voilà un an que la blessure a été reçue*, et la guérison n'est pas encore arrivée, bien que *huit ou dix esquilles*, conservées par le malade avec le plus grand soin, aient déjà été expulsées. Nous avons pu faire chez ce militaire une observation qui avait échappé jusqu'à ce jour à l'attention des chirurgiens ; c'est que le cal inégal résultant d'une semblable fracture, occupant tout l'espace interosseux, comprime les muscles destinés aux usages de la main, à tel point que celle-ci, atrophiée et pendante, est presque entièrement privée de ses fonctions.

E. *Amputation huméro-cubitale.* — A l'époque où quelques chirurgiens se sont élevés avec force contre l'amputation des membres dans les articulations, on n'amputait pas au coude, et on remontait d'emblée au quart et même au tiers inférieur du bras. Aujourd'hui qu'il est prouvé que les chances des amputations et des désarticulations s'équilibrent parfaitement, il faut, si la lésion le permet, s'arrêter à l'articulation. Toutefois, après les blessures d'armes à feu, la résection est également appelée à remplacer ici l'amputation, dans les cas où la lésion est limitée à l'extrémité articulaire de l'un des trois os du coude. Mais si la scie doit porter en même temps sur les trois têtes articulaires, il y aura lieu de pratiquer presque toujours l'amputation à la partie inférieure du bras. C'est là, du reste, une affaire d'appréciation et de pratique sur laquelle il est difficile d'établir des règles rigoureuses et absolues.

F. *Lieux d'élection au bras.* — Vous savez qu'à la cuisse nous pratiquons l'amputation dans l'épaisseur des condyles fémoraux, si ces derniers sont seuls intéressés; de même à l'humérus, lorsque la lésion qui nécessite l'amputation ne remonte pas au delà de la poulie articulaire, on doit diriger sur elle un trait de scie transversal et en retrancher un ou plusieurs centimètres suivant le cas, au lieu d'amputer au quart inférieur de l'humérus.

Quand l'humérus est fracassé au-dessus de ce point, on peut éviter l'amputation si les esquilles ne sont pas trop nombreuses, et si on a eu la précaution de les extraire toutes immédiatement et de réséquer, s'il le faut, la pointe des deux fragments. Si cependant on juge cette amputation nécessaire, il faut remonter avec la scie sur toute la longueur de l'humérus jusqu'au col anatomique et au col chirurgical de cet os, en suivant toujours l'extrême limite de la lésion.

Arrivé à la hauteur des cols anatomique et chirurgical, Larrey, guidé par les nombreux succès qu'il avait obtenus sur les champs de bataille, désarticulait *toujours* l'humérus. Je préfère, pour ma part, amputer, comme je l'ai fait plusieurs fois en Afrique, au-dessous de la tête de l'humérus, dans l'épaisseur du deltoïde, pourvu que la scie puisse porter au-dessous du ligament capsulaire. En opérant de la sorte, le blessé conserve encore un moignon, qui, bien que très court, lui évite la difformité choquante qui résulte de l'ablation totale de l'épaule après la désarticulation scapulo-humérale.

Lésions de la tête de l'humérus.

Quand la tête de l'humérus est brisée par une balle, beaucoup de chirurgiens désarticulent. Larrey agissait toujours ainsi. Pour moi, je ne fais l'amputation scapulo-humérale que lorsque la lésion osseuse s'accompagne d'un désordre irrémédiable des parties molles du moignon de l'épaule ; sinon, je substitue à la désarticulation une opération que j'ai généralisée, qui m'a donné de très remarquables résultats, et pour laquelle j'ai créé un procédé opératoire nouveau, je veux parler de la résection scapulo-humérale.

J'ai pratiqué cette opération plusieurs fois avec succès en Afrique. Après les journées de juin 1848, j'en ai obtenu un nouveau succès au Val-de-Grâce ; elle a également réussi, dans cet hôpital, dans deux cas où M. Marchal l'a pratiquée par ma méthode.

Voici l'analyse sommaire des faits de ma pratique personnelle :

Premier fait. — Plombin, sergent au 1er bataillon d'Afrique, âgé de vingt ans, reçut à Bougie, le 3 octobre 1833, un conp de feu à l'épaule, qui fut présumé peu grave. Neuf jours après, quand je l'examinai à Alger, où il avait été évacué, le moignon de l'épaule était le siége d'une douleur et d'une tuméfaction considérables ; je voulus sonder la plaie, mais le malade s'y opposa formellement. Peu à peu cependant je gagnai sa confiance, et il me fut permis de constater la présence d'une halle profondément implantée dans la substance osseuse de la tête humérale. Il était dès lors évident qu'il fallait amputer le bras dans l'article, ou tout au moins réséquer la tête de l'humérus. Le malade se refusa formellement à l'opération, me disant que, s'il la subissait, son avenir militaire était perdn. J'insistai avec instance, lui promettant que, si, dans le cours de l'opération, j'acquérais la conviction que son membre pouvait être conservé, je ne l'amputerais pas, et qu'il pourrait par la suite se servir de son bras. Il céda à cette promesse. Je commençai donc comme si j'avais dû désarticuler l'épaule par le procédé de Larrey, et dès que j'eus sous les yeux la tête de l'humérus, qui était seule atteinte, j'annonçai au malade qu'il conserverait son bras. Il m'est impossihle de trouver ici des expressions suffisantes pour vous dire avec quelle joie il reçut cette heureuse nouvelle... Je terminai dès lors la résection par le procédé que je vous décrirai plus bas, et au hout d'un mois la guérison était complète. Plomhin ne tarda pas à devenir sous-lieutenant ; son bras, qui était seulement un peu plus court que l'autre, n'était nullement atrophié, avait repris toute sa force, et exécutait tous les mouvements, excepté ceux de circumduction. Il est aujourd'hui chef de hataillon au 43e de ligne ; et M. Serrier, qui a fait campagne avec lui, il y a dix-huit mois, dans la province de Constantine, m'assure qu'en ce moment, sauf un peu de raccourcissement, cet officier supérieur se sert aussi bien de son bras réséqué que de celui qui est resté intact. (*V.* mes *Plaies d'armes à feu*, p. 553.)

Deuxième fait. — Ben-Kadour, Arabe de la tribu des Smélas, reçut le 16 janvier 1836, à l'expédition de Tlemcen, une balle qui lui brisa la tête de l'humérus droit. Je reconnus, en introduisant le doigt dans la plaie, une large échancrure à la partie antérieure de la tête humérale. Persuadé que le malade n'arriverait à une guérison hasardée qu'après avoir traversé mille orages, je me décidai immédiatement à opérer. La tête humérale une fois dégagée, je reconnus que toute la lésion était limitée à sa partie antérieure, que je résolus d'emporter seule. Supposant cette tête coupée en deux parties égales par un plan vertical, je me contentai de n'emporter avec la scie que la demi-sphère antérieure. La plaie fut réunie, arrosée d'eau froide pendant plusieurs jours, et le vingt-cinquième jour la cicatrisation était complète. (Voyez mes *Plaies d'armes à feu*, page 557.)

Troisième fait. — Un soldat du 4e de ligne reçut à Bougie, le 7 janvier 1834, un coup de feu qui, l'atteignant à l'épaule droite, fractura la tête de l'humérus, écorna la cavité glénoïde du scapulum, et sépara du corps de cet os son apophyse épineuse en totalité. Le 14 mai (trois mois après), me trouvant en présence d'accidents généraux très graves, je résolus d'opérer, après avoir préalablement consulté plusieurs de mes confrères dont les avis se partagèrent entre l'amputation scapulo-humérale et la résection pure et simple de la tête de l'humérus. Je commençai, parfaitement décidé à enlever tous les tissus malades que je rencontrerais sous mon instrument. Je fis d'abord l'extraction de plusieurs esquilles appartenant à la tête de l'humérus, que je sciai immédiatement au-dessous de son col chirurgical. J'enlevai en second lieu une portion des muscles sus et sous-épineux qui avaient suhi la dégénérescence lardacée. J'emportai avec la scie les apophyses de l'omoplate jusqu'à leur racine, de manière à confondre les fosses sus et sous-épineuses ; et enfin j'enlevai avec une petite scie toute la portion cariée de la cavité glénoïde. Douze jours après la guérison était complète. (Voyez mes *Plaies d'armes à feu*, page 563.)

Quatrième fait. — Le nommé Rouillac (salle 26, n° 44), auquel nous avons réséqué la tête de l'humérus après les affaires de juin, est aujourdhui parfaitement guéri. Son bras, légèrement raccourci, n'est nullement atrophié, et exécute avec ampleur tous les mouvements normaux, excepté ceux de circumduction. Ce malade, qui habite Paris, vient nous voir quelquefois à la clinique, où vous avez pu examiner vous-mêmes le résultat de l'opération.

Vous voyez, d'après les faits qui précèdent, que la résection scapulo-humérale totale, partielle, ou même accompagnée de celle de l'omoplate, doit être préférée à l'amputation et pratiquée dans toutes les lésions de la tête humérale. Cette prééminence est d'abord incontestable au point de vue de la rapidité de la guérison. La résection exerce ensuite sur le moral du blessé une influence heureuse, immense, contribuant puissamment à la rapidité de la cure ; et enfin, comme résultat définitif, le blessé conserve un membre remplissant presque aussi bien ses fonctions normales après la guérison que par le passé.

On a critiqué cette belle opération en disant que, dans certains cas la réunion ne se faisant pas entre la surface reséquée et l'omoplate, il restait au malade un membre pendant *comme une manche de veste*, et devenant, par conséquent, plutôt embarrassant qu'utile. A cela, nous répondrons qu'on n'est jamais sujet à cet inconvénient si, pendant toute la durée du traitement, on a soin d'affronter exactement l'extrémité réséquée de l'humérus soit avec la cavité glénoïde, soit avec l'épine de l'omoplate, en remontant le coude vers l'épaule. En admettant maintenant qu'il reste au malade un bras en

(1) L'observation de ce malade a été publiée dans ce journal.

Fongus bénins, tubercules, cancer de l'œil, extirpation. — Les maladies des paupières comprennent leurs anomalies, leur absence, leur division (colohoma) ; — leurs adhérences, phimosis, déviation des paupières et des cils (ectropion, entropion), plaies, contusions, emphysème traumatique, névroses ; blépharospasme (hlépharite), chute et paralysie ; paralysie du muscle orbiculaire. — Inflammation des paupières, générale, partielle, muqueuse, granuleuse, glanduleuse, diphthéritique, ciliaire. = Orgeolet, érysipèle, phlébite, brûlures des paupières. Et parmi les maladies qui sont la suite de l'inflammation : les granulations de la face muqueuse, le millet, grêle, chalarion, phlyctènes ; l'œdème, les furoncles, la syphilis, les varices des paupières ; enfin, dans les lésions organiques : les tumeurs érectiles, les verrues, les tumeurs enkystées, le cancer ; — la blépharoplastie. = Dans les altérations de la glande lacrymale trouvent place : les plaies, les altérations des larmes, la xérophthalmie lacrymale, l'épiphora, les larmes morbides, le larmoiement sanguinolent ; — la fistule lacrymale vraie ; — les inflammations de la glande lacrymale, aiguë, chronique ; les abcès, les kystes, le cancer. = Viennent après dans les maladies des points lacrymaux : leur absence congénitale, les plaies, les corps étrangers, les inflammations, les rétrécissements, l'oblitération, la dilatation, la paralysie, les ulcérations. — Puis les maladies du sac lacrymal et du canal nasal : plaies, inflammations, tumeurs, fistules, inflammation aiguë et chronique ; l'énumération et la description de tous les procédés opératoires pour la fistule lacrymale. — La partie relative à l'appareil de la vision se termine par les maladics de l'orbite : contusions, plaies, fractures, inflammations et leurs conséquences ; ostéite et périostite ; exostoses. — Lésions organiques : tumeurs érectiles, lipomes, kystes, cancer, et un résumé, dans un dernier chapitre, des tumeurs de l'orbite en général.

Les maladies de l'appareil de l'audition ne sont pas traitées d'une manière moins complète : ainsi, notions préliminaires, diagnostic général, pavillon de l'oreille, méat et conduit auditif externe, membrane du tympan, trompe d'Eustache, oreille moyenne, cathétérisme, auscultation et injections. — Oreille interne. — Thérapeutique des maladies de l'audition ; injections, douches, fumigations, instillations, électricité, caustiques, moxas, séton, épispastiques, saignées locales et générales ; bains russes, sulfureux, ferrugineux, etc. ; de mer, hydrothérapie, vomitifs, purgatifs, salivation, arnica, etc. — Les maladies du pavillon de l'oreille comprennent les anomalies, les plaies, les inflammations de la peau, du chorion ; les lésions organiques. — Dans les maladies du conduit auditif sont les anomalies, les corps étrangers, les inflammations de la peau, catarrhale, phlegmoneuse, du périoste. = Les lésions organiques : polypes et fongus. — De même pour la membrane du tympan : les plaies, le relâchement, la tension, l'inflammation aiguë et chronique, et, parmi les effets ou accidents de cette inflammation, la perforation spontanée du tympan, son épaississement ; opération de la perforation de la membrane du tympan. = La trompe d'Eustache présente, parmi ses maladies : les engouements et obstructions simples ou par des tumeurs voisines, l'inflammation, les affections syphilitiques, le rétrécissement, l'oblitération. = Les maladies de la caisse consistent dans l'inflammation profonde (trépanation de l'apophyse mastoïde). — L'obstruction de la caisse du tamhour et des cellules mastoïdiennes par des matières crayeuses. — Puis viennent les maladies des osselets, des nerfs acoustiques et de leurs racines, les paralysies des nerfs acoustiques, les névralgies, l'otalgie, la surdité proprement dite, dureté de l'ouïe, altération ou diminution de l'ouïe, la surdité essentielle ou nerveuse. = Un article sur les cornets et appareils acoustiques, et enfin un article sur la surdité de naissance et de bas âge (surdi-mutité).

Quelque sèche et incomplète que soit cette énumération, nous avons cru devoir la présenter dans son ensemble ; elle nous paraît le meilleur moyen de faire ressortir l'importance et l'immense variété d'un ouvrage qui n'offre pas d'analogues, ainsi que nous l'avons dit d'après les écrivains qui l'ont examiné et apprécié dans un grand nombre de publications.

manche de veste, il pourra très bien le fixer contre sa poitrine à l'aide d'une ceinture, et se servir ensuite de son avant-bras et de sa main. Nous avons réséqué presque tout l'humérus à un homme qui habite en ce moment la province; la réparation d'une si grande quantité de tissu osseux n'ayant pu se faire, le bras est demeuré flottant comme un balancier d'horloge. Eh bien! cet ouvrier, qui exerce la profession de cordier, fixe chaque matin, en sortant de chez lui, son bras contre la poitrine par une ceinture circulaire, et à l'aide de l'avant-bras et de la main, qu'il est heureux d'avoir conservés, il nourrit honorablement toute sa famille.

Je viens, comme vous le voyez, d'épuiser l'étude des lieux d'élection dans les amputations du membre inférieur et du membre supérieur. Dans les prochaines leçons, je vous montrerai sur le cadavre les modifications que j'ai apportées à leur mode opératoire, ainsi que les différents procédés que j'ai créés.

D[r] SERRIER,
médecin-adjoint au Val-de-Grâce.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 juillet 1849. — Présidence de M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. LE PRÉSIDENT. Avant de commencer les travaux à l'ordre du jour, je dois prévenir l'Académie qu'elle vient de perdre d'une manière tragique l'un de ses membres correspondants les plus zélés. Une lettre que je viens de recevoir, mais qui ne me donne point de détails circonstanciés, m'annonce seulement que M. Ravin, de Saint-Valery-sur-Somme, est tombé avec son cabriolet et son cheval dans un précipice, où il a trouvé la mort.

Quelques membres me pressent pour faire l'appel nominal, tandis que d'autres qui se trouvent occupés en ce moment dans une commission m'ont prié d'attendre jusque vers trois heures et demie. Je pense que l'Académie ne verra aucun inconvénient à ce que j'accueille cette dernière demande. (De toutes parts : Non, non.)

La parole est à M. Gaultier de Claubry aîné.

Traitement et prophylaxie du choléra.

M. Gaultier de Claubry aîné lit un rapport officiel, au nom de la commission du choléra, sur l'emploi du traitement mercuriel comme préservatif et curatif de l'épidémie, proposé par M. le docteur de Broutelles. M. le rapporteur propose de répondre au ministre que la donnée première sur laquelle on fonde l'efficacité du traitement mercuriel est erronée et que ce traitement n'a aucune utilité. (Adopté.)

Le même membre lit un second rapport sur l'usage du café comme préservatif et curatif du choléra, proposé par une personne étrangère à la science.

Réponse : La communication en question ne contient rien qui ne soit très connu. (Adopté.)

Épidémies.

Le même membre lit un troisième rapport sur les épidémies qui ont régné en France en 1847. La faible voix de l'orateur, et le tumulte de l'Académie, nous empêchent d'entendre ce rapport, sur lequel nous reviendrons quand il aura été inséré dans le Bulletin.

— M. LE PRÉSIDENT. Nous allons procéder maintenant à l'appel nominal.

M. GÉRARDIN prend la parole, et demande qu'un bulletin qui a été déposé dans l'urne avant l'ouverture du scrutin soit annulé. A ce sujet, il s'élève dans l'Académie un tumulte impossible à décrire; les uns soutenant que le bulletin ne doit pas être annulé, et les autres soutenant le contraire. Au milieu de ce tumulte, dans lequel se fait surtout remarquer M. Roux, qui établit un combat vocal contre la sonnette du président, l'Académie décide d'abord que les bulletins (car il y en avait deux) déposés par MM. Piorry et Chomel seront conservés; puis, sur la propostition de M. Guibourt, l'élection est renvoyée à la prochaine séance.

— M. de Castelnau lit la première partie d'un mémoire intitulé : *Considérations morales et hygiéniques sur le système pénitentiaire dit cellulaire, et sur les systèmes de répression en général.*

Obstétrique.

M. Capuron lit deux rapports officiels sur deux communications faites par une sage-femme et relatives à l'emploi du seigle ergoté en fumigations; l'autre, aux causes déterminantes des douleurs de l'enfantement. Conclusions : Il n'y a pas lieu à donner suite à ces communications. (Adopté.)

Prophylaxie du choléra

M. Robinet donne lecture de la lettre d'un pépiniériste d'Angers, qui, après avoir perdu deux de ses ouvriers du choléra, est parvenu à préserver de la maladie dix autres de ces ouvriers qui étaient affectés de cholérine en les faisant soigner par un médecin, et en se chargeant de toutes les dépenses, sous la condition que les prescriptions médicales seraient rigoureusement suivies.

— Il n'y a pas de correspondance officielle.

— La correspondance manuscrite comprend les communications suivantes :

1° M. Girard, d'Auxerre, donne quelques nouveaux détails sur l'épidémie de l'asile d'aliénés de cette ville. Jusqu'à présent, aucune des personnes qui ont donné jour et nuit leurs soins aux cholériques n'a été atteinte. L'aération a exercé une influence très prononcée sur le développement de l'épidémie. M. Girard a continué à observer des prodromes.

2° M. Mauricheau-Beaupré, correspondant de l'Académie, écrit de Calais que pendant tout le cours de l'épidémie dans cette ville rien n'a pu faire croire à la contagion, mais que plusieurs faits ont démontré l'influence de certaines causes accidentelles ou constitutionnelles.

3° M. Raphaël, médecin à Provins, croit que le choléra est une affection de la moelle épinière; il conseille les bains chauds répétés, les moyens de nature à provoquer la transpiration et les boissons aqueuses.

4° M. Bayard, de Château-Gontier, annonce qu'une jeune fille de dix-huit ans, apportée cholérique d'Angers à la Jaille-Yvon où n'existait point le choléra, y a apporté cette maladie. Le père de cette jeune fille, puis une femme voisine, puis une autre femme et son fils ont été atteints. Depuis aucun nouveau cas ne s'est montré dans la localité.

— La séance est levée à cinq heures.

M. le ministre de l'instruction publique a fait insérer dans le *Moniteur* la lettre suivante, pour récompenser autant qu'il est en lui le dévouement des élèves en médecine et en pharmacie dont la modestie a refusé toute distinction individuelle.

M. le maire du 9e arrondissement à M. le ministre de l'instruction publique et des cultes.

« Paris, le 13 juillet.

» Monsieur le ministre,

» Le 8 juin, il a été établi à la mairie de mon arrondissement un poste médical pour porter des secours aux malades atteints du choléra.

» M. le doyen de la Faculté de Médecine avait bien voulu mettre à ma disposition des élèves de la Faculté, dont le nombre a été jusqu'à quinze à la fois.

» M. Baudens, chirurgien en chef du Val-de-Grâce, m'a également envoyé des élèves qui faisaient un service de vingt-quatre heures.

» Je n'ai qu'à me louer du zèle et du dévouement de tous ces jeunes hommes. Un fait qui m'est signalé, et qui est trop à leur honneur pour que je le taise, vous montrera, monsieur le ministre, les sentiments de charité dont ils étaient animés. Un de ces élèves, visitant un cholérique, prescrit des frictions avec de la flanelle; le malheureux qu'il visitait n'en avait pas. Il sort de sa mansarde, se déshabille sur l'escalier, et vient lui remettre le gilet de flanelle qu'il portait. Je n'ai pu découvrir le nom de ce modeste jeune homme; mais le zèle dont tous ont fait preuve me garantit que chacun des élèves en eût fait autant en cette circonstance.

» J'ai été à même d'apprécier toute l'étendue des services qu'ils ont rendus; car en visitant les malheureux atteints par l'épidémie, ils m'ont souvent dit que c'était grâce aux premiers soins donnés et à des visites multipliées que beaucoup d'entre eux avaient échappé au fléau.

» Agréez, etc. »

Nous avions espéré que la scène qui a occasionné la déclaration suivante ne retentirait pas hors de l'enceinte où elle s'est passée; puisqu'il en a été autrement, nous reproduisons sans commentaires ce qu'on lit aujourd'hui dans les journaux politiques :

« A la suite d'une discussion scientifique, une vive altercation avait eu lieu entre deux honorables membres de l'Académie de Médecine, MM. Isidore Bourdon et Jules Guérin; des paroles et des actes regrettables ont été échangés. Appelés à décider si l'une ou l'autre partie était en droit de demander une satisfaction ultérieure, nous avons reconnu, après un examen consciencieux et loyal des faits, que tout dans ce débat ayant été réciproque, il ne reste plus de motifs de recourir à une autre réparation.

» Pour M. Isidore Bourdon :

» F. DE SAINT-ANGE, ancien capitaine;
GAUDICHAUD, membre de l'Académie des sciences.

» Pour M. Jules Guérin :

» L. PEISSE, conservateur à l'Ecole des Beaux-Arts;
LEMAITRE, sous-direct. aux finances. »

Nouvelles du choléra.

Une correspondance du Canada renferme les renseignements suivants sur la marche du choléra dans les Etats-Unis :

« Le choléra fait de grands ravages dans toutes les parties de l'Union. Les grandes chaleurs qu'il fait ne sont sans doute pas étrangères à la violence du fléau. Jusqu'ici les possessions anglaises n'ont pas été atteintes. Les villes qui ont le plus à souffrir en ce moment sont : Saint-Louis, Cincinnati, Nashville; la funeste maladie se répand également dans le Mississipi, dans l'Indiana, la Virginie et la Pensylvanie; elle continue à croître à New-York. Plusieurs meetings n'ont pu avoir lieu par suite de la frayeur qu'inspire la peste asiatique; il est même question de prières et d'humiliations publiques pour la détourner. »

— Au nombre des localités qui souffrent encore gravement du choléra, il faut compter le département de l'Yonne. Aussi M. le ministre de l'agriculture et du commerce vient-il d'y envoyer M. le docteur Lachaise, qui, récemment arrivé de la mission qu'il avait à remplir en Sologne, est immédiatement parti pour Auxerre et se dirigera de là sur les communes où le fléau sévit avec le plus de rigueur pour soigner les malades et faire toutes les recherches qui pourraient servir à l'étude générale de l'épidémie.

NOUVELLES.

A la mort du directeur de Sainte-Perrine nous devons ajouter celle de Hemey, directeur de la Salpêtrière, qui avait d'abord résisté à une première atteinte de l'épidémie, et qui a été emporté par un de ces accidents de la convalescence (abcès multiples, parotides) sur lesquels nous avons déjà plusieurs fois appelé l'attention de nos lecteurs.

L'extrême affabilité de caractère de M. Hemey rendra sa perte très douloureuse au corps médical des hôpitaux; son savoir administratif et son intégrité feront sentir plus vivement encore cette perte à l'administration.

— M. Brasseur, médecin à Fresnes (Nord), vient de succomber victime du choléra. Jeune médecin plein d'instruction et d'avenir, il se livrait avec un dévouement sans bornes à l'exercice de sa profession; aussi sa mort a été un véritable deuil pour le pays.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 21 JUILLET 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 85.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 20 JUILLET 1849.

Bulletin du choléra.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

Hôpitaux civils :		
Journée du 18 juillet.......	42 entrées,	14 décès.
— 19	22	10
Hôpitaux militaires pendant les deux jours..................	3	1
Total..................	67	25
Total des décès dans les hôpitaux..........		6774
Total des décès à domicile jusqu'au 2 juillet inclusivement..........		9127
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie..................		15901

D'après les dernières nouvelles que nous recevons d'Angers et de Nantes, le choléra a considérablement diminué dans ces deux villes. Du 11 au 14 inclusivement, il n'y a eu à Nantes que neuf victimes, tant en ville qu'à l'hôpital. A Angers, le nombre des décès a été de trois le 15, de cinq le 16, et de un le 17.

Au Mans, du 8 au 13, il n'a été que de trois.

A Tours, l'épidémie est également en voie de décroissance. Là, comme partout, le corps médical s'est fait remarquer par un zèle et un dévouement à toute épreuve. Notre honorable confrère, M. Haime, médecin du Pénitencier, a spécialement appelé la gratitude de la population sur les internes de l'hôpital et les élèves de l'Ecole secondaire de médecine, dont l'autorité avait réclamé le concours, et qui ont si bien répondu à ce qu'on attendait d'eux.

Revue clinique hebdomadaire.

Singulière forme d'affection rhumatismale. — Lorsque le rhumatisme se manifeste chez un individu, il suit dans son développement successif moins la continuité des tissus que les affinités anatomiques : quand il envahit d'abord une articulation ou un muscle, il peut apparaître et apparaît effectivement assez souvent sur un ou plusieurs autres muscles, sur une ou plusieurs autres articulations, mais sans choisir de préférence ceux de ces organes les plus rapprochés de celui primitivement atteint. Le cas dont nous allons entretenir nos lecteurs, si c'est bien un véritable cas de rhumatisme, ce que nous discuterons un peu plus loin, est remarquable par le siége tout à fait inaccoutumé qu'il affecte.

Une blanchisseuse de vingt et un ans entre le 17 juillet à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, no 14, service de M. Louis ; elle donne sur sa maladie les renseignements suivants :

Il y a deux mois, elle a commencé à éprouver des douleurs dans tout le côté droit depuis l'épaule jusqu'au genou ; ces douleurs ont promptement augmenté au point de rendre tout mouvement, et spécialement la marche très pénible, et la malade a été obligée de garder presque constamment le lit; trois fois seulement, depuis le début de la maladie, elle est sortie à pied pour aller prendre l'air; elle est constamment rentrée plus souffrante qu'auparavant. Quoique toutes les parties situées entre l'épaule et le genou fussent douloureuses, trois régions cependant l'étaient d'une manière spéciale, c'étaient le genou, l'épaule et un point situé au-dessous et en dehors du sein, tout à fait sur le côté du thorax. Ce dernier point surtout rendait la respiration difficile et la toux très douloureuse quand la malade éprouvait le besoin de tousser. Au bras droit, la douleur descendait jusqu'au coude, mais ne le dépassait point; les articulations douloureuses n'ont d'ailleurs jamais été et ne sont encore ni rouges ni gonflées. Quelquefois la malade a éprouvé des douleurs du côté gauche, mais très faibles, nullement incommodes, et qui n'ont jamais été par conséquent comparables à celles qui existent du côté droit.

Jusqu'à l'époque où ces douleurs ont paru, la malade s'était toujours bien portée, et passait pour être d'une santé robuste; elle n'avait jamais éprouvé de douleurs nulle part, pas plus dans les articulations qu'ailleurs.

La chambre dans laquelle couchait habituellement la malade paraît offrir quelque humidité; son lit est placé contre un mur, mais de telle manière que le côté affecté se trouvait pendant le sommeil situé du côté opposé à ce mur. Il ne paraît pas que les parents de la malade aient été affectés de rhumatisme.

Quelque temps avant l'apparition des douleurs, la malade avait ses règles depuis environ quinze jours; elles se sont prolongées encore environ trois semaines après, en tout cinq semaines. Auparavant, elle avait toujours été parfaitement réglée chaque mois; elle assure n'avoir jamais été enceinte, et ne pouvoir par conséquent attribuer cette perte à un avortement. Aucun écoulement blanc n'a succédé à la perte.

Depuis que les douleurs se sont manifestées, la malade a successivement perdu l'appétit; elle dit avoir considérablement maigri; son sommeil est assez bon. Elle tousse de temps en temps depuis environ cinq semaines, mais ne crache pas.

Aujourd'hui les douleurs sont beaucoup moins vives qu'elles ne l'ont été; celles qui siégent au-dessous et en dehors du sein sont seules pénibles, surtout quand la malade tousse. La pression n'augmente point ces douleurs, les parties douloureuses ne sont nulle part tuméfiées. Un ronchus sonore et sifflant peu abondant dans toute la poitrine en avant et en arrière; cœur à l'état normal; respiration un peu fréquente; pouls à 90 environ. La malade est très faible et ne peut marcher qu'avec peine tant à cause de sa faiblesse qu'à cause de l'augmentation des douleurs pendant la marche. Il existe habituellement de la constipation.

Est-ce bien réellement à un rhumatisme que nous avons affaire dans ce cas ? La question nous paraît pouvoir être posée, bien qu'à vrai dire il soit possible d'expliquer ces douleurs singulières autrement que par l'existence d'un principe rhumatismal. Toutefois, il y a bien quelque raison de croire que ce principe, s'il existe, ne constitue pas la maladie tout entière. Personne n'ignore que le rhumatisme, alors même qu'il revêt une forme plus grave que celle qu'il aurait dans le cas qui nous occupe, peut exister pendant plusieurs mois sans produire un amaigrissement aussi prononcé, une diminution d'appétit aussi considérable que celle qu'on observe chez cette jeune fille; il serait donc rationnel, d'après cette seule considération, de rapporter au moins en partie l'amaigrissement et la perte d'appétit à une autre cause qu'au rhumatisme. Quoique la percussion n'ait permis de constater aucune matité dans la poitrine, quoique l'auscultation n'ait révélé aucun signe d'affection tuberculeuse, mais seulement des ronchus dépendant d'un simple catarrhe bronchique, cependant nous ne pensons pas que l'on puisse être complétement rassuré contre l'existence de la phthisie. Il n'est pas extrêmement rare de voir l'affection tuberculeuse débuter par des phénomènes généraux d'amaigrissement et d'inappétence, et même par des douleurs localisées d'abord inexplicables, et ne devenir évidente dans les poumons que longtemps après l'apparition de ces symptômes. Il est donc bien important, dans la pratique civile surtout, de mettre une grande réserve dans le pronostic des cas semblables au précédent, car le pronostic ne contribue pas peu à établir la réputation d'un médecin et à augmenter la confiance qu'on a dans son savoir, ce qui n'est à dédaigner ni dans l'intérêt de la profession ni dans l'intérêt des malades.

Quoi qu'il en soit, M. Louis, penchant pour une affection rhumatismale, a prescrit deux pilules de Dower d'un décigr. chacune; deux lavements émollients; de la tisane pectorale un pot, et de tilleul un pot ; enfin deux bouillons.

Une autre particularité mérite d'attirer spécialement l'attention du praticien chez cette malade ; c'est la perte qu'elle dit avoir eue pendant cinq semaines, et qui ne reconnaîtrait pas pour cause première un avortement. On sait que chez les jeunes filles ou chez les jeunes femmes, les pertes qui ne reconnaissent point cette cause sont excessivement rares, à moins qu'elles ne soient occasionnées par des affections organiques, lesquelles sont très rares elles-mêmes avant l'âge de vingt-cinq à trente ans. Nous mettrons donc tous nos soins à contrôler, sous le rapport qui nous occupe, les assertions de la malade, et nous informerons nos lecteurs du résultat de nos recherches.

Affection organique du cœur. Quelques mots sur l'emploi de la digitale dans les maladies de cet organe. — Au no 6 de la salle Sainte-Jeanne, dans le service de M. Rostan, se trouve un malade qui sous plusieurs rapports mérite d'attirer l'attention des praticiens.

C'est un homme âgé de cinquante-six ans, ancien militaire (il a servi pendant douze ans), qui, après avoir quitté le service, a fait pendant dix ans le métier de doreur sur métaux ; ayant éprouvé à diverses reprises quelques symptômes d'intoxication mercurielle, il fut obligé de cesser sa profession et prit un emploi de concierge, qu'il exerce depuis six ans.

Il affirme n'avoir jamais eu de douleurs dans les articulations ni dans d'autres parties et n'avoir jamais eu aucune affection aiguë de poitrine. Il ne fait remonter la maladie dont

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Le climat de l'Italie sous le rapport hygiénique et médical,

Par le Dr ED. CARRIÈRE.

« Allez passer l'hiver en Italie. » Telle est une recommandation que font fréquemment les médecins à des malades auxquels l'état de leur fortune permet ce déplacement. Ces malades, on peut les ranger en deux classes : ceux qui n'ont besoin que de distraction, les oisifs qui s'ennuient et les femmes nerveuses, les femmes *à vapeurs;* ceux dont la santé est véritablement altérée, et auxquels l'air du Midi est nécessaire pour la guérison d'une affection chronique, pour la restauration d'une constitution affaiblie ou détériorée.

Dans le premier cas, peu importe où ira le sujet; qu'il parcoure l'Italie ou l'Angleterre, la Grèce ou l'Allemagne, il sera bien là où il trouvera le remède à l'ennui qui le dévore. Il n'aurait pas besoin d'aller si loin chercher la guérison du mal imaginaire dont il se croit la victime. Mais s'il s'agit d'une maladie réelle et sérieuse, il n'en sera pas de même, et le choix, non pas seulement du pays, mais encore de la contrée, de la ville où devra séjourner l'individu, sera d'une grande importance.

Jusqu'à présent, un ouvrage manquait qui renfermât les renseignements nécessaires au médecin pour lui permettre de juger lui-même des conditions climatériques des différentes provinces de l'Italie, et de désigner sûrement au malade le point dans lequel il doit passer telle ou telle saison de l'année, les précautions dont il doit s'entourer dans des circonstances données. C'est qu'aussi, pour faire un livre pareil, il fallait réunir bien des conditions différentes : joindre à une instruction solide et variée des connaissances spéciales en géologie, en météorologie, en géographie, en hydrographie, etc., toutes sciences qui devraient avoir plus de rapports qu'elles n'en ont ordinairement avec la médecine, qui devraient être plus connues et plus appréciées de la généralité des praticiens, et desquelles on ne tire aucun parti parce qu'on ne sait pas utiliser leurs enseignements. Il fallait que celui qui avait le dessein d'entreprendre une tâche aussi rude et laborieuse consentît à s'expatrier pendant plusieurs années, qu'il parcourût en tous sens, non pas en touriste, mais en observateur consciencieux, et pendant les diverses saisons, les points les plus importants de la Péninsule. A ce prix seulement, on pouvait espérer un livre qui remplît toutes les conditions que l'on était en droit d'exiger de son auteur, toutes les promesses que renfermait son titre.

Cet immense travail, sans précédents, car on ne pourrait citer aucun autre ouvrage conçu sur un pareil plan et entrepris dans un but semblable, un jeune médecin du plus haut mérite, connu déjà par d'importantes publications dans la presse médicale, a osé l'aborder, et l'a mené à fin avec autant de bonheur que de talent. Tout ce qu'il écrit, il l'a vu. Il a séjourné dans les villes les plus importantes de l'Italie; il a vécu avec les malades et observé les effets que produisent sur eux les climats. Ajoutons qu'à son expérience il a joint celle des médecins du pays, desquels il a obtenu de précieux renseignements, et qu'il n'a pas laissé en dehors de ses recherches les documents que pouvaient renfermer les livres anciens, source féconde trop négligée de nos jours, et dont un de nos savants amis, le professeur Fuster, de Montpellier, avait montré, dans son livre sur les climats de la France, tout le parti que l'on pouvait en tirer.

Maintenant que nous avons indiqué le but, examinons rapidement le plan du livre, et les divisions suivant lesquelles il a été composé. L'ouvrage est divisé en quatre parties. La première comprend tout d'abord des considérations historiques sur le climat de l'Italie : 1° topographie, géologie et conditions agricoles du territoire ; 2° les eaux, leur nature et leur distribution; 3° l'atmosphère, les vents, la température, l'électricité et les météores. La seconde renferme la climatologie de la région méridionale de l'Italie ; la troisième, celle de la région moyenne ; la quatrième, enfin, la description des climats de la région septentrionale.

La raison de cet ordre, nous la trouvons dans le premier chapitre de l'ouvrage. Il faut, dit l'auteur, surtout quand il s'agit du climat de l'Italie, étudier les influences générales pour parvenir à être exact dans les appréciations plus circonscrites. Les premières rendent compte des secondes, et écartent par anticipation l'erreur dans laquelle on serait inévitablement tombé, si l'on avait cru pouvoir se passer de ces importants préliminaires. Quand le sort des malades est en cause, quand on veut éclairer ces nombreuses caravanes d'êtres souffrants qui quittent souvent la patrie avec la triste pensée qu'ils laisseront peut-être leur dépouille sur la terre étrangère, il convient, pour bien faire, de ne rien laisser derrière soi des données essentielles du problème, si l'on ne veut pas se préparer des déceptions en même temps que des regrets.

Quant à la division qu'adopte M. Carrière pour ses descriptions, nous lui laisserons le soin de l'exposer et de la justifier. C'est procurer une jouissance à nos lecteurs que de les mettre à même d'apprécier le style brillant et coloré de notre confrère ; c'est en même temps leur prouver, pièces en main, à combien d'études sérieuses et variées a dû s'adonner l'auteur pour traiter à fond et d'une manière complète les questions qu'il s'est proposé de résoudre.

« Pour procéder avec ordre et logique, il n'y a point d'autre division à adopter que celle d'Hippocrate. Quelques progrès qu'ait faits la science depuis cette époque, il faut toujours commencer par cette inévitable trilogie : l'air, les eaux, les lieux ; seulement elle a perdu de sa simplicité originaire.

» Chacun de ces éléments forme aujourd'hui un faisceau de données nombreuses qui exigent, suivant leur valeur relative, leur part de développement. Ainsi, les lieux comprennent la forme du territoire, son orientation, sa composition géologique, les transformations chimiques qu'il peut offrir, les caractères généraux de la végétation,

il est actuellement atteint qu'à deux mois, et, interrogé à plusieurs reprises sur la question de savoir si avant ces deux mois il n'avait pas l'haleine un peu courte, s'il pouvait monter rapidement les escaliers sans s'essouffler, ses réponses sont toujours les mêmes : c'est qu'il se portait parfaitement bien il y a deux mois et demi, par exemple, et qu'il n'éprouvait en aucune façon ni essoufflement ni malaise.

La maladie dont il est actuellement atteint aurait donc commencé il y a deux mois par des étouffements, qui ont augmenté graduellement et qui sont devenus très prononcés depuis trois semaines; à cette époque, les pieds ont commencé à enfler; il n'a jamais existé de douleur à la région précordiale ni dans aucun autre point de la poitrine.

Aujourd'hui, le malade se trouve dans l'état suivant :

Un bruit de soufflet parfaitement distinct suit les deux bruits normaux du cœur sans les effacer complétement; ces deux bruits anormaux sont à peu près d'égale intensité et occupent la presque totalité des silences correspondants. Le maximum d'intensité de ces bruits se trouve sous le sternum au niveau du troisième et du quatrième cartilage costal; les deux bruits s'entendent dans les carotides et les sous-clavières. Il n'y a pas de matité anormale à la région précordiale; on n'y perçoit qu'une très légère impulsion et un peu de frémissement. La sonorité thoracique est partout normale ainsi que le bruit vésiculaire, sauf en arrière et en bas où existe un peu de ronchus sous-crépitant. Point de cyanose ni de crachements de sang; dyspnée assez grande; pouls développé, à 80 environ.

Le malade éprouve quelques palpitations; mais ce sont surtout les étouffements qui le fatiguent; il a peu de sommeil et presque point d'appétit; les pieds et la partie inférieure des jambes sont œdématiés; les autres parties du corps sont exemptes d'infiltration.

La première particularité sur laquelle nous voulions attirer l'attention des observateurs, c'est la netteté des bruits anormaux qui existent chez ce malade. Il arrive souvent dans les cas analogues que ces bruits ou sont mal caractérisés ou empiètent l'un sur l'autre de manière à se confondre entre eux ou à ne pouvoir être rapportés que difficilement à un temps précis du système normal du cœur. Ici il en est tout autrement : il est très facile de constater que chacun des bruits anormaux suit immédiatement le bruit normal; le point où existe le maximum d'intensité de ces bruits est également très précis, et ce point est le même pour tous les deux. Enfin, on peut constater sans difficulté que ces bruits se prolongent dans les artères. De tous ces faits, on doit conclure rationnellement que le siége des bruits se trouve à l'orifice aortique, et comme, ce siége étant supposé exact, les deux bruits se passent nécessairement l'un pendant la systole, l'autre pendant la diastole, on doit admettre qu'ils sont causés le premier par un rétrécissement, le second par une insuffisance de l'orifice en question.

Le second point qui mérite de nous arrêter dans cette intéressante observation, c'est l'époque précise du début de la maladie. Si l'on en croit les assertions réitérées du malade, cette époque ne remonterait pas au delà de deux mois; aucun symptôme de péricardite ou d'endocardite aiguë n'ayant eu lieu, il faudrait donc admettre, si le malade ne se trompe point, ce qui semble assez probable, ou que des lésions locales assez graves ont pu rester longtemps inaperçues ou que ces lésions ont pu acquérir en assez peu de temps un développement considérable sans provoquer de symptômes aigus. Cette dernière alternative nous paraît à beaucoup près la moins probable; mais, si la première est la vraie, elle n'en est pas moins curieuse.

Enfin, nous dirons en terminant quelques mots sur la thérapeutique qu'il convient de mettre en usage chez ce malade, de même que chez tous ceux qui sont atteints d'affections analogues.

Pour beaucoup de médecins, palpitations, affections quelconques du cœur et digitale sont des mots et des choses presque inséparables. C'est là, selon nous, un usage qui tourne au grand détriment des malades. Quel est l'effet de l'administration de la digitale? D'affaiblir et de ralentir les pulsations du cœur, et par suite nécessairement de faire passer par les orifices une moindre quantité de sang. Dans les palpitations nerveuses, dans les hypertrophies essentielles ou bien dans celles qui, sans être primitives, sont arrivées à un état de développement excessif et hors de proportion avec le rétrécissement ou l'insuffisance qui les ont produites, dans tous les cas, en un mot, où l'hypertrophie constitue la seule ou la principale lésion, nous concevons qu'on cherche à neutraliser par la digitale les fâcheux effets. Mais alors qu'il n'existe point d'hypertrophie, ou même alors que cette hypertrophie n'a qu'un développement modéré, qu'elle est nécessaire en quelque sorte pour faire franchir au sang un obstacle pathologique, quel doit être l'effet de l'administration de la digitale? Evidemment, d'augmenter la principale cause des désordres physiologiques, c'est-à-dire de diminuer l'activité de la circulation trop faible déjà. Ceux qui administrent la digitale dans les cas de rétrécissement du cœur, nous disait encore aujourd'hui notre savant confrère, M. le professeur Rostan, peuvent être comparés à ceux qui, voulant faire franchir un fossé à un homme, le retiendraient par son habit au moment où il prend son élan. Cette comparaison, pour être quelque peu pittoresque, n'en est pas moins parfaitement juste. Aussi, chez le malade qui fait l'objet de ces considérations, M. Rostan s'est-il contenté de prescrire le repos, une demi-diète, de manière à ne pas augmenter, à diminuer même la masse du sang et à rendre par là plus facile la circulation. Voilà les seuls moyens rationnels de traitement; ces moyens ne sont que palliatifs; pour agir contre des modifications organiques consommées, contre des ossifications, des adhérences, etc., le traitement palliatif est malheureusement le seul auquel on puisse avoir recours.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons cliniques sur le choléra.

(Cinquième leçon.)

La physionomie du choléra varie suivant ses formes, son intensité, aussi bien que suivant ses périodes, et cette différence devant apporter aussi une différence dans la thérapeutique de cette affection, on comprend que nous devions nous y arrêter.

Le choléra diffère suivant la prédominance de certains symptômes; suivant que le cerveau paraît principalement atteint; suivant que les organes circulatoires et respiratoires sont surtout affectés; ou bien, enfin, que ce sont les organes abdominaux. Ces variétés du choléra pourraient être désignées sous le nom de *choléra encéphalique*, *thoracique* ou *abdominal*, ainsi que nous l'avons fait pour le typhus. Mais si ces distinctions sont réelles, il faut bien convenir qu'il est quelquefois fort difficile de les établir au lit des malades. Là, les trois cavités sont souvent également atteintes, ou deux le sont simultanément à un pareil degré. De sorte que le médecin est fort embarrassé de classer le cas qu'il observe dans une des catégories plutôt que dans une autre. Il est cependant bien vrai de dire que certains cholériques présentent principalement des phénomènes nerveux. Ces cas sont assez rares, et vous ne les avez observés que lorsque l'épidémie était assez avancée. Alors nous avons vu des malades qui offraient du délire, de la diplopie, du daltonisme, c'est-à-dire qu'ils voyaient les objets colorés d'une autre couleur que leur couleur naturelle; qui éprouvèrent des tintements d'oreilles, des étourdissements, des pertes de connaissance, de la stupeur, des crampes, des contractions toniques permanentes, des contractures, des spasmes tétaniques, des secousses électriques, de l'anesthésie, des déjections involontaires des matières fécales, etc. Ces phénomènes ne laissaient aucun doute sur la part que le cerveau prenait à la maladie, et l'autopsie venait trop souvent confirmer la réalité du diagnostic. Parmi ces accidents, quelques-uns s'observent dès le début de la maladie : ce sont les étourdissements, la diplopie, le daltonisme, les pertes de connaissance, de la stupeur; d'autres, tels que le délire, etc., ne survenaient que dans la période de réaction.

La forme thoracique est la plus rare de toutes. Elle est principalement caractérisée par une oppression intolérable, un sentiment de strangulation, de suffocation excessivement pénible, par une doux sèche sans expectoration. Il semble au malade qu'une main de fer lui serre la poitrine. Il éprouve la plus grande peine à articuler une parole; il parle par gestes. C'est à dessein que nous passons sous silence les cas où l'on trouve les caractères physiques et fonctionnels de la bronchite, de la pleurésie, de la pneumonie. Ces inflammations concomitantes existent en effet bien souvent; mais il nous semble qu'elles ne doivent être considérées que comme des complications. Quelle que soit l'opinion que l'on adopte à cet égard, nous nous bornerons à les signaler ici.

La forme abdominale est sans contredit la plus fréquente de toutes. A vrai dire, l'abdomen est le siége normal du choléra. Les cas où il n'existe pas de phénomènes gastro-intestinaux, appelés par quelques-uns *choléra sec*, sont excessivement rares, et sont en réalité sujets à contestation. Il faut être en pleine épidémie pour en admettre l'existence. Dans toute autre circonstance, jamais il ne viendrait à la pensée de reconnaître un choléra sans évacuations. Il n'est cependant pas irrationnel d'admettre qu'une cause morbifique aussi puissante, aussi meurtrière que celle du choléra, puisse déterminer dans l'organisme des phénomènes très variés. En dehors de la clinique, en ville, nous avons eu occasion de voir des personnes qui présentaient des phénomènes tout à fait insolites, qui n'étaient nullement ceux habituels du choléra, mais que nous n'observons jamais dans d'autres temps, et que nous avons attribués sans hésiter à l'épidémie régnante.

Quoi qu'il en soit, la forme abdominale est la plus ordinaire de toutes; c'est la forme normale. Faut-il énumérer les symptômes qui la caractérisent?

Langue couverte d'un enduit plus ou moins épais d'un gris jaunâtre; goût fade ou amer; inappétence, difficulté d'avaler, nausées, éructations, régurgitations de matières glaireuses, filantes; d'aliments d'abord, puis de bile, puis de matières plus liquides, d'un jaune blanchâtre, puis blanches, grumeleuses, semblables à une dissolution d'amidon, à une décoction de riz crevé au milieu de laquelle nageraient encore quelques grains de riz; épigastre quelquefois très douloureux, même à la pression; borborygmes, gaz intestinaux sans gonflement sensible de l'abdomen, souvent avec dépression des parois du ventre; les gargouillements se font entendre et sentir dans la fosse iliaque gauche; enfin, selles abondantes de matières fécales d'abord, puis de matières analogues à celles des vomissements, d'une odeur fade et nullement stercorale; le nombre de ces selles varie depuis deux ou trois, jusqu'à quarante, cinquante et au delà, au point qu'on ne peut plus les compter. La défécation est souvent fort douloureuse; le plus souvent elle est insensible. Les selles sanguinolentes ne sont pas rares dans la forme dont nous parlons.

Quelques médecins très recommandables ont attribué au choléra les formes des fièvres de l'illustre Pinel. Ainsi, ces médecins reconnaissent un choléra inflammatoire, un choléra bilieux, un choléra muqueux, un choléra adynamique, un choléra ataxique. Il y a certainement du vrai dans cette distinction.

En effet, on observe des cas de choléra qui offrent tous les caractères de la fièvre dite *inflammatoire*. Les principaux symptômes sont les suivants :

Face colorée, animée, vultueuse; yeux brillants; battement des artères temporales; peau chaude, halitueuse; langue rouge, sèche; soif vive, inextinguible; vomissements, douleurs abdominales, déjections, etc., comme dans les autres espèces; urines rouges, peu abondantes; pouls fort, développé, fréquent; sang couenneux lorsqu'on en tire; respiration anxieuse; haleine chaude, brûlante; céphalalgie sus-orbitaire, ou plutôt pesanteur de tête, etc. Il est vrai de dire que ces symptômes arrivent bien raremont dans le début de la maladie; nous les avons jamais observés à cette époque, mais bien dans la période de réaction; et alors, il est encore vrai d'ajouter qu'ils ne surviennent ordinairement que lorsqu'il existe une complication phlegmasique de quelques viscères.

La deuxième espèce admise par les auteurs que nous citons est la *forme bilieuse* ou *gastrique*. Nous ne décrirons pas cette forme. C'est notre variété *abdominale*.

Pour ce qui est de la forme *muqueuse*, c'est une modification presque insensible de la précédente. Il n'y a de différence un peu marquée que dans la constitution lymphatique des malades, le peu de vivacité, d'intensité des symptômes, et la lenteur, la durée de la maladie. La face des malades est pâle, décolorée; une espèce d'hébétude siége sur leur visage; le décubitus est indolent; la langue est blanchâtre, épaisse, humide; la soif peu prononcée, relativement aux cas ordi-

---

ces indices des qualités de la terre et de l'influence du ciel. Les eaux, qu'il faut étudier dans leur nature et dans leur distribution autour des continents et sur le sol lui-même, doivent être appréciées aussi sous cette forme météorique qui les condense après les avoir réduites en vapeur, et joue un rôle si actif dans les conditions du climat et dans les changements diurnes qu'il éprouve. L'air renferme toute l'histoire, du reste parfaitement connue, des mouvements de l'atmosphère et des réactions qui s'opèrent dans les profondeurs de ce fluide avec le concours de l'électricité, du calorique, des matières gazeuses, et des données inappréciées encore qui nagent invisibles au milieu de cet océan lumineux. En ajoutant à tous ces ordres de causes l'homme ou la race qui en est modifiée et porte la trace plus ou moins profonde de leur puissance, mais qui les modifie à son tour, les conditions principales du problème seront groupées dans la mutualité et dans l'ensemble de leurs rapports. Avec l'analyse de cette action complexe qui s'exerce et se distribue sur toute la surface du col italien en variant ses caractères, en laissant prédominer les uns pour laisser s'effacer les autres, on trace les grandes lignes du tableau, et il devient moins difficile de ne pas s'égarer plus tard dans l'exécution des détails de l'œuvre. »

Cette esquisse largement tracée, et qui indique, avec les vues d'ensemble, les points de détail sur lesquels il sera plus particulièrement insisté, donne, à notre avis, une idée suffisante de la manière de l'auteur, qui, une fois ces considérations préliminaires posées, entre en matière et prend, l'une après l'autre, chacune des positions principales de l'Italie qu'il examine au point de vue médical avec le soin le plus consciencieux.

Nous avons dit que M. Carrière divise l'Italie en trois zones. La zone méridionale comprend Salerne, la rive orientale du golfe de Naples, Caprée, Massa, Torrente, Castellamare, Portici; puis Naples, puis la rive septentrionale de son golfe, Pouzzoles et Baïa, enfin Gaëte.

La région moyenne comprend les Maremmes des Etats-Romains et de la Toscane, Rome, Sienne, Florence et Pise.

La zone septentrionale renferme Venise, Milan et ses lacs, Gênes, Mentone et Villefranche, Nice, et Hyères, enfin, la dernière station visitée par l'auteur.

Il nous serait impossible de suivre, même de loin, l'auteur dans les histoires climatologiques qu'il trace avec bonheur des stations médicales que nous venons de nommer seulement. Mais ici encore nous demanderons la permission de citer en entier la dernière page de son œuvre, en exprimant le regret de ne pouvoir en rapporter davantage.

« Parvenu au bout de ma tâche, et regardant derrière moi pour mesurer la distance que j'ai parcourue, je n'ai pas le désir de résumer les différentes indications qui forment le résultat principal et important de ces études. Après avoir posé les idées générales associées le plus étroitement possible aux faits connus et admis, j'ai tracé les monographies, j'ai dressé le tableau des états partiels; en d'autres termes, des vues d'ensemble je suis descendu aux vues de détail.

» Cette méthode est la seule qui permette d'éviter l'erreur et de se rapprocher le plus de la vérité. En la suivant, je crois être resté fidèle aux lois de la logique. C'est ainsi que j'espère avoir fait une œuvre sérieuse, si j'en juge par la conscience que j'ai mise à la préparer et le soin que j'ai consacré à la conduire à son terme. Du reste, les lecteurs jugeront.

» L'impossibilité de dresser un inventaire de ce qui précède, ce qui ne serait d'ailleurs qu'une longue répétition, m'impose au moins le devoir de signaler ce qu'on ne verrait peut-être pas assez clairement à la lecture de mon livre. Les médecins et les malades comprennent l'importance de la durée de l'établissement en Italie pour compléter, ou du moins pour ne pas interrompre le traitement par le climat. De là, les séjours pendant l'hiver dans les stations du Midi, et les émigrations dans le Nord pour s'y fixer pendant la saison d'été; pendant la mauvaise saison, on vit à Rome, à Pise ou à Naples; pendant le règne de la chaleur, on va vivre sur les bords des lacs de la Lombardie.

» Les longues traversées sont pénibles pour de nombreuses classes de malades; elles peuvent détruire en quelques jours l'œuvre laborieuse de toute une saison; il était important de les épargner. J'ai signalé, dans la région la plus méridionale, celle des golfes de Naples et de Salerne, des stations qui peuvent servir en été et en hiver. Dans le bassin de Rome, j'ai montré les mêmes avantages. Je l'ai fait aussi pour la région du Milanais, où les malades peuvent hiverner à Venise et passer l'été sur le bord des lacs. Je l'ai indiqué implicitement pour la rivière ligurienne jusqu'à la station la plus occidentale, en désignant des parties du territoire dont le mode d'exposition change les conditions générales de l'air.

» Cette géographie climatologique a une grande importance, car elle a pour objet de faire éviter les conditions défavorables, c'est-à-dire d'augmenter les chances qui peuvent produire et consolider le bien. »

Nous terminons ici ce compte-rendu du livre de M. Carrière, que nous eussions fait plus complet si nous avions pu lui consacrer plusieurs articles. Nous avons donné d'abord une idée de l'esprit général du livre; nous avons indiqué l'ordre suivi par l'auteur, et nous avons complété notre tâche en choisissant, au milieu des pages nombreuses de cette œuvre, celles qui nous ont paru les plus convenables pour faire juger au lecteur des principales qualités qui le recommandent à son attention. Si nous avons un regret, nous le répétons, c'est de n'avoir pu multiplier nos citations. Mais nous aurons atteint le but que nous nous proposions si nous avons pu convaincre ceux qui parcourront cette analyse que l'ouvrage de M. Carrière est un de ceux qui placent d'emblée son auteur au premier rang parmi les hygiénistes les plus distingués.

Dr A. Foucart.

naires; il y a inappétence, peu de vomissements, peu de selles (deux ou trois par jour), mais blanches, glaireuses; les urines sont assez abondantes. Le pouls bat 79 à 80 fois par minute; il est mou, peu résistant, etc. La durée de cet état est de plusieurs septenaires.

L'espèce *adynamique* est plus fréquente, c'est même une forme assez constante dans la période de réaction. Existe-t-il un choléra adynamique dès le début? Je ne sais si l'on peut donner ce nom à la prostration extrême que présentent certains malades dès le principe de leur maladie; mais il est bien évident que l'on observe dès l'invasion du choléra des malades qui sont en quelque sorte en sidération. Quoi qu'il en soit, on observe des malades profondément abattus, couchés sur le dos ou sur le côté, mais immobiles ou pouvant à peine se mouvoir; ces malades peuvent à peine soulever leurs paupières; leur langue est sèche, brune, noire; leurs dents et leurs lèvres fuligineuses. Chez eux, la soif est vive; le vomissement a lieu par une simple régurgitation; les déjections alvines sont involontaires, ainsi que la miction, lorsqu'il y a des urines; la difficulté de respirer est extrême, le pouls faible ou insensible, la peau froide et couverte d'une sueur visqueuse et gluante. Il n'existe que peu ou point de phénomènes cérébraux.

Enfin, il est une forme de choléra véritablement *ataxique;* c'est celle à laquelle nous avons donné le nom d'encéphalique, et que, pour cette raison, nous nous abstiendrons de décrire.

Nous avons dit encore que le choléra variait suivant son intensité. Sous ce rapport, nous croyons pouvoir reconnaître trois degrés. Nous n'ignorons pas que la nature ne s'astreint pas à nos divisions, et qu'elle peut présenter entre nos trois degrés une multitude de nuances intermédiaires; mais cela n'empêche pas que l'on ne puisse déterminer trois degrés dans la force de cette maladie.

1° Le premier degré présente les caractères de la période prodromique que nous avons décrite dans la séance précédente. C'est la *cholérine* des auteurs, ou plutôt des gens du monde. Les symptômes que présente ce degré diffèrent fort peu de ceux qui caractérisent le choléra indigène. Il existe des vomissements, des selles liquides, d'un fluide jaunâtre, blanchâtre; des crampes quelquefois; mais nulle altération des traits du visage; pas de refroidissement, pas de cessation du pouls; la sécrétion urinaire continue; la voix conserve sa force, etc. La circonstance de l'existence d'une épidémie de choléra est nécessaire pour oser porter un diagnostic.

2° Le deuxième degré, ou degré moyen, est plus intense que le précédent. La face offre une altération notable; les yeux sont déprimés dans les orbites; les vomissements et les défécations sont très fréquents, et les matières rendues sont caractéristiques; les urines contiennent une notable quantité d'albumine; l'anxiété précordiale, les éructations, les borborygmes, les crampes sont très prononcés. Il ne manque absolument que les phénomènes de la période algide.

3° Le degré le plus intense est celui que nous avons décrit dans la troisième période; il ne manque presque aucun caractère. La cyanose, l'asphyxie, l'aphonie, l'anémie caractérisent particulièrement ce troisième degré. C'est le choléra bleu, cyanique, algide, asphyxique, etc.

Nouvelle note touchant l'action de diverses substances injectées dans les artères,

Par M. FLOURENS.

I. On a vu, par les expériences que j'ai communiquées il y a déjà quelque temps (1) à l'Académie des Sciences, que, de diverses substances injectées dans les artères, les unes abolissent la sensibilité sans abolir la motricité, et les autres la motricité sans abolir la sensibilité.

Ainsi, par exemple, quand on injecte dans une artère un éther (2), un acide (3), de l'alcool, de l'ammoniaque, etc., le nerf perd la motricité et conserve la sensibilité (4); et quand on injecte une poudre mêlée à l'eau, de la poudre de réglisse, de poivre, de ciguë, de chêne, etc., le nerf perd, au contraire, la sensibilité et conserve la motricité.

II. On a vu, de plus, que ces diverses substances, qui toutes produisent la paralysie musculaire, la paralysie du membre dans l'artère duquel on les injecte, les unes produisent cette paralysie avec relâchement des muscles, et les autres, au contraire, avec rigidité, tension, roideur tétanique de ces mêmes muscles.

Les substances qui produisent la paralysie avec relâchement des muscles, sont: les poudres de réglisse, de poivre, de ciguë, de chêne, de belladone, etc., les éthers sulfurique, acétique, oxalique, l'alcool, l'acide sulfurique, l'ammoniaque, etc.

Parmi les substances qui produisent la paralysie du membre avec tension, roideur tétanique des muscles, j'ai déjà cité, dans la Note que j'ai lue en 1847 (5), l'essence de térébenthine, et j'aurais pu citer, dès lors même, l'essence de bergamote, car l'expérience était déjà faite; M. Coze, doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg, a cité depuis, et cela dans une note très intéressante (6), le chloroforme. A l'essence de térébenthine, à l'essence de bergamote, au chloroforme, j'ajoute aujourd'hui les essences de girofle, de fenouil, de menthe et de romarin. Toutes ces nouvelles essences agissent comme l'essence de térébenthine et le chloroforme.

III. *Première expérience.* — Deux grammes d'essence de fenouil sont injectés dans l'artère crurale droite d'un chien, en poussant du côté du cœur (1).

Au moment même de l'injection, il y a douleur très vive: l'animal crie et s'agite. On le délie; on le met sur ses jambes.

Tout le train postérieur est paralysé.

Le membre du côté injecté est roide et tendu, *tendu comme un bâton.*

La jambe de l'autre côté est à demi roide, à demi fléchie.

Le nerf sciatique du membre à demi roide est mis à nu et pincé. Immotricité complète, mais sensibilité, mais douleur très vive.

Le nerf sciatique du côté tout à fait roide est pincé: même immotricité et même survie de la sensibilité.

Au bout d'un quart d'eure, le membre, d'abord à demi roide, est presque tout aussi roide que l'autre.

Deuxième expérience. — Deux grammes d'essence de romarin sont injectés dans l'artère crurale droite d'un chien, en poussant toujours du côté du cœur (2).

Au moment de l'injection, vive sensibilité, douleur. L'animal est délié et mis sur ses jambes.

Tout le train postérieur est paralysé; cependant les deux jambes ne sont qu'à demi roides; il n'y a même un commencement réel de tension (3) que dans la jambe du côté injecté.

Le nerf sciatique gauche est pincé: immotricité complète, mais sensibilité extrême, douleur très vive.

On injecte un troisième gramme.

La jambe du côté injecté paraît, aussitôt, tout à fait roide. L'animal s'appuie un peu sur l'autre, qui n'est qu'à demi roide.

Le nerf sciatique droit est pincé: immotricité absolue; sensibilité extrême, douleur très vive.

On injecte deux nouveaux grammes.

On pince les deux nerfs sciatiques, et cette fois-ci l'insensibilité n'est pas moins complète que l'immotricité (4).

Le membre du côté non injecté reste toujours à demi roide, à demi fléchi.

Troisième expérience. — Deux grammes de chloroforme sont injectés dans l'artère crurale droite d'un chien.

Au moment de l'injection, sensibilité vive, douleur.

L'animal est délié et mis sur ses pieds.

Tout le train postérieur est paralysé.

La jambe du côté injecté est tout à fait roide, l'autre est à demi fléchie et souple; l'animal s'en sert un peu.

On injecte un troisième gramme.

Roideur plus forte encore de la jambe du côté injecté. L'autre jambe reste souple.

Les deux nerfs sciatiques sont pincés: l'immotricité est complète et la sensibilité très vive.

On injecte un quatrième gramme, et cette fois-ci l'insensibilité des deux nerfs sciatiques n'est pas moins complète que leur immotricité (5).

Le membre non injecté est toujours resté flasque (6).

IV. Pour ne pas répéter inutilement le récit de ces expériences, je me borne à dire que les essences de bergamote, de menthe et de girofle ont produit les mêmes effets que les essences de fenouil et de romarin et que le chloroforme.

V. Voici deux expériences dont les effets ont été inverses.

Première expérience. — Deux grammes d'huile de naphte sont injectés dans l'artère crurale droite d'un chien.

Au moment de l'injection, cris, douleurs, efforts de l'animal pour s'échapper.

L'animal est délié et mis sur ses pieds.

Tout le train postérieur est paralysé, comme dans les expériences précédentes; mais là s'arrête la similitude; car dans les muscles, au lieu de roideur, il y a relâchement, et dans les nerfs, au lieu de perte de la motricité, il y a perte de sensibilité (7).

Deuxième expérience. — Trente centigrammes de poudre lycopode, mêlée à de l'eau, sont injectés dans l'artère crurale droite d'un chien.

L'animal ne témoigne aucune douleur au moment de l'injection.

Il est délié et mis sur ses pieds.

Tout le train postérieur est paralysé.

Les muscles sont dans un état de relâchement complet, dans un état de mollesse singulière et particulière.

On met à nu les deux nerfs sciatiques; on les pince: la motricité subsiste, la sensibilité est perdue, absolument perdue.

VI. Voilà donc diverses substances qui, injectées dans les artères, produisent des effets divers: les unes agissant sur la motricité, et les autres sur la sensibilité; toutes produisant la paralysie musculaire, la paralysie des membres; mais les unes produisant cette paralysie avec relâchement, et les autres avec tension, roideur tétanique des muscles.

VII. On peut donc faire de ces substances quatre classes distinctes:

Il y a les substances qui agissent sur la motricité, celles qui agissent sur la sensibilité, celles qui produisent la paralysie musculaire avec relâchement, et celles qui la produisent avec tension.

VIII. Les substances de la première classe, ou qui agissent sur la sensibilité, qui l'abolissent, sont: les poudres de réglisse, de lycopode, de chêne, de ciguë, de valériane, de poivre, de belladone, etc.; l'huile de naphte, etc.

Les substances de la deuxième classe, ou qui agissent sur la motricité, qui l'abolissent, sont: les éthers sulfurique, acétique, oxalique, l'alcool, l'acide sulfurique, le camphre dissous dans l'alcool, le chloroforme, les essences de térébenthine, de bergamote, de girofle, de menthe, de romarin, de fenouil, etc.

La troisième classe, ou celle des substances qui produisent la paralysie musculaire avec relâchement, comprend: les éthers sulfurique, acétique, oxalique, l'alcool, l'acide sulfurique, l'ammoniaque, le camphre, etc.; les poudres de réglisse, de chêne, de lycopode, etc.; l'huile de naphte, etc.

Et la quatrième, ou celle des substances qui produisent la paralysie musculaire avec roideur tétanique, avec tension, comprend: le chloroforme et les essences de térébenthine, de bergamote, de girofle, de menthe, de romarin et de fenouil, etc. (1)

Tels sont les faits que m'ont donnés mes expériences; mais quelle peut être la cause de ces faits? Pourquoi certaines substances agissent-elles sur la motricité et les autres sur la sensibilité? Pourquoi les unes produisent-elles la paralysie musculaire avec relâchement et les autres avec tension? Pourquoi, relativement aux nerfs, l'huile de naphte agit-elle comme les poudres, et le camphre comme les éthers? Pourquoi, relativement aux muscles, le chloroforme agit-il comme les essences, et l'éther, les éthers, comme les poudres? On pourrait multiplier ces questions, et elles ne serviraient toutes qu'à nous faire voir une chose, savoir, l'impuissance où nous sommes de les résoudre. Presque en tout genre, le premier effet de nos découvertes est de nous découvrir notre ignorance.

IX. Je ne finirai pourtant pas cette note sans appeler l'attention des physiologistes sur cette circonstance qui me paraît bien remarquable; c'est que, tandis que, parmi les substances qui produisent la paralysie musculaire avec relâchement, il en est qui agissent sur la sensibilité, sur les racines postérieures, sur les filets sensoriaux des nerfs, et d'autres sur la motricité, sur les racines antérieures, sur les filets moteurs des nerfs; toutes celles qui produisent la paralysie musculaire avec tétanos, tension, agissent toujours, primitivement du moins (2), sur la motricité, sur les racines antérieures des nerfs, sur leurs filets moteurs (3).

(1) Voyez *Comptes-rendus*, tome XXIV, page 905.
(2) Les éthers sulfurique, acétique, oxalique.
(3) L'acide sulfurique étendu d'eau.
(4) Ou du moins il ne perd la sensibilité que lorsque la dose de la substance injectée est trop forte. (Voyez *Comptes-rendus*, tome XXIV, pages 905 et 906.)
(5) Voyez *Comptes-rendus*, tome XXIV, page 906.
(6) Séance du 23 avril 1849. (*Comptes-rendus*, tome XXVIII, page 534.)

(1) *Voyez*, sur les injections ainsi faites, une de mes notes précédentes. (*Comptes-rendus*, tome XXIV, page 483.)
(2) Toutes ces injections ont été faites en poussant du côté du cœur; et j'en avertis ici pour n'avoir plus besoin de rappeler cette circonstance dans les expériences qui suivent.
(3) Dans l'état de demi-roideur, le membre est à demi contracté, à demi fléchi; il est, au contraire, droit et tendu comme un bâton, ainsi que je le disais tout à l'heure, dans la roideur complète.
(4) C'est (je l'ai déjà dit *note 4*) ce qui arrive toujours avec ces substances quand on dépasse une certaine dose. Avec une dose modérée, la sensibilité survit à la motricité; avec une dose plus forte, la sensibilité disparaît avec la motricité.
(5) *Voyez* la note 1.
(6) Je n'ai plus besoin non plus de dire que j'ai répété plusieurs fois chacune de ces expériences, quoique je ne cite ici qu'un exemple de chacune.
(7) Pour peu que l'on dépasse la dose requise de l'huile de naphte, la motricité se perd avec la sensibilité. (*Voyez* la note 7.)

(1) Ces deux dernières classes ramènent les mêmes substances que les deux premières; mais elles les groupent sous un autre point de vue. Dans les deux premières classes, les substances sont groupées d'après leur action sur les nerfs; elles sont groupées, dans les deux dernières, d'après leur mode d'action sur les muscles.
(2) *Voyez* la note 4.
(3) Je me fais un vrai plaisir de rappeler que j'ai eu, pour mes premières expériences de ce genre, le concours de M. Aug. Duméril, alors mon aide-naturaliste au Muséum, et de M. Philipeaux. J'ai eu, pour ces nouvelles expériences, le concours de M. Philipeaux, mon aide-naturaliste actuel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 mai 1849. — Présidence de M. PERTUS.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— Envoi de la *Gazette de Montpellier*.

— Hommage fait par M. L. Boyer, d'une brochure intitulée: *Discussion clinique sur quelques observations de hernie étranglée.*

— M. L. BOYER rend compte d'un mémoire de M. Florent-Cunier, de Bruxelles, sur l'ophthalmie contagieuse, endémique dans plusieurs provinces de la Belgique, et qu'on croit avoir été importée par les régiments revenus de l'expédition d'Egypte il y a un demi-siècle. Il conclut à des remerciments à l'auteur, et à l'envoi du titre de membre correspondant.

M. TANCHOU. Il s'agit d'une maladie très grave qui peut nous envahir. L'origine qu'on lui attribue me frappe. On la reporte à l'ophthalmie d'Egypte, c'est-à-dire à cinquante ans. Cette filiation contagieuse de l'ophthalmie dans l'armée belge me paraît peu probable, et si l'on s'appuie sur sa ressemblance avec l'ophthalmie d'Egypte, je dirai que les ophthalmies se ressemblent toutes à un certain point; d'un autre côté, il n'est pas prouvé que l'armée ait transmis l'ophthalmie épidémique dont elle fut atteinte en Egypte. Ce qui paraît plus certain, c'est que la classe pauvre en est particulièrement affectée. Or, les classes pauvres sont précisément dans les conditions de malpropreté et de privations où se trouvaient nos soldats en Egypte. On a supposé qu'elle était transmise par les maîtres des garnis, anciens soldats de l'armée, mais on a négligé la pensée d'examiner les habitudes des gens pauvres qui les habitent, et dont les conditions d'existence, tout à fait anti-hygiéniques, doivent être considérées comme les véritables causes de propagation de l'épidémie.

M. L. BOYER ne se porte pas garant de toutes les opinions de l'auteur. Cependant les recherches attentives de M. Cunier le portent à admettre comme exactes ses conclusions. Personne ne doute aujourd'hui que l'ophthalmie purulente puisse être contagieuse. Les logeurs ne sont accusés de propager la maladie que parce qu'ils sont eux-mêmes ophthalmiques, et c'est pour cela qu'on a interdit aux vieux soldats ophthalmiques de tenir des garnis. Quant à l'ophthalmie des armées en Belgique, elle est depuis trop longtemps l'objet des mesures les plus sévères pour qu'il soit possible de douter de son existence et de son ancienneté. C'est lorsqu'après la conférence de Londres on a licencié une partie de l'armée belge que la maladie s'est répandue dans la population, et qu'elle y a été transmise par les soldats licenciés.

M. TANCHOU. La question de la contagion me paraît moins évidente qu'à M. L. Boyer. On confond généralement l'extension épidémique d'une maladie et la contagion. Dès qu'un grand nombre d'individus se trouve atteint d'une épidémie, elle commence à paraître une contagion, parce que les sujets sont plus impressionnables et la maladie plus intense.

M. EGUISIER dit qu'en général l'inflammation puriforme ou purulente de toutes les muqueuses est contagieuse.

M. COURSERANT cite à ce propos une discussion qui eut lieu cette année au sujet de l'ophthalmie développée dans l'établissement de

Saint-Nicolas. Cette discussion avait été soulevée à propos d'une communication d'ophthalmie purulente se propageaot chez les enfants dans un quartier où étaient revenus quelques enfants sortis de l'hôpital avec l'ophthalmie purulente incomplétement guérie. La contagion ne parut douteuse pour personne. M. Gousée a établi par des relevés statistiques comment les régiments revenus d'Egypte ont infecté la population belge, quoique la France en fût épargnée. Depuis 1814 l'ophthalmie est épidémique en Belgique et y a fait de grands ravages. M. Fallhow a démontré qu'elle provenait de granulations suppurées et transmettant la maladie. Ces ophthalmies sont quelquefois à l'état latent, et si on ne leur oppose pas la cautérisation, produisent nécessairement des granulations. A l'Institut égyptien, rue du Regard, les jeunes gens, fils de princes, sont également atteints par l'ophthalmie granuleuse qu'ils ont pris en Egypte.

— M. Masson demande à chacun de venir apporter les lumières de son expérience sur l'épidémie de choléra actuellement régnante.

Pour lui, considérant l'atteinte profonde portée à la vie dans ses sources les plus essentielles, il lui semble qu'on ne peut méconnaître dans le choléra une action directe, primitive et profonde sur les centres nerveux. Aussi, portant sur ce point une attention toute spéciale, il obtient dès 1832 plusieurs succès par l'application d'un vésicatoire dorsal se prolongeant de la base de l'occiput à la région lombaire. La première malade chez laquelle il employa ce moyen était atteinte d'accidents comme tétaniques, et le succès rapide l'engagea à l'essayer dans plusieurs autres cas, et il fut constamment utile. Ainsi, en dehors des explications physiologiques exposées à l'appui d'un révulsif appliqué le long de la colonne vertébrale, je propose ce moyen appuyé sur des faits daos lesquels la prévision n'a pas fait défaut. Dans les cas où la maladie marche avec trop de rapidité pour attendre les effets du vésicatoire, j'emploi des frictions avec la pommade aux cantharides; ces moyens révulsifs, qui n'excluent pas les autres moyens employés soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, réussissent en général à arrêter les évacuations.

M. Pertus. Les vomissements peuvent encore être suspendus par l'application d'un vésicatoire au creux de l'estomac.

M. Péoelaborde parle du bon effet du sulfate de magnésie sur deux malades atteints de diarrhée cholériforme.

M. Dancel a vu deux cas de purgation administrée vers la fin d'affection aiguë de poitrine être immédiatement suivis de choléra. Suivant M. Dancel, le sang est plus profondément altéré que les centres nerveux; aussi doit-on plutôt s'attacher à modifier l'état du sang que celui des centres nerveux. Pour parvenir à son but, M. Dancel insiste sur les boissons chaudes.

M. Masson. Sans attacher d'importance aux théories, je dirai que l'impression produite sur moi par le choléra me porte à l'assimiler aux poisons violents dont l'action se fait primitivement sentir sur les centres nerveux; c'est pourquoi, au lieu d'appliquer au loin les vésicatoires, je les placc immédiatement sur la moelle épinière, et, je le répète, ce moyen m'a réussi dans tous les cas où le temps a permis au vésicatoire d'agir sur la peau.

M. L. Boyer, tout en considérant le vésicatoire conseillé par M. Masson comme un bon moyen, fait remarquer que dans la plupart des intoxications épidémiques le sang lui paraît le premier influencé. Dans le choléra, il croit que le sang est d'abord altéré et les autres organes ou systèmes d'organes atteints consécutivement. M. Castel a vanté les purgatifs; pour moi, je les redoute; j'en ai même refusé l'emploi chez une jeune accouchée atteinte de mammite, qui, avec les émollients et un peu de temps, il est vrai, s'est heureusement résolue.

— Les conclusions de M. L. Boyer ont été adoptées et le titre de correspondant conféré à M. Cunier.

D[r] Louis Terrier, *secrétaire annuel.*

Influence de l'électricité atmosphérique sur la marche du choléra.

Nous recevons de notre honorable et distingué confrère, M. Chaumet, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, une communication d'où nous extrayons dès aujourd'hui le passage suivant :

J'ai la douleur de vous annoncer que depuis un mois nous avons été envahis par l'épidémie, et que depuis trois à quatre jours, bien que nous soyons sous l'influence d'immense quantité d'électricité, nous voyons que les attaques se développent en bien plus grand nombre, et que surtout leur intensité est effrayante; car les malades succombent presque tous. Le nombre total des cholériques arrivés à l'hôpital Saint-André, à l'heure où je vous écris, s'élève à 22 ou 23, sur lesquels il y a eu 19 morts. En ville, les cas sont plus rares, mais ils sont également meurtriers.

Non-contagion du choléra.

Parmi le nombreuses communications contraires à l'opinion des contagionistes que nous recevons journellement, nous ne croyons pas qu'on lise sans intérêt la suivante, que nous devons à notre honorable confrère, M. Ballet, de Boulogne-sur-Seine.

J'ai été appelé à donner mes soins, le samedi 9 juin 1849, à madame ***, demeurant à Boulogne, grande Rue, fortement atteinte du choléra. Cette dame avait déjà, dans la nuit précédente, perdu de la même maladie un enfant qu'avait soigné un de mes confrères. Il y avait à peine dix minutes que j'étais auprès de cette dame à la frictionner pour aider quelques personnes fatiguées, que des symptômes graves d'asphyxie se déclarèrent; alors, ne consultant que mon courage, et dans mon désir de la sauver, j'appliquai ma bouche contre la sienne, mes mains contre sa poitrine, et j'établis une respiration artificielle. Au bout de quelques minutes, la respiration naturelle revient, la malade entend, répond à mes questions; la déglutition, qui était complétement arrêtée, se fait assez facilement; la vue revient peu à peu, et enfin les symptômes graves semblent près de disparaître.

Dans le courant de la journée, les mêmes symptômes se reproduisent; j'employai les mêmes moyens pour rappeler la malade à la vie; les résultats furent aussi heureux que la première fois. Mais pendant la nuit, les mêmes désordres s'étant reproduits, l'organisation de madame ***, trop fortement ébranlée par cette troisième attaque, ne put résister plus longtemps, et cette dame succomba malgré tous mes efforts.

Le *Moniteur* publie aujourd'hui le rapport suivant fait au président de la république, et dont tout le corps médical, nous n'en doutons point, approuvera l'esprit et la forme.

Monsieur le président,

L'épidémie qui a fait de si cruels ravages dans la population de Paris touche heureusement à son terme.

Le moment est venu d'accorder une légitime récompense à ceux qui, pendant de trop longs jours de deuil, se sont signalés dans le service des établissements hospitaliers, par le zèle le plus habile, le dévouement le plus actif et le plus entier accomplissement de périlleux devoirs.

Il était difficile, sans doute, de faire un choix au milieu de tous les nobles exemples de courage, d'abnégation et de charité qu'ont fait éclater ces douloureuses épreuves; et le gouvernement regretterait aujourd'hui les limites dans lesquelles il doit renfermer ces récompenses, si ces limites mêmes n'en relevaient le prix.

Les propositions que j'ai l'honneur de vous soumettre, Monsieur le Président, conformes aux présentations qui m'ont été faites, seront, je n'en doute pas, ratifiées par le sentiment de la reconnaissance publique. J'ai rempli un devoir de justice en y comprenant, pour une plus large part, le personnel attaché à la Salpêtrière, celui de tous les établissements hospitaliers qui a le plus souffert, et où l'activité des soins s'est sans cesse accrue avec l'intensité du mal.

Deux élèves internes de cette maison ont paru, entre tous, mériter une distioction spéciale; mais je dois ajouter que, partout, leurs jeunes collègues ont multiplié, pour combattre le fléau, les efforts d'un zèle sans relâche et d'un dévouement sans bornes.

Ces propositions, Monsieur le Président, n'acquitteront pas toutes les dettes du gouvernement. A d'autres degrés et dans d'autres rangs, la cause de l'humanité a été courageusement servie dans la capitale; ces services, pour avoir été moins éclatants, ne doivent pas être oubliés, et je serai heureux de vous demander pour eux, plus tard, une autre nature de récompense.

Agréez, Monsieur le Président, l'assurance de mon profond respect.

Le ministre de l'intérieur,
J. Dufaure.

Ce rapport est suivi d'un arrêté du président de la république, dont la teneur suit :

Art. 1[er]. Sont nommés officiers de l'ordre national de la Légion-d'Honneur :

MM. Husson, médecin à l'Hôtel-Dieu;
Guillot (Nathalis), médecin de l'infirmerie de la Salpêtrière.

Sont nommés chevaliers du même ordre :

MM. Tardieu (Ambroise), médecin du Bureau central des hôpitaux de Paris, chargé d'un service à l'Hôtel-Dieu;
Pidoux, médecin du Bureau central, chargé d'un service à la Charité;
Legroux, médecin à l'hôpital Beaujon;
Baillarger, médecin, chargé d'un service d'aliénés à la Salpêtrière;
Mitivié, *id.*;
Trélat, *id.*;
Vincent, directeur de la Pitié;
Hannosset, directeur de l'hôpital Beaujon;
Durand, aumônier à la Salpêtrière;
Labat, élève en médecine, interne à l'infirmerie de la Salpêtrière;
Poirson, élève en pharmacie, attaché à la même infirmerie.

Le choléra vient de faire une nouvelle victime dans le corps médical. Le jeune Slootmans, élève très distingué du Val-de-Grâce, a succombé à cette maladie. Les obsèques ont eu lieu aujourd'hui et se composaient des maires du 9[e] et du 12[e] arrondissement, de MM. les professeurs et officiers en chef du Val-de-Grâce, de M. le directeur et de tout le service administratif, de MM. les sous-aides et élèves, d'une députation des Ecoles de médecine et normale, et de plusieurs internes des hôpitaux de Paris; un détachement de troupe de ligne, commandé par un lieutenant, formait la haie.

Des discours ont été prononcés par M. Larrey, par M. Fusié, élève, dont le frère vient d'être tué sous les murs de Rome, et qui pleurait un autre frère dans son condisciple et ami Slootmans; par un autre élève et par M. le maire du neuvième arrondissement, qui a recueilli souvent des témoignages de la reconnaissance des malades auxquels les élèves ont donné des soins dans son arrondissement, et qui venait payer sur la tombe de l'un d'eux la dette de reconnaissance que la population et l'autorité municipale ont contracté envers eux.

NOUVELLES.

M. Baillarger n'a pu accepter la place que le sort lui avait assignée dans le jury du prochain concours du Bureau central. Par suite de sa démission, ce jury reste définitivement constitué comme il suit :

Juges : MM. Duméril, Beau, Thévenot de Saint-Blaize, Hardy, Duplay, Clément, Piedagnel, Roux, Malgaigne.
Suppléants : MM. Rayer, P. Dubois.

— M. Romand, pharmacien aide-major au corps expéditionnaire de la Méditerranée, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— M. Chauvin, chirurgien aide-major aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour le 9[e] dragons.

M. Marchessaux, chirurgien aide-major au 5[e] de ligne, est désigné pour les ambulances de l'Algérie.

M. Dolisy, chirurgien aide-major commissionné au 9[e] dragons, est désigné pour le 5[e] de ligne.

M. Laparra, chirurgien aide-major commissionné au 20[e] léger, est désigné pour le 8[e] de ligne.

M. Nicolas, chirurgien aide-major au 1[er] d'artillerie, est désigné pour être détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée.

M. Bercegol, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Toulouse, est désigné pour être détaché à celui de Vichy.

M. Haspel, médecin ordinaire aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital militaire de Toulon.

M. Burnet, médecin-adjoint aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital militaire de Bayonne.

M. Dieu, pharmacien-major à l'hôpital de Metz, est désigné pour les ambulances de l'Algérie.

M. Golscheider, pharmacien-major à l'hôpital de Longwy, est désigné pour celui de Thionville.

M. Duchesne, pharmacien aide-major à l'hôpital de Thionville, est désigné pour celui de Longwy.

— Le collége des chirurgiens de Londres vient d'accorder le grand prix d'anatomie à M. H. Gray pour ses essais sur l'origine, les connexions et la distribution des nerfs de l'œil humain et de ses annexes, avec des recherches d'anatomie comparée chez les animaux vertébrés, et le prix Jackson à M. J. Birkett pour sa dissertation sur les maladies de la glande mammaire chez l'homme et chez la femme, et leur traitement.

— Le *Moniteur* annonce que c'est par erreur que le nom de M. J. Guérin ne se trouve pas compris dans la liste de ceux qui composent la commission des études médicales.

Dans le numéro où nous avons publié cette liste, une autre omission a été faite à propos de la commission de l'enseignement supérieur; c'est celle de M. Jeoffroy Saint-Hilaire, à qui s'appliquent les qualifications de professeur et d'inspecteur des études.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 24 JUILLET 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 86.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS.	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER. . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 23 JUILLET 1849.

Bulletin du choléra.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

Hôpitaux civils :		
Journée du 20 juillet.......	35 entrées,	21 décès.
— 21	21	17
— 22	15	9
Hôpitaux militaires pendant les trois jours..................	12	4
Total................	83	51
Total des décès dans les hôpitaux..........		6825
Total des décès à domicile jusqu'au 2 juillet inclusivement..........		9127
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie................		15952

De l'avortement provoqué comme traitement de certaines maladies graves des femmes enceintes.

L'art fit une conquête précieuse lorsqu'il obtint sur des préjugés cruels, quoique à bien des égards respectables, le triomphe de ce beau précepte tocologique :

« En cas de danger pour la mère et pour l'enfant, sauvez la mère. »

Mais, pour que cette conquête, consacrée dans un moment solennel par le plus grand génie des temps modernes, conserve tout son prix, il faut bien se garder de vouloir l'étendre au delà de certaines limites. Hors de ces limites, il y a danger, et danger très grave pour l'art et pour la société.

Ce danger nous menace aujourd'hui ; il est temps de chercher à le conjurer.

Déjà quelques médecins d'une autorité plus ou moins imposante ont cherché à étendre les applications du précepte que nous venons de rappeler ; mais leurs tentatives n'ont encore produit dans le monde savant qu'une impression médiocre. Le fait suivant, que publie la *Gazette médicale de Lyon*, et qui est tiré de la pratique d'un chirurgien connu par sa prudence autant que par son mérite chirurgical, prouve qu'il est temps de soumettre à une discussion sérieuse les questions relatives à l'avortement provoqué. Avant de porter notre jugement sur ces questions, nous allons d'abord faire connaître dans tous ses détails le fait qui a provoqué cette discussion.

Une fille de 27 ans, Constance Goyet, d'Orgelet (Jura), habitant la campagne, d'une bonne constitution, entre à la Charité pour y faire ses couches, enceinte de sept mois. Huit jours environ après son entrée à l'hospice, cette fille se plaint d'un œdème douloureux de la jambe gauche ; elle accuse en même temps un peu de dyspnée, se faisant sentir surtout vers la région précordiale. Interrogée sur ses antécédents, elle ne peut assigner aucune cause à ce malaise subit ; l'auscultation ne fournit aucun renseignement positif, si ce n'est un peu de matité en bas et en arrière du poumon gauche.

Un vésicatoire sur le genou et trois sangsues appliquées à chaque bras, le 13 décembre, soulagent momentanément la malade. Le 15, les accidents avaient repris leur intensité primitive : la malade ne peut marcher, la dyspnée augmente. Une potion diurétique, avec 30 grammes de sirop de digitale, continuée pendant les jours suivants, apaisent un peu les souffrances de la malade, qui cesse de se plaindre jusqu'au 28, époque à laquelle l'œdème gagne les deux jambes et se propage aux cuisses et à l'abdomen ; la face devient bouffie, les mains, les bras enflent d'une manière prodigieuse ; l'auscultation, pratiquée de nouveau et avec grand soin, ne dénote rien ; les bruits du cœur sont normaux, seulement la matité semble augmenter du côté du poumon gauche ; la malade n'est pas allée du ventre depuis trois jours. (Potion avec 15 gouttes de teinture de digitale et 60 grammes de manne dans une infusion de violette et de tilleul. La malade reste dans le même état jusqu'au 1er janvier, époque à laquelle M. Bouchacourt prend le service. Les prescriptions précédentes sont continuées jusqu'au 5 janvier. L'anasarque avait alors fait de tels progrès, qu'il était impossible à la malade de reposer. On se décide alors à lui pratiquer quelques mouchetures aux grandes lèvres, qui sont dans un état de distension tel, qu'elles oblitèrent le vagin et gênent singulièrement la miction.

Le 6 et le 7, un écoulement continu de sérosité a lieu par les mouchetures. Le 7, dans la soirée, les mouchetures s'oblitèrent, et les phénomènes de gêne dans les mouvements de toute la partie inférieure du corps se reproduisent, ainsi que la difficulté dans l'émission des urines. L'auscultation démontre que l'épanchement pleurétique a fait des progrès ; que les deux cavités pleurales et le péricarde sont envahis ; la malade ne peut respirer qu'assise, et encore avec une difficulté extrême.

Le 8, on ajoute aux 15 gouttes de teinture de digitale, que la malade prenait jusqu'alors, 15 gouttes de teinture de scille et on applique deux larges vésicatoires sur la poitrine. Sur le soir, la figure se couvre d'une éruption rubéolique.

Le 9 au matin, un mois, au dire de la malade, avant l'époque où elle devait accoucher, l'éruption a pris un caractère érysipélateux ; la gêne de la respiration a encore augmenté, la suffocation est imminente ; la tête est lourde, la phonation difficile ; le toucher, pratiqué pour s'assurer de l'état du col, est gêné par la distension des grandes lèvres. On arrive cependant à reconnaître que le col est un peu effacé ; on constate une présentation du vertex à travers les parois de l'utérus aminci. Un lavement huileux est prescrit, afin de préparer la malade à l'opération qu'elle doit subir.

Le 9, à trois heures du soir, M. Bouchacourt, après avoir constaté les dime[illegible] ormales du bassin et la position du col, qui se trouve [illegible] à gauche, fait placer la malade comme pour la version ; un morceau d'éponge préparée à la ficelle est disposé en forme de rouleau d'un centimètre environ de diamètre sur six de long ; l'extrémité qui doit être introduite dans le col est un peu arrondie.

L'index de la main gauche est alors introduit dans le vagin, puis autant que possible dans l'orifice externe du col, qu'il essaie de dilater. Alors, avec la main droite, on introduit dans le vagin une pince à polype courbe armée d'un morceau d'éponge préalablement cératée, et, se servant de l'indicateur gauche maintenu dans la position décrite précédemment pour guider son instrument, le chirurgien fait pénétrer l'éponge de deux à trois centimètres dans le col, retire l'instrument et fait arc-bouter l'extrémité libre de l'éponge du côté du sacrum. L'index est alors retiré du vagin, dans lequel on place une éponge sèche destinée à maintenir la première en place.

La malade est placée alors dans un lit préparé à l'avance ; jusqu'à neuf heures du soir, rien n'annonce un accouchement prochain. A cette heure cependant quelques douleurs de reins font pressentir le commencement du travail ; la présentation ayant été préalablement constatée, on s'abstient de pratiquer le toucher pendant tout le temps du travail de peur de déranger les éponges.

Le 10, à sept heures du matin, a lieu l'expulsion des éponges placées dans le col de l'utérus et dans le vagin ; et, trois quarts d'heure environ après, l'accouchement se terminait.

La délivrance se fit presque immédiatement après la sortie de l'enfant, qui était un garçon bien portant, d'une longueur totale de 46 centimètres et demi, du poids de 1,900 grammes ; les diamètres de la tête mesurés présentaient : l'occipito-mentonnier, 11 centimètres et demi ; l'occipito-frontal, 11 centimètres ; le pariétal, 8.

Cet enfant, quoique bien constitué, fut, suivant les usages de la maison et parce qu'il parut un peu faible, allaité seulement au biberon et mourut au bout de treize jours.

La malade reposa passablement à la suite de son accouchement ; après six à huit heures environ, tout écoulement ayant disparu de la vulve et une légère congestion se manifestant du côté de la tête, on fit appliquer de la moutarde aux cuisses.

Le 11 janvier, la nuit a été bonne, ce qui n'était pas arrivé depuis longtemps ; pas de lochies, écoulement assez abondant de sérosité par les mouchetures qui se sont ouvertes pendant le travail ; l'anxiété a diminué.

Le 12, application de sangsues ; un écoulement séro-sanguinolent s'est manifesté après l'application des sangsues ; légères douleurs du côté des reins, qui semblent se gonfler ; 122 pulsations ; respiration toujours un peu gênée ; même prescription.

Le 13, le pouls est tombé à 104.

Le 14, il n'y a plus que 92 pulsations. La malade accuse des coliques, constipation : 25 grammes de sulfate de soude dans de l'eau de veau, bouillon pour régime.

Le 15, pas de selles, tisane de mélisse et sirop de capillaire, bouillon.

Le 15, trois verrées de petit lait purgatif.

Le 17, plusieurs selles, moins de coliques, respiration plus libre qu'elle ne l'a jamais été ; il y a cependant encore un peu d'épanchement pleural.

Le 21, l'anasarque et les divers épanchements, soit dans les plèvres, soit dans le péritoine, avaient presque complète-

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Convocation des élèves dans l'amphithéâtre de la Faculté.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Malgré le règne officiel de la fraternité, les fêtes de famille sont trop rares pour que je me dispense de vous faire connaître celle à laquelle j'ai assisté hier. C'est à M. Bérard que nous en sommes redevables. Le savant professeur, le bienveillant et paternel doyen avait convoqué dans le grand amphithéâtre de la Faculté tous les élèves en médecine, et spécialement ceux qui étaient allés en divers lieux prodiguer aux victimes de l'épidémie les secours de la science ; ceux-ci étaient au nombre de près de 300. Or, si du chiffre d'environ 800 que renferme l'Ecole, on en soustrait à peu près 250 qui font un service dans les hôpitaux en qualité d'internes ou d'externes, et un nombre presque égal qui n'en sont encore qu'à leur première année d'études et qui n'auraient pu porter des secours éclairés aux malades, on voit que toute notre jeunesse médicale a noblement répondu à l'appel du gouvernement et à la confiance qu'elle a toujours inspirée à ses maîtres. Vous ne serez donc point étonné de l'expression de bonheur qui rayonnait sur l'excellente figure du doyen lorsqu'il s'est trouvé au milieu de cette belle et ardente génération qui venait d'acquérir des titres si précieux à la reconnaissance publique. Est-il de plus vive, de plus pure jouissance que celle qu'il devait éprouver !

Mais M. Bérard ne s'est point contenté des douces satisfactions que lui procurait le décanat : il a fait toutes les démarches nécessaires pour assurer à ses chers élèves les récompenses qui leur sont dues. C'est pour leur rendre compte de ces démarches et pour leur témoigner toute la satisfaction du gouvernement qu'il les avait réunis hier.

M. Bérard a d'abord fait connaître à l'auditoire le rapport qu'il avait adressé à M. le ministre de l'instruction publique sur le service des élèves qui s'étaient rendus avec empressement à l'appel de leur doyen. Le ministre s'était empressé de répondre au rapport de M. Bérard par une première lettre où il remerciait les élèves dans les termes les plus flatteurs du zèle et du dévouement qu'ils avaient montrés pendant l'épidémie. Mais craignant bientôt que dans sa précipitation les termes de sa lettre n'eussent pas convenablement rendu tous les sentiments de reconnaissance qu'il éprouvait, il fit écrire à M. Bérard une seconde lettre conçue en ces termes :

Monsieur le doyen,

M. le ministre me charge d'être son interprète auprès de vous et de vous remercier des détails que vous avez bien voulu lui transmettre sur la conduite des élèves de l'Ecole de médecine pendant la dernière épidémie. Le conseil des ministres s'est occupé aujourd'hui des moyens de leur témoigner toute l'estime et toute la reconnaissance du gouvernement, et il a été convenu que M. le président de la République serait prié de vouloir bien accorder à l'Ecole deux décorations de la Légion-d'Honneur. Comme le service sanitaire relatif au choléra est dans les attributions de M. le ministre de l'intérieur, c'est sur sa présentation que les décorations auront lieu. M. de Falloux vous prie en conséquence de vouloir bien vous entendre avec son collègue afin d'arrêter les noms qui seront proposés à M. le président. Permettez-moi de saisir cette occasion, Monsieur le doyen, pour vous renouveler l'assurance respectueuse de mes sentiments les plus distingués.

Le chef du cabinet,
JOURDAIN.

Par suite de malentendus que M. Bérard n'a pas jugé convenable de chercher à expliquer, les décorations dont il est question dans cette lettre ont été exclusivement réservées pour les élèves des hôpitaux, qui les avaient d'ailleurs bien méritées. Mais M. le doyen n'a nullement renoncé à obtenir, pour les élèves de l'Ecole, une récompense efficace. Il a demandé d'abord au ministre de l'instruction publique une dispense de frais universitaires pour tous les élèves qui auraient fait preuve du plus grand zèle, et au président de la République une médaille pour chaque élève qui avait prodigué ses soins aux victimes de l'épidémie. Ces demandes ont été accordées sur-le-champ ; et quant à la dispense des frais universitaires, M. Bérard n'a eu qu'à combattre l'excès de générosité du ministre ; car M. de Falloux avait d'abord voulu faire remise entière de tous les frais universitaires aux élèves qui auraient reçu une mission. M. Bérard a été obligé de lui faire remarquer que l'état du trésor de la République ne permettait pas une générosité aussi complète, et il a été convenu qu'on n'y puiserait que modérément, tout en cherchant à récompenser le plus dignement possible les services rendus.

MM. les élèves ont parfaitement reçu la communication de M. Bérard ; les plus chaleureux applaudissements ont prouvé qu'ils considéraient leurs intérêts comme étant dans d'excellentes mains, et l'on s'est quitté satisfait de soi-même et des autres, et prêt à faire preuve du même dévouement dans le cas où des circonstances malheureuses viendraient à surgir.

J'espère, mon cher confrère, que vous appellerez cela, ainsi que moi, une véritable fête de famille, et que vous me remercierez de ne point troubler la satisfaction que vous causera ce récit ; je vous fais donc grâce, pour aujourd'hui, de ma correspondance habituelle.

X...

Par arrêté du président de la République, l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Orléans est supprimée.

ment disparu, lorsque dans la journée d'hier la malade s'est plaint d'une recrudescence de ses douleurs; le pied droit et la jambe du même côté sont le siége d'un œdème douloureux. Coton cardé, taffetas ciré pour l'envelopper, potion avec 4 gram. de sirop de digitale, 10 gouttes de teinture de scille.

Le 22, les douleurs persistent, le sommeil est interrompu; on ajoute à la prescription précédente 10 gouttes de laudanum.

Le 23, pas de douleurs, mais un frisson s'est montré dans la soirée; on supprime la potion diurétique, et on donne à la malade 15 grammes de sirop d'écorces d'orange et 15 grammes de sirop de quina.

Le 24, la malade n'accuse plus aucune douleur; les nuits sont calmes; il y a encore un peu de bouffissure de la face.

Le 27, la malade va passer quelques jours à l'Hôtel-Dieu avant de se remettre au travail; elle n'a plus en sortant de la Charité qu'un reste d'œdème à la face. Six semaines après ses règles paraissaient, et depuis lors elle s'est toujours bien portée.

Pendant le mois de mai, cette fille a été vue par M. Bouchacourt; il a constaté qu'elle se portait aussi bien que possible.

Le rédacteur de cette observation, M. Bourland, interne des hôpitaux de Lyon, ajoute les remarques suivantes, qui, indubitablement, expriment aussi la pensée de l'opérateur :

La malade qui fait le sujet de cette observation était affectée d'une pleuro-péricardite et d'un anasarque, état complexe en partie indépendant de la grossesse, en partie sous sa dépendance. Le traitement n'ayant pu réussir à le faire disparaître, et la gestation agissant à la fois comme cause et comme complication, il fallait de toute nécessité avancer le terme de la parturition. L'innocuité de l'opération et son heureuse influence sur la mère et son enfant ont confirmé une fois de plus ce beau précepte de Levret : « L'excellence de l'art de l'accoucheur consiste à sauver deux individus à la fois. »

Il y a à considérer dans ces remarques des questions générales ou de principes et une question particulière ou d'application ; nous allons les examiner successivement, mais en insistant plus particulièrement sur la première ; car notre intention est moins de critiquer la pratique d'un confrère doublement considéré par sa prudence et par son talent que de soutenir les véritables intérêts de la science et de la profession auxquels sont intimement liés ceux de la société, de l'humanité.

Avant d'aborder la question fondamentale, il en est une préliminaire que nous devons décider ; c'est celle relative à la distinction qu'on a voulu établir implicitement ou explicitement entre l'*accouchement* prématuré et l'*avortement* provoqué. Les praticiens qui ont conseillé l'avortement dans les cas de maladies graves de la mère ont généralement désigné cet avortement sous le nom d'accouchement prématuré, sans doute parce que cet avortement n'ayant été conseillé qu'à une époque avancée de la grossesse, on a pu s'imaginer qu'alors le travail qu'on provoquait était absolument semblable à l'accouchement naturel. Cette distinction est vicieuse sous tous les rapports ; elle ne peut servir qu'à obscurcir le véritable point de vue de la question. Il est bien évident que plus la grossesse sera près de son terme, moins l'avortement, provoqué ou non, aura de dangers pour l'enfant; mais à coup sûr ces dangers existeront toujours ; les chances de vie seront moindres dans l'accouchement prématuré artificiel que dans l'accouchement naturel, et c'est pour ne pas voiler sous la sécurité des mots le danger des choses, qu'il nous semble utile de désigner sous le nom d'avortement provoqué la pratique que nous allons maintenant chercher à apprécier avec impartialité.

Pour commencer par la question de principes, dans quels cas peut-on ou doit-on même provoquer l'avortement, et ainsi exposer ou sacrifier les jours de l'enfant?

Nous ne connaissons, pour notre part, qu'une seule condition qui justifie un semblable attentat, car c'en est un, aux lois naturelles. Cette condition réside dans la certitude absolue que la mère ne survivra pas aux efforts de l'accouchement si on l'abandonne à elle-même. Alors seulement nous admettons qu'on puisse dire, comme Napoléon l'a dit au célèbre Dubois : Sauvez la mère.

Cette certitude absolue que nous exigeons, quand peut-elle exister? Elle n'existe, suivant nous, au moins dans l'état actuel de la science, que dans les cas de malformation du bassin, alors qu'une impossibilité physique s'oppose à l'accouchement naturel.

Sortir de ce principe absolu et n'exiger, pour se décider à provoquer l'avortement, que des quasi-certitudes, des probabilités plus ou moins grandes, c'est s'engager dans une voie pleine de périls pour la profession et pour la société. Quand un médecin aura posé en principe qu'on peut provoquer l'avortement dans un cas d'anasarque, un autre dans un cas de vomissements opiniâtres, un troisième dans un cas de pleurésie, un quatrième dans une attaque de choléra, qui posera les limites où l'art doit s'arrêter? qui s'érigera en juge pour distinguer l'usage de l'abus? On ne trouve à ces questions que des réponses également dangereuses.

Dans la première partie d'un mémoire remarquable qui n'en a malheureusement jamais eu de seconde, M. Paul Dubois écrivait, il y a environ six ans, que l'avortement provoqué était une opération chirurgicale comme toutes les autres opérations, et que, comme celles-ci, elle ne relevait que de la conscience de l'opérateur.

Ce n'est certainement pas nous qui chercherons à restreindre les franchises de la profession, nous l'avons prouvé trop de fois pour être suspect à cet égard ; mais nous leur imposerons toujours pour limites la sécurité publique, de même qu'on doit toujours imposer pour limites à sa propre liberté la sûreté et la liberté d'autrui. Or il est évident que la sécurité publique, de grands intérêts sociaux, seraient compromis si on livrait ainsi aux vagues inspirations de chacun le sort de tous ces êtres qui n'ont point encore vu le jour, mais qui seront un jour des hommes. Quand M. P. Dubois émettait dans sa généralité le principe que nous venons de rappeler, il n'avait en vue que les applications incontestablement rationnelles de ce principe ; mais nous connaissons assez sa haute prudence pour pouvoir affirmer qu'il approuve nos restrictions.

D'ailleurs, nous ne pouvons nous le dissimuler, si la science n'adoptait pas ces restrictions, si elle abandonnait ainsi, sans en réglementer rigoureusement l'usage, le droit de vie et de mort sur les jeunes êtres encore renfermés dans le sein maternel, la société n'accepterait point une telle décision ; elle surveillerait attentivement l'usage de ce droit contesté, et de là peuvent surgir toutes sortes d'obstacles au libre exercice de la profession médicale, toutes sortes de vexations pour ceux qui l'exercent honorablement, tandis que ce droit, même contesté, servira d'égide à des intentions et à des manœuvres coupables.

Tels sont les sains et absolus principes dont il nous paraît urgent de ne point s'écarter dans le double intérêt de la science et de la profession. Le fait observé dans le service de M. Bouchacourt est-il de nature à justifier une exception à ces principes? Nous ne saurions l'admettre. En effet :

1° Rien ne pouvait démontrer que la mère ne pût arriver vivante au terme de sa grossesse.

2° Elle n'avait certainement, quand on a provoqué l'avortement, ni pleurésie, ni péricardite, et si elle avait été affectée de ces deux maladies, il est plus que douteux qu'un avortement eût été et soit en général une circonstance bien favorable à leur guérison.

3° L'avortement, loin d'avoir été favorable à la mère et à l'enfant, n'a produit qu'un bien très problématique pour la mère, et il a *très probablement* été la cause de la mort de l'enfant, qui, étant bien constitué, aurait sans doute vécu s'il était né à terme.

Nous nous résumons donc par cette phrase :

Le médecin ne doit provoquer l'avortement que dans le cas où il a la certitude complète que la mère succomberait dans le travail naturel de la parturition.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Hernie étranglée chez une femme. Opération. Mort. Examen des pièces pathologiques. Disposition insolite et non décrite encore.

La femme qui nous était entrée pour une hernie étranglée ces jours derniers, que j'ai opérée et chez laquelle, ayant trouvé l'intestin gangréné, j'ai dû l'ouvrir et le maintenir au dehors, est morte à la suite de l'opération.

Ce fait mérite toute votre attention. Et d'abord, au moment où je me suis décidé à opérer, l'étranglement ne durait pas encore depuis vingt-quatre heures. Vous trouverez écrit dans beaucoup de livres que, chez les malades atteints de hernies étranglées, on peut différer l'opération au delà de trente-six et même quarante-huit heures. Je n'ai pas même différé vingt-quatre heures, et j'ai trouvé sous mon bistouri un intestin gangréné. Du reste, je ne suis pas seul à avoir vu cela. Pott cite le fait d'un malade opéré deux heures après les premiers phénomènes d'étranglement, et chez lequel pourtant l'intestin se trouva gangréné. J.-L. Petit cite aussi des cas où la gangrène a été rencontrée sur des intestins herniés, étranglés seulement depuis quelques heures. Vous voyez qu'il n'est pas toujours bon d'attendre pour opérer; mieux vaudrait même opérer tout de suite, quand les moyens employés pour faire rentrer l'intestin sont restés sans efficacité.

Chez cette femme, après être arrivé sur l'intestin que j'ai trouvé gangréné, je l'ai ouvert ; je me suis assuré de la libre communication du bout supérieur et du bout inférieur, j'ai maintenu l'intestin aux bords de la plaie, puis la malade a été reportée à son lit.

Quelques heures après, quelques-uns des signes de l'étranglement ont cessé; la douleur abdominale s'est calmée, les vomissements n'ont plus reparu. Le lendemain, le cours des matières fécales n'était pas rétabli ; il y avait encore des coliques. Etait-ce l'étranglement qui persistait?

L'étranglement est produit par des causes diverses, quelquefois par l'anneau; je m'étais assuré que l'anneau était libre. D'autres fois, c'est par le collet du sac, qui se détache du pourtour de l'anneau et remonte avec l'intestin pendant la réduction ; puis, quand celle-ci est achevée, les rapports de l'intestin et du collet du sac rétréci, induré et résistant ne sont pas changés, et la constriction continue. Mais cela ne pouvait avoir lieu dans ce cas, car j'avais ouvert l'intestin gangréné, et je le maintenais sur les bords de la plaie. Il n'y avait pas eu de réduction ; cela m'empêchait aussi de croire que l'intestin, rétréci par habitude, depuis son séjour dans le collet du sac, continuait à lui tout seul les phénomènes que j'avais sous les yeux. Restait la possibilité d'une maladie qui simule assez bien l'étranglement, je veux parler de la péritonite. Elle offre en effet, pour symptômes, des vomissements, des coliques et la constipation, comme une hernie étranglée ; mais chez notre malade, après l'opération, les vomissements ont cessé de se montrer. Ce n'était donc pas une péritonite, ou, si péritonite il y avait eu, elle était trop légère pour expliquer l'état de prostration de la malade et l'absence complète de matières fécales. On pouvait, mais sans plus de preuves, songer à un étranglement produit par l'enroulement de l'intestin, la pression de quelque bride, etc.

Quoi qu'il en soit, nous ne nous sommes pas expliqué la persistance des symptômes ; nous n'avons pu les faire disparaître. Cette femme est tombée dans l'affaissement, puis a succombé au quatrième jour. Nous avons fait l'autopsie, examiné avec soin les parties.

Nous avons trouvé que le cours des matières fécales était interrompu par une valvule obturatrice accidentelle, qui s'étendait d'avant en arrière et interceptait toute communication avec le bout supérieur. Cette valvule était formée par le péritoine ; c'était, pour ainsi dire, un lambeau de celui-ci qui avait contracté des adhérences tout autour de l'orifice du bout supérieur, et jouait à son égard le rôle d'un opercule membraneux. Tout cela s'était arrangé et rapidement organisé après l'opération.

Il y avait aussi une dégénérescence d'un ovaire; mais cela ne pouvait jouer d'autre rôle que de comprimer le rectum. Il n'avait donc rien de commun avec l'étranglement herniaire.

Double conjonctivite que l'on aurait pu croire simulée, due probablement à des émanations irritantes.

Au n° 2 de la salle des femmes se trouve une pauvre chiffonnière affectée d'une double conjonctivite. Ce n'est pas pour la première fois que cette femme vient dans les salles de la Charité. Sa dernière sortie est encore de date assez récente, et ne remonte pas au delà d'un mois. C'est toujours pour le même motif : une conjonctivite double. On a déjà pu remarquer deux fois, chez cette femme, une chose assez singulière. Entrée avec une inflammation de la conjonctive très intense, offrant tous les signes d'une conjonctivite qui menace de devenir purulente, de s'étendre à la cornée et de l'ulcérer, elle a toujours été guérie très promptement à l'aide du nitrate d'argent. La dose de ce médicament employée est la suivante : 10 centigrammes de sel pour 30 grammes d'eau. On instillait quelques gouttes de cette solution sur les surfaces enflammées. La durée du traitement a été de huit jours l'avant-dernière fois, et de quatre jours seulement la dernière fois; car, entrée le 20, elle se trouve aujourd'hui bien guérie, et elle sortira demain 26 juin.

Il n'y a pas de symptômes généraux fébriles.

En présence de cette femme, dit M. Velpeau, que je revoyais pour la troisième fois, je n'ai pu m'empêcher de songer à quelque fraude; je n'ai pu me défendre de l'idée qu'il se pourrait qu'elle eût un moyen quelconque de produire artificiellement cette apparence inflammatoire de la muqueuse oculaire. Vous savez que, parmi les malheureux, la production artificielle d'une maladie qui leur assure un gîte de quelques jours à l'hôpital est assez accréditée. Les uns se montrent avec un mal aux yeux, les autres avec un ulcère à la jambe ; et dans tous les cas, ils sont artistes de leurs maux. J'ai quelques motifs de croire que cette femme pourrait en avoir agi de la sorte. D'abord, elle est vouée à la misère et chargée d'enfants ; et aussi je me souviens que, lors de son précédent séjour, je lui laissai entendre que nous serions obligés, pour la guérir, de la soumettre à quelque moyen violent, parce que la maladie était très grave, et qu'il était urgent de s'en rendre maître pour arrêter ses progrès. Cette menace eut pour résultat d'amener une amélioration presque soudaine et une guérison assez prompte. Quand je l'ai revue, avant-hier matin, je lui ai dit que j'allais lui appliquer des ventouses scarifiées. Elle s'y est refusée, en me promettant bien qu'elle serait guérie aujourd'hui. A-t-elle tenu parole? Le fait est qu'elle est guérie et qu'elle peut actuellement sortir.

D'un autre côté, cette femme demande, dès les premiers moments de son séjour parmi nous, que nous la guérissions vite pour qu'elle puisse sortir. Cela me ferait croire qu'il n'y a de sa part aucune supercherie, et que la maladie est accidentelle et produite par des causes extérieures indépendantes de sa volonté.

Dès lors, où trouverions-nous une cause qui pût expliquer cette maladie, assez singulière dans sa marche et sa terminaison, si peu en rapport avec son intensité apparente? Vous vous rappelez que cette femme est chiffonnière; elle habite un pauvre petit réduit; elle épluche et trie dans ce réduit les chiffons ramassés dans les ruisseaux et les égouts de la ville ; elle secoue ainsi dans sa pauvre habitation les miasmes délétères dont ils sont chargés; elle se créée une atmosphère de gaz irritants. Serait-ce là l'origine de l'inflammation de ses yeux? C'est, à mon avis, une opinion très soutenable.

Dans tous les cas, il m'a paru très important de vous signaler cette constante rapidité de la guérison, qui contraste avec l'intensité du début de la maladie, et de saisir l'occasion de vous prémunir contre quelques maladies simulées.

Note sur le traitement de la diarrhée et de la dysenterie, et spécialement du traitement par l'opium et par les purgatifs;

Par M. ABEILLE,

Médecin-adjoint à l'hôpital du Val-de-Grâce.

L'opium jouit d'une telle réputation dans les diarrhées, qu'il en est devenu presque le remède proverbial. Les meilleurs mémoires qui ont paru sur la dysenterie, ceux même qui prohibent les évacuations sanguines contre cette affection, le proclament comme un remède supérieur à tous les autres. Il faut qu'il y ait quelque chose de vrai dans cette vertu octroyée à l'opium à la presque unanimité des suffrages.

N'avons-nous pas lu et entendu dire que c'est le moyen le plus sûr pour mettre un frein au dévoiement des cholériques quand il est devenu si abondant qu'il ajoute à la prostration déjà trop considérable de ces malades? Eh bien, je le dis à regret, il y a certainement une exagération marquée dans ces louanges unanimes adressées à ce médicament empiriquement employé. C'est peut-être trop prétentieux de ma part de m'exprimer ainsi; mais je ne parlerai qu'avec des faits bien précis à la main, et cela me rendra peut-être excusable.

Est-ce à la prédominance de telle ou telle constitution médicale régnante que doivent être attribués les trop nombreux insuccès que j'attribue à l'opium? Je n'en sais rien; mais ce qu'il y a de certain, c'est que je les ai observés sur des théâtres bien éloignés les uns des autres et sous un ciel quelque peu différent. En Afrique, je n'étais que simple spectateur, mais j'observais; à Versailles, j'ai joué le même rôle; à Givet, le traitement a passé par mes mains, comme à Paris depuis près d'un mois.

Malgré la doctrine physiologique qui a prévalu si longtemps, malgré l'autorité d'un mémoire publié il y a quelques années par feu M. le principal Peysson, médecin en chef de l'hôpital de Lyon, mémoire dans lequel l'auteur prônait les petites saignées coup sur coup dans la dysenterie et rapportait bon nombre d'exemples à l'appui, je demeurai et suis encore convaincu du peu d'efficacité de la méthode antiphlogistique dans cette maladie.

L'opium seul ou associé à quelques autres remèdes m'inspirait beaucoup plus de confiance, quoique je conservasse des doutes suscités par les nombreux insuccès observés en Afrique où cette maladie est si fréquente et si meurtrière. L'épidémie qui a régné dans le temps à Versailles n'a pas servi à me désillusionner; là les insuccès par l'opium étaient souvent plus que patents, tandis que les purgatifs salins et les lavements au nitrate d'argent enlevaient à la mort des victimes dont l'opium n'avait pu améliorer le sort. Il me restait à me demander si les médecins avaient porté assez haut la dose de ce médicament. L'expérience est venue plus tard me prouver que les doses très élevées n'étaient pas plus puissantes dans ces cas que les doses habituellement employées.

Il m'est arrivé de donner l'opium jusqu'à la dose d'un gramme dans les dysenteries graves. Qui le croira! Eh bien, un gramme de ce médicament ne produisait pas plus que 20 ou 25 centigrammes.

Je ne désavoue pas que dans un très grand nombre de cas il ne rende de grands services, mais je constate que dans un très grand nombre d'autres, notamment dans les diarrhées et dysenteries graves, il demeure fort au-dessous de la réputation qu'on lui a faite; je vais même plus loin, et dis que, dans toutes les diarrhées qui ne sont pas le résultat de la phlegmasie aiguë de l'intestin, dans toutes ces diarrhées, dis-je, avec acuité, il ne peut supporter le parallèle avec les purgatifs salins par haut et par bas.

En 1848, il régna à Givet, comme dans beaucoup d'autres garnisons, une petite épidémie de dysenterie; 69 malades de cette catégorie eurent à recevoir mes soins à l'hôpital dans l'espace d'un mois et demi.

Les neuf premiers furent traités par quelques applications de ventouses scarifiées ou de sangsues sur l'abdomen, suivant l'intensité des douleurs et du mouvement fébrile; des fomentations chaudes sur le ventre, l'opium à l'intérieur et en lavements à la dose de 10 à 30. J'ai vu traiter assez de dysentériques pour savoir que c'est là à peu près la manière dont se comportent la plupart des médecins, qui unissent l'opium aux antiphlogistiques modérés.

Sur ces neuf malades, j'en perdis trois, et les six autres ne furent guéris qu'entre dix-huit et trente-sept jours.

Des soixante malades restants, vingt furent traités par l'ipéca, à la dose d'un gramme tous les deux ou trois jours, et qui, chose remarquable, ne provoquait jamais ou presque jamais de vomissements. Avec l'ipéca furent administrés quelques lavements avec le sulfate de soude à la dose de 45 grammes. Ces vingt malades, que j'avais traités ainsi à cause d'un enduit muqueux grisâtre qui recouvrait la langue, et d'un certain cachet d'adynamie qu'ils présentaient, ne fournirent aucun décès et guérirent rapidement. Il est vrai que c'étaient les cas les moins graves.

Enfin les quarante dysentériques restants et qui ont offert le plus de gravité ont été traités par des purgatifs salins, alternant tous les deux jours avec des lavements au sulfate de soude, et répétés comme ceux-ci trois, quatre fois durant le cours de la maladie. Il y avait dans ce nombre des malades qui avaient des selles sanguinolentes presque continuelles et involontaires avec ténesme (cinq). La plupart avaient plus de vingt selles en vingt-quatre heures; beaucoup allaient jusqu'à quarante et cinquante fois à la garde-robe.

En moyenne, je compare les neuf premiers à ces quarante derniers pour la gravité, toute proportion gardée d'ailleurs.

Un seul parmi les quarante malades succomba. Quelques-uns guérirent très promptement (les moins affectés). D'autres n'obtinrent la guérison complète qu'en quinze, vingt et vingt-cinq jours. D'autres, enfin, et c'est le plus petit nombre, eurent à lutter longtemps contre une désorganisation avancée, et présentèrent une convalescence de quarante-cinq jours à deux mois et demi.

Parmi ces quarante malades, il s'en trouvait dix chez qui l'opium avait été administré tout d'abord à doses croissantes, jusqu'à 5 et 6 décigrammes par jour, sans compter celui qui entrait dans les lavements opiacés, et qui n'ayant obtenu aucune amélioration furent guéris par les purgatifs salins.

Je donnais pour purgatifs 45 grammes de sulfate de soude et 10 grammes de nitrate de potasse. Les lavements étaient préparés avec 45 à 50 grammes de sulfate de soude.

Depuis près d'un mois que je suis chargé d'un service au Val-de-Grâce, il m'est bien passé par les mains soixante-dix diarrhéiques, soit que cette maladie fût sous l'influence du choléra ou en fût une manifestation légère, soit qu'elle ne fût en aucune façon du ressort de cette influence générale. Ici, comme à Givet, j'ai reconnu la supériorité non incontestable des purgatifs salins dans les mêmes cas donnés.

J'ai dévié peut-être un peu de mon but en reproduisant toutes ces généralités. J'arrive maintenant aux deux exemples les plus saillants que je veux vous citer, où l'opium a été donné à une dose effrayante et où cependant il n'a rien produit de bon. A côté de ces exemples, je pourrais vous en placer beaucoup d'autres où, pour avoir été donné à des doses un peu moins fortes, l'opium n'en a pas moins été porté très haut sans donner de plus beaux résultats. Et cependant je dois dire que, comme beaucoup de praticiens, il m'a souvent réussi; mais les purgatifs salins m'ont réussi plus souvent que lui, alors que la diarrhée n'est pas tributaire d'une phlegmasie aiguë du tube digestif.

1° Chev..., soldat au 5e de dragons, grand, fort, bien proportionné, teint brun, âgé de vingt-quatre ans, entrait à l'hôpital de Givet le 20 juillet 1848 pour une dysenterie dont il était atteint depuis deux jours. Ce militaire avait jusqu'à trente selles sanguinolentes avec ténesme dans les vingt-quatre heures. La peau avait une couleur cuivrée sans exagération de chaleur, et était collée aux muscles sous-jacents, le pouls fréquent et dépressible, les yeux cernés d'un cercle bleuâtre, la langue pâle et humide, le ventre douloureux à la pression, la soif très vive. — Fomentations chaudes sur l'abdomen. Lavement amilacé et opiacé *bis*. Trois pilules d'opium à 5 centigrammes chaque. Eau de riz gommée.

Le 21, selles plus nombreuses. Le malade ne fait qu'une navette de son lit à la chaise percée. Il est épuisé; les membres se refroidissent. — Sinapismes aux quatre membres. Six pilules d'opium à 5 cinq centigrammes. Lavement amilacé et opiacé *bis*. Un peu de vin chaud sucré.

Le 22, le malade ne peut plus se lever. Il va presque continuellement sous lui, quoique avec conscience. — Six pilules d'opium à 1 décigramme chaque cette fois. Lavement amilacé et opiacé *bis*.

Le 23, le malade ne se sent plus aller sous lui. Les membres et la face sont violacés. Le pouls se concentre. Les extrémités ne conservent plus de chaleur. La prostration est extrême. — Vin chaud sucré. Huit pilules d'opium à 1 décigramme chaque. Cruchons pleins d'eau chaude aux pieds. Lavement amilacé et opiacé *bis*.

Le 24, rien n'est changé. La voix est à demi éteinte. Je renonce à l'opium. — Potion avec 30 grammes de sulfate de soude et 10 grammes de nitrate de potasse.

Cette potion suscite d'abord des coliques violentes avec redoublement de selles; mais dans la nuit le malade est plus calme, et il s'établit quelques intervalles d'une selle à l'autre. D'ailleurs la conscience lui est revenue, et il sent le besoin d'aller à la garde-robe.

Le 25, vin chaud sucré; quelques cuillerées de bouillon. — Lavement avec 50 grammes de sulfate de soude.

Plusieurs selles, plutôt verdâtres que sanguinolentes, succèdent à ce lavement. Un peu de repos dans la nuit.

Le 26, même lavement. Bouillon; vin sucré. Neuf selles seulement en vingt-quatre heures. Peu de sang.

Le 27, deuxième potion au sulfate de soude. Pas de coliques. Quatre selles coup sur coup, puis calme complet jusqu'au lendemain.

Pendant trois jours le malade reçut encore un lavement salin, prit du bouillon assez abondamment, et avala quelques cuillerées de vin sucré.

La dysenterie était vaincue; mais il restait anéanti, dépéri, dans un marasme prononcé. Malgré tous les soins il devint anasarque. Cette hydropisie fut combattue par le sous-carbonate de fer, les toniques, et un régime approprié. Chev... quittait l'hôpital deux mois et demi après son entrée, complétement guéri de sa maladie première comme de la superfétation.

2° Dans mon second exemple, il s'agit d'un jeune militaire du 41e de ligne, Moreau. Ce militaire, entré dans mon service à l'hôpital du Val-de-Grâce le 23 juin, était porteur d'une rougeole qui suivit sa marche ordinaire, et guérit en quelques jours.

Le 6 juillet, sans cause connue, sans écart de régime, Moreau est pris de dysenterie. Dès le premier jour il eut plus de vingt selles. La prostration fut d'autant plus prompte que la maladie atteignait un convalescent. — Six ventouses scarifiées sur l'abdomen. Fomentations émollientes. Deux lavements amilacés et opiacés. Potion opiacée. Eau de riz gommée pour boisson.

Le 7, les selles étaient devenues bien plus nombreuses. Il y en avait eu plus de cinquante. Chaque selle était sanguinolente et accompagnée de ténesme. Le corps était généralement refroidi; les extrémités étaient glaciales. — Calorification artificielle au moyen de l'appareil Duval. Quatre pilules d'opium à 5 centigrammes. Potion gommée, avec teinture de canelle, 10 grammes. Deux lavements amilacés et opiacés.

Le 8, le corps a récupéré un peu de chaleur. Les selles sont involontaires et innombrables. — Six pilules d'opium à 5 centigrammes chaque. Potion stimulante de M. Lévy.

Le 9, le pouls, jusque-là concentré, filiforme, se développe et devient plus saisissable. Mais les selles sont encore involontaires et presque continues. — Huit pilules d'opium, et cette fois à 1 décigramme chaque. Potion stimulante. Quelques cuillerées de bouillon coupé.

Le 10, les selles n'ont pas cessé. Le malade a été continuellement sous lui; semi-aphonie. Refroidissement général. — Calorification au moyen de l'appareil Duval. Potion stimulante. Dix pilules d'opium à 1 décigramme chaque; soit 1 gramme.

Le 11, le malade n'a pu reposer une seule minute, comme les jours précédents. Il n'éprouve ni pesanteur de tête, ni céphalalgie. Le corps est réchauffé; mais il y a un état d'anéantissement indicible. Du reste, la dysenterie va toujours son train; les selles sont toujours involontaires et continues. — Potion avec 30 grammes de sulfate de soude et 10 grammes de nitrate de potasse. Le soir, un lavement à 50 grammes de sulfate de soude.

Le 12, le malade nous déclare qu'il a cru mourir à la suite du malaise et des coliques éprouvés après l'ingestion de la potion. Toutefois, après avoir eu des selles continues pendant deux heures, il est survenu du calme; il a pu reposer un peu pendant la nuit, et maintenant il peut dompter les envies d'aller à la garde-robe. — Bain de chaleur Duval. Ambrocations sur le ventre avec un liniment camphré et opiacé. Potion stimulante. Un peu de bouillon.

Le 14, les selles ont été peu nombreuses sans ténesme, avec absence de sang. — Lavement avec 45 grammes de sulfate de soude. Quatre pilules d'opium à 5 centigrammes chaque. Fomentations chaudes sur le ventre. Bouillon. Potion avec teinture de canelle, 10 grammes.

Le 15, le malade n'a eu que trois selles. La circulation est revenue normale. La coloration cuivrée de la peau s'efface. L'appétit renaît; alimentation légère augmentée de jour en jour. Aujourd'hui 19, Moreau est parfaitement bien, et pourra quitter l'hôpital dans quelques jours.

Voilà deux malades atteints de dysenterie grave qui arrivent à prendre l'un jusqu'à 80 centigrammes et l'autre 1 gramme d'extrait gommeux d'opium dans les vingt-quatre heures sans éprouver la moindre amélioration dans leur position, comme sans manifester le moindre trouble du côté du cerveau.

Ces deux exemples, que je pourrais accompagner d'un bon nombre d'autres si je ne craignais de devenir ennuyeux, bon nombre chez lesquels l'opium, pour n'avoir pas atteint ces doses, n'en a pas moins été pris à des doses élevées, 60 centigrammes, me prouvent deux choses:

1° Dans certaines diarrhées, comme dans beaucoup de dysenteries, l'opium ne produit aucun effet salutaire; les purgatifs salins lui sont de beaucoup préférables;

2° L'opium dans ces cas peut être porté à des doses prodigieuses sans déterminer le moindre des accidents qu'il développe d'habitude si facilement à l'état de santé. Voici comment je m'explique ce dernier fait. Dans les dysenteries, les fonctions du tube digestif étant gravement compromises, perverties, il est à croire que l'absorption de ce médicament ne se fait que peu ou pas, et qu'il file le long du tube comme un corps inerte. Or, l'opium n'agissant que quand il est absorbé, c'est-à-dire quand il peut aller porter son action sédative sur les centres nerveux, il est d'un effet nul contre la dysenterie, puisqu'il n'est pas absorbé, et par la même raison il ne suscite aucun accident du côté de l'encéphale. Reste une expérience à faire et que je me promets bien de ne pas manquer à la première occasion: c'est de recueillir toutes les matières fécales que rend le malade et reconnaître par l'analyse si elles ne contiennent pas à peu près tout l'opium ingéré dans les vingt-quatre heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 juillet 1849. — Présidence de M. Boussingault.

Injections des tubes primitifs des nerfs.

MM. Coze, professeur d'anatomie à la Faculté de Strasbourg, et Michel, chef des travaux anatomiques à la même faculté, envoient une note sur l'injection microscopique des tubes primitifs des nerfs.

Nous extrayons de cette note les détails suivants:

« Nous étalons sur une lame de verre un bout de nerf d'homme, de lapin ou de grenouille, long d'un millimètre environ, de façon que vus avec un grossissement de 350 à 400 fois, les tubes nerveux paraissent nettement séparés. On mouille l'objet avec une goutte d'eau pendant qu'on l'étend, puis on verse quelques gouttes de chloroforme, d'éther, ou d'essence de térébenthine sur la préparation, et le tout est recouvert d'une petite plaque de verre mince, sans pression, et on le soumet à l'examen du microscope.

» Alors on voit, quelquefois instantanément, tantôt après un temps plus ou moins long, au plus vingt minutes, les tubes primitifs se gonfler, la matière contenue dans leur intérieur devient fluide, et des courants plus ou moins rapides se développent dans toute la longueur des tubes, à l'extrémité desquels on voit s'échapper aussitôt de la manière la plus nette un liquide chargé de gouttelettes graisseuses. Ces courants peuvent durer un temps variable; on les voit cesser pour se reproduire; enfin, si l'on continue l'expérience, les tubes se vident plus ou moins complétement, et deux lignes obscures accusent les contours du tube nerveux. »

Les auteurs annoncent qu'ils ont répété leurs expériences plus de trente fois, et qu'ils ont pu observer plus de 300 tubes.

Lithotritie.

M. Guillon écrit pour prier les commissaires nommés pour apprécier le perfectionnement qu'il a apporté à son brise-pierre pulvérisateur, de vouloir bien assister à une opération qu'il se propose de faire sur une femme de cinquante-six ans affectée d'un calcul gros comme un petit œuf de poule.

Pathologie comparée.

M. Joly, professeur à l'Académie des Sciences de Toulouse, envoie une note sur une larve d'œstride qui vit sous la peau du cheval. (On sait que quelques espèces d'œstres se rencontrent assez fréquemment, dans les pays chauds, sous la peau de l'homme.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 11 juillet 1849. — Présidence de M. Deguise père.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. Lenoir, à l'occasion du procès-verbal, annonce à la Société qu'il a opéré, à l'hôpital Necker, le malade affecté d'une tumeur sublinguale, dont il avait dit quelques mots à la dernière séance. Il fit d'abord une simple ponction qui donna issue à une matière graisseuse, comme méliçérique, mélangée à de petits grains semblables à de la semoule cuite. Cette matière, versée dans de l'eau chaude, y fut dissoute en partie, ce qui donna l'idée à M. Lenoir d'injecter ce liquide dans la tumeur, afin de la débarrasser de ce qu'elle contenait encore. Ce résultat fut obtenu, et la tumeur s'affaissa d'abord complétement. Mais au bout de trois jours, les mouvements de la langue sont redevenus difficiles. Une inflammation assez vive s'est manifestée, et la tumeur a repris le volume qu'elle présentait avant l'opération. M. Lenoir se propose aujourd'hui d'ouvrir le kyste, de le faire suppurer en y plaçant un séton.

M. Giraldès a étudié la matière contenue dans le kyste: elle se compose de granulations arrondies, s'écrasant facilement, et solubles en partie dans l'éther. Le résidu, examiné au microscope, n'était autre chose que de l'épithélium mélangé à de la graisse.

— M. Chassaignac avait apporté à la dernière séance une pièce d'anatomie pathologique que l'heure avancée ne lui avait pas permis de présenter à tous les membres présents. Cette pièce était un exemple remarquable d'un goître cancéreux envoyant un prolongement entre la trachée et l'œso-

phage. Ce goître, dont la nature et la disposition n'ont pu être reconnues jusqu'à l'autopsie, s'étendait de chaque côté de la ligne médiane, et présentait à peu près le volume des deux poings réunis. Il en était résulté des accès d'asthme assez violents pour déterminer une suffocation imminente.

La bronchotomie ayant été jugée indispensable pour faire cesser l'asphyxie, cette opération fut pratiquée, mais ne put sauver la malade.

M. Chassaignac ajoute qu'il a voulu profiter de l'occasion qui lui était offerte d'essayer sur le vivant le procédé dont il a déjà entretenu la Société, et qui consiste à saisir avec une érigne le cartilage cricoïde; mais il avoue qu'il a éprouvé des difficultés par l'impossibilité à implanter d'emblée l'érigne à travers la peau, et il *fut obligé* de faire une moucheture au devant du cartilage cricoïde, qu'il put alors accrocher plus aisément.

Correspondance. — M. Lenoir demande un congé d'un mois pour aller prendre les eaux dans les Hautes-Pyrénées. (Accordé.)

Renouvellement du bureau. — M. Cullerier, avant de quitter le fauteuil de la présidence pour installer le nouveau bureau de 1849 à 1850, adresse à la Société l'allocution suivante :

« Mes chers collègues,

» Lorsque vous m'avez fait l'honneur de m'appeler à la présidence, je ne vous ai pas caché combien j'étais heureux et fier d'une pareille distinction. Aujourd'hui que je quitte ce fauteuil, je vous renouvelle l'expression de ma gratitude, et je vous remercie également de la bienveillance avec laquelle vous m'avez secondé dans la direction de vos travaux.

» C'est, au surplus, une tâche facile que celle de présider une Société comme la vôtre, dans laquelle les bienséances sont toujours observées, et d'où les égards que l'on se doit entre confrères ne sont jamais bannis.

» Il est à regretter, Messieurs, que le secrétaire titulaire de l'année qui expire ne vous ait pas fait, comme d'ailleurs notre règlement le veut et comme vous deviez l'exiger tous les ans, le compte-rendu de vos travaux, car jamais, je crois, semblable période n'avait été aussi bien remplie.

» Il vous aurait retracé dans un tableau rapide les discussions pleines d'intérêt qui ont eu lieu à la suite de communications verbales ou de présentations de pièces pathologiques. Il vous aurait montré vos publications, un instant compromises, continuant leur cours, grâce à votre énergique volonté et grâce aux sacrifices que vous avez su ou que vous saurez vous imposer ; le premier volume de vos mémoires terminé dans le courant de l'année et l'empressement que vous avez mis à publier le premier fascicule du second afin de bien faire voir que vous êtes décidés à continuer votre œuvre. Il vous aurait dit que la mesure prise par la Société, il y a deux ans, pour engager chaque membre à lire ici un travail original, a produit l'effet heureux qu'on devait en attendre, et il aurait sans doute ajouté qu'après l'impulsion qui a été donnée il serait bien fâcheux que la Société oubliât que ses publications sont une des conditions de sa vitalité. Il vous aurait également rappelé que, pour la première fois, vous avez fait tirer à part un bulletin annuel de vos séances. Mesure très bonne assurément, mais qui serait bien plus avantageuse si, pour donner un peu d'actualité à ce recueil, il paraissait à des intervalles moins éloignés.

» Messieurs, l'année qui vient de s'écouler nous a révélé plus que jamais combien la Société de chirurgie gagne en importance et en considération. Nous avons eu plusieurs demandes d'admission; trois nouveaux collègues sont venus s'asseoir au milieu de nous, et les choix que vous avez faits n'ont pu que donner plus de force à la Société, puisqu'ils ont porté sur un ancien condisciple, agrégé distingué de la Faculté, qui depuis est devenu notre collègue dans les hôpitaux, sur un des membres les plus éminents du journalisme médical, et enfin sur un confrère qui porte avec autant de distinction que de modestie un nom qui a illustré la chirurgie militaire.

» Nous avons vu nos procès-verbaux, qui jusqu'à présent n'étaient reproduits que dans un seul journal, être recherchés et publiés par une autre feuille qui tend à devenir, si elle ne l'est déjà, un des organes les plus importants de la presse scientifique.

» L'existence et la marche progressive de notre Société ont amené cette année la fondation de celle des médecins des hôpitaux, et c'est notre constitution qui lui a servi de modèle.

» Enfin, une circonstance récente a pu démontrer à tout le monde à quel résultat on arrive dans une Société où, en se livrant au culte de la science, on ne néglige pas les sentiments d'une intelligente confraternité.

» Ainsi, et je suis heureux de le constater dans ce dernier acte de ma présidence, la Société de chirurgie de Paris, dont l'esprit a été quelquefois mal jugé et dont les intentions ont été méconnues, est dans une voie de prospérité qui doit récompenser vos efforts et votre persévérance.

» Pourquoi faut-il qu'au milieu de tant d'éléments de satisfaction nous soyons attristés par la pensée qu'un de nos collègues, membre honoraire de la Société, notre excellent et vénéré maître, le professeur Marjolin, est retenu depuis bien longtemps déjà sur un lit de douleur où, dit-on, il montre encore chaque jour à ceux qui l'entourent ce que peuvent sur les organisations d'élite la résignation et la philosophie ! »

Ce discours est accueilli par des applaudissements, et son impression, proposée par l'un des membres, est adoptée à l'unanimité.

— MM. Deguise père, Danyau et Larrey, en prenant place au bureau, expriment leurs remercîments à la Société.

— M. Chassaignac a dans son service, à l'hôpital Saint-Antoine, un malade atteint d'une fausse articulation du radius à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, et il se demande quels moyens il emploiera pour en obtenir la guérison. Il craint que des adhérences ne s'établissent entre le fragment inférieur du radius et le cubitus, adhérences qui n'existent pas quant à présent, mais qui priveraient l'avant-bras de ses mouvements de rotation. C'est pourquoi il cherche à écarter le fragment du radius. L'accident est survenu dans un autre hôpital de Paris; mais il doit être attribué à l'indocilité du malade, qui n'a pas voulu s'assujettir à porter un bandage et qui reconnaît ne pouvoir imputer qu'à lui seul le fâcheux résultat de sa fracture. Il s'agit ainsi d'une fausse articulation avec tendance au rapprochement, mais sans adhérences.

Un interne de M. Chassaignac a fait quelques expériences à ce sujet. Il a pratiqué la section du radius, et par le rapprochement du fragment inférieur, il a rendu les mouvements impossibles ; d'où l'ankylose serait à craindre.

M. Denonvilliers. Quels sont les mouvements difficiles ou impossibles ?

M. Chassaignac. Ce sont les mouvements de pronation et de supination. C'est le membre gauche qui se trouve intéressé (le cubitus est intact) ; et il résulte de cette lésion que la flexion de la main et des doigts est à peu près impossible, si ce n'est pour saisir des corps assez volumineux.

M. Lenoir pense que M. Chassaignac n'a pas encore suffisamment observé son malade pour qu'il soit permis de discuter avec connaissance de cause et les accidents qui s'y rapportent et les moyens qui lui seraient applicables, aussi bien que les suites probables du traitement.

Il y aurait nécessité, par exemple, d'indiquer l'époque de l'accident, parce qu'il existe des différences entre une fausse articulation récente et une fausse articulation ancienne.

L'âge du malade est utile aussi à connaître, parce que la consolidation des fractures se fait plus facilement chez les enfants.

L'appréciation des antécédents n'est pas moins essentielle comme influence morbide, syphilitique, scorbutique ou autre.

La disposition relative des fragments exige une notion exacte pour savoir s'ils offrent de la motilité, du déplacement, de la crépitation et de la réductibilité.

S'agit-il enfin d'une pseudarthrose de continuité ou de contiguïté, et la gêne des mouvements de la main dépend-elle en réalité du défaut de consolidation de la fracture du radius, ou ne serait-elle pas due à une inflammation consécutive des gaînes tendineuses des muscles fléchisseurs ?

M. Chassaignac se félicite d'avoir exposé le fait dont il s'agit, puisqu'il semble digne de l'intérêt de la Société. Il voudrait répondre à M. Lenoir sur les diverses questions soulevées par lui ; mais il regrette de n'avoir pas encore examiné le malade sous ces divers points de vue. Il peut dire cependant qu'il s'agit d'un jeune homme de vingt-six ans, et que la date de l'accident remonte à six mois environ ; mais il ignore s'il existe dans ce cas une diathèse ou un vice constitutionnel. Quant à la fracture non consolidée, sa réduction est praticable, facile, si ce n'est que la pression exercée détermine trop de rapprochement entre le fragment inférieur du radius et le cubitus.

M. Lenoir, abordant la question du traitement, considère l'acupuncture comme préférable au séton, qui provoque quelquefois des accidents inflammatoires assez graves. L'emploi des aiguilles est au contraire plus simple et plus facile, puisqu'on peut en augmenter le nombre à volonté et en doser pour ainsi dire l'action irritante proportionnellement à leur quantité. L'acupuncture semble enfin à l'abri des accidents ; mais elle peut entraîner des longueurs dans le traitement, et devenir même insuffisante si les aiguilles ne sont pas assez multipliées. Quant à la résection, elle doit être rejetée.

M. Chassaignac croit devoir insister sur l'impossibilité de la flexion chez son malade.

M. Lenoir a même employé une fois l'acupuncture pour une pseudarthrose du fémur, tandis qu'il a vu dans deux cas les accidents occasionnés par le séton entraîner la mort.

M. Chassaignac tâchera d'utiliser le conseil de M. Lenoir.

M. Robert partage les opinions de M. Lenoir relativement à l'acupuncture, et croit que tout est à faire, à examiner dans la question des pseudarthroses; car, dans ces cas, le plus souvent la chirurgie en est réduite à l'empirisme. Il y a deux espèces de pseudarthroses: 1° des pseudarthroses par continuité; 2° des pseudarthroses par contiguïté. A laquelle des deux espèces a-t-on affaire ? C'est là une grande difficulté à résoudre. Il a complétement échoué dans un cas; après avoir appliqué quinze aiguilles, une substance cartilagineuse s'était interposée entre les fragments. Il se rappelle que Brescbet considérait les pseudartroses par continuité comme les plus fréquentes.

M. Chassaignac fait observer que chez son malade il a senti une juxta-position, et il est porté à croire que la pseudarthrose a probablement lieu par contiguïté, parce qu'il a perçu un bruit de craquement.

M. Robert ne doute pas que le tissu cartilagineux ne soit défavorable à la consolidation, et il insiste sur la préférence qu'il convient d'accorder à l'acupuncture.

M. Maisonneuve a rencontré dans sa pratique plusieurs cas de pseudarthrose qu'il a constamment guéris, à l'exception d'un seul qui se trouve actuellement dans son service. La guérison lui semble d'autant plus sûre, qu'il s'agit d'un seul os non consolidé. Il a eu à traiter, notamment à l'Hôtel-Dieu, un malade du service de M. Roux, et plusieurs à Bicêtre, pour des pseudarthroses de la jambe. C'est au séton qu'il a eu recours et qu'il donne la préférence. Une seule fois il a employé les aiguilles sans succès.

Le fait que M. Maisonneuve a maintenant sous les yeux se rapporte à une jeune fille atteinte de pseudarthrose de la jambe, consécutive à une fraction complète de l'extrémité inférieure du membre. La négligence totale des soins nécessaires à cette enfant, négligence coupable de la part de sa mère qui l'avait cruellement forcée à marcher, avait déterminé d'abord une courbure du membre et une consolidation vicieuse de la fracture avec incurvation. M. Maisonneuve brisa le cal à l'aide des béquilles de Mayor; mais la fracture ne s'est point consolidée depuis, et il y a déjà plus de deux ans que la rupture du cal a été faite. L'emploi du séton n'a produit qu'une amélioration légère; l'acupuncture, insuffisante aussi, semble cependant avoir un peu affermi le membre. M. Maisonneuve se propose d'essayer de nouveau les mêmes moyens dans ce cas intéressant, comme conséquence fâcheuse d'une rupture du cal.

M. René Marjolin regrette que M. Chassaignac n'ait pas fait connaître complètement le fait qu'il vient de communiquer à la Société avant de poser la question de méthode curative.

— M. le Président annonce à la Société que la commission des comptes s'est réunie, et qu'elle a exprimé à son honorable trésorier combien elle était satisfaite de sa gestion.

— La séance est levée à cinq heures.

Nouvelles du choléra.

Le choléra continue à décroître sensiblement à Tours. Dans la journée du 18, il n'a été enregistré que 3 cas, et dans celle du 19 2 seulement.

Dans l'arrondissement de Saint-Pol (Pas-de-Calais), on compte encore quelques victimes, et à Montreuil-sur-Mer, où il a sévi avec intensité pendant quelques jours, il s'est concentré sur la ville basse, et paraît avoir atteint sa période de décroissance.

Une lettre que nous recevons de La Guerche (Cher), 20 juillet, nous informe que l'on compte déjà dans ce canton 22 cas, 19 décès et 3 guérisons.

— Le choléra s'est manifesté ces jours derniers dans la commune de Xaffévillers, canton de Rambervillers (Vosges), et sévit principalement sur les personnes du sexe féminin. Cinq personnes y ont succombé après dix, vingt ou vingt-cinq heures de maladie. On compte encore trente malades environ ; mais on a lieu d'espérer que la plupart d'entre eux ne seront point victimes de cette épidémie, qui est entrée dans sa période décroissante.

— Dans presque toutes les localités de la Nièvre où le choléra avait exercé des ravages, une notable diminution se fait remarquer ; cependant, à Nevers, on compte chaque jour quelques victimes.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 26 JUILLET 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 87.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris.	24 fr.	— 13 fr.	— 7 fr.
Départements.	26 fr.	— 14 fr.	— 8 fr.
Étranger. . .	30 fr.	— 16 fr.	— 9 fr.

PARIS, 25 JUILLET 1849.

Bulletin du choléra.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

Hôpitaux civils :		
Journée du 23 juillet.......	21 entrées,	8 décès.
— 24	21	13
Hôpitaux militaires pendant les deux jours......................	9	3
Total..................	51	24
Total des décès dans les hôpitaux.........		6849
Total des décès à domicile jusqu'au 2 juillet inclusivement.........		9127
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie.		15976

Séance de l'Académie de Medecine.

L'Académie n'a prêté qu'une attention modérée à deux lectures intéressantes faites par MM. Lacaucbie et Ferrus ; nous-même n'avons pas pu les entendre assez complétement pour en faire une appréciation impartiale; nous y reviendrons prochainement. L'affaire importante était la nomination d'un académicien, nomination qui empruntait un nouvel intérêt des péripéties inaccoutumées qu'elle avait éprouvées. Elle s'est enfin terminée aujourd'hui. Le dépouillement du scrutin a donné 40 voix à M. Ricord et 49 à M. Robert, qui a été proclamé membre de l'Académie.

Commission médicale,

D'après les renseignements qui nons sont parvenus, la haute commission des études médicales va être augmentée de six membres, afin que tous les éléments du corps médical, et principalement des corps enseignants, y soient représentés d'une manière plus complète. Parmi les nouveaux noms qu'on désigne se trouvent ceux de MM. Caventou et Bonnet (de Lyon), qui représenteront, l'un les intérêts de l'art pharmaceutique, l'autre ceux des écoles préparatoires. Les noms des autres membres ne sont pas moins heureusement choisis, si ce sont ceux qu'on nous a désignés.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

Du rôle que jouent les gonflements de la rate dans les fièvres intermittentes.

(Leçon du 23 juillet 1849.)

La question de l'influence des engorgements spléniques sur le développement des fièvres, question que l'on considère assez généralement, et avec raison selon nous, comme définitivement jugée, vient cependant d'être encore l'objet d'une discussion publique. Il ne sera donc pas inutile de revenir un peu sur ce sujet et de vous entretenir pendant quelques instants de deux malades qui se trouvent dans nos salles, et qui prouvent une fois de plus l'importance qu'on doit attacher aux gonflements de la rate dans l'étiologie des fièvres intermittentes ; mais auparavant je dois vous rappeler le résultat d'observations attentives que j'ai faites sur cette question.

Dans un bon nombre de cas de fièvre intermittente, en présence de nombreux élèves, j'ai exploré la rate au moyen de la palpation et de la percussion les plus exactes. Or, dans plusieurs cas, je n'ai pas constaté de tuméfaction splénique notable. Lorsque j'ai noté cette tuméfaction chez des sujets qui étaient encore aux premiers accès de leur fièvre, il n'était pas porté très loin, et il disparaissait complétement ou à peu près dans l'apyrexie. Chez les individus qui étaient atteints depuis un, deux mois et même plus, il existait presque toujours un gonflement considérable de la rate, qui persistait dans l'intervalle des accès.

Il suit déjà de ces faits que le gonflement de la rate n'est pas constant au début des fièvres intermittentes, et que, fût-il constant, il ne saurait être considéré comme la cause de la pyrexie, puisqu'il finit par devenir permanent et considérable, sans que pour cela la fièvre cesse d'être intermittente ou devienne plus intense.

Suivant quelques auteurs, il existerait assez souvent une douleur vive de la rate dans l'accès de fièvre intermittente ; je ne crains pas d'affirmer, sur la foi de vingt-cinq années d'une observation attentive, que, dans les fièvres intermittentes bénignes, telles que nous les observons à Paris, il n'existe *jamais* de *douleurs vives*, ni même, dans l'immense majorité des cas, de douleur légère de la rate. J'ai interrogé les malades avec le plus grand soin, et aucun d'eux ne s'est plaint de souffrir notablement de la région de la rate, même à la pression et à la percussion pratiquées, bien entendu, avec les ménagements convenables.

Quand la rate acquiert un volume très considérable, les malades accusent ordinairement un sentiment de pesanteur, de gêne, comme vous pouvez l'observer chez les deux malades actuellement placés dans nos salles ; mais il ne faut pas confondre cette sensation avec une véritable douleur, laquelle ne peut être transmise au centre sensitif par la rate (qui ne jouit pas de la sensibilité animale), mais bien par les nerfs *sensibles* des parties sur lesquelles pèse cet organe.

Mais si le gonflement de la rate n'est pas la cause de la fièvre intermittente, quel est son véritable rôle dans cette maladie ? Ce rôle, suivant nous, est purement passif. Si, comme nous le pensons, la fièvre intermittente n'est qu'une névrose du nerf trisplanchnique, on conçoit très bien que chaque accès amène dans la rate une tuméfaction analogue à celle que produit la névralgie faciale sur le côté de la face correspondant ; on comprend très bien que cette tuméfaction momentanée d'abord, comme l'accès qui lui donne lieu, finisse par devenir permanente, ainsi que cela s'observe encore quelquefois à la face.

Telle est, à notre point de vue, la véritable et la seule significatiou des engorgements spléniques ; telle est l'opinion que les deux faits qui se trouvent dans nos salles confirment pleinement.

Obs. I. — Le premier de nos deux malades est un homme de vingt-cinq ans, nommé Coulibœuf, tourneur en cuivre, habitant ordinairement Paris, d'une bonne santé habituelle, d'une constitution assez forte, affecté il y a cinq ans d'une fièvre typhoïde qui a duré deux mois, et a été traitée chez lui par des moyens qu'il ne se rappelle pas. Depuis qu'il a eu cette maladie il s'était toujours bien porté, lorsqu'il alla travailler, le 1er août 1848, aux travaux de canalisation de la Sandre. Trois mois et demi environ après qu'il eut commencé ces travaux, c'est-à-dire vers le 15 novembre, il commença à éprouver des accès de fièvre intermittente à type tierce. Il vint alors à Paris, et entra dans notre service, dans la même

FEUILLETON.

De l'unité de composition organique.

par le Dr AUZIAS-TURENNE,
Professeur particulier d'anatomie et de médecine opératoire.

Il est impossible de contempler les êtres et les phénomènes de la nature sans se trouver frappé de l'harmonie qui les domine. Prenons pour exemple une partie du vaste ensemble de la matière inorganique, l'*astronomie*. L'harmonie s'y révèle sous un double aspect ; d'une part il y a harmonie, c'est-à-dire des rapports *nécessaires* entre les planètes et leurs orbites; d'une autre part il y a aussi harmonie, c'est-à-dire des analogies constatées entre les différents astres.

Cette double harmouie, incontestable dans la matière morte, se manifeste avec éclat dans la matière douée de vie. On y reconnaît en effet 1° l'harmonie qui résulte de rapports nécessaires; 2° l'harmonie qui résulte de rapports observés, c'est-à-dire l'*analogie*.

La première espèce d'harmonie n'a jamais été sérieusement contestée, parce qu'elle se montre pour ainsi dire d'elle-même dans l'ensemble comme dans les détails du règne animé. Comment en effet ne point être frappé du rapport qui existe dans un animal entre les organes et leurs fonctions, entre les organes et les milieux dans lesquels ces fonctions s'accomplissent ? Comment se refuser à reconnaître que les divers êtres qui peuplent le globe soient entre eux dans des rapports qui assurent leur existence?

Il n'en est pas de même de l'analogie.

Elle n'est pas aussi généralement admise, et a besoin d'être démontrée.

Cuvier ne voulait point l'admettre, pour deux raisons : la première, parce qu'elle était, suivant lui, contredite par les faits ; la seconde, parce qu'elle ne saurait se concilier avec l'omnipotence du Créateur, dont elle encbaînerait la volonté ; mais d'une part les développements qui sont plus loin détruisent la première objection, et d'une autre part on a de la peine à comprendre comment la loi des analogies pourrait gêner la libre action du Créateur plus que la loi des autres harmonies.

Plusieurs anatomistes, au contraire, et Aristote le premier, ont plus ou moins distinctement entrevu la loi des analogies. Il y a dans le philosophe de Stagyre deux hommes, celui qui embrasse toutes les connaissances humaines sans pénétrer bien avant dans leurs entrailles, et le savant qui, creusant profondément une partie du vaste domaine des sciences, en exprime la loi d'analogie qu'elle recèle.

Longtemps, bien longtemps après Aristote, en 1555, vient Belon, voyageur infatigable et savant naturaliste. Il nous a laissé le récit de ses voyages en Egypte, en Asie et en Grèce, et une histoire des oiseaux, en tête de laquelle sont deux squelettes sur le même plan, un squelette d'homme et un squelette d'oiseau. Des lettres identiques sur les deux figures indiquent les analogies ostéologiques. C'est une ébauche frappante et remarquable pour l'époque, d'anatomie philosophique.

Newton fait suite à Belon dans cette voie. Pénétrant investigateur et grand admirateur des harmonies et des analogies célestes, il franchit hardiment, dans son livre de l'*Optique*, l'espace qui le sépare des analogies terrestres. « Tous les animaux, dit-il, ont les mêmes » parties et semblablement disposées. » Moins précis que Belon, mais plus enthousiaste que ce dernier pour la vérité dont il vient de percevoir l'intuition, il entonne une hymne à la Divinité.

Buffon, dans deux passages de ses immortels écrits, dans l'Histoire de l'Ane et dans celle du Singe, indique la loi de l'*unité de composition organique*. Le peu de progrès qu'avait fait jusque-là l'anatomie comparée ne lui permettait pas d'aller plus loin. D'ailleurs Buffon lui-même, mathématicien exercé et physicien habile, était beaucoup moins anatomiste que Daubenton, son collaborateur et son ami.

A Buffon on voit succéder dans la même direction, du côté de l'Allemagne, Gœthe, Herder ; du côté de la France, Vicq-d'Azir, Pinel, Geoffroy Saint-Hilaire. Mais à peine sont-ils entrés dans cette voie qu'ils s'arrêtent ; le feu de leur génie semble jeter quelques étincelles et s'éteindre. L'anatomie comparée n'est point non plus assez avancée pour qu'ils puissent élever leur conception à la hauteur d'une vérité démontrée. Geoffroy, comme les autres, semble renoncer à poursuivre l'œuvre ; mais c'est pour y revenir plus tard muni de nouveaux éléments de succès et animé d'une nouvelle ardeur. Pour comprendre la persévérance du savant, il faut approfondir le caractère de l'homme : l'une serait une énigme sans l'autre.

L'homme s'est montré surtout dans deux circonstances, à Paris, lors des événements du 2 septembre 1792, et en Egypte à l'époque de la capitulation d'Alexandrie. Dans la première de ces circonstances, Geoffroy, âgé de vingt ans, était élève au collége du cardinal Lemoine. Celui-ci se trouvait limitrophe du séminaire Saint-Firmin, dans lequel avaient été emprisonnés plusieurs professeurs du collége de Navarre, et particulièrement Haüy, dont Geoffroy avait suivi les cours de cristallographie. Le jeune élève est informé du sort qui menace ses maîtres, et conçoit sur-le-champ le projet de le conjurer, quels que soient les dangers qu'il lui faille braver lui-même pour parvenir à son but. Haüy était membre de l'Académie des Sciences. Geoffroy vole chez Daubenton, chez plusieurs autres membres de l'Académie, et chez des employés du Jardin des Plantes, pour demander leur intervention auprès de ceux qui menacent les jours du célèbre minéralogiste. Son dévouement est récompensé, et il a la joie de porter lui-même à son maître un ordre de délivrance. Mais comme il arriva un peu tard à Saint-Firmin, Haüy ne consentit à en sortir que le lendemain, veille des massacres du 2 septembre.

Geoffroy ne borne pas là son dévouement. D'autres professeurs du collége de Navarre gémissent dans la prison de Saint-Firmin. Il ne peut plus, pour les délivrer, invoquer de protecteurs ; il faut qu'il fasse tout lui-même. Fort heureusement que, pour le succès de son entreprise, Paris se trouve dans le plus grand désordre pendant toute la journée du 2 septembre. Le jeune libérateur parvient à se procurer les insignes d'un commissaire-inspecteur des prisons, et entre sans peine dans Saint-Firmin. Mais le plus difficile restait à faire : c'était de vaincre les scrupules d'hommes qui voyaient venir la mort de sang-froid, et craignaient, en s'y soustrayant, d'aggraver le sort des victimes du lendemain.

Geoffroy parvint pourtant à décider quelques-uns des prisonniers; il facilita leur évasion dans la nuit suivante, au moyen d'échelles dressées par lui contre le mur qui séparait le collége du cardinal Lemoine du séminaire Saint-Firmin. Un d'entre eux se blessa au pied en sautant. Geoffroy, après l'avoir porté dans un chantier voisin (d'où celui-ci parvint à s'évader), revint aussitôt afin d'aider les autres ecclésiastiques. Le jour ne tarda pas à paraître, et un coup de fusil, qui fort heureusement n'atteignit que ses vêtements, fut dirigé sur Geoffroy : c'était le signal des massacres qui commencèrent immédiatement après dans Saint-Firmin.

Transportons-nous en Egypte, au siége d'Alexandrie ; les événements ne sont pas semblables ; le théâtre en est changé ; mais l'homme est le même. Geoffroy, absorbé dans ses méditations, semble, comme Archimède, étranger à ce qui se passe autour de lui. Fourier vient lui apprendre la capitulation d'Alexandrie et la promesse faite aux Anglais de leur abandonner les précieuses collections scientifiques qu'ont rassemblées les savants de l'expédition. Geoffroy, pénétré de regret et d'indignation, se transporte avec un

salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 14, le 31 novembre 1848. Il dit avoir été traité alors par des applications de ventouses sur la région splénique et par le sulfate de quinine, et être sorti parfaitement guéri le 29 janvier 1849. Depuis ce moment jusque vers la fin de juin, il s'était toujours assez bien porté.

A cette époque il a éprouvé de la courbature, et le 30 juin, à dix heures du matin, il a été pris d'un frisson qui s'est prolongé jusqu'à une heure de l'après-midi, et qui a été suivi de chaleur et d'une sueur abondante avec soif vive, phénomènes qui n'ont cessé qu'à dix heures du soir.

Le dimanche, 1er juillet, il n'y eut point de fièvre, et l'appétit fut assez bon.

Le 2 juillet, à huit heures du matin, frisson jusqu'à onze heures; puis sueur et chaleur jusqu'à huit heures du soir; vers cinq heures de l'après-midi, vomissements bilieux abondants.

Le 3, la journée est assez bonne. La fièvre continue ainsi, affectant toujours le type tierce. Le malade s'aperçoit bientôt que son teint devient plus jaune que d'habitude.

Aujourd'hui 5, il présente l'état suivant :

Teinte ictérique de la peau et des sclérotiques; fonctions digestives à l'état sain.

La matité fournie par la rate et qui se confond supérieurement avec celle du foie et du cœur, est de 13 centimètres transversalement, et de 18 centimètres verticalement. Cet organe déborde un peu les fausses côtes.

Le foie n'a pas augmenté de volume.

Organes respiratoires et circulatoires à l'état normal; pouls assez développé, régulier, à 70, 74; souffle doux et moelleux au premier temps à la région de l'orifice aortique se prolongeant dans les carotides.—Limonade et gomme. Un cinquième de portion.

Le 6, à quatre heures du matin, sentiment de froid sans frisson, suivi de chaleur. Pouls à 72-76; chaleur naturelle; urines très colorées, ne précipitant point par l'acide nitrique. — Lavement huileux; deux bouillons. Un cinquième de portion.

Le 7, point de fièvre; exactement même matité de la rate; voussure à la région splénique; appétit plus prononcé. Dans la position assise, souffle continu dans les artères carotides. — Même prescription (viande rôtie).

Le 11, il n'y a pas eu de fièvre depuis le dernier examen; la rate, encore très volumineuse, a cependant diminué un peu. La voussure splénique est moins marquée. — Même prescription. Deux cinquièmes de portion.

Le 19 juillet seulement il y a eu un accès, type de fièvre intermittente, qui s'est répété tous les deux jours jusqu'à hier matin. Depuis ce moment néanmoins, le volume de la rate n'a pas varié. Aujourd'hui, que nous sommes bien certain que les accès n'ont pas eu d'influence sur le volume des organes spléniques, nous avons prescrit 40 centigrammes de sulfate de quinine.

Obs. II. — Le second malade dont nous avons à vous entretenir est le nommé Pauquet, garçon marchand de vins, âgé de dix-huit ans, demeurant à Paris, boulevard Mont-Parnasse, mais ayant également travaillé, il y a dix-sept mois, aux travaux de canalisation de la Sologne, où il est resté pendant quatre mois. Pendant son séjour dans ce pays, il n'a éprouvé aucun accident, et ce n'est qu'à son retour, le 5 septembre 1848, qu'il fut pris d'une fièvre caractérisée par des frissons, de la chaleur et de la sueur. Le frisson reparaissait tous les jours. Un médecin consulté prescrivit le sulfate de quinine, et la maladie disparut au bout de huit jours.

Il y a quatre mois, il a été pris de toux sans expectoration, d'oppression très grande, et de palpitations très fortes, surtout quand il montait un escalier. Il avait conservé son appétit.

Il y a trois mois, il a eu des épistaxis assez abondantes et souvent répétées; il a éprouvé beaucoup de pesanteurs de tête. Un médecin consulté a pratiqué une saignée, à la suite de laquelle les épistaxis auraient disparu.

Il y a deux mois, à ces accidents a succédé une fièvre intermittente, qui, d'après les détails fournis par le malade, aurait affecté le type tierce. Il est entré alors à l'hôpital Necker, où il est resté pendant six semaines, et où la fièvre a persisté pendant un mois, malgré le sulfate de quinine que le malade prenait tous les jours. Il est resté chez lui dix jours sans fièvre, puis celle-ci s'est reproduite, affectant le type tierce. Dans l'intervalle des accès, il conserve toujours un peu d'oppression. Les digestions se font bien; il n'y a pas eu de diarrhée.

Entré dans notre service, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 14, le 20 juillet, il attend son accès pour le lendemain.

La couleur de la peau est d'un jaune citron. Cette couleur est surtout prononcée à la moitié inférieure de la face.

Point de sentiment de chaleur; peau fraîche.

La percussion fait constater une augmentation d'un quart dans le volume de la rate. Cet organe ne déborde pas sensiblement le volume des fausses côtes. Légère voussure à la région splénique.

Les organes circulatoires et respiratoires ne présentent rien d'anormal, si ce n'est dans la fosse sus-épineuse droite, où l'on constate une résonnance un peu moindre qu'à gauche, et une expiration soufflée, sans craquement, et à la région de l'orifice aortique, où existe au 1er temps un bruit de souffle doux, se prolongeant en devenant continu sur le trajet des carotides.

Le 21 ni les jours suivants, il n'y a point eu d'accès fébrile, quoique aujourd'hui le volume de la rate est double de celui de l'état normal.

Nous nous contentons de prescrire au malade de la tisane rafraîchissante, des lavements et deux cinquièmes de portion.

Chez le premier de ces deux malades, vous avez pu voir le volume de la rate considérablement augmenté sans que le moindre accès de fièvre intermittente ait eu lieu; puis vous avez vu les accès apparaître sans que la tuméfaction ait augmenté, soit au moment même de l'accès, ce qui a été constaté avec le plus grand soin, soit plus tard.

Le second fait n'est pas moins remarquable; car vous voyez non-seulement qu'un engorgement assez prononcé existe sans que la fièvre se manifeste, mais encore que cet engorgement a augmenté sous vos yeux, et que néanmoins les accès ne se sont point produits.

Je me suis abstenu à dessein d'administrer jusqu'aujourd'hui le sulfate de quinine et tout autre médicament actif, afin qu'on ne pût point accuser la médication de troubler l'ordre naturel des phénomènes, et de laisser à ces faits toute leur signification; aussi espère-je qu'ils vous paraîtront parfaitement concluants, et qu'ils vous convaincront pleinement de l'erreur où se trouvent ceux qui placent dans les engorgements de la rate le point de départ de la fièvre intermittente. J. R.

HOPITAL COCHIN. — M. Maisonneuve.

Résection de l'articulation du genou.

Le mardi 17 juillet M. Maisonneuve a pratiqué une de ces opérations rares sur lesquelles la science, encore indécice, appelle les recherches des maîtres; nous voulons parler de la résection du genou.

Cette opération n'est point nouvelle; mais on n'en connaît encore qu'un petit nombre de cas isolés; et jusqu'à présent aucun chirurgien ne l'a soumise à une expérimentation sérieuse.

M. Maisonneuve ne pense pas que cette réprobation soit méritée, et les raisons sur lesquelles il appuie son opinion nous paraissent assez graves pour fixer l'attention des praticiens. Nous allons les résumer en peu de mots.

Dans les cas de désordres graves de l'articulation du genou, deux opérations seulement sont applicables : l'amputation de la cuisse et la résection du genou.

A laquelle des deux doit-on donner la préférence :

1° Sous le point de vue du résultat définitif, l'amputation de la cuisse laisse le malade mutilé; le membre artificiel que l'on applique au moignon ne remplit qu'imparfaitement les usages du membre normal.

La résection laisse au malade son membre presque entier, raccourci seulement d'un décimètre environ et ankylosé. Mais, tel qu'il est, il est encore, sans contredit, préférable à une jambe de bois.

2° Sous le point de vue de la durée de la cure, l'avantage est à l'amputation, mais de peu de chose. Il est rare qu'un amputé de cuisse puisse se servir utilement d'un membre artificiel avant trois mois. Après le même laps de temps, si la résection n'est pas entièrement guérie, elle en est peu éloignée. Le terme moyen de la guérison ne semble pas dépasser cinq mois; c'est donc une différence de deux mois dans l'époque où le malade peut faire usage de son membre.

3° Sous le point de vue des dangers de l'opération, l'amputation de la cuisse est une des opérations les plus meurtrières de la chirurgie; à peine sauve-t-on deux malades sur trois. L'expérience n'a point encore prononcé pour la résection, mais on peut, *à priori*, calculer approximativement les chances qu'elle présente.

Dans l'amputation, on intéresse l'os au niveau de son canal médullaire, on coupe tous les muscles, les nerfs, les artères, les veines superficielles et profondes.

Dans la résection, on divise les os dans leur partie épiphysaire, le triceps crural dans sa portion fibreuse et quelques ligaments; mais les nerfs, les artères, les veines superficielles et profondes sont intacts.

De sorte que l'hémorrhagie, la phlébite, les phlegmons diffus, ces trois grandes causes de mort après l'amputation, sont presque entièrement étrangers à la résection.

Après avoir exposé ses principes à l'égard de la résection du genou, M. Maisonneuve a pratiqué cette opération d'après un procédé qui lui est propre.

Le malade est un jeune homme de dix-huit ans, affecté d'une arthrite du genou gauche, terminée par suppuration; il est dans le service de M. Maisonneuve depuis bientôt trois mois, et a été soumis sans résultat avantageux aux traitements les plus rationnels. Une fièvre hectique menace gravement la vie; il est urgent de prendre un parti.

M. Maisonneuve procède à la résection de la manière suivante :

Une première incision transversale et semi-elliptique, à concavité supérieure, ouvre largement l'articulation en avant, au-dessous de la rotule.

Une deuxième incision pareillement transversale et semi-elliptique, mais dont la concavité regarde en bas, circonscrit en haut la rotule et la peau qui la recouvre, et en constitue un lambeau que l'on résèque entièrement.

Une troisième incision longitudinale ouvre en avant le cul-de-sac profond que forme la capsule synoviale sous le tendon du triceps, pour ne laisser aucun clapier.

Le chirurgien, fléchissant alors la jambe sur la cuisse, incise les ligaments latéraux, puis les ligaments croisés; circonscrit rapidement avec son couteau les condyles du fémur et les tubérosités du tibia qu'il veut sacrifier, et en deux traits de scie en fait la résection. Les condyles du fémur sont

---

de ses collègues auprès du général anglais : « Ces collections, lui » dit-il, ne sont pas des dépouilles opimes; vous ne les aurez pas, » car je les brûlerai; vous n'en aurez que la cendre, et j'aurai fait » de vous un autre Omar. » Ces paroles, prononcées avec l'accent d'une vive conviction et avec une grande fermeté, ébranlèrent la résolutioo du général victorieux; il céda.

Le cœur et le caractère de Geoffroy, qui se mootrent à nu dans chacuo de ces événements, se résument en deux mots : *enthousiasme* et *persévérance*. Eh bien! tel a été l'homme, tel a été le savant; nous allons le voir à l'œuvre.

Ses premiers efforts pour démontrer l'unité de composition organique datent de l'Egypte, et furent renouvelés en France en 1806. Depuis lors, cette question, dont il s'est occupé sans relâche, n'a pas cessé de s'agrandir. Il comprit de bonne heure l'importance, la nécessité de trouver et d'adopter uoe méthode rigoureuse qui dissipât l'anarchie, si je puis dire scientifique, en se substituant aux inspirations alors dominantes de l'instioct.

Mais où trouver cette méthode, ce principe qui serait la véritable loi d'analogie? Voici la sérle de réflexions qui lui firent atteindre son but.

Etre analogue à une chose, ce n'est pas lui être identique, c'est-à-dire lui ressembler par tous les points; mais c'est lui ressembler par tous les points importants : ainsi, deux doigts sont analogues sans avoir la même longueur ni la même largeur. La dimension des objets n'est donc point un caractère essentiel, fondamental. Il en est de même de leur couleur. La similitude des fonctions elle-même ne peut être invoquée, malgré l'imposante autorité d'Aristote, qu'avec une excessive réserve. Si nous prenons la respiration pour exemple, nous trouvons que cette fonction est remplie ici par des poumons, là par des trachées, ailleurs par la peau; si nous passons de cette fonction à une autre, le mouvement, nous sommes frappés des dangers qu'il y aurait à s'appuyer sur l'identité de fonctions pour arriver à établir des analogies organiques. Les membres, la queue, les cils vibratiles, etc., se partagent, suivant l'animal qu'oo observe, l'accomplissement des fonctions motrices. Il y a plus : on trouve de nombreux exemples de parties qui chez le même être s'acquittent de plusieurs fonctions. Ainsi, les mêmes organes, chez les insectes, suffisent à l'accomplissement de l'acte respiratoire, à la mastication et à la progression.

Les caractères vraiment invariables sont les *connexions organiques* et les affinités électives. Voici deux exemples de la fécondité et de la solidité des applications du premier de ces principes.

1° C'est à l'aide de ce principe que nous pouvons affirmer que les membres des quadrupèdes sont les analogues des nageoires des poissons.

2° Il existe chez le chat un osselet qui se perd dans les chairs deltoïdiennes. C'est le principe des connexions qui lui a assigné son véritable rang dans l'organisme en faisant ressortir l'analogie qui existe entre lui et la clavicule.

Armé d'un instrument si parfaitement approprié aux recherches qu'il poursuivait, Geoffroy en a tiré tout le parti possible; mais il fut arrêté et en reconnut l'insuffisance quand il essaya de comparer le crâne de l'homme à celui du poisson. Cet obstacle fut pour son génie l'occasion d'une de ses plus heureuses inspirations.

Au principe des connexions et à celui des affinités électives, il combina uo nouveau priucipe ou une nouvelle loi qui devait pousser la science dans une route plus large et scéler de nouveaux progrès. Voici la traduction de cette nouvelle loi : « Le crâne de certaios » animaux, et particulièrement du poisson, est plutôt comparable » au crâne de l'embryon humain qu'au crâne de l'homme lui-» même. » Le crâne de l'embryon devenait ainsi l'intermédiaire, l'élément de contact de deux choses en apparence fort dissemblables. Les résultats fournis par cette loi furent si frappants que Cuvier n'hésita pas à en proclamer l'excellence et que les savants aujourd'hui en font de constantes applications et lui doivent tons les jours des découvertes.

Ici s'achève avec l'année 1806 une ère des travaux de Geoffroy.

De l'année 1818 à l'année 1822, il en trace une autre, et communique à la science une nouvelle impulsion par la publication de la *Philosophie anatomique*. Ce grand ouvrage a imprimé plns de précision et d'étendue à la recherche des analogies.

Celle-ci désormais, considérée dans son ensemble, doit se diviser en trois parties :

1° Recherches des analogies sans sortir du même embranchement;

2° Recherches d'analogies entre des embranchements différents;

3° Etude des monstruosités pour les ramener à la loi commune.

Au premier groupe se rapporte :

1° La démonstration d'une vérité qui a été ultérieurement confirmée par des donnécs de physiologie expérimentale. Je veux parler de l'analogie qui existe entre les quatre osselets de l'ouïe chez les mammifères et les os operculaires des poissons.

2° La preuve qu'il y a des dents chez des êtres dans lesquels on n'en soupçonnait pas l'existence, comme le fœtus de la baleine et les œufs fécondés de perroquet.

L'ensemble des preuves qui ont trait au deuxième groupe paraissait et était eo effet plus difficile à fournir; mais on sait aujourd'hui, grâce à des dissections attentives et à des expériences précises de physiologie, qu'on peut y parvenir en tenant compte de ce fait quc, « tandis que chez les vertébrés l'ombilic correspond au sol, c'est la » région anti-ombilicale qui y correspond chez les invertébrés. »

Quant à la troisième partie, Geoffroy Saint-Hilaire a surabondamment démontré que les monstres acéphales ont en rudiment les éléments de la tête et qu'il n'y a entre les monstruosités, quelles qu'elles soient, ct les êtres conformés normalement que des différences de degrés dans le développement. Il a justifié ainsi l'exclamation prophétique de Montaigne : « Ce qui est monstre pour nons ne » l'est point pour la Divinité. »

De ce qui précède, il résulte que la loi des analogies dans le règne animé, c'est-à-dire l'*unité de composition organique*, cst démontrée. Pourtant, répétons-le, il faut bien se garder de croire, à l'exemple des détracteurs de jour en jour moins nombreux de la *Philosophie anatomique*, que le mot *analogue* soit synonyme du mot *identique*.

On écrit de Gœttingue (Hanovre), le 20 juillet :

« Mardi dernier, le célèbre mathématicien et astronome M. Gauss, professeur à l'Université de Gœttingue, membre associé étranger de l'Académie des sciences de l'Institut national de France, a célébré le cinquantième anniversaire du jour où il a acquis le degré de docteur ès sciences.

» A cette occasion, le roi a conféré à M. Gauss la noblesse personnelle avec le titre de baron. Les Académies royales de Gœttingue et de Berlin ont fait complimenter ce grand savant par des députations, et les notables habitants de notre ville lui ont offert un banquet où se trouvaient réunies les sommités des sciences et des lettres de Gœttingue et de plusieurs autres villes, telles que Hanovre, Berlin, Brunswick, etc.

» M. Gauss est actuellement âgé de soixante-douze ans; malgré cet âge avancé, il possède eocore toute la vigueur de la jeunesse, et il contioue ses fonctions de professeur et ses recherches scientifiques avec le zèle infatigable dont il a coostamment fait preuve pendant sa longue et honorable carrière. »

sciés d'avant en arrière; le tibia, au contraire, d'arrière en avant.

L'opération tout entière a duré à peine cinq minutes; aucune ligature n'a été nécessaire.

M. Maisonneuve a fait un pansement simple, et maintenu le membre dans l'extension au moyen d'un appareil ordinaire pour les fractures du membre inférieur.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant des suites de cette belle opération.

De la maturité de la cataracte.

Par M. BAYARD, médecin à Cirey-sur-Blaise.

Mon intention dans cet article n'est pas de répondre à celui publié par M. Tavignot sous le même titre dans la *Gazette des Hôpitaux* du 12 juillet; je ne veux pas également élever une réclamation de priorité; je désire seulement montrer qu'une idée commune à nous deux nous est survenue par des voies diverses, et que les conclusions auxquelles nous arrivons diffèrent encore, particulièrement pour le procédé opératoire préférable dans le cas de *maturité* telle que nous l'entendons.

Ce que je vais dire est extrait d'un Mémoire adressé à l'Académie de médecine en février 1849, dans lequel j'ai cherché à démontrer par des exemples tirés de ma pratique : 1° qu'on abaissait la cataracte avec autant de facilité et de succès par l'angle interne que par l'angle externe de l'œil, et 2° que la capsule est le point de départ de la cataracte, cela contrairement aux opinions émises par M. Malgaigne sur la fin de décembre dernier (voir la *Gazette des Hôpitaux*, décembre 1848).

Ces explications étant nécessaires pour l'intelligence de ce qui va suivre, je vais citer textuellement quelques passages de mon Mémoire, et dire tout de suite que *maturité de la cataracte* signifie pour moi non-seulement opacité, mais encore désorganisation et absorption plus ou moins grande de tout l'appareil cristallinien. La désorganisation et l'absorption se font avec le temps; c'est donc ce même temps qui met une grande différence entre la cataracte qui date de quinze ans et celle qui date d'un an.

Extraits du Mémoire adressé à l'Académie.

L'anatomie du cristallin diffère suivant l'âge; chez l'adulte, le cristallin offre une série de lames emboîtées les unes dans les autres, pareilles à peu près aux bulbes de certaines plantes, avec cette variété que, denses aux centres, elles le deviennent de moins en moins à mesure qu'elles s'approchent de la périphérie, où elles sont fluides. Ces lames, à leur centre, sont le point de départ de fibres rayonnantes d'une extrême ténuité, lesquelles deviennent de moins en moins visibles à mesure qu'on approche des couches moins solides. Mais l'âge et principalement l'état pathologique du cristallin modifient considérablement ces données : chez l'enfant, les lames du cristallin sont difficiles à développer; elles sont peu nombreuses et ont surtout une densité bien inférieure à celles de l'homme âgé; car au centre, pareilles à une gelée, elles ressemblent à la circonférence aux tumeurs les plus fluides de l'œil.

La capsule suit des progressions inverses à la densité des lames suivant les âges, c'est-à-dire que, membrane assez épaisse chez l'enfant, sa ténuité augmente à mesure que le sujet vieillit.

Souvent l'opération de la cataracte par extraction est sans succès, parce que le cristallin seul et sans sa capsule a été extrait. Je pourrais citer plusieurs cas où l'opération par abaissement a réussi, lorsque par extraction, chez le même individu, elle avait échoué, et cela à cause de la capsule restée dans la chambre postérieure. Il est presque impossible chez un jeune animal d'extraire le cristallin avec sa capsule. C'est une des considérations les plus puissantes pour faire opérer par abaissement plutôt que par extraction.

La capsule n'est autre chose qu'une prolongation de la membrane hyaloïde; ses fonctions sont de nourrir le cristallin, de solidifier les lames les plus concentriques, d'en ajouter de nouvelles avec l'âge, qui partent toujours de la périphérie et se forment au moyen de l'humeur sécrétée par la face interne de la capsule.

L'humeur dite de Morgagny n'existe pas; elle n'est autre chose que cette gelée liquide sécrétée par la capsule destinée à former, un peu plus tard, une nouvelle lame du cristallin, de même que l'aubier forme le bois, et constamment remplacée par une nouvelle sécrétion de la capsule. Cette humeur est plus abondante chez l'enfant que chez le vieillard à cause de la puissance sécrétive de la capsule dans le jeune âge; alors la limpidité de l'œil est parfaite; mais plus tard, cette force de sécrétion ayant diminué, les couches concentriques du cristallin prennent une teinte jaune, signe de la vieillesse.

Toute cataracte est la nécrose du cristallin et de sa capsule. Cette nécrose s'accompagne d'atrophie ou d'hypertrophie de la capsule; mais à la longue l'hypertrophie dégénère en atrophie. Les signes les plus saillants de la cataracte avec hypertrophie sont les suivants. Elle offre des saillies irrégulières dans la pupille, ce qui lui a mérité les noms absurdes de cataracte à crête de coq, cataracte pyramidale, cataracte branlante; mais son signe le plus important est celui d'offrir la forme étoilée. Ce sont en effet les fibres rayonnantes d'une extrême ténuité dont j'ai parlé qui se sont couvertes de phosphates calcaires et devenues par là visibles à l'œil; cette cataracte finit après de longues années par s'atrophier sensiblement.

La cataracte avec atrophie est quelquefois récente; mais le plus souvent elle date de longtemps. Elle n'offre ni saillies, ni étoiles. Ses caractères les plus distinctifs sont : d'être profondément située loin de l'iris, d'offrir une couleur uniforme, par exemple, d'un jaune foncée; alors on peut présumer que la cataracte est dure. En 1839, j'opérai un vieillard aveugle depuis longtemps, dont la cataracte offrait ces caractères. Le cristallin était pierreux et atrophié, et les mouvements de mon aiguille le jetèrent malgré moi dans la chambre antérieure, sa petitesse lui ayant permis de passer avec facilité au travers de la pupille. La cataracte, au contraire, est molle, quand le disque du cristallin est d'un blanc chatoyant ou irrégulièrement taché. Dans cette cataracte le cristallin, à l'aide du temps, s'atrophie complétement, se fond, se réduit en flocons blanchâtres, albumineux et amorphes, venant adhérer à une capsule qui ne présente elle-même que de faibles traces d'organisation, et qui n'est maintenue que par ses attaches.

Toute cataracte débute toujours par la capsule; la cataracte traumatique en est la preuve. C'est sa sécrétion nulle ou diminuée qui occasionne tout le désordre.

La capsule, quelquefois au début de la cataracte, se boursoufle, offre une surface qui cesse d'être plane, et présente les caractères d'hypertrophie. Mais, avec le temps, cette première transformation en subit une seconde, celle de l'atrophie. Dans les cataractes qui dataient de longues années, les expériences auxquelles j'ai pu me livrer m'ont toujours montré la capsule d'une ténuité extrême. Pour m'assurer qu'elle existait, j'étais obligé de la toucher avec une pointe, et aux légères rides qui se manifestaient sur le disque du cristallin, j'étais forcé de reconnaître la présence d'une membrane; mais souvent il m'a été impossible de la détacher, même de la soulever. Dans cet état, elle a perdu sa vie organique, et n'a d'autre transparence que celle que lui laisse sa ténuité excessive.

L'anatomie pathologique du cristallin est bien différente également de celle de son état normal; sans parler de celui qui s'est presque dissous par le temps, il faut dire que celui qui reste assez solide pour soutenir la dissection ne présente plus la série des couches concentriques ni les fibres rayonnantes; c'est presque une petite masse pilulaire.

Ce diagnostic différentiel des cataractes, déduit de l'âge du sujet, de l'anatomie et de l'anatomie pathologique du cristallin, de la forme, de la couleur et de l'ancienneté de la cataracte, me conduit aux conclusions suivantes, qui trouvent leur application dans le procédé opératoire, préférable suivant la nature des cataractes :

1° Dans une cataracte récente avec hypertrophie de l'appareil cristallinien, qui n'a pas encore subi la désorganisation et l'absorption qu'il subira plus tard, je vois une cataracte moins *mûre* que celle qui est plus ancienne. Dans ce cas, le procédé par extraction doit être préféré.

2° Au contraire, s'il s'agit d'une cataracte avec atrophie, c'est-à-dire ancienne et plus *mûre*, c'est toujours au procédé par abaissement que j'aurai recours.

3° Enfin, entre deux yeux cataractés en des temps inégaux, ne devant en opérer qu'un seul, j'opérerai de préférence le plus anciennement perdu.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 juillet 1849. — Présidence de M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

L'ordre du jour appelle le scrutin de ballottage entre MM. Ricord et Robert. On procède au scrutin par appel nominal. Le scrutin reste ouvert jusqu'à quatre heures.

— M. LE PRÉSIDENT donne la parole, en attendant l'heure du dépouillement, à M. Lacauchie.

— M. LACAUCHIE lit les conclusions d'un travail sur le parallèle des amputations ovalaire et à lambeaux. Ce travail, très volumineux, n'est pas susceptible d'être analysé.

— Le bureau procède au dépouillement du scrutin, qui donne le résultat suivant :

Nombre de votants, 89. Majorité, 45.

M. Robert obtient.......... 49 suffrages.
M. Ricord.................. 40.

M. Robert est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du chef de l'Etat.

— M. FERRUS lit un mémoire qui lui est commun avec MM. Lyonnet et Petit (de Corheil), sur une épidémie de méningite cérébro-spinale qui a sévi sur les enfants de Petit-Bourg. Nous ferons très prochainement une analyse aussi complète que possible de ce travail intéressant.

— La correspondance manuscrite comprend les communications suivantes :

Choléra.

1° M. Zandick, de Dunkerque, envoie une note sur la propagation du choléra. Il ne nous a pas été possible encore, dit l'auteur, de signaler plusieurs jours sans la présence de quelques cas plus ou moins graves, bien que Dunkerque ait été la première ville infestée par l'épidémie.

Pour ce qui est de la contagion, l'auteur dit que, s'il lui a été impossible de citer des faits qui prouvent à l'évidence la contagion du choléra, il croit cependant sous ce rapport pouvoir se résumer en mentionnant le fait suivant : que la maladie a atteint huit personnes qui habitaient des quartiers éloignés les uns des autres, et que l'invasion du choléra chez chacune d'elles ne peut s'expliquer que par les relations répétées qui ont existé entre ces personnes durant la maladie.

2° M. Delaporte, correspondant de l'Académie, à Vimoutiers, communique une nouvelle observation de choléra; c'est le second cas qu'il observe à Vimoutiers.

3° M. le docteur Tourette, de Chambly (Seine-et-Oise), informe l'Académie que depuis le 1er juin le choléra-morbus et la suette ont envahi Chambly, commune du canton de Neuilly-en-Thesse (Oise), dont la population est de 1,350 à 1,400 âmes.

Le nombre des personnes atteintes du choléra s'élève à 100 environ. La mortalité comprend à peu près la moitié de ce nombre et les vieillards y ont entré pour les deux tiers.

Ce qui est remarquable dans cette épidémie, dit l'auteur, c'est que parmi les personnes atteintes aucune n'a jamais été saignée; la saignée lui a paru être, sans exception, préservative du choléra. Pendant la durée du choléra à Chambly, M. Tourette n'a pratiqué la saignée que sur onze personnes atteintes de pneumonie et aucune d'elles n'a eu le choléra.

4° M. Girard, d'Auxerre, informe l'Académie que le choléra a diminué d'intensité dans l'asile d'Auxerre depuis le 14 juillet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 juin 1849. — Présidence de M. FOUQUIER.

L'Académie royale de Médecine de Belgique envoie un Bulletin dont M. Masson est nommé rapporteur.

— La Société médicale du 9e arrondissement adresse le rapport de M. Hatin sur le choléra. (M. Dancel, rapporteur.)

— L'inventeur d'une fontaine filtrante ayant pour but d'aérer l'eau en la filtrant, demande à faire fonctionner son appareil en présence de la Société.

Après une discussion rapide dans laquelle M. Dancel cite la déperdition constatée de l'air dans les fontaines publiques ou les fontaines particulières, et considère cette perte d'air comme une cause d'indigestibilité de l'eau, la Société, sur la proposition de M. Lucien Boyer, considérant que cette question intéresse l'hygiène publique, nomme une commission, composée de MM. Serrurier, Dancel et Lucien Boyer, pour examiner le nouvel appareil.

— La question du choléra, suspendue dans la dernière séance, est reprise.

M. CHALUS s'est trouvé bien de l'emploi des boissons chaudes et aromatiques, aidées d'une potion avec le chloroforme. Chez deux malades en voie de réaction, l'usage des boissons froides a ramené les accidents primitifs, bientôt suivis de mort.

Sur 19 cas de choléra grave, 8 ont été heureusement sauvés, et 11 ont succombé.

M. FOUQUIER ne proscrit pas les boissons froides; elles ont surtout l'avantage de calmer les vomissements.

M. CHALUS a vu, au contraire, reparaître les vomissements sous l'influence des boissons froides. Chez un enfant, entre autres, les vomissements produits par les boissons froides n'ont cessé que par l'application d'un vésicatoire au creux de l'estomac.

M. THORE emploie au début les boissons tièdes, et un peu après les boissons froides.

M. SERRURIER. Le choléra n'atteint pas seulement les classes malheureuses ou déréglées; mais encore certains établissements particuliers sont décimés, comme, par exemple, celui des sœurs hospitalières, où 40 sœurs sur 400 ont été victimes.

M. DANCEL est d'accord avec M. Serrurier sur la gravité; mais, après avoir soigné un certain nombre de cholériques, il croit qu'on aurait de meilleurs résultats si l'on pouvait ne pas quitter les malades.

M. COURSERANT demande à M. le président de diriger la discussion de manière à examiner les différents cas et les différentes périodes auxquels sont appliquées les variétés du traitement employé contre le choléra.

M. MASSON considère deux états bien tranchés de la maladie, le choléra léger ou cholérine, et le choléra grave. Pour lui c'est une intoxication frappant l'organisme et la vie dans sa source la plus essentielle, c'est-à-dire au centre même de l'appareil cérébro-spinal. Si l'intoxication est légère, il n'y a que des altérations faciles à maîtriser; mais le choléra prend aussi d'une manière insidieuse. On peut comparer dans le choléra l'organisme à une lampe à plusieurs becs dont chacun s'éteint successivement par une cause quelconque agissant d'une manière générale sur l'appareil. Successivement on constate les douleurs et les crampes, le refroidissement et l'extinction de la voix, annonçant les troubles de l'innervation, puis la suspension de la circulation, montrant l'altération profonde des fluides destinés à l'entretien de la vie; et si l'on se bornait alors à chercher les moyens de remédier isolément à chacune de ces fonctions qui s'éteignent, on ressemblerait à celui qui, dans l'exemple comparatif que je viens de faire d'une lampe à plusieurs becs qui s'éteint, chercherait à ranimer successivement chacun de ces becs sans s'occuper de la cause générale qui pèse sur le lustre lui-même. Ces réflexions m'ont conduit, en 1832, à diriger tous les agents thérapeutiques dans le sens d'une modification de l'état des centres nerveux. Ayant remarqué l'intégrité des fonctions cérébrales, même chez les sujets les plus agités, je pensai que la principale et primitive lésion était dans la partie des centres nerveux située au-dessous du cerveau. Ce fut d'après cette idée que j'appliquai le long de la colonne vertébrale un vésicatoire prenant de la racine des cheveux à la douzième vertèbre dorsale; et toutes les fois que les accidents ne marchèrent pas assez rapidement pour enlever les malades avant l'action de ce révulsif, j'en obtins les plus heureux effets. Ce moyen, trop lent dans beaucoup de cas, a été remplacé par des onctions avec une pommade de garou contenant un cinquième de son poids de poudre de cantharides. M. Masson a employé cette pommade avec succès chez sa femme et dans plusieurs autres cas. M. Masson ne fait pas le même cas du vésicatoire spontané; son action est moins profonde, et l'expérience lui a prouvé qu'il n'avait pas le même avantage. Il ne se dissimule pas la douleur profonde produite par le moyen qu'il propose; mais les avantages qu'il en a tirés, comparés aux insuccès des cas où il a hésité à l'employer, augmentent sa confiance et sa conviction.

M. COURSERANT a dans un cas très grave employé inutilement cette pommade. Chez ce malade des ventouses appliquées successivement relevèrent ses forces, et ont paru prolonger l'existence du malade.

M. MASSON pense que, malgré l'opinion émise par M. Courserant, l'amélioration obtenue a été due en partie à l'emploi de la pommade cantharidienne.

Dr Louis TERRIER, *secrétaire annuel.*

Note sur un cas de catalepsie,

Par M. le Dr LOUYET.

La *Gazette des Tribunaux* contenait, il y a quelques jours, des détails sur un cas très remarquable de catalepsie. D'après ce journal, une jeune fille serait demeurée pendant cinq jours privée de tout sentiment. Les exemples bien observés de catalepsie essentielle d'une durée aussi longue sont tellement rares (si même ceux qu'on a publiés méritent une entière confiance), que celui-ci acquerrait un grand intérêt dans le cas où il au-

rait été exact. Nous avons dû, en conséquence, avant de l'accueillir, prendre des renseignements précis auprès de notre excellent confrère M. Louyet; et de la note suivante, qu'il a bien voulu nous adresser, il résulte que le fait raconté par la *Gazette des Tribunaux* est beaucoup moins extraordinaire qu'il ne l'aurait été si la narration du journal avait été exacte. Néanmoins, ce fait, tel qu'il s'est passé, offre encore assez d'intérêt pour que nous croyions utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs la note de M. le Dr Louyet.

» Les détails donnés par la *Gazette des Tribunaux* sur l'état d'une jeune fille cataleptique au moment de ma visite au poste du port Saint-Paul sont parfaitement exacts ; je n'ai rien à y ajouter. Je dirai seulement qu'au moment de mon arrivée, je trouvai près de cette enfant M. Roussel, élève chez M. Lelong, pharmacien, rue Saint-Paul, 36, et que, ce jeune homme ayant vu l'enfant presque sans pouls, venait de lui faire des frictions ammoniacales et de lui administrer quelques cuillerées d'une potion antispasmodique.

» Il résulte des renseignements que j'ai pris auprès du commissaire de police et de M. Dionis, interne de M. Grisolle, dans le service duquel se trouve la malade, à l'hôpital Saint-Antoine :

» 1° Que cette enfant n'a été privée de sentiment que pendant *douze heures*, et non pendant *cinq jours*, comme l'avance inexactement la *Gazette des Tribunaux;*

» 2° Qu'aucun traitement énergique n'a été employé pour rappeler la sensibilité chez la malade. Il n'a fallu, au bout de douze heures de son entrée à l'hôpital, que quelques aspersions d'eau à la glace sur la figure pour faire disparaître cette névrose, qui était d'ailleurs peut-être à son terme;

» 3° Qu'enfin, cette enfant, qui a déclaré être la fille du nommé Poteau, rue Brisemiche, 14, est tombée en catalepsie à la suite de fortes contrariétés qu'elle eut avec sa mère, qui lui faisait souvent subir de mauvais traitements.

» Tels sont les faits relatifs à cette observation intéressante, mais à laquelle pourtant l'inexactitude de la *Gazette des Tribunaux* avait donné une importance plus grande qu'elle n'en a réellement. »

Note sur quelques cas de choléra-morbus

Observés et traités par M. le chanoine Clavel, *curé et médecin à Escamps (Yonne).*

Le canton de Coulanges-la-Vineuse, l'un des mieux situés peut-être du département de l'Yonne pour les conditions de salubrité atmosphérique, n'a pu échapper aux influences funestes du choléra. Outre un certain nombre de cas de cette terrible maladie qui ont eu lieu dans la commune de Gi-l'Evêque, et sur lesquels on a compté peu de guérisons, M. le chanoine Clavel, en a observé quatre cas, dans lesquels il a obtenu un succès très satisfaisant du traitement fort simple qu'il décrit dans les lignes suivantes :

« Vers le milieu du mois de juin dernier, je fus appelé auprès d'une jeune femme de 25 ans, ma paroissienne, que j'avais mariée à mon église l'hiver dernier. Elle appartient à une famille aisée, au sein de laquelle on fait usage d'une bonne nourriture. Cette famille habite l'un des villages les mieux situés de la paroisse d'Escamps. Cependant, après quelques jours de repos et l'abstinence de tout travail champêtre, à cause des pluies qui régnaient depuis quelque temps, la jeune femme en question fut subitement saisie, et sans cause connue, par des crampes musculaires aux jambes et aux bras, qui furent bientôt accompagnées de dévoiement et de vomissements, avec coliques atroces et hoquet continuel. Me trouvant dans le village même, auprès d'une autre malade, au moment de la crise éprouvée par cette femme, je fus appelé à son secours. A mon arrivée auprès du lit de la malade, dont les bras et les jambes étaient tordus, la poitrine soulevée tant par le hoquet que par les efforts inutiles qu'elle faisait pour vomir, je constatai de la main gauche cent pulsations par minute au pouls.

» Je fis prendre immédiatement une potion calmante, que je composai avec de l'eau sucrée, quelques gouttes de laudanum de Rousseau, trois gouttes d'éther sulfurique, et tout autant d'essence de citron, médicaments que j'avais sur moi.

» Le hoquet et les envies de vomir cessèrent immédiatement. On profita du calme survenu pour appliquer douze sangsues au creux de l'estomac. Pendant cette application, dont le résultat fut admirable, on pratiqua sur les membres des frictions avec une pièce de flanelle trempée dans de l'eau de mauve un peu tiède, où l'on avait versé environ six grammes d'acide sulfurique pour quatre litres d'eau. Les crampes cessèrent aussi sous l'emploi continu de ces frictions. Néanmoins, une sueur froide de mauvaise nature apparaissant à la suite de l'application de sangsues, je songeai à favoriser la réaction en donnant à la malade six gouttes de chloroforme dans une décoction de sauge et de menthe sucrée, qu'elle prit en trois fois, de quart d'heure en quart d'heure, à la dose de trente grammes environ chaque fois. Le soir même la malade était tout à fait calme et sans souffrance. Le lendemain, elle alla de mieux en mieux, de manière à pouvoir prendre un peu de bouillon. Aujourd'hui, elle se porte parfaitement bien, quoique depuis elle ait éprouvé un dérangement grave par suite d'une imprudence et d'un travail au-dessus des forces d'une personne empêchée par les conséquences naturelles d'un état intéressant qui demande des ménagements particuliers en toute occasion, particulièrement après avoir essuyé toutes les souffrances du choléra, sans aggravation ni accident funeste.

» Le même traitement que je viens de décrire a été employé sur plusieurs autres personnes, dans des circonstances plus ou moins différentes ou analogues, avec le même succès. »

Correspondance.

Auxerre, le 22 juillet 1849.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer que le choléra a diminué d'intensité et de fréquence dans l'asile d'Auxerre pendant la période qui vient de s'écouler, du 7 au 14 juillet. On compte dans cet intervalle 6 cas de choléra et 7 de cholérine, tandis qu'on a constaté 11 cas de choléra et 7 cholérines durant la période de sept jours qui avait précédé.

Il résulte de nos observations :

1° Que la preuve de la contagion n'a pu encore être rigoureusement obtenue ;

2° Que les bonnes conditions d'espace, de ventilation, d'expansion de l'âme sont puissantes pour préserver du choléra ;

3° Que les conditions dépressives provenant d'une détérioration de l'organisme, des veilles, des passions tristes, du défaut d'espace, de ventilation, favorisent le développement de la maladie : ce qui expliquerait certains faits de soi-disant contagion observés dans les familles où les membres se concentrent dans la chambre du cholérique pour lui prodiguer des soins, et où les veilles, les inquiétudes les débilitent si profondément ;

4° Que ces conditions cependant ne sont pas toujours suffisantes pour éloigner la maladie, lorsque l'épidémie se montre avec un certain degré d'intensité ;

5° Que les prodromes s'annoncent d'une manière presque certaine, affectant des formes diverses, au nombre desquelles nous signalerons comme formes nouvelles, tantôt la tristesse jointe à un sentiment indéfinissable de crainte ; tantôt l'abattement avec stupeur, bouffissure de la face, œdème des paupières, yeux cernés, éteints, sans diarrhée ni vomissements;

6° Qu'enfin, sur des constitutions affaiblies, le choléra peut apparaître d'une manière foudroyante et imprévue.

Agréez, etc.

H. Girard,
Médecin en chef, directeur de l'asile public d'aliénés d'Auxerre.

Nouvelles du choléra.

M. le docteur Valat, correspondant de l'Académie à Autun, vient d'adresser à cette Compagnie un Mémoire sur le choléra qui a régné en juin à Château-Chinon (Nièvre), où il avait été envoyé par l'administration supérieure de la ville d'Autun. Il résulte des observations de notre savant confrère que l'ascension du choléra à Château-Chinon, à 551 mètres au-dessus du niveau de la mer, constitue un fait inouï dans la marche du choléra. De plus, Château-Chinon se trouve sur un terrain granitique. On sait qu'on a attribué aux localités situées sur des terrains primitifs une immunité complète contre le choléra.

— Une lettre qui nous est parvenue de La Charité constate qu'il résulte des notes remises à la municipalité de cette ville que l'on compte jusqu'à ce jour quatre-vingts victimes de l'épidémie, dont un tiers a succombé.

— Le choléra vient d'éclater à Malines à la suite des fêtes ; la même occasion a amené à Liége une recrudescence. Nous ne pouvons donc nous empêcher d'attendre avec crainte le résultat des prochaines kermesses de Gand et de Bruxelles.

— A Mons il y a eu jusqu'au 12 juin, 314 malades et 197 décès. — A Gand, il y a déjà eu 2594 cas et 1148 décès ; à Termonde, 360 et 120 décès ; à Bruges, 394 cas et 192 décès. — La Flandre orientale est actuellement la province où le fléau règne avec le plus d'intensité. (*La Presse méd. belge.*)

— Le choléra a éclaté à Mexico, et, à Monterey seulement, il a enlevé en un jour 280 personnes.

NOUVELLES.

On lit dans le *Journal de l'Ain* du 20 juillet :

« On parle diversement à Bourg d'un enfant qui aurait été placé tout vivant dans un cercueil par sa propre mère pour être transporté au cimetière. Voici ce qu'il y a d'exact dans cet événement arrivé hier :

» L'individu chargé d'ensevelir les morts s'acquittait de sa mission lorsqu'il entendit un léger bruit dans la boîte ; il l'ouvrit, regarda l'enfant et surprit un mouvement de respiration. Cette découverte fut bientôt ébruitée et produisit une vive émotion dans certains quartiers de la ville.

» L'enfant fut reporté chez sa mère, où il expira quelques heures après. La police, avertie de l'événement, arriva bientôt avec un médecin, et il a été constaté que l'enfant ne portait la trace d'aucune violence. Seulement, il n'avait pas reçu en naissant tous les soins convenables. Ni la naissance ni la mort de cet enfant illégitime n'avaient été déclarées. »

— On lit dans *the Globe* du 23 la note suivante, dans laquelle M. Magendie est représenté, on ne sait trop pourquoi, comme le président de l'Académie de Médecine.

« La direction sanitaire générale en grande assemblée a reçu le président de l'Académie de Médecine de France, M. Magendie, qui vient à Londres faire une mission d'enquête pour le gouvernement français sur la marche et le traitement du choléra en Angleterre. M. Magendie était accompagné par le docteur M. Langhlin. Le professeur Owen et M. Hodgson, du Collége des chirurgiens, assistaient à la conférence.

— Le docteur Clift, élève de John Hunter, est mort le 20 juin à sa résidence de Stanhope Cottage à l'âge de 78 ans. Ce médecin distingué avait rempli pendant cinquante ans la place de conservateur du musée de Hunter. Le docteur Clift, dit la *Gazette de Dublin*, était un homme d'une grande modestie, jointe à une grande simplicité de caractère. Son âme ne fut jamais troublée ni par l'ambition, ni par la jalousie, ni par l'envie. Ses travaux doivent être nombreux, quoiqu'il n'en ait pas beaucoup publié. Nous émettons le vœu que le collége des chirurgiens d'Angleterre fasse une mention honorable de ses travaux. Le docteur Clift est peut-être le dernier de ceux qui ont assisté Hunter dans ses vastes recherches.

— D'après les relevés d'une statistique du royaume de Prusse, établie en 1846, il résulte que, sur une population de 16,110,000 individus, il y a 5,137 médecins de la ville, 351 médecins militaires, 827 chirurgiens de première classe, 1,144 chirurgiens de deuxième classe, 1,423 droguistes et 11,539 sages-femmes.

Nous recommandons à ceux de nos confrères qui ont le goût ou le loisir de s'occuper de politique, la combinaison suivante, qui leur permettra d'acquérir pour une faible somme le plus important ouvrage qui existe sur la Révolution.

Le **DROIT** (le mieux informé et le moins cher des journaux judiciaires), voulant que tous ses abonnés actuels et toutes les personnes qui prendront un abonnement d'une année puissent étudier l'histoire de la Révolution sur les documents originaux, vient de traiter d'une édition de la *Réimpression de l'***ANCIEN MONITEUR**, seule histoire authentique et inaltérée de la Révolution française, et leur offre, moyennant *trente francs* ajoutés au prix de l'abonnement, *vingt volumes* de cette belle collection, qui se compose de 32 volumes, et dont le prix est de 320 fr.

L'abonné qui aura ainsi acquis pour une si faible somme 20 volumes de cette grande collection pourra toujours, à l'époque qui lui conviendra le mieux, et par fractions d'un ou de plusieurs volumes, s'il le désire, s'en procurer le complément (12 volumes) au prix de 10 fr. le volume, chez MM. Plon frères, éditeurs, 36, rue de Vaugirard.

Le prix annuel de l'abonnement du Droit est de :

30 fr. pour Paris ;
36 fr. pour les départements ;
48 fr. pour l'étranger.

Nous connaissons plusieurs personnes qui, désirant avoir l'*Ancien Moniteur*, mais n'ayant pas absolument besoin du *Droit*, se sont entendues avec un cercle ou un café, abonnés obligés de ce journal, et chacun a eu la part qui lui convenait : celui-ci la belle collection, celui-là le journal aimé de ses habitués.

Nous faisons part de cette recette à nos confrères.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 28 JUILLET 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 88.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 27 JUILLET 1849.

Bulletin du choléra.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

Hôpitaux civils :		
Journée du 25 juillet.......	16 entrées,	9 décès.
— 26	25	9
Hôpitaux militaires pendant les deux jours..................	6	3
Total................	47	21
Total des décès dans les hôpitaux.........		6870
Total des décès à domicile jusqu'au 2 juillet inclusivement.........		9127
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie..................		15997

Marche de l'épidémie en France.

Les deux tiers septentrionaux de la France sont aujourd'hui envahis par l'épidémie, et parmi le grand nombre de villes situées dans cette vaste étendue de terrain, il n'y en a qu'un très petit nombre qui aient été jusqu'à présent préservées du fléau. Lyon, par une heureuse exception, continue à jouir de l'immunité si remarquable dont elle a eu le privilège en 1832. Bordeaux, Angoulême, Poitiers, Limoges, Bourges, Tours, Nantes, Orléans, Dijon, Besançon, Nancy, Strasbourg, Metz, et toutes les autres villes du nord et de l'ouest, ont au contraire éprouvé à divers degrés les atteintes du fléau. En général, l'épidémie a été peu grave dans ces villes, ainsi que dans les localités intermédiaires qui sont presque toutes atteintes. Ce n'est que dans quelques circonscriptions très restreintes ou dans quelques établissements spéciaux qu'elle a sévi avec intensité. Tels sont, par exemple, le pénitencier de Tours et l'asile d'aliénés de Clermont (Oise), et non pas de Clermont-Ferrand, comme cela avait été dit par erreur dans un de nos derniers numéros. Le choléra a néanmoins envahi Clermont-Ferrand lui-même, ainsi que nous l'a annoncé notre distingué confrère, M. le docteur Imbert-Gourbeyre, ancien interne des hôpitaux de Paris; mais l'asile d'aliénés de cette ville a jusqu'à ce jour été respecté par l'épidémie, qui a du reste affecté à Clermont un caractère très bénin.

A l'asile de Clermont (Oise), au contraire, l'épidémie a continué à sévir. Au moment des dernières nouvelles, sur les 800 aliénés que renferme l'asile, 200 avaient déjà été atteints, et 100 ont succombé.

D'après quelques bruits qui nous étaient parvenus, le choléra aurait sévi avec une certaine intensité à Bourbonne-les-Bains; mais les nouvelles que nous avons reçues directement nous permettent d'assurer que, jusqu'à ce jour, cette ville a échappé à l'épidémie, ainsi que toutes les autres localités où existent de grands établissements d'eaux thermales.

Revue clinique hebdomadaire.

Paralysie partielle idiopathique. — Le service des hommes de M. Bouillaud offre en ce moment un des exemples les plus curieux de paralysie que nous ayons eu l'occasion d'observer depuis longtemps. Cette paralysie est bornée à quelques-uns des muscles de l'avant-bras gauche, principalement aux extenseurs du poignet, aux extenseurs et fléchisseurs des doigts, au long supinateur. La moitié inférieure du membre supérieur présente en effet les phénomènes suivants :

La main est fléchie sur l'avant-bras, mais les doigts ne sont point ou ne sont qu'à peine fléchis sur la main; lorsqu'on présente la main au malade pour qu'il la serre, on n'éprouve qu'un degré très faible de pression, bien qu'il emploie toutes ses forces; le poignet ne peut être étendu, et les doigts, qui, ainsi que nous l'avons dit, sont à peine fléchis, ne peuvent être étendus davantage; l'avant-bras est dans une pronation assez prononcée, et les mouvements de supination sont presque impossibles.

Les mouvements de l'avant-bras sur le bras sont au contraire très faciles et ne paraissent différer en rien de ce qu'ils sont à l'état normal, non plus que ceux du bras sur l'épaule.

Aucune autre trace de paralysie n'existe sur aucune partie du corps. La sensibilité est partout intacte aussi bien sur les points paralysés qu'ailleurs.

Voici dans quelles circonstances est survenue l'affection que nous venons de décrire succinctement :

Le malade est un homme de trente-quatre ans, assez bien constitué, quoique d'une santé médiocrement robuste; il exerce depuis seize ans la profession de chapelier; jamais il n'a travaillé dans des lieux où existaient des émanations de plomb, de mercure, ni d'autres substances malfaisantes. C'est la première fois qu'il est affecté de paralysie; jamais il n'a éprouvé ni attaques de nerfs, ni névralgies dans les bras ou dans d'autres parties; il paraît seulement avoir éprouvé de temps en temps des douleurs rhumatismales.

Il était parfaitement bien portant le dimanche 15 juillet, lorsqu'il alla ce jour même voir une personne malade à l'hôpital de la Pitié. Pendant le temps qu'il passa à l'hôpital, il éprouva une vive contrariété et un sentiment très prononcé de colère, qu'il parvint cependant à réprimer en grande partie. Il quitta l'hôpital sans rien éprouver de particulier, si ce n'est un sentiment de froid dans le bras gauche; il dîna comme d'habitude et se coucha bien portant.

Le lundi matin, quand il voulut s'habiller, il s'aperçut qu'il ne pouvait mouvoir son avant-bras que très faiblement, qu'il ne pouvait, par exemple, le porter derrière la tête, qu'il ne pouvait prendre aucun objet avec sa main gauche. Du reste, aucune douleur, aucun sentiment de malaise, soit dans la tête, soit dans la région de la moelle, soit même dans le membre paralysé, n'accompagna cette abolition; le malade continua seulement pendant la journée du lundi à éprouver dans ce membre une sensation de froid. Ne pouvant nullement continuer son travail, il demanda son admission dans l'hôpital.

Depuis son entrée, trois électrisations ont été faites avec l'appareil de M. Duchêne (de Boulogne), et aujourd'hui, 24 juillet, les mouvements sont déjà notablement améliorés.

Nous aurions vivement désiré que le savant professeur dans le service duquel se trouve ce malade eût exposé l'opinion qu'il se fait de cette singulière paralysie; mais jusqu'à présent il s'est borné à l'observer attentivement.

Quant à nous, la nature nous en paraît singulièrement obscure. Dans les intoxications saturnines, à la suite des névralgies chez les individus qui sont ou qui ont été sujets aux affections nerveuses (hystérie, chorée, etc.), les paralysies locales analogues à la précédente ne sont pas extrêmement rares; mais aucune de ces conditions n'existant pour le malade qui est l'objet de cette note, il faut nécessairement rapporter à une autre cause l'affection dont il est atteint. Quelques observateurs ont rapproché cette affection de la paralysie faciale avec laquelle elle a en effet une certaine analogie, spécialement sous le rapport de la soudaineté du début. Mais habituellement la paralysie faciale reconnaît pour cause l'action du froid sur la tête ou la face; en outre, le nerf facial est toujours affecté d'une manière complète dans l'hémiplégie faciale, c'est-à-dire que la cause de la paralysie semble agir sur le tronc même de ce nerf, trop parfaitement circonscrit dans le trajet assez long qu'il parcourt; on comprend donc qu'une cause qui agit sur ce tronc affecte immédiatement tous les filets qui en émanent. Mais rien de semblable n'existe chez notre malade, où des muscles animés par des troncs nerveux différents sont affectés, tandis que ces troncs ne sont point affectés eux-mêmes, ainsi que le démontre la persistance des mouvements dans les muscles animés par les filets qui émanent de la partie supérieure de ces troncs.

Cette paralysie n'est pourtant point sans analogues dans la science : ce que l'on a décrit dans ces derniers temps sous le le nom de contracture essentielle peut en être rapproché,

FEUILLETON.

Rapport fait à la commission départementale de la Seine sur le service des aliénés.

(Suite et fin.)

M. Ferrus faisait observer, en terminant ce qui avait trait à la fondation des colonies agricoles, qu'il s'était borné jusque-là à considérer la grave question du service des aliénés uniquement au point de vue des améliorations qu'il y avait à apporter soit dans l'état des malades, soit dans l'administration elle-même, considérée comme représentant un intérêt unique, individuel en quelque sorte.

Il n'en est malheureusement pas ainsi. Des intérêts divers et quelquefois opposés concourent à l'entretien du service des aliénés, et la question financière doit malheureusement être résolue avant qu'on ne puisse procéder à la solution pratique de toutes les autres. M. Ferrus n'a donc point négligé cette partie importante du problème, et il a été assez heureux pour démontrer qu'en cette circonstance tous les intérêts avaient également à gagner à secourir de la manière la plus intelligente et la plus efficace un des malheurs les plus dignes de pitié.

Après avoir fait remarquer que, nonobstant les termes de la loi du 30 juin 1838, l'arrêt du conseil d'Etat, une décision ministérielle, le département de la Seine n'a pu acquitter son contingent pour le service des aliénés; que la ville de Paris, qui avait d'abord consenti à suppléer à la pénurie du département, ne pouvait plus continuer, depuis 1848, les mêmes avances, et qu'enfin, par suite de ces circonstances, l'administration de l'assistance publique se trouvait à découvert d'une somme de 2,020,499 fr. 26 c. M. Ferrus continue :

Solutions possibles. — « Malgré ces empêchements matériels, il faut agir néanmoins; tout le monde est d'accord sur ce point. L'urgence est vivement sentie; mais quel parti prendra le département de la Seine? Créera-t-il à ses frais un établissement spécial, à l'exemple de plusieurs autres départements? Accordera-t-il à cet établissement une existence indépendante, en lui payant un prix de journée débattu et facultatif, et en laissant à une direction habile le soin de régler les dépenses et de pourvoir à tous les besoins du service, moyennant le prix de journée, le montant de quelques pensions particulières et le produit du travail auquel les aliénés sont aptes? L'expérience a déjà prouvé que ce projet serait le meilleur; mais, comme on l'a vu, son accomplissement donnerait lieu à d'énormes sacrifices. N'importe; on arriverait à y faire face par un emprunt à l'extinction duquel l'établissement pourrait peut-être concourir lui-même pour une certaine part. Le gouvernement, de son côté, viendrait probablement en aide à l'accomplissement d'une entreprise qui comporte un si haut caractère d'utilité. Ajoutons qu'en maintenant cet établissement dans des conditions modestes et les limites du simple nécessaire, en mettant à profit l'expérience des faits accomplis, on pourrait parvenir vraisemblablement à réduire, dans une proportion sensible, les sommes dépensées en d'autres lieux. Ces sommes, toutefois, seraient encore très importantes. Une dernière considération, c'est qu'on se trouverait conduit à sacrifier en pure perte tout ce qui existe déjà, tout ce qui a été fait dans des vues très spéciales, et dont, au demeurant, on a retiré d'heureux fruits.

» Suivre le chemin tracé, persévérer dans les voies parcourues, présente d'incontestables avantages; mais, pour réaliser de suffisantes améliorations et pour faire droit à toutes les exigences du service, il faut également de nouveaux sacrifices. Or, quelle est l'administration en mesure de les faire? Et d'abord, sur qui doivent-ils porter?

» De quelque façon qu'on s'y prenne, c'est au département que cette charge échoit, et il n'a que deux manières de procéder : ou faire une avance de fonds aux hospices, en tenant le prix de journée à un taux très modéré, ou élever ce prix assez haut pour permettre à l'administration hospitalière de rentrer progressivement dans ses frais, si c'est elle qui doit se livrer aux agrandissements et aux appropriations nécessaires.

» Les aliénés, dans l'une ou l'autre de ces suppositions, seraient maintenus sous le régime du pensionnat. Il me reste donc à établir les avantages qu'il peut procurer dans le cas présent, les inconvénients majeurs qu'en général on y rencontre, et à rechercher s'il est possible de profiter du bénéfice de la mesure, tout en évitant les mauvais côtés qu'elle peut offrir.

» Dans plusieurs de mes rapports sur les services d'aliénés placés comme annexes dans les hospices, j'ai appelé votre attention sur les mesures adoptées à l'égard de ces malades. En général, les administrations hospitalières cherchent à conserver des sections d'aliénés. Quelques commissions administratives ne sont mues assurément que par le désir de continuer à ces infortunés des soins compatissants et désintéressés. Ce sentiment toutefois, chez le plus grand nombre des administrateurs, fait place à un sentiment charitable encore, mais dont les aliénés ne sont point l'objet. Les départements qui, depuis la loi de 1838, n'ont pas voulu créer un asile spécial pour le traitement des maladies mentales, ou n'ont pas été dans la possibilité de le faire, se sont résignés, pour la plupart, à payer un prix de journée assez élevé aux établissements qui ont consenti à recevoir comme pensionnaires les aliénés devenus complétement à leur charge. Ce prix de pension est presque partout fort supérieur à la dépense réelle causée par le séjour de ces malades dans les établissements où existe à l'avance une administration régulière, et où tous les services généraux déjà organisés peuvent suffire également à la section des aliénés. Quelques-unes de ces administrations, sous ce rapport même, n'ont adhéré qu'à grand'peine à recevoir et à payer un employé à part, comme préposé responsable d'un service qui devrait rester complétement isolé. Quand elles ont semblé agréer une organisation régulière, elles ont encore mis tout en œuvre pour échapper à la sévérité de notre contrôle. Le préposé responsable n'était autre, souvent, que l'économe de l'hospice ou le secrétaire des bureaux. On ne lui accordait aucune importance, et son action était pour l'ordinaire tellement amoindrie ou paralysée, qu'il ne pouvait nous fournir les renseignements les plus nécessaires et les plus simples. Souvent, dans ces cas, les aliénés étaient à peine séparés des autres malades; il n'existait jamais de comptabilité à part pour eux. Les fournitures, souvent très imparfaites, étaient communes aux indigents de l'hospice et aux aliénés pensionnaires du département, auxquels cependant un prix de journée suffisamment élevé aurait dû assurer le bien-être et tous les soins que leur état réclame. Pour tout dire, en un mot, les administrations hospitalières bénéficient en général sur le prix de pension des aliénés et spéculent sur leurs pensionnaires pour fournir aux besoins des indigents qui sont entièrement à leur charge et dont le soin leur est complétement dévolu.

» L'administration hospitalière de la ville de Paris a, je le sais mieux que personne, toujours agi d'après des vues plus larges. Elle n'est jamais tombée dans les voies étroites et triviales de la spéculation. Ses finances étaient trop prospères; les hommes qui compo-

quoique dans ce cas la contracture remplace la paralysie. A la vérité, on est encore fort ignorant sur la cause de cette contracture elle-même. Mais ce n'est pas une raison pour que le rapprochement de ces deux états pathologiques soit sans utilité.

Les douleurs rhumatismales que cet homme a éprouvées pourraient-elles mettre sur la voie de la véritable nature de cette affection? L'émotion que le malade a éprouvée dans la journée du dimanche a-t-elle été pour quelque chose dans le développement de sa maladie? Voilà des questions qu'on ne peut guère que poser dans l'état actuel de la science, mais qu'il ne faut peut-être pas perdre de vue.

Quant au pronostic de cette paralysie, l'absence à peu près certaine de toute lésion organique dans les cordons nerveux doit nécessairement le rendre assez favorable, et tout porte à croire qu'en livrant le malade à lui-même tout rentrerait prochainement dans l'état normal.

Paralysie complète des deux nerfs auditifs, survenue instantanément à la suite d'une chute et d'une fracture probable de la base du crâne. — C'est encore d'une paralysie que nous allons entretenir nos lecteurs; mais celle-ci est plus explicable, sans toutefois être moins curieuse que la précédente. L'intérêt qu'elle présente nous paraît même assez grand pour que nous croyions utile de rapporter textuellement l'observation du malade, rédigée avec soin par M. Narbonne, interne très distingué de l'Hôtel-Dieu. Voici comment s'exprime notre jeune confrère:

Le nommé Sauniot, âgé de vingt-huit ans, bien constitué et d'une santé habituellement très bonne, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, le 3 juin, à onze heures du soir. Ce malade a été ramassé dans la rue, et les personnes qui l'ont transporté à l'hôpital ne peuvent donner aucun renseignement sur son compte; ils croient seulement qu'il a été renversé par une voiture, ce qu'il a confirmé lui-même plus tard. Il nous a appris qu'étant un peu ivre, il avait été frappé sur le côté droit par le brancard d'une voiture et renversé sur le pavé; il ne se rappelle rien autre chose.

Au moment de son entrée à l'hôpital, cet homme présente l'état suivant: Perte complète de connaissance, il ne répond pas aux questions qu'on lui adresse; résolution complète des membres; une sueur froide couvre toute la surface du corps; le pouls est lent et petit. Une plaie de petite dimension existe au-dessous de l'oreille gauche; contusion légère au-dessus de l'œil droit. — Sinapismes sur les membres; potion excitante avec 4 gr. d'éther sulfurique et 10 gr. d'acétate d'ammoniaque.

Une heure après, je vois de nouveau le malade; il est un peu revenu à lui, mais il est très agité, il crie beaucoup, et il a été pris de vomissements; en outre, du sang pur s'écoule par l'oreille du côté gauche; le pouls ne s'est pas relevé. — On continue le même traitement.

Le 4 juin, l'agitation a continué pendant la nuit, il en est de même des vomissements; il s'est écoulé une quantité considérable de sang par l'oreille; ecchymose assez prononcée de l'orbite du même côté; un peu de fièvre; le pouls est assez fort; la commissure labiale gauche est un peu abaissée, c'est le seul signe de paralysie qui existe. Pas de gardes-robes, pas d'urine dans la vessie. Les membres ne sont pas paralysés.

Le malade n'entend pas quand on lui parle; il se plaint beaucoup de ce qu'il a perdu l'ouïe.— Saignée de 300 grammes; lavement purgatif; glace sur la tête.

Je vois le malade à quatre heures de l'après-midi, il est un peu moins agité; le pouls est encore assez résistant, mais un peu plus lent. — Application de 30 sangsues derrière les oreilles.

Le 5, le malade a passé la nuit fort tranquillement, il n'a pas été agité; une garde-robe; l'émission des urines est facile; l'écoulement du sang par l'oreille persiste; pas de fièvre. La commissure labiale gauche est toujours plus abaissée que la droite. — Glace sur la tête; sinapismes.

Le 6, il n'entend pas un mot de ce qu'on lui dit. La nuit a été fort calme, il a reposé; il dit que sa tête est lourde. La vue n'est pas affaiblie; aucune espèce d'agitation, ni de délire; pas de fièvre; la physionomie est un peu meilleure. — Limonade, 2 pots; glace; deux potages.

Le 7, le malade a été très agité cette nuit; il a eu du délire et a voulu se lever de son lit à plusieurs reprises différentes. Il y a eu encore de l'écoulement de sang par les oreilles, mais en moindre quantité. La surdité est toujours complète. Le pouls est lent, mais assez fort. — Saignée de 300 grammes; glace sur la tête; lavement purgatif.

Le 8, même état.

Le 9, l'agitation a cessé; écoulement par l'oreille d'un peu de sérosité sanguinolente; pas de fièvre. La paralysie faciale est beaucoup plus prononcée que les premiers jours, et aujourd'hui le sourcil et la paupière supérieure sont paralysés; la commissure labiale est plus abaissée que les jours précédents.

Le 10, douleur très vive dans la tête; écoulement purulent par l'oreille; pas de fièvre.

Jusqu'au 21, rien de particulier. L'écoulement de pus, qui d'abord avait été abondant, diminue peu à peu, et aujourd'hui il ne s'en écoule qu'une petite quantité. La surdité est toujours complète. Bourdonnements dans les oreilles; céphalalgie; pas de forces. La paralysie faciale est moins prononcée. Tel était l'état du malade quand M. Jobert (de Lamballe) est venu prendre le service que M. Gosselin faisait par intérim. — Application d'un séton à la nuque.

Le 22, la nuit, les douleurs que le malade éprouvait dans la tête ont été plus violentes.

Le 25, il souffre moins dans la tête, et il a pu reposer cette nuit. L'écoulement purulent persiste; la paralysie faciale est moins prononcée et diminue tous les jours.

Jusqu'au 10 juillet, rien de particulier. A cette époque, il ne s'écoule plus de pus par l'oreille; le malade continue à dormir d'un bon sommeil. Bourdonnements dans les oreilles. La surdité est toujours complète. Il se plaint de ce qu'il entend dans sa tête des bruits qu'il compare à celui produit par le piston d'une machine à vapeur. La paralysie a tout à fait disparu.

Le 17, M. Jobert essaie la galvano-puncture; il introduit une aiguille dans l'oreille de manière à traverser la membrane du tympan, et, d'un autre côté, il pratique le cathétérisme de la trompe d'Eustache au moyen de la sonde d'Itard. On fait passer à travers l'oreille un courant électrique pendant quelques secondes. Le malade a beaucoup souffert; il a crié; les muscles du visage étaient agités convulsivement. Au dire du malade, il pensait que sa tête allait éclater, et il lui semblait entendre des détonations. L'expérience n'a duré que quelques secondes.

Le 18, la galvano-puncture n'a produit aucune amélioration du côté de l'ouïe.

Le 19, on recommence l'expérience en dirigeant le courant de la même manière. Les souffrances paraissent encore plus violentes que la première fois.

Aucune amélioration.

Le 23, idem. Souffrances très vives. — Pas de changement.

Aujourd'hui 28 l'état du malade est toujours le même, et M. Jobert paraît avoir renoncé définitivement à l'emploi de la galvanisation.

La soudaineté avec laquelle l'ouïe a été perdue, la paralysie faciale qui a existé d'un côté, l'écoulement séro-sanguin qui a eu lieu du même côté ne permettent guère de douter qu'il ne se soit produit chez ce malade, en même temps qu'une fracture de la base du crâne, une commotion violente, sinon une rupture complète des nerfs acoustiques. Toutefois, le peu de gravité des symptômes de commotion générale, la disparition complète et assez rapide de la paralysie faciale devaient faire espérer que l'altération subie par ces nerfs disparaîtrait au moins en partie et que l'audition se rétablirait partiellement, sinon dans toute son intégrité. Le temps qui s'est écoulé et l'insuccès des tentatives que l'on a faites ne permettent guère aujourd'hui de conserver un tel espoir; il est fort à craindre maintenant que la surdité absolue qui existe chez ce malade ne devienne une infirmité sans ressources. Ce contraste qui existe entre la gravité de certaines lésions et le peu de gravité des autres, alors que dans des fractures bien plus graves du rocher l'audition reste le plus souvent intacte, forme une des particularités les plus remarquables de ce fait.

Nous aurions encore quelques remarques à faire sur l'écoulement qui s'est fait par l'oreille; mais le temps nous oblige à les renvoyer à une autre occasion.

Fièvre intermittente et urticaire. Sulfate de quinine et choléra. — M. le professeur Cruveilhier nous faisait observer hier un fait intéressant sous deux rapports bien différents. Un homme, entré dans son service il y a quelques jours, qui avait habité des pays marécageux et qui avait déjà été affecté de fièvres intermittentes, éprouvait une nouvelle atteinte de cette maladie revêtant le type tierce. La rate était déjà notablement tuméfiée; il n'y avait donc pas de doute à élever sur l'existence d'une fièvre intermittente antérieure. Le malade avait pris un grand nombre de fois du sulfate de quinine. Les accès que le malade a eus depuis son entrée à l'hôpital et même auparavant, d'après les renseignements qu'il donne, ont présenté ceci de remarquable qu'aussitôt après le stade de froid apparaissait avec la chaleur une urticaire parfaitement caractérisée, accompagnée de vives démangeaisons et de saillie prononcée; cette éruption se prolonge jusqu'à la fin de la période de sueur et disparaît d'une manière complète avec elle.

Quoique nos traités de maladies de la peau indiquent que « l'urticaire accompagne quelquefois une fièvre intermittente quotidienne ou tierce, » cette coïncidence ne s'observe que fort rarement à Paris, et le peu de détails donnés par MM. Cazenave et Rayer dans leurs traités où se trouve conçue dans les mêmes termes la seule phrase que nous venons de citer prouvent suffisamment que ces auteurs ne font que reproduire une assertion qu'ils n'ont pas eu l'occasion de vérifier. Or, par un de ces hasards qui, ainsi que nous l'avons bien des fois fait remarquer, se présentent assez souvent aux observateurs, plusieurs exemples comme celui que nous venons de citer ont été observés dans le service de M. Cruveilhier. D'après la phrase que nous avons empruntée aux traités de MM. Rayer et Cazenave, il semblerait que ce n'est que dans les fièvres intermittentes à type tierce ou quotidien que se développe l'urticaire; dans le cas que nous venons de citer, la maladie affectait le premier de ces types, mais nous ne savons s'il en a été de même dans les autres cas analogues. Dans tous les cas, sauf ce singulier épiphénomène, les fièvres intermittentes qui l'ont présenté ressemblaient parfaitement à toutes les autres; elles ont eu la même marche et ont cédé sans plus ni moins de difficultés à un traitement approprié.

Mais ce n'est pas seulement sous le rapport de la fièvre intermittente et de l'urticaire que le fait précédent offre quelque intérêt. Au milieu de cette intempérance d'inventions prophylactiques prônées contre le choléra, le sulfate de quinine était un des moyens qui ont le plus survécu au juste et prompt oubli auquel ils sont tous condamnés. Le nombre des partisans, plutôt que la valeur des preuves, a maintenu pendant quelques instants l'attention publique sur le quinquina. Le fait précédent montrerait une fois de plus, s'il était nécessaire, que ce médicament doit être mis au même rang que tous les autres. En effet, le malade avait déjà pris deux doses de sulfate de quinine de 40 centigrammes chacune, et il se disposait à prendre la troisième, lorsqu'il fut pris tout à

---

saient son personnel étaient placés dans une sphère trop élevée pour chercher à protéger des intérêts aussi mesquins. Les services d'aliénés, toutefois, sont restés longtemps dans un état déplorable, et déjà l'on avait absorbé des sommes assez fortes en constructions que le régime de ces malades était encore des plus imparfaits. »

M. Ferrus signale ici les améliorations nombreuses qui ont été effectuées à Bicêtre depuis quinze à vingt ans. Mais, malgré ces améliorations, M. Ferrus démontre cependant qu'un encombrement regrettable existe dans le service des aliénés, et il ajoute:

« Ce dernier nombre est aujourd'hui fort diminué sans doute, et j'en établirai précisément le chiffre.

» Quoi qu'il en soit de cette cause d'encombrement dans les sections d'aliénés, il est certain que l'encombrement existe et qu'il importe de le faire cesser. Les idiots, ainsi que cela a été admis en principe par vos prédécesseurs, sont de véritables aliénés; ils peuvent compromettre la sûreté publique; ils sont incapables de se conduire. L'administration doit les secourir, mais elle doit aussi s'appliquer en même temps à tirer d'eux tout le parti possible. On pourrait, tout en les séparant du service proprement dit ou plutôt du service actif des aliénés, les *éduquer*, les élever, les utiliser à la campagne; c'est surtout à cette classe que les travaux agricoles pourraient être imposés avec avantage pour leur santé et le perfectionnement de leurs rudiments intellectuels. Les essais tentés à Bicêtre parlent éloquemment. Sous le rapport psychologique et médical, cette tentative, à laquelle je me suis associé depuis plus de vingt ans, a donné des résultats d'une grande portée. Mais il faut, tout en accordant à ces malheureux enfants l'éducation intellectuelle à laquelle ils peuvent atteindre, utiliser concurremment leurs bras. Ils doivent plus tard, d'ailleurs, reconnaître jusqu'à un certain point les soins empressés accordés à leur jeunesse. Ils y parviendront en défrichant une lande bien mieux qu'en procédant à des calculs ou en se livrant à des exercices de vocalisation. Je voudrais, au reste, que la colonie dans laquelle ils seraient placés pût réunir tous ces genres de ressources; car c'est en éveillant leur intelligence et en développant progressivement leurs forces physiques qu'on arrivera même à en faire des ouvriers agricoles. Les exercices intellectuels sont devenus pour eux un délassement et une source jusqu'alors ignorée de satisfaction et de bonheur. Il faut mentionner également qu'un très grand nombre d'entre eux sont contrefaits, estropiés, infirmes, et que leur organisation physique est presque aussi chétive et dégradée que leur moral.

» *Conclusions.* — Mes conclusions, en définitive et en présence de toutes ces difficultés, restent les mêmes. Je soutiens qu'il est possible de tirer parti d'un assez grand nombre d'idiots pour le travail des champs, et l'on serait coupable en ne l'essayant pas. »

Enfin, après avoir établi la nécessité d'assurer d'une manière parfaitement déterminée les secours nécessaires au service des aliénés et d'un contrôle rigoureux qui permette de surveiller ce service, contrôle qui n'existe malheureusement pas, M. l'inspecteur termine en ces termes:

« Le département de la Seine doit des secours à 3,200 aliénés environ. Ces malades sont placés aujourd'hui dans deux sections d'hospices où leur nombre est trop considérable pour les places qui leur sont destinées. Une partie, en outre, a été transférée dans des établissements fort éloignés de la capitale, et les inconvénients majeurs de cette mesure ne sauraient être contestés. Pour remédier à l'encombrement des sections d'hospices et pour renoncer à la déplorable coutume d'expatrier les aliénés du département de la Seine, deux mesures se présentent: créer un établissement spécial pour y réunir tous les aliénés auxquels le département doit accorder des secours; agrandir les sections d'hospices.

» La création d'un établissement spécial exigerait un emploi de fonds auquel le département n'est point en mesure de faire face, et lui fût-il possible d'effectuer un pareil sacrifice, la grande étendue de cet établissement ne permettrait point, sans doute, d'y établir un fonctionnement de service commode et régulier.

» Agrandir les sections d'hospices est praticable, et, dans la circonstance présente, ce parti doit mériter la préférence. Mais cet agrandissement peut-il être suffisant? Nous ne le pensons pas, et en tout état de choses, il serait plus utile, suivant nous, d'ajouter à l'extension modérée des services existants une colonie agricole, spécialement destinée aux idiots, à certains aliénés proprement dits et à un assez grand nombre d'épileptiques.

» L'administration départementale, en continuant à traiter avec l'administration des hôpitaux et hospices pour le séjour des aliénés dans les localités qu'ils occupent aujourd'hui, a-t-elle quelques précautions à prendre pour donner à ces services toute la régularité et toutes les garanties désirables? Oui, sans doute, car en ce moment il est impossible d'exercer un contrôle exact, une vérification scrupuleuse. Pour y parvenir, les deux comptabilités, les magasins de toute espèce et même la cuisine devraient être séparés; mais sous le rapport du régime alimentaire cependant, la séparation est moins urgente; car au moyen d'un cahier des charges bien établi, et de la possibilité de surveiller toutes les parties du régime dans l'hospice, on pourrait arriver à constater avec assez d'exactitude soit l'exécution des clauses établies, soit les contraventions réglementaires. »

Dans ce remarquable rapport, deux améliorations réclamées par M. Ferrus appellent surtout d'une manière urgente la sollicitude de l'administration. Ces améliorations consistent dans la fondation de nouvelles colonies agricoles d'aliénés, et dans un agrandissement suffisant des bâtiments pour que l'administration puisse se dispenser de transporter souvent à des distances considérables (de Paris à Lille, par exemple) de malheureux aliénés qui se trouvent ainsi privés de toutes les relations de famille, si nécessaires quelquefois pour contribuer à la guérison des malades, mais si indispensables surtout au moment où la convalescence apparaît.

Quant à l'utilité des colonies agricoles, elle ne peut être aujourd'hui contestée en face des résultats obtenus. Cette importante innovation n'est pas seulement destinée à améliorer le sort des malheureux aliénés; elle devra aussi, dans un temps plus ou moins prochain, rendre moins pénible le sort des malfaiteurs, tout en augmentant les garanties et la prospérité de la société.

L'état des finances n'a pas permis que l'on fît immédiatement droit à tous les vœux formulés par M. Ferrus; mais l'accueil on ne peut plus favorable fait à son travail ne permet pas de douter que ces vœux ne soient exaucés aussitôt que les circonstances seront moins difficiles. En tous cas, notre honorable confrère a rempli un pieux devoir en s'acquittant, malgré le découragement trop général qui règne parmi les hommes de science, de la belle mission qui lui est confiée. Son travail sera sans doute suivi prochainement d'un autre rapport non moins important; nous aurons soin de tenir nos lecteurs au courant des questions majeures qui y seront traitées.

coup et sans aucun symptôme prodromique de diarrhée, de vomissements, de refroidissement, de cyanose; en un mot, de tous les symptômes d'un choléra de moyenne intensité. Le sulfate de quinine a été suspendu, et le malade traité par la méthode la plus commune, et qu'on appelle avec un peu trop de prétention la méthode rationnelle, est aujourd'hui en pleine convalescence. Il sera curieux de voir ce que deviendra la fièvre intermittente après que les traces de choléra auront complétement disparu.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons cliniques sur le choléra.

(Sixième leçon.)

Nous allons nous entretenir aujourd'hui de la marche, de la durée, de la terminaison, des rechutes, des récidives du choléra.

Quoique la maladie qui nous occupe soit essentiellement continente, rien n'est cependant plus variable que la *marche* du choléra. Il est vrai de dire qu'il n'y a pas deux cas de choléra parfaitement semblables.

Nous avons vu que les phénomènes précurseurs, prodromiques n'existaient pas toujours, quoiqu'ils fussent assez fréquents, dans les moments où l'épidémie est le moins violente. Cette circonstance, qui nous a assez longtemps occupés, est déjà une espèce d'irrégularité. La marche des symptômes n'est pas non plus rigoureusement croissante. On ne passe pas toujours d'une période à l'autre, et surtout l'on n'y passe pas sans retour. Nous avons vu plusieurs fois la période algide revenir, quoiqu'elle eût complétement disparu.

Les malades succombent fréquemment durant cette période.

Nous avons vu que la réaction s'opérait de plusieurs manières. Cette réaction peut être complète, incomplète, prompte, rapide, d'une lenteur remarquable, énergique ou trop violente, ou caractérisée par une langueur indicible. Le retour des fonctions normales se fait quelquefois d'une manière insensible. Dans quelques cas, la réaction est si rapide, que de la période algide la plus complète le malade passe sans intermédiaire à l'état de santé. Quelquefois le malade, après être tombé dans une espèce d'état comateux, se réveille pour retomber bientôt dans la même somnolence; et après plusieurs alternatives, il meurt très souvent, et guérit quelquefois.

Vous avez vu maintes fois, chez les malades qui vous ont passé sous les yeux, des exemples de chacune de ces espèces de réaction.

Dans le commencement de l'épidémie, les malades mouraient souvent dans la période de réaction. C'était au moment où l'on se flattait du retour à la santé que la mort venait les frapper.

Lorsque les individus atteints du choléra sont déjà sous le coup d'une autre affection, la terminaison de celle-ci est ordinairement précipitée. Dans d'autres circonstances, des maladies préexistantes se trouvent indéfiniment prolongées. Nous avons cependant observé plusieurs tuberculeux qui, frappés de choléra, ont parfaitement guéri. Nous avons même vu un fait extrêmement curieux; c'est celui d'une femme tuberculeuse qui a eu, sous nos yeux, deux fois le choléra dans l'espace de six semaines. Cette femme, après avoir été tout à fait convalescente d'une première atteinte, a été reprise de nouveau, a présenté la forme algide les deux fois et a guéri complétement, sans que sa maladie primitive ait été en rien modifiée.

Mais le choléra peut-il être utile à quelques malades? Peut-il servir de crise à quelques affections?

On ne trouve pas de réponse à cette question chez les auteurs. La théorie dit cependant que, si des évacuations abondantes sont quelquefois efficaces, il n'est pas irrationnel de penser que, dans le cas où le choléra lui-même se termine d'une manière favorable, il puisse favoriser la guérison d'affections antécédentes.

J'ai été témoin d'un fait trop intéressant en ville pour que je ne vous le fasse pas connaître au moins d'une manière sommaire : une jeune personne de dix-huit à vingt ans, grande et forte, mais très nerveuse, avait été chercher son oncle, qui siégeait à un conseil supérieur, pour l'aider à revenir chez lui, car cet oncle était à peine guéri d'une paraplégie produite par une myélite. Elle avait envoyé le concierge pour prévenir de son arrivée; mais celui-ci tarda beaucoup à revenir, et, lorsque à son retour elle lui demanda des nouvelles de son oncle, la réponse du portier fut tellement obscure et embarrassée qu'elle crut que son oncle était retombé plus malade que jamais; l'impression qu'elle en ressentit fut telle qu'elle s'affaissa sur ses jambes, perdit connaissance et ne put plus se relever. Lorsqu'elle revint à elle, elle était complétement paraplégique du mouvement et du sentiment. Bientôt les membres thoraciques, la vessie, le rectum, et jusqu'aux muscles du cou et de la face, tout fut frappé de paralysie. Je ne puis m'étendre sur tout ce que cette observation, que je suis même obligé de tronquer, offre d'intéressant relativement à la nature *morale* de la cause, au siége, à la nature de la maladie, etc. Mais je dois dire qu'après plusieurs jours d'un traitement énergique la maladie n'avait subi aucune espèce de modification, lorsque dans une nuit la jeune personne fut frappée par l'épidémie régnante. Elle eut, entre autres symptômes, des évacuations excessives. Elle guérit cependant de ce choléra, qui n'alla pas jusqu'à l'asphyxie. Je m'attendais à une aggravation notable de l'affection primitive; quel ne fut donc pas mon étonnement lorsque je m'aperçus pour la première fois d'un léger mouvement dans les doigts de la main droite! Depuis lors, mais d'une manière excessivement lente et presque imperceptible, le mouvement et le sentiment sont revenus dans tous les membres. Voilà donc un cas où le choléra paraît avoir été utile.

Y a-t-il des crises dans le choléra?

C'est ici plutôt encore une question de philosophie médicale que de pathologie spéciale. Existe-t-il des crises dans les maladies? Quoi qu'il en soit de cette question dans l'état actuel de la science, nous pouvons dire que, dans le choléra, nous n'avons rien observé qui ressemblât à des phénomènes critiques, et surtout rien qui pût être rattaché à la doctrine des jours critiques.

Existe-t-il un choléra intermittent?

Si nous en jugeons d'après les faits que nous avons observés, il n'existe pas de choléra intermittent, à moins qu'on ne veuille considérer comme des intermittences ces irrégularités, ces espèces d'alternatives que nous avons signalées. Le choléra est-il lui-même une fièvre intermittente, ou du moins un accès de fièvre pernicieuse, ainsi que quelques auteurs l'ont pensé? Nous pouvons, sans hésitation, déclarer le contraire. Rien ne serait plus facile que de le prouver en comparant la succession des phénomènes morbides dans l'une et l'autre maladie. Existe-t-il un choléra aigu et un choléra chronique? Nous ne pensons pas que cette distinction puisse être admise. Il y a certes des choléras qui durent assez longtemps; il en est dont les symptômes ont peu d'énergie; mais nous ne croyons pas que ce soit là des raisons suffisantes pour faire admettre un choléra chronique.

La *durée* du choléra est ordinairement très courte; sa durée est influencée par des circonstances encore mal appréciées. On ne sait pas quelle est l'influence de la plupart des circonstances hygiéniques et individuelles sur la durée de cette affection. Il semblerait pourtant que la force de la constitution contribue quelquefois à retarder le terme fatal. Nous avons vu cette année des cholériques mourir en quelques heures; le nombre m'en a même paru plus considérable qu'en 1832. Au reste, voici un tableau curieux qui a été relevé en 1832, et qui fera connaître mieux que nos assertions quelle est la durée de la maladie qui nous occupe?

Sur 4,907 individus,

294	sont morts de	1 à 6 heures.
615	de	6 à 12
992	de	12 à 18
1173	de	18 à 24
823	de	1 à 2 jours.
502	de	2 à 3
382	de	3 à 4
240	de	4 à 5
125	de	5 à 6
79	de	6 à 7
171	de	7 à 8
35	de	8 à 9
111	de	10 à 15
19	de	15 à 20, etc.

La durée de la maladie nous a paru moindre dans la période où l'épidémie avait atteint son summum d'intensité. Cela se comprend facilement; car alors elle frappe les individus avec une bien plus grande violence.

La terminaison de la maladie est malheureusement très souvent mortelle. On peut dire d'une manière générale qu'elle enlève environ la moitié des personnes qu'elle frappe. Si l'on examine en effet le résultat mortuaire d'une épidémie entière, on arrive à cette déplorable conclusion, qu'un malade sur deux environ succombe aux atteintes du fléau. Mais ici, quoique nous ne soyons pas arrivés encore au traitement de la maladie, il est bon de nous arrêter un instant. De ce résultat général on a conclu à l'inutilité et à l'impuissance de toute espèce de traitement. On a vu des médecins même tomber dans cette opinion décourageante; nous ne saurions partager cette manière de voir.

Il est bien vrai qu'il est des cas contre lesquels toutes les ressources de la thérapeutique et toute la sagacité d'un médecin habile, tout l'à-propos, toute l'opportunité qu'il peut mettre dans l'administration de ses moyens, viennent échouer; mais est-ce à dire pour cela que, dans aucun cas, les ressources de la thérapeutique, l'habileté et la sagacité du médecin ne seront utiles? Cela n'est pas soutenable. Tel médecin, en effet, perd les trois quarts de ses malades; tel autre la moitié, tel autre le quart ou le tiers seulement. De tout cela il résulte pour la statistique et pour l'humanité, prise dans son ensemble, le chiffre de la moitié; mais il n'en résulte pas que, pour les individus, il soit indifférent d'être traités de telle ou telle manière. Nous avons la ferme conviction qu'il existe un grand nombre de cas qui guérissent par un traitement convenable, et qui se termineraient par la mort par un traitement opposé ou différent. Dans cette épidémie, où l'on donne exactement le chiffre des décès, on peut s'assurer qu'il est des hôpitaux où le chiffre de la mortalité reste au-dessous de 50 p. 100, et qu'il s'élève au-dessus dans d'autres. Il existe donc des influences locales et autres qui font varier cette mortalité.

Les décès sont plus nombreux, du moins en apparence (je vais m'expliquer sur cette restriction), dans le commencement et vers le milieu de l'épidémie qu'à la fin. Il est bien vrai que, sur un nombre donné de malades, il en meurt plus dans la première et la seconde période de l'épidémie qu'à la fin; mais ce résultat est plus apparent que réel. En effet, vers la fin de l'épidémie, le plus grand nombre des malades restés dans les hôpitaux en convalescence sortent guéris, ce qui donne un total de sorties bien supérieur à celui des entrées. De là, évidemment, de fausses conclusions sur la mortalité relative.

D'après ce que nous avons dit et les exemples que nous avons cités, il est évident qu'il est des *rechutes* dans le choléra. Plusieurs de nos malades en ont offert des exemples.

Il existe aussi des *récidives*. Dans le principe de l'épidémie, comme nous discutions ce point de pathologie, il vint dans nos salles une femme qui nous dit avoir la même maladie qu'elle avait eue en 1832. Cette femme a succombé à cette dernière attaque. Il est cependant une loi par laquelle les individus frappés une fois d'une maladie qui reconnaît une cause spécifique reçoivent une espèce d'immunité pour une seconde atteinte de la même maladie. Il est à remarquer que ce sont particulièrement les maladies contagieuses qui donnent ce privilége.

Maintenant, si nous jetons un coup d'œil sur la marche non des cas isolés, mais de l'épidémie elle-même considérée comme un être, nous voyons que cette marche n'a rien de régulier, qu'elle déjoue tous les calculs, trompe toutes les prévisions. Nous avons vu l'épidémie atteindre, dans certains temps et dans certains lieux, son summum d'intensité dès le début, rester stationnaire et décroître d'une manière plus ou moins régulière, mais presque toujours avec des alternatives de violence et de bénignité; nous avons vu l'épidémie commencer par un développement médiocre, s'élever, après un certain temps, à un très haut degré d'intensité, décroître ensuite et disparaître; enfin, nous avons vu cette épidémie avoir des recrudescences formidables sans causes apparentes; nous l'avons même vue, dans quelques pays, reparaître après avoir complétement cessé. De tout cela, nous devons conclure que la marche de l'épidémie n'offre rien de régulier.

Sa *durée* totale est toujours de plusieurs mois.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 18 juillet 1849. — Présidence de M. Deguise père.

M. Giraldès, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, revient sur l'opinion qu'il avait émise relativement à la tumeur sublinguale opérée par M. Lenoir. Il a examiné de nouveau les granulations composant cette tumeur; et d'après une étude microscopique faite avec beaucoup de soin par M. Robin, il a reconnu avec cet habile observateur que la matière prise par lui pour de la matière épithéliale unie aux granulations et à du tissu graisseux était de la matière albumineuse. C'est donc à l'opinion de M. Robin que M. Giraldès s'empresse d'adhérer.

— M. Michon présente une pièce anatomique qu'il croit intéressante surtout pour M. Chassaignac. C'est une pseudarthrose du cubitus survenue chez un homme d'une soixantaine d'années, qui avait eu l'avant-bras mordu par un cheval. Le radius avait été préservé de la morsure, et le cubitus seul avait été fracturé, mais avec complication de plaie et d'attrition des parties molles. Les soins que réclamait cet accident n'empêchèrent pas une suppuration assez abondante et l'issue par la plaie de quelques fragments d'os et de parties molles gangrénées. L'application d'un appareil était devenue impossible. Le malade, venu de la campagne à Paris, entra à l'hôpital après six ou huit mois de traitement. Il offrait alors sur la région dorsale de l'avant-bras un gonflement assez considérable, avec des plaies fistuleuses qui permettaient à un stylet de pénétrer jusqu'à un séquestre du cubitus. Celui-ci fut enlevé par une incision; la plaie se trouvait réunie, le gonflement s'était dissipé, et la guérison semblait effectuée, lorsqu'en examinant avec soin le membre M. Michon constata de la déformation, de la mobilité entre les fragments du cubitus. Il essaya par des tractions méthodiques et par un appareil ordinaire, puis par un appareil inamovible, d'obtenir le contact et l'immobilité des fragments. Tout allait bien, lorsque le malade fut atteint du choléra et mourut.

La dissection du membre fit reconnaître les dispositions suivantes:

Le radius est intact, et le cubitus se trouve fracturé à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur; les fragments paraissent en contact, mais ils sont un peu coudés, et l'inférieur s'appuie contre le radius sans y adhérer. Le cubitus présente sur une assez longue étendue, depuis le niveau de la fracture, des caractères évidents d'ostéite; un petit séquestre subsiste entre les deux fragments, à la face palmaire, sorte de jetée osseuse formant obstacle à la juxta-position des deux os. La pièce, en macération dans l'eau, démontre la mobilité des fragments.

M. Michon conclut de ce fait, que M. Chassaignac s'est exagéré les craintes d'une adhérence entre le fragment inférieur et l'autre os de l'avant-bras, puisqu'ici, malgré le contact, l'adhérence ne s'est pas effectuée. Une conséquence physiologique du même fait et différente aussi, c'est l'intégrité de l'exercice de la main, qui aurait permis au malade de faire usage de ses doigts si sa profession l'y eût obligé; mais il était terrassier, il avait besoin d'une assez grande force dans l'avant-bras. On devait essayer de le guérir; c'est pourquoi M. Michon avait tenté, mais en vain, d'obtenir la consolidation par l'emploi d'un appareil.

M. Chassaignac remercie M. Michon des détails qu'il a exposés sur ce fait, et il tâchera d'en tirer un parti utile pour la pseudarthrose dont il doit entreprendre la guérison. Il a d'ailleurs examiné plus attentivement son malade, et peut répondre mieux aux questions qui lui ont été adressées dans la dernière séance.

Ainsi, il s'agit d'un jeune homme de vingt-neuf ans, n'offrant aucun signe d'une affection constitutionnelle. L'accident a sept mois de date, et la pseudarthrose est de celles que l'on désigne sous le nom de pseudarthrose de contiguïté; la flexion est des plus difficile.

M. Chassaignac, d'après les remarques qui ont été faites, reconnaît l'indication formelle d'agir. Il s'est contenté jusqu'ici de refouler l'espace interosseux à l'aide d'un rouleau de diachylum; mais, encouragé par M. Michon, il essaiera d'obtenir la cure radicale de la fausse articulation, espérant qu'il ne s'établira pas d'adhérence entre le radius et le cubitus. Car si ce fâcheux résultat devait survenir, mieux vaudrait peut-être abandonner le membre à lui-même, et chercher simplement, à l'aide d'un appareil mécanique, à diminuer l'impotence de la main.

M. Larrey a dans son service, à l'hôpital du Gros-Caillou, un jeune soldat de bonne constitution, exempt de maladie syphilitique ou autre, qui a eu le radius gauche récemment

fracturé par cause directe. Une barre de fer est tombée sur l'avant-bras, et a déterminé ainsi une fracture complète et compliquée de deux plaies contuses à l'union du tiers inférieur du radius avec le tiers moyen, en laissant le cubitus intact. La crépitation et la motilité très sensibles ne permettent cependant pas l'application immédiate d'un appareil, à cause du gonflement considérable du membre et de la suppuration abondante qui s'est promptement établie par les deux plaies en rapport avec le foyer de la fracture. Il est à craindre que les fragments baignés par le pus ne puissent se mettre en contact et ne se consolident point. M. Larrey, dans l'appréhension de ce résultat ultérieur, a combattu d'abord le gonflement traumatique par les réfrigérants sous forme d'irrigation, et il a ensuite soumis le membre à une légère extension continue, en le laissant à découvert, pour obtenir l'immobilité des fragments; il lui a donné aussi une position convenable pour faciliter l'écoulement du pus en même temps que le dégorgement du membre. M. Larrey appliquera enfin à cette fracture un appareil inamovible, et il rendra compte à la Société du résultat qu'il aura obtenu.

M. Loir, comme tous les chirurgiens, ne doute pas que le défaut de consolidation des fractures ne résulte du défaut de coaptation des fragments, et il se propose de présenter à la Société des exemples de fractures non consolidées. Revenant au fait signalé par M. Chassaignac, il croit la consolidation très possible, puisque l'accident ne date que de quelques mois.

M. Huguier insiste sur la crainte exprimée par M. Chassaignac de voir le radius se souder au cubitus; et, quoique ce soit un fait rare, il en a vu aussi un exemple curieux, qui lui a été fourni par M. Alphonse Sanson, à l'époque où cet honorable confrère dirigeait l'Ecole auxiliaire de médecine. Les deux fragments du radius avaient contracté une adhérence intime avec le cubitus. C'est pourquoi M. Huguier croit essentiel de tout faire pour éviter ce fâcheux résultat.

M. R. Marjolin demande encore si, dans le fait de M. Chassaignac, il existe quelque diathèse.

M. Chassaignac répond qu'il n'y en a aucune trace.

M. Morel-Lavallée ne pense pas que ces cas d'adhérences soient extrêmement rares; et l'opinion exprimée par M. Loir lui semble fort importante en ce qu'elle domine la question tout entière. L'application d'un appareil est indispensable pour maintenir les fragments immobiles, surtout si, à part les diathèses générales, il existe quelque cause locale susceptible de retarder ou d'empêcher la consolidation, telle serait l'affection décrite par M. J. Cloquet, sous le nom de *scorbut local*. Telle fracture, après avoir été jugée comme hors d'état de se consolider, se consolide quelquefois cependant à l'aide d'un bandage inamovible; et, comme l'a indiqué M. Loir: « Jusqu'à ce que ce premier traitement été tenté, vous ne pouvez raisonnablement en tenter un autre. »

M. Chassaignac, répondant à M. Loir, et sans rejeter absolument l'emploi d'un appareil, croit que l'on n'obtiendrait, par ce moyen, aucun résultat favorable; et pour le croire ainsi, il se fonde sur ce que les fragments ont perdu par le frottement les inégalités propres à faciliter leur soudure et sur ce qu'ils n'ont plus de crépitation. D'où il résulte probablement qu'à l'extrémité de ces fragments s'est organisé un tissu fibro-ligamenteux qui doit s'opposer à la consolidation. Dans les cas enfin où on a obtenu quelque chose d'un appareil, c'est après avoir produit des frottements entre les bouts de l'os fracturé.

M. Morel-Lavallée insiste sur la nécessité d'appliquer un appareil lorsqu'il y a mobilité entre les fragments, et il a souvenir d'une fracture non consolidée du tibia observée par lui avec M. Bouvard, et qui finit par guérir à l'aide de l'appareil dextriné de M. Velpeau.

M. Loir trouve la réponse de M. Chassaignac insuffisante, puisque, encore une fois, chez son malade il n'y a pas eu d'appareil appliqué.

M. Chassaignac soulève à ce sujet une question de principe, à savoir: jusqu'à quelle époque est-il permis d'espérer la consolidation d'une fracture? Car, si on n'a point employé déjà d'appareil pour obtenir la formation du cal et si les fragments libres ont été abandonnés à eux-mêmes, ce n'est pas une raison suffisante pour compter ensuite sur l'efficacité d'un bandage, puisque le contact immédiat est impossible. Il y aurait, par exemple, bien peu de chances de succès après cinq mois.

M. Guersant appuie l'opinion de M. Chassaignac; car, dit-il, si le malade doit guérir, il guérira quel que soit l'appareil et même sans appareil, et la consolidation régulière ou irrégulière se fera, en moyenne de durée, au bout de quarante et et quelques jours. Cette disposition est surtout évidente chez les enfants; tandis que par une cause générale ou par une cause locale, que l'on applique ou non un appareil, la consolidation n'a pas lieu. Il faut agir autrement, et traiter un cas semblable par une opération chirurgicale. Cela s'applique surtout aux fractures simples du radius sans fracture du cubitus.

M. Maisonneuve trouve les opinions de MM. Chassaignac et Guersant trop absolues. Le défaut de consolidation résultant du défaut d'immobilité des fragments démontre, dans le cas soumis à la discussion, qu'il est indispensable d'obtenir cette immobilité en ayant recours à l'application d'un appareil. Il y a aussi des causes externes qui s'opposent à la consolidation des fractures, tandis que les causes internes peuvent manquer. Ainsi, un appareil mal fait, mal appliqué ou dérangé par les mouvements d'un malade indocile produit quelquefois ce fâcheux résultat, et cependant on parvient encore après plusieurs mois à effectuer la formation du cal. Il n'est donc pas exact de dire que les fragments ne puissent alors se souder, et en conséquence il ne faut pas rejeter absolument l'appareil contentif ou inamovible. M. Maisonneuve a souvenir de quelques cas de fractures dont la consolidation tardive ne pouvait être attribuée qu'à des mouvements inconsidérés.

Quant à la question soulevée par M. Chassaignac relativement à l'époque de la consolidation, M. Maisonneuve ne pense pas qu'elle puisse être nettement résolue dans l'état actuel de la science. Le travail de soudure des os fracturés et maintenus dans l'immobilité ne fixe point de limites rigoureuses à la consolidation.

M. R. Marjolin croit que MM. Morel-Lavallée et Maisonneuve ont réduit la question soulevée par M. Chassaignac à ses termes vrais. Il y a d'ailleurs des variétés infinies dans les circonstances qui peuvent empêcher la formation du cal. Il a vu à l'hôpital Beaujon deux cas de fractures, l'une simple de la cuisse, l'autre simple de la jambe, chez des sujets de bonne constitution, et qui n'étaient point consolidées cependant après six mois. Mais enfin, avec le temps et de nouveaux appareils, la guérison des deux malades s'opéra. (L'un d'eux fut traité à l'hôpital Saint-Antoine par M. P. Bérard.)

M. Chassaignac voudrait répondre à toutes les objections qui lui ont été adressées; ainsi, d'après MM. Marjolin et Maisonneuve, il n'y a pas de raison pour ne point attendre pendant des années la formation du cal! Il ne faut pas confondre non plus une fracture non consolidée avec une fausse articulation, lorsqu'il n'existe plus de signes de la fracture proprement dite. Eh bien! il n'y a rien de précis à cet égard.

M. Guersant rappelle que le fait de M. Chassaignac est un cas particulier, dont la cause générale ou locale a eu pour effet spécial le frottement des fragments.

M. Larrey termine cette discussion en faisant ressortir un fait contradictoire établi non-seulement par M. Chassaignac, mais encore par la plupart des chirurgiens: à savoir, d'une part, la mobilité des fragments justement considérée comme obstacle à la consolidation d'une fracture, et, d'autre part, la mobilité aussi de ces fragments recommandée comme moyen préalable à l'emploi d'un appareil contentif ou inamovible pour obtenir précisément cette consolidation.

— M. Michon, pour raison de santé, demande un congé de six semaines. — Accordé.

— M. Demarquay, prosecteur de la Faculté, après avoir présenté à la Société une fracture non consolidée du fémur et diverses préparations anatomiques pour appuyer sa candidature, lit un *Mémoire sur les Plaies de la vessie par armes à feu*. Une commission composée de MM. Larrey, Chassaignac et Giraldès est chargée d'examiner ce travail et d'en faire un rapport à la Société.

— M. Maisonneuve présente une pièce d'anatomie pathologique relative à un *anus artificiel* pratiqué dans la région lombaire gauche, suivant le procédé de M. Amussat.

Il s'agit d'un homme de trente-trois ans, atteint d'un carcinome de l'extrémité inférieure du rectum, avec rétrécissement absolu de l'intestin, rendant la défécation complétement impossible.

Le malade était entré à l'hôpital Cochin dans un état des plus alarmants. M. Maisonneuve se décida aussitôt à pratiquer l'opération de l'anus artificiel dans la région lombaire gauche, en se conformant aux données rigoureusement établies par M. Amussat, et sans éprouver d'ailleurs de difficultés réelles pour y parvenir. Une incision transversale mit à nu le colon descendant, sans toucher au péritoine; les lèvres de la plaie intestinale furent unies aux lèvres de la peau. Une quantité considérable de matières fécales sortit immédiatement par cette ouverture, et détermina un soulagement instantané. L'état du malade s'était amélioré sensiblement; la défécation avait repris un nouveau cours; les digestions et l'appétit ne laissaient rien à désirer, lorsqu'au bout de deux mois l'opéré succomba à une phthisie tuberculeuse.

La pièce anatomique présentée par M. Maisonneuve offre d'abord l'ouverture transversale de la peau, avec une disposition infundibuliforme bien prononcée, ensuite l'ouverture intestinale dont les lèvres sont adhérentes à l'orifice tégumentaire; puis la partie inférieure du rectum oblitérée par le carcinome, à tel point que rien absolument ne passait par l'anus naturel.

M. Gosselin signale les inconvénients de l'anus artificiel pratiqué à la région lombaire, notamment une gêne plus grande dans la défécation et la nécessité de soins plus multipliés. Il demande à M. Maisonneuve si son malade semblait plus incommodé par cet anus ainsi placé, qu'il ne l'eût été par un anus établi dans la région iliaque.

M. Maisonneuve a vu des cas d'anus artificiel dans la région inguinale, sans pouvoir établir à cet égard de comparaison. Son malade n'avait pas d'excoriation à la peau, quoiqu'il fût sali fréquemment; et s'il eût pu le guérir complétement, il lui aurait appliqué un bandage en gomme, d'après l'idée que lui en avait suggérée un malade de Bicêtre.

M. Morel dit que dans l'opération de l'anus artificiel on doit avoir égard à deux difficultés principales: 1° difficulté de trouver l'intestin; 2° difficulté de distinguer l'intestin dépourvu de péritoine.

M. Maisonneuve a pratiqué l'opération dans de mauvaises conditions chez un nouveau-né, qui est mort huit jours après. Il avait encore suivi le procédé de M. Amussat. La difficulté est moindre chez l'adulte pour écarter le péritoine; mais elle subsiste réellement pour distinguer l'intestin, que l'on devine plutôt qu'on ne le reconnaît d'une manière exacte.

— M. Chassaignac appelle l'attention de la Société sur un malade actuellement placé dans son service, et qui présente un exemple d'inflammation franche de la glande sous-maxillaire avec dilatation du canal de Warthon. La lésion a été produite, au dire du malade, par un fragment de paille qui aurait pénétré dans la bouche. Si, la pointe de la langue étant relevée, on projette un peu de sel sur le plancher de la cavité buccale, on voit sourdre la salive avec abondance par le canal de Warthon sain. Si au contraire on comprime avec les doigts le canal du côté malade, on fait sortir une gouttelette de pus.

M. Maisonneuve soutient que ce sont précisément les cas de ce genre qu'il ne faut pas confondre avec la grenouillette.

M. Chassaignac se réserve de ramener la discussion sur ce fait et sur ceux qui offrent avec celui-là le plus d'analogie.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

H. L.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 31 JUILLET 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 89.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 30 JUILLET 1849.

Bulletin du choléra.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

Hôpitaux civils :		
Journée du 27 juillet.......	23 entrées,	12 décès.
— 28	24	12
— 29	25	7
Hôpitaux militaires pendant les trois jours....................	11	4
Total................	83	35.

Total des décès dans les hôpitaux.........	6905
Total des décès à domicile jusqu'au 2 juillet inclusivement.........	9127
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie....................	16032

Les ravages que le choléra a causés dans le pénitencier de Tours, ont fourni, dit le journal de la localité, un prétexte à de nouvelles attaques contre le système pénitentiaire cellulaire, système d'après lequel, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, a été construit ce pénitencier.

Les causes auxquelles on a attribué plus spécialement l'excessive intensité de l'épidémie sont les émanations des conduits d'aisance établis dans chaque cellule et la contrainte morale à laquelle on suppose, à bon droit, que doivent être soumis des êtres sequestrés rigoureusement du reste du monde.

Tout en reconnaissant que les circonstances que l'on invoque doivent avoir, et ont en effet des conséquences très fâcheuses pour la santé des hommes, nous ne pensons pas que ces circonstances puissent être considérées comme des causes susceptibles de produire ni même d'aggraver une épidémie de choléra. Les raisons données en faveur de cette opinion par le *Journal d'Indre-et-Loire*, et beaucoup d'autres encore, ne peuvent laisser le moindre doute à ce sujet. Qui ne sait en effet que beaucoup d'autres établissements qui n'ont rien de commun avec le système cellulaire, que beaucoup de petites localités ont été tout aussi maltraités que le pénitencier de Tours, sans qu'il fût possible d'invoquer les causes que repousse avec raison le *Journal d'Indre-et-Loire.*

Nous insistons d'autant plus volontiers sur cette vérité, que nous sommes plus opposé à l'établissement du système cellulaire, système inhumain dans ses moyens, stérile dans son but, onéreux pour la société, par les frais énormes d'édification, et par la nullité presque complète de ses produits.

Mais c'est précisément parce que le système est vicieux de tous points qu'il convient de ne pas lui adresser des reproches injustes qui pourraient affaiblir ceux qu'il mérite à trop juste titre.

Le choléra à Londres.

L'épidémie, sans avoir repris, à Londres, un caractère alarmant, a cependant augmenté d'une manière continue depuis trois semaines. Voici les détails fournis par les tables des décès et des naissances de la ville de Londres, que l'administration de cette ville publie chaque semaine :

Les décès qui, dans les deux semaines qui ont précédé celle-ci, n'allaient qu'à 1,070 et 1,369, se sont élevés à 1,741, ce qui fait un excédant de 733 morts sur les époques correspondantes de cette saison.

Les décès par le choléra, qui, pendant les deux précédentes semaines, se montaient à 152 et 339, sont arrivés pendant celle-ci à 678, dont 355 mâles et 323 du sexe féminin.

Cas de choléra, du 13 au 23 juillet inclusivement :

Londres et le voisinage.....	1,601 attaques,		721 décès.	
Angleterre et pays de Galles.	2,557	—	1,036	—
En Ecosse..............	81	—	41	—
Total..	4,239 attaques,		1,798 décès.	

Un de nos jeunes représentants, déjà connu par un de ces petits livres qui rappellent ceux du bonhomme Franklin (*De l'intervention de la société pour prévenir et soulager la misère*), M. de Melun, vient de déposer sur le bureau de l'Assemblée nationale une proposition d'un haut intérêt hygiénique. La commission nommée pour examiner cette proposition a proposé de la prendre en considération. Lorsqu'un rapport aura été fait, nous aurons soin d'en présenter à nos lecteurs une analyse critique. La proposition est conçue dans ces termes :

Les administrations municipales sont autorisées à prescrire les mesures d'assainissement intérieur nécessaires à la salubrité des habitations, et à interdire la mise en location des maisons ou logements dont l'assainissement serait impossible et dont l'occupation serait jugée, par la nature de leurs constructions ou leurs dispositions vicieuses, nuisible à la santé de leurs habitants.

L'expropriation pour cause d'utilité publique sera applicable aux maisons ou ensemble de maisons dont l'insalubrité absolue serait due à une cause extérieure indépendante de l'habitation elle-même.

La colonisation algérienne, dont on s'était promis monts et merveilles, commence à produire les tristes résultats que nous n'avions que trop prévus. Lorsque les documents officiels nous seront parvenus, nous ferons connaître ces résultats si importants au point de vue de l'hygiène publique et de la géographie médicale.

Nous recevons de notre honorable confrère M. Cornac une lettre que nous ne pouvons reproduire entièrement, mais dans laquelle le savant académicien déclare que, malgré son respect bien connu pour les règlements, il ne peut s'empêcher de considérer comme très valables les bulletins de MM. Chomel et Piorry, que l'Académie a cru devoir annuler dans l'avant-dernière séance.

Quoique la décision prise par l'Académie soit maintenant un fait accompli, nous avons néanmoins cru utile de faire connaître l'opinion d'un partisan aussi déclaré des règlements que M. Cornac; la circonstance qui s'est présentée peut se représenter encore, et il serait peut-être bon que l'Académie prît d'avance un parti en vue de cette éventualité.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. TROUSSEAU.

Quelques cas de diphthérite et de coqueluche. — Du traitement de ces deux affections.

Nous avons à vous dire quelques mots des deux enfants placés l'un au n° 4 de la salle Saint-Thomas, l'autre au n° 20 de la salle Saint-Jean. Tous deux ont le croup; mais ils l'ont d'une façon différente, et il est important d'examiner comment chacun d'eux en a été atteint.

Le premier avait été placé entre deux enfants atteints également de diphthérite siégeant à la bouche chez l'un, et au prépuce chez l'autre. Chez notre malade la diphtérite s'est fixée sur le pharynx.

De toutes les places que puisse choisir la diphtérite, il n'en est pas de plus fâcheuse que les amygdales, parce que la maladie a beaucoup de tendance, sans que nous puissions savoir pourquoi, à se propager vers le larynx et à constituer le croup proprement dit.

Cet enfant, qui avait eu des gourmes et des maladies des yeux, était d'un abord et d'un examen difficiles. On s'aperçut que sa toux devenait croupale; on examina les amygdales, et l'on put s'assurer de l'existence d'une fausse membrane. Jeudi soir une cautérisation fut pratiquée. Vous l'avez vu vendredi; sa toux était sèche, sa voix croupale et sifflante; l'inflammation pelliculaire avait gagné le larynx. Je vous ai dit combien j'espérai peu du traitement, et cependant je n'en ai pas moins employé des moyens énergiques pour mettre au moins de notre côté les chances les plus favorables. Deux cautérisations furent pratiquées vendredi, deux samedi, et une dimanche. De plus, on lui fit prendre la mixture alumineuse du docteur Miquel. Vous savez que cette médication consiste à faire une bouillie avec de l'alun délayé dans le miel, bouillie que l'on fait prendre à l'enfant aussi souvent que possible et en petite quantité. L'enfant avale; cette bouillie se trouve en contact avec toutes les parties jusqu'à l'épiglotte, et agit beaucoup plus énergiquement que les insufflations avec l'alun, qui alors

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

La médecine à l'Assemblée nationale. — Découvertes pathologiques et physiologiques. — Les récompenses des élèves de l'Ecole. — Démission de M. Denonvilliers. — Suppression de l'Ecole préparatoire d'Orléans.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cber confrère,

Je ne doute point que ce ne soit dans la délicate intention de me laisser annoncer à vos lecteurs le rôle important que la médecine a joué dans la dernière séance de l'Assemblée nationale, consacrée aux pétitions, que vous vous êtes abstenu de les entretenir vous-même de ce grave sujet, bien plus digne d'occuper la place du premier-Paris que de figurer dans ces modestes colonnes. Tout en me reconnaissant indigne de l'honneur que vous me faites, je ne vous suis pas moins obligés de vos bons procédés, et je vais tâcher d'accomplir ma tâche tant bien que mal.

Je commencerai d'abord par féliciter sincèrement les auteurs des découvertes que je vais me faire l'honneur de vous exposer d'avoir choisi la tribune de l'Assemblée nationale pour répandre la lumière sur la France, et même sur le monde entier. Que des esprits médiocres envoient à l'Académie des Sciences ou à l'Académie de Médecine des travaux d'une valeur secondaire ou contestable, passe encore; mais, quand on a découvert des vérités d'où dépendent le salut public, c'est à la tribune nationale que ces vérités doivent être proclamées. C'est ce qu'a parfaitement senti tout le premier notre confrère M. Savy.

Cet honorable confrère a commencé par observer que les pachydermes de Mayence et de Bayonne n'étaient point sujets au choléra. Ce premier point une fois établi, il était assez naturel d'en rechercher la cause. Serait-il trop déraisonnable de supposer que l'immunité dont jouissent les pachydermes susdits dépendît de ce que la meilleure partie d'eux-mêmes sera un jour fumée au feu de l'âtre?

— Pas le moins du monde. Une pareille supposition me paraît même, pour mon compte, plus que probable.

— Et si cette *fumaison* prophylactique réussit d'une manière aussi remarquable avec la fumée de bois, n'y a-t-il pas à parier cent contre un qu'elle sera plus parfaite encore pratiquée avec la fumée de lignite pyriteux ou non pyriteux, mais spécialement de lignite pyriteux ?

— A mon avis, c'est un million contre un qu'on devrait parier.

— Et si ces hypothèses sont fondées, n'est-il pas évident qu'on préservera les populations du choléra en les fumigeant avec du lignite, et surtout avec du lignite pyriteux ?

— Je trouverais bien impertinent celui qui oserait le nier; d'autant plus que M. Savy a pour lui l'expérience, et qu'il démontre parfaitement que si Lyon et Londres n'ont point souffert du choléra, ces deux villes n'ont été préservées que par l'énorme quantité de fumée de lignite qui les entoure constamment. Londres, à la vérité, n'a pas joui tout à fait de la même immunité que Lyon; mais cela tient uniquement à ce que les chauffeurs d'Albion se sont mis en grève pendant le choléra, et que les fumigations ligniteuses se sont un peu ralenties.

De toutes ces solides prémisses, vous devinez facilement que notre estimable confrère conclut à la nécessité de fumiger avec du lignite toutes les villes, villages, hameaux et chaumières de la France, à commencer par la chambre des représentants. Dire combien nos honorables ont été touchés de la sollicitude de notre confrère est impossible à décrire; aussi se sont-ils empressés de renvoyer sa découverte à l'examen du ministre de l'agriculture et du commerce, en attendant qu'ils couchent l'auteur sur la liste de ceux qui ont bien mérité de la patrie. *Une voix* cependant a osé proposer l'ordre du jour; mais hâtons-nous d'ajouter, pour l'honneur de la représentation nationale, que cette voix n'a pas trouvé d'écho. Il est inutile de dire que nos législateurs se sont plongés depuis huit jours dans une épaisse atmosphère de lignite, et que, depuis ce moment, le choléra n'a pas osé franchir le seuil du palais législatif. La seule crainte qu'on puisse avoir maintenant, c'est que nos Licurgues ne deviennent inaltérables à l'action de l'air et de la lumière, et qu'ils ne fassent mourir d'impatience les ambitieux qui aspirent à leur succession. C'est là une conséquence grave, et qui prouve que les plus belles médailles ont leur revers.

Je passe légèrement sur la prophylaxie du sieur Chauve, chaufournier à Remonet (Eure). Il était tout simple que cet honnête citoyen proposât la chaux comme prophylactique du choléra; s'il entendait mieux son commerce, il la conseillerait comme préservatif et curatif de la phthisie, de la fièvre typhoïde et d'une foule d'autres maladies.

J'insisterai un peu plus longtemps sur la communication de M. Esquirol (Joseph), non-seulement parce que cette communication offre un puissant intérêt au point de vue hygiénique, mais encore parce que, sous le rapport littéraire, elle nous offre un exemple remarquable de l'art des transitions.

M. Esquirol (Joseph) avait senti le besoin de démontrer à MM. les représentants que la hausse des fonds publics est un fléau, ce qu'il a fait avec un succès incomparable. « Mais puisque j'en suis sur les fléaux », dit en terminant l'ingénieux auteur, « je me reprocherais de ne pas ajouter un mot sur le choléra. » Quelle admirable transition, mais surtout quelle chatouilleuse conscience! Si vous ajoutez à ces précieuses qualités que M. Esquirol a imaginé une théorie médicale digne d'un Boerhaave, vous m'accorderez que M. Esquirol (Joseph) est un homme accompli. Voici cette théorie.

La vie n'est qu'une *dessiccation* perpétuelle.

Quand la dessiccation diminue, c'est-à-dire quand la transpiration

est en partie rejeté, et n'est pas en contact avec toutes les surfaces diverses comme par l'*inglutition*.

Cette préparation, à laquelle on ajoute quelquefois le calomel, cautérise toutes les parties, et par son action continue et extrêmement puissante constitue un des moyens les plus efficaces que la thérapeutique possède.

Dès samedi, la toux était devenue un peu grasse; nous étions maître de la maladie, au moins pour quelques jours, et c'est beaucoup dans une affection aussi grave que la diphthérite. Il ne fallait pas toutefois nous arrêter; car, pour peu qu'il existât encore de fausses membranes, l'affection pouvait s'irradier de nouveau et continuer à compromettre les jours de l'enfant. Aussi ai-je fait continuer la cautérisation une fois par jour, et j'espère maintenant obtenir la guérison.

Le second malade est arrivé avec d'autres accidents. Cet enfant, il y a quinze jours, a été pris de croup; nous n'en savons pas davantage. Le médecin qui le soignait en ville a employé les vomitifs, qui ont produit un bon résultat, comme cela arrive ordinairement en pareil cas. Il est probable que c'était un pseudo-croup ou laryngite-striduleuse qui n'est pas dangereuse, et se termine le plus souvent par la guérison, quoique quelquefois la mort puisse survenir par l'occlusion du larynx. Trois jours après l'emploi des vomitifs, une oppression considérable survint; la voix devint plus sifflante, la toux plus fréquente, et le même médecin, appelé, envoya immédiatement l'enfant à l'hôpital pour qu'on lui pratiquât la trachéotomie.

La toux est rauque, la respiration est sifflante et tellement difficile, que l'enfant tend le cou pour aspirer. On examine immédiatement le fond de la gorge; on ne voit pas de fausse membrane. Cette absence de fausse membrane ne suffit pas pour dire qu'il n'en a pas déjà existé, parce qu'elle peut avoir changé de place. Toutefois, comme depuis plusieurs jours la toux était rauque et fréquente, il était bien probable en effet qu'il n'existait pas de fausse membrane.

Lorsque l'inflammation diphthéritique siége dans le larynx, la toux est rauque et fréquente; mais à mesure que l'oppression devient plus grande, que le sifflement est plus grand, que la fausse membrane acquiert une épaisseur plus considérable, la toux devient de moins en moins fréquente, à tel point qu'à la dernière limite de la maladie elle existe à peine.

La fréquence extrême de la toux implique qu'il y a inflammation de la muqueuse du larynx, et non existence de fausses membranes. Quand de fausses membranes existent dans le larynx, les boissons ne le stimulent plus; tandis que dans un larynx irrité et à nu, la stimulation est d'autant plus violente que l'inflammation est plus grande. Dans un cas la rentrée de l'air, les mucosités sollicitent la toux; dans l'autre, les fausses membranes empêchent l'irritabilité; le malade ne tousse pas. Il résulte de tout cela que la fréquence de la toux est un signe favorable dans l'inflammation du larynx, et que sa rareté est un des signes les plus fâcheux.

Chez cet enfant, nous avions lieu de supposer qu'il n'existait pas de fausse membrane; la maladie durait depuis longtemps; la toux était fréquente, striduleuse, rauque. Il y avait une des conséquences rares, mais très funestes de la laryngite striduleuse, c'est-à-dire un état phlegmasique qui avait persisté, une inflammation des cordes vocales et des ligaments arythéno-épiglottiques.

Le rétrécissement du larynx est causé par la tuméfaction de la muqueuse; la toux est assez rauque, l'oppression très notable; mais cependant nous ne pensons pas qu'un pareil état puisse inspirer beaucoup d'inquiétude pour le moment; nous avons employé la médication topique avec l'alun; le malade en prend dix grammes par jour. Que si la tuméfaction faisait de tels progrès que l'oppression devînt considérable et le danger imminent, nous n'hésiterions pas à pratiquer la trachéotomie, et certes nous nous trouverions dans les conditions les plus favorables pour la guérison.

Vous noterez ce fait important que, quand la laryngite striduleuse passe de l'état aigu à l'état subaigu et qu'elle persiste, on est obligé d'avoir recours plus tard à la trachéotomie. J'ai vu un grand nombre de faits de ce genre, parmi lesquels je vous en citerai un que j'ai observé en 1838. Un enfant est atteint de laryngite striduleuse; après un traitement de quinze jours, il semble guéri; mais il est toujours enroué, la voix reste rauque; un mois, deux mois, six mois se passent dans cet état avec de nombreuses variations, et je suis enfin obligé d'avoir recours à la trachéotomie. La guérison a eu lieu, mais le malade a été obligé de garder la canule pendant *deux ans*.

Ainsi, la laryngite à forme aiguë et dans quelques cas même celle à forme subaiguë passent quelquefois à l'état chronique et peuvent nécessiter la trachéotomie.

Cet enfant, avec la diphthérite des gencives, diphthérite qui avait d'abord occupé le prépuce, a eu une diphthérite des lèvres, puis des joues. Je redoutais une gangrène de la bouche d'abord à cause de cette circonstance et ensuite à cause de la débilité du malade et de son séjour à l'hôpital. J'ai recommandé qu'on cautérisât énergiquement; néanmoins la maladie a marché; vendredi, une rougeur érysipélateuse existait sur la joue, et quand cette rougeur commence, *dix-neuf fois sur vingt*, il est impossible d'empêcher le sphacèle. Le lendemain, la rougeur érysipélateuse était remplacée par une tache gangréneuse, qui a gagné la lèvre et la joue opposées. Il n'y a rien à faire; bien que dans certains cas très favorables on parvienne à limiter le sphacèle, la mort arrive plusieurs mois après à la suite de la suppuration, comme j'en ai vu un cas il y a quelques mois dans le service de M. Blache.

Coqueluche.

Dans la salle des berceaux se trouvait un petit enfant affecté de paraplégie, et qui, il y a quinze jours, fut pris de toux violente, de rougeur des yeux, de gonflement des paupières, de tous les symptômes, en un mot, qui pouvaient faire craindre une éruption; il a eu la coqueluche.

Quelquefois la coqueluche commence ainsi: il y a la fièvre, la rougeur des conjonctives, le gonflement des paupières, le coryza; puis le cinquième, le sixième jour se passent sans éruption, et la coqueluche se déclare.

Chez cet enfant, la fièvre était vive; je l'ai immédiatement attaquée par la médication antiphlogistique vomitive. Il a pris un premier vomitif avec le sulfate de cuivre, la fièvre a baissé; j'en ai donné un second, un troisième, et puis j'ai ordonné les préparations de belladone (un centigramme de poudre par jour); la maladie n'a pas augmenté; après quatre jours, j'ai porté la dose de poudre à deux centigrammes par jour, et depuis deux jours les quintes de coqueluche ont cessé; il ne reste plus que les quintes catarrhales.

Après une si rapide amélioration, si nous cessions la belladone, les quintes de coqueluche surviendraient de nouveau; il faut continuer la médication jusqu'à ce que rien n'existe plus, en interrompant pendant un jour, puis reprenant pour cesser peu à peu l'administration du remède.

A côté de cet enfant, il y en a un autre atteint de coqueluche depuis un certain temps, qui se trouve dans des conditions moins favorables: les quintes étaient tellement fortes qu'il avait des ecchymoses dans les conjonctives; nous avons employé les vomitifs avec le sulfate de cuivre et les préparations de belladone, et nous avons obtenu, sinon la guérison, du moins une amélioration excessivement rapide. Ce résultat a été obtenu en dix ou douze jours; mais, au bout de ce temps, nous avons eu un état stationnaire. La fièvre avait reparu; j'ai eu recours à deux autres vomitifs; j'ai repris ensuite l'usage de la belladone, et les avantages obtenus ont été beaucoup plus marqués. Depuis quelques jours, il ne tousse plus; mais il a été pris d'une affection plus sérieuse; la diphthérite s'est emparée d'une petite ulcération qu'il avait à l'oreille et menace de devenir très grave. J'ai cautérisé avec l'acide hydrochlorique; la maladie semblait avoir subi quelque modification avantageuse; mais elle augmente encore. On cautérisera aussi énergiquement que possible avec le nitrate acide de mercure.

Ce cas est excessivement grave; l'inflammation gagne le conduit auditif, et nous avons à redouter l'inflammation diphthéritique de ce conduit et la perforation du tympan. J'ai fait mettre du précipité blanc dans le conduit auditif, mais l'enfant porte ses mains partout; je crains qu'il ne s'inocule la maladie ailleurs, et, si les fosses nasales étaient prises, il serait perdu. En effet, sur dix ou douze cas de diphthérite que j'ai vus siéger dans ce point, je n'en ai pas vu guérir deux. Il faut toujours dans ce cas employer un traitement préventif, des injections avec le sulfate de cuivre ou le nitrate d'argent; mais je crains bien que, malgré toute notre sollicitude, cet enfant ne succombe après avoir été heureusement guéri de sa coqueluche. M.

HOPITAL DU MIDI. — M. Vidal (de Cassis).

Varicocèles et engorgements testiculaires.—Description d'un nouvel instrument.

Réflexions sur ces deux états, par M. SURMAY, interne du service.

Le nombre des varicocèles traités dans le service de M. Vidal est considérable. Mes observations sur ces infirmités sont nombreuses. J'en publie aujourd'hui trois qui se prêtent, selon moi, à des considérations d'un véritable intérêt.

Le 25 janvier 1849 est entré à l'hôpital un homme âgé de trente-deux ans, cocher de fiacre, et demeurant boulevard des Fourneaux, n° 11. Cet homme est fortement constitué; il n'a jamais eu d'autre maladie que celle qui l'amène à l'hôpital.

Il y a six ans il eut un chancre qui fut guéri dans le service de M. Puche, après trois mois de traitement, sans autre accident consécutif qu'un peu d'alopécie capillaire. Cinq ans après, le malade s'aperçut que le testicule gauche prenait un volume anormal; en même temps des douleurs s'y firent sentir, surtout pendant la marche. Le malade les compare à celles qui sont produites par le froissement des testicules. Le volume du testicule, qui s'accroît pendant que le malade est debout ou marche, diminue pendant qu'il est couché. Quelquefois, pendant la nuit, se font sentir des douleurs semblables à celles indiquées plus haut.

Il y a un mois, des tumeurs dures, rouges, se montrèrent à la base de l'appendice xyphoïde, au niveau de la partie supérieure du sternum, des premières côtes et sur la région acromiale. Ces tumeurs, qui ont suppuré, ont laissé une cicatrice violacée. Il y a dix jours, une nouvelle tumeur mobile formée par un ganglion s'est montrée entre l'oreille gauche et la branche ascendante du maxillaire inférieur du même côté.

Aujourd'hui, 26 janvier, le testicule gauche descend manifestement plus bas que le testicule droit. Le malade fait remarquer qu'il en a toujours été ainsi. Ce testicule a une forme ovoïde. Lorsque le malade est levé, les veines sous-cutanées du scrotum sont très dilatées. En palpant la bourse gauche, on reconnaît une tumeur formée par le paquet variqueux des veines du cordon. Cette tumeur s'étend en arrière le long de l'épididyme.

Au-dessus on sent l'épididyme engorgé et encadrant presque entièrement le testicule qui n'est pas d'un volume anormal, mais dont la surface est légèrement rugueuse.

Le testicule droit ne présente rien d'anormal.

On donne 2 grammes d'iodure de potassium, de la tisane de houblon et trois portions. Dès le lendemain, la dose d'iodure de potassium est portée à 3 grammes. On va jusqu'à 6 grammes, et l'administration en est continuée jusque vers le 10 avril. Pendant tout ce temps la tumeur a très légèrement diminué, mais sous l'influence seule du repos; car la marche ou la station debout prolonge la fait reparaître.

Le 10 avril, le varicocèle est opéré par le procédé de l'enroulement; l'iodure de potassium est suspendu. Quinze jours après la guérison est complète; les rugosités de la tunique albuginées ont presque entièrement disparu, l'épididyme a repris presque tout à fait son volume normal; le malade ne ressent plus aucune douleur, et sort de l'hôpital. Depuis, il n'est pas revenu à la consultation. Il avait promis d'y revenir s'il souffrait encore.

A quelle affection avons-nous eu affaire?

Nous avons cru d'abord à un testicule syphilitique, et c'est conséquemment à ce diagnostic que l'iodure de potassium a été administré. Cependant ce diagnostic laissait des doutes dans notre esprit; la tumeur, en effet, n'avait pas toutes les apparences d'un testicule syphilitique; l'épididyme s'était engorgé spontanément chez un sujet qui accusait des antécédents syphilitiques; mais la tumeur n'avait pas la dureté du testicule vénérien; le testicule lui-même avait conservé sa consistance normale, seulement la tunique albuginée présentait des inégalités. Depuis le chancre cinq ans s'étaient écoulés et

---

devient moins abondante), la santé s'altère; quand elle se suspend, la vie s'éteint.

Le choléra arrête la dessiccation du corps; donc, pour le guérir, il suffit de rétablir cette dessiccation en environnant le corps de chlorure de calcium, d'acide sulfurique anhydre, ou même de chaux vive.

Comme Français, je suis heureux et fier que M. Esquirol (Joseph) ait écrit de tels aphorismes; mais j'en suis douloureusement affecté à cause d'Hippocrate. Notre vénérable père à tous était réellement un brave homme, et je serais fâché qu'on nous le fît oublier. Je conserve même une dent à Boerhaave d'avoir tenté une pareille entreprise.

Si les auteurs qui précèdent sont des pathologistes et des thérapeutistes transcendants, M. le docteur ***, dont le nom passera à la postérité, mais que j'oublie en ce moment, est incontestablement un physiologiste de premier ordre. Voici ce qui le prouve:

M. *** a découvert que, si la conciliation n'est pas aussi bien établie qu'on pourrait le désirer, si l'harmonie la plus parfaite ne règne pas à l'Assemblée nationale, cela tient uniquement à ce que les rouges, les bleus et les blancs sont groupés entre eux, ce qui produit une opposition de couleurs tranchées d'où résulte une opposition semblable dans les opinions, les actes, les gestes, les cris, et, généralement dans tout ce qui constitue l'existence du représentant. Si vous voulez opérer une prompte conciliation, écrit M. *** au président de l'Assemblée nationale, ne laissez plus mettre le blanc à côté du blanc, le rouge à côté du rouge, le bleu à côté du bleu; mais distribuez les places de telle manière que le bleu, le blanc et le rouge soient intimement mélangés, confondus; il résultera de cette fusion un gris uniforme qui, passant bientôt de l'ordre physique dans l'ordre moral, donnera naissance à une opinion d'une nuance mixte, et dès ce moment la plus parfaite harmonie règnera dans la sphère politique. M. *** démontre la vérité de ce qu'il avance par une foule d'excellentes raisons qu'il serait trop long de reproduire ici; je me contenterai d'en citer une qui à elle seule rendrait inutiles toutes les autres.

De même, dit M. ***, que les brebis de la Bible qui voyaient toujours des objets noirs engendraient des agneaux noirs, et que celles qui voyaient des objets blancs mettaient au jour des agneaux blancs, de même les hommes qui vivent habituellement dans le rouge ont des idées rouges, et ainsi de suite. Je laisse l'appréciation de ce raisonnement à notre savant professeur de physiologie.

— A propos de professeur de physiologie (vous voyez que je profite de la leçon de M. Joseph Esquirol), je vous dirai que la question des récompenses à accorder aux élèves de l'Ecole a fait quelques pas depuis mon dernier courrier. Des médailles seront décernées à vingt-cinq d'entre eux; les autres recevront une exemption de tout ou partie de leurs frais universitaires. Il paraît même que quelques-uns de ceux qui se sont trouvés dans les circonstances les plus pénibles, et qui ont été à même de montrer le plus de zèle, cumuleraient les deux récompenses. Vous voyez que M. le doyen ne s'endort pas sur ses premiers succès, et qu'il tient à conduire à bonne fin cette affaire, bien digne d'ailleurs de toute sa sollicitude.

— Puisqu'il s'agit de l'Ecole (quel excellent système que celui de M. Esquirol (Joseph)), je vous répéterai un bruit qui est venu jusqu'à moi, mais que je ne vous donne que pour ce qu'il vaut: je me suis laissé dire que M. Denonvilliers allait donner sa démission afin de concourir pour la chaire de médecine opératoire, et d'obtenir par la justice ce que la faveur lui a refusé. Ce sont là des sortes de vengeances que je ne saurais trop approuver et même encourager. Que M. Denonvilliers marche toujours dans cette voie, et il verra que la presse, qu'il n'aime guère et qu'il ne flatte pas davantage, lui rendra amour pour aversion.

— L'Ecole préparatoire d'Orléans se mourait depuis longtemps, elle est morte aujourd'hui. J'en suis fâché, non pour elle-même, car je n'ai jamais eu un grand faible pour les écoles préparatoires, mais parce que c'est une de celles qui, par un appât mensonger, ont enlevé à l'Ecole de Paris de jeunes talents qui auraient jeté un vif éclat sur la médecine française s'ils étaient restés sur un théâtre plus digne d'eux. Aucun de ceux qui ont assisté à ces brillants concours d'aide d'anatomie et de prosecteur où le jeune Debrou éclipsait tous ses rivaux presque sans le vouloir, n'ont oublié le mot de l'infortuné Sanson: « On ne peut reprocher qu'une chose à M. Debrou, c'est de concourir trop bien. » Et Sanson n'était point flatteur. C'est ce même M. Debrou, qu'un simulacre de professorat avait attiré à Orléans, qui se trouve aujourd'hui privé de sa chaire, tandis que notre école et nos hôpitaux sont privés de son talent. Quand je n'aurais que ce grief contre les écoles préparatoires, je crois que je ne les aimerais déjà que très médiocrement. X...

M. le ministre de l'instruction publique, par un arrêté en date du 27 juillet, a complété de la manière suivante la commission instituée pour la préparation d'un projet de loi sur l'enseignement de la médecine et de la pharmacie:

MM. Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier;
Coze, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg;
Tardieu, agrégé en exercice de la Faculté de médecine de Paris;
Nélaton, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris;
Bonnet, professeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon;
Barbier, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens;
Caventou, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris;
Baudens, chirurgien en chef du Val-de-Grâce.

aucun symptôme consécutif n'avait paru; ni céphalée, ni douleurs rhumatoïdes, ni affections des os, ni affections des muqueuses. A la vérité, le malade présente les cicatrices d'une affection cutanée survenue dans les derniers temps; mais cette affection, qui, à ce qu'il paraît, avait peu inquiété le sujet, était-elle réellement syphilitique?

D'un autre côté le malade portait depuis longtemps un varicocèle considérable. Les douleurs qu'il accusait se rapportaient parfaitement à cette affection; les rugosités de la tunique albuginée pouvaient être le résultat de dilatation des veines de la membrane fibreuse du testicule. L'iodure de potassium n'avait produit aucun effet sur la marche de l'affection. Le repos, au contraire, en même temps qu'il diminuait le volume du varicocèle, diminuait aussi celui de l'épididyme.

N'était-il pas permis de regarder cet engorgement de l'épididyme comme produit par la dilatation variqueuse des veines du cordon?

Le tissu cellulaire des jambes affectées de varices s'œdœmatie d'abord, puis s'indure. Pourquoi le même phénomène ne se produirait-il pas dans l'épididyme?

En faveur de ce diagnostic, n'avons-nous pas l'influence égale et simultanée du repos sur le varicocèle et sur la tumeur, et plus que cela encore, l'efficacité égale et simultanée de l'opération sur les deux affections?

Ne sait-on pas qu'après l'épididymite aiguë il reste quelquefois pendant des années un engorgement de l'épididyme?

A quelle cause faut-il attribuer ce retard dans la résolution, si ce n'est au peu d'activité de l'absorption dans un organe où le sang veineux éprouve tant de peine à circuler, forcé qu'il est de marcher en sens inverse de la pesanteur, et dans des conduits dépourvus de valvules destinées à faciliter son cours?

Si, lorsque les veines sont normales, leur disposition, en ralentissant le cours du sang, ralentit aussi l'absorption, ne prévoit-on pas ce qui devra se passer lorsque dans ces veines dilatées et multipliées le sang stagnera en partie au lieu de circuler librement?

Admettons même que le varicocèle à lui tout seul soit impuissant à produire l'engorgement œdémateux de l'épididyme, il n'attend que l'occasion; et cette occasion, ce sera un accident qui en cas ordinaire serait inefficace, et dont le malade n'aura pas conscience. Ce sera, par exemple, un effort, une marche un peu fatigante, la danse, un froissement du testicule, etc.; et comme cet engorgement de l'épididyme n'aura pas lieu brusquement, se fera sans inflammation, comme d'ailleurs le malade est habitué à sentir une bourse plus volumineuse que l'autre, il ne s'apercevra de sa nouvelle affection que lorsque par hasard il portera la main au scrotum, ou lorsque la tumeur l'incommodera par son poids et qu'elle augmentera les douleurs du varicocèle.

Un homme qui est actuellement dans le service eut, il y a dix ans, un paraphimosis qui ne fut pas réduit; des adhérences solides s'organisèrent entre la peau de la verge et celle du prépuce renversé, et depuis dix ans ce malade porte au-dessous du gland un bourrelet plus gros que le gland lui-même et d'une consistance comme fongueuse. Qu'est-ce? N'est-ce pas encore de l'induration consécutive à l'œdème, et le tout ayant pour cause un obstacle au cours du sang? Pourquoi le tissu cellulaire de l'épididyme ne s'œdématierait-il pas? S'il s'œdématie, pourquoi ne s'indurerait-il pas? Les auteurs ne disent-ils pas que, lorsque le varicocèle est ancien, les tuniques du scrotum sont épaissies? Pourquoi?

Voici deux autres observations qui viennent à l'appui du diagnostic que je défends. Je n'en donne que le résumé.

Obs. II. — Homme âgé de trente-deux ans, d'une constitution robuste. A l'âge de quinze ans, blennorrhagie sans orchite. A vingt-deux ans, chancre guéri par le mercure, sans autre accident consécutif. A vingt-sept ans, nouvelle blennorrhagie, guérie rapidement. Quelque temps après l'entière guérison de la blenorrhagie, à la suite d'un voyage à pieds très pénible, douleurs dans les reins, gêne particulière dans les testicules.

Ces symptômes attirent l'attention du malade, qui s'aperçoit que le testicule gauche est plus volumineux qu'à l'état normal; quelque temps après, le droit prend aussi un volume anormal. Depuis cette époque, tiraillements, maux de reins pendant la marche; tuméfaction persistante, mais plus marquée pendant les chaleurs et après une longue marche.

A l'entrée du malade, le 15 février 1849, les deux épididymes sont engorgés, le droit plus que le gauche. Les deux testicules sont naturellement volumineux, mais de consistance parfaitement saine; ils ne sont pas plus sensibles qu'à l'état normal. Les veines des deux cordons sont dilatées.

Le 11 mars, sans avoir pris d'iodure de potassium, sous l'influence seule du repos, les épididymes sont à l'état normal. Le malade me fait observer qu'après qu'il a un peu marché ou qu'il est resté longtemps debout, l'engorgement reparaît.

Le 29 mars, sortie. L'engorgement a subi plusieurs alternatives de diminution et d'accroissement, selon le plus ou moins de mouvement que le malade s'est donné. Les épididymes sont encore un peu gros, le droit plus que le gauche; les veines des cordons sont très sensiblement dilatées.

Chez ce malade, est-ce le varicocèle ou l'engorgement de l'épididyme qui a commencé? Est-ce qu'un simple engorgement de l'épididyme produit d'abord des douleurs lombaires et testiculaires semblables à celles qui se sont manifestées au début de l'affection? N'est-il pas assez probable qu'avant le jour où notre homme a fait cette marche longue et pénible il y avait déjà de la dilatation des veines, et que la fatigue a été pour l'engorgement et les douleurs la cause occasionnelle dont je parlais tout à l'heure?

Au surplus, en supposant que l'engorgement de l'épididyme se soit opéré le premier, la persistance, les alternatives auxquelles le soumettaient le repos et la marche prouvent que le varicocèle jouait dans tout cela un certain rôle.

En retardant l'absorption, il retardait la résolution de la tumeur; par la même raison, il aurait pu la produire.

Obs. III. — Homme bien constitué. Jamais de chancre; blennorrhagie il y a six ans, guérie sans orchite. Plus tard, intertrigo de la moitié gauche seulement du scrotum et de la face interne des deux cuisses. Dans ces derniers temps, les démangeaisons se sont étendues à la peau de la face inférieure de la verge. En se grattant, le malade s'est d'abord aperçu, il y a deux mois, qu'il avait la bourse gauche plus longue que l'autre, puisque l'épididyme de ce côté était volumineux, mais indolent. Jamais il n'y a ressenti les douleurs du varicocèle, ni aucune qui puisse se rapporter à l'appareil testiculaire. Cette tumeur l'inquiétant, il est entré il y a un mois à l'hôpital pour la faire guérir.

Le 10 juillet, absent quand le malade est entré, je ne le vois qu'une quinzaine de jours après; alors on voit sur le scrotum et la verge des ulcérations très superficielles que le malade s'est faites en se grattant.

Ces ulcérations sont exactement limitées à la moitié gauche du scrotum. Les veines du cordon gauche sont variqueuses et multipliées. La bourse correspondante plus longue que l'autre. La tête de l'épididyme seulement est grosse comme un testicule ordinaire, dure et indolente. Le reste de ce corps est normal.

Le testicule est petit, très mou, à son extrémité infério-postérieure, sa substance est si diffluente, qu'on peut, en le pinçant, mettre en contact les deux parois de la tunique albuginée. Celle-ci ne présente à sa surface aucune inégalité. Veines scrotales variqueuses à gauche.

Le malade prend de l'iodure de potassium depuis son entrée, et il m'affirme que le volume de l'épididyme a diminué. Je ne sais si la diffluence du testicule doit être attribuée au varicocèle ou à l'iodure de potassium.

Je laisse à l'appréciation des lecteurs ce cas, qui me paraît tout à fait analogue à celui de la première observation. Le varicocèle sera probablement opéré. Nous verrons alors si l'analogie se sera poursuivie jusqu'à la fin.

Il y a quelques jours, un de mes collègues à l'hôpital du Midi, M. Mazerat, vit à la consultation un homme affecté de deux énormes varicocèles, et dont les deux épididymes étaient extrêmement volumineux. Cet homme n'a pas voulu entrer à l'hôpital, et je ne puis dire laquelle des deux tumeurs avait précédé l'autre. Les trois observations précédentes me font penser que c'est celle du cordon.

Depuis que j'ai écrit ces lignes, M. Mazerat a vu encore à la consultation un homme qui a présenté le même phénomène. Cet homme n'avait jamais eu d'orchite ni d'affection syphilitique. Le varicocèle était double, et l'engorgement de l'épididyme existait des deux côtés.

Je voudrais pouvoir appuyer le diagnostic que je défends sur quelque autorité; dans Heister, Delpech, Rayer, A. Cooper, dans le mémoire de M. Hélat, dans la thèse de M. Bérard sur les engorgements du testicule, dans le Dictionnaire de médecine en trente volumes, dans le livre de M. Vidal, je n'ai rien trouvé sur quoi m'appuyer. J'ai bien vu dans Delpech, dans le mémoire de M. Landouzy, que la dilatation variqueuse des veines peut envahir jusqu'à l'épididyme et le testicule lui-même; mais de l'engorgement de l'épididyme, il n'en est pas question.

J'ai lu dernièrement, dans un ouvrage que mes souvenirs ne peuvent me préciser, que, dans le varicocèle ancien, le testicule devient plus pesant et plus volumineux.

M. Landouzy rapporte l'observation d'un homme portant une affection de l'appareil testiculaire qui, regardée comme un engorgement vénérien par plusieurs médecins de Londres, fut opérée et guérie comme un varicocèle par Brescbet.

Ces cas peuvent-ils être donnés à l'appui de ceux que j'ai observés? Voici ce que je lis dans J.-L. Petit, à propos du diagnostic du varicocèle.

Après avoir dit que, lorsque le varicocèle est volumineux et ancien, il est souvent difficile de distinguer, dans la tumeur, ce qui appartient au cordon veineux, de ce qui doit être rapporté au testicule et à l'épididyme, et qu'alors, on a lieu de croire que ce qui est renfermé dans la tumeur est variqueux comme le reste, et que, par conséquent, il y a *varicocèle* et *spermatocèle*, il ajoute:

« Il est rare que l'un soit sans l'autre, surtout quand la tumeur du scrotum est ancienne et aussi grosse que je l'ai supposé. Le spermatocèle est même plus fréquent, parce que le canal déférent fait bien mieux la corde de puits, puisque, en passant sur le pubis, au lieu de monter vers les émulgentes, il se courbe et descend dans le bassin pour s'approcher des vésicules séminales, ce qui fait que le poids de la tumeur agit sur lui plus puissamment.

» Si le cordon est mollet dans sa circonférence, et qu'on sente dans le milieu comme une corde dure, il y a tout lieu de croire que le vaisseau déférent est engorgé, et on en est convaincu si cette corde ne s'étend pas plus loin que le pubis, parce que c'est là l'endroit où ce vaisseau se recourbe et descend dans le bassin; on en sera encore plus sûr si, en suivant cette corde jusqu'au testicule, on la sent plus grosse et noueuse; cela prouvera, de plus, qu'il y a varico-spermatocèle, ou du moins engorgement variqueux de l'épididyme. Si toute la tumeur est dure et que rien n'ait pu l'amollir, la résoudre ou la faire suppurer, il faut en faire l'extirpation, en observant ce que je dirai dans l'article où je traite de la castration.

» Si toute la tumeur est molle totalement ou en partie, et qu'on y sente fluctuation, il faut faire la ponction pour vider le fluide, et avoir la facilité de toucher plus immédiatement la tumeur; car, après avoir fait cette ponction, j'ai souvent distingué le varicocèle, le varico-spermatocèle ou ce qu'on appelle sarcocèle, c'est-à-dire, comme je l'ai rapporté ailleurs, le testicule même gonflé, endurci, souvent carcinomateux, suppuré ou anéanti par la putréfaction. Dans tous les cas, il faut emporter le testicule. »

Si je regarde ce passage comme une autorité réelle, on m'objectera qu'il manque de clarté, que l'engorgement du testicule et de l'épididyme dont parle J.-L. Petit a pu tout aussi bien être antérieur que postérieur au varicocèle; que d'ailleurs J.-L. Petit, qui a diagnostiqué un varicocèle causé par un embarras du foie et fait disparaître le premier en guérissant le second (ce qu'on peut voir dans le même article), ne mérite pas qu'on donne une foi aveugle au diagnostic que je lui emprunte. Je répondrai que, si le jugement de J.-L. Petit n'est pas, dans l'espèce, une autorité pour le mien, les observations que je rapporte sont peut-être propres à éclairer les siennes. Que ces faits je veuille tirer une conclusion définitive, ce serait folie. Ce que je veux, c'est appeler d'autres faits.

Je raisonne: on jugera.

J'ai parlé du *procédé de l'enroulement* pour l'opération du varicocèle. Je voudrais ne pas être obligé de le décrire. Mais, puisqu'il semble ignoré de pas mal de chirurgiens, je crois, dans l'intérêt des malades, devoir en donner ici une nouvelle description. D'ailleurs, j'ai à faire connaître un nouvel instrument imaginé par M. Vidal et qui n'a pas encore été décrit. Une aiguille droite forte et terminée en fer de lance est taraudée à l'autre extrémité dans le sens de son axe; une extrémité d'un fil d'argent très flexible, du diamètre d'une grosse épingle, est vissée sur cette aiguille; le fil semble donc une continuation de l'aiguille.

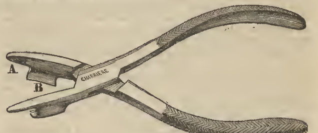
Le malade est debout. L'opérateur sépare les vaisseaux variqueux du canal déférent, qu'il rejette en dedans et en arrière. Ces vaisseaux se trouvent alors dans un pli de peau maintenu par le pouce et l'index. L'extrémité de ces doigts sert de guide pour l'entrée et la sortie de l'aiguille; celle-ci pénètre du côté de l'index et sort du côté du pouce entraînant avec elle le fil d'argent. Une anse de ce fil est donc passée en arrière du paquet variqueux. Voilà pour le premier temps.

Deuxième temps. — L'index et le pouce abandonnent les veines qu'ils retenaient en avant. Celles-ci retombent en dedans et en arrière, et, avec les deux mêmes doigts, on pince alors la peau immédiatement en avant du cordon veineux. On passe par les deux ouvertures déjà faites un second fil d'un diamètre un peu inférieur à celui du premier. Pour rendre cette introduction plus facile, on a pu faire décrire au premier fil une courbe à convexité postérieure de manière à rapprocher les ouvertures d'entrée et de sortie. Le second fil passé, le patient se couche. On coupe les fils, auxquels on laisse une longueur de 15 centimètres à deux décimètres, et l'on procède au troisième temps.

Troisième temps. — Il consiste à tordre les extrémités des fils. D'abord la torsion n'agit que sur eux; les fils forment alors une anse qui contient les veines; elle va toujours en se resserrant. Ce premier mouvement de torsion réduit le plexus veineux à l'état de véritable cordon. Mais, en continuant la torsion, les deux fils se resserrent toujours plus, et tendent à former aussi un cordon ayant une certaine résistance. En tournant sur son axe, ce cordon métallique doit entraîner dans son mouvement de rotation les parties comprises entre les deux fils qui le composent. C'est ainsi que les veines s'enroulent autour de ce double fil métallique, comme la corde s'enroule sur le treuil; c'est ainsi que le testicule se trouve relevé.

Quatrième temps. — On place alors un petit globe de bande sur la peau qui est entre l'entrée et la sortie du cordon métallique, dont les deux bouts sont fixés sur ce tampon par une nouvelle torsion; puis on augmente cette torsion au moyen de l'instrument dont j'ai promis tout à l'heure la description.

Imaginez-vous une pince semblable à celle dont se servent les grillageurs. Entre l'entrecroisement des branches et les mors, supposez, soudé perpendiculairement à chaque mors, un petit tranchant de tenaille, et vous aurez un instrument avec lequel vous pourrez tordre et couper. C'est cette nouvelle pince dont M. Vidal se sert dans l'opération du varicocèle et dont voici la reproduction.



Quels sont les avantages du procédé dont je viens de donner la description?

Il expose le moins à la récidive parce que:

1° Le testicule se trouve relevé;

2° Les veines sont oblitérées non pas sur un point, mais sur une certaine étendue par le fait de l'enroulement;

3° La peau comprise entre le cordon métallique et le globe de bande finit par être coupée, et s'oblitèrent ainsi les veines scrotales.

La torsion des fils est souvent très douloureuse, il faut en convenir, mais la douleur ne fait que passer. Elle n'est réellement vive qu'au moment même de la torsion: celle-ci se renouvelle deux fois au plus dans toute la durée du traitement.

Il n'y a pas de procédé qui, *somme toute*, fasse moins souffrir.

Il peut en exister, il en existe de plus gracieux; il n'y en a pas d'aussi sûr; il n'y en a pas de moins dangereux.

Quant à la durée du traitement, elle est à peu près la même que pour tous les procédés usités maintenant. Trois semaines suffisent ordinairement, et après ce temps le malade peut vaquer à ses affaires.

HOPITAL MILITAIRE DE BRUXELLES.

M. Limauge.

Traitement de l'anthrax.

Quoique nous ayons eu plusieurs fois l'occasion d'observer les bons résultats obtenus par notre très distingué

confrère M. Nélaton, nous nous empressons de publier le fait suivant, persuadé que du choc des opinions finit toujours par jaillir la vérité.

M. Nélaton, dans son *Traité de pathologie chirurgicale*, oppose au traitement de l'antbrax des applications émollientes, le repos, un régime doux et un purgatif léger si l'antbrax se lie à un état général. Il proscrit les incisions.

Les faits cliniques de chaque jour montrent à l'évidence que ce traitement n'est pas rationnel, et qu'il ne fait que prolonger les souffrances du malade et retarder sa guérison.

Ils prouvent que les incisions, loin d'être proscrites, doivent, au contraire, être faites dès le début de la maladie.

Voici, du reste, une observation à l'appui de l'opinion que nous avançons; plusieurs faits analogues observés par nous pourraient venir au besoin confirmer notre opinion.

Le nommé Cruyssens (Henri), âgé de vingt et un ans, soldat au régiment des Guides, entra à l'hôpital militaire le 11 mai 1849. Il était malade depuis quinze jours. Il avait un antbrax à la fesse droite.

Voici les symptômes qu'il présentait à la visite :

Face colorée, yeux brillants, céphalalgie, pléthore capillaire ; peau chaude, halitueuse; pouls plein, à 25 au quart ; poitrine saine ; langue blanche, collante; anorexie; ventre normal, selles régulières. A l'endroit de la fesse droite où se trouve l'anthrax, il y avait une tumeur considérable ; la peau est très rouge, tendue ; à la moindre pression, le malade éprouvait des douleurs atroces qui lui faisaient jeter des cris.

Aucune fluctuation ne se faisait encore sentir; cependant une incision profonde en T fut faite sur la partie malade. Du sang et quelques gouttelettes de pus s'écoulèrent par cette incision; on appliqua un cataplasme; on prescrivit au malade le repos et la diète absolue.

Le lendemain 12 mai, le malade avait changé d'aspect; il a bien dormi; il n'accuse plus de céphalalgie; la peau et le pouls sont pour ainsi dire à l'état normal. La partie malade n'est plus sensible à la pression, et elle est considérablement dégorgée. Le malade demande de la nourriture. On lui accorde le quart.

Le 13, l'amélioration continue ; une grande partie de l'antbrax a déjà disparu. Même régime.

Le 14, la maladie marche à la guérison.

Quelques jours après, l'anthrax avait disparu, l'incision était cicatrisée et le malade sortait de l'hôpital.

Cette observation nous montre bien à l'évidence que l'on n'a pas besoin de s'occuper dans ce cas de l'état général du malade, que cet état n'est que consécutif à l'affection, et que celle-ci traitée convenablement fait disparaître à l'instant tous ces symptômes qui, au premier abord, pourraient faire soupçonner un état morbide de quelques organes importants. Le malade, en effet, n'avait pas accusé au médecin de service à la caserne la douleur qu'il avait à la fesse, et avait été envoyé comme fiévreux à l'hôpital. — On soupçonnait chez lui les prodromes d'une fièvre typhoïde.

(*Presse médicale belge.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Note sur les larves et les insectes qui peuvent se développer dans les organes et les tissus de l'homme ; par Ch. COQUEREL, chirurgien de la marine.

La communication suivante est la seule qui dans le dernier compte-rendu nous ait paru de nature à intéresser nos lecteurs.

On avait signalé depuis longtemps la présence de larves d'insectes dans les tissus de l'homme. On les avait rencontrées dans les cavités splanchniques et au milieu des matières vomies ou des déjections de différentes natures ; mais toutes les données qu'on possédait à cet égard étaient très vagues. C'est à M. Hope (*Transact. of end. soc. of London*, vol. II, p. 256) qu'on est redevable du premier travail complet sur ce sujet. Ce savant naturaliste a rassemblé 108 cas différents de larves observées chez l'homme. Il a réuni sous le nom de *canthariasis* les faits qui se rapportent aux coléoptères et aux dermoptères, de *scoléchiasis* ceux fournis par les lépidoptères, et de *myasis* ceux qui concernent les diptères. Ces trois ordres sont les seuls qu'on ait observés jusqu'à présent.

Quelques coléoptères ont été expulsés vivants et à l'état parfait ; ils appartiennent aux genres *tenebris*, *blaps*, *staphylinus* et *melse*. Il est bien difficile d'admettre que ces insectes aient pu accomplir leurs métamorphoses dans l'estomac, et il est probable qu'ils n'y avaient séjourné que peu de temps et avaient été ingérés avec des matières alimentaires.

Les larves ont été observés dans divers points de l'organisme : sinus frontaux et maxillaires, voies lacrymales, narines, conduit auditif, pharynx, estomac, intestins, anus, nombril ; peau de l'abdomen, du cou, des membres ; cuir chevelu, scrotum.

On a peu de détails sur les accidents occasionnés par la présence de ces singuliers parasites. Les larves de cléoptères, les topicules et les chenilles sont expulsées d'ordinaire au milieu des matières vomies, et ne causent que des accidents passagers ; ils n'attaquent pas les tissus. M. Hope cite un seul cas de mort attribuée à la présence de larves du *tenebris molitor* dans les narines.

Les larves de diptères font naître des symptômes bien plus graves. Celles de la mouche de la viande (*musca carnaria*) se sont développées quelquefois en quantité prodigieuse sur le corps de malheureux qui portaient dans leurs vêtements des viandes corrompues, et les ont dévorés comme des cadavres. M. Roulin (*Ann. Soc. ent. de Fr.*, 1832, p. 510) a cité un cas de ce genre, et M. J. Cloquet en a observé un second.

Latreille avait nié la présence des larves d'œstre dans les tissus cutanés de l'homme, quoique déjà Gmelin en eût observé des exemples, et il avait formé une espèce particulière qu'il appela *œstrus hominis*. Latreille prétendait que les œstres ne se développant que chez les mammifères herbivores, les cas observés chez l'homme devaient être attribués à des larves de la mouche de viande, mais ces insectes ont été parfaitement observés chez les carnassiers. (*Ann. Soc. ent.* de Stilin), chez les singes américains, par M. Vallot, et d'une manière certaine chez l'homme. Malheureusement c'est toujours à l'état de larve qu'on les a rencontrés, et l'on n'a pu encore examiner leur métamorphose. M. Goudot observa sur lui-même, en Amérique, une tumeur renfermant une larve d'œstre. Il voulut la conserver pendant quelque temps, pensant qu'elle passerait bientôt à l'état parfait, mais la douleur que lui causait cette tumeur le força bientôt à renoncer à son expérience.

Les larves d'œstres, chez l'homme comme chez l'herbivore, se développent le plus souvent dans des tumeurs cutanées. M. Robineau Desvoisy a communiqué tout récemment à la Société entomologique un fait tout à fait exceptionnel. Il s'agit d'une femme qui, après des douleurs abdominales violentes et des symptômes inflammatoires dans le col de la vessie, expulsa par les urines une larve d'œstre.

Quant à la manière dont ces insectes pénètrent dans l'économie, il est difficile de donner une explication satisfaisante des différents cas qui se présentent à l'observation. On comprend jusqu'à un certain point que quelques larves introduites avec les aliments résistent pendant quelque temps à la température élevée de l'intérieur des organes et à l'action des liquides qui les baignent. Mais, pour ce qui est de celles qui ont été observées dans des cavités closes, ou pour le cas cité par M. Robineau Desvoisy, nous ne voyons aucune explication satisfaisante à donner pour le moment.

Une particularité qu'il faut noter, c'est que l'observation de ces parasites est plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

CORRESPONDANCE.

Traitement du choléra par les bains et les fumigations.

Notre honorable confrère M. Raphaël, de Provins, nous annonce avoir obtenu les plus beaux résultats de la médication suivante contre le choléra :

Je mets le malade atteint du choléra dans un bain dont j'élève progressivement et promptement la température à 38 ou 40 degrés centigr. Quand le malade se plaint qu'il va se trouver mal, et cela arrive au bout de dix, quinze, vingt ou vingt-cinq minutes, je le retire du bain, et, sans l'essuyer ni le couvrir de linges, je le place dans une couverture de laine bien chaude. Je ferme les rideaux du lit, et dans l'intérieur de ces rideaux, sur une table, je mets des briques chauffées dans l'eau bouillante et des terrines pleines d'eau bouillante, où je plonge des briques rouges chauffées à feu nu : ainsi je donne des fumigations de vapeur d'eau. Je répète ce bain et ces fumigations d'heure en heure, ou de deux heures en deux heures, ou à des intervalles de temps plus longs, suivant l'état du malade, que le médecin doit apprécier lui-même, et, pendant deux ou trois jours, j'assure la guérison par un ou deux bains chaque jour et par deux ou trois fumigations. Pour boisson, de l'eau pure, de l'eau rougie ; quand le malade va bien, je donne du bouillon froid, des potages, et je ne tarde pas à le ramener à sa vie ordinaire ; en six ou huit heures, la guérison est complète. Sous l'influence de ce traitement, le pouls reparaît, reprend de la force; il devient large et souple ; les crampes disparaissent, la figure reprend son aspect naturel ; les vomissements, les envies de vomir et la diarrhée diminuent et cessent; l'angoisse épigastrique s'affaiblit considérablement, et dans la couverture le malade transpire comme il n'est pas possible de se l'imaginer.

La voix reste éteinte pendant douze, vingt-quatre ou trente-six heures. C'est le poids épigastrique qui me dirige surtout dans la répétition des bains, et j'en donne jusqu'à ce qu'il ait complétement cessé.

M. Raphaël ajoute que ce traitement n'est efficace que lorsque le malade n'est pas froid depuis trop longtemps, que la cyanose n'est pas trop avancée et que le pouls n'est pas insensible ou presque insensible. Cependant, même dans ces cas, il convient d'essayer encore cette médication.

Tel est, continue M. Raphaël, le traitement à l'aide duquel j'ai sauvé 17 malades sur 21, et encore parmi les 4 malades qui sont morts 3 ont été pris dans l'état avancé où le corps n'est plus qu'un cadavre vivant encore parce qu'il respire et parce que son cœur bat encore faiblement. Avant l'usage des bains et des fumigations, j'ai perdu 10 malades sur 12.

Nouvelles du choléra.

Les nouvelles que nous avons reçues de la Nièvre continuent à présenter une diminution sensible dans le nombre des cas de choléra. La ville seule de La Charité fait une douloureuse exception; du 22 au 24, elle a compté 18 décès et 21 cas nouveaux.

— Cinq des détenus du pénitencier de Tours, qui avaient été transférés à l'hospice à la suite de l'invasion du choléra dans cette prison, sont parfaitement guéris, et M. le directeur de l'hospice vient de demander à l'autorité leur extradition de cette maison.

— On peut juger des ravages que le choléra fait à Londres et de l'effroi qu'il répand dans la ville par l'article suivant du *Morning-Herald* du 26 juillet :

« L'opinion publique demande de plus en plus énergiquement que des prières soient adressées à Dieu dans tout le royaume pour implorer sa miséricorde au sujet de l'horrible fléau qui décime les populations. Jamais la génération actuelle n'avait été aussi rudement châtiée. En 1832, lorsque le choléra était dans sa période la plus intense, il n'était rien en comparaison de ce que nous voyons aujourd'hui.

» Organes de l'opinion publique, nous aimons à croire que le parlement ne se séparera pas avant d'avoir appelé l'attention du ministère sur l'opportunité d'une pareille manifestation. Il y aura un conseil des ministres au Foreing-Office dans le courant de l'après-midi. »

NOUVELLES.

A la suite du concours ouvert pour une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, M. le docteur Guérin (de Vannes), ancien aide d'anatomie de la Faculté, a été nommé à l'unanimité.

Son compétiteur, M. Triquet, interne à l'Hôtel-Dieu, a reçu une mention honorable.

— Un praticien très honorablement connu de Clermont-Ferrant, M. le docteur Pourcher, vient d'être enlevé par une rapide maladie à sa famille et à ses amis.

— La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 2 AOUT 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 90.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal parait trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 30 JUILLET 1849.

Bulletin du choléra.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

Hôpitaux civils :		
Journée du 30 juillet.......	22 entrées,	7 décès.
— 31	21	16
Hôpitaux militaires pendant les deux jours........	9	3
Total.................	52	26
Total des décès dans les hôpitaux.........		6931
Total des décès à domicile jusqu'au 2 juillet inclusivement.........		9127
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie..................		16058

Marche du choléra dans les départements.

Les nouvelles que nous avons reçues d'un grand nombre de départements nous apprennent que l'épidémie, qui est en voie de décroissance dans la majeure partie d'entre eux, a éprouvé une recrudescence marquée dans quelques-uns, et en a envahi de nouveaux. Parmi ces derniers se trouvent ceux du Tarn, de Tarn-et-Garonne et de la Haute-Garonne. Avant-hier, plusieurs cas se sont manifestés à Toulouse, et trois, à la connaissance de notre correspondant, s'étaient, en peu d'heures, terminés par la mort.

Dans le Tarn et Tarn-et-Garonne, il n'y a eu, jusqu'à présent, que quelques petites localités envahies; mais cela suffit pour prouver que l'épidémie n'est pas encore arrivée à ses limites méridionales.

Dans les départements du centre, elle est généralement en voie de décroissance; quelques localités cependant sont encore assez fortement atteintes.

Dans la Côte-d'Or, les environs de Beaune continuent seuls à offrir encore un petit nombre de cas. Le village renommé de Meursault a perdu 57 habitants sur une population de 2,257 âmes. Les autorités de cette commune et de plusieurs autres environnantes font les plus grands éloges du dévouement de notre honorable confrère M. Grapin, ancien interne des hôpitaux, connu par une excellente thèse sur la stomatite mercurielle.

Le département de la Nièvre, et particulièrement l'arrondissement de Clamecy, ravagé d'une manière si cruelle en 1832, est encore, cette année, un de ceux qui ont le plus souffert, quoique l'épidémie soit loin d'y avoir atteint l'intensité de celle de 1832. Voici un relevé fait par l'administration, qui met en évidence le triste et bien remarquable privilége que cet arrondissement a conservé dans la nouvelle invasion.

Nombre de cas de choléra qui ont eu lieu jusqu'à ce jour dans le département de la Nièvre.

	Cas.	Décès.
Château-Chinon (ville).	136	37
Clamecy et communes environnantes (31).	568	355
Cosne et La Charité.	297	104
Nevers (ville).	333	188
Totaux.	1,334	684

Pendant que l'épidémie abandonne la plupart des communes de la Nièvre, un petit nombre épargnées jusqu'à ce jour sont envahies. C'est ainsi que celle de Chaulgnes, à peine débarrassée de la suette, vient d'être frappée, mais d'une manière peu intense heureusement, par le choléra.

Le département de l'Yonne, qui a été un des plus maltraités cette année de même qu'en 1832, ne compte plus maintenant qu'un petit nombre de cas isolés. La ville de Tonnerre, où l'épidémie a particulièrement pris un développement considérable, n'a pas vu de nouveaux cas se développer depuis huit jours. Du 17 juin au 1er juillet, cette ville avait compté 117 décès.

L'arrondissement de Sens, un peu moins maltraité que celui de Tonnerre, est à peu près revenu à son état sanitaire habituel. Dans ce département comme dans tous les autres, tout le monde fait le plus grand éloge du dévouement des médecins, et nous sommes heureux de constater qu'au premier rang s'est toujours montré notre vénérable et savant confrère M. Bally, qui n'a jamais hésité à quitter son domicile de Villeneuve-sur-Yonne pour se porter sur tous les points de son arrondissement où la maladie se montrait avec le plus d'intensité.

Dans les départements du Nord, plusieurs localités qui avaient échappé jusqu'à ce jour à l'influence morbide ont été atteintes; d'autres, où l'épidémie s'était calmée, ont éprouvé une recrudescence qui dans quelques endroits a été assez violente.

A Avesnes, du 7 au 25 juillet, on a constaté les attaques et les décès suivants :

	Cas.	Décès.
Chez les habitants de la ville.	80 environ	36
— militaires.	47	16
— détenus de la prison.	3	3
	130	55

A la date du 28 juillet quelques décès avaient encore lieu chaque jour.

Au Cateau, l'épidémie n'a encore éprouvé aucune amélioration depuis son début; elle y a déjà fait beaucoup plus de victimes qu'en 1832.

A Lille, la recrudescence a été assez grave; elle paraît aujourd'hui toucher à son terme.

Dans le département des Ardennes, l'épidémie est presque partout en voie de décroissance; la ville de Rethel, qui avait jugé prudent de fermer les écoles, vient d'en faire la réouverture, aucun nouveau cas de choléra n'ayant été observé depuis trois ou quatre jours. Du 24 juin au 24 juillet, cette ville avait compté 221 cas et 120 décès. Dans les communes environnantes l'épidémie continuait à la date du 28; la petite commune d'Apremont venait même d'être atteinte d'une manière grave.

Le département de la Moselle se trouve à peu près dans les mêmes conditions que celui des Ardennes; cependant une recrudescence assez violente a eu lieu dans la commune de Moyeuvre.

Enfin, pour terminer cette revue sommaire, nous ajouterons que, dans le département de la Somme, l'épidémie est presque partout sur son déclin; dans une commune seulement, celle de Boves, elle a éclaté avec une grande intensité et a fait 100 victimes en peu de jours, sur une population de 1,800 habitants. Heureusement elle n'a pas été de longue durée, et à la date du 31 juillet, elle avait presque complétement cessé.

Marche de l'épidémie à l'étranger.

A Londres, la recrudescence se maintient, si même elle n'augmente pas. Dans la journée du 26 juillet, on a compté 415 nouveaux cas et 120 décès.

A Bruxelles, l'épidémie commence à diminuer, mais d'une manière peu rapide. La *Presse médicale* de cette ville publie les documents suivants qu'on lira avec intérêt :

Voici quel a été sous ce rapport le mouvement de nos deux hôpitaux depuis le mois de décembre 1848 jusqu'au 25 juillet 1849 :

Hôpital Saint-Pierre. — Malades entrés 175; décédés, 101; guéris, 54.

Hôpital Saint-Jean. — Entrés, 216; décédés, 131; guéris, 57.

Relevé général des deux hôpitaux. — Entrés, 391; décédés, 232; guéris, 111.

La moyenne des décès dans les hôpitaux va en diminuant; elle était de 64 sur 100 au début de l'épidémie; elle est descendue à 53 la semaine passée.

Les quartiers les plus insalubres, ceux où l'air est chargé de plus de miasmes, sont ceux où il y a le plus de victimes. Une rue voisine du Vieux-Marché, la rue des Chats, a compté en juin 14 malades et en juillet 24, dont 14 fournis par la même maison.

L'augmentation qu'on a remarquée dans les deux dernières semaines a coïncidé avec la kermesse. Cette circonstance ne justifie que trop les mesures de police prises par l'administration communale à l'occasion de la fête et sans lesquelles le nombre des victimes eût été sans doute plus grand. Tel qui a murmuré contre ces mesures leur a peut-être dû la vie.

Au dépôt de la Cambre, deux cas se sont déclarés en juin; es deux malades ont été guéris.

Enfin le *Courrier de Liverpool* apporte les détails suivants sur le choléra aux Etats-Unis et au Canada.

LIVERPOOL, *samedi soir.* — Le paquebot le *Canada*, qui est

FEUILLETON.

De la construction et de la direction des asiles d'aliénés.

Sous ce titre, un de nos honorables confrères, médecin en chef de l'asile des aliénés d'Auxerre, le docteur H. Girard, a publié, il y a quelques mois, un remarquable travail dans lequel il s'est proposé d'examiner en détail, de discuter et de résoudre les points les plus importants qui se rattachent à ce sujet si digne de la sollicitude et des hommes de science et des législateurs.

La manière dont M. Girard a traité les différentes questions qui forment la base de son travail révèle un homme rompu à la pratique et livré depuis longtemps à l'étude des moyens propres à vaincre les difficultés matérielles qui s'opposent à l'exécution de certaines mesures salutaires.

Dans l'impossibilité où nous serions de le suivre pas à pas dans l'examen de chacune de ces questions, nous en choisirons deux ou trois des plus essentielles sur lesquelles nous insisterons principalement, quitte à revenir un autre jour sur quelques-unes de celles qui sont, à notre avis, moins importaotes.

Tout le monde est maintenant d'accord sur la nécessité de fonder des asiles publics d'aliénés dans chaque département; s'il pouvait encore rester quelques doutes dans certaios esprits, les heureux résultats obtenus par la création de ces asiles depuis une vingtaine d'années suffiraient pour les dissiper. Avec Esquirol, M. Girard pense que l'on devrait, au lieu de réunir dans un même établissement les malades de toutes les classes de la société, construire des asiles d'aliénés pour la classe inférieure de la société, conformément au vœu de la loi, et édifier ou abandonner à la spéculation privée des maisons pour les classes moyenne et supérieure.

Il est une question plus importante et qui mérite d'être examinée avec soin; c'est celle du placement des aliénés dans des établissements mixtes, publics ou privés, annexes des hôpitaux ou des maisons particulières. Jaloux de la liberté et du secret des familles, certains esprits plaideot en faveur de ces maisons; mais M. Girard se trouve, par les motifs suivants, conduit à adopter exclusivement les établissements spéciaux : 1° le respect dû à la liberté iodividuelle, qui sera évidemment plus sûrement surveillée et garantie; 2° le bien-être mutuel des malades. On a voulu éviter les inconvénients attachés au système mixte, savoir : l'abandon fréquent des aliénés, leur service étant le plus souvent négligé par les serviteurs, les médecins et les administrateurs qui accordent préférablement et presque involontairement lenr intelligence, leur zèle, leur dévouement aux autres malades; savoir encore : le voisinage incommode des inseosés, qui tend à troubler l'ordre établi dans la maison.

Mais, de plus, la thérapeutique des aliénés exige des conditions d'étendue, de distribution, de classement et de direction administrative et médicale, incompatibles avec celle des établissements ordinaires. On avouera, avec M. Girard, que des considérations si importantes étaient bien de nature à prévaloir sur d'autres objections ayant pour fondement la répugnance des familles à placer un de leurs membres au milieu d'aliénés, ou le désir de cacher cet événement aux yeux de la société, dans leur propre intérêt et dans celui du malade. Des asiles spéciaux, en effet, offrent tous les avantages précités, et souvent encore ceux d'une direction confiée à une expérience et à des lumières qu'on trouve dans la personne du médecin spécial qui se voue à cette carrière. On peut dire qu'il est regrettable qu'une éducation générale et particulière, des épreuves analogues à celles qu'on fait subir aux ingénieurs, n'épurent pas le choix que fait le gouvernement, et n'ouvrent pas cette noble route aux intelligences d'élite qui voudraient la parcourir. En servant l'humanité, on entourerait la spécialité d'une considération qui la relèverait et la ferait ardemment rechercher.

Auprès de ces questions de principe, placerons-nous avec M. Girard les questions matérielles d'hygiène, de construction, de veutilation, etc., des bâtiments destinés aux aliénés? Parcourrons-nous avco détail chaque corps de logis, en établissant les conditions particulières qui doivent spécialiser, pour ainsi dire, les divisions consacrées aux aliénés paisibles, agités, épileptiques, etc.? Toutes ces considérations auroot le plus grand intérêt pour ceux qui s'occupent du côté vraiment pratique du sujet dont nous disons ici quelques mots. Mais ce que nous voulons aborder plus particulièrement aujourd'hui, c'est la question si longtemps débattue de savoir quelle doit être la part du médecin dans la direction des asiles des aliénés. C'est là, à notre avis, un des points dont l'étude est capitale au point de vue de la prospérité et de la bonne tenue des établissements.

Une des réformes qui semble à juste titre préoccuper les esprits dans toutes les branches de l'administration publique, c'est la simplification des rouages qui rend le mécanisme administratif moins coûteux et facilite le jeu de ses fonctions. Cette simplification, dernier terme de l'invention, trouve uoe application heureuse dans le service des aliénés. Le législateur français, à l'imitation de ce qui se passe en Allemagne, en Italie, en Angleterre, a pensé qu'on pourrait réunir avec avantage dans la même maio les doubles et importantes fonctions de médecin en chef et de directeur; et cependant il a, dans un motif de transition, autorisé l'administration supérieure à dédoubler ces fonctions là où des asiles spéciaux ne

arrivé à Holyhead aujourd'hui, n'a mis qu'un peu plus de dix jours pour venir de Boston. Le choléra faisait de grands ravages sur différents points de l'Union. A New-York, pendant la semaine qui a fini au 16 juillet, les décès se sont élevés à 1,000, presque tous occasionnés par le choléra. A Saint-Louis, la mortalité était effrayante, car elle atteignait le chiffre de 200 décès par jour sur une population que le fléau et la frayeur qu'il occasionne ont réduite de 70,000 à 35,000 âmes. La maladie frappait indistinctement les riches et les pauvres. — A Quebec et à Montréal, le choléra exerçait aussi de grands ravages. — Il n'y avait de nouvelles ni de la Californie, ni de Mexico.

Une émeute a eu lieu dernièrement à Quebec. Deux mille hommes environ ont attaqué et saccagé les bâtiments de la Douane sans que la police soit intervenue. Le motif de cette échauffourée était que la douane devait être convertie en hôpital pour les cholériques.

Séance de l'Académie de Médecine.

Mme Coquillard a, dit-on, formé le projet d'écraser l'Académie sous le nombre et le poids de ses communications, inventions et propositions obstétricales et autres. Mais M. Capuron est un champion solide, et tant qu'il sera là, l'Académie peut dormir tranquille: autant la féconde Mme Coquillard enfantera de produits, autant M. Capuron rédigera de rapports. Il n'en a pas lu moins de trois aujourd'hui; et, tout en parcourant les eaux des Pyrénées, il espère bien en rédiger une demi-douzaine qu'il lira à l'Académie dès la séance qui suivra son retour. On ne sait trop ce qu'il faut admirer le plus, du zèle et de l'activité du vénérable académicien, ou de l'inépuisable fécondité de Mme Coquillard.

Les trois rapports de M. Capuron ont, outre plusieurs mérites, celui de la brièveté.

Après la pieuse allocution de M. Chevallier, qui a vivement touché l'auditoire, on a écouté avec un intérêt soutenu la lecture d'une observation et l'exposé d'expériences faites par M. Abeille, ancien médecin en chef de l'hôpital de Givet, aujourd'hui médecin-adjoint au Val-de-Grâce. Cette observation et ces expériences, dont nous donnons une analyse complète dans notre compte-rendu, soulèvent une question thérapeutique de la plus haute importance, qui sera sans doute discutée avec le plus grand soin devant l'Académie à l'occasion du rapport qui sera fait. Une semblable question dont les éléments manquent encore en partie ne pouvant être improvisée, nous attendrons nous-même le rapport pour exposer nos réflexions sur la communication très intéressante de M. Abeille.

MM. Bertholon, Morellet, Fond, Doutre, Benoît (Rhône), Joigneaux, Greppo et Belin, représentants du peuple, ont déposé une pétition relative à l'établissement de médecins chargés de donner gratuitement des soins aux malades dans les cantons dépourvus d'hospices et de dispensaires.

L'absence de détails sur les termes mêmes de la proposition nous empêche de présenter aujourd'hui les réflexions que nous aurions à faire sur cet important objet.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

Du traitement de l'ophthalmie purulente par les douches froides oculaires.

Les effets vraiment remarquables des douches oculaires dans le traitement des ophthalmies purulentes à l'hôpital des Enfants-Trouvés ont été cousignés dans des articles empreints d'un caractère éminemment pratique, et qui furent publiés tant dans la *Gazette des Hôpitaux* que dans plusieurs autres collections médicales. Nous ne rappellerons pas la substance des articles publiés par M. Laborie et par M. Rieux, dans la *Gazette Médicale*, par M. le docteur Chaillou, dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, par M. Debout, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, et par M. le docteur Rognetta, dans son journal; mais nous ferons ressortir la conclusion générale de ces travaux, qui est de placer l'emploi des douches d'eau froide au-dessus de tout autre moyen dans le traitement de l'ophthalmie purulente.

Ce premier résultat obtenu, il s'agissait de savoir si les douches oculaires donneraient, dans le traitement d'ophthalmies autres que les ophthalmies purulentes, des résultats non pas également heureux, cela n'était pas possible, mais du moins supérieurs aux résultats obtenus par les méthodes généralement employées.

Déjà M. Rieux, interne distingué des hôpitaux, avait fait connaître, dans un mémoire fort remarquable sur les douches oculaires, des observations détaillées qui prouvaient que le domaine d'application utile de ce moyen s'étendait au delà des ophthalmies purulentes, et que des altérations graves et chroniques de la cornée, des vascularisations rebelles à tout autre moyen, avaient été domptées par les douches oculaires employées avec persévérance. Depuis cette époque, M. Chassaignac n'a pas cessé de continuer ses premiers travaux sur l'emploi de ce moyen, aussi bien que sur les applications de glace dans les phlegmasies oculaires les plus graves; et en ce moment même, une dizaine de malades placés dans son service, à l'hôpital Saint-Antoine, offrent de curieux exemples de ces divers modes de traitement.

Trois modes sont usités: tantôt les douches sont appliquées seules, tantôt elles sont combinées avec les applications de glace; d'autres fois enfin, ces dernières forment tout le traitement.

Autant par respect pour des traditions, qui lui paraissent solidement établies sur la bonté des préparations argentiques dans une foule d'ophthalmies, que parce qu'il lui semble que ces préparations sont un adjuvant précieux des douches oculaires, M. Chassaignac conserve, chez un grand nombre de malades, les instillations de collyres très légers à l'azotate d'argent.

Mais toutes ces assertions sur l'efficacité de telle ou telle médication, comment les établir scientifiquement, comment les faire passer à l'état de conviction dans l'esprit des chirurgiens, si ce n'est pièces en main, et sur des observations entourées d'authenticité et de contrôle, et assez nombreuses pour qu'il ne soit pas possible de les reléguer parmi les faits exceptionnels, et dès lors inhabiles à fonder des méthodes générales de traitement?

Cette œuvre, déjà commencée, de l'exposition des faits, nous la continuons aujourd'hui en rapportant deux curieuses observations d'altérations graves de la cornée. L'une a été recueillie à l'hôpital Saint-Antoine par M. Juteau, interne du service de chirurgie; l'autre a été communiquée par M. Chassaignac, et recueillie sur un malade de la ville.

Michlon (Agathe), âgée de quinze mois, de chétive constitution, quoique jouissant habituellement d'une bonne santé, fut placée, avec sa mère, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service affecté aux nourrices, le 22 juin 1849.

A l'âge de dix mois, cette enfant avait eu des convulsions, et c'est à partir de la même époque, suivant le rapport de la mère, que la petite fille a été atteinte de maladie des yeux. Il y a donc cinq mois que l'affection de la cornée paraît avoir débuté. Depuis ce moment, l'enfant tient toujours les yeux fermés, et quelquefois seulement, pendant ce long intervalle de temps, il lui est arrivé de les entr'ouvrir spontanément et d'une manière très passagère. Les yeux, toujours au dire de la mère, ont rendu beaucoup d'humeurs.

A son entrée à l'hôpital, cette enfant cherche sans cesse à dérober ses yeux à la lumière; elle tient toujours la tête baissée, et couche son avant-bras en travers sur la face pour protéger l'organe de la vue. Les traitements mis en usage jusque-là ont été nombreux et variés. La mère n'en rend compte que d'une manière très insuffisante.

Etat des yeux. — Les paupières sont légèrement rouges et tuméfiées, un peu renversées en dedans. Les cils sont agglomérés par le mucus desséché, qui leur donne une rigidité notable. Il y a une conjonctivite générale avec granulations sur la face interne des paupières de l'œil gauche. La cornée de l'œil droit est dépolie, légèrement opaque, parsemée à sa surface de petites ulcérations peu profondes, et qui simulent une destruction de la couche superficielle de cette membrane.

La cornée de l'œil gauche est dépolie dans toute son étendue. Les ulcérations y sont plus larges et plus profondes que sur la cornée droite. Une opacité distincte, formée par un épanchement interlamellaire, répond centre pour centre au champ de la pupille. Sur la demi-circonférence interne de la cornée existe une tache rouge formée par un lacis de vaisseaux. Elle présente son grand diamètre dans une direction verticale, et se propage dans le sens transverse depuis le bord même de la cornée jusque vers le centre de cette membrane. Il y a photophobie et larmoiement.

Le traitement est commencé le 25 juin; il consiste dans l'emploi des moyens suivants: deux douches conjonctivales chaque jour; après chaque douche, instillation d'un collyre à 5 centigrammes d'azotate d'argent pour 30 grammes d'eau. Plusieurs fois par jour, et plus encore pour prévenir l'agglutination des cils que dans une intention directement médicamenteuse, fondée sur l'action du bioxyde de mercure, on enduit le bord palpébro-ciliaire avec une pommade ainsi composée: axonge, 20 grammes; bioxyde de mercure, 5 centigrammes.

Le 27 juin, il y a déjà une diminution marquée dans la vascularisation de la conjonctive sur les deux yeux, mais principalement à droite. — Continuation du même traitement.

Le 29, la cornée de l'œil droit présente une amélioration notable. La phosophobie a diminué de ce côté. La vascularisation de la conjonctive s'est presque complétement effacée. Du côté gauche, amélioration très notable aussi; mais les ulcérations sont encore parfaitement distinctes, et la tache centrale n'a pas été modifiée.

Le 1er juillet, l'œil droit est complétement guéri. L'œil gauche va mieux, la vascularisation y a sensiblement diminué.

Le 3, la guérison des deux yeux est complète. Les cornées ont repris leur caractère normal, à l'exception d'un petit point blanc à peine appréciable qui se distingue encore sur la cornée gauche. Il n'y a ni photophobie, ni larmoiement. L'enfant tient les yeux ouverts toute la journée.

Réflexions. — Voilà donc un enfant qui depuis cinq mois est atteint d'une double kératite avec photophobie, larmoiement, ulcérations, peu profondes il est vrai, de la cornée, épanchement interlamellaire, opacité commençante avec vascularisation susceptible d'amener un ptérygien, et qui, dans l'espace de dix jours, sous l'influence des douches oculaires assistées d'un très léger collyre au nitrate d'argent, recouvre la faculté d'ouvrir les yeux à la lumière d'une manière continue; ce qu'il n'avait pas fait depuis plusieurs mois, et recouvre à une petite tache près l'état normal des deux yeux. Il nous paraît qu'aucune autre méthode de traitement n'a à citer de plus beaux résultats.

Si la rapidité des effets du traitement a été tout à fait remarquable dans le cas précédent, le suivant, qui a été recueilli par M. Chassaignac, est une preuve que les douches oculaires doivent être, dans certains cas difficiles, maniées avec bien autrement d'énergie et de persévérance. L'exemple qui va être rapporté, et qui a donné un succès non moins beau que le précédent, peut être considéré comme un type du degré auquel on peut pousser l'emploi des douches oculaires quand on veut fermement en retirer tous les effets qu'elles peuvent produire.

Double ophthalmie purulente avec ulcération et opacité de la cornée. Tuméfaction considérable des paupières. Douches oculaires. — Guérison.

Le 16 septembre 1847, M. Chassaignac fut appelé par un de ses honorables confrères, M. le docteur Sarrazin, chez M. M..., avocat à la Cour de cassation, dont l'enfant était atteint d'une ophthalmie extrêmement grave, et qui avait résisté à tous les moyens employés jusque-là. Cet enfant, âgé de trois ans, de tempérament lymphatique, a joui d'une assez bonne santé tant qu'a duré l'allaitement; mais depuis le sevrage il a eu de fréquentes maladies, et notamment il y a vingt mois une méningite à laquelle il a failli succomber. Il y a environ un mois, il commença à se plaindre de maux de tête accompagnés de mouvements fébriles, quelquefois intenses. Au bout de dix à quinze jours il survint simultanément un écoulement puriforme par les oreilles et une tuméfaction des paupières également accompagnée d'un flux abondant de muco-pus. Cet œdème avait surtout son siége à la paupière supérieure, principalement à gauche, où le gonflement était tellement considérable, que l'œil offrait le volume d'un petit œuf de poule. M. le docteur Sarrazin, qui donnait habituellement des soins à l'enfant, parvint à écarter les paupières, et remarqua un boursouflement si considérable de la conjonctive palpébrale de l'œil gauche, qu'il n'hésita pas à cautériser deux jours de suite avec le crayon de nitrate d'argent. En même temps il prescrivit de faire plusieurs fois le jour des injections avec un collyre composé d'eau de laitue, d'eau de laurier-cerise et de mucilage de semences de coing. Au bout de trois jours la paupière supérieure étant toujours aussi volumineuse, notre confrère fit placer sur les paupières des compresses trempées dans le liquide suivant: eau, 500 grammes; sulfate d'alumine et de potasse, 15 grammes. Au bout de deux jours ce traitement n'ayant produit aucun résultat, un vésicatoire volant fut appliqué sur la paupière supérieure gauche. Un bain général était pris chaque jour; les injections étaient continuées; on avait soin de décoller les paupières avec de l'eau de guimauve avant de faire les injections; enfin le docteur Sarrazin avait prescrit une pommade composée d'axonge et de calomel, avec laquelle on frictionnait les paupières. Au bout de six à huit jours les yeux, au lieu d'un écoulement continuel de pus, fournissaient quelque peu de fluide véritablement lacrymal. M. Sarrazin, croyant à une amélioration durable, fit cesser les injections, prescrivit de laver seulement les yeux avec de l'eau de racine de guimauve, et pensa que la guérison s'achèverait d'elle-même. Quelques

---

seraient point encore construits, afin de ménager certaines positions qu'il eût été difficile de changer. Mais la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839 ne sont-elles point allées trop loin en permettant, dans un intérêt de personnes, la création de médecins en chef et celle de médecins adjoints? Elle reconnaît, d'une part, la nécessité de l'unité des pouvoirs, et constitue, d'autre part, tout ce qu'il faut pour la rompre et l'entraver sans cesse. Aussi, qu'est-il arrivé dans les hôpitaux de Paris? C'est que les médecins *adjoints* de droit sont *chefs* de *fait*, et que la spécialité des services et l'omnipotence des deux ordres de médecins est au point de vue pratique incontestable. Nous ne comprenons pas que, dans un hôpital, on puisse placer dans le même service deux médecins dont un chef et un adjoint, car l'un ou l'autre est inutile. Effectivement, si le premier est capable, à quoi sert le second, et, s'il est incapable, à quoi bon le premier?

Double traitement, exception, privilége que rien ne justifie, voilà les fruits d'un pareil système, qui ne peut souffrir le sérieux examen d'un juge quelque peu éclairé. Mais, dira-t-on, ne faut-il pas que le médecin en chef ait à sa disposition un homme propre à suivre et à faire exécuter ses prescriptions, sur qui, au besoin, il puisse se reposer en cas de maladie ou d'absence? Je réponds que cette position secondaire ne peut convenir qu'à un chef de clinique assez expérimenté pour aider le médecin en chef, et assez souvent renouvelable pour ne point usurper dans le service une autorité préjudiciable à l'unité qui doit en constituer la base.

Un médecin en chef et un ou plusieurs chefs internes, tels sont donc les éléments simples et indispensables au service médical d'un asile.

La question de la résidence des médecins dans un établissement d'aliénés est encore une mesure qui n'a point été tranchée par le législateur comme elle aurait dû l'être. On voit que l'esprit de réforme est au fond de la loi, que la résidence est appréciée comme un moyen nécessaire à la destruction des anciens abus, comme une garantie en faveur de la tenue constante, médicale et méthodique d'un établissement de ce genre; mais la même préoccupation de personnes semble s'être glissée dans la rédactiou de la loi. Le ministre peut encore dispenser de la résidence le médecin en chef, de cette résidence sur laquelle le législateur semble avoir fondé de si solides et de si légitimes espérances pour la réforme des asiles et les bonnes conditions au milieu desquelles doivent vivre les aliénés.

Comme on le voit, la loi contient donc tous les principes d'une bonne organisation médicale d'un service d'aliénés, mais on y trouve aussi tous les faux-fuyants que peut invoquer une administration plus jalouse de favoriser certains intérêts personnels que de faire le bien. Nous connaissons le mérite et le zèle des deux inspecteurs généraux, MM. Ferrus et Parchappe, particulièrement chargés de l'organisation du service des aliénés et des réformes à y apporter, ce qui nous rassure certainement. Mais la loi ne devrait-elle pas dominer les personnes et prêter des forces à leurs bonnes intentions? Car, est-il besoin de le dire, que d'abus à déraciner! que de priviléges à détruire! Quelle haute raison, quel sincère et ardent amour de l'humanité, quelle volonté ferme ne leur faut-il pas pour briser toutes les ambitions, tous les intérêts secondaires qui forment obstacle à l'accomplissement du bien?

Nous bornerons là les réflexions que nous inspire un sujet d'une aussi haute gravité. Nous reviendrons, s'il est nécessaire, sur les questions d'un ordre moins élevé que peut soulever l'étude des soins que réclame une classe aussi intéressante de malades.

Dr A. FOUCART.

jours après il voulut s'assurer si les choses avaient marché selon ses prévisions; mais il s'aperçut que l'œil gauche était dans un état très grave. C'est le lendemain, 17 septembre, qu'il appela M. Chassaignac en consultation. Les douches d'eau froide furent immédiatement appliquées. Deux litres d'eau à peu près furent employés en douches sur les paupières pour les laver, les décoller et désagglutiner les cils de la paupière supérieure, qui, réunis en pinceaux triangulaires, offraient en quelque sorte la rigidité d'une épine. Ensuite les paupières ayant été ouvertes à l'aide de dilatateurs en forme de crochets mousses, car l'écartement par les doigts, au degré suffisant pour voir la cornée, était absolument impossible, voici ce que l'on constata :

Sur l'œil gauche, la conjonctive palpébrale est très rouge, fongueuse, tellement tuméfiée qu'elle forme un bourrelet très épais; les dimensions de cette paupière sont devenues telles qu'elle déborde de beaucoup, en la recouvrant, la paupière inférieure du même côté. Or, il résulte de là que les cils de la paupière inférieure frottent d'une manière continue contre la muqueuse de la paupière supérieure et y entretiennent de l'irritation à la manière de corps étrangers. La conjonctive oculaire présentait aussi un gonflement et une rougeur considérable, surtout vers l'angle interne de l'œil. On ne distinguait plus aucune trace de la couleur blanche de la sclérotique; la cornée, presque entièrement opaque dans toute son étendue, présentait, en rapport avec le champ de la pupille, une ulcération circulaire de deux à trois millimètres de diamètre. L'iris était presque impossible à distinguer à cause de l'opacité commençante de la cornée. La pupille, qu'on ne discernait qu'avec peine, présentait la forme d'une ellipse à grand diamètre horizontal. On distinguait aussi sur la face interne de la paupière supérieure des fausses membranes, semblables à celles que M. Chassaignac a découvertes comme caractéristiques de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. L'œil étant maintenu ouvert à l'aide des crochets, on fit continuer la douche sur le globe de l'œil. Après y avoir fait passer environ un litre d'eau, on laissa les paupières se rapprocher, et l'on continua la douche à l'extérieur seulement. Sept à huit litres d'eau furent ainsi employés pour l'œil gauche; la même opération fut aussi répétée sur l'œil droit, mais beaucoup moins longtemps, les accidents de ce côté étant beaucoup moindres.

Le lendemain 18, deux douches de chacune sept à huit litres d'eau, l'une à huit heures du matin, l'autre à huit heures du soir. Après chaque douche, instillation d'un très léger collyre au sulfate de zinc et onction du bord palpébral avec une pommade composée d'axonge et de bioxyde de mercure. Dès le second jour, un peu d'amélioration; il est à remarquer que la chute du liquide dirigée longtemps sur la fausse membrane avait peu d'effet. Il fallut faire des frictions avec un linge humide pour la détacher complétement.

Le troisième jour, pensant que l'eau tiède dissoudrait plus facilement les concrétions purulentes qui maintenaient l'agglutination des cils, on éleva la température de l'eau. Ce jour-là, trois douches furent données de plusieurs litres de liquide chacune; mais, avant de procéder à la troisième, on put constater que l'eau tiède, si elle rendait plus facile la dissolution des matières concrétées, était loin de produire un bon résultat sur l'état de congestion et de gonflement des paupières. Le soir, on revint à l'eau froide; le quatrième jour, trois douches de dix litres chacune, le matin à huit heures, dans la journée à trois heures, le soir à huit heures. A ce moment, on put constater une légère amélioration; à chaque douche, il fallait lutter contre l'agglutination des cils et l'adhérence des fausses membranes qui se reproduisaient toujours. Il y avait aussi sur le bord libre de la paupière une ulcération de sept à huit millimètres d'étendue et qui fournissait une matière sanieuse; les cinquième et sixième jours, même traitement; progrès vers la guérison; l'ulcération de la paupière est cicatrisée; les cils, plus souples, se laissent coucher vers la tempe, précaution qu'il ne faut jamais oublier et but qu'il faut s'imposer d'atteindre chaque fois qu'on applique les douches.

La muqueuse palpébrale est moins rouge et moins tuméfiée; on commence à distinguer l'aspect blanchâtre de la sclérotique, encore recouverte néanmoins de nombreux vaisseaux qui convergent vers la circonférence de la cornée. La conjonctive oculaire, quoique moins tuméfiée, offre encore un gonflement assez considérable vers l'angle interne de l'œil; la cornée a perdu de son opacité; l'ulcération diminue un peu; la pupille est moins contractée et tend à reprendre sa forme ordinaire.

Le septième et le huitième jour, continuation des trois douches; le collyre au sulfate de zinc est remplacé par une solution de belladone; les fausses membranes ont complétement disparu; les cils sont devenus plus souples; l'œdème de la paupière, qui était tellement tendue qu'on aurait pu se demander si elle ne renfermait pas un abcès, a diminué au point que la peau présente quelques plis transversaux; la conjonctive oculaire et palpébrale est d'un rouge moins vif, la pupille s'est dilatée.

Le neuvième et le dixième jour, progrès de plus en plus marqué : la paupière supérieure n'est pas beaucoup plus volumineuse que celle de l'œil droit, qui est complétement guéri; elle est très souple, présente des plis transverses et se contracte comme si le malade allait ouvrir l'œil.

Les vaisseaux qui recouvrent la sclérotique sont moins nombreux, surtout à la circonférence de la cornée; l'ulcération persiste toujours; la pupille, plus dilatée que les jours précédents, est encore elliptique dans le sens transversal, mais moins que dans les premiers temps.

Le onzième jour, il y a encore beaucoup de matière purulente au bord des paupières; la solution belladonée est remplacée par un collyre au nitrate d'argent.

Le douzième et le treizième jour, on ne fait plus que deux douches, toujours de sept à huit litres chacune. L'ulcération diminue, la cornée s'éclaircit de plus en plus.

Le seizième jour, le petit malade commence à entr'ouvrir l'œil.

Le dix-neuvième jour, le malade a tenu l'œil ouvert une grande partie de la journée; on trouve toujours avant chaque douche un peu de matière muco-purulente.

Le vingt-quatrième jour, l'ulcération a presque complétement disparu, ainsi que la matière puriforme; il y a du larmoiement, mais le produit en est limpide.

Les jours suivants, l'injection conjonctival disparaît complétement, et une tache centrale de la cornée à peine perceptible est la seule trace encore restante de la maladie qui a existé.

Vingt-cinq jours environ après l'époque dont nous parlons, la conjonctive s'étant un peu injectée, on est revenu immédiatement aux douches; au bout de quatre ou cinq jours, l'œil avait repris son état normal, et depuis bientôt deux ans la guérison ne s'est pas un seul instant démentie; car M. Chassaignac, qui a vu à plusieurs reprises cet enfant, n'a pas constaté la moindre trace d'une lésion qui avait fait croire aux parents que l'œil était complétement perdu.

Quoique notre intention, en rapportant l'observation qu'on vient de lire, soit de signaler l'action des douches dans le cas d'ulcère de la cornée, on ne peut méconnaître qu'on n'ait eu affaire dans ce cas à une double ophthalmie purulente, pour la guérison de laquelle les cautérisations au crayon de nitrate d'argent et une médication très rationnelle instituée par un médecin distingué avaient été impuissantes. Les caractères de la sécrétion, et surtout ce caractère pathognomonique des pseudo-membranes découvert par M. Chassaignac, ne laissent ici aucun doute sur la nature de la maladie.

Si l'on veut bien remarquer la réunion des causes qui entretenaient l'inflammation et l'ulcération de la cornée, on comprendra que l'œil marchait rapidement vers des altérations irrémédiables, dans le cas où une médication nouvelle et d'une grande énergie n'eût pas été employée.

Tous les chirurgiens connaissent la rigidité que donne aux cils leur agglutination par les fluides muco-purulents que sécrètent les yeux malades; mais on se ferait difficilement l'idée du degré auquel, dans le cas particulier, cette roideur et l'adhérence aux cils des matières concrètes étaient portées. Tout lavage autre que celui par les douches, et avec quelque soin qu'il eût été pratiqué, eût été impuissant à débarrasser les cils; nous en avons positivement acquis la preuve.

La tuméfaction de la paupière supérieure arrivée au point où nous l'avons vue chez ce malade, donnant lieu à l'anticipation, au chevauchement de cette paupière sur l'inférieure, les cils de cette dernière venaient frotter contre la face interne de la paupière supérieure. C'est là une cause qui n'a peut-être pas été suffisamment signalée, et qui est de nature à entretenir indéfiniment une blépharite de la paupière supérieure quand elle se trouve dans les conditions dont nous venons de parler. Puisque les cils de la paupière inférieure irritent la muqueuse d'une manière incessante, il n'y a pas de raison pour que l'inflammation se puisse dissiper.

C'est là un de ces phénomènes qui se reproduisent journellement dans la marche des ophthalmies, et sur lesquels M. Chassaignac ne cesse d'appeler l'attention au lit des malades, en formulant de la manière suivante ce qu'il appelle la loi étiologique des ophthalmies chroniques: La durée des ophthalmies et leur aggravation sont surtout dues à l'entretien des causes par leurs effets. En veut-on des exemples ?

1° Un sujet est atteint de kératite; si l'affection n'est pas guérie dans sa période aiguë, la face interne de la paupière devient granuleuse. Dès que ce second phénomène est accompli, la paupière réagit sur la cornée malade et la frictionne douloureusement, à l'égal d'un corps étranger. Ainsi, les granulations palpébrales qui ont été un effet de la kératite entretiennent leur propre cause, et dans cette mutuelle influence réside l'opiniâtreté de l'ophthalmie.

2° Dans une ophthalmie quelconque accompagnée de sécrétions concrescibles, les cils se roidissent, et, par cela seul, ils deviennent une cause irritante qui entretient cette inflammation qui a précisément donné naissance à leur rigidité.

3° Une blépharite de la paupière supérieure amène un développement assez considérable de cette paupière pour que, passant au-devant de l'inférieure et la recouvrant d'une manière plus ou moins complète, elle vienne se mettre en contact incessant avec les cils de la paupière inférieure, cils qui l'irritent comme le feraient autant de corps étrangers à l'intérieur de l'œil; et voilà encore un effet de contact nouveau qui entretient la cause à laquelle il doit son origine.

Cette réciprocité d'action de la cause sur l'effet, de l'effet sur la cause, c'est, comme on le voit, un cercle vicieux. Il est toujours difficile de sortir d'un cercle vicieux en ophthalmologie aussi bien qu'en logique, dans les faits aussi bien que dans les raisonnements. Mais s'il est un moyen de se tirer de cette sorte d'impasse, ce ne peut être qu'en se rendant exactement compte de la manière dont les phénomènes se produisent, s'enchaînent et s'entretiennent réciproquement.

M. Chassaignac fait dans sa pratique ophthalmologique un usage très fréquent des crochets dilatateurs mousses, soit pour l'étude diagnostique de l'œil malade, soit pour l'instillation plus exacte des collyres, soit enfin pour l'administration des douches. Avec de l'habitude, ce mode d'ouverture des paupières est moins douloureux que l'écartement au moyen des doigts; mais il a sur ce dernier cet avantage que, dans tous les cas, il peut conduire à mettre à nu la cornée, ce qui chez certains sujets est extrêmement difficile, tant par suite du gonflement des paupières que par la contraction spasmodique du muscle orbiculaire, et ce qui eût été complétement impossible chez le dernier des deux malades dont nous venons de rapporter l'observation.

La guérison d'un ulcère de la cornée et d'une opacité commençante n'est pas chose bien merveilleuse chez les enfants, et même à tout âge; mais ce qui dans le cas particulier eût rendu le succès presque impossible, c'était l'ensemble des conditions dans lesquelles se trouvaient les diverses parties de l'appareil oculo-palpébral. La paupière supérieure ne présentait point cette tuméfaction par bouffissure qui s'observe dans les ophthalmies des nouveau-nés et qui, sous l'influence des douches, se dissipe en 48 ou 60 heures. C'était une sorte de tuméfaction comme phlegmoneuse, avec rougeur et induration des tissus palpébraux, sensibilité excessive et continue, entretenue par les cils de la paupière supérieure qui, placés à l'air libre et agglutinés par des concrétions d'une dureté remarquable, piquaient incessamment et la paupière sur laquelle ils sont implantés, et par contact médiat, mais pourtant très pénible, le globe de l'œil lui-même.

Les douches de sept, huit et dix litres d'eau sont les plus longues que M. Chassaignac ait jamais employées jusqu'ici dans le traitement des ophthalmies; il n'a trouvé ni avant, ni depuis, aucun cas où elles aient paru nécessaires à ce degré. Voici pour quel motif elles furent portées à pareille dose chez le malade dont on a lu l'observation : Chaque fois qu'on donnait la douche, M. Chassaignac tenait pour indispensable de ne quitter l'œil que quand les cils auraient, sous l'influence du liquide, complétement perdu leur rigidité, c'est-à-dire quand ils auraient été dépouillés de toute la matière concrescible accumulée sur eux. Or, on ne se fait pas une idée de la résistance qu'opposait à la dissolution par l'eau froide la matière qui dans ce cas agglutinait les cils. Rien de plus réfractaire que cette substance, composée sans doute non-seulement de fluide lacrymal et de pus concret, mais encore, selon toute apparence, de la sécrétion meïbomienne qui, en sa qualité de matière grasse, ne se laissait détacher par l'eau froide qu'après une action très prolongée. Au bout de quelques tentatives faites avec l'eau chaude, M. Chassaignac reconnut que, si on gagnait quelque chose en puissance dissolvante, on perdait beaucoup plus en action résolutive sur la paupière engorgée; il revint donc à l'eau froide, et triompha de tous les obstacles en portant les douches à très haute dose.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 juillet 1849. — Présidence de M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— Sur la proposition de M. Mérat, l'Académie décide qu'à l'avenir, le dépouillement de la correspondance aura lieu au commencement de la séance, comme par le passé.

— M. CHEVALLIER, au nom des élèves de Vauquelin, dont nous donnerons les noms dans la notice que nous publierons dans le prochain numéro, fait hommage à l'Académie du portrait de ce chimiste célèbre, et prononce une courte et touchante allocution sur la vie et les travaux de son illustre maître.

— M. ABEILLE, médecin-adjoint à l'hôpital du Val-de-Grâce, est appelé à la tribune pour lire un mémoire intitulé : *Anévrisme de la sous-clavière opéré et guéri par l'électro-puncture. — Expériences sur les artères des animaux vivants.*

Dans une première partie de son travail, l'auteur rapporte avec beaucoup de détails l'observation d'un anévrisme de la sous-clavière traité par l'électro-puncture.

L'anévrisme avait le volume d'un œuf de poule environ, et existait chez une demoiselle de soixante-cinq ans. Différents confrères furent appelés pour bien établir le diagnostic de la maladie, qui présentait d'une manière assez évidente tous les caractères des anévrismes pour que personne ne conservât le moindre doute.

Cette tumeur était restée longtemps sans s'accroître; ce n'est que depuis le mois de septembre 1846 qu'elle acquit un développement sensible. En décembre, elle présentait le volume d'un petit œuf de poule, ce qui supposait un volume double; car la moitié à peu près s'enfonçait sous la clavicule. Il commençait à y avoir alors quelques douleurs.

Après maintes instances de la part de la malade, et après s'être livré aux expériences dont nous donnons ci-dessous le résumé, M. Abeille procède à l'opération le 10 février 1847.

La malade, couchée horizontalement sur un lit de sangles, la tête tournée à droite, de manière à faire saillir le plus possible la tumeur, fut endormie et anesthésiée par l'éther.

Quatre aiguilles en acier, de 2 pouces à 2 pouces 1/2 de long sur 1 ligne de diamètre, furent implantées par paires dans le sac, dans une profondeur de 3/4 de pouce environ, et mises en communication avec une pile à auge de vingt couples ayant 10 centimètres de côté.

Les pôles furent mis en contact alternativement avec chaque paire d'aiguilles; ce contact ne durait jamais plus de cinq minutes. Il jaillissait de temps en temps de petites étincelles par le contact des deux fils conducteurs. Pendant une minute environ la malade resta insensible; mais elle se mit bientôt à crier et à vociférer, et éprouva des mouvements convulsifs dans toutes les parties du corps. Le bras du côté malade éprouvait surtout des convulsions extrêmement violentes.

Bientôt la tumeur diminua de volume, devint plus tendue et plus rénitente; les pulsations dont elle était le siége s'effacèrent peu à peu, et le pouls de la radiale disparut. Les manœuvres durèrent trente-sept minutes; la malade ruisselait de sueur. Il n'est pas d'opération chirurgicale qui puisse causer de pareilles tortures. Quand la tumeur parut tout à fait dure et dépourvue de toute pulsation, je retirai les aiguilles. Deux d'entre elles cédèrent facilement; je dus imprimer aux deux autres des mouvements de rotation sur leur axe pour pouvoir les extraire. Deux gouttelettes de sang sortirent par les trous qu'elles laissèrent après elles. La peau était légèrement scarifiée autour de cette plaie.

Outre la disparition du pouls radial et la diminution de la tumeur et l'augmentation de sa dureté, on constata soigneusement qu'elle ne présentait absolument aucun bruit à l'auscultation.

Des compresses d'eau froide furent appliquées sur la tumeur, et le repos absolu prescrit à la malade. Au-dessus de la tumeur, sur le trajet de l'artère, fut placée une pelotte du poids d'un kilogramme. Cette compression fut maintenue pendant dix heures. Pendant quarante-huit heures, nous nous imposâmes, mon confrère et moi, une garde à tour de rôle autour de la malade. Le lendemain, la tumeur est le siége d'une légère vibration. Le pouls radial a disparu complétement

ment; tout le bras, l'avant-bras et la main sont refroidis, engourdis, et éprouvent une sensation de fourmillement incommode. Le mouvement est aboli dans les doigts.

Dans la nuit du 11 au 12, la malade a pu reposer.

Le 12, les compresses d'eau froide sont remplacées par une compresse cératée appliquée sur les petites plaies.

Du 13 au 14, le pouls radial commence à reparaître, quoique très petit. Même état du membre thoracique; céphalalgie intense. — Saignée du bras.

Le lendemain, même état. Répétition de la saignée.

Les jours suivants, les petites eschares se détachent et ne fournissent que peu de suppuration.

Dès le 14, la tumeur commence à décroître.

Le 20, la décroissance est déjà notable.

Le 22, elle a diminué de plus de moitié.

Le 20 mars, c'est-à-dire trente-sept jours après l'opération, il n'existait plus aucune saillie à la peau. En pressant fortement avec les doigts, on percevait profondément à la place de la tumeur comme un corps aplati, ovalaire, métallique.

Trois mois plus tard, cette plaque était encore sensible et était le siége d'un mouvement de vibration. L'artère paraissait avoir acquis un peu d'ampliation, et au-dessus on percevait aisément, partant du tronc principal, trois branches secondaires que nous supposons être la vertébrale, la thyroïdienne inférieure et la scapulaire postérieure.

Nous avons pu suivre la malade pendant deux ans; la cure ne s'est point démentie. Le pouls du bras gauche est resté plus petit que celui du bras droit.

Telle est la première partie de l'important travail de M. Abeille.

Dans la seconde partie, l'auteur rend compte de onze expériences qu'il a faites sur des animaux pour s'assurer si l'électricité est susceptible de déterminer la formation d'un caillot obturateur. Dix de ces expériences ont été faites sur des chiens; la onzième sur un mouton.

Dans un premier cas, l'auteur a opéré sur l'artère crurale sans la mettre à découvert. Les aiguilles durent traverser la peau et le tissu cellulaire pour arriver jusqu'au vaisseau c'est par hasard qu'elles pénétrèrent dans son intérieur. La pile fonctionna pendant cinq minutes. Deux jours après, l'animal fut sacrifié; l'artère présentait un bouchon d'un pouce de longueur, s'étendant jusqu'à la collatérale voisine, consistant et adhérant déjà aux parois artérielles de manière à n'en pouvoir être détaché qu'assez difficilement. Par une section perpendiculaire à l'axe du caillot, on pouvait y constater une série de couches circulaires intimement unies les unes aux autres.

Dans la deuxième expérience, l'artère crurale fut mise à découvert et soulevée par un stylet passé transversalement au-dessous d'elle. Deux aiguilles furent introduites dans l'artère. Aux premières secousses causées par l'électricité, les aiguilles s'échappèrent, et il y eut une hémorrhagie par un double jet; en replaçant la pointe de chaque aiguille dans les ouvertures l'hémorrhagie fut arrêtée en quelques secondes. On voyait par le fait de l'électricité le sang *bouillonner* autour des aiguilles et se coaguler. Les aiguilles furent ensuite implantées au-dessous de ce point; on fit fonctionner la pile pendant cinq minutes, et, quand on les retira, on put s'assurer que le vaisseau contenait un corps dur de quelques lignes de longueur.

Le lendemain, le même chien fut opéré du côté opposé avec le même résultat. Il fut sacrifié vingt-quatre heures après cette seconde opération. Les deux artères furent disséquées et enlevées dans une étendue de deux pouces au-dessus et au-dessous du bouchon. En introduisant dans chacune de ces portions un stylet, on put s'assurer que cet instrument rencontrait au niveau du caillot un obstacle infranchissable soit dans le sens du cours du sang, soit dans le sens opposé; cet obstacle existait tout autour des vaisseaux sans laisser aucun pertuis entre lui et les parois artérielles qui pût laisser passer le stylet. L'aspect du caillot, à la coupe, était le même que celui du précédent.

Dans les huit autres expériences faites par l'auteur, les résultats ont constamment été semblables à ceux que nous venons de relater.

L'auteur n'a jamais rencontré de traces d'inflammation sur les parois des artères où il a déterminé la formation des caillots, à moins, dit-il, qu'on ne considère comme telle la pseudo-membrane qui fait adhérer le caillot au vaisseau. Mais ce produit, on le sait, se forme, dit M. Abeille, toutes les fois qu'on oblitère une artère, n'importe par quel procédé. (Commissaires : MM. Roux et Gimelle.)

— M. Capuron lit deux rapports, l'un sur un nouveau pessaire proposé par madame Coquillard, sage-femme; l'autre sur le resserrement de l'orifice utérin autour du col de l'enfant, par le même auteur. Les conclusions du second rapport, qui consistent à déposer le travail aux Archives, sont adoptées. Celles du premier sont ajournées jusqu'à ce que des expériences aient permis d'apprécier la valeur pratique du pessaire présenté.

Un troisième rapport est encore lu par M. Capuron sur une communication de M. Van Hengel relative à la mort apparente. Nous avons donné dans un de nos derniers numéros l'analyse du travail de M. Van Hengel. Le rapport n'ajoute aucune vue nouvelle à ce travail.

— La correspondance officielle comprend deux lettres du ministre de l'instruction publique, avec envoi d'un relevé des vaccinations et d'un remède contre le choléra proposé par M. Sabatté, médecin à Pont-Sainte-Marie. Ce remède consiste dans l'administration du seigle ergoté légèrement torréfié et réduit en poudre.

— La correspondance manuscrite se compose des communications suivantes.

Traitement de la fièvre puerpérale.

Une lettre de M. Faye, professeur d'accouchements à la Faculté de médecine de Christiania, renfermant quelques détails sur le traitement que ce praticien emploie contre les affections puerpérales, spécialement la fièvre de ce nom. L'auteur dit avoir obtenu de bons résultats de l'administration des émissions sanguines générales au début, des émissions sanguines locales plus tard, ainsi que des narcotiques et des purgatifs salins. (Commissaires : MM. Gibert et Renauldin.)

Traitement du choléra par la méthode hémospasique.

M. Junod communique un nouveau et volumineux mémoire sur l'application des grandes ventouses au traitement du choléra. Ce travail considérable se refuse à une analyse succincte.

Documents sur le choléra.

M. Girard, directeur de l'Asile d'aliénés d'Auxerre, donne de nouveaux détails sur la marche du choléra dans cet établissement. De ces détails, il résulte que parmi les aliénés il y en a eu 1 sur 5 d'affecté de cholérine et de choléra, et parmi le personnel 1 sur 10.

L'auteur joint à sa communication un tableau fort intéressant représentant les conditions pathologiques et hygiéniques dans lesquelles se trouvaient les malades atteints. Nous sommes obligé de nous borner à l'extrait suivant de ce tableau.

Pour bien apprécier l'influence que peut avoir eue chaque affection cérébrale sur le développement de la maladie, M. Girard donne l'état des diverses affections dont sont atteints les malades renfermés dans l'asile.

Voici cet état :

	HOMMES.	FEMMES.
Manie	12	15
Manie chronique	30	32
Lypémanie	15	43
Monomanie	7	12
Démence	16	34
Idiotie	15	25
Epilepsie	14	11
Epilepsie—démence	2	3
Epilepsie-idiotie	2	1
	113	176

Le choléra a frappé dans les proportions suivantes quelques-unes des catégories précédentes :

	HOMMES.	FEMMES.	TOTAL.
Manie	1	»	1
Manie chronique	3	»	3
Lypémanie	6	9	15
Démence	3	5	8
Idiotie	7	4	11
Epilepsie	7	2	9
Epilepsie—démence	1	1	2
Epilepsie-idiotie	1	1	2
			51

Contagion du choléra.

M. Guillabert, étudiant en médecine, envoyé à Courdimanche (Seine-t-Oise) pour soigner des cholériques, croit devoir porter à la connaissance de l'Académie un fait qui peut éclairer l'histoire de la contagion. Il a vu une famille composée de six personnes, dont cinq ont été atteintes du choléra successivement.

— La séance est levée à cinq heures.

Nouvel exemple de superfétation.

L'observation suivante, qui nous est communiquée par notre honorable confrère M. le docteur Fiévet, vient augmenter le nombre des exemples curieux de superfétation que possède la science, et parmi ces exemples celui-ci est certainement un des plus remarquables :

Accouchement de deux enfants, l'un très viable et parvenu au terme ordinaire de la grossesse, l'autre semblant arrivé à l'âge de deux mois environ.

Monsieur le Rédacteur,

Je viens vous rendre compte d'une observation récente dans l'espoir qu'elle peut être utile à la science dans l'état de nos connaissances actuelles, et qui, je n'en doute pas, sera accueillie par vous sous la réserve du bénéfice de vos réflexions ultérieures.

J'ai été appelé le 25 courant chez les époux G... pour procéder à l'accouchement de madame vers deux heures du matin.

Peu après mon arrivée, le travail de l'enfantement prit de l'intensité. A trois heures, je rompis les membranes, et bientôt un enfant du sexe féminin, fort et robuste, fut expulsé de la matrice.

Au moment où je procédai à la ligature du cordon, parut à la vulve une poche assez volumineuse remplie d'eau, à travers laquelle je sentis un corps qui avait la forme d'un fœtus peu volumineux. Je fis facilement avec les doigts l'ouverture de cette poche; je reconnus aussitôt un produit de la conception bien formé au milieu des eaux d'un placenta distinct du premier et entièrement détaché de l'utérus, et séparé du placenta du premier enfant resté adhérent aux parois utérines. Ce fœtus, dont le cordon ombilical avait été macéré et rompu, ne présentait encore aucune division naturelle, quoique paraissant appartenir au sexe féminin, et la peau n'offrait aucune trace d'altération. Ce fait éclairci, j'ai dû profiter des premières contractions utérines pour procéder à la délivrance de la mère sans éprouver aucune difficulté : je n'ai rencontré aucune cloison ni inégalité dans l'intérieur de l'utérus, et je puis assurer que cet organe n'était point bilobé. Madame G... avait déjà eu quatre enfants auparavant sans particularité et sans accidents.

Réflexions. — L'embryon n'étant nullement flétri, je suis porté à croire à une superfétation avec d'autant plus de raison que madame G..., qui a continué à avoir des relations avec son mari pendant sa grossesse, a toujours cru qu'elle aurait en définitive deux enfants d'après les divers accidents consécutifs qu'elle a éprouvés dans son cours et auxquels les femmes des campagnes se rapportent toujours.

Je laisse aux savants et à vous le soin d'expliquer comment ce fœtus non vivant, s'il eût été conçu en même temps que le premier, aurait pu vivre sans altération au milieu d'une atmosphère liquide jusqu'à l'expulsion de l'enfant vivant au terme de la grossesse, et dans l'intérêt de la science.

Le docteur Fiévet.

P.-S. — Je n'ai pu conserver le fœtus à cause de l'esprit des campagnes, qui, par malignité ou autrement, auraient pu déverser sur moi un blâme dangereux dans un début; et, à mon grand regret, j'ai dû céder aux prières de la famille.

NOUVELLES.

Par décret du président de la République, M. Fournier, chirurgien aide-major de 2e classe au 22e de ligne, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— La suette miliaire règne aux environs de Metz dans quelques communes, où elle sévit contre les enfants. Elle a fait plusieurs victimes déjà.

— M. Chappon, représentant de Seine-et-Marne, que le choléra a enlevé peu de jours après sa réélection, a voulu donner une dernière preuve de l'intérêt qu'il a toujours porté aux pauvres de la ville de Meaux. Voici un passage du testament de M. Chappon :

« Je donne et lègue aux hospices de la ville de Meaux une somme de 10,000 fr., en reconnaissance de l'honneur que j'ai eu d'administrer le patrimoine des pauvres de cette ville. »

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 4 AOUT 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 91.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 3 AOUT 1849.

Des subventions communales en faveur des administrations hospitalières.

En attendant que nous puissions discuter avec tout le soin qu'elle mérite la loi sur l'assistance publique, nous ne devons point laisser passer inaperçu un article important publié dans la *Gazette des Tribunaux*, par M. de Watteville, dont nous avons eu souvent l'occasion de citer les travaux, et qui s'occupe toujours avec tant de sollicitude et de succès de tout ce qui concerne les administrations hospitalières.

Dans son article, M. de Watteville rappelle des faits que nous avons déjà, en d'autres temps, mis sous les yeux de nos lecteurs, mais que nous reproduirons d'autant plus volontiers que ces faits sont plus facilement oubliés par ceux qui ne s'occupent pas d'une manière spéciale de la partie administrative de l'assistance publique, et qu'ils sont ignorés de presque tous ceux qui s'occupent en apparence avec le plus d'ardeur, qui du moins parlent le plus souvent des améliorations sociales, et en particulier de celles qui concernent les classes ouvrières. Il appartient aux médecins, qui se trouvent journellement en rapport avec toutes les classes de la société, sinon de défendre les saines doctrines en fait de réformes qui intéressent directement ou indirectement la santé publique, au moins de propager la vérité des faits.

Un des articles fondamentaux de la nouvelle loi, ainsi que nous le dirons plus tard, est d'imposer un nouvel impôt pour venir en aide aux besoins des citoyens nécessiteux. En présence d'un nouvel impôt, on doit se demander tout d'abord si cet impôt produira plus ou moins que ne produit la bienfaisance individuelle abandonnée à ses seules inspirations. C'est là ce que M. Watteville a cherché à déterminer, et, dans ce but, il a commencé par rappeler la somme à laquelle s'élèvent aujourd'hui les dons volontaires dans les diverses communes de France. Voici, tels que les donne M. de Watteville, les éléments de cette somme considérable.

« Le nombre des communes qui possèdent en France des hôpitaux ou des hospices est de 1,162 (1). Sur ce nombre, 345 allouent spontanément, chaque année, une subvention pour venir en aide aux établissements de ce genre situés dans leurs murs.

» Un peu plus du quart des administrations hospitalières reçoit donc des allocations municipales. Ces allocations s'élèvent à la somme de 10,316,779 fr. 04 c. ; c'est environ le quatorzième des revenus communaux (1), et le cinquième des revenus des hôpitaux et hospices (2).

» Dans quatre départements, l'Aube, la Corse, l'Eure-et-Loir et la Lozère, les administrations hospitalières ne reçoivent aucune subvention de la part des communes qui les possèdent.

» Dans deux départements, au contraire, la Moselle et le Tarn, toutes les administrations hospitalières sont secourues par les communes dans lesquelles elles sont situées.

» Voici le relevé des subventions accordées aux hôpitaux et hospices de la Moselle et du Tarn :

MOSELLE.

Briey.	200 fr.
Metz, catholique . .	3,000
— israélite.	1,200
Thionville.	900
	5,300

TARN.

Alby.	9,000
Castres.	36,000
Gaillac.	3,000
Lavaur.	4,400
Rabasteins.	650
	53,050

1	Commune,	Paris, alloue à ses établissements hospitaliers plus de. . .	5,000,000 f.
2	—	Marseille et Rouen, plus de	400,000
1	—	Bordeaux, plus de. . . .	300,000
1	—	Nantes, plus de.	240,000
1	—	Toulouse, plus de. . . .	190,000
1	—	Rennes, plus de. . . .	100,000
1	—	Orléans.	100,000
2	—	Nîmes et Caen.	90,000
1	—	Lille.	85,000
1	—	Brest.	80,000
2	—	Aix et Tours, plus de. . .	50,000
3	—	La Rochelle. . . . . . . Grenoble, plus de. . . Saint-Etienne.	40,000
3	—	Sedan. . . . . Lisieux, plus de. . . . Montpellier.	30,000
12	—	plus de.	20,000
27	—	plus de.	10,000
21	—	plus de.	5,000
101	—	plus de.	1,000
36	—	plus de.	500
140	—	moins de.	500

345 communes donnent ensemble 10,316,779 fr. 04 c. aux administrations hospitalières de leur localité. »

Après avoir rapporté ces documents, M. de Watteville ajoute :

« De pareils résultats prouvent qu'en matière de charité, il faut laisser un peu à chacun son libre arbitre. Trop souvent les mesures obligatoires restreignent la spontanéité des dons. Le nouvel impôt qu'on voudrait établir sur les communes pour les obliger à venir en aide *aux citoyens nécessiteux*, outre qu'il décuplerait instantanément le nombre des mendiants et des vagabonds, serait loin de produire une somme aussi considérable que celle allouée volontairement par elles, et aurait pour effet certain de faire cesser immédiatement toutes les libéralités en faveur des classes souffrantes. Du moment que l'Etat, les départements ou les communes sont forcés de secourir une infortune quelconque, à l'instant même la charité privée cesse de s'occuper de cette infortune. L'expérience prouve constamment la vérité de cette assertion. Ainsi, avant 1790, aucun malheur n'excitait la pitié publique autant que le malheur des enfants trouvés. Alors de nombreuses donations affluaient de toutes parts pour les secourir. A cette époque, une loi déclara que la dépense de ces enfants était une charge obligatoire pour l'Etat, et cette loi fut accueillie comme une loi protectrice. Cependant, depuis lors, pas un centime ne leur fut accordé par la charité privée (1) ; tandis que de 1800 à 1845, *cent vingt-deux millions* ont été donnés officiellement aux hôpitaux, aux hospices et aux bureaux de bienfaisance. Ce fait seul prouve à quel point les meilleures intentions peuvent être trompées par l'événement, et combien il est dangereux de porter une main téméraire sur des lois imparfaites, sans doute, puisqu'elles sont l'œuvre des hommes; mais qui, au mérite d'être éprouvées, ce qui est quelque chose, joignent celui trop rare aujourd'hui d'avoir été profondément méditées. »

On voit par ces dernières réflexions que M. de Watteville est loin d'être un partisan systématique du *statu quo*; il veut seulement, ainsi qu'il le dit dans une autre partie de son article, qu'on apporte la plus grande prudence, la plus grande circonspection dans des travaux d'un ordre aussi élevé que ceux qui touchent aux intérêts des pauvres, et que, tout en améliorant certaines parties de la législation hospitalière, on en respecte

(1) Le territoire de la France est divisé, comme chacun le sait, en 86 départements, — 363 arrondissements, — 2,867 cantons, — 36,819 communes.

(1) Les revenus ordinaires des communes s'élèvent en France à la somme de 141,385,793 fr. ;

868	communes	n'ont pas	100 fr.	de revenu.
10,364	id.	n'ont pas	500 fr.	id.
24,722	id.	n'ont pas	10,000 fr.	id.
778	id.	atteignent ce chiffre.		
95	id.	ont plus de 100,000 fr.		

(2) Les revenus ordinaires des hôpitaux et des hospices sont de 53,632,992 fr. 77 c.

(1) Même fait s'est représenté pour le service des aliénés.

FEUILLETON.

Nouvel aperçu sur les conditions anatomiques des courbures de la colonne vertébrale chez l'homme,

Par le Dr HIRSCHFELD (LUDOVIC).

La colonne vertébrale présente trois courbures antéro-postérieures et une courbure latérale. En avant, elle offre une convexité aux régions cervicale et lombaire, et une concavité à la région dorsale. A ces courbures correspondent, en arrière, des courbures en sens opposés. Ces courbures sont solidaires les unes des autres ; un changement dans l'une d'elles entraîne une modification dans les autres. Sur la partie latérale gauche, au niveau des troisième, quatrième et cinquième vertèbres dorsales, on remarque une courbure à concavité regardant à gauche.

Chez le fœtus, on ne voit aucune de ces courbures ; elles se forment peu à peu avec l'âge et augmentent avec lui ; elles sont très prononcées surtout chez les personnes livrées à des travaux pénibles et qui nécessitent que le corps soit penché en avant.

Quelle est la condition anatomique qui détermine ces courbures ? Les auteurs sont partagés à cet égard. Les uns l'attribuent à l'inégale hauteur des corps des vertèbres, les autres aux différences d'épaisseur des disques intervertébraux.

Weber, qui semble s'être occupé spécialement de ce sujet, s'exprime ainsi dans l'*Encyclopédie anatomique* : « Cette forme ne dé- » pend pas seulement du corps des vertèbres, elle tient principale- » ment à celle des cartilages intervertébraux qui ont une hauteur » fort différente ; en effet, l'élévation de ces cartilages est plus con- » sidérable tantôt en avant, tantôt en arrière, et ils figurent des » espèces de coins placés entre les vertèbres, qui obligent ces der- » nières à décrire une ligne courbe en s'empiétant les unes sur les » autres. »

Comme Weber, M. Cruveilhier pense que c'est par cette inégalité d'épaisseur que les disques concourent à la triple courbure antéro-postérieure que présente la colonne vertébrale, et, d'après plusieurs observations qui lui sont particulières, il croit même que les déviations de la colonne vertébrale sont dues en grande partie à l'inégalité dans l'épaisseur des disques, et que la déformation commence le plus ordinarement par la dépression des disques du côté de l'inclinaison. La première opinion ne me paraît pas soutenable, parce que, d'après des mesures prises avec soin sur des vertèbres de différents sujets, je n'ai pas trouvé des différences notables dans la hauteur de leurs faces antérieures et postérieures ; et si, chez plusieurs sujets avancés en âge, j'ai trouvé quelque différence, elle était si peu sensible qu'on ne saurait raisonnablement lui attribuer ses courbures. Je regarde plutôt ces différences de hauteur comme un résultat des courbures elles-mêmes, comme je le démontrerai plus loin.

Examinons actuellement l'opinion de la plupart des anatomistes modernes qui font dépendre les courbures vertébrales presque exclusivement de l'inégalité d'épaisseur des disques. Cette opinion, mieux fondée en apparence, me paraît détruite par l'expérience suivante. Lorsqu'après avoir dépouillé une colonne vertébrale de ses parties musculaires et, de cette manière, mis à nu son appareil ligamenteux, et qu'on a séparé du corps des vertèbres les masses apophysaires par une coupe faite sur les pédicules, on observe les phénomènes suivants : aux régions cervicale et lombaire les courbures s'effacent, et la masse apophysaire séparée se raccourcit environ d'un septième.

A la région dorsale la masse apophysaire se raccourcit un peu moins que dans les autres régions ; mais la courbure dorsale, au lieu de s'effacer comme pour les autres régions, tend à se prononcer davantage.

Quelle est la cause de ce raccourcissement de la colonne apophysaire? Evidemment on ne peut l'attribuer qu'à l'élasticité toute spéciale des ligaments jaunes. Ils sont en effet extensibles et reviennent immédiatement sur eux-mêmes lorsque leur extensibilité a été mise en jeu, comme dans les divers mouvements de la colonne vertébrale. Ces ligaments remplissent l'intervalle des lames des vertèbres, et sont formés comme ces lames de deux moitiés réunies à angle correspondant à la base de l'apophyse épineuse. Le raccourcissement dont je viens de parler dépend donc de ces ligaments jaunes. Si nous envisageons ce qui s'est passé aux régions cervicale et lombaire, nous sommes frappé 1° du redressement opéré dans les courbures de ces deux régions ; 2° de la diminution de la hauteur des disques en avant, coïncidant avec une augmentation proportionnelle en arrière. Cette observation m'a conduit à penser que les disques ne sont qu'une cause passive des courbures des deux régions qui nous occupent. La cause active me semble être tout entière dans les ligaments jaunes qui tendent l'arc vertébral à la manière d'une corde puissante, et compriment les disques en arrière au moyen du mouvement de bascule qu'ils impriment au corps des vertèbres. C'est ce qui fait que la hauteur des disques est plus grande en avant. Mais la cause qui produisait la compression des disques en arrière et qui détermine les courbures étant enlevée, comme lorsque j'ai séparé les masses apophysaires du corps des vertèbres, la partie comprimée des disques, reprenant son volume, a dû nécessairement

l'ensemble, qui, au mérite d'être éprouvé par le temps, joint celui d'avoir été profondément médité.

Nous aurons à ajouter, plus tard, aux judicieuses réflexions de M. de Watteville, ce que nous avons déjà dit bien souvent.

Dans la partie de l'assistance publique qui concerne l'administration des secours sanitaires, c'est beaucoup plus encore l'application vicieuse des ressources que les administrations possèdent que l'insuffisance de ces ressources qui laisse à désirer; et ce sont précisément plus encore ces détails d'application que les faits généraux qui sont ignorés, nous ne disons pas des législateurs, mais encore des personnes qui s'occupent avec le plus de sollicitude des misères du pauvre. C'est dans ce sens que nous avons souvent fait des réflexions et cité de tristes exemples; c'est encore sur ce sujet que nous aurons à insister.

Prophylaxie du choléra.

Nous nous rendons avec empressement au vœu de notre honorable confrère, M. Tourrette, de Chambly (Oise), en insérant la réclamation qu'il nous adresse, en date du 2 août.

Nous ajouterons seulement une petite réflexion, qui ne s'adresse pas moins à beaucoup d'autres communications académiques sur lesquelles nous insistons peu qu'à celle de notre estimable confrère.

Les communications qu'on envoie à l'Académie sont ou non destinées à prouver quelque chose. Si elles sont destinées à ne rien prouver, elles sont parfaitement inutiles, et il ne convient pas que nous y insistions longtemps; si, au contraire, elles sont faites dans un but véritablement utile, et nous ne doutons pas que celle de notre honorable confrère de Chambly ne soit dans ce cas, nous croyons que les auteurs devraient, avant de les faire, s'efforcer de leur donner ce caractère scientifique qui seul peut leur donner quelque valeur.

Nous regrettons, pour notre compte, que M. le docteur Tourrette n'ait pas tout à fait mis ce précepte en pratique.

Si notre honorable confrère avait voulu prouver que la saignée est réellement un préservatif du choléra, il ne fallait pas se borner à dire qu'aucune des personnes saignées depuis un mois, je suppose, avant l'invasion de l'épidémie, n'avait été atteinte, il aurait encore fallu ajouter quel était le nombre des personnes qui se trouvaient dans cette condition, quel est celui des personnes qui se trouvaient dans des conditions différentes, quel est enfin celui des personnes atteintes. A l'aide de ces trois éléments, il aurait été possible de juger si la saignée récemment pratiquée est, en réalité, un préservatif du choléra; mais à défaut de ces éléments, l'opinion de M. Tourrette reste à l'état d'une simple vue de l'esprit, vue qui peut être vraie comme elle peut être fausse, et qui est, par conséquent, sans utilité pour la science. Avec des vues semblables, on pourrait remplir des milliers de volumes sans faire avancer la science d'un pas, et ce n'est point là sûrement ce que désire M. Tourrette, non plus que nous.

Nous serions heureux que notre honorable confrère, tenant compte des vœux que nous venons d'exprimer, voulût bien compléter sa communication en y ajoutant les éléments qui peuvent la rendre complète et par cela même utile.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le numéro du 26 juillet de votre journal, en rapportant la correspondance manuscrite faite à l'Académie touchant le choléra, pour ce qui me concerne, je lis :

« Ce qui est remarquable dans cette épidémie, dit l'auteur, c'est que parmi les personnes atteintes aucune n'a jamais été saignée; la saignée lui a paru être, sans exception, préservative, » etc., etc.

De cette manière, il suffirait qu'on eût été saigné une seule fois, n'importe à quelle époque, pour qu'il y eût immunité.

Malheureusement ma remarque ne va pas jusque-là.

Voici au reste le passage de ma lettre à l'Académie :

« Mais ce qui est remarquable dans cette épidémie qui touche à sa fin, c'est que parmi les personnes atteintes aucune d'elles ou n'a jamais été saignée ou bien l'époque de la saignée remonte au moins à sept mois, et encore je ne saurais citer qu'un seul cas de cette dernière catégorie. »

Plus loin, j'ajoute même « que je crois la saignée d'autant plus préservative qu'elle est plus voisine de l'époque de l'invasion du choléra. »

Je compte sur votre impartialité, Monsieur le Rédacteur, pour faire droit à ma réclamation.

Veuillez agréer, etc., L. TOURRETTE, D.-M.-P.

Revue clinique hebdomadaire.

Résection du coude par un procédé nouveau. — Dès l'année 1845 (*voir* la *Gazette des Hôpitaux* de 1845, p. 80), M. Maisonneuve, frappé des difficultés que présentait, même entre les mains des chirurgiens les plus habiles, l'opération de la résection du coude par les procédés généralement en usage, eut l'idée d'un procédé nouveau tout à la fois plus simple, plus rapide, et surtout beaucoup plus certain dans son résultat.

On sait, en effet, que par le procédé de M. Roux, adopté par la plupart des chirurgiens de Paris :

1° La résection du coude ne dure presque jamais moins de trente à quarante minutes, et exige l'emploi d'instruments spéciaux, tels que scie à chaînette, scie de Stromeyer, sécateurs divers, etc.;

2° Que, pendant son exécution, l'opérateur est exposé à blesser non-seulement le nerf cubitus, mais encore les vaisseaux placés en avant, artères et veines brachiales;

3° Que l'étendue exacte de l'affection osseuse ne peut être rigoureusement constatée qu'après l'opération même, et que, par conséquent, on est exposé ou bien à sacrifier une notable partie des tissus sains, ou bien à laisser une portion des tissus malades.

Par son nouveau procédé, M. Maisonneuve pratique la résection avec facilité en moins de sept à huit minutes, et au moyen d'un simple bistouri et d'une scie ordinaire à amputation. Tous les nerfs, les artères, les grosses veines sont évités sans préoccupation spéciale du chirurgien. Puis, et c'est sur cela surtout que M. Maisonneuve insiste avec raison, l'articulation étant largement ouverte avant la section des os, il est facile de constater les limites de la maladie et de borner à l'étendue du mal le sacrifice des parties osseuses.

C'est d'après ce nouveau procédé que M. Maisonneuve a pratiqué récemment la résection du coude sur la malade couchée au n° 15 de la salle Saint-Jacques, à l'hôpital Cochin.

C'est une femme âgée de trente-deux ans, d'une constitution en apparence assez bonne. Elle était affectée d'une tumeur blanche au coude droit. Cette affection, qui remonte à près de 18 mois, date d'une distorsion violente que la malade a éprouvée en tordant du linge. Négligée d'abord, la maladie s'est aggravée rapidement, une tuméfaction considérable s'est manifestée au coude, l'articulation a suppuré, enfin le pus s'est fait jour par trois ouvertures restées fistuleuses. Depuis lors, les accidents se sont aggravés journellement. Le coude est le siége de douleurs vives qui redoublent au moindre mouvement; une suppuration abondante épuise la malade, et déjà plusieurs érysipèles ont failli compromettre sa vie.

Dans cet état de choses, M. Maisonneuve ne croit plus pouvoir attendre à proposer une opération. Il se détermine pour la résection de préférence à l'amputation, qui priverait la malade d'un membre important, la main droite.

L'opération étant acceptée, M. Maisonneuve la pratique de la manière suivante:

La malade est soumise à l'inhalation du chloroforme.

1° Une première incision longitudinale de 0,10 centimètres est pratiquée sur le bord interne du coude, au niveau de l'épitrochlée. Le nerf cubital est aussitôt disséqué et refoulé en arrière avec la peau qui le protége.

2° Une deuxième incision, partant du niveau de l'épicondyle et venant tomber perpendiculairement sur la première, divise la peau qui recouvre l'olécrane.

3° Un trait de scie porté transversalement à la base de cette apophyse la sépare du cubitus.

4° L'avant-bras est aussitôt porté dans la flexion, et les ligaments latéral externe et latéral interne divisés chacun d'un coup de bistouri. L'articulation est alors largement ouverte en arrière. Il devient facile d'en explorer les surfaces dans tous leurs détails et de reconnaître la nature de l'ulcération, son étendue, ses limites.

5° M. Maisonneuve procède ensuite à la section des os au moyen de la scie ordinaire. Il coupe d'abord en quelques traits de scie la surface articulaire de l'humérus immédiatement au-dessus de ses cavités coronoïde et olécranienne; puis, avec la même facilité, il résèque d'un seul coup la partie supérieure du cubitus et du radius.

L'opération tout entière a duré six minutes. En raison des fongosités nombreuses qui entouraient l'articulation, M. Maisonneuve ne croit pas devoir réunir par première intention; il fait un pansement simple avec la charpie et des compresses.

Il y a six semaines environ que l'opération a été pratiquée, aucun accident sérieux ne s'est manifesté; les plaies sont cicatrisées, sauf quelques points encore fistuleux, et tout fait espérer une prompte et complète guérison.

Nous croyons qu'en simplifiant l'exécution de la résection du coude, M. Maisonneuve a rendu un véritable service à la science.

La résection du coude, en effet, quoique généralement approuvée par les maîtres de l'art, n'est point encore pratiquée par l'universalité des chirurgiens; beaucoup lui préfèrent l'amputation du bras. La raison principale de cette préférence est, nous devons l'avouer, la difficulté réelle que présentait par les procédés connus la résection du coude. Toute opération difficile reste, par cela même, le patrimoine d'un petit nombre de chirurgiens hors ligne. C'est par la facilité d'exécution que les opérations se vulgarisent. Or, par le procédé de M. Maisonneuve la résection du coude n'est guère plus longue ni plus difficile que l'amputation du bras, et tout nous porte à croire qu'elle trouvera désormais de plus fréquentes applications.

Rétraction des masséters; son traitement. — Dans le service de M. Velpeau se trouvait, il y a quelques jours, un malade sur lequel le savant professeur a appelé l'attention de ses élèves, et qui est en effet digne de notre intérêt. Ce malade portait une affection qui, sans être très rare, ne s'observe cependant que de loin en loin dans nos hôpitaux; il était affecté d'un trismus chronique, porté au point que le malade ne pouvait plus desserrer les mâchoires, et l'introduction des aliments solides était impossible; à peine pouvait-on faire passer des liquides dans la bouche.

Ces trismus chroniques, indépendants de toute affection générale, convulsive ou autre, dépendent presque toujours, comme on le sait, d'une contracture des muscles masséters, laquelle est elle-même produite très souvent, ainsi que beaucoup de contractures musculaires, par la diathèse syphilitique. Aussi voit-on le plus ordinairement ces contractures et le trismus qui en est la conséquence céder, au moins momentanément, sous l'influence d'un traitement antisyphilitique, et même disparaître complétement. Les malades et les médecins ont la persévérance de continuer ce traitement pendant plusieurs mois, en mettant quelques intervalles si l'état des malades l'exige, et en ne se bornant point, comme on le fait trop souvent, à prescrire ce qu'on appelle généralement un *traitement complet*, c'est-à-dire un traitement qui dure à peu près six semaines ou deux mois.

Mais ce n'est pas sur ce traitement que nous voulons insister spécialement aujourd'hui, c'est sur les procédés opératoires dont M. Velpeau a entretenu ses auditeurs.

La première nécessité qui se présente assez souvent au praticien, c'est d'écarter les mâchoires du malade, qui sont fortement serrées l'une contre l'autre et qui s'opposent d'une manière absolue au passage des aliments. Cette indication n'est pas aussi facile à remplir qu'on pourrait se l'imaginer, la force de résistance des muscles contractés étant considérable, et les points d'appui sur les mâchoires étant très difficiles à prendre. M. Velpeau a insisté avec raison sur un instrument qui rend les plus grands services dans ces cas, si l'on peut donner le nom d'instrument à de simples coins en bois. A l'aide de plusieurs coins, en effet, on parvient très facilemen

---

produire l'effacement des courbures, d'autant plus facilement que la partie antérieure des disques, distendue considérablement par suite de ses adhérences aux faces correspondantes des vertèbres, est revenue sur elle-même.

Les choses ne se passent pas de la même manière à la région dorsale, car la courbure ne s'efface pas, et au premier abord notre théorie semble en défaut; mais un examen attentif nous montre que des phénomènes, sinon identiques, du moins fort anologues à ceux des régions cervicales et lombaires, se passent à la région dorsale.

Envisageons les conditions de la courbure dorsale; cette courbure est celle qui se montre la première, soit qu'elle fût nécessaire pour agrandir la cavité thoracique, soit qu'une toute autre cause ait présidée à sa formation. Elle existe même chez les personnes qui n'ont jamais marché et sont constamment restées couchées; ce qui exclut l'idée que cette courbure puisse être l'effet de la station.

Les disques intervertébraux de cette région sont d'une épaisseur beaucoup moindre que dans les autres régions; et, de même que chez le vieillard, les disques lombaires perdent leur souplesse et leur élasticité, deviennent secs et friables, et que cette région perd sa mobilité; de même chez l'adulte les disques intervertébraux dorsaux dans lesquels la souplesse et l'élasticité ne peuvent être entretenus par les mouvements se sont durcis et affaissés. Au reste, l'élasticité des disques étant toujours en rapport avec la souplesse de la colonne vertébrale, on comprendra que cette élasticité doit être très grande dans les régions extrêmes où se passent tous les mouvements, tandis qu'elle doit être presque nulle à la région dorsale où les mouvements sont très obscurs. La colonne dorsale agit pour ainsi dire à la manière d'un seul os, et les disques étant impuissants à produire le relèvement des corps des vertèbres, la section des ligaments jaunes ne devait rien changer à l'état de la courbure dorsale.

L'on attribue à l'affaissement des disques intervertébraux la diminution de la taille après une course ou une station verticale prolongée. Cet affaissement est réel, mais il me paraît dépendre du relâchement des ligaments jaunes fatigués par une mise en jeu non interrompue, ce qui permet à la partie antérieure des disques de revenir sur elle-même.

La courbure latérale gauche dépend, d'après Boyer et beaucoup d'autres anatomistes, de la présence de l'aorte de ce côté. D'après Bichat, dit M. Cruveilhier, cette courbure dépend de l'habitude où on est de se servir de la main droite, obligeant à incliner la partie supérieure du tronc à gauche pour offrir un point d'appui et une espèce de contre-poids à l'action du membre thoracique droit. La répétition fréquente de cette inclinaison finit par en perpétuer l'existence. En effet, les individus gauchers offrent une courbure en sens opposé d'après les observations de Béclard. J'admets volontiers cette explication, et je fais dépendre cette courbure latérale, comme Bichat, de la fréquence de cette inclinaison, inclinaison qui a déterminé le raccourcissement des ligaments jaunes du côté de la concavité aux dépens d'une distension correspondante de ceux du côté opposé.

En résumé, les ligaments jaunes sont aux vertèbres ce que le ligament cervical postérieur est à la tête chez les quadrupèdes. De même que chez ces animaux, le ligament cervical postérieur a pour unique usage de maintenir la tête en équilibre, de même les ligaments jaunes des vertèbres ont pour objet essentiel de déterminer les courbures normales de la colonne vertébrale et de s'opposer à leur dérangement dans les diverses attitudes du corps. Ce sont donc les auxiliaires puissants de la station.

Si l'intégrité des ligaments jaunes est nécessaire au maintien des courbures de la colonne vertébrale et par suite à la station, leur relâchement doit se traduire par un dérangement dans les courbures et donner lieu à des déviations. L'observation de ce qui se passe chez les sujets faibles ou rachitiques, dont les tissus ont perdu de leur force, confirme cette opinion. On peut dire en effet que chez eux les caries que l'on remarque à la colonne vertébrale sont dues au relâchement des ligaments jaunes. Ces relâchements produisent la compression, l'affaissement, l'amincissement, la disparition même des disques; les surfaces osseuses se trouvent en contact, s'usent et finissent par se carier.

Cette manière d'envisager les déviations de la colonne vertébrale pourrait peut-être conduire à quelques moyens nouveaux à employer dans la thérapeutique de ce genre d'affection. Ne pourrait-on pas, par des mouvements répétés, par l'attitude forcée dans un sens opposé à celui de l'inclinaison ou par des opérations chirurgicales analogues à la tecnotomie porter remède à ces déviations?

D'après ces considérations, il semblerait bien que dans le cas de déviation la section des ligaments jaunes pût avoir pour effet de contribuer au redressement; mais il est bien entendu que cette observation n'a qu'une valeur purement dynamique relativement au mécanisme du rachis; car personne, pour cause quelconque, n'oserait songer à pratiquer une opération si laborieuse et si difficile sur un point, à proximité de la moelle, où elle aurait presque inévitablement des suites funestes.

M. Herbet, directeur de l'hôpital Saint-Louis, passe en la même qualité à l'Hôtel-Dieu. Il est remplacé par M. Partout, directeur de l'hospice des Enfants malades.

à vaincre la résistance des muscles contractés. Ces coins doivent être faits en bois dur, et présenter des angles aigus de divers degrés. Le premier, qui est le plus difficile à introduire, doit représenter un angle très aigu, dix à quinze degrés et même moins, s'il est nécessaire, et n'avoir qu'un à deux centimètres de largeur. Dans ces proportions, on trouve toujours, quelque violente que soit la contracture, une fissure dans laquelle il est possible d'insinuer et d'enfoncer de quelques millimètres le tranchant du coin. Une fois qu'on est parvenu à ce but, on laisse l'instrument entre les dents du malade pendant quelques heures ; puis, entre les dents maintenues légèrement écartées par le premier coin, on en passe un second ayant un angle un peu moins aigu, et à l'aide duquel on obtient un second écartement ; on peut ainsi répéter cette opération cinq à six fois dans une seule journée, et arriver ainsi dans les vingt-quatre heures à avoir un écartement de deux à trois centimètres. Ce résultat fut précisément obtenu chez le malade de M. Velpeau, qui dès le lendemain put manger des aliments solides. Lorsqu'on eut répété les mêmes manœuvres pendant quelques jours, il se trouva si bien qu'il demanda sa sortie, soit qu'il se crût définitivement guéri, soit qu'il craignît qu'on ne lui fît quelque opération. Le traitement par ces coins ne produit en effet qu'un résultat momentané, et on ne l'a employé jusqu'à ce jour que comme palliatif; nous croyons que c'est là un tort.

D'une manière générale, nous pensons que les moyens qui peuvent guérir momentanément une maladie doivent la guérir d'une manière définitive en en prolongeant suffisamment l'usage; et il est peu de maladies, selon nous, auxquelles ce principe soit plus applicable qu'aux contractures. Tous les praticiens savent aujourd'hui le parti qu'on peut tirer des simples mouvements imprimés avec persévérance aux articulations incomplétement ankylosées; nous sommes convaincu que des résultats pour le moins aussi satisfaisants seraient obtenus des mouvements imprimés aux muscles contracturés, si ces mouvements étaient prolongés suffisamment. C'est encore là l'histoire de la dilatation dans les rétrécissements de l'urètre; cette dilatation, qui n'est qu'un simple palliatif quand on ne l'emploie que temporairement, peut devenir curatif dans presque tous les cas lorsqu'on la continue assez longtemps.

Quoi qu'il en soit, l'écartement des mâchoires par les coins ayant généralement été considéré comme palliatif, on a proposé comme méthode curative la section des muscles contracturés. Mais cette section n'est elle-même que curative; car au bout de quelque temps les tissus de cicatrice se rétractent, et le muscle revient à son état primitif.

Pour éviter cet accident, quelques chirurgiens ont proposé d'interposer entre les deux bouts des muscles, après la section, une portion de tissu tégumentaire pris sur les parties voisines. Cette espèce d'autoplastie, a dit M. Velpeau, est loin d'être facile et même toujours possible; lors même qu'elle est praticable, anatomiquement parlant, elle ne réussit pas toujours, et enfin, lorsque l'adhérence s'établit entre ce tissu rapporté et les deux portions du muscle divisé, on n'obtient pas toujours le résultat désiré.

Voilà bien des raisons pour repousser une telle opération, au moins dans tous les cas où l'on pourra, à l'aide du traitement interne ou de la manœuvre que nous avons indiquée en commençant, produire une amélioration, lors même que cette amélioration ne serait que momentanée, car dans ce cas on a toujours la perspective d'obtenir un nouveau succès à l'aide des mêmes moyens si le même état se reproduit.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons cliniques sur le choléra.

(Septième leçon.)

Des affections concomitantes et consécutives du choléra.

Vous avez eu l'occasion d'observer, concurremment avec le choléra, la plupart des phlegmasies viscérales et membraneuses; et le scalpel vous en a démontré les traces anatomiques. Dans la période de réaction, il n'est pas rare de rencontrer les phénomènes caractéristiques de quelque inflammation.

Ces inflammations ne se traduisent pas toujours par leurs signes ordinaires. Le plus communément, il faut les chercher pour les reconnaître ; mais avec un peu d'habitude on les laisse rarement échapper.

Après la période algide, lorsque le malade présente les symptômes d'une réaction trop intense, lorsque la face est fortement colorée, les yeux brillants, la peau chaude, la langue sèche, la soif vive, le pouls fort et développé, cherchez attentivement, et vous découvrirez très probablement quelque organe important à la vie plus ou moins profondément enflammé. Il est remarquable que les phlegmasies qui se développent dans ces circonstances sont plus ou moins latentes ; mais, d'un autre côté, peut-il en être autrement dans une affection qui porte une atteinte si profonde à l'organisme ?

Les organes de la respiration sont très souvent le siége de ces complications. La plupart des inflammations du poumon ou de ses membranes peuvent exister dans cette période de réaction. C'est presque toujours la percussion et l'auscultation qui trahissent l'existence de ces phlegmasies. Les symptômes directs, tels que la douleur de côté plus ou moins profonde, la toux, l'expectoration, les crachats caractéristiques, manquent dans le plus grand nombre des cas. Mais dans la pleurésie, le son mat à la partie la plus déclive du poumon, la faiblesse ou l'absence du murmure vésiculaire, le souffle bronchique, l'égophonie distincte, ne permettent pas de méconnaître un épanchement.

Dans la pneumonie au premier degré, le râle sous-crépitant ou crépitant fin met le médecin sur la voie; et au deuxième degré, la matité, le souffle tubaire, la bronchophonie, les râles, etc., trahissent suffisamment l'existence de cette inflammation. C'est encore ainsi que les râles sous-muqueux, les ronchus, les sifflements, etc., dans les deux côtés de la poitrine, sans matité, décèleront la bronchite. L'œdème du poumon se fera reconnaître par des râles très fins des deux côtés de la poitrine et par un peu d'obscurité par la percussion. Nous avons observé aussi la gangrène du parenchyme pulmonaire; elle a été reconnue particulièrement par la fétidité caractéristique des crachats et de l'haleine des malades.

La péricardite est une complication plus fréquente qu'on ne pense de la maladie dont nous parlons. Mais cette affection, obscure pour les médecins les plus habiles il y a encore peu d'années, passe encore inaperçue pour un grand nombre aujourd'hui. Les bruits qui la caractérisent ne peuvent être saisis que par une oreille attentive et exercée. Notre célèbre confrère, M. le docteur Louis et quelques autres médecins non moins distingués de l'Hôtel-Dieu ont constaté ces bruits chez un cholérique de nos salles.

Dans un certain nombre de nos malades, nous avons observé, vers la fin de la maladie, un bruit de souffle qui nous a été signalé par M. Bouchut, notre chef de clinique, bruit que nous avons attribué à quelque modification survenue dans la composition du sang. C'est là un phénomène consécutif, qui, ainsi que nous l'avions prévu, est loin d'être constant. Il s'est cependant présenté assez souvent à notre observation pour que nous devions le signaler.

L'hépatite est peut-être la plus rare des complications d'inflammation viscérale. Vous avez pu l'observer cependant dans nos salles. Une douleur dans l'hypochondre droit, de la matité plus étendue que dans l'état normal dans cette région, et, par-dessus tout, l'ictère, nous ont fait reconnaître l'existence de cette inflammation.

Les complications de phlegmasies de l'encéphale et de ses dépendances nous ont paru très rares dans le commencement de l'épidémie; mais à peine un mois s'est-il écoulé, qu'elles se sont montrées en grand nombre, et avec de tels caractères, qu'il a été impossible d'attribuer les symptômes à un état simplement sympathique. Nous avons vu des encéphalites, des méningites et des myélites.

Dans cette revue rapide des maladies qui compliquent le choléra, nous ne pouvons qu'indiquer sommairement les signes principaux de ces affections intercurrentes, ou même seulement les mentionner; nous nous bornerons donc à dire que la méningo-encéphalite se fait reconnaître à la céphalalgie, au délire, à des troubles variés des sens, de la sensibilité et du mouvement. Nous répétons que, dans la majorité des cas et dans le commencement de l'épidémie, les malades se faisaient remarquer par la justesse et la précision de leurs réponses ; on n'observait chez eux qu'un affaiblissement plus ou moins grand de l'intelligence, qu'un abattement profond, mais sans nul trouble de la raison.

La moelle épinière, comme le reste des centres nerveux, reçoit une atteinte profonde dans le choléra. Aussi ne devons-nous pas être surpris de trouver des signes qui établissent péremptoirement l'existence d'une inflammation de la moelle épinière, ou au moins de ses enveloppes. Nous avons eu dans nos salles plusieurs paraplégiques, entre autres, la femme couchée au lit n° 30 de la salle Saint-Antoine.

Parmi les maladies de la peau qui viennent se joindre au choléra, la plus fréquente sans doute est l'érysipèle à la face.

Nous avons distingué avec intention les maladies qui compliquent le choléra de celles qui le suivent. Dans ces dernières, voici celles qui se sont le plus fréquemment offertes à notre observation.

En première ligne, la gastro-entérite. Vous avez vu au n° 3 de la salle des femmes une malade qui, après avoir été atteinte du choléra, a présenté pendant un mois les symptômes caractéristiques d'une irritation gastro-intestinale, bien distincte du choléra lui-même. En effet, la malade n'éprouvait plus ni vomissements de matières caractéristiques, ni selles blanches, ni anurie, ni aphonie, ni crampes, etc., et cependant présentait un appareil fébrile très marqué, de la rougeur de la langue, de la soif, de l'inappétence, et une douleur vive à la pression dans l'épigastre et dans tout l'abdomen ; cet état nous a paru tout à fait distinct du choléra, mais nous en a paru une suite incontestable.

Nous avons déjà parlé de la pneumonie et de la pleurésie anormales comme complication du choléra, nous pouvons encore les mentionner comme suites de la même maladie. Il n'est pas très rare, en effet, de voir des phlegmasies thoraciques survenir dans la convalescence du choléra.

Le typhus avec tous ses caractères se montre assez souvent vers la quatrième période du choléra. Ce n'est pas non plus dans le commencement de l'épidémie que l'on voit paraître le typhus. En 1832, le typhus n'apparut que vers la fin de l'épidémie. Alors nous vîmes arriver dans nos salles, aux Greniers d'abondance, où nous étions médecin, un grand nombre de malades atteints de typhus; la plupart présentèrent l'éruption des parotides.

Nous avons cette année quelques typhus bien caractérisés, mais qui ne sont venus qu'à une époque tardive de l'épidémie. Cette forme de la maladie serait-elle une modification, une transformation en quelque sorte du choléra? Annoncerait-elle que l'épidémie va décroître et disparaître? Nous serions assez porté à le penser ainsi. La suite prouvera si nous nous trompons. Le typhus qui succède au choléra ne présente pas exactement les caractères du typhus ordinaire; il offre quelques légères différences.

Ainsi, par exemple, les taches lenticulaires rosées nous ont paru manquer souvent, ainsi que les soubresauts de tendons. La stupeur et l'abattement forment les caractères principaux de cette affection ; c'est la forme adynamique des auteurs. La durée de cette variété de typhus est interminable.

Une réflexion qui n'a sans doute échappé à aucun observateur, c'est qu'on voit moins de typhus que dans les temps ordinaires lorsque l'épidémie est dans toute son intensité, mais qu'ils reparaissent en plus grand nombre lorsque l'épidémie semble se retirer ; on dirait que l'une cède la place à l'autre.

L'éruption des parotides, qui est un accident si rare dans la fièvre dite typhoïde, s'observe au contraire assez fréquemment dans le typhus qui succède au choléra. Cependant nous ne l'observons pas aussi souvent cette année qu'en 1832.

A la suite du choléra on rencontre des congestions sanguines dans la plupart des organes. L'anatomie pathologique fait voir ces congestions à la tête, dans les méninges, dans les sinus cérébraux et dans la pulpe encéphalique, par l'aspect sablé que cette pulpe présente après avoir été incisée. Les poumons sont gorgés de sang; ils présentent une certaine résistance à la pression; ils sont violacés, noirs, surtout vers la partie postérieure et inférieure, et laissent écouler une assez grande quantité de sang lorsqu'on les incise. On trouve des congestions analogues dans le cœur, le foie, la rate, les reins, les intestins, etc. Pendant la vie, ces congestions, plus ou moins actives, se traduisent par des symptômes propres.

La face rouge, cuivrée, les yeux brillants, la tête lourde ou douloureuse, l'assoupissement, la somnolence, etc., décèlent la polyhémie cérébrale; l'oppression, un sentiment de constriction dans la poitrine, la toux, indiquent la congestion pulmonaire; l'albuminurie est le résultat peu contestable de la congestion sanguine du rein, etc.

Les maladies peut-être les plus communes à la suite du choléra sont les maladies éruptives. Le malade couché au n° 77 de la salle Sainte-Jeanne, vous a présenté plusieurs éruptions simultanées, parmi lesquelles il vous a été facile de reconnaître la rougeole et l'urticaire. Un des premiers malades pour lesquels j'ai été appelé à la Salpêtrière a eu à la fin de sa maladie une éruption morbilleuse très prononcée.

Les plus fréquentes de ces éruptions sont l'érythème, l'urticaire, la roséole, la rougeole, la scarlatine, et surtout la miliaire. Il est probable qu'il existe une certaine affinité entre cette dernière éruption et le choléra. On observe en effet souvent des épidémies de miliaire après le choléra. En 1832, j'ai été appelé dans plusieurs localités des départements environnants Paris pour des cas graves de miliaire. Cette année encore cette maladie sévit dans les mêmes contrées.

Des phénomènes nerveux, nombreux et variés, s'observent après le choléra. Nous avons vu un certain nombre de fois le délire dit nerveux, c'est-à-dire apyrétique; l'impossibilité de suivre un raisonnement, la divagation, l'incohérence dans les idées; d'autres fois une idée fixe, des hallucinations, de la lypémanie formaient le principal caractère de ces désordres intellectuels.

Parmi les phénomènes morbides qu'offre la sensibilité, rien n'est plus remarquable que ces espèces de secousses électriques dont se plaignent quelques malades. Il leur semble qu'une étincelle électrique leur parcourt instantanément tout le corps, de la tête aux pieds. Ces sortes de secousses se répètent fréquemment et incommodent fortement les malades. Nous les avons observées en 1832, et elles ont duré plusieurs années. Un médecin distingué de Paris, auquel nous avons donné des soins à cette époque, les éprouve encore aujourd'hui. Il en a été très fatigué pendant plusieurs années.

Dans les mouvements on observe surtout une extrême faiblesse qui persiste pendant fort longtemps. Il existe même de véritables paralysies. Nous avons vu des paraplégies presque complètes.

Nous avons tout à l'heure cité l'exemple de la femme couchée au n° 30 de la salle Saint-Antoine, une autre au n° 21 et au n° 31 ont présenté des accidents analogues. En ville, nous avons vu un malade qui, atteint d'une myélite en voie de guérison, a été frappé d'un cas peu grave de choléra, et a perdu presque subitement, à la suite, le mouvement et le sentiment des membres pelviens. Sans aucun doute le choléra porte sa redoutable influence sur la moelle épinière. Quelques malades conservent dans certains muscles des secousses spasmodiques, des contractions permanentes, des crampes douloureuses, etc.

Enfin, il n'est pas excessivement rare de voir à la suite du choléra une fièvre intermittente survenir, et exiger pour sa guérison le traitement spécifique qui convient à ces sortes d'affections.

HOPITAL D'ARZEW (Afrique).

M. Hippolyte Jacquot, médecin en chef.

Signes stéthoscopiques de phthisie pulmonaire pendant la vie sans tubercules à l'autopsie.

Rigal, soldat au 12e léger, entré le 13 juin 1849, malade depuis quarante jours; cet homme s'enrhumait facilement, avait la respiration courte, était essoufflé en montant les côtes; il avait maigri notablement; perte de forces; sueurs nocturnes; de temps en temps de la diarrhée. A son entrée à l'hôpital, la percussion et l'auscultation ont été pratiquées. Une submatité existait au sommet des deux poumons, en avant, jusque vers la troisième côte environ; on entendait parfaitement du râle cavernuleux au sommet des deux poumons, quelques craquements à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, du râle sibilant et ronflant dans les deux poumons, aux régions inférieure, postérieure et latérale. La voix était très voilée, rauque, petite, presque éteinte. La toux se renouvelait assez fréquemment. Les crachats présentaient l'aspect purulent, étaient assez abondants, surtout le matin. Les diamètres de la poitrine n'avaient pas subi de sensibles modifications; leur mensuration ne fut pas exercée. La langue était naturelle, soif très modérée, peu d'appétit, mais pourtant appétence des acides; ventre indolore; ni constipation ni diarrhée actuellement. La circulation n'offrait rien de particulier.

Mon diagnostic fut : phthisie pulmonaire et laryngée (avec tendance à la tuberculisation générale).

Persuadé que le sujet était voué à une mort certaine, je le conservai pourtant quelques jours dans mon service afin de le soumettre à de nouvelles explorations, mais avec l'intention bien arrêtée de le renvoyer en France, car j'avais appris

par expérience combien est rapide la fonte des tubercules sous le climat d'Afrique. Je me bornai donc, en conséquence, à l'administration de quelques palliatifs, tels que vésicatoires à la région antérieure du cou, frictions à la partie antérieure de la poitrine avec de la pommade émétisée, des juleps avec addition de cinq centigrammes d'acétate de morphine, et des loochs blancs ou additionnés de kermès; enfin, quelques laits sucrés, dans lesquels entraient vingt grammes de manne lorsque les selles étaient difficiles et rares.

Jusqu'au 27 juin, jour de sa mort, il n'y avait eu aucune amélioration; au contraire, la voix était plus affaiblie, les forces moins grandes, la maigreur plus prononcée, le facies plus détérioré. Seulement, les crachats étaient moins abondants, sans avoir changé de caractères.

Le lendemain devait passer le bateau qui fait le service des dépêches d'Alger à Oran. Je prononçai son évacuation sur cette dernière ville, afin que de là il fût dirigé sur la France. (Je dois dire en passant qu'en Afrique les évacuations ne peuvent avoir lieu comme en France; elles sont soumises à une foule de conditions.)

Dans la journée même, la respiration s'embarrassa considérablement. Le pouls, petit, s'éleva en fréquence; il y eut une grande prostration. Une sueur froide, visqueuse vint couvrir la surface cutanée; vers trois heures, à la contre-visite, le sous-aide de service appliqua son oreille sur la poitrine du malade, et me dit entendre distinctement du râle caverneux à la partie supérieure des poumons, du râle sibilant et ronflant à la base et à la partie postérieure, ce qui était en rapport avec les explorations réitérées auxquelles je m'étais livré auparavant. Entrevoyant une mort prochaine, j'annulai le billet de sortie, et le patient expira pendant la nuit.

Autopsie.

Cavité thoracique. — Cœur un peu développé et un peu plus flasque que de coutume, sans altération de couleur; les oreillettes et les ventricules contiennent peu de sang.

Poumons sains, crépitants, rosés, surnageant parfaitement, sans adhérences pleurales; seulement, à la réunion des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur, existe un peu de congestion à la partie antérieure, une simple hypérémie. Incisés, ils offrent tous les caractères des poumons parfaitement exempts d'altérations; il n'y a pas non-seulement la plus petite caverne, mais même le plus microscopique tubercule cru.

Plèvres saines. Les bronches et le larynx n'offrent pas d'altération.

Cavité abdominale. — Le foie, la rate, les reins, la vessie sont à l'état normal; les intestins également; seulement, la muqueuse du tiers inférieur de l'intestin grêle est un peu ramollie; elle offre sept à huit petites ulcérations de formes variables: quelques-unes sont irrégulièrement arrondies, d'autres ellipsoïdes, peu profondes, occupant à peine toute la muqueuse, le tissu cellulaire sous-jacent étant respecté; elles se trouvaient situées auprès du mésentère ou dans un point opposé à l'insertion intestinale. Pas de développement ni de dégénérescence des ganglions mésentériques.

Péritoine sain.

Cavité cranienne. — Injection très légère, peu apparente des méninges et du cerveau; pas de ramollissement de la substance cérébrale; rien de particulier ni dans le sinus ni dans les ventricules.

Je vous livre ce fait, Monsieur le Rédacteur, sans commentaires. Je pourrais bien certainement me lancer dans le champ des hypothèses et poser cette question: L'auscultation est-elle une méthode qui, bien pratiquée, donne constamment des résultats certains? Malgré l'exception que je viens de signaler, ma foi en elle n'est nullement ébranlée; j'ai vu depuis que je la pratique de trop beaux et de trop nombreux résultats pour songer un instant à l'attaquer; et, lorsque le cortége de symptômes que j'ai décrits se présentera de nouveau, je dirai: je *crois* qu'il y a là une phthisie pulmonaire.

En résumé, je n'ai pas trouvé chez cet homme des lésions anatomiques capables de m'expliquer la mort. C'est donc un épuisement général qui a amené ce déplorable résultat.

Observation de mort subite à la suite d'une injection d'eau chlorurée dans la matrice; présence de l'air dans les veines;

Par M. BESSEMS.

Au moment où une plume exercée cherche à rappeler l'attention sur les injections intra-utérines, on ne lira pas sans intérêt l'observation suivante, qui pourrait être le sujet de remarques importantes, et sur laquelle nous aurons peut-être l'occasion de revenir plus tard.

OBS. — Une femme, âgée de 35 ans, avorta le 10 octobre 1848, à cinq mois et demi de grossesse. Seule et sans secours, elle voulut se délivrer elle-même, tira sur le cordon et le rompit. Quatre jours après, il survint une forte perte de sang. Conduite à l'hôpital, elle y entra dans un état satisfaisant: facies légèrement décoloré, pouls assez fort, matrice volumineuse, col très mou et encore entr'ouvert: deux doigts y pénétrèrent aisément; mais, même aidés de la pince de Levret, ils ne purent amener que de très petites portions de placenta.

La perte avait presque complétement cessé; on fit faire des injections avec de l'eau tiède dans la cavité utérine.

Le 15 octobre, M. Stévens fit pratiquer des injections d'eau chlorurée à deux degrés; elles furent faites au moyen d'une sonde en gomme élastique portée jusque dans la matrice, à laquelle venait s'adapter la canule d'une seringue à lavement remplie d'eau chlorurée et soigneusement privée des bulles d'air qui pouvaient s'y être glissées.

Le 16, même traitement.

Dans la nuit du 16 au 17, une perte sanguine abondante se déclare. Elle a cessé le matin, mais en laissant la malade sensiblement plus affaiblie. M. Stévens extrait encore quelques morceaux de placenta, puis il pousse une injection d'eau chlorurée en se servant du même appareil et avec les mêmes précautions que précédemment. Aussitôt la femme se projette sur son séant, les bras étendus, en s'écriant qu'elle étouffe. La tête se renverse en arrière, la face pâlit, les yeux se convulsent en haut, le regard se fixe. On croit à un accès hystérique; mais la respiration se ralentit de plus en plus, le pouls s'enfuit, et, malgré tous les excitants usités en pareil cas, la mort a lieu tout au plus trois minutes après l'injection.

Autopsie faite 28 heures après la mort.

Aucune trace de putréfaction, aucune lésion dans l'abdomen ni dans la cavité encéphalique.

La matrice a plus que la grosseur du poing; pas d'inflammation ni de suppuration dans ses parois. La cavité contient encore une portion de placenta de la grosseur d'un petit œuf de poule.

La veine cave inférieure, distendue, renferme plusieurs bulles assez fortes de gaz, très visibles à travers ses parois.

Les plèvres, le poumon, le péricarde, sont sains. Le cœur paraît volumineux; ce qui tient à ce que les cavités droites sont distendues et ont à l'extérieur une élasticité toute particulière. Après avoir lié les différents vaisseaux qui viennent s'aboucher au cœur, on l'ouvre sous l'eau; il en sort une grande quantité de gaz mêlé à du sang. Les cavités gauches en contiennent aussi quelques bulles.

(*Ann. de la Soc. méd. d'Anvers.*)

Observation de fracture de la clavicule, déterminée par une légère contraction musculaire,

Par M. VAN HAESENDONCK.

Une femme âgée de quarante-six ans, scrophuleuse, étant simplement occupée à niveler de la paille dans un lit, ressentit tout à coup à l'épaule une douleur vive, et en même temps un dérangement. Elle crut qu'on lui avait jeté une pierre.

Le bras correspondant ayant immédiatement perdu ses mouvements, elle fit appeler M. Van Haesendonck, qui trouva une fracture de la partie moyenne de la clavicule, sans aucune trace de contusion aux téguments de la région.

La fracture fut réduite et maintenue facilement; elle se consolida complétement dans l'espace de temps ordinaire.

(*Ibid.*)

Notice sur Vauquelin.

La pieuse idée qu'ont eue les élèves de Vauquelin nous engage à donner la notice suivante sur cet illustre savant.

Des élèves de Vauquelin, MM. Bouchardat, Caventou, Chevallier, Guérard, Lassaigne et Robinet, viennent d'offrir à l'Académie nationale de Médecine le portrait de ce savant, exécuté par mademoiselle Bathilde Goblin.

On sait que Vauquelin, chimiste distingué autant que modeste, est l'auteur d'un très grand nombre de mémoires scientifiques d'une haute importance, et qu'on lui doit particulièrement:

1° La découverte du *chrôme*, qui fournit aux arts, à la cristallerie et aux fabriques de porcelaine ces belles et brillantes couleurs qu'on admire à l'Exposition;

2° Celle du procédé pour retirer les métaux précieux des *eaux des bijoutiers*, métaux qui, à cette époque, étaient en partie perdus;

3° Celle de la formation de l'*outremer* dans les fours à soude.

C'est par suite des travaux de ce savant chimiste que la fabrication de l'*outremer factice* s'est établie en France, et qu'on peut avoir avoir cette précieuse couleur à 12 francs le kilogramme, tandis que le bleu d'outremer du *lapis lazuli* coûtait jusqu'à quinze cents francs les 500 grammes.

Vauquelin, lorsqu'il fit l'analyse de l'outremer qui s'était formé dans un four à la belle fabrique de Saint-Gobin, avait prévu tout ce que devait produire la formation de cette substance, et il s'était exprimé formellement à cet égard.

Vauquelin, né en 1763 à Saint-André-d'Hébertot, comme les biographes l'ont fait connaître, était le fils d'un laboureur. A quatorze ans, il entrait comme garçon de peine chez M. Mezaire, pharmacien à Rouen; plus tard, venu à Paris, il se livra à l'étude avec excès, tomba malade et fut conduit à l'Hôtel-Dieu. A sa sortie de cet hôpital, il entra en pharmacie; là, il fut distingué par Fourcroy, qui l'appela près de lui et l'associa à ses travaux. Auprès de ce grand maître, Vauquelin fit des progrès étonnants, et devint l'un des hommes les plus illustres dont s'honore la France. Le fils d'un pauvre laboureur devint inspecteur des mines, membre de l'ancienne Académie des Sciences, puis de l'Institut. Il fut professeur au Muséum d'histoire naturelle, directeur et professeur de l'Ecole de pharmacie, professeur à la Faculté de Médecine, inspecteur général de la Garantie, député du Calvados, chevalier de la Légion-d'Honneur et de l'ordre de Saint-Michel, spécialement destiné aux savants, aux artistes et aux personnes qui se distinguaient par de nouvelles inventions ou des entreprises utiles à l'Etat.

Vauquelin est mort le 14 novembre 1829, âgé de soixante-six ans; mais lorsqu'on considère et ses nombreux travaux et ses nombreuses occupations, on se demande comment, en un si court espace de temps, un homme sorti des derniers rangs du peuple, sans instruction première, a pu, par la seule force de son génie, monter au premier rang et rendre d'aussi importants services à son pays.

Nouvelles du choléra.

Le choléra s'avance toujours vers le Midi. Le département de l'Ariège est maintenant envahi. Tous les journaux annoncent la mort du préfet de Foix, M. Béro, neveu de M. le duc Decazes.

— Dans le département de l'Aisne, où l'épidémie semblait sur le point de s'éteindre, elle a envahi tout à coup le dépôt de mendicité de Montreuil-sous-Laon. Le *Journal de l'Aisne* donne à ce sujet les renseignements suivants:

« Le choléra s'est abattu sur le dépôt de mendicité de Montreuil-sous-Laon, et en quelques heures il a fait d'assez grands ravages. Dans la journée d'hier (31 juillet), trente-cinq cas étaient déjà déclarés et vingt-trois des mendiants atteints avaient succombé.

» L'établissement de Montreuil est cependant situé dans les meilleures conditions hygiéniques: les bâtiments sont parfaitement sains et aérés, les cours grandes et multipliées, et le sol convenablement sec. Mais cette population de mendiants, débilités en partie par de longues privations, en partie par l'inconduite et les excès de boisson, devait plus que toute autre subir l'influence de l'épidémie. Ce qui le prouve, c'est qu'aucun cas de choléra ne s'est fait remarquer dans le faubourg de Laneuville au milieu duquel est bâti Montreuil. »

Les raisons invoquées par le *Journal de l'Aisne* ne sont malheureusement rien moins que fondées. La bénignité que le choléra a affectée au dépôt de Saint-Denis, entre autres preuves, le démontre suffisamment.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 7 AOUT 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 92.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 6 AOUT 1849.

Bulletin du choléra.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

Hôpitaux civils :

Journée du 1er août.......	23 entrées,	12 décès.
— 2	16	13
— 3	21	8
— 4	13	11
— 5	15	7
Hôpitaux militaires pendant les cinq jours....................	»	»
Total................	88	51

Total des décès dans les hôpitaux..........	6982
Total des décès à domicile jusqu'au 30 juillet inclusivement........	9500
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie....................	16482

Nouvelles du choléra.

Les nouvelles que nous continuous à recevoir des départements sont, à peu d'exceptions près, très rassurantes. Presque partout il est en voie de décroissance, et aucun département nouveau n'a été envahi. Nous croyons qu'il serait inutile de donner des détails plus circonstanciés, qui ne seraient en grande partie que la reproduction de ceux que nous avons donnés dans nos deux derniers numéros.

— A l'étranger, l'épidémie paraît également suivre une marche décroissante.

Londres a eu, la semaine dernière, quelques cas de moins que la précédente.

A Berlin, où la recrudescence a été fort intense, la mortalité est réduite à la moitié de ce qu'elle a été pendant sa plus grande intensité; mais elle était encore de 60 par jour à la date du 28 juillet.

En Belgique, l'épidémie semble également toucher à sa fin. Gand et Bruxelles ne comptent plus que quelques cas nouveaux chaque jour. Il y a eu plusieurs jours pendant lesquels on n'a compté aucun décès.

De l'utilité des tables de mortalité et de la manière dont elles doivent être conçues et exécutées. Quelques mots sur l'institution des vérificateurs des décès.

Nous sommes arrivés à un temps où personne ne conteste plus l'immense utilité des statistiques, non-seulement dans l'ordre des faits physiques, mais encore dans l'ordre des faits moraux. Tout le monde aujourd'hui, à l'exception de quelques esprits égarés, convient que c'est de l'emploi judicieux de ce puissant levier qu'on doit attendre les plus importants progrès des sciences, aussi bien et plus peut-être des sciences morales que des sciences physiques.

La médecine, l'hygiène publique surtout sont loin à cet égard de faire exception à la règle générale. Si l'utilité de l'application de la statistique à notre science a été plus longtemps contestée, si elle est encore admise moins généralement que dans les autres sciences, cela tient d'une part à ce que nous sommes en général trop peu familiers avec les problèmes que la statistique a résolus jusqu'à ce jour, et d'autre part, de ce que l'application de cette méthode à la médecine offre des difficultés toutes particulières ; difficultés que des esprits paresseux ou débiles ont prises pour des impossibilités, sans songer que ces impossibilités, si elles étaient réelles, seraient, pour beaucoup de questions, la négation de la science elle-même. Comment, par exemple, savoir si une amputation donnée réussit mieux dans telle localité que dans telle autre, si l'on n'a préalablement établi par la statistique les résultats obtenus dans les deux localités? Comment peut-on s'assurer que tel climat est plus favorable aux phthisiques que tel autre, sinon en établissant par la statistique la fréquence relative de la phthisie dans les deux climats? Que de questions en médecine sont dans ce cas !

Mais si nous sommes profondément convaincu de l'immense utilité des statistiques en médecine, nous sommes convaincu aussi que, pour être utiles, ces statistiques doivent être d'une rigoureuse exactitude ; nous sommes convaincu que, si elles n'offrent pas ce caractère, elles sont un instrument aussi dangereux qu'il pourrait être utile ; nous sommes convaincu enfin que, pour donner aux statistiques ce caractère de précision si indispensable, on a souvent des difficultés excessives à surmonter. Loin de dissimuler ces difficultés, il appartient aux partisans sincères et désintéressés de cette méthode de les signaler dans tout ce qu'elles ont de moins accessible. C'est dans ce but que nous appelons aujourd'hui l'attention du public scientifique sur les tables de mortalité qui ont été l'objet d'une note insérée dans le dernier numéro des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale,* sous ce titre : *Tableau nosographique des maladies qui peuvent être cause de mort.*

Ce n'est point, bien entendu, sur le système nosographique qui a présidé à l'édification du tableau annexé à cette note que nous désirons nous appesantir. Nous savons parfaitement qu'une classification rationnelle des maladies est impossible dans l'état actuel de la science, et quoique dans ce tableau on ne trouve point de place pour les rétrécissements de l'urètre, quoique toutes les maladies de la peau ou à peu près, depuis l'érythème jusqu'à l'éléphantiasis des Grecs, s'y trouvent désignées et confondues sous le nom de *dartres,* quoique la fièvre puerpérale y soit classée parmi les inflammations de l'appareil digestif, etc., etc., nous passerons facilement condamnation sur ces imperfections, et nous admettrons volontiers que ce tableau n'est pas sensiblement plus mauvais qu'un autre pour dresser les listes nécrologiques de la population.

Nous n'insisterons pas beaucoup plus sur l'utilité de ces tables de mortalité; lors même qu'elles se borneraient à indiquer l'âge et le sexe des individus décédés, les lieux et l'époque où la mort est survenue, on en pourrait déjà tirer d'importantes conséquences hygiéniques, ainsi que le démontrèrent surabondamment les importantes améliorations introduites dans l'état sanitaire de la garnison des possessions anglaises, améliorations qui, toutes, sont exclusivement fondées sur la connaissance de ces faits. Mais, ainsi que nous l'avons fait pressentir par la simple allusion que nous avons faite à la phthisie et aux amputations, ce n'est point à de semblables résultats, quelque importants qu'ils soient, que la science doit borner son ambition ; elle doit tenter d'aller beaucoup plus loin. Pour cela, il faut que les tables de mortalité offrent des garanties d'exactitude dont elles sont malheureusement dépourvues, au point que presque tous les travaux pathologiques dont on voudrait en faire la base seraient inévitablement entachés des plus graves erreurs. C'est sur ce fait regrettable que nous demandons au lecteur la permission de nous arrêter un instant.

Le défaut d'exactitude des tables de mortalité, au point de vue pathologique, vient de trois sources : de la manière dont ces tables sont construites, de la manière dont elles sont exécutées ou plutôt remplies, enfin des imperfections de la science elle-même et des dissentiments scientifiques qui en sont la conséquence.

Quant à la manière dont ces tables sont construites, un vice radical les domine; elles ne laissent aucune place pour les maladies d'un diagnostic incertain ; elles supposent que le médecin doit toujours être instruit de la cause de la mort, et les employés de l'administration exigent, en conséquence, qu'on inscrive sur le certificat de décès une des maladies indiquées au tableau, faute de quoi ils ne se font point scrupule de suppléer eux-mêmes au silence du médecin trop consciencieux. Tout le monde comprend les inconvénients d'un pareil procédé. Si, comme il arrive malheureusement trop souvent, le médecin qui a soigné un malade pendant longtemps, qui en a même fait l'autopsie, est embarrassé pour déterminer nettement la cause de la mort, que sera-ce de celui qui n'aura vu qu'en passant un cadavre? Nous ne croyons pas exagérer en avançant que par le fait de cette première imperfection, la moitié, et peut-être plus, des maladies qui sont inscrites sur les tables de la mortalité comme cause de mort y sont jetées au hasard, ce qui suffirait déjà pour rendre impossible tout travail pathologique, et même la plupart des

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Le chantre du choléra. — Les observateurs non grammairiens. — Applications du télégraphe électrique à la médecine.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

La gloire de Fracastor et de quelques autres médecins poètes troublait depuis longtemps le sommeil de notre confrère N.... ; celui-ci n'attendait qu'une occasion pour disputer la palme à ses prédécesseurs ; cette occasion est venue avec le choléra. Quand on a chanté la syphilis, s'est dit notre confrère, on peut bien chauter le choléra, et franchement je ne vois pas ce qu'on pourrait objecter à un pareil raisonnement. Donc M. N...., une fois bien persuadé que le choléra était digne de sa lyre, saisit cet instrument, se dirigca vers le mont Parnasse (ne pas confondre avec la barrière Vaugirard), et, inspiré par la source et les ombrages de ce mont merveilleux, il laissa s'échapper de ses lèvres des vers harmonieux dont il me suffira de vous citer quelques-uns pour vous permettre d'apprécier la beauté de tous les autres. Comme le traitement et la prophylaxie sont points capitaux du sujet, ce sont eux surtout qui ont inspiré le poète. Le poète commence cependant par poser d'abord, en quelques vers admirablement sentis, les principes généraux de la science épidémlologique en proclamant cette sentence d'une vérité aussi incontestable qne poétique :

> Toute calamité, quelle qu'en soit la cause,
> Augmente la mortalité d'une terrible dose.
> C'est une vérité qu'on ne peut contester.

Puis il chante dans les vers suivants la vraie méthode prophylactique :

> Le principal (préservatif) est pour sûr des cartes de bouillon,
> Dont les malheureux ont un pressant besoin,
> En attendant qu'on puisse leur procurer du pain.
> La vie et la santé sont aux conditions
> Du libre exercice de toutes nos fonctions.
> Si l'une d'elles manque, tout le corps dépérit.
> Les mauvais aliments et les peines d'esprit
> Tiennent le premier rang parmi tant de causes
> Qui nous procurent inflammations et névroses.

Je crois que vous devez être satisfait de ces principes d'hygiène et de physiologie, et, si la France est beureuse de posséder uu tel poète, il me semble que les malades ne sont guère moins henreux de posséder un tel médecin. Vous allez voir, en effet, que sa thérapeutique n'est pas au-dessous de sa prophylaxie ; lisez plutôt :

> Les médecins instruits, bons, zélés et humains,
> Traiteront leurs frères en dévoués chrétiens,
> Prescriront bains chauds, de l'excellent bouillon,
> D'envelopper le cholérique, comme de raison,
> D'une bonne, grande et chaude couverture,
> En supprimant l'usage du nuisible chlorure.

Vous voyez que le poète a suivi les progrès de la science et qu'il réduit à sa juste valeur ce puant chlorure qui n'est bon qu'à tourmenter la pituitaire et à enrichir les pharmaciens ; mais n'interrompons pas.

> Depuis dix-huit cent trente-deux, ce simple traitement
> A toujours eu, partout, un succès très constant;
> Le malade rassuré, réchauffé comme il faut,
> Invoque son Dieu, reçoit secours d'én haut,
> Use de boissons gommeuses acidulées,
> De bons potages au gras sagement préparés.

Il ne s'agit pas, en effet, d'ingurgiter aux malades des potages à la Viot ni à la Rousseau l'aquatique, mais bien des potages *sagement* préparés ! Avec quel art infini la sagesse est ici mise dans le pot-au-feu ! Quand on met de la sagesse jusque dans la cuisine, on n'est pas seulement un poète inimitable, on est encore un digne héritier d'Hippocrate. Je pense encore, cher confrère, que ce dernier trait couronne l'œuvre et qu'il serait superflu désormais de chercher encore à vous faire apprécier le mérite d'un homme qui est à la fois l'Achille et l'Homère du choléra, et dont je ne puis m'expliquer le double talent qu'en admettant qu'il est à la fois fils d'Esculape et d'Apollon ; mais je ne sais pas trop si la chose se peut, physiologiquement parlant. Je ne terminerai cependant pas sans vous faire admirer la péroraison par laquelle notre confrère achève son magnifique poème. Le sujet de cette péroraison n'a pas à la vérité grand chose de commun avec le choléra ; mais ce brusque changement d'idées, au moment où l'on s'y attend le moins, n'en produit qu'un effet plus pindarique. Cette péroraison est d'ailleurs l'œuvre d'un bon citoyen, puisqu'elle chante le chef que la République s'est donné ; elle établit un parallèle qui est tout au profit de notre prési-

travaux purement hygiéniques. Il est donc urgent d'introduire dans les tables de mortalité une colonne pour les causes de mort *incertæ sedis;* lors même que cette colonne devrait renfermer à elle seule les neuf dixièmes des causes de mort, la science tirerait un plus grand parti de l'autre dixième, reconnu vrai, que de tous les dixièmes dont quelques-uns seulement seraient faux; car deux dixièmes de faits faux suffisent pour entacher d'erreur les déductions fondées sur huit dixièmes de faits vrais.

Quant à la manière dont les tables sont remplies, ou, si l'on aime mieux, au mode que suit l'administration pour arriver à connaître les causes de mort, rien ne laisse plus à désirer. Non-seulement les médecins chargés de vérifier les décès ne sont pas soumis à des épreuves suffisantes, mais encore aucune surveillance sérieuse n'est exercée sur eux relativement à l'objet qui nous occupe. Si quelques-uns remplissent leurs fonctions scrupuleusement, c'est absolument pour l'acquit de leur conscience; car rien ne les empêche d'écrire *pustule maligne* là où l'on devrait écrire *apoplexie*, et ainsi de suite. Ce défaut de toute organisation sérieuse mérite d'appeler la sérieuse attention de l'administration; car de quelque façon que celle-ci comprenne son rôle, elle a des réformes considérables à opérer. Si elle n'a d'autre but, en instituant des vérificateurs des décès, que de s'assurer que les déclarations de décès faites aux mairies sont bien réelles, les sacrifices que fait l'administration sont trop grands; si, au contraire, elle veut en outre rassembler des matériaux qui puissent être utiles à la science et à l'administration elle-même, ses sacrifices sont insuffisants et son organisation défectueuse. Il est à désirer qu'elle songe sérieusement à cet état de choses.

La troisième cause de la défectuosité des tables réside, avons-nous dit, dans les imperfections mêmes de la science et dans les dissidences scientifiques qui en sont la suite. On conçoit très bien, par exemple, que, suivant les idées médicales de tel ou tel vérificateur, la même maladie soit qualifiée de gastro-entérite par les uns, de fièvre typhoïde par les autres; de bronchite par celui-ci, de phthisie pulmonaire par celui-là. L'examen des tables de mortalité de notre population d'Algérie sont très curieuses à parcourir sous ce rapport. Les différences qui existent dans la fréquence des mêmes maladies sur les tables de 1831 et 1832, d'une part, et sur celles de 1845 et 1846 d'autre part, montrent d'une manière frappante les erreurs qui peuvent provenir des dissidences scientifiques. Toutefois, celte cause d'erreur, qui semblerait, au premier abord, la plus sérieuse, serait, au contraire, la plus facile à détruire si les médecins chargés de dresser les tables étaient soumis à une organisation sérieuse. Comme, en définitive, il suffit d'avoir des observations comparables pour être conduit à des résultats utiles, il serait très facile de s'entendre pour donner constamment un même nom à une maladie caractérisée par tels et tels symptômes, sans pour cela forcer les convictions scientifiques de personne, et tout en laissant à chacun la liberté de considérer cette maladie à un autre point de vue que celui adopté pour la rédaction des tables; il ne s'agit plus en effet ici de traiter une maladie en conséquence de tel ou tel système, mais seulement d'avoir des noms uniformes pour désigner les mêmes choses.

Quant aux maladies mal caractérisées, et auxquelles un médecin consciencieux et instruit ne pourrait donner un nom à cause de l'imperfection de nos connaissances, c'est là un mal sans remède; mais, nous l'avons dit, ce mal n'aurait que de très légers inconvénients si l'on consacrait une colonne spéciale aux maladies de ce genre.

La note qui a été l'objet de ces remarques, que nous aurions pu étendre bien davantage, nous promet de nous faire connaître dans un temps peu éloigné les travaux qui ont été exécutés depuis 1809 d'après les tables de mortalité. Lorsqu'on aura tenu cette promesse, nous aurons sans doute l'occasion de démontrer l'exactitude des réflexions que nous venons de soumettre à nos lecteurs.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Piorry.

Quelques considérations sur l'augmentation du volume de la rate et sur les fièvres intermittentes,

Recueillies par M. A.-H. MARGERIE.

La violence de l'épidémie nous avait, pendant quelque temps, privés d'une classe de malades que, durant tout le cours de l'année, on trouve en grand nombre dans nos salles; nous voulons parler des malades atteints de fièvres intermittentes. Plusieurs exemples intéressants sont en ce moment offerts à votre observation; cette circonstance nous fournit une heureuse occasion de vous entretenir d'un point de pathologie qui a été et qui est encore aujourd'hui, à notre grand étonnement, un objet de controverse; nous ne saurions le faire d'une manière plus utile qu'en essayant de résoudre les principales objections par lesquelles on a combattu notre manière d'envisager les fièvres intermittentes.

La plus sérieuse de ces objections consiste dans cette assertion, que, dans beaucoup de cas de fièvres intermittentes, on n'a pas constaté d'augmentation de volume de la rate.

Disons-le immédiatement, le fait que nous énonçons ici est en opposition formelle avec ce que nous a démontré notre longue expérience. Pour expliquer un pareil résultat, nous sommes forcé de recourir à une supposition : les observateurs qui ont dirigé de ce côté leurs travaux et leurs recherches ont dû négliger quelqu'une des précautions que l'emploi de la percussion réclame en pareil cas. Combien de fois ne nous est-il pas arrivé à nous-même, combien de fois n'est-il pas arrivé, sous nos yeux, à des praticiens habiles et exercés, de tomber dans des erreurs grossières en voulant déterminer, à l'aide de la percussion digitale, la limite supérieure de la rate? Le plessimètre venait alors nous apprendre combien nous nous étions trompé. Il était difficile qu'il en fût autrement; c'est que la percussion pratiquée avec l'intermédiaire du doigt ne comporte pas le degré de force nécessaire pour découvrir la limite exacte de certains organes; ceux, par exemple, que recouvre une épaisse couche de poumon, comme il arrive pour la rate et pour le foie à leur partie supérieure.

Ajoutez que dans quelques cas rares de lésion splénique et de névralgies intercostales à gauche, où l'on observe des fièvres intermittentes sans augmentation de volume de la rate, la fièvre d'accès ne présente pas entièrement les caractères ordinaires de celle qui se déclare sous l'influence des miasmes paludéens. Il y a vingt ans que notre attention s'est arrêtée sur ce point; pendant ce long intervalle, nous avons tenu compte de toutes les oppositions, de toutes les observations qui nous ont été faites, nous sommes arrivé à la conclusion que nous formulons ici : dans tous les cas de fièvres intermittentes paludéennes, il y a tuméfaction de la rate.

On a dit encore : il y a des gonflements de la rate qui ne s'accompagnent pas de fièvres intermittentes.

Nous répondons : quand un poumon est atteint d'une inflammatin aiguë, il cause un mouvement fébrile avec tous les symptômes généraux de la pneumonite; quand une dent est récemment cariée, elle détermine une névralgie. Mais le poumon qui est le siége d'un engorgement chronique, je dirai plus, qui est infiltré d'une grande quantité de tubercules à l'état de crudité, ne donne lieu quelquefois ni à la fièvre, ni à aucun autre accident actuel; mais la dent qui est depuis longtemps cariée, dans le plus grand nombre des cas, ne cause aucune douleur. Niera-t-on, en présence de ces faits, que le poumon nouvellement enflammé, que la dent nouvellement cariée ne soient la cause de la fièvre et de la névralgie?

La rate malade d'une manière aiguë produit la fièvre d'accès; la rate malade d'une manière chronique, dans des cas exceptionnels, produit simplement cet état qu'on a appelé cachexie splénique; le plus souvent elle est en même temps le point de départ de quelques phénomènes fébriles irréguliers qui peuvent passer inaperçus : un de nos malades nous en fournit en ce moment la preuve. A ces phénomènes fébriles se joignent presque constamment des sueurs périodiques.

Une autre objection est la suivante : Quand il y a tuméfaction de la rate après un petit nombre d'accès, cette tuméfaction est peu considérable et disparaît pendant l'apyrexie.

Nous devons ici déclarer que plus de mille fois nous avons mesuré la rate dans l'intervalle d'accès fébriles intermittents, et que toujours nous lui avons trouvé les mêmes dimensions que pendant la durée de ces mêmes accès. Depuis dix ans que notre attention s'est dirigée de ce côté, nous n'avons jamais vu les accès fébriles amener une augmentation dans le volume de la rate, et si nous avons pensé que ce phénomène pouvait avoir lieu, il faut l'attribuer à ce que nous nous étions préoccupé des anciennes idées dans le cours de nos travaux sur les résultats de la percussion plessimétrique appliquée à l'étude des splénopathies.

Nous n'abandonnerons pas cette objection sans faire une légère remarque : Cette tuméfaction de la rate *après un petit nombre d'accès*, dont on vient nous parler ici, ne serait-ce pas un aveu implicite que la rate est volumineuse dès les premiers accès? Et cet aveu n'infirme-t-il pas, au moins en partie, le fait qui est le fond même de l'objection que nous avons rapportée en premier lieu?

Une autre assertion nous a encore été opposée : Quand, après plusieurs mois de fièvre intermittente, on a trouvé une tuméfaction de la rate, on a observé, dans beaucoup de cas, que cette tuméfaction était considérable et qu'elle persistait pendant l'apyrexie.

Si nous en croyons les résultats de notre observation personnelle, la rate n'augmente de volume chez un malade qui a eu un grand nombre d'accès que lorsqu'elle est le siége de lésions organiques, ou bien lorsque le malade reste soumis à l'action des miasmes paludéens. Nous avons percuté plus de deux mille rates, peut-être, sans observer cet accroissement dont il est fait mention.

On s'est demandé comment il se pouvait faire que, dans les cas de tuméfaction permanente et considérable de la rate, la fièvre ne devînt ni continue, ni plus intense.

Mais personne n'ignore qu'une dent cariée, qu'une lésion anatomique des nerfs, qu'une maladie organique du cerveau, de l'utérus, déterminent des névralgies, des névropathies, des encéphalies intermittentes, bien que la lésion soit continue. Or, si des lésions continues déterminent en général des phénomènes intermittents, on ne peut être fondé à admettre que la rate ne soit pas le siége de fièvres intermittentes par cette raison qu'elle demeure constamment volumineuse.

Enfin, on a dit : Il n'y a pas de douleur dans la région splénique dans les fièvres intermittentes.

Nous disons, nous, à notre tour : Plus de cent fois nous avons observé dans le côté gauche une douleur dont le siége correspondait à la position de la rate; cette douleur était nettement circonscrite dans les limites plessimétriques de l'organe; elle se manifestait sous l'influence de la pression et principalement de la percussion. Une fièvre d'accès existait en même temps. On peut juger par là que la rate est souvent douloureuse; si cette particularité a échappé à l'attention de quelques praticiens, il faut l'attribuer à un jeu du hasard ou à une exploration insuffisante.

Du reste, nous sommes loin de partager cette opinion qui consiste à regarder l'engorgement de la face, à l'occasion d'une dent cariée, comme la conséquence de la névralgie que l'on peut observer dans cette circonstance. A nos yeux, cet engorgement est le résultat d'un abcès alvéolaire ou sous-gengival, et nous disons : *point de fluxion sans abcès autour de la dent*. On vient parler de névralgie trifaciale causant un engorgement de la face; nous devons l'avouer, c'est là une de ces raretés que nous n'avons point rencontrées; aussi nous permettrons-nous de penser que ces cas de prétendues névralgies étaient compliqués de souffrances dentaires et que ces souffrances sont restées inaperçues. Nous pourrions en ce moment présenter comme sujet à étudier un de nos malades de la province : il est atteint d'une névralgie trifaciale, et il n'est nullement difficile de se convaincre que cette névralgie ne détermine aucun engorgement de la face. Si rien ne nous est moins prouvé que l'engorgement de la face, comme conséquence d'une névralgie, on ne s'étonnera pas que nous refusions de regarder le gonflement de la rate comme le résultat d'une névralgie, en prenant pour base d'un raisonnement par voie d'analogie un fait que nous croyons devoir contester.

---

dent. Après avoir chanté les moyens de prévenir et de guérir le choléra, notre poète ajoute :

> Le zélé Bonaparte, Louis-Napoléon,
> Consolide l'œuvre, sauve la génération;
> Il aime l'agriculture, hait le paupérisme
> Qui déshonore l'homme, le conduit au crime,
> Corrompt les mœurs, insulte la religion,
> Est la honte et la ruine de la nation.
> Mais pour l'anéantir le brave président
> Connaît le moyen immanquable, tout-puissant;
> Il sait que l'agriculture, noble et féconde,
> En heureux résultats, pacifie le monde,
> Donne la sécurité au peuple travailleur,
> Et conduit les nations au suprême bonheur.

Amen!...

— La poésie du docteur N... me fait naturellement songer à la prosodie et la prosodie à la grammaire. Vous avez agité l'autre jour un problème qui me paraissait assez intéressant, et sur la solution duquel vous n'avez peut-être pas assez insisté. Il s'agissait de savoir si un médecin pouvait être très bon observateur sans savoir l'orthographe. Vous avez répondu par la négative; or, je dois vous prévenir que tout le monde n'est pas de votre avis, et comme je crois que vous êtes dans le vrai, je vous demande la permission de vous prêter le faible appui de ma dialectique. Je suis d'avis, et vous aussi, je n'en doute pas, qu'un homme qui n'aurait jamais fait d'études pourrait être un excellent observateur, quoique ne sachant point l'orthographe, parce qu'avec de la sagacité et beaucoup de jugement on peut apprendre seul à bien voir les faits et à les juger sainement; c'est là, en quelque sorte, un talent naturel qu'un esprit ingénieux peut acquérir en se concentrant sur lui-même; au lieu qu'un esprit, quelque ingénieux qu'il soit, ne pourra jamais, sans un secours étranger, apprendre l'orthographe, qui est une science toute de convention. Mais est-ce à dire que l'orthographe soit plus facile à apprendre que l'observation? Il s'en faut bien, et je n'admets pas que celui qui observe même médiocrement bien eût été incapable d'apprendre l'orthographe, s'il avait consacré plusieurs années à l'étude. Aussi, je vous avoue que je n'accorderai jamais qu'une très médiocre confiance aux observations d'un bachelier ès lettres qui commencera une correspondance scientifique en ces termes, comme j'ai pu en voir un exemple récemment :

« Depuis que j'ai *eut lonneur* de vous écrire », etc.

Je croirai toujours qu'il faut plus d'intelligence pour apprendre à constater et à décrire tous les symptômes d'une maladie que pour apprendre à conjuguer le verbe *avoir*.

— Dans la dernière séance de l'Académie des Sciences, M. Séguier a fait un long et intéressant récit du mode de fonctionnement et des diverses applications du télégraphe électrique en Angleterre. L'honorable académicien a oublié de parler des applications médicales.

Une de nos plus grandes célébrités chirurgicales racontait, à la même séance, l'anecdote suivante :

« Il y a quelque temps, je me rencontrais à dîner chez un de nos confrères de Londres. Pendant le dessert, on vint apporter à notre hôte un billet dans lequel on le priait instamment de partir immédiatement pour voir un malade à 40 lieues environ de Londres. Notre confrère répondit qu'il avait beaucoup à faire dans la soirée, et demanda si l'on ne pourrait pas attendre jusqu'au lendemain. Au bout de vingt minutes, on rapporta une réponse dans laquelle on suppliait le médecin de partir sur-le-champ, le cas étant excessivement pressant. La demande et la réponse avaient ainsi parcouru 80 lieues (chacune 40 lieues) en vingt minutes, grâce au télégraphe électrique. Il est inutile d'ajouter que l'honorable praticien prit immédiatement le chemin de fer, et que quatre heures après la réception de la réponse, il était auprès de son malade. »

Pour peu que les progrès de la science *locomotrice* continuent, il suffira bientôt d'un seul médecin et d'un seul chirurgien pour faire toute la clientèle d'un pays comme la France ou l'Angleterre. Il est temps pour nos humbles praticiens de songer à cette éventualité.

X...

NOUVELLES.

Notre respectable et distingué confrère, M. le Dr Bretonneau, de Tours, vient d'être nommé officier de la Légion-d'Honneur.

— Le comité sanitaire de Londres a publié le rapport suivant sur le choléra :

Le 2 août. — Londres, et les environs, attaques 259, décès 119; Angleterre et Pays de Galles, attaques 271, décès 122; Ecosse, attaques 32, décès 18. — Total : attaques 562, décès 259.

Le 3 août. — Londres et ses environs, attaques 331, décès 137; Angleterre et Pays de Galles, attaques 305 décès 131; Ecosse, attaques 40, décès 19. — Total : attaques 676, décès 287.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 août 1849. — Présidence de M. Boussingault.

Traitement de l'hydrocèle.

M. Bonnafont, chirurgien de l'hôpital militaire d'Arras, communique l'observation d'une hydrocèle traitée par une nouvelle méthode, laquelle consiste à injecter dans la tunique vaginale du gaz ammoniac au lieu d'un liquide ; pour injecter ce gaz, l'auteur emploie une pompe particulière. Cette opération a été suivie d'une guérison qui ne s'était point démentie deux mois après.

Traitement de la phthisie.

M. le docteur Le Couppey lit une note sur la curabilité de la phthisie. Le traitement mis en usage par ce médecin consiste dans l'administration à l'intérieur de la pommade mercurielle en pilules à la dose de 5 à 40 centigr. par jour, moitié le matin, moitié le soir.

Physiologie et pathologie du système dentaire.

M. Duval, membre de l'Académie de médecine, dépose un mémoire volumineux sur la physiologie et la pathologie du système dentaire. Nous donnerons une analyse de ce travail important.

Etudes sur la respiration.

Nous sommes également obligé de renvoyer à un prochain numéro l'examen d'un mémoire extrêmement important sur les phénomènes chimiques et physiques de la respiration, communiqué par MM. Regnault et Reiset.

Monument à élever à la mémoire de Desault.

M. Lelut envoie une feuille de souscription pour un monument à élever à la mémoire de Desault. Ce monument sera érigé dans la ville de Lure (Haute-Saône), aux portes de laquelle Desault a reçu le jour.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 25 juillet 1849. — Présidence de M. Deguise père.

M. Giraldès, à l'occasion du procès-verbal, revient encore sur le fait relatif à une tumeur sublinguale opérée par M. Lenoir à l'hôpital Necker. Cette tumeur, ponctionnée d'abord, et vidée de la matière qu'elle contenait, a été ouverte une seconde fois pour donner issue à une assez grande quantité de pus et de gaz fétides. M. Giraldès, en prenant le service de M. Lenoir, a élargi enfin cette ouverture; il a constaté que la salive devient très abondante pendant la mastication, et en faisant des injections dans le kyste il a constaté aussi le passage du liquide dans la cavité buccale par l'orifice du conduit de Warthon. La conséquence à déduire de ce fait est qu'il ne s'agit pas d'un kyste juxta-posé à la glande sous-maxillaire, mais d'une tumeur formée par le conduit de Warthon lui-même.

M. Huguier fait observer que dès le principe il avait été question d'un kyste, à l'existence duquel on avait cru; de là, par conséquent, des difficultés inévitables pour le diagnostic qu'il croit utile de signaler.

M. Giraldès explique comment, la première fois qu'il s'est agi de ce fait, la discussion ne s'était pas établie sur l'étiologie de la tumeur, puisqu'il n'y avait pas d'opinion arrêtée à cet égard; mais il reconnaît que le diagnostic a été porté trop précipitamment; car les preuves à l'appui le contredisent aujourd'hui.

— M. Monod pense devoir s'excuser d'appeler encore l'attention de la Société sur le sujet presque épuisé des fractures non consolidées; mais le fait qu'il désire faire connaître lui semble digne de quelque intérêt. Il veut parler d'une fracture du fémur chez un homme adulte, d'une bonne constitution, qui fut renversé par un coup de pied de cheval et tomba dans un trou profond. Ce fut ainsi que le fémur se brisa en perforant la peau par son fragment supérieur, lequel présentait au dehors une saillie prononcée. Le blessé, transporté à l'hospice le même jour (19 mars 1847), reçut les soins de M. Monod, qui le fit examiner occasionnellement par M. Vidal. Le membre fut enveloppé d'un appareil contentif et placé sur le plan incliné, avec les précautions nécessaires pour maintenir cette position et assurer l'immobilité prolongée; mais deux mois après il n'y avait pas de consolidation. Un appareil inamovible fut substitué à l'autre, et sembla favoriser la formation du cal. Il n'en était rien encore; un troisième bandage n'eut pas plus d'efficacité, les fragments restaient mobiles. Ce fut enfin et seulement quatorze mois après, c'est-à-dire au mois de mai 1848, qu'à l'aide d'un nouvelle appareil inamovible et d'un double plan incliné s'effectua la consolidation. M. Marjolin père a vu un cas analogue de fracture de cuisse dont la consolidation se fit attendre pendant dix-huit mois, sans qu'aucune cause appréciable ait pu expliquer ce long retard.

Quant au fait qui lui est propre et dont il vient de parler, M. Monod ne peut se rendre compte du défaut de consolidation par une influence quelconque de diathèse générale, tandis qu'il l'attribue volontiers à une circonstance toute locale. C'est, selon lui, l'interposition entre les fragments de quelque faisceau musculaire qui aura mis obstacle à leur juxta-position; et ce qui fait supposer qu'il en a été ainsi, c'est que, lors de la dernière application d'appareil, la mobilité devint plus sensible, en même temps que le membre, s'allongeant davantage, se prêta mieux à la coaptation.

M. Chassaignac apprécie les conséquences pathologiques et thérapeutiques du fait raconté par M. Monod, et il fait observer que le retard à la consolidation des fractures compliquées est généralement connu des chirurgiens, tant que les complications s'opposent à la formation du cal; mais il déclare aussi que le cas dont il vient d'être question, représentant une fracture compliquée de plaie, n'est point assimilable à celui qu'il a exposé lui-même précédemment, malgré les inductions utiles que l'on peut tirer de l'observation de M. Monod. M. Chassaignac répète enfin la question de principe qu'il a soulevée dans une autre séance, à savoir : si, dans l'état actuel de la science, il n'est pas une époque au delà de laquelle on ne doit plus espérer la consolidation d'une fracture.

— M. Maisonneuve présente les extrémités osseuses d'une articulation du genou, dont il a pratiqué la résection, pour un cas de tumeur blanche; et avant de faire connaître le fait qui s'y rapporte, il expose quelques considérations générales à ce sujet.

La résection de l'articulation du genou, dit-il, est une opération abandonnée depuis longtemps, et qui a été d'ailleurs très peu pratiquée en France. M. Roux est peut-être le seul qui l'ai faite il y a une vingtaine d'années environ, et depuis on n'y a pas eu recours. M. Velpeau, dans son ouvrage de médecine opératoire, et les autres auteurs de livres de chirurgie, ont blâmé la résection du genou, et ont fondé leur blâme sur le raisonnement, faute de pouvoir l'étayer assez sur les faits. M. Maisonneuve lui-même avoue qu'en démontrant la médecine opératoire aux élèves, il avait soin de leur signaler cette résection comme mauvaise et devant être délaissée tout à fait. Il raisonnait en cela théoriquement; mais en répétant l'opération sur le cadavre il fut étonné de l'apparence avantageuse du résultat, surtout par un procédé qu'il imagina et qu'il se promit dès lors d'essayer sur le vivant à la première occasion. Ce procédé, comme celui de Syme, enlève la rotule par une large ouverture circulaire formant une plaie isolée, découverte à la face antérieure du membre. L'occasion attendue par M. Maisonneuve s'est présentée à lui. Un jeune homme de dix-neuf ans est entré récemment à l'hôpital Cochin pour une tumeur blanche du genou qui, après avoir débuté par les parties molles, avait envahi les parties dures, et semblait avoir altéré profondément les os.

L'amputation de la cuisse avait été déjà décidée; mais, par réflexion, M. Maisonneuve résolut de faire la résection du genou. Son malade se trouvait dans d'assez bonnes conditions pour lui donner à penser que les avantages de cette opération en compenseraient les inconvénients. C'est en effet, dit-il, une opération prompte, facile et simple, qui ne nécessite pas une seule ligature, puisqu'elle n'expose à la lésion d'aucun vaisseau, non plus qu'à celle d'aucun nerf. La plaie qui en résulte est nette et laisse au pus un écoulement libre.

Voici comment M. Maisonneuve a procédé à cette opération :

Deux incisions semi-elliptiques, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la rotule, ont circonscrit un lambeau qui a été entièrement détaché avec cet os; la section des ligaments latéraux et des ligaments croisés faite ensuite a permis de luxer la jambe sur la cuisse; la résection des extrémités articulaires du fémur et du tibia a été successivement faite de dedans en dehors ou d'arrière en avant à l'aide d'une petite scie sans toucher au péroné. Un repli de la membrane synoviale formait derrière le tendon du triceps crural un cul-de-sac assez profond; ce repli fut incisé, et il en résulta une plaie libre dans toute son étendue, bien circonscrite par cette membrane séreuse. Un appareil convenable a maintenu le membre dans l'extension, et l'opération, qui date de neuf jours seulement, fait présager à M. Maisonneuve un heureux résultat.

La plaie se recouvre de bourgeons charnus de bonne nature, qui s'étendent même déjà sur les surfaces osseuses, et la cicatrisation semble ainsi assurée.

Quant à l'altération des os, comme elle est survenue consécutivement à l'altération des chairs, elle se trouve assez bornée, superficielle même, comme on peut le voir sur la pièce anatomique; c'est pourquoi il a été possible de réduire la résection à d'étroites limites sans exposer le membre à un raccourcissement considérable.

M. Maisonneuve, après cet exposé du fait particulier, en apprécie les conséquences générales. La plaie qui résulte de la résection du genou est, selon lui, une plaie comparable à celle d'une fracture compliquée, quant à la longueur du traitement, moins la gravité de la lésion. La section des os, il est vrai, offre une large surface; mais cette section, portant sur la partie spongieuse, lui semble présenter moins d'inconvénients que n'en aurait la section de la partie compacte.

En résumé, M. Maisonneuve croit la résection du genou moins grave que l'amputation de la cuisse, parce que la plaie des os et des parties molles est simple, et préserve les vaisseaux et les nerfs contre l'instrument tranchant; elle met aussi l'opéré à l'abri non-seulement de l'hémorrhagie, mais de la phlébite et des fusées purulentes, accidents tellement à craindre après l'amputation de la cuisse qu'ils constituent trois grandes causes de mort. Si d'ailleurs l'une et l'autre de ces deux opérations se compensaient en quelque sorte sous plusieurs rapports, la résection serait encore préférable à d'autres égards. Ainsi un raccourcissement, fût-il même de quatre pouces, a plus d'avantage que le membre artificiel le mieux fait. Quant à la durée du traitement, il est bien vrai que la résection entraîne à sa suite beaucoup de temps pour guérir; mais les faits acquis jusqu'à présent sont encore trop peu nombreux pour permettre de décider cette question, si ce n'est *à priori*; et, sous ce point de vue seulement, l'amputation de la cuisse aurait une incontestable supériorité.

M. Gosselin déclare qu'il n'est pas touché des raisons que M. Maisonneuve a cherché à faire valoir en faveur de la résection, et il ne partage pas ses espérances. C'est par un raisonnement *à priori* qu'il répondra à des réflexions faites *à priori*. Et d'abord, s'il est vrai que la veine poplitée soit à l'abri d'une lésion hémorrhagique, il est vrai aussi que, sans être ouverte, elle est néanmoins exposée à la phlébite. N'y a-t-il pas à craindre, en outre, les effets résultant de la surface et du volume des os mis à nu, c'est-à-dire la traumatique et par suite la résorption purulente? Cet inconvénient-là semble dépasser l'avantage de ne pas ouvrir la veine, et de plus que, dans l'amputation de la cuisse, il faut une longueur de temps considérable pour assurer la guérison complète; de là évidemment une gêne proportionnée dans la station, dans la progression et dans les divers mouvements du membre. Les conclusions de ce raisonnement sont donc toutes défavorables à la résection.

M. Gosselin ajoute qu'il existe, comme le savent tous les chirurgiens, une grande différence entre les résections des membres supérieurs et celles des membres inférieurs, parce que ceux-ci, manquant d'un soutien solide, gagnent fort peu de chose à l'opération. En un mot, la résection du genou ne prendra pas dans l'art le rang qu'elle n'y a jamais obtenu.

M. Giraldès expose des considérations analogues à celles que vient de développer M. Gosselin, et, de plus, il signale le tort d'établir un parallèle entre l'amputation de la cuisse et la résection du genou, alors que M. Maisonneuve cite à l'appui de son opinion un seul fait, dont le résultat est même encore incertain pour lui, alors aussi qu'il n'a rien dit des opérés de Syme et de Park. De là résulte, dit M. Giraldès, la nécessité pour M. Maisonneuve de tenir la Société au courant de ce qui peut advenir à son malade, car lui a vu ailleurs des chirurgiens garder le silence sur les suites fâcheuses d'opérations qu'ils avaient entreprises avec hardiesse et dont ils avaient signalé prématurément le succès.

M. Maisonneuve, répondant d'abord à M. Gosselin, puis à M. Giraldès, qui l'a blâmé d'une façon indirecte, croit qu'il est d'usage à la Société de chirurgie, qu'il est utile même d'annoncer les cas intéressants dès leur apparition. C'est ce qu'il a eu l'intention de faire pour son compte.

Quant aux opérations pratiquées par Syme et Park, il sait que, sur onze ou douze, trois ont été suivies d'une guérison parfaite; mais ayant jugé ces faits encore insuffisants, il a cru devoir passer outre et renouveler lui-même l'épreuve. Il a eu de sérieuses raisons pour examiner pratiquement une opération presque ignorée en France, et, par cela même, il il repousse les critiques de M. Giraldès.

M. Maisonneuve se déclare satisfait d'ailleurs des objections qui lui sont adressées, parce qu'elles sont précisément celles qu'il s'était adressées à lui-même. Ainsi, la phlébite, dont M. Gosselin a exagéré les chances, est très rare, selon lui. Les faits sont loin de confirmer cette allégation.

La véritable objection, la seule bien sérieuse, il l'admet et la reconnaît fondée; c'est l'étendue des surfaces osseuses mises à découvert. Mais il lui a semblé, dit-il, sans en avoir la certitude et sans pouvoir en donner l'explication, il lui a semblé que les opérations pratiquées dans la partie spongieuse des os offraient moins de dangers que celles qui étaient faites dans la partie compacte. Le désavantage résultant de l'étendue des surfaces osseuses est donc contrebalancé, selon lui, par l'avantage d'opérer sur des épiphyses. Si, enfin, la guérison est obtenue par la résection, le résultat lui paraît plus favorable qu'après l'amputation.

M. Huguier approuve M. Maisonneuve d'avoir voulu juger par lui-même une opération que les chirurgiens ne sont pas tentés de faire ordinairement ; mais il lui adressera quelques objections. Il conteste d'abord l'idée émise par lui relativement au tissu spongieux ; et il craint, d'après les raisons mêmes indiquées déjà, la phlébite osseuse et l'infection purulente, quoique la dénudation et la nécrose lui semblent, à vrai dire, plus à redouter dans le tissu compacte.

M. Huguier reproche ensuite au procédé de M. Maisonneuve de laisser dans le creux poplité un cul-de-sac ou infundibulum au fond duquel le pus doit tendre à s'amasser. Il fait remarquer aussi que la capsule synoviale se prolonge souvent à l'articulation tibio-péronière, d'où les chances d'autres accidents. Il a rencontré récemment encore cette disposition chez un sujet qui semblait avoir un kyste du jarret, et qui, après la ponction de cette tumeur, tomba malade et mourut du choléra. L'autopsie démontra que ce prétendu kyste était une dépendance de la synoviale du genou formant une saillie dans le creux poplité.

M. Huguier ajoute que M. Maisonneuve se trompe en croyant ne pas ouvrir de gaînes tendineuses, tandis que, par son procédé, il intéresse nécessairement les tendons, et par conséquent les gaînes tendineuses des muscles jumeaux, poplité, biceps et demi-membraneux.

M. Chassaignac, approuvant le fait propre à M. Maisonneuve, en blâme cependant les conséquences tirées par lui, et il pense que la question en litige ne saurait encore avoir de solution définitive, parce qu'elle est dépourvue des éléments qui lui sont nécessaires. S'il avait, du reste, à pratiquer la résection du genou, il n'adopterait pas ce procédé-là.

M. Chassaignac, lui aussi, en a imaginé un dont l'exécution est facilitée par le tire-fond que M. Vidal propose d'employer pour les résections. Il fait une seule longue incision sur la face externe du genou, et enlève avec la scie à chaînette la tête du péroné après avoir réséqué le fémur et le tibia. Ce procédé assure au membre une position meilleure que celui de M. Maisonneuve.

Quoi qu'il en soit, dit M. Chassaignac, l'étendue de la plaie, après la résection du genou, est incontestablement plus considérable qu'après l'amputation de la cuisse, qui d'ailleurs peut se réunir par première intention. L'inconvénient des surfaces osseuses mises à découvert semble d'autant plus prononcé qu'il s'agit de la portion spongieuse des os, et on ne saurait nier une différence si désavantageuse quant à la durée de la guérison. Reste enfin des difficultés trop réelles dans la sustentation du membre et dans l'application des moyens de prothèse. Tels sont, en résumé, les inconvénients qui doivent être reprochés à la résection du genou.

M. Larrey, sans revenir sur les objections déjà faites à M. Maisonneuve, les approuve presque toutes en principe ; mais il pense que la discussion s'est peut-être écartée du cas spécial, très digne d'intérêt à lui seul, en s'engageant dans des généralités sur la valeur relative des résections du genou et des amputations de la cuisse. Et puisque les faits sont aussi rares d'une part qu'ils sont multipliés d'autre part, comment les apprécier judicieusement ?

Partageant sur un point l'idée émise par M. Maisonneuve, M. Larrey se contente d'examiner la question qui a trait à la section des os faite comparativement dans le tissu spongieux ou dans les épiphyses, et dans le tissu compacte ou dans la diaphyse. Pour lui aussi, la section du tissu spongieux paraît, toutes choses égales d'ailleurs, moins sujette que celle du tissu compacte à l'inflammation et à ses suites. En effet, dit M. Larrey, le canal médullaire des os longs, mis entièrement à découvert par l'action de la scie, lorsque la diaphyse osseuse est coupée, présente une voie toute ouverte, une bouche béante à l'inflammation, au pus, à la phlébite osseuse et à la résorption purulente, sans parler même de la dénudation interne de l'os et de la nécrose invaginée.

La cicatrisation est aussi plus lente à se faire sur le tissu compacte que sur le tissu spongieux; et si celui-ci, en effet, par sa disposition aréolaire et vasculaire si développée, semble plus exposé à l'inflammation, il en a besoin dans de justes limites, et se prête mieux dès lors au développement des bourgeons charnus, travail nécessaire à la réparation ou à la cicatrice osseuse.

M. Larrey, en émettant tout d'abord cette opinion, l'exprime avec réserve, et croit qu'elle aurait besoin d'être examinée plus en détail; mais pour la soutenir, il ne l'appuie pas seulement sur sa pratique personnelle, sans doute insuffisante, il la fonde bien plus encore sur l'expérience considérable de son père, qui préférait souvent faire les amputations dans la partie spongieuse des os, comme le démontrent quelques-uns de ses procédés opératoires.

M. R. Marjolin croit que, si les résections doivent être pratiquées dans un certain nombre de cas, c'est lorsqu'elles présentent des résultats tellement avantageux pour le malade, qu'ils compensent, en quelque sorte, les dangers auxquels l'opération l'expose. Pour lui, il considère d'une manière générale les résections comme étant beaucoup plus graves que les amputations. Il croit donc qu'il ne faut y recourir que dans un certain nombre de cas. Il a vu à Wurtzbourg, à l'hôpital de Ludwig, dans le service du professeur Textor, de nombreux cas de résections, et malgré l'enthousiasme dont on ne peut se défendre lorsqu'on entend ce célèbre praticien défendre la méthode qui lui a si souvent réussi, il croit qu'il faut établir une grande différence entre les résections du membre supérieur et du membre inférieur, se fondant sur ce point de pratique qu'il est très difficile de préciser, dans certaines maladies des os, le point où s'arrête leur altération. Dès lors, du moment qu'on est obligé de faire subir à l'os une perte de substance trop considérable, le raccourcissement se trouve tel, que pour le membre inférieur il n'y a vraiment aucun bénéfice, et on fait courir aux malades les chances longtemps prolongées d'accidents graves.

M. Vidal voulait prendre la parole sur cette question; mais il y renonce, parce qu'il ne croit pas à propos de prolonger la discussion. Selon lui, une discussion qui a pour point de départ un fait incomplet ne peut rouler que sur ce qui est généralement connu ou écrit dans tous les livres.

M. Vidal aurait désiré que M. Maisonneuve mît en présence de son malade quelques membres de la Société. On aurait pu alors engager avec fruit une discussion sur le choix qu'il y avait à faire, dans ce cas, entre l'amputation de la cuisse et la résection de l'articulation du genou.

M. Maisonneuve, pour clore la discussion, regrette de ne pouvoir accepter les objections qui lui ont été faites, parce qu'il les croit exagérées. Il persévère dans ses idées, en se réservant de les confirmer par une nouvelle expérimentation.

— M. Guersant présente le fémur d'une petite fille de sept à huit ans, qu'il a amputée pour une ostéite compliquée d'un énorme abcès de la cuisse en communication avec l'articulation du genou, et d'un décollement épiphysaire des condyles du fémur.

A cette lésion locale se joignit une *résorption purulente qui a cédé après trente-deux jours de l'emploi de l'extrait noir de quinquina et de l'alcoolature d'aconit.* La pièce offre un décollement de l'épiphyse des condyles luxés en arrière et entraînés par les muscles fléchisseurs de la cuisse. Le corps du fémur est frappé de nécrose dans son extrémité inférieure; et le canal médullaire est le foyer d'une matière blanche ressemblant à du pus concret, mais révélant, au microscope, une substance d'une nature tuberculeuse.

— La séance est levée à cinq heures et demie. H. L.

Note sur une valvule existant normalement à la partie postérieure de la fosse naviculaire.

Par M. le Dr Guérin (de Vannes), prosecteur des hôpitaux.

Les organes génitaux formant un ensemble très complexe de parties fort délicates, j'ai pensé qu'une étude approfondie de ces organes m'amènerait à découvrir quelque particularité ayant échappé jusqu'ici à l'investigation des anatomistes. Mes travaux étant surtout dirigés vers un but d'application à l'histoire des maladies du canal de l'urètre, j'ai dû pratiquer le cathétérisme sur un grand nombre de sujets.

Remplissant les fonctions de prosecteur à l'amphithéâtre des hôpitaux, source inépuisable de richesses scientifiques, j'étais heureusement placé pour donner suite à des recherches commencées depuis longtemps déjà.

Dès les premières tentatives de cathétérisme pratiquées sur le cadavre, je rencontrai une grande difficulté à franchir la portion naviculaire du canal de l'urètre; mais il y a quinze jours ou trois semaines seulement que cette difficulté attira sérieusement mon attention.

Quelle en était la cause? Je pensai d'abord qu'il ne fallait l'attribuer qu'à la sécheresse de la partie antérieure du canal dans lequel j'introduisais une sonde non huilée. Afin de savoir à quoi m'en tenir, je remplaçai la sonde urétrale par une sonde cannelée, et alors rencontrant un obstacle infranchissable, j'incisai la partie inférieure du canal de l'urètre. Je ne fus pas médiocrement surpris de voir que le bec de la sonde avait pénétré dans une vulve semblable à une vulve veineuse des plus développées.

Je dus croire que cette valvule, n'ayant été décrite par aucun des anatomistes dont les ouvrages sont entre les mains des élèves, n'était qu'un état pathologique, peut-être un simple développement anormal d'une lacune de Morgagni. J'examinai donc un grand nombre de conduits urétraux, et toujours je trouvai la même valvule. Il n'y avait et il ne pouvait plus y avoir de doute pour moi. Je fis part de cette découverte à quelques élèves internes et externes qui fréquentent l'amphithéâtre de Clamart. Aucun ne l'avait vue; mais une fois signalée par moi tous l'ont rencontrée depuis.

Puisque cette valvule est constante, me dis-je, elle aura été décrite, et la description sera tombée dans l'oubli. Je recherchai alors dans tous les ouvrages qui me tombèrent sous la main. Aucun n'en parlait. Plusieurs anatomistes ont bien signalé sur la membrane muqueuse de l'urètre une série d'orifices auxquels on a donné le nom de lacunes de Morgagni; mais personne ne parle d'une valvule.

Il n'y a donc point de doute à ce sujet; cette valvule a échappé à l'investigation des anatomistes et des chirurgiens.

Plus tard j'en ferai l'histoire complète, en publiant l'ensemble de mes recherches sur les organes génitaux. Aujourd'hui je me contenterai de la signaler aux lecteurs de la *Gazette médicale*.

D'une forme semblable à celle des nids de pigeons, à celle des valvules des veines, d'une profondeur d'un centimètre environ, elle est placée à la partie postérieure de la fosse naviculaire, qui se trouve avoir ainsi en arrière une limite des mieux tranchées. Elle existe sur la paroi supérieure de cette partie du canal, ce qui détruit toute la valeur du conseil donné par les anatomistes pour le cathétérisme. Huseke dit, en effet, que, les lacunes de Morgagni étant exclusivement développées sur la face inférieure du canal de l'urètre, on doit glisser le bec de la sonde contre sa face supérieure. Or, en suivant ce conseil, une bougie du volume d'une sonde cannelée arrive immanquablement dans cette valvule, que j'appellerai volontiers valvule naviculaire.

Enfin, quand on l'examine dans le relâchement, elle donne à la partie du canal qui lui correspond l'aspect du bec du *calamus scriptoris.*

Je ne terminerai point cette note sans parler d'une idée fort ingénieuse émise par M. le professeur Serres, aussitôt que je lui eus montré cette valvule sur un ensemble de pièces qui ne permettaient pas de douter de sa constance; c'est me dit cet habile anatomiste, l'analogue de l'hymen. Je l'ai longtemps cherché, vous l'avez trouvé; et bientôt il eut la complaisance de me remettre le tableau suivant :

Gland de l'homme.	Clitoris.
Scrotum.	Grandes lèvres.
Prépuce.	Nymphes.
Entrée de l'urètre.	Entrée de l'urètre.
Entrée de la fosse naviculaire.	Ouverture du vagin.
Valvule hyménale de la fosse naviculaire, découverte par M. Guérin.	Hymen de la femme.

Ainsi, cette valvule, du plus haut intérêt au point de vue de la pratique chirurgicale, se trouve avoir une grande importance en anatomie philosophique, puisqu'elle complète les analogies des organes génitaux de l'homme et de la femme. (*Gazette médicale.*)

Mémoire sur l'anatomie de la conjonctive au point de vue de ses altérations pathologiques et de leur traitement;

Par M. de Condé.

Un examen attentif révèle entre les diverses parties de la conjonctive des différences très appréciables de structure; et l'on voit d'autre part les maladies respecter ces divisions, se bornant chacune à un département de la muqueuse oculaire, sans empiéter sur le domaine contigu réservé à une autre affection. On peut subdiviser sous ce rapport la membrane muqueuse de l'œil en trois parties : conjonctive tarsienne, conjonctive du repli et conjonctive oculaire.

La première, conjonctive tarsienne, est unie dans toute son étendue par un tissu cellulaire serré à la face postérieure des cartilages tarses. C'est là que se trouvent les follicules de Meibomius, organes sécréteurs de la chassie. Là aussi est, pathologiquement, le siége des granulations dites charnues, phénomène secondaire de l'ophthalmie contagieuse, et qui n'est point nécessairement lié à son existence. On les rencontre surtout confluentes sur la paupière supérieure à une ligne environ en deçà du bord adhérent du tarse.

La seconde subdivision de la conjonctive commence à une demi-ligne au delà du bord adhérent du tarse, et se continue jusqu'à son application au globe de l'œil; elle n'adhère à la graisse molle sous-jacente que par un tissu cellulaire très lâche. — M. de Condé a observé qu'un vaisseau assez volumineux, souvent le seul qu'on aperçoive sur toute l'étendue de la conjonctive palpébrale, parcourt cette région en se partageant en une foule de ramuscules, dont les divisions ultérieures donnent fréquemment à cette partie de la conjonctive une coloration jaunâtre qui tranche sur le blanc du reste de la muqueuse.

C'est cette seconde partie de la conjonctive qui, seule, dans l'ophthalmie contagieuse, est susceptible de se couvrir des vésicules (granulations vésiculeuses) qui caractérisent ces affections, lesquelles ne s'étendent jamais au delà, soit sur la première portion, *tarsienne*, soit sur la troisième, *oculaire*. D'autre part, on ne rencontre jamais de granulations charnues sur la conjonctive *du repli*. Elle diffère donc de la première subdivision en ce qu'elle ne possède point l'élément de la granulation charnue, attribut exclusif de celle-ci, et en ce qu'elle contient l'élément de la granulation vésiculeuse, et le contient seule.

Or ces granulations vésiculeuses sont-elles un produit nouveau, ou le développement morbide d'une organisation existant déjà à l'état normal sur la membrane? M. de Condé penchait depuis longtemps pour cette dernière opinion, mais sans avoir pu jusque-là la démontrer anatomiquement, lorsque M. Spring, professeur à l'Université de Liége, lui dit que tous les ans il faisait voir à son cours d'anatomie la présence, dans la conjonctive palpébrale rétro-tarsienne, d'une foule de petites glandules disséminées sur la surface. On les rend très visibles au moyen d'un loupe ordinaire, en ayant seulement la précaution de mouiller pendant peu de temps le tissu cellulaire sous-conjonctival de cette partie.

En suivant ce procédé on découvre en effet deux séries linéaires de petits points saillants comme des pointes d'épingles, des perles très fines, de petits mamelons représentant parfaitement, mais à l'état microscopique, les corps qui constituent plus tard les granulations dites vésiculeuses. Nul doute que ce ne soient ces petits corps glanduleux ou folliculaires qui, accrus pathologiquement, et leur sécrétion, détournée de ses caractères habituels, acquérant une spécialité de composition, constituent la granulation vésiculeuse qui caractérise l'ophthalmie dite *militaire.*

Quant à la troisième partie, conjonctive oculaire, M. de Condé en admet l'existence, si souvent contestée.. On peut, dit-il, la séparer de la cornée par vastes lambeaux en macérant l'œil dans de l'eau chaude. Dans le ptérygion, elle subit une dégénérescence spéciale, qui le plus souvent ne s'étend pas au delà de son tissu.

Cette membrane est dépourvue tout à la fois de papilles ou éléments de la granulation charnue, et des petits organes glanduleux ou éléments de la granulation vésiculeuse. C'est à cette dernière circonstance et à l'emploi d'un traitement éradicatif borné à la conjonctive palpébrale qu'on doit d'avoir pu garantir si fréquemment le globe de l'œil.

Certaines influences morbifiques s'attaquent à la conjonctive dans toute son étendue et à titre de muqueuse; telles sont la rougeole, la scarlatine, la variole. Comme les pustules varioliques n'apparaissent que là où il y a du tissu muqueux de Malpighi, on est fondé à croire que la membrane superficielle de la cornée est une muqueuse pourvue, sinon de chorion, au moins de tissu muqueux et d'épithélium.

M. de Condé a vu chez une dame un érysipèle de la face se porter sur la cornée transparente et y produire des taies. L'érysipèle étant une maladie des tissus élémentaires de la peau, n'est-on pas en droit d'admettre qu'il y a autre chose dans la kératite érysipélateuse qu'une maladie de l'épiderme cornéen, qu'il y a là en outre un élément dermique?

Enfin il est digne de remarque, au point de vue de cette étude spéciale des divers départements de la conjonctive, que la diathèse scrophuleuse se traduit dans cette membrane par l'intumescence des follicules de Meibomius et l'augmentation du fluide mucoso-sébacé qu'ils sécrètent. Il en résulte un épaississement et une rougeur de la muqueuse palpébrale voisine du bord libre, et ne s'étendant guère à plus d'une ligne au delà. Lorsque l'inflammation scrophuleuse envahit la conjonctive scléro-cornéenne, elle se distingue encore en ce que, dans l'immense majorité des cas, elle ne s'étend pas aux parties plus profondes. (*Annales d'oculistique.*)

M. le docteur Bouché de Vitray, de Bordeaux, a fait le relevé suivant des cas mortels de choléra arrivés dans cette ville :

Jusqu'au 15 juillet, 31 sujets ont succombé.

Du 15 au 24 inclusivement, 45 cas nouveaux de mort.

Les hommes figurent dans ce nombre pour 23.

Les femmes pour 22.

La mort est survenue avant les 24 heures chez 29.

Chez quelques-uns, l'invasion du choléra était précédée de diarrhée. Plusieurs ont été frappé sans aucun prélude.

En somme, on trouve, en récapitulant jusqu'au 24 juillet, 114 morts du choléra à Bordeaux depuis l'apparition de la maladie.

— Les cas de choléra dont on s'est entretenu à Toulouse, dit le journal de cette ville du 2 août, et sur la nature desquels quelques personnes avaient déjà pris le change, étaient tous *sporadiques*, et avaient été occasionnés soit par les chaleurs caniculaires que nous avons éprouvées, soit par des imprudences et des écarts de régime qui, aux jours où nous sommes, peuvent avoir des résultats funestes. Ces attaques subites dont on s'effrayait ne se sont point généralisées; huit ou dix au plus ont été constatées en une semaine, et, hâtons-nous de le dire, une seule a été suivie de mort.

Nous serons très prochainement en mesure de donner à nos lecteurs des nouvelles certaines de l'épidémie sur les divers points du midi de la France.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 9 AOUT 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 93.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la charité.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris.	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements.	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger. . .	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 8 AOUT 1849.

Bulletin du choléra.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

Hôpitaux civils :		
Journée du 6 août........	23 entrées,	9 décès.
— 7	17	16
Hôpitaux militaires pendant les deux jours................	»	»
Total................	40	25

Total des décès dans les hôpitaux............	7007
Total des décès à domicile jusqu'au 30 juillet inclusivement........	9500
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie....................	16507

Nouvelles du choléra.

Londres. — Dans une lettre adressée de Londres par M. Donné au *Journal des Débats*, et publiée dans le numéro d'aujourd'hui de cette feuille, notre honorable confrère annonce que l'épidémie est tout à fait en voie de décroissance dans la capitale de l'Angleterre, et qu'on rencontre à peine quelques cholériques dans les hôpitaux de cette cité. Cette assertion ne concorde pas parfaitement avec les chiffres de la dernière table hebdomadaire des décès de la ville de Londres, dans laquelle le choléra figure pour le nombre de 783 pour la semaine finissant le 28 juillet 1849.

Bruxelles. — La *Presse Médicale belge* publie le résumé suivant de tous les cas de choléra qui ont été traités dans les deux hôpitaux civils et dans l'hôpital militaire de Bruxelles depuis le début de l'épidémie.

	Entrées.	Décès.	Sorties.
Décembre 1848.......	1	1	»
Février 1849........	1	1	»
Avril................	3	2	1
Mai, 1re quinzaine.....	7	4	»
— 2e quinzaine...	18	12	2
Juin, 1re quinzaine.....	89	55	19
— 2e quinzaine....	89	84	31
Juillet, du 1er au 8.....	48	28	15
— du 8 au 15......	64	35	22
— du 15 au 21....	78	49	25
— du 21 au 31.....	95	61	54
	493	302	169
Grand Hospice........	15	9	4
Total....	508	311	173

A la date du 31 juillet, il y avait encore 16 décès par jour dans les hôpitaux.

— Les dernières nouvelles de New-York annoncent encore 100 décès par jour dans cette ville.

— Au Canada, l'épidémie paraissait être encore en voie d'accroissement à la date du 25 juillet; mais les nouvelles ne mentionnent pas le chiffre des décès, qui semble être considérable.

Séance de l'Académie de Médecine.

Pendant qu'une foule d'académiciens, parmi lesquels deux secrétaires, se livrent déjà aux douceurs des pérégrinations et de la villégiature, l'Académie n'en continue par moins ses travaux La nouvelle décision relative aux savants étrangers semble avoir donné à ces derniers une activité qui ne tournera pas moins au profit de l'Académie qu'au profit des auteurs eux-mêmes.

Après un rapport de M. Collineau, dans lequel cet honorable académicien s'est fait remarquer, suivant son habitude, par son excessive indulgence, M. Monneret a obtenu la parole et a lu un mémoire intéressant sur les maladies des valvules aortiques. Ce mémoire, qui modifie très notablement les idées qu'on se fait généralement sur les rétrécissements et les insuffisances des orifices du cœur, renferme des détails qui ne peuvent être jugés à une première audition; nous sommes donc obligé de renvoyer à un autre moment l'appréciation plus détaillée de ce travail important.

A M. Monneret a succédé M. de Castelnau, qui a terminé la lecture de son mémoire sur le système pénitentiaire cellulaire. La place que l'auteur occupe dans la rédaction de ce Journal nous interdit tout examen critique de ce travail, dans l'appréciation duquel nous craindrions de ne pas mettre toute l'impartialité désirable.

Enfin, M. Mercier a clos la séance par une lecture intéressante sur un point tout à fait spécial et pratique des maladies de l'urètre. Ce travail, rempli, comme celui de M. Monneret, de descriptions minutieuses, demande aussi un examen très attentif pour être convenablement apprécié. Une chose cependant nous a frappé à la lecture, c'est que M. Mercier, qui est un travailleur infatigable, comme chacun sait, ne se préoccupe pas assez de la forme qu'il donne à ses productions. Il en résulte qu'elles sont quelquefois d'une lecture difficile, et que, même avec une certaine attention, on ne parvient pas toujours à les comprendre parfaitement. Cette remarque s'applique surtout au nouveau travail de M. Mercier, et nous la faisons d'autant plus volontiers, qu'elle est au moins autant dans l'intérêt des travaux de M. Mercier que dans celui de ses lecteurs.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Végétations à la marge de l'anus.—Coloration rappelant une syphilis constitutionnelle chez un malade qui assure n'avoir jamais eu la vérole.— Abcès—sur le dos du pied — à la partie interne du bras (région sus-épitrochléenne.)

Au no 40 de la salle des hommes était un garçon d'une constitution robuste, bien portant du reste, mais affecté de végétations vénériennes à la marge de l'anus. Ce jeune homme, entré à l'hôpital le 30 mai, en est sorti le 22 juin. Il y avait des antécédents vénériens avoués. Les végétations de la marge de l'anus se rattachaient à la catégorie des plaques muqueuses; elles étaient très confluentes et anciennes; ce qui, joint à une grande incurie et à la malpropreté familière au malade, avait permis au mal de prendre un aspect particulier. L'orifice externe du rectum était littéralement entouré d'un bourrelet calleux plus saillant à gauche qu'à droite; il y avait aussi un peu d'inflammation.

Voici les réflexions dont M. Velpeau fait part à ses auditeurs à ce sujet :

Ce malade ne nous était pas destiné; il aurait dû être dirigé sur les hôpitaux spéciaux; mais j'ai voulu le garder pour deux motifs. Le premier, c'est que nous sommes actuellement assez pauvre, et le second, beaucoup plus important, c'est que je voulais vous faire constater avec quelle facilité les végétations, même de nature vénérienne avouée et évidente, disparaissent sous l'influence d'un traitement simplement local. Pour beaucoup de médecins et de chirurgiens qui ne connaîtraient pas cette particularité, le sujet dont nous parlons actuellement aurait été gravement malade. Je ne l'ai pas cru, parce que je suis habitué à voir ces végétations se dissiper sans traitement interne assez rapidement, et sous l'influence de moyens qu'on ne soupçonnerait pas au premier abord.

D'abord, chez beaucoup de malades, il se présente, comme chez celui que nous avions, un peu d'inflammation; il y a de la rougeur. La surface fournit un pus ichoreux. Il semblerait ici que les émollients sont indiqués, que les lotions avec l'eau de guimauve doivent être utiles. L'expérience a donné d'autres résultats. Il est généralement arrivé que la médication composée de moyens excitants, tels que le nitrate d'argent, une solution de calomel ou autre du même genre, a mieux réussi. Le nitrate d'argent jouit d'une supériorité bien marquée sur tous les autres moyens. Je l'ai vu souvent enrayer la maladie en huit jours. Chez notre malade ce court espace n'a pas suffi. Vous le comprendrez facilement, en vous rappelant le développement considérable des excroissances et leur dégénérescence calleuse. Nous avons donc dû revenir un assez grand nombre de fois à la cautérisation avant de les détruire. Je dois même vous dire que le malade, très peu soigneux de sa personne par habitude, ne s'est pas beaucoup préoccupé de l'avenir, et nous a vivement demandé sa sortie aussitôt qu'il a été débarrassé. Nous avons dû céder à ses instances avant même que la guérison locale fût consolidée. Il est donc probable que cette maladie reparaîtra. N'oubliez pas surtout que, pour empêcher cette récidive, il aurait fallu trouver chez le malade assez de docilité pour pouvoir prescrire et faire suivre un traitement général complet.

— Au no 33 de la salle des hommes est entré, le 2 juin 1849, un malade âgé de vingt-huit ans, dont l'histoire est assez singulière. Cet homme jouit actuellement d'une bonne santé; il est d'assez bonne constitution; il a été militaire à l'âge de vingt ans.

Voici maintenant pourquoi il est entré à l'hôpital.

Il y a quelque temps il a eu à un doigt de la main droite une coupure qui a bien et rapidement guéri. On trouve encore la cicatrice linéaire. Depuis que la guérison s'est opérée, ce malade continue à souffrir beaucoup, dit-il, dans la main droite, et je ne sache pas qu'il cherche à en imposer, bien qu'il n'y ait sur cette main aucune trace d'inflammation, ni rougeur de la peau, ni gonflement. Voici pourquoi. On peut voir sur deux doigts (ceux du milieu) une teinte cuivrée qui rappelle la coloration de la peau dans la vérole constitutionnelle. Cette teinte occupe ces doigts depuis le sommet jusqu'à la racine. Or le malade nie avoir jamais eu la vérole, ni chancres, ni blennorrhagies. Mais voici l'histoire singulière qu'il raconte.

Il aurait eu une hydrocèle traitée à Oran et guérie. La tumeur avait acquis un volume énorme; elle descendait jusqu'aux genoux, pesait plus de dix-huit livres, et après la ponction on en aurait retiré plus de quatre litres de liquide. La ponction n'aurait pas été faite avec un trocart, mais avec un bistouri. On aurait injecté dans cette tumeur et tous les jours soit des préparations mercurielles, soit du vin. Cette tumeur aurait acquis un volume énorme en trois ans. Ce traitement aurait duré un an. Il garde de tout cela un souvenir qu'il traduit confusément; mais il insiste. Il montre même sur les bourses, à la partie inférieure de la portion qui répond au testicule gauche, une petite cicatrice.

Sans doute, dit M. Velpeau, cette histoire est bizarre; mais il y a au fond quelque chose de vrai. Néanmoins rien ne prouve que cet homme a eu des maladies vénériennes. On peut supposer qu'il a eu une hydrocèle, dont il exagère le volume; car je n'ai jamais vu ni eu connaissance de tumeur de cette nature ayant acquis cet énorme développement. Cette hydrocèle aura été opérée par le bistouri, d'après la méthode suivie par un très petit nombre de chirurgiens au temps où nous vivons; on aura fait des injections vineuses qui auront pénétré entre les diverses couches des bourses. Il se sera manifesté une inflammation gangréneuse assez étendue, contre laquelle on aura employé des injections détersives ou stimulantes, et qui aura porté la durée totale du traitement à un an. Mais rien de tout cela n'expliquerait la douleur de la main droite et la teinte cuivrée. Il y a de ces choses qu'on s'explique difficilement; celle-ci est du nombre.

Par un hasard assez singulier, je puis vous rapporter un fait analogue : c'est d'un habitant de Compiègne, qui est venu me consulter ces jours derniers. Cet homme avait été mordu, il y a une quinzaine de jours, par son chien. La plaie a guéri par seconde intention. Mais toute la main est restée douloureuse. Cet accident, connu à Compiègne, a fait le sujet de la conversation des habitants. Il s'est trouvé qu'ayant traversé cette ville le jour même où ce malade est venu me consulter, j'avais déjà connaissance de son histoire par la voie publique, ce qui m'a permis de lui dire, à son grand étonnement, qu'il était de Compiègne aussitôt qu'il m'a eu raconté que son chien l'avait mordu, que la plaie s'était parfaitement cicatrisée et que sa main restait douloureuse. Je dissipai son étonnement, et je procédai à l'examen de la main malade. Je n'ai pu trouver qu'une rougeur bronzée, de la chaleur. Le malade y éprouve une sensation d'érosion interne qui le tourmente et l'empêche de dormir. Je lui demandai s'il n'avait jamais eu de maladie vénérienne; il m'affirme que non. Cette coloration me paraît inexplicable. Elle n'est expliquée nulle part. On pourrait peut-être craindre que le chien fût atteint de la rage. Il mange et boit comme d'habitude. Il conserve toutes ses allures de gaieté. Si c'était un chat, on pourrait parler des propriétés venimeuses de ses dents crochues. Mais un chien n'a pas les dents crochues.

Ces deux faits nous révèlent évidemment un phénomène mal connu, mal étudié de l'état pathologique des plaies.

Le pronostic ne me paraît pas grave pour le malade du no 33. J'ai prescrit quelques onctions mercurielles et des bains locaux. Il est probable que ces moyens amèneront la guérison.

Abcès sur le dos du pied.

Parmi les malades qui nous quittent aujourd'hui, il en est un sur lequel je veux un moment appeler votre attention : c'est celui qui était couché au no 24 de la salle des hommes, depuis le 9 juin, pour un abcès ayant son siége vis-à-vis le premier cunéiforme, sur le dos du pied. Le siége et la nature de cet abcès méritent d'être notés. En effet, il peut se développer vis-à-vis du premier cunéiforme des tumeurs de nature variée, ayant les unes leur siége dans les bourses muqueuses de cette région, les autres dans le tissu cellulaire sous-cutané, d'autres enfin dans la peau. Ces dernières sont souvent produites par le frottement de la chaussure. Elles ont leur point

de départ dans les follicules pileux agglomérés dans cette région. Chez notre malade, c'était un abcès de ce genre : c'était un abcès furonculeux. Ces sortes d'abcès sont bien reconnaissables à leur marche et à leur développement. La tumeur se compose d'abord d'autant de petites tumeurs acuminées qu'il y a de follicules enflammés; plus tard, la fusion s'opère. Les émollients, puis l'ouverture de la tumeur sont les moyens employés et toujours suivis de guérison.

Abcès à la face interne du bras gauche (région sus-épitrochléenne.

Au n° 15 de la salle des femmes, se trouve une blanchisseuse âgée de vingt-neuf ans, d'une assez bonne constitution et habituellement d'une bonne santé. Même en ce moment, la santé générale n'est point troublée, les fonctions naturelles se font toutes bien. Néanmoins, elle a des flueurs blanches. Elle n'est entrée à l'hôpital que pour une maladie locale ayant son siége au bras gauche. C'est une tumeur qui remonte déjà à trois semaines. Elle s'est développée sans cause connue. Actuellement, elle est de la grosseur d'un œuf de poule; la surface est rouge et chaude. En l'examinant attentivement, il est assez facile de voir qu'elle a eu son point de départ dans les ganglions lymphatiques sus-épitrochléens, car sa base est dure. Il y a au centre un point circonscrit de fluctuation. Ouverte avec le bistouri, elle fournit une médiocre quantité de pus crêmeux assez épais.

D'où provient cette tumeur? Telle est la question que M. Velpeau s'est posée et qu'il a résolue de la manière suivante :

Un fait acquis, c'est que cette tumeur a eu son point de départ dans les ganglions lymphatiques sus-épitrochléens. C'est là que la malade a primitivement remarqué *une petite boule qui grossissait lentement d'abord et qui plus tard s'est développée d'une manière plus rapide.* C'est bien là la marche des adénites. Le moment où la tumeur fait des progrès plus rapides correspond à l'époque où l'inflammation passe du ganglion au tissu cellulaire ambiant.

Un autre fait, c'est que les ganglions ne s'enflamment que consécutivement.

Il faut donc chercher ailleurs le point de départ. Ici n'oublions pas que souvent des adénites graves ont dû leur origine à des causes insignifiantes, à des lésions à peine sensibles. Il ne faut donc pas négliger de procéder à un examen très minutieux de toutes les parties qui peuvent avoir des relations lymphatiques avec les ganglions enflammés. Chez cette malade, cet examen n'a rien produit; il n'a amené la découverte d'aucune lésion, pas même de la plus légère égratignure, ou de ces petits lambeaux de peau péri-onguilaires connus sous le nom d'*envies*. Mais cette femme porte un cautère sur le bras malade. Ce cautère date de dix ans. Sa surface est un peu enflammée, comme cela se retrouve sur tous les cautères anciens. Il est situé dans le lieu d'élection sur la face externe du bras.

Est-ce le cautère qui a amené le développement inflammatoire des ganglions épitrochléens? Cela paraît probable. C'est l'unique raison matérielle sensible de cette inflammation qui s'est développée à l'insu de la malade. Mais comment dans cette hypothèse l'inflammation aurait-elle pu se propager de la face externe à la région sus-épitrochléenne? Les vaisseaux lymphatiques de la partie externe du bras ne vont point aux ganglions de cette région. Ils se rendent tous aux ganglions de l'aisselle. Les vaisseaux émergents des ganglions sus-épitrochléens vont aussi à l'aisselle. Or est-il bien sûr qu'entre eux et les lymphatiques de la partie externe du bras il n'y a aucune communication? Je ne le crois pas. Aussi il me semble possible de comprendre que c'est à une disposition semblable qu'il faut rapporter dans le cas actuel la tumeur que j'ai ouverte, et dans ce cas il faut admettre :

Que l'inflammation peut se communiquer aux ganglions par les vaisseaux émergents aussi bien que par les vaisseaux convergents (ou afférents).

Le pronoctic n'est pas grave pour le cas actuel. Le traitement ordinaire de l'adénite suffira pour amener la guérison.

L. R.

MALADIES DES YEUX. — M. Tavignot.

De la cataracte secondaire postéro-capsulaire.

Parmi les accidents qui surviennent après l'opération de la cataracte et compromettent d'une manière plus ou moins complète le succès que l'on espérait en obtenir, il faut compter l'opacité consécutive de la capsule postérieure du cristallin. Pellier, Wenzel, Ant. Petit, Lefébure, Sanson, ont rapporté des exemples de cette affection secondaire après l'opération de la cataracte. J'ai moi-même consigné dans ma thèse une observation nouvelle à l'appui des précédentes. (V. *Remarques sur les cataractes secondaires*, p. 17, 1843.) Depuis, j'ai recueilli deux nouveaux faits analogues. Cet accident consécutif de l'opération de la cataracte est rare; M. Sichel dit même ne l'avoir jamais rencontré. Cependant, j'ai pensé que l'examen comparatif de ces trois observations ne serait pas dénué d'intérêt pour les praticiens, si je parviens à faire bien comprendre la cause qui favorise le développement de cette opacité consécutive, et si j'indique surtout le moyen d'éviter cet accident en procédant d'une certaine façon pendant les manœuvres opératoires.

Sans être aussi grave que la cataracte secondaire antéro-capsulaire, en ce sens qu'elle est d'ordinaire dépourvue d'adhérences avec l'iris, et qu'elle ne s'oppose qu'incomplètement au passage des rayons lumineux, la cataracte secondaire postéro-capsulaire n'en constitue pas moins une complication d'autant plus fâcheuse de l'opération, qu'elle laisse l'œil dans de mauvaises conditions pour la perception des objets, et qu'il est difficile de la faire disparaître par abaissement ou broiement, et dangereux de tenter la méthode par extraction.

Les chirurgiens qui n'ont pas étudié, comme nous l'avons fait, jusque dans leurs plus petits détails toutes les circonstances qui font échouer l'opération de la cataracte (v. *Traité clinique des Maladies des yeux*, p. 472) ne cherchent pas à s'expliquer leurs succès quand l'opération a réussi, ni à se rendre compte de leurs revers lorsque l'opération a été malheureuse. Cet oubli s'explique, mais ne se justifie pas. Ici, en particulier, on verra jusqu'à quel point l'étude attentive des faits peut servir utilement de guide à l'opérateur.

Dans l'opération de la cataracte par extraction exécutée convenablement, la capsule postérieure du cristallin n'éprouve aucune solution de continuité de la part des instruments; aussi, cette portion de l'enveloppe du cristallin, d'ailleurs moins susceptible de s'enflammer que la capsule antérieure, reste-t-elle diaphane dans l'immense majorité des cas.

Dans l'opération de la cataracte par réclinaison, le cristallin, en basculant en arrière, pratique lui-même une trouée centrale dans la capsule cristalline postérieure; qui est, comme on le sait, excessivement ténue et peu résistante. Cette destruction partielle de la capsule postéro-cristalline, laquelle n'est plus représentée que par une sorte d'anneau resté adhérent à la zone ciliaire, est très favorable au succès de l'opération. On n'a plus à s'inquiéter de l'opacité consécutive d'une membrane qui livre passage à la lumière par une large ouverture de sa partie centrale.

Mais en est-il réellement ainsi que nous venons de le dire, et la réclinaison du cristallin opaque entraîne-t-elle nécessairement la perforation centrale de la capsule postérieure restée transparente? Nous n'hésitons pas à répondre oui, toutes les fois que l'opération est convenablement pratiquée.

Voici nos preuves à l'appui de cette assertion.

Nous avons fait sur le cadavre un certain nombre d'expériences qui nous ont permis de constater anatomiquement qu'en pratiquant, d'après le procédé de Wilburg, la réclinaison d'un cristallin rendu artificiellement opaque, on produit dans la capsule postérieure cette perforation centrale dont nous avons parlé. Ces faits, tout le monde peut les produire à volonté. Nous n'insisterons pas, par conséquent; qu'il nous suffise de dire que la réclinaison consiste, pour nous, à déplacer d'abord le cristallin un peu en arrière, précisément pour produire cette trouée de la capsule postérieure; puis, comme la partie concave de l'aiguille embrasse le corps opaque à la réunion de son tiers supérieur avec ses deux tiers inférieurs, il suffit d'une simple pression méthodiquement pratiquée selon une direction oblique de haut en bas, d'avant en arrière et de dedans en dehors, pour coucher à plat le cristallin à la partie inférieure du corps vitré.

Nous avons eu l'occasion d'examiner plusieurs fois les yeux de malades qui avaient succombé à l'hôpital de la Pitié, plus ou moins longtemps après une opération de cataracte pratiquée avec succès. Or, dans ces cas, la capsule postérieure était perforée à sa partie centrale pour livrer passage au cristallin. La portion périphérique de cette membrane, réduite à une sorte d'anneau, persistait seule, fixée à la zone ciliaire. M. le docteur Frestel a déjà consigné ces remarques dans sa thèse sur l'opération de la cataracte en 1844.

Enfin, comme complément de ces deux ordres de démonstrations, nous ajouterons avoir soumis à l'épreuve des images un assez bon nombre de nos malades opérés avec succès de la cataracte. Chez tous, nous avons constaté l'existence d'une seule image; il n'existait pas, par conséquent, d'après la théorie de Purkinje et Sanson, de capsule postérieure du cristallin correspondant à la portion pupillaire de l'œil.

Après avoir dit quel était le moyen de prévenir le développement d'une cataracte secondaire postéro-capsulaire, nous allons essayer de faire comprendre les diverses manœuvres opératoires qui favorisent le mieux sa production.

Lorsqu'on pratique l'abaissement vertical du cristallin et non l'abaissement horizontal ou réclinaison dont nous venons de parler, il arrive souvent que la capsule postéro-cristalline, au lieu de se déchirer à sa partie moyenne, se perfore à sa partie inférieure, sous la pression du cristallin, qui est conduit par l'aiguille dans cette direction. Alors, si la portion de capsule qui reste en regard du champ pupillaire vient à s'enflammer et à devenir opaque, on a une cataracte secondaire.

Mackensie, qui a eu, dans ces derniers temps, pour imitateurs MM. Malgaigne et L. Boyer, a donné le conseil d'inciser d'abord avec l'aiguille la capsule postérieure du cristallin (p. 536) avant d'ouvrir la capsule antérieure, dans le but de préparer un passage au corps opaque que l'ou va loger dans le corps vitré. Cette manière de faire nous paraît inutile d'abord, irrationnelle ensuite.

En effet, la ténuité de l'hémisphère postérieur de la capsule cristalline est telle, qu'il suffit de la plus minime pression, exercée sur cette membrane par l'intermédiaire de la lentille, pour rompre sa continuité. Le temps de l'opération qui consiste à inciser préalablement cette capsule avec l'aiguille est donc, en tout état de choses, au moins sans avantages réels. Mais il y a plus, cette incision, faite à la partie inférieure de la capsule postérieure, en transformant cette membrane en une sorte de soupape dépourvue de fixité, et qui se déplace sans se rompre sous la pression du cristallin, place l'œil opéré dans des conditions favorables au développement d'une cataracte secondaire postéro-capsulaire. Cela se conçoit aisément. La capsule postérieure a été lésée dans sa continuité; sa portion pupillaire est intacte; il suffit maintenant d'une inflammation légère pour que cette membrane perde sa transparence. Or, cette inflammation survient dans beaucoup de cas.

Nous croyons donc, dans notre pratique, devoir nous abstenir de suivre le précepte de Mackenzie, qui ne nous paraît pas conduire directement au but que le chirurgien anglais voulait éviter. Jusqu'à présent, du moins, nous n'avons pas lieu de regretter cette manière de faire, car nous n'avons pas encore rencontré dans notre pratique un seul exemple de cataracte secondaire postéro-capsulaire. Les trois observations que je vais rapporter plus bas ont été recueillies par moi dans les hôpitaux.

Obs. I. — Le 4 octobre 1843, fut couché au n° 6, salle Saint-Jacques, à l'hôpital Necker, le nommé Huot, âgé de soixante-deux ans, instituteur. Ce malade avait été opéré par M. Lenoir quatre mois auparavant, d'après la méthode de l'abaissement. Sa cataracte était capsulo-lenticulaire. La vue ne fut jamais bien nette après l'opération; car, peu de temps après, les objets lui paraissaient comme enveloppés d'un brouillard, pour ne servir de son expression favorite. Cet homme est allé passer trois mois dans son pays, et il nous est revenu dans l'état suivant :

L'iris du côté malade est grisâtre, et bleu du côté sain. La pupille est contractile, mais un peu rétrécie; sa forme est parfaitement arrondie; ni injection précornéale, ni larmoiement, ni photophobie; le champ de la pupille est parfaitement net, et cependant la vision est très incomplète; le malade voit à peine se conduire, surtout en plein soleil. A cinq ou six millimètres en arrière de la pupille, on constate à l'œil nu l'existence d'une sorte de bande blanchâtre, obliquement dirigée de haut en bas et de dedans en dehors.

Vue à la loupe, cette opacité a une forme à peu près triangulaire; le sommet du triangle regarde en bas et en dehors, tandis que la base, d'une largeur que je ne saurais préciser au juste, occupe certainement plus du tiers de l'ouverture pupillaire. Cette membrane opaque ne présente pas une concavité antérieure très appréciable, cependant elle occupe manifestement la place de la capsule postérieure du cristallin; il y a plus, on peut suivre, en quelque sorte, à la loupe la continuité de la partie saine avec la partie malade de cette membrane.

Les recherches que nous avons faites avec une lumière artificielle ne nous ont donné qu'une seule image.

L'aspect de cette capsule postérieure partiellement opaque est loin de ressembler à ce que j'ai rencontré bien souvent dans la cataracte secondaire antéro-capsulaire. La capsule opaque n'est pas uniformément blanchâtre; elle paraît entremêlée de portions sinon tout à fait, du moins presque transparentes : il y a là comme des marbrures et des arborisations; je ne sais quoi, enfin, qui donne à la capsule une teinte maculée et réticulée; du reste, pas de traces de vaisseaux.

Rien donc de plus exact que la comparaison avec une toile d'araignée faite par Lefébure de cette espèce de cataracte secondaire.

On aurait tort de croire que la capsule postérieure du cristallin, lorsqu'elle persiste, conserve toujours, après l'opération de la cataracte par abaissement, la forme concave qu'elle présente à l'état normal; elle devient, au contraire, plane ou même convexe par la pression qu'elle subit de la part du corps vitré, dont le volume est augmenté par la présence du cristallin logé à sa partie inférieure. Quelquefois, il est vrai, la concavité de la capsule est conservée, parce que la place qu'occupait le cristallin est envahie, pendant l'opération, par un fragment d'humeur vitrée.

Dans notre cas particulier, la forme plane de l'opacité indiquait assez que cette dernière circonstance ne s'était pas présentée.

La disposition particulière de l'opacité dans l'observation qui précède semble indiquer que la capsule postérieure a été lésée par la pointe de l'aiguille, probablement pendant la manœuvre opératoire de l'abaissement.

Quoi qu'il en soit, on a vu que la capsule n'était opaque que dans une portion de son étendue, contrairement à ce qui a lieu d'ordinaire pour la capsule antérieure. Enfin, remarquons encore la persistance de l'opacité, qui n'avait pas changé de caractères à trois mois d'intervalle.

Obs. II. — Le nommé Capin, entré à l'hôpital de la Pitié, n° 36, salle Saint-Gabriel, fut opéré le 30 janvier 1844 d'une cataracte de l'œil droit. Le début de cette affection remontait, selon lui, à onze ans; mais la cataracte n'était complétement formée que depuis six mois. L'opération fut faite par abaissement.

Le 15 mars, je constate l'état suivant : Un fragment de cristallin, profondément placé, est situé dans un point de l'œil correspondant au tiers externe de l'ouverture pupillaire, qui est parfaitement libre d'ailleurs. Au-devant de ce fragment de cristallin et à cinq millimètres environ de l'iris, dont la pupille est à l'état normal, on aperçoit très distinctement une membrane verticalement placée dans l'intérieur de l'œil; sa teinte demi-opaline ne masque que d'une manière incomplète le corps opaque placé derrière elle et vers son bord externe. La pupille ayant été dilatée par la belladone pour compléter notre exploration, je m'assure que cette pellicule semi-transparente ressemble tout à fait à une toile d'araignée; elle paraît constituée par des filaments grisâtres qui forment des espèces d'arcades en laissant entre eux de petits espaces plus ou moins réguliers à travers lesquels la lumière peut pénétrer jusqu'à la rétine. La vision est imparfaite de cet œil; le malade ne distingue avec précision que les gros objets qu'on lui présente. Il est sorti, peu de temps après cet examen, dans un état assez satisfaisant. Plus tard, il est rentré dans nos salles pour une iritis purulente du côté opéré.

Obs. III. — Le 8 février 1844, est entrée à la Pitié, n° 7, salle Saint-Philippe, une femme de cinquante ans, affectée d'une cataracte complète de l'œil gauche et d'une cataracte commençante de l'œil droit. Le début de la cataracte du côté gauche remonte à un an environ.

Le 1er mars, l'opération fut pratiquée par abaissement. Dans les jours suivants, il s'est survenu d'assez vives douleurs dans l'œil, qui présentait une injection très prononcée.

Le 12, l'état de l'œil ayant été notablement amélioré par un traitement convenable, je procède à un examen attentif des différentes parties du globe oculaire dont voici le résultat :

La pupille n'est pas dilatée outre mesure, mais elle est peu contractile. Derrière l'iris, et à une distance de 5 à 6 millimètres à peu près, on aperçoit au fond de l'œil une pellicule à surface plane et offrant une teinte demi-opaline, demi-transparente. A la réunion du quart externe avec les trois quarts internes de cette membrane, on voit une solution de continuité dont le plus grand diamètre est dirigé de haut en bas et obliquement de dehors en dedans. Cette déchirure pa-

raît résulter de l'action directe de l'aiguille pendant les manœuvres opératoires.

Le 23 avril, la malade, qui allait assez bien, est prise d'une conjonctivite aiguë avec commencement de chémosis. Saignée et sangsues ; guérison rapide de cet accident intercurrent.

Le 1er mai, la pupille ayant été au préalable largement dilatée par la belladone, je constate la persistance de la même membrane, qui me paraît offrir un aspect rayonné et strié, et avoir un reflet bleuâtre particulier. Vers le centre de cette opacité membraneuse existent deux ou trois petits pertuis microscopiques qui livrent passage aux rayons lumineux. La déchirure située à son côté externe persiste toujours. La vue est obscure, sans précision, et à peu près nulle pour les corps d'un petit volume.

Le 15 juillet, la malade, qui était sortie de nos salles, vint se présenter à ma consultation de l'hôpital; j'ai noté l'état suivant :

Depuis l'opération, l'opacité de la capsule n'a pas subi d'amélioration sensible; les pertuis qui livraient passage à la lumière existent toujours; mais je constate un phénomène nouveau : pendant les mouvements brusques de l'œil, on distingue très bien derrière la membrane, qui n'est qu'incomplétement opaque, comme je l'ai déjà dit, un petit corps blanchâtre, de forme arrondie, gros comme un petit pois, et qui n'est autre chose évidemment que le noyau central du cristallin. Il s'élève et retombe alternativement sous l'influence de la contraction des muscles de l'œil, et par l'effet de sa pesanteur spécifique, plus grande que celle des humeurs qu'il déplace. La malade nous fait cette remarque qu'en regardant un objet placé dans une direction différente de l'axe oculaire primitif, cet objet, qu'elle a à peine le temps d'entrevoir, disparaît tout à coup pour elle, pour reparaître un instant après. Cette interruption de la vision se renouvelle toutes les fois qu'elle change ses yeux de direction; et cela doit être en effet, puisqu'à chaque contraction musculaire le cristallin vient se placer momentanément dans l'axe central de l'œil, en regard de la pupille. Le déplacement du noyau opaque a eu lieu depuis quelques jours seulement, car ce n'est que tout récemment que la malade a éprouvé cette modification fâcheuse de la vue dont nous venons de parler. Cet œil, d'ailleurs, rendait de grands services à la malade; la cataracte commençante de l'autre œil n'avait pas fait de sensibles progrès. Cette femme n'est plus revenue nous voir.

Observation de transfusion du sang.

Par M. le docteur BOUGARD.

Les opérations de transfusion du sang, devenues aujourd'hui fort rares, jouissent par cela même du privilége de fixer l'attention; mais il est rare que les résultats qu'on en obtient soient favorables à cette méthode, dont on s'était promis tant de succès au moment où on l'imagina. Le fait suivant n'est pas plus favorable que tous ceux qu'on a observés dans ces derniers temps à la transfusion. Nous le rapporterons néanmoins, en laissant au rédacteur la responsabilité des remarques dont ce fait est l'occasion.

M. G..., servante, âgée de vingt-six ans, tempérament lymphatique, soumise à un traitement mercuriel, fut atteinte en 1843 d'une hémoptysie, traitée énergiquement par les antiphlogistiques (26 saignées, sangsues, 30 ventouses scarifiées tous les deux jours, diète, le tout pendant seize jours).

A la suite, état nerveux et état chlorotique; apoplexie avec paralysie du côté gauche à la suite d'un emportement, puis hémorrhagies par toutes les muqueuses.

Au bout de quatre mois, rétablissement complet.

En 1845, menstruation abondante et à des époques de plus en plus rapprochées; hémoptysie; chlorose. On lui fait encore quelques saignées, puis on donne les ferrugineux et les astringents. — En 1846, elle va habiter la campagne, où elle se rétablit.

A la fin de 1846, métrorrhagie très abondante; en 1847, hémorrhagies par les muqueuses intestinale, génito-urinaire, pulmonaire, nasale, oculaire, par les oreilles, les racines des ongles, et même les pores de la peau.

On employa en vain tous les styptiques et les modificateurs; des améliorations se prononcèrent, suivies bientôt de nouvelles pertes.

Le 30 septembre 1847, ne voyant plus d'autre ressource, la transfusion fut pratiquée par M. Bougard, qui introduisit 2 1/2 onces de sang dans la veine céphalique. La malade sentit immédiatement un liquide chaud couler dans son corps, et particulièrement vers le cœur; elle éprouva une chaleur inaccoutumée. Ralentissement instantané du pouls, qui tombe de 30 à 25; et le lendemain à 22. Bientôt amélioration notable; seconde opération le 7 octobre; introduction de 2 1/2 à 3 onces de sang. Ralentissement du pouls; sensation de chaleur plus intense que la première fois; amélioration rapide; menstruation le 17 octobre; elle se lève, se promène et travaille.

Le 15 novembre, métrorrhagie abondante, suivie de nouveau d'un épuisement complet. Bientôt fièvre hectique, développement d'un abcès sous-péritonéal et d'une péritonite; mort le 19 février 1848.

A l'autopsie, tubercules miliaires dans les poumons; un peu de sérosité rousse dans le cœur et les vaisseaux; péritoine contenant une sérosité avec des flocons purulents, communiquant avec la plèvre gauche par une perforation du diaphragme; adhérences intestinales et pulmonaires; ovaires engorgés; polype fibreux du volume d'un demi-œuf de poule dans l'utérus.

Voilà le fait. Maintenant, la transfusion était-elle rationnelle? A-t-elle été efficace? Doit-elle encore être employée, et dans quels cas?

Primitivement, cette malade possédait, comme chacun de nous, un sang normal et des tissus normaux. Des saignées exagérées changèrent cela, et amenèrent avec la chlorose la disposition hémorrhagique.

Cependant, ces accidents cédèrent, et la malade fut bien pendant plus d'un an.

Alors ils reparurent sous l'influence d'abondantes métrorrhagies; or, le sang devait s'être rapproché de son état normal; il était arrivé à un état tel qu'il ne transsudait plus. Pourquoi donc tout d'un coup se mit-il de nouveau à transsuder? Sans doute par suite de quelque modification dans les tissus.

Cependant plusieurs fois les ferrugineux et les astringents ramenèrent le sang à un état tel qu'une amélioration se prononçait, que les hémorrhagies cessaient. Une de ces améliorations permit même à la malade de sortir.

Pourtant tout cela n'y fit rien; le sang avait beau se recomposer, toujours un moment arrivait où les tissus le laissaient fluer, et le ramenaient ainsi à son état primitif de décomposition.

Il y avait donc dans les tissus une disposition telle, une altération de nutrition telle qu'à la moindre occasion ils laissaient passer le sang.

Cette altération d'où venait-elle? D'abord la malade était lymphatique; elle avait eu la syphilis; elle avait pris du mercure; toutes circonstances fort peu favorables. Ensuite des saignées exagérées avaient tellement appauvri le sang que la nutrition était devenue impossible, et que les tissus durent en être altérés. — Le sang revenu à son état normal, l'altération des tissus n'en subsistait pas moins, et c'est sans doute ce qui fut cause qu'à la première occasion les hémorrhagies se reproduisirent.

Elles rendirent l'altération de nutrition de plus en plus grave. Aussi, plus on avance dans l'histoire de cette maladie, plus on voit la transsudation devenir facile; les analeptiques, les ferrugineux recomposaient sans cesse le sang, mais sans cesse les tissus laissaient échapper ce nouveau sang, comme ils avaient laissé échapper l'ancien.

Dans cet état de choses que devait donc faire la transfusion? Elle devait faire, mais plus rapidement, ce que faisaient lentement les ferrugineux et les analeptiques. Mais, pas plus qu'eux, elle n'agissait *primitivement* sur les tissus; ceux-ci devaient donc laisser transsuder le sang transfusé, comme ils avaient laissé transsuder le sang ancien, comme ils avaient laissé transsuder le sang recomposé sous l'influence des médicaments et du régime.

Cet organisme était un vrai tonneau des Danaïdes : on y aurait injecté tout le sang qui circule dans les vaisseaux de tous les êtres vivants qu'il n'aurait fait que passer au travers.

Le fait prouve la justesse de ces conclusions : le sang transfusé produit, comme celui élaboré avec le secours des analeptiques, une amélioration; mais bientôt, comme lui, il s'échappe, il se perd.

La transfusion n'était donc pas rationnelle dans le cas en question.

Elle n'a pas été efficace, puisque le nouveau sang a transsudé comme l'ancien. — Quant à la mort, nous ne pouvons la lui attribuer; car nous ne voyons aucune liaison entre les deux faits, et nous ne sommes pas de ceux qui disent : *post hoc, ergo propter hoc.*

Dans un cas pareil, il ne faudrait donc plus l'employer. Les seuls cas où elle soit utiles sont encore ceux d'hémorrhagie puerpérale ou traumatique très abondante, ainsi que l'ont établi la plupart des auteurs.

Dans ces cas, on peut fort bien faire usage de l'appareil de M. Bougard, qui est le plus simple de tous. Il se compose d'un entonnoir, communiquant par un robinet avec un tube élastique. Celui-ci se termine par un petit tube métallique s'adaptant exactement à une canule qu'on introduit dans la veine. Le sang de la personne complaisante tombe dans l'entonnoir; on ouvre le robinet, il coule dans le tube par son propre poids, et lorsqu'il est arrivé au bout de la canule, on pousse celle-ci dans l'ouverture de la veine. Ainsi est évitée l'introduction de l'air. Pour éviter la coagulation par refroidissement, on entoure l'appareil de compresses chaudes.

(*Journal de Médecine de Bruxelles.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 août 1849. — Présidence de M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, qui transmet l'ampliation de l'arrêté par lequel le président de la république approuve l'élection de M. Robert.

M. LE PRÉSIDENT invite M. Robert à prendre place parmi ses collègues.

2° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'une série de médicaments anticholériques préparés d'après les indications de M. le docteur Fiévet, ancien chirurgien aide-major au troisième bataillon de la garde mobile. (Commission du choléra.)

3° Une lettre du même ministre, avec envoi de deux boîtes contenant divers bandages pour la guérison des hernies. (Commissaires : MM. Thillaye et Robert.)

— La correspondance manuscrite se compose des communications suivantes :

Contagion du choléra.

1° Une lettre de M. Delfraysse, qui renferme les vues de ce praticien sur la contagion du choléra;

2° M. M. Padioleau (de Nantes) pense que le choléra est contagieux, et cite quelques faits dans lesquels cette maladie s'est développée chez des individus qui avaient été en rapport avec les cholériques.

M. Mazier, médecin à l'hospice de l'Aigle (Orne), pense le contraire, et cite des cas de nombreux individus qui se sont mis en contact avec des cholériques sans contracter la maladie.

M. le docteur Lepredour, médecin en chef de la marine à Rochefort, rend compte de la marche du choléra dans cette ville, et prouve, par la succession des faits, qu'on ne peut admettre dans ce qu'on a observé à Rochefort la transmission de l'épidémie par voie de contagion.

— M. COLLINEAU lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Poisson, médecin à Chantenay (Loire-Inférieure), intitulé : *Note sur les fièvres essentielles et sur leur traitement.*

Dans ce mémoire, où il n'est question, dit M. Collineau, que des fièvres intermittentes non pernicieuses, l'auteur annonce que ces fièvres règnent dans un pays très salubre (celui qu'il habite), à l'abri de toute infection miasmatique, et sévissent particulièrement sur des individus pléthoriques atteints déjà de congestions pulmonaires ou cérébrales. Quand la fièvre paraît, elle finit au bout d'un certain temps par guérir ces affections. D'où l'auteur donne le conseil d'attendre ce résultat avant d'administrer le sulfate de quinine.

Il ajoute qu'il viendra un temps où les malades congestionnés seront envoyés *aux fièvres*, comme on envoie les goutteux aux eaux.

Conclusions : Dépôt aux Archives. Remercîments à l'auteur.

M. ROCHOUX. M. Collineau se borne à remercier l'auteur de sa communication; mais il me semble que, lorsqu'on préconise une méthode de traitement qui consiste à laisser une fièvre intermittente se développer pendant plusieurs semaines avant de mettre en usage les moyens propres à la guérir, et cela sous prétexte de se servir de cette fièvre pour guérir des congestions problématiques; lorsqu'on expose ainsi la vie des malades pour des avantages imaginaires, il serait du devoir du rapporteur d'infliger un blâme aux auteurs de pareilles innovations.

M. GÉRARDIN appuie avec énergie les réflexions de M. Rochoux.

M. COLLINEAU. Lorsque je fais un rapport sur un travail, je tâche autant que possible de faire ressortir ce qu'il y a de bon dans ce travail; quant à ce qu'il y a de défectueux, je ne m'en occupe pas.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix les conclusions, qui sont adoptées.

— M. MONNERET, médecin de l'hôpital Bon-Secours, lit un mémoire intitulé : *Recherches sur les maladies des valvules aortiques.*

Ce travail, fondé sur dix-sept observations d'affections valvulaires de l'aorte, contient de nombreux détails physiologiques et pathologiques relatifs aux bruits du cœur, et qui ne sont pas susceptibles d'analyse. Nous nous bornerons donc à reproduire le résumé général de l'auteur :

« La vitesse du sang, la longueur de son excursion, l'état plus ou moins rugueux de la surface interne du conduit naturel ou morbide que traverse le sang, expliquent d'une manière simple et conforme aux lois de l'acoustique les bruits occasionnés par les maladies valvulaires. Cette formule, qui s'adapte à tous les cas connus, simplifie extrêmement l'étude si complexe et si difficile des maladies du cœur. Elle conduit aussi nécessairement à repousser la distinction admise entre l'insuffisance et le rétrécissement. Un médecin consommé dans son art peut déclarer que la maladie occupe plus spécialement l'orifice aortique ou auriculo-ventriculaire, et peut assurer que le sang, à son passage sur ces orifices, entre en vibration normale, parce que le canal est altéré; mais voilà tout ce qu'il peut affirmer. »

— M. DE CASTELNAU termine la lecture de son Mémoire intitulé : *Considérations morales et hygiéniques sur le système pénitentiaire dit cellulaire et sur les systèmes de répression en général.*

Les conclusions que l'on peut tirer de ce travail sont les suivantes :

1° Le rapport du nombre des crimes et des délits au chiffre de la population n'a pas varié depuis vingt ans;

2° La proportion des récidives n'a pas varié davantage;

3° Le régime d'isolement complet des détenus altère leur santé et augmente le chiffre de la mortalité;

4° Ce régime ne moralise pas plus qu'un autre les criminels. Dans toutes les localités où il est en vigueur, le nombre des criminels ne diminue en rien;

5° L'augmentation ou la diminution des rigueurs de la loi pénale est absolument impuissante à modifier l'état de la criminalité, qui reste invariable;

6° Cette invariabilité dans l'état de la criminalité prouve que cet état est l'effet d'une loi de l'organisation contre laquelle toutes les forces humaines sont et seront impuissantes;

7° S'il n'est pas possible de diminuer le nombre des criminels, il est possible de les faire concourir au bien-être du pays tout en améliorant leur propre condition.

— M. MERCIER lit un Mémoire intitulé : *Du cathétérisme dans les rétentions d'urine produites par des déviations de la partie profonde de l'urètre.*

L'auteur signale trois difficultés qu'on éprouve à pratiquer le cathétérisme lorsqu'il existe une déviation de la partie profonde de l'urètre et indique en même temps les moyens de les vaincre.

1° Lorsqu'on a à franchir une antéflexion de la portion membraneuse, qu'on a si souvent prise pour des rétrécissements spasmodiques, le bec de la sonde ne doit pas marcher de bas en haut et d'avant en arrière, comme dans les cas ordinaires, mais de bas en haut et d'arrière en avant. Il faut qu'il se dirige pour ainsi dire vers la face postérieure de la symphyse pubienne, ce que l'on ne peut bien faire qu'avec la sonde coudée de M. Mercier.

2° Lorsque le centre de la région prostatique est dévié à droite ou à gauche par l'hypertrophie d'un de ses lobes latéraux, et que les sondes ordinaires ne peuvent franchir cette déviation,

on réussit à la franchir avec la sonde coudée de M. Mercier en procédant de la manière suivante : « J'introduis, dit l'auteur, la sonde coudée jusqu'à l'obstacle; alors, je rapproche la tige de l'axe du tronc, et je pousse de manière que le dos de la portion recourbée marche en avant. On conçoit que de la sorte on peut toujours sans danger employer une force suffisante pour refouler la tumeur à droite ou à gauche, selon le côté où elle se trouve, et triompher de l'obstacle.

3° Lorsque l'obstacle est au col de la vessie, comme M. Mercier n'a jamais trouvé de saillie au-devant de cet orifice, il introduit la sonde jusqu'à l'obstacle; puis, sans s'inquiéter quels sont la nature et le siége précis de cet obstacle, il pousse directement en portant peu à peu le bec en avant, et il arrive infailliblement dans la vessie, parce qu'il est impossible, dit-il, qu'avec le dos de mon instrument je ne parvienne pas à soulever la saillie qui ferme le canal.

M. Mercier termine en affirmant qu'avec sa sonde coudée les praticiens, même médiocrement expérimentés, éviteront toujours les fausses routes.

Note sur la carbonométrie pulmonaire dans l'air comprimé ;

PAR M. PAUL HERVIER,
interne des hôpitaux de Lyon.

MM. Paul Hervier et Saint-Lager viennent de publier dans la *Gazette médicale de Lyon* le mémoire suivant, qui fait suite à celui dont nous avons donné une longue analyse dans la *Gazette des Hôpitaux* du mois de février 1849.

Dans un premier travail (1), nous nous étions occupés, M. Saint-Lager et moi, de recherches sur les quantités d'acide carbonique exhalé par le poumon dans diverses conditions de l'état physiologique et à l'état de maladie; depuis nous avons dû à la bienveillance de M. le docteur Pravaz de pouvoir compléter nos études par des expériences carbonométriques dans l'air comprimé. Jusqu'à ce jour on n'avait point déterminé les modifications éprouvées par l'air expiré sous l'influence de l'air comprimé, bien que les effets physiologiques de cet agent fussent parfaitement connus. S'il est vrai que les remèdes qui modifient le plus heureusement l'organisme sont ceux que la nature nous a donnés comme des conditions de notre existence, l'air doit être le premier des médicaments, et susceptible comme tous les autres d'être donné à des doses qui varient avec les idiosyncrasies et les états morbides. Personne ne contestera qu'un remède qui agit si directement sur l'hématose ne soit un des moyens les plus puissants de modifier la nutrition et ne puisse être indiqué pour triompher des maladies où elle languit. Aussi ne doit-on pas s'étonner des succès aussi nombreux que variés qu'obtient tous les jours, depuis plus de douze ans, M. le docteur Pravaz, dans les cas où la thérapeutique ordinaire échoue, et, si une chose peut surprendre, c'est que ces succès soient moins connus que la modestie et le mérite de l'auteur.

Si j'avais l'intention d'exposer les effets vraiment merveilleux de l'air comprimé, je parlerais de l'augmentation rapide de l'appétit, poussé jusqu'à la voracité, de la sédation produite dans quelques cas sur le système circulatoire, de la dilatation rapide du thorax, enfin de la promptitude dans l'accroissement des forces musculaires; mais je me borne à étudier les effets immédiats de l'air comprimé sur la respiration.

Dans cette étude nous avons employé, M. Saint-Lager et moi, une méthode qui a été exposée dans un article précédent et sur les détails de laquelle je ne reviendrai pas. Les expériences ont été faites sur nous-mêmes, une avant d'entrer dans le bain d'air, une seconde pendant sa durée, une troisième immédiatement après, et enfin d'autres dans le courant de la journée. Quoique nous fussions certains de l'exactitude de notre méthode, nous avons répété les essais un assez grand nombre de fois, afin de donner à nos résultats toutes les garanties de certitude désirables.

Je ne décrirai point les effets primitifs de l'air comprimé au moment où l'on entre dans le bain : ces effets, parmi lesquels nous avons remarqué une légère surdité, sont peu appréciables d'ailleurs pour l'homme sain comme pour le malade, et j'arrive aux modifications imprimées à l'exhalation de l'acide carbonique qui ont exclusivement fixé notre attention.

A une faible pression, par exemple, lorsque le manomètre qui communique avec l'appareil n'accuse que 2, 6, 8 et jusqu'à 10 ou 12 millimètres au-dessus de la pression ordinaire, il y a une augmentation croissante dans l'exhalation de l'acide carbonique. Ce fait est, du reste, en rapport avec ce que nous avons avancé ailleurs sur les rapports de la pression atmosphérique avec la carbonométrie pulmonaire. Au delà de 773 millimètres de pression les phénomènes changent complétement, la quantité d'acide carbonique exhalé diminue. A quoi cela tient-il? Ce fait vraiment curieux paraît au premier abord inexplicable ; mais si l'on songe que les conditions de la respiration ne sont plus les mêmes, que le milieu dans lequel on est plongé ne ressemble point à l'air atmosphérique et que l'augmentation de pression survient brusquement, alors, dis-je, les difficultés s'évanouissent et le fait paraît d'une interprétation facile. En effet, si l'on convient que l'air entre plus librement dans le poumon par l'effet du bain d'air comprimé que lorsqu'il est exposé à l'action de l'air atmosphérique, on doit admettre aussi que la dilatation anormale des vésicules pulmonaires, par l'effet d'une pression suffisamment forte dans l'air comprimé, diminue le ressort et l'élasticité des organes respiratoires, au point de gêner l'expiration et, partant, l'exhalation de l'acide carbonique.

Pour bien comprendre ce fait, il faut faire la part des effets chimiques et mécaniques du bain d'air comprimé. Ainsi, à une faible pression, l'effet chimique dominant l'influence mécanique, l'endosmose trouve dans les conditions de pression une circonstance favorable au développement des fonctions respiratoires sans que l'exosmose soit entravée par une pression trop forte; c'est-à-dire que la pression au-dessous de 773 millimètres est assez puissante pour favoriser l'endosmose, mais pas assez forte pour gêner l'exosmose gazeuse, d'où il suit une augmentation croissante dans l'exhalation de l'acide carbonique. A une pression plus forte, l'effet mécanique neutralise et anéantit l'influence chimique, au point d'empêcher l'exosmose gazeuse dans le bain d'air, sans toutefois s'opposer à l'absorption des gaz ; de sorte que l'on observe l'hypercrinie carbonique que lorsque le poumon est soustrait à l'action de cette force mécanique, c'est-à-dire au dehors du bain, conformément à nos nombreuses observations. C'est ainsi que, par la considération des effets chimiques et mécaniques de l'air comprimé, on arrive à saisir la cause qui explique comment on obtient des résultats inverses de ceux que l'étude des faits qui se passent dans l'air atmosphérique faisait présumer. D'ailleurs, en l'absence d'une interprétation vraiment scientifique de ces faits curieux, la seule circonstance de l'augmentation subite de pression qui surprend l'organe pulmonaire au point de le troubler dans ses fonctions ne suffirait-elle pas pour expliquer cette hypocrinie carbonique observée constamment à des pressions élevées dans le bain d'air comprimé ?

Au sortir du bain d'air l'exhalation de l'acide carbonique augmente peu à peu pour arriver bientôt à un résultat supérieur à celui obtenu dans le bain à une faible pression. En effet, l'influence mécanique suspendant son action, le ressort du poumon revient bientôt à son état normal, et par le fait de l'exosmose gazeuse, qui n'est plus entravée par une forte pression, il rejette au dehors, sous forme d'acide carbonique, tout l'oxygène qu'il avait absorbé dans le bain sous l'influence de l'endosmose. Cet état hypercrinique augmente peu à peu et se prolonge plusieurs heures après le bain. C'est à ce moment qu'on éprouve les bienfaits de cet agent merveilleux, qui se traduisent par une exaltation de la puissance musculaire et un appétit vraiment désordonné.

CONCLUSIONS.

1° Les quantités d'acide carbonique exhalé dans le bain d'air comprimé s'élèvent au-dessus des proportions de l'état normal jusqu'à la pression de 773 millimètres; au-dessus de ce chiffre le poumon exhale moins d'acide carbonique qu'avant le bain.

2° Les bains d'air comprimé ont pour effet d'augmenter l'exhalation de l'acide carbonique au dehors du bain; cet effet, qui se prolonge plusieurs heures après leur administration, est plus sensible deux ou trois heures après qu'immédiatement après le bain.

(1) Recherches sur l'acide carbonique exhalé par le poumon, par MM. Paul Hervier et Saint-Lager. (*Gazette médicale de Lyon*, février 1849.)

NOUVELLES.

La commission sanitaire du comité central d'instruction primaire de la ville de Paris, vivement préoccupée de l'état déplorable dans lequel se trouvent un grand nombre d'écoles, au point de vue hygiénique, a décidé que toutes les écoles et asiles seraient visités par une commission prise dans son sein, qu'elle ferait un rapport d'ensemble au comité central.

A cet effet, une commission de douze membres a été instituée, deux membres sont chargés de l'inspection des écoles de deux arrondissements.

Dans sa séance du 5 courant, le comité central a entendu avec intérêt deux rapports qui lui ont été faits à ce sujet par deux honorables membres de la commission sanitaire, MM. Audiat et Labélonye.

M. Audiat a signalé comme se trouvant dans des conditions très défavorables quelques écoles qui ont été visitées par une sous-commission dont il faisait partie avec MM. Poulain de Bossay, Pompée et Labélonye, et qui avait pour mission de surveiller des expériences de désinfection. Il a indiqué particulièrement les deux écoles de filles et de garçons de la rue Brise-Miche, comme placées dans les conditions les plus fâcheuses, et s'est plaint de l'incurie des inspecteurs nommés par l'administration, qui négligent d'y faire les réparations les plus minimes et les plus urgentes.

Il a conclu, au nom de la commission, à ce que les écoles fussent transférées dans un local mieux approprié à leur destination, et qu'en attendant on y fît les améliorations indispensables.

Parmi les causes d'insalubrité, on doit signaler l'état d'infection des lieux d'aisance de la plupart de ces établissements, source incessante de plusieurs affections.

M. Labélonye a fait à ce sujet, au nom de la commission, un rapport fort intéressant sur des expériences de désinfection faite sous ses yeux par MM. Raphanel et Ledoyen, à l'aide d'un liquide dont la base est le nitrate de plomb.

La commission avait choisi pour faire cette expérimentation trois des écoles signalées comme les plus infectes.

En effet dans les trois les lieux étaient dans un état d'infection complet; le gaz ammoniacal s'en dégageait avec une telle abondance qu'on ne pouvait s'en approcher sans être suffoqué, et les classes en étaient infectées au point que plusieurs élèves en avaient été incommodés.

Le résultat de l'expérience a été des plus concluants : un simple lavage et quelques aspersions ont suffi pour faire disparaître toute odeur. Ce n'est que le troisième jour qu'elle a commencé à se manifester de nouveau, et un nouveau lavage l'a fait disparaître entièrement ; on a continué ces expériences pendant quinze jours, et le même phénomène s'est produit chaque fois.

La commission, convaincue par ces expériences et par celles faites antérieurement avec d'autres procédés qu'il y a possibilité de désinfecter complétement les fosses et les cabinets d'aisances placés dans les plus mauvaises conditions, a invité formellement l'administration à faire cesser une des causes principales d'insalubrité des écoles et asiles en faisant procéder à leur désinfection d'une manière permanente.

— M. le docteur Pajot commencera un cours complet d'accouchements le lundi 13 août 1849, à onze heures, rue de Vaugirard, 35, et le continuera pendant toutes les vacances.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 11 AOUT 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 94.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 10 AOUT 1849.

Bulletin du choléra.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

Hôpitaux civils :

Journée du 8 août........	11 entrées,	8 décès.
— 9	35	17
Hôpitaux militaires pendant les deux jours..............	11	4
Total................	57	29
Total des décès dans les hôpitaux..........		7036
Total des décès à domicile jusqu'au 30 juillet inclusivement........		9500
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie....................		16536

L'épidémie, qui semblait sur le point de disparaître de la capitale, nous menace depnis hier d'une recrudescence. De 11, nombre de cholériques admis avant-hier dans les hôpitaux civils, le chiffre des admissions s'est élevé hier à 35. Si ce chiffre était isolé, il pourrait n'être considéré que comme une de ces variations accidentelles qui ne dénotent absolument aucune modification dans la marche générale de l'épidémie; mais ce qui lui donne une certaine portée, c'est qu'elle coïncide avec une augmentation analogue dans les hôpitaux militaires et aussi dans la ville, si les faits qui nous été signalés par quelques confrères ne sont pas des exceptions.

Les hôpitaux militaires n'avaient, depuis quelques jours, reçu aucun nouveau cholérique, lorsque plusieurs cas très graves se sont manifestés hier dans la garnison. L'hôpital du Roule, à lui seul, a reçu six cholériques dans un état tellement alarmant, qu'on craint de n'en pouvoir sauver un seul. Il n'y a cependant rien de décisif jusqu'à présent dans celte oscillation de la journée d'hier, et nous pouvous espérer encore que la recrudescence qu'elle peut faire craindre n'aura pas lieu.

Nouvelles du choléra.

LONDRES. — Les nouveaux documents qui nous arrivent de Londres confirment moins encore que les précédents les assertions rassurantes avancées par M. Donné dans la lettre que nous avons mentionnée avant-hier. Pendant la semaine qui a fini le 4 août, le chiffre des décès dans la ville de Londres, par suite du choléra, s'est élevé à 926. On se rappelle que ce chiffre n'avait été que de 783 pendant la semaine précédente. On voit donc que la recrudescence était loin d'être en voie de diminution à la date du 4 août.

Rien d'intéressant ne nous est parvenu touchant la marche de l'épidémie dans les départements ou dans les autres pays étrangers.

Revue clinique hebdomadaire.

De l'emploi de l'arsenic dans le traitement des fièvres intermittentes. — Le temps est grandement arrivé où tous les praticiens doivent expérimenter la nouvelle méthode antipériodique préconisée par M. Boudin. Avant de nous décider à faire résolument cette invitation à nos lecteurs, nous avons voulu attendre de voir se renouveler une fois encore les expériences que nous avions déjà suivies avec un si grand intérêt en 1844 et 1845 à l'hôpital militaire de Versailles. Ceux de nos lecteurs qui veulent bien se rappeler la prudence que nous avons toujours mise à adopter les innovations thérapeutiques seront bien convaincus que ce n'est pas sans de solides raisons que nous nous prononçons aujourd'hui d'une manière aussi catégorique.

Depuis deux mois que M. Boudin a pris la direction en chef de l'hôpital du Roule, plus de soixante fiévreux ont déjà été traités dans cet établissement sans prendre un atome de sulfate de quinine. Parmi ces maladcs, plusieurs étaient à leur seconde, à leur troisième, quatrième, cinquième ou même sixième récidive. Tous sont sortis guéris ou sont en voie de guérison. Aucune espèce d'accident n'a été observé; la durée moyenne du traitement a été de quinze jours à trois semaines. Ces faits que nous avions observés en 1845, qui viennent d'être constatés de nouveau à côté de nous depuis deux mois, nous ont engagé à consacrer notre *Revue clinique* d'aujourd'hui à l'exposition de la méthode que M. Boudin s'efforce avec tant de persévérance d'introniser dans la thérapeutique.

Ce n'est pas seulement à cause de l'utilité de cette méthode en elle-même qu'il est urgent de lui faire prendre rang dans le formulaire du praticien, c'est aussi parce qu'il y a à cela un grand intérêt d'hygiène publique.

Le quinquina acquiert chaque jour un prix plus élevé; il vaut aujourd'hui vingt-cinq francs l'once, en gros, et si, comme les recherches récentes ne le font craindre que trop, la progression qu'on observe depuis quelques années continue, le moment ne tardera pas à venir où le traitement d'une fièvre intermittente par le sulfate de quinine sera au-dessus des ressources du paysan de nos provinces marécageuses. Il importe donc qu'avant ce moment tous les praticiens soient complètement édifiés sur les avantages réels, sur les indications précises, sur le meilleur mode d'application de la méthode anti-périodique arsenicale.

Enfin, et cette considération n'est pas à dédaigner, quoique nous la considérions comme d'une importance très secondaire, il y a pour la France un assez grand intérêt financier à ce que cette méthode reçoive toute l'extension compatible avec l'intérêt des malades. Pour donner une idée de l'importance de la méthode, considérée sous ce rapport, nous citerons les chiffres suivants qui nous ont été communiqués par M. Boudin.

La consommation probable de sulfate de quinine faite par le ministère de la guerre en 1849 sera très approximativement de 500 kilogr. Au prix actuel de cette substance (25 fr. l'once ou 800 fr. le kilog.), 500 kilog. coûteront à l'administration 400,000 fr. Ainsi, dans le cas où l'arsenic pourrait être substitué au sulfate de quinine, soit d'une manière complète, soit en partie, on voit quelle économie il en résulterait pour l'administration d'abord et pour la nation ensuite si la méthode arsenicale venait à se répandre sur tous les points du territoire.

Cela posé, disons quelques mots de la manière dont procède M. Boudin dans l'administration de la substance arsenicale.

Dès qu'il est appelé auprès d'un fébricitant, quel que soit le type de la fièvre, quelle que soit sa durée antérieure ou le nombre de ses récidives, quels que soient l'âge et la constitution des malades ou les désordres organiques produits, M. Boudin commence par administrer un vomitif.

Le lendemain, il prescrit trois centigr. d'acide arsénieux dissous dans 100 grammes environ d'eau distillée en une seule prise. Depuis quelques jours, il mêle la solution arsenicale, faite alors dans une moindre quantité d'eau, à une quantité de lait sucré telle que le poids total du véhicule ne dépasse pas 100 à 125 grammes.

Le régime du malade est aussi substantiel que possible: non-seulement M. Boudin ne pratique jamais de saignée aux fébricitants, mais encore il évite avec le plus grand soin le moindre retranchement à la quantité d'aliments qui convient à leur appétit. Il est d'ailleurs remarquable, ainsi que nous le dirons dans un instant, que l'appétit se développe ordinairement d'une manière très prononcée quelques jours après les premières prises d'arsenic.

Le plus souvent les accès disparaissent dès le premier jour de l'administration du médicament, même lorsqu'il n'a été pris que quatre ou cinq heures avant le moment où cet accès doit se manifester. Dans d'autres cas l'accès n'est que diminué; mais il ne tarde presque jamais à disparaître, et persiste très rarement au delà de la troisième ou quatrième prise. Dans aucun des cas reçus depuis 2 mois à l'hôpital du Roule, et qui, ainsi que nous l'avons dit, s'élèvent au-dessus de 60, la fièvre n'a résisté à la médication. Aucun des malades

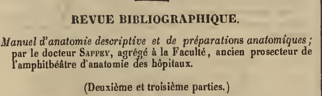
FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Manuel d'anatomie descriptive et de préparations anatomiques; par le docteur SAPPEY, agrégé à la Faculté, ancien prosecteur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

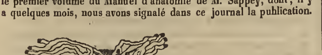
(Deuxième et troisième parties.)

La deuxième et la troisième parties, comprenant l'angéiologie, étude des vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques, complètent le premier volume du Manuel d'anatomie de M. Sappey, dont, il y a quelques mois, nous avons signalé dans ce journal la publication.



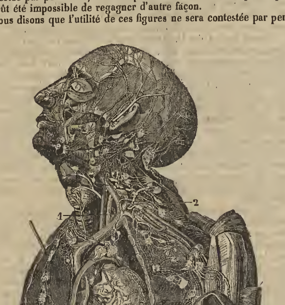
Cette seconde division du livre a été traitée par l'auteur avec plus de soin encore, s'il est possible, que la première, et d'une manière aussi plus complète et plus détaillée.

En avançant dans son travail, M. Sappey s'est bien vite aperçu,



comme nous le lui avions prédit, qu'il ne pouvait espérer d'être complet en un seul volume à moins de vouloir sacrifier les portions les plus intéressantes et les plus délicates de son œuvre, l'angéiologie et la névrologie. D'ailleurs, le nombre et la grandeur des dessins dont il a voulu accompagner son texte, et dont l'utilité ne sera contestée par personne, ont occupé matériellement une place qu'il lui eût été impossible de regagner d'autre façon.

Nous disons que l'utilité de ces figures ne sera contestée par per-



sonne. Nous ne sommes pas de ceux qui croient que l'on peut apprendre l'anatomie sur des planches. Si les dessins qui enrichissent ce manuel n'avaient d'autre but que de fournir aux paresseux le moyen d'éviter les fatigantes et quelquefois rebutantes études sur le cadavre, nous les blâmerions de la manière la plus formelle; mais telle n'a pas été l'intention de l'auteur. Rompu aux études anatomiques, témoin souvent, pendant la durée de ses fonctions de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, de l'embarras des commençants, entre les mains inexpérimentées desquels le scalpel devient souvent un instrument de destruction plutôt que de dissec-



tion, M. Sappey a voulu mettre sous les yeux des élèves, à côté de la description, la représentation exacte de la pièce, habilement préparée, pour guider leurs premiers pas et leur servir de modèle. Aussi son livre n'est-il pas un recueil d'*images*, mais le manuel du cadavre; et le soir, après l'étude pratique, la planche représente-t-elle dans ses plus minutieux détails à l'anatomiste la pièce qu'il

admis dans les trois premières semaines ne se trouve en ce moment à l'hôpital; ce qui indique que dans aucun cas le traitement ne s'est prolongé pendant plus d'un mois.

Le nombre des fébricitants traités par M. Boudin dans les divers hôpitaux où il a passé depuis 1840 s'élève à plus de 3,500, et sur ce nombre, dit-il, il n'a jamais trouvé ni un seul cas rebelle à l'arsenic, ni un seul cas où le médicament ait produit le moindre accident.

Ces résultats généraux une fois posés, il serait intéressant d'établir des résultats comparatifs obtenus à l'aide de l'arsenic d'une part, et du sulfate de quinine de l'autre. M. Boudin, n'ayant depuis longtemps trouvé aucun cas qui nécessitât l'emploi du sulfate de quinine, n'a pu faire aucune comparaison de ce genre; mais des expériences avaient été faites à Versailles en vue de résoudre la question que nous posons ici, et nous trouvons dans l'excellent travail de M. Masselot le tableau suivant, qui résume toutes ces expériences. Celles-ci sont assurément insuffisantes pour donner la solution complète et définitive du problème; mais elles l'avancent considérablement. Voici les résultats consignés dans le travail si consciencieux de M. Masselot,

Depuis le 1er janvier 1843 jusqu'au 1er janvier 1846, il a été admis à l'hôpital militaire de Versailles 574 individus atteints de fièvres intermittentes. 142 malades, chez lesquels la fièvre parut légère, ne furent soumis qu'à un vomitif ou même à de simples soins hygiéniques. Des 432 autres, chez lesquels la fièvre était parfaitement caractérisée et avait pris naissance dans des localités marécageuses, les uns furent traités par le sulfate de quinine, les autres par l'arsenic, les autres enfin par les deux médicaments associés. Voici les résultats de ces divers traitements :

		Nombre de récidives.
Malades n'ayant pris ni quinine, ni arsenic.	142.	— 8 ou 5,6 p. 0/0
Malades traités par le sulfate de quinine	111.	— 14 ou 12,5 p. 0/0
Malades traités par l'arsenic	311.	— 10 ou 3,2 p. 0/0
Malades traités par les deux médicaments associés	10	— —
Total	574	

Ces résultats, avons-nous dit, ne sont pas définitifs, parce qu'il est effectivement difficile de dire *à priori* quel sera le plus grave de deux cas donnés de fièvre intermittente ; cependant, vu le nombre des cas, il est au moins très probable que les erreurs se sont à peu près compensées, et que, comme on cherchait à partager également les cas graves soumis à chaque médication, on est arrivé très près du but qu'on se proposait d'atteindre. Dans tous les cas la conclusion la moins favorable à l'arsenic que l'on puisse tirer de ces faits, c'est que ce médicament ne le cède en rien au sulfate de quinine quant au nombre de récidives dont son administration est suivie.

Quant à la promptitude de la guérison, la durée moyenne du séjour à l'hôpital a été de 30 jours pour ceux qui ont été traités par le sulfate de quinine, et de 22 jours pour ceux qui ont pris de l'acide arsénieux.

Malgré ces résultats si favorables à l'acide arsénieux, M. Masselot était loin, lorsqu'il écrivait son Mémoire, de penser que ce médicament ne pourrait pas rencontrer des cas rebelles; il supposait même qu'on échouerait à l'aide de cette méthode dans les cas où la fièvre intermittente est caractérisée par des accès violents, par du délire, par un pouls plein, dur, développé; quand la peau est chaude, qu'il y a congestion ou imminence de congestion sur quelque organe important. Mais le même auteur fait remarquer en même temps que, dans les cas de ce genre, le sulfate de quinine ne serait pas lui-même indiqué; en sorte qu'il reste complétement à décider quels sont les cas où le sulfate de quinine est préférable à l'arsenic, *et vice versa.*

D'après les faits qui ont passé sous nos yeux et ceux qui sont consignés dans le travail de M. Masselot, nous serions fort embarrassé pour suppléer au silence de cet auteur. Nous conseillerions toutefois, et sans que notre confiance dans l'acide arsénieux en soit ébranlée, de recourir de préférence au sulfate de quinine dans un cas de fièvre intermittente pernicieuse; parce que dans les cas de ce genre le sulfate de quinine a fait ses preuves, tandis que l'acide arsénieux n'a pas encore suffisamment fait les siennes.

Nous avons dit que M. Boudin commençait constamment l'administration de l'arsenic par une dose de 3 centigrammes; au bout de quelques jours, il double cette dose, et il s'en tient là. Toutefois, on peut sans craindre aucun accident porter la dose jusqu'à 10 ou 12 centigr. Il a pu en faire prendre pendant plusieurs mois 18 centigr. par jour à un malade qui était profondément détérioré depuis longtemps, et qui, sous l'influence de cette médication, a recouvré sa santé primitive. Si donc M. Boudin ne dépasse pas la dose de 6 centigr. dans ses traitements habituels, cela tient uniquement à ce que cette dose lui a toujours été suffisante.

Quant au temps pendant lequel l'arsenic doit être continué pour mettre les malades à l'abri des récidives, il n'y a rien de fixe à ce sujet, et les règles qui sont tracées dans tous les auteurs à cet égard pour le sulfate de quinine sont sans doute applicables à l'arsenic; l'important, dans tous les cas, est de savoir qu'on peut continuer le médicament aussi longtemps qu'on le voudra, sans craindre d'accidents.

Quant à la préparation qu'il faut préférer, M. Boudin a adopté la solution d'acide arsénieux, et c'est aussi celle sur les effets de laquelle on peut compter le plus. Depuis quelques jours il la prescrit dans du lait sucré. Il n'y a que peu d'importance à attacher à cette modification, puisque la solution d'acide arsénieux est à peu près complétement insipide.

Tels sont les faits sur lesquels nous désirions depuis longtemps appeler l'attention de nos lecteurs. Nous croirons avoir fait quelque chose d'utile si nous parvenons à faire expérimenter sur une plus grande échelle une méthode qui paraît destinée à rendre de grands services à la classe pauvre de nos campagnes, et à soulager le budget de l'Etat.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert.

Considérations pratiques sur la fissure à l'anus.

(Leçon du 27 juillet 1849.)

Nous allons opérer aujourd'hui une malade affectée depuis longtemps déjà d'une fissure à l'anus. Cette affection, légère en apparence, mérite cependant toute l'attention des praticiens, et il ne sera pas sans utilité de nous y arrêter un instant.

La fissure, que les anciens, quoi qu'on en ait dit, Albucasis entre autres, connaissaient parfaitement, mais dont ils ignoraient le traitement, n'a cependant occupé d'une manière spéciale les chirurgiens que depuis Boyer, qui a insisté sur cette maladie beaucoup plus qu'on ne l'avait fait avant lui.

Sans vouloir passer en revue toutes les causes auxquelles on a attribué la fissure, nous devons mentionner particulièrement l'étroitesse congéniale de l'anus et la dureté des matières fécales, résultant elle-même, le plus souvent, de la constipation. Ces deux causes, déjà reconnues et parfaitement indiquées par Lemonnier, de Rouen, produisent seules presque constamment la fissure. Boyer et depuis lui beaucoup de chirurgiens ont fait jouer le plus grand rôle au spasme du sphincter de l'anus. Mais nous pensons que Boyer, malgré sa grande sagacité, s'est laissé induire en erreur, et qu'il a pris pour cause ce qui n'est, dans la grande majorité des cas au moins, qu'un simple effet. Chez notre malade, par exemple, il est facile de s'assurer que le spasme a suivi le développement de la fissure, tandis que l'on constate également chez elle un rétrécissement, ou plutôt une étroitesse de l'anus qui a nécessairement précédé la maladie, ainsi que l'existence d'une constipation également antérieure au développement de l'affection. Nous ne voulons cependant pas dire que le spasme seul ne puisse, dans quelques cas, produire la fissure; mais ce n'est assurément là qu'une rare exception, et il est important de ne pas perdre de vue ce fait pour juger sainement certaines méthodes curatives. Il faut savoir également qu'un certain nombre de fissures sont dues au virus syphilitique, et qu'elles exigent un traitement particulier.

Ainsi que nous l'avons dit, la fissure semble ne devoir être, dans tous les cas, qu'une affection sans aucune importance, sans aucune suite grave possible ; il n'en est cependant point ainsi. Lorsque la fissure persiste pendant longtemps, elle finit par agir profondément sur le système nerveux d'abord, puis sur le système nutritif. Les malades souffrent tellement alors pour aller à la garde-robe, qu'ils font des efforts inouïs pour s'en abstenir. J'ai eu l'occasion de traiter la femme du président de la cour d'Orléans, qui, à la suite d'une rétention volontaire des matières fécales pendant un mois, avait éprouvé les symptômes d'une sorte d'infection typhoïde qui mit ses jours en danger. Le gros intestin contenait un amas énorme de matières fécales durcies, dont l'expulsion naturelle était devenue impossible, et l'extraction rendit la santé à la malade.

J'ai longtemps donné mes soins, à Belleville, à un homme très pusillanime, qui ne s'était jamais senti le courage de se soumettre à une opération, et qui redoutait tellement d'aller à la garde-robe, que pour s'en dispenser il s'était réduit à quelques bouillons pour toute nourriture. Cet homme était arrivé à un état squelettique, et aurait infailliblement succombé, lorsqu'apparut l'éthérisation ; il consentit à se laisser opérer en se soumettant aux inhalations anesthésiques, et recouvra toute sa santé à la suite de l'opération. Vous voyez donc jusqu'à quel point une lésion en apparence si peu importante peut avoir des conséquences graves.

Quel traitement convient-il d'employer contre cette maladie? Telle est la question capitale qui nous reste à examiner. Nous avons dit que, si les anciens connaissaient à peu près aussi bien que nous la fissure de l'anus, il s'en fallait bien qu'ils fussent aussi avancés dans la connaissance du traitement. Les lavements simples ou laxatifs, les suppositoires qu'ils mettaient en usage pouvaient bien pallier, guérir même d'une manière définitive quelques fissures très superficielles et récentes; mais ce traitement échouait à peu près constamment contre les fissures un peu profondes, ainsi que celles dans lesquelles s'était déjà formée cette membrane granuleuse, irritable, qui se forme toujours lorsque la fissure dure un certain temps, et dans laquelle réside cette exhalation de sensibilité qui est le cachet de la fissure et la cause essentielle du spasme du sphincter.

Plus récemment on a employé contre la fissure les lavements ou les onctions de ratanhia. M. J. Cloquet a employé les cautérisations avec le nitrate d'argent; mais tous ces moyens ne sont guère plus efficaces que ceux des anciens; ils peuvent procurer quelques succès dans les cas où la maladie est très superficielle, et échouent à peu près constamment dans les cas contraires, c'est-à-dire dans la grande majorité des cas.

Boyer fut conduit, par une théorie qui n'est point vraie d'une manière générale, à une thérapeutique bien supérieure cependant à celle de ses devanciers. Il conseilla de pratiquer l'incision de la fissure et du sphincter anal, dont il considérait le spasme comme la cause principale de la maladie. Cette méthode, en modifiant souvent la membrane granuleuse dont nous avons déjà parlé, a donné d'assez nombreux succès; mais elle offre deux inconvénients, qui ne laissent pas quelquefois que d'être assez graves.

Il peut arriver que, les lèvres de l'incision se cicatrisant isolément, les fonctions du sphincter soient en partie ou

---

croit avoir encore sous les yeux, et dont il repasse sans fatigue les dispositions les plus ardues et les plus délicates.

Nous devons à l'obligeance de l'éditeur de pouvoir offrir à nos lecteurs quelques spécimens des planches relatives à l'anatomie des vaisseaux lymphatiques.

Manuel de Médecine opératoire, fondée sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologique; par M. Malgaigne.

(Cinquième édition.)

Est-il un éloge plus précieux pour un livre du genre de celui-ci que ces simples mots écrits sur le titre : *cinquième édition?* Ne prouvent-ils pas que, depuis quinze ans au moins, l'ouvrage est entre les mains de toutes les générations d'élèves qui se sont succédé dans les amphithéâtres, et un succès aussi complet ne ferme-t-il pas la bouche aux critiques?

La medecine opératoire est une science toute moderne. Comme chose, elle date de la fin du dix-septième siècle, de Dionis, auquel on doit un livre, un des livres les plus originaux et les plus remarquables pour l'histoire de l'art. Dionis avait fait pour les opérations ce que firent Mauriceau pour les accouchements, J.-L. Petit pour les maladies des os. Le nom est dû à Sabatier, mais non pas le nom seul, et les chirurgiens n'oublieront jamais les progrès immenses qu'a faits en peu d'années la science des opérations sous l'impulsion vigoureuse que lui a imprimée son enseignement.

Depuis Sabatier, les progrès ont été plus grands encore, et les travaux des Boyer, des Dupuytren, des Lisfranc, des Bérard, pour ne parler que des morts, ont fait prendre à la France, sous ce rapport, la première place incontestablement dans l'histoire de la chirurgie. C'est le résumé des conquêtes faites par cette branche des connaissances médicales, résumé complet et détaillé, comprenant la description nette et facilement intelligible des procédés opératoires usités de nos jours en chirurgie, que renferme le manuel de M. Malgaigne. A son grand regret, l'auteur a dû renoncer aux recherches historiques, aux discussions critiques. Les limites d'un manuel ne les lui permettaient pas, chose fâcheuse ; ces détails n'eussent pu manquer d'offrir un haut intérêt sous la plume savante de l'auteur de l'*Introduction des Œuvres d'Ambroise Paré.* M. Malgaigne est un de ces esprits incisifs et originaux qui donnent du prix à tout ce qu'ils touchent, parce qu'ils ne se bornent pas au rôle stérile de narrateurs serviles ; il discute, approuve ou blâme sans égards pour l'autorité des noms. Peut-être pourrait-on, pratiquement, lui reprocher de vouloir être trop novateur ; mais on lui pardonne bien vite cette petite ambition, en se rappelant que les esprits ardents et quelque peu aventureux sont, après tout, les seuls qui fassent progresser les sciences.

Et puis le but de M. Malgaigne n'est-il pas des plus louables? Que cherche-t-il avant tout, et dans ses livres, et dans ses leçons, et dans sa pratique de chaque jour? A ramener l'art à la réalisation de ces trois mots qu'il a pris pour épigraphe : *sécurité, simplicité, célérité.* C'est, avec une légère variante, l'aphorisme latin, *cito, tuto et jucundè.* Pour notre part, nous préférons la *simplicité* de M. Malgaigne au *jucundè* des anciens, et c'est toujours avec un vif plaisir, quelquefois avec un sentiment qui se rapprochait de l'admiration, que nous l'avons vu, avec les matériaux les plus vulgaires et les moins chirurgicaux, improviser en quelques minutes les appareils les plus ingénieux, les plus aptes à remplir l'indication du moment; l'enseignement de M. Malgaigne, c'est, qu'on me passe le mot, le *romantisme* de la chirurgie. Mais je m'aperçois qu'au lieu de parler du livre, je ne m'occupe que de l'auteur. Je reviens à mon sujet.

Dans cette nouvelle édition, l'auteur s'est surtout appliqué sévèrement à revoir tous les articles de son livre, à corriger ce qui n'était pas suffisamment exact, à remplir les lacunes laissées dans les éditions précédentes par les progrès incessant de la science. Dans ces dernières années, la médecine opératoire a continué sa marche ascendante et fait plus de progrès peut-être qu'aucune autre branche des sciences médicales. Sans parler des ressources inattendues offertes par l'éthérisation et le collodium, nombre d'opérations ont été révisées, améliorées, complétées. M. Poupart a imaginé pour les amputations une méthode féconde en applications. La chirurgie du bec-de-lièvre, des valvules prostatiques, des fistules vésico-vaginales a presque entièrement changé de face. Pour ces dernières, on peut dire qu'il n'existe plus qu'un procédé, celui de notre savant maître et ami M. Jobert; la *cystoplastie par glissement*, dont nous avons tous vu maintes fois les merveilles, sera désormais la seule opération à l'aide de laquelle on tentera de remédier à ces tristes et malheureusement si fréquentes infirmités.

La cataracte, les hernies, les plaies intestinales, les rétrécissements de l'urètre, ont été attaqués par des moyens nouveaux, et bien que l'auteur ait dû faire un choix nécessaire et rejeter toutes les tentatives que ne recommandait pas une valeur scientifique suffisante, à peine est-il quelques chapitres qui ne se soient grandis par d'utiles additions. Une expérience chirurgicale déjà longue a dû l'obliger également de revoir et de corriger diverses appréciations qui n'étaient plus d'accord avec l'état actuel de la science.

Nous ne croyons pas nous aventurer témérairement en prédisant à cette nouvelle édition un succès plus rapide encore que celui de ses aînées.

Dr A. Foucart.

NOUVELLES.

Le rapport fait au nom de la commission chargée de donner son avis sur la prise en considération de la proposition relative à l'établissement de médecins cantonaux a été déposé par M. Beugnot, son auteur.

Ce rapport conclut à la prise en considération.

— M. Baudens aîné, médecin ordinaire de 1re classe à l'infirmerie de l'Ecole militaire de Saint-Cyr, a été nommé médecin principal de 2e classe.

M. Besson, chirurgien-major de 1re classe à l'hôpital militaire d'Ajaccio, a été nommé chirurgien principal de 2e classe.

— Ont été nommés pharmaciens principaux de 2e classe :

M. André, pharmacien-major de 1re classe, attaché à la réserve des médicaments, à Marseille ;

M. Tripier, pharmacien-major de 1re classe aux ambulances de l'Algérie (dépôt de médicaments à Alger).

— M. Destouches, pharmacien aide-major à l'école de cavalerie de Saumur, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— Il est bon d'appeler l'attention sur la falsification suivante que nous trouvons signalée dans les *Archives belges de médecine militaire.*

Falsification du valérianate de fer. — On vend depuis quelque temps dans le commerce du citrate ou du tartrate de fer imprégné d'huile essentielle de valériane. La fraude est assez facile à reconnaître en ce que le valérianate est parfaitement insoluble dans l'eau et soluble dans l'alcool, et que l'acide chlorhydrique, le décomposant, sépare l'acide valérianique, très facile à reconnaître à son odeur.

même totalement abolies, et que les individus restent sujets à l'incontinence des gaz et des matières liquides ou semi-liquides de l'intestin, état qui constitue une infirmité extrêmement désagréable.

Dans quelques circonstances plus rares cette incision profonde par laquelle on divise le sphincter expose aux infiltrations de matières fécales et à tous les accidents fâcheux qui en sont la conséquence. Pour obvier à ce dernier inconvénient, notre très regrettable confrère Blandin avait imaginé de pratiquer la section du muscle sphincter par la méthode sous-cutanée; mais cette méthode, qui produit de si beaux résultats dans certains cas, est ici d'une application fort difficile, outre qu'elle repose sur l'erreur de Boyer et ne remplit pas l'indication capitale, qui est de détruire ou de modifier profondément la membrane granuleuse dont nous avons déjà parlé.

La dilatatation successive est une des méthodes qui ont été le plus souvent employées contre la fissure; elle est cependant peu efficace, et elle fait souvent considérablement souffrir les malades. Dans bien des cas même elle ne peut être supportée, et de plus, lorsqu'elle produit un résultat avantageux, ce n'est qu'après un temps assez long.

C'est pour éviter tous ces inconvénients que notre célèbre confrère M. Récamier a proposé la dilatation forcée instantanée, méthode qu'il a employée avec avantage, ainsi que d'autres chirurgiens. Cependant, malgré les succès qu'on a publiés, je n'ai pu me décider à faire qu'un très petit nombre d'applications de cette méthode; d'abord, parce qu'elle est excessivement douloureuse, et ensuite, parce que je crains toujours de voir se développer des accidents sérieux à la suite d'une violente déchirure comme celle qu'on produit par une dilatation forcée instantanée. Enfin, cette méthode n'est, en définitive, qu'une incision par déchirure, comme celle qu'on produit par une dilatation forcée instantanée. Enfin, cette méthode n'est, en définitive, qu'une incision par déchirure; la membrane granuleuse peut reprendre son état primitif après cette déchirure comme après l'incision par le bistouri, et il doit très probablement y avoir des récidives assez nombreuses.

Pour toutes ces raisons, je reste fidèle à la méthode fort simple qui m'a constamment réussi depuis plusieurs années, qui m'a produit, en ville, une cinquantaine de guérisons durables sans un seul insuccès, et qui consiste dans l'ablation de la membrane granuleuse qui constitue le caractère fondamental de la fissure. Cette méthode n'expose point aux infiltrations de matières fécales; elle laisse intactes les fonctions du sphincter; elle détruit la cause essentielle du mal; enfin, elle produit des résultats immédiats, comme j'espère que vous pourrez vous en convaincre en observant demain la malade que nous allons opérer.

Il est bien entendu que j'excepte les cas de fissures produites par le virus syphilitique; celles-là résistent souvent à toute opération quand on n'a pas soin de faire précéder cette opération d'un traitement général spécial, tandis qu'elles guérissent très souvent sans opération par la seule influence de ce traitement. Comme ce n'est point à l'action du virus syphilitique que doit être rapportée la fissure dont est affectée notre malade, je ne doute pas que vous ne trouviez dès demain une grande amélioration dans son état, et que vous ne constatiez très prochainement une guérison radicale.

Nous croyons devoir rapporter, à la suite de la leçon de l'habile chirurgien, l'observation de la malade qui en a fait le sujet, observation que nous devons à l'extrême obligeance de M. Narbonne, interne distingué des hôpitaux.

Au n° 10 de la salle Saint-Roch est entrée, le 10 juillet 1849, Marie-Pauline, âgée de trente ans, bien réglée, d'un tempérament bilieux fortement prononcé, très irritable et sujette à la jaunisse; elle en a eu plusieurs qui ont eu pour causes déterminantes des contrariétés. Au moment même de son entrée, elle présente une teinte ictérique fortement prononcée de la surface du corps et des sclérotiques. Du reste, à part cela, elle est assez bien portante habituellement.

Il y a dix mois que la malade est accouchée pour la première fois d'un enfant de sept mois et trois semaines; au dire de la patiente, le travail a duré vingt-quatre heures. Le lendemain de l'accouchement, elle a ressenti un peu de douleur du côté de l'anus, douleur qui a disparu en peu de jours et qui a été suivie d'un dévoiement considérable.

Huit jours après, elle a réparu; elle ne se montrait que lorsque la malade allait à la selle. Trois semaines après, on donne un purgatif (huile de ricin). Pendant l'évacuation des selles, elle n'a éprouvé que des cuissons; mais une heure après la dernière selle, elle a ressenti des douleurs atroces qui ont duré quatre heures. Elles ont cessé au bout de ce temps, et elle a été assez tranquille pendant six semaines. Elle était habituellement constipée, et obligée de prendre des lavements pour aller à la garde-robe. Elle ne souffrait que lorsqu'elle allait à la selle; les douleurs étaient peu vives et ne duraient que pendant une demi-heure. A cette époque, les douleurs ont reparu aussi violentes que la première fois; elle souffrait toute la journée, avec des paroxysmes; constipation. — Lavements.

Pendant le passage des matières, elle ressentait une douleur assez violente, mais c'était surtout quelques instants après qu'elle était vive, et comparée à celle qui aurait été occasionnée par l'introduction d'un fer rouge dans l'anus. — Pas de traitement.

Un mois après, M. Clément a reconnu la fissure, et l'a cautérisée avec le nitrate d'argent. Un peu de soulagement; à cette époque, les douleurs étaient seulement déterminées par la défécation, et duraient quatre ou cinq heures.

Un autre médecin l'a cautérisée deux fois dans l'espace de quatre mois. Pas de soulagement; c'est ce qui détermine la malade à entrer à l'Hôtel-Dieu le 10 juillet.

Lors de son entrée, elle présente l'état suivant:

Teinte ictérique très prononcée de la surface du corps et des sclérotiques. En examinant l'anus, on aperçoit vers sa partie postérieure et à droite un petit ulcère qui paraît assez profond; il présente une surface irrégulière, rouge et comme granulée.

Les douleurs se manifestent lorsque la malade va à la selle, et c'est quelques instants après surtout qu'elles sont très violentes, et comparées par la malade à celles produites par un fer rouge; constipation opiniâtre.

On laisse reposer la malade; l'ictère disparaît peu à peu; son état devient satisfaisant, et l'opération est décidée pour le 27. En effet, M. Jobert opère la fissure en excisant la muqueuse qui entoure l'ulcération. Le sphincter est mis à nu, et on a une plaie d'à peu près deux centimètres.

On introduit une mèche dans l'anus.

Le jour et la nuit qui suivent l'opération, douleurs du côté de la plaie, consistant en élancements, et que la malade trouve moins désagréables que celles qu'elle éprouvait auparavant.

Le 28, les élancements persistent; la plaie offre un bon aspect; pas de gardes-robes. — Mèches.

Le 29, mêmes élancements. Le sphincter n'est pas contracté, ce dont on s'assure en introduisant l'index, qui pénètre facilement. Pas de selles. — 32 grammes d'huile de ricin.

Le 30, la malade a eu quatre ou cinq selles; elle a souffert lors du passage des matières, mais ce sont des douleurs bien différentes à celles qu'elle éprouvait avant l'opération.

Le 4 août, la marche bien vers la cicatrisation; hier une selle, qui n'a fait éprouver aucune souffrance à la malade.

Le 5, même état qu'hier; pas de douleur.

La malade se trouve dans un état si satisfaisant qu'elle demande sa sortie.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons cliniques sur le choléra.

(Huitième leçon.)

Des causes et de la nature du choléra.

Nous voici parvenus à l'une des questions les plus intéressantes de la maladie qui nous occupe. La curiosité est éminemment surexcitée lorsqu'il s'agit de pénétrer la cause et l'essence d'une affection aussi terrible que le choléra. On conçoit l'avidité avec laquelle les esprits se sont dirigés vers la solution de cette question, et l'amertume qui a dû se manifester lorsqu'on a été forcé de renoncer à l'espoir de pénétrer ce mystère. De toutes parts, nous avons entendu les gens du monde reprocher à la médecine de ne rien entendre au choléra, de n'être pas plus avancée après l'invasion des deux épidémies qu'auparavant; de ne savoir absolument rien sur la *cause* ou les *causes* du choléra, pas plus que sur son traitement. Les médecins ont courbé la tête et accepté ces reproches. La plupart les ont déclarés bien fondés, et les journaux de médecine en ont souvent publié l'humiliant aveu.

Voyons cependant jusqu'à quel point ces reproches sont bien mérités. Voyons si nous sommes plus ignorants sur la cause du choléra que sur la cause non-seulement de la plupart des maladies, mais même des phénomènes physiques qui passent pour les mieux connus, si nous en savons plus pour les autres maladies que pour le choléra! Et si nous arrivons à cette conclusion, que nous sommes aussi avancés pour les unes que pour les autres, devrons-nous accepter les reproches qu'on nous adresse?

Et d'abord, il est incontestable que nous ne connaissons l'essence de rien. La nature intime, la cause première nous échappent *toujours*. Il est impossible de citer un phénomène physique ou organique, *quel qu'il soit*, dont on connaisse la cause autrement que par les *effets*.

Commençons par les phénomènes physiques; car ce sont surtout les physiciens qui ont la prétention de connaître le plus positivement les causes des phénomènes physiques, et les gens du monde, qui ne savent rien, dont les reproches ont été les plus âpres. Les physiciens connaissent-ils la cause de la gravitation autrement que par les effets qu'elle produit? Peuvent-ils dire quelle est son essence? Ils savent que les corps s'attirent en raison directe de leurs masses, en raison inverse du carré de leurs distances; mais là se bornent leurs connaissances. Je ne parle pas des détails de ces principes et de leurs diverses applications, cela n'ajoute rien à la connaissance de la nature intime de la gravitation. Ce sont toujours des corps qui gravitent; mais pourquoi? Nul ne le sait: et cependant on ne s'avise pas de leur dire: Vous n'entendez rien à la gravitation, vous n'en savez pas le premier mot, vous en ignorez la cause, la nature. Mais au moins sont-ils plus avancés sur la *cause* de l'électricité? La connaît-on autrement que par les étincelles, les attractions et les répulsions? Peut-on dire quelle est l'essence de l'électricité? Non, absolument non. Est-on plus avancé pour la *cause* de la lumière, pour la *cause* de la chaleur, pour le calorique? Pas davantage. On ne connaît ces causes que par les effets qu'elles produisent. Ces effets ont été bien étudiés, bien appréciés, calculés même, mais là s'arrête la science des physiciens; elle ne va pas plus loin, et nous ne voyons pas qu'on leur en fasse un reproche.

Et maintenant, voyons si nous sommes moins avancés qu'eux relativement aux causes des maladies. Prenons pour exemples les maladies spécifiques, la variole. La cause de la variole est inconnue dans son essence, absolument comme celles de la gravitation, de l'électricité, du calorique, etc; mais elle est aussi connue qu'elles par ses effets. Les phénomènes produits par la cause variolique sont aussi clairs, aussi visibles, aussi palpables que ceux que produit la gravitation, etc. Les symptômes de la variole, l'évolution des pustules sont-ils moins évidents que les attractions, les répulsions et les étincelles déterminées par la cause électrique? Qui voudrait le soutenir? Incontestablement, ces deux ordres de phénomènes sont aussi sensibles les uns que les autres, donc leurs causes sont connues au même degré. Le même raisonnement peut s'appliquer aussi rigoureusement à toutes les maladies qui reconnaissent une cause spécifique: à la rougeole, à la scarlatine, à la syphilis, etc., etc.; pour toutes ces maladies, nous pouvons dire: il existe une cause spécifique qui traduit sa présence par des phénomènes évidents, caractéristiques; mais quelle est l'essence de cette cause? Nous l'ignorons, nous n'en savons rien; mais les physiciens n'en savent pas davantage sur l'essence des causes physiques; ils sont donc mal venus de nous reprocher notre ignorance. Mais voyons si le cri de réprobation qui s'est élevé contre les médecins, à propos du choléra est mieux fondé que leurs reproches à propos des autres maladies. Est-ce que par hasard les phénomènes du choléra sont moins frappants, les signes moins clairs, moins évidents que ceux des autres maladies? Est-ce que le choléra est moins facile à reconnaître que la variole, que la scarlatine, etc.? Mais non. Me direz-vous: le choléra a ses caractères propres tout aussi bien que les autres maladies, tout aussi bien que n'importe quel phénomène physique. Mais alors si le choléra a des signes propres, des caractères spéciaux, des signes distinctifs, c'est qu'apparemment il a une cause spéciale, particulière, distincte, et que cette cause ne saurait être confondue avec nulle autre. Il existe donc une cause du choléra qui se manifeste par des effets constants qui lui sont propres, exactement comme celle de la variole, de la rougeole, etc., exactement comme celle de l'électricité ou de la gravitation. Cette cause est connue par ses effets, au même titre que les autres, ni plus ni moins. Nous en savons autant sur elle, sur son essence, que nous en savons sur les causes des autres maladies, et même sur celles des phénomènes physiques les mieux connus. Pourquoi donc en exiger davantage? Pourquoi vouloir qu'on connaisse l'essence de cette cause, lorsqu'on ne connaît l'essence de rien? Sachons donc nous contenter de ce que nous savons, ne cherchons pas à pénétrer des mystères impénétrables.

D'après les effets observés, il est impossible de ne pas reconnaître que la cause du choléra est une *cause spécifique épidémique*; nous verrons plus tard si elle est contagieuse.

Il nous paraît évident que l'atmosphère est le véhicule de cette cause; car par quelle autre voie pourrait-elle franchir les espaces immenses qu'elle traverse? Nous savons bien qu'on a invoqué la continuité du sol pour expliquer la migration du choléra, mais rien ne paraît justifier cette supposition. Un savant recommandable a été jusqu'à étudier les *influences géologiques* sur la propagation du choléra; mais ces considérations sont tombées devant l'examen impartial des faits. L'auteur avance que le choléra s'est constamment montré dans des lieux dont la composition géologique est la même, ou du moins analogue; mais l'itinéraire du choléra donne un démenti à ces savantes assertions.

Si nous en jugeons par la manière dont le choléra frappe les diverses localités, on est porté à le comparer aux nuages qui obscurcissent l'atmosphère en temps d'orage. Ces nuages sont plus ou moins sombres d'espaces en espaces; si l'orage éclate, ils frappent inégalement les lieux sous-jacents. Les uns sont dévastés, inondés, d'autres sont frappés modérément; d'autres enfin sont entièrement épargnés, et quelquefois à une très faible distance. Ainsi se comporte le choléra; il décime l'hospice de la Salpêtrière, et touche à peine le 1er arrondissement.

Existe-t-il des circonstances appréciables qui favorisent ou empêchent la propagation du choléra? On a passé en revue la plupart des agents physiques connus, et nous devons avouer que toutes les recherches entreprises jusqu'à ce jour n'ont que très peu éclairé la question. Est-ce une raison pour désespérer de l'avenir? et quand même ces influences devraient rester toujours ignorées, que prouverait cette obscurité? sinon que la cause du choléra est différente des causes dont on connaît les modificateurs; c'est-à-dire, en dernière analyse, que la cause cholérigène diffère des autres causes morbifiques. N'est-ce pas en effet surtout par ce funeste privilége qu'elle est une cause particulière, qu'elle est en un mot la cause du choléra et non la cause d'une autre maladie? Ne faut-il pas que chaque affection spéciale ait une cause qui se distingue des autres? Eh bien! celle du choléra a pour caractère de n'être nullement influencée par les puissances physiques qui modifient les autres causes. Y a-t-il donc là de quoi tant s'étonner?

On a cru que la *tension électrique* plus ou moins grande de l'atmosphère exerçait quelque influence sur l'intensité de l'épidémie. Des médecins russes, auxquels sont dues ces recherches, ont avancé qu'un aimant qui soutenait 40 kilogrammes en temps ordinaire n'en portait que 8 lorsque l'épidémie était dans toute sa violence. Nous avons expérimenté ici que la tension électrique ne faisait absolument rien à l'activité de la maladie. L'atmosphère a été très électrique pendant la période la plus terrible du fléau. Cette tension a paru diminuer en même temps que l'épidémie perdait de sa violence, *et vice versa*. Les aurores boréales plus nombreuses observées au moment où le choléra envahissait le Nord ne doivent être considérées que comme de simples coïncidences; enfin, on a observé le choléra et ses divers degrés d'intensité quel que fût l'état de l'électricité atmosphérique. Il y a des faits pour et contre les opinions des médecins qui ont regardé l'état hyper-électrique de l'atmosphère comme favorisant le choléra; de même qu'il y en a contre ceux qui ont considéré l'état anaélectrique comme produisant le même effet. Enfin, pour abréger toutes ces vaines discussions, nous dirons que les perturbations électriques, quelles qu'elles soient, n'exercent aucune action sur la production ou le développement du choléra.

La *température* de l'air a-t-elle une influence bien positive sur la marche du choléra? Il est incontestable que cette terrible maladie est originelle d'un pays chaud; qu'elle est endémique en Asie, et surtout sur les bords du Gange, c'est-à-dire d'une latitude tropicale; qu'elle sévit principalement dans la saison des chaleurs, et quoiqu'il soit vrai de dire que nous l'avons vue régner en Europe dans toutes les saisons, tout le monde a pu voir que dans l'épidémie actuelle la plus haute intensité de la maladie s'est montrée en même temps que la température la plus élevée de la saison. On peut donc inférer de là qu'une haute température favorise le développement du choléra.

Nous ne savons rien sur l'influence exercée par la *pesanteur* de l'air sur cette affection. Les conditions barométriques les plus diverses ne paraissent pas avoir exercé la plus légère influence sur la production du choléra. On peut rattacher à cette disposition de l'air celle des lieux bas ou élevés. Bien que l'on soit porté à croire *à priori* que les lieux élevés en sont plus exempts que les lieux bas, cependant le fait n'est pas encore incontestable. En 1832, près de Nantes, des villages situés sur les bords de la Loire furent exempts de l'épidémie, tandis que d'autres villages situés sur des hauteurs très considérables furent ravagés par elle. Saint-Germain, qui avait été à peine atteint lors de la première invasion, a payé cette année un fort tribut à la maladie épidémique.

Ce que l'on a dit en Allemagne, et à Berlin en particulier, de l'influence de l'*humidité de l'air*, nous paraît au moins fort douteux. Bien loin d'avoir vu augmenter le choléra dans des lieux humides, brumeux, pluvieux, nous aurions plutôt remarqué le contraire, à moins que l'humidité ne coïncidât avec une grande élévation de température.

Depuis que la cause cholérigène semble mépriser la *direction des vents*, on a cru remarquer que le choléra prenait d'autant plus de violence que les vents d'est et de nord-est régnaient avec plus de constance. Ce fait est en quelque sorte contradictoire avec l'opinion que nous venons d'exposer et de combattre, puisque pendant la durée de ces vents l'atmosphère est ordinairement sèche. Il est, en effet, assez remarquable que l'épidémie s'est montrée après que ces vents avaient régné pendant un certain temps, et que des recrudescences ont eu lieu lorsqu'ils ont reparu.

Dans la prochaine séance nous nous occuperons de l'influence des lieux, des dispositions individuelles, et peut-être aussi de la propriété contagieuse du choléra, de sa nature, etc.

Notice sur deux enfants unis ensemble à la façon des jumeaux siamois, dits jumelles flamandes;

Par le docteur VERHAEGHE, d'Ostende.

Nous recevons d'un de nos plus distingués confrères de la Belgique l'intéressante note suivante, que nous nous empressons de publier :

Le 27 mai dernier est né à Erneghem, village situé à quatre lieues d'Ostende, un monstre double appartenant à la famille des monomphaliens et au genre xipophage, suivant la classification de Geoffroy Saint-Hilaire. Il est formé de deux corps bien distincts, mais unis entre eux depuis l'appendice xyphoïde jusqu'au nombril. Cet être ou plutôt ces deux êtres curieux sont nés à terme, vivants, et vivent encore aujourd'hui. Tous deux du sexe féminin, ils ont le corps d'un volume ordinaire, un peu petit cependant. Les quatre jambes et les quatre bras sont également développés.

Le point de jonction n'est point formé par une bande; il consiste, au contraire, en une fusion intime des parois abdominales de l'un avec celles de l'autre. Les appendices xyphoïdes sont recourbés en avant et vont à la rencontre l'un de l'autre pour se confondre par leur sommet en formant un angle obtus. L'ombilic est unique pour les deux enfants et situé au milieu de la commissure inférieure de cette jonction. L'extensibilité des parois du ventre permet de coucher ces enfants l'un sur le flanc gauche, l'autre sur le flanc droit, de manière à ce qu'ils se regardent obliquement. Par la suite, ces parois ainsi tendues pourront figurer une espèce de large bande comme chez les frères siamois. La position normale, c'est-à-dire dans laquelle le point de jonction éprouve le moins de tension, est celle où les enfants sont tournés visage à visage et ventre à ventre.

Cette union ne consiste pas, comme on pourrait le croire de prime abord, en une justa-position; mais il y a ici fusion intime des parois du ventre et très probablement communication des deux cavités abdominales. En effet, le point de jonction, dans toute son étendue en arrière comme en avant, en haut comme en bas, est rénitent, et la percussion y donne partout un son tympanique très clair : ce qui prouve qu'il y a là sous le doigt qui percute des viscères creux remplis de gaz (estomac ou intestins, peut-être les deux ensemble). La hauteur de la jonction est de soixante-huit millimètres et son épaisseur d'arrière en avant de trente-huit. La circonférence des deux ventres réunis est de quarante-sept centimètres.

Il n'y a point de concordance entre les fonctions de la vie végétative de ces deux êtres : c'est ainsi que l'on trouve souvent l'un profondément endormi, tandis que l'autre crie; il arrive à chaque instant que l'un tète ou mange pendant le sommeil de l'autre.

Les selles n'ont pas lieu simultanément non plus. Du sirop de violettes donné à l'un provoque chez lui des évacuations fortement colorées en vert; celles de l'autre ne fournissent aucune coloration, *et vice versa* : ce qui prouve à l'évidence que chacun a un appareil digestif distinct.

Les parents sont bien constitués et appartiennent à la classe des ouvriers journaliers; le père a quarante-quatre ans et la mère trente-huit; ils ont eu antérieurement trois enfants. La femme dit n'avoir rien éprouvé de remarquable pendant sa grossesse. L'accouchement a duré longtemps et les douleurs expulsives ont été très pénibles. L'enfant de droite est sorti le premier en présentant la tête; l'autre, au dire de la sage-femme, serait venu par les pieds cinq minutes après. Il n'y avait qu'un seul cordon et un placenta.

Ces êtres curieux, que nous avons désignés sous le nom de jumelles flamandes, portent les noms l'aînée de Marie et l'autre celui de Sophie. Ils promettent de continuer à vivre.

On nous a posé la question de savoir s'il n'était pas possible d'opérer une séparation; mais les résultats fournis par la percussion ne nous ont pas fait hésiter un instant à répondre par la négative. Plus tard, si ces enfants continuent à vivre, cette question pourra être soumise à tout ce que la science compte d'hommes éminents.

Voici une figure qui représente la monstruosité décrite par notre savant confrère.



CORRESPONDANCE.

Prophylaxie du choléra.

Nous recevons de notre excellent confrère M. Constans la lettre suivante, que nous nous empressons de publier.

Monsieur le Rédacteur,

Quand on s'occupe si généralement de la prophylaxie et du traitement du choléra, il est bon, je crois, et vous serez, j'espère, de cet avis, d'appeler ou de ramener l'attention sur tout ce qui peut avoir un rapport à la solution cherchée.

Chacun se souvient qu'en 1832, on remarqua ou on crut remarquer que les ouvriers employés sur les ports de Paris au déchargement des bateaux de charbon furent exempts du choléra; que les ouvriers de plusieurs fabriques de noir animal furent aussi préservés.

A ces faits, permettez-moi d'en ajouter d'autres : en 1832, pas un ouvrier *poudrier* de la poudrerie du Bouchet ne fut atteint, et cependant tous les villages environnants que ces mêmes hommes habitent, et dans lesquels ils reviennent sitôt leur journée faite, ont été cruellement éprouvés.

Cette année, les mêmes villages ont été fort maltraités; l'un d'eux compte plus de 40 morts, et encore, comme en 1832, pas un poudrier n'a été malade.

Je dis pas un; mais je m'empresse de revenir sur cette assertion. Un ouvrier a été pris d'un choléra bénin, dont il est parfaitement guéri; mais ce fait lui-même est tout à l'avantage de la règle qui semble s'être établie; car cet homme qui se trouvait dans des conditions tout exceptionnelles et on ne peut plus favorables au développement de la maladie, *ne travaillait pas* depuis quelque temps quand il tomba malade.

On peut dire sans doute que les expériences faites en 1832 après les leçons de M. Payen, que les essais de M. Guéneau de Mussy ont réduit à leur juste valeur les espérances fondées sur le charbon. Ces expériences ont-elles été assez suivies, assez multipliées, faites dans de bonnes conditions? Je l'ignore, et c'est à cause de cela que je vous demande de poser, si vous le jugez convenable, la question suivante : A-t-on fait cette année, à Paris, la même observation qu'en 1832 sur les charbonniers et les ouvriers des fabriques de charbon animal?

Je ferai en même temps appel aux souvenirs et au bon vouloir de mes confrères des autres poudreries. Ont-ils eu, soit en 1832, soit en 1849, des cholériques parmi les *poudriers*? Je souligne le mot poudriers, pour qu'il soit bien compris que je ne parle point de tous les employés d'une poudrerie en général, mais seulement de ceux qui manipulent la poudre.

Agrez, etc. CONSTANS, D.-M.-P.

M. le docteur Lachaise, envoyé à Gy-l'Évêque (Yonne) pour soigner les cholériques, nous transmet les renseignements suivants sur l'épidémie de cette localité :

Monsieur et très honoré confrère,

La commune de Gy-l'Évêque, commune de 650 habitants, comptait, à la date du 26 juillet, 103 cas de choléra signalés à l'autorité administrative. De ces 103 cas, 52 s'étaient terminés par la mort. Le rapport de la mortalité au nombre des cas était donc alors ce qu'il a été à peu près partout, c'est-à-dire de la moitié. Mais ce rapport eût été bien plus favorable si, au lieu des 103 cas que l'honorable médecin de la localité, M. le docteur Guiard, dont je suis venu seconder le dévouement et les efforts, a voulu seuls admettre comme ayant offert les caractères les plus irrécusables du choléra, on eût compté pour cholériques tous les malades qui avaient présenté quelques-uns des traits de cette affection. On aurait eu alors plus de 200 cas, le nombre des personnes qui ont été malades sous l'influence de l'épidémie pendant les six semaines qu'elle a duré ayant dépassé 300, et partant on n'eût guère perdu que le quart des cas pris à tous les degrés.

Notre honorable confrère termine en faisant observer que le traitement mis en usage par M. Clavel, médecin à Escamps, n'a sans doute réussi que dans des cas de simple cholérine.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 14 AOUT 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 95.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

Les ateliers étant fermés demain à l'occasion de la fête de l'ASSOMPTION, la *Gazette* ne paraîtra pas jeudi 16.

SOMMAIRE. = PARIS. — Bulletin du choléra. = De l'influence des climats sur la mortalité des diverses races humaines. = HÔPITAL BEAUJON (M. Huguier). Plaie de poitrine à la région cardiaque. Moyen de distinguer, dans certaines circonstances, l'épanchement sanguin thoracique par les données de l'auscultation et de la percussion. = *Société de Chirurgie*, séance du 1er août. = Emploi du chloroforme contre les douleurs névralgiques. = Nouvelles. = FEUILLETON. Courrier du monde médical.

PARIS, 13 AOUT 1849.

Bulletin du choléra.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

Hôpitaux civils :

Journée du 11 août........	26 entrées,	10 décès.
— 12	34	17
Hôpitaux militaires pendant les deux jours....................	9	3
Total................	69	30

Total des décès dans les hôpitaux..........	7066
Total des décès à domicile jusqu'au 30 juillet inclusivement........	9500
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie..................	16566

De l'influence des climats sur la mortalité des diverses races humaines.

M. le docteur Boudin continue avec une persévérance soutenue ses études sur une des branches les plus élevées de la pathologie et de l'hygiène publique, sur une science encore à créer, ou qui n'est, du moins, que dans sa première enfance. Sous le titre d'*Etudes de pathologie comparée,* notre savant confrère cherche à établir l'influence que le climat et diverses autres conditions hygiéniques ont sur la mortalité des diverses races; quelle est l'aptitude ou l'immunité de telle ou telle race pour telle ou telle maladie. Comme les précédentes, la nouvelle production de M. Boudin se fait remaquer par un grand luxe de statistiques qui servent de base à une foule de conclusions d'une extrême importance, ou qui, du moins, auraient ce caractère, si ces statistiques avaient toute l'authenticité désirable; mais en est-il ainsi? Telle est la question que nous nous proposons d'examiner en peu de mots, non-seulement pour apprécier en lui-même le dernier travail de M. Boudin, mais aussi pour rechercher si la voie dans laquelle s'engage notre savant confrère n'est pas une voie fâcheuse dans laquelle tous ceux qui s'y basarderont pourront marcher indéfiniment sans atteindre jamais le but qu'ils se proposent.

Nous l'avons dit dernièrement, à propos des tables de mortalité, notre confiance dans la statistique est sans bornes, pourvu que les faits sur lesquels elle repose soient parfaitement exacts; mais, nous l'avons dit aussi, nous avons fait plus, nous l'avons démontré; de toutes les tables de mortalité dressées dans les divers pays du monde, aucune ne peut prétendre non-seulement à une rigoureuse exactitude, pas même à une approximation suffisante pour servir de base à des travaux sérieux, et quiconque voudra tirer de ces tables des inductions pathologiques arrivera nécessairement à des résultats erronés ou tout au moins incertains. Les seules questions que l'on puisse résoudre à l'aide des tables telles qu'elles sont dressées sont les questions qui se rattachent au chiffre absolu de la mortalité suivant l'âge, le sexe et la condition sociale des individus. En dehors de là, nous le répétons, tout est erreur ou incertitude.

Si nous appliquons ces données au dernier travail de M. Boudin, nous trouvons que la première partie de ce travail est vraiment la seule dont les résultats puissent nous inspirer qnelque confiance. Ces résultats sont d'ailleurs de nature à intéresser vivement tous ceux qui se préoccupent des grandes questions d'hygiène publique.

On sait qu'il n'y a guère d'opinion scientifique plus généralement adoptée que celle de la théorie de l'acclimatement, qui consiste, comme on sait, à attribuer à l'homme la faculté de s'habituer dans un temps plus ou moins long aux influeuces climatériques d'un pays très différent de celui dans lequel il est né, et de vivre ensuite dans ce pays tout aussi longtemps qu'il aurait vécu dans le sien propre. Sans nous prononcer d'une manière générale et définitive sur la valeur de cette opinion, nous avons eu dans le temps l'occasion de faire voir que l'expérience qui se fait depuis bientôt vingt ans en Algérie ne confirme guère la théorie de l'acclimatement. Les faits extrêmement curieux publiés depuis plus de vingt ans par le gouvernement anglais ne lui sont pas plus favorables.

Conformément à cette théorie, qui veut que plus on fait un long séjour sous un climat nouveau, plus on s'habitue à ses influences, moins par conséquent on en ressent les effets pernicieux, le gouvernement anglais laissait le plus longtemps possible les mêmes garnisons dans ses possessions intertropicales. C'est aussi à cette règle qu'obéit le gouvernement français, et aussi, nous le croyons du moins, toutes les nations européennes qui ont des possessions dans les pays chauds. Or le gouvernement anglais, qui, sans faire des fanfaronnades de progrès et de liberté, sans étourdir le monde du bruit de sa civilisation, s'occupe activement de tout ce qui peut augmenter le bien-être de la population, et par suite la puissance de la nation; le gouvernement anglais, justement alarmé de la mortalité qui décimait ses troupes dans ses possessions intertropicales, a cherché si la prolongation du séjour dans ses colonies n'aggravait pas l'état sanitaire des troupes au lieu de l'améliorer, et pour cela il a réduit ce séjour de moitié. Voici les heureux et remarquables résultats auxquels a conduit cette tentative hygiénique.

Dans les possessions anglaises de la Méditerranée (Gibraltar, Malte et îles Ioniennes), la mortalité parmi les troupes était, avant 1836, époque à laquelle furent prises les nouvelles mesures sanitaires, de 23 sur 1,000, savoir : de 22 à Gibraltar, de 18,7 à Malte, et de 28,3 aux îles Ionniennes, dont la moyenne est de 23,5.

En 1844 et 1845, cette mortalité n'a été que de 14 sur 1,000; savoir : 12 à Gibraltar, 18 à Malte, et 13 aux îles Ionniennes.

Dans les possessions suivantes de l'Amérique : Bermudes, Nouvelle-Ecosse et Nouveau-Brunswick, Canada et Terre-Neuve, la mortalité était de 21 sur 1,000 avant 1836; elle n'a été que de 13,7 sur 1,000 en 1844 et 1845.

Enfin, dans les possessions de la Nouvelle-Galles du Sud, de la Terre de Diemen, du Cap et de Sainte-Hélène, la mortalité était de 15 sur 1,000 avant 1836, et elle n'a été que 12,8 en 1844 et 1845.

Ce sont là, on ne peut s'empêcher de le reconnaître, des résultats sur la certitude desquels on ne peut conserver de doute, attendu qu'ils sont uniquement bassé sur la constatation des décès, et que cette constatation est faite avec une exactitude rigoureuse, et qu'elle ne demande pour être bien faite qu'une bonne organisation administrative, et c'est ce que l'Angleterre possède pardessus tout. On a donc pu calculer avec des motifs suffisants que, par suite des réformes sanitaires introduites, on a sauvé annuellement de 200 à 220 soldats sur un effectif moyen de 26,208 hommes.

Nous devons dire, sans que cela puisse atténuer en rien la beauté des résultats obtenus, qu'au renouvellement plus fréquent des garnisons la Grande-Bretagne a encore ajouté deux autres mesures qui ont en leur part d'influence, à savoir, le cantonnement des troupes sur des lieux élevés et par conséquent moins chauds, et l'adjonction aux troupes européennes de quelques hommes recrutés dans le pays même.

Si l'on songe que les garnisons des colonies françaises continuent à être soumises aux anciennes règles qui produisaient de si fâcheux résultats sur les troupes anglaises, on conçoit quel intérêt il y aurait pour la France à suivre l'exemple donné par nos voisins. On ne saurait donc trop approuver M. Boudin d'avoir appelé l'attention de l'administration sur ce point important d'hygiène publique et d'économie sociale.

Mais notre savant confrère a-t-il été aussi heureux lorsqu'il a voulu établir le degré d'aptitude de chaque race pour telle ou telle maladie? Nous ne saurions l'accorder. Pour qu'il en fut ainsi, il faudrait, comme nous l'avons dit ailleurs, qu'on ne pût conserver aucun doute sur la précision du diagnostic établi par ceux qui constatent les décès. Or, tous ceux qui connaissent la difficulté du sujet et le peu d'efforts qu'on fait pour surmonter ces difficultés sont parfaitement convaincus que cette condition est absolument irréalisable dans l'état actuel des choses. Personne ne doute que, si l'on voulait faire un travail sur les causes de mort dans les hôpitaux, même de Paris, on n'arrivât à des conclusions

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Réclamation de Mme Coquiltard. — Bel exemple de désintéressement. — Le portrait de Vauquelin et ceux de Dupuytren, Broussais, Laënnec, etc. — Déménagement de l'Académie.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Vous me comblez, en vérité, mon cher confrère. Après m'avoir réservé le privilége d'annoncer à vos lecteurs les monumentales découvertes, les ingénicuses idées des Esquirol (Joseph), des Savy et autres génies plus ou moins incompris, voici que vous me confiez la charmante mission de vous justifier, auprès de notre aimahle confrère Mme Coquillard, des torts dont elle vous croitcoupable; mais dont, par bonheur, vous êtes parfaitement innocent; ce qui, pour moi, réduira votre défense à une délicieuse causerie avec notre spirituelle confrère. Je ne dois point cependant, malgré votre innocence, me dispenser de vous rappeler tous les griefs que Mme Coquillard articule contre vous; ils sont graves et nombreux, et pour ne point être soupçonné d'en avoir atténué en faveur de ma cause, je vais laisser Mme Coquillard les exposer elle-même dans une lettre que je me croirais coupable de ne point reproduire; la voici donc textuellement :

« *Monsieur*
» *le rédacteur en chefe*
» *de la* Gazette des Hôpitaux
» *civiles et militaires*
» *rue de l'université* 10
» *a paris*

» Belteville 6 aout 1849.

» Monsleur
» en lisant un articte
» dans votre journal en Dâte
» du deux aout 1849
» j'ai due être hien snrprise
» des refléctionx mechantes
» et malignes que vous vous êtes
» pérmis de faire sur le nombre
» de mes inventions et d'envoyens
» a la Cadémie
» vons saurez monsieur que ces
» le resultat de ving sept annés
» de pratique
» qui mon pérmis de faire des
» ohéservations et dans lintérêt
» de la sience jai crue de voir
» les publier
» et nom pour être le suget
» d'un article de méchancetés
» qui dans cest sir constance est
» du plus grand rédicule
» quar si malgré mes effort
» je n'arivai pas a rien faire
» d'utiles mon intention
» n'en est pas moins l'ouable et
» la sience doit men savoire grez
» et je méprise dans cette sir constance
» le cachet de jalousie et de rivalitée
» qui perce malgré lui dans votre
» article.
» car si je n'ai pas lavantage de
» connaître monsieur capuron particulièrement
» je le connai de Réputation
» pur un homme d'honneur qui
» regarde avec unc hontée paternelte
» tout ces confrere et élaive
» et nom comme un champion
» disposée a là malvièllance pour
» une femme qui ne lui a jamais
» Rieu fait
» et dont il est du devoire
» d'en couragér le travailte
» j'ai lhonneur de vous salue
» Fe COQUILLARD
» a belleville rue de paris 106
» je vous prie d'inseré ma léttre
» dans votre plus prochain
» numéros »

Tels sont, mon cher confrère, lcs nombreux méfaits dont vous êtes accusé, et, à vous parler franchement, je ne vous pardonnerais pas, si cette accusation était fondée, de n'avoir point en Couragé le

tout à fait erronées. Comment pourrait on espérer qu'il en fût autrement lorsqu'on opère sur des faits qui offrent bien moins de garanties, sur des faits recueillis dans des lieux, dans des temps, par des hommes différents, et souvent d'une instruction très bornée? Evidemment, ces faits ne peuvent inspirer aucune confiance, et doivent être considérés, sous ce rapport, comme non avenus. C'est d'ailleurs ce que leur examen attentif prouve suffisamment, ainsi que nous le verrons prochainement.

HOPITAL BEAUJON. — M. Huguier.

Plaie de poitrine à la région cardiaque. — Moyen de distinguer, dans certaines circonstances, l'épanchement sanguin thoracique par les données de l'auscultation et de la percussion,

Par M. Lucien CORVISART.

Le 16 février 1849, est entré à l'hôpital Beaujon, salle Ambroise Paré, n° 94, André (Louis), soldat au 1er bataillon de la garde républicaine, âgé de trente-quatre ans.

Cet homme est d'une taille et d'un développement musculaire moyens; ses cheveux sont noirs, sa peau brune, ses veines sont très développées; son caractère est chagrin et irritable; sa santé, dit-il, a toujours été bonne, et avant l'accident qui l'amène à l'hôpital, jamais il n'avait eu d'affection de poitrine, jamais aucune gêne de la respiration.

En proie à de vifs chagrins de famille, cet homme avait résolu de mettre fin à ses jours. Le 16 février, il tenta l'exécution de son projet. Ayant pris son couteau-poignard, dont la lame a 0,035 millim. de large, et 0,80 centim. de long, et la pointe, peu aiguë, 0,07 centim. de long, il le dirigea contre sa poitrine, et sans l'appliquer contre elle, le corps restant dans sa rectitude, il se laissa tomber en avant dans cette position. En tombant, le malade perdit connaissance; il fut transporté dans une boutique voisine, où l'on pansa la blessure qu'il s'était faite à la poitrine.

Une hémorrhagie de deux ou trois verres eut lieu à l'extérieur par la plaie, qui fut sondée, à ce qu'en a dit le malade. On ne fit point de ligature d'artère; le malade ne rendit point de sang par la bouche.

Apporté à l'hôpital, le blessé nous présente, à la visite du lendemain matin, à 0,015 millim. en dehors du sternum, une ouverture transversale de 0,035 de long, au niveau de la cinquième côte, oblique de bas en haut, ce que l'écartement des bords permettait de voir parfaitement sans sonder la plaie; la pression n'était douloureuse qu'au niveau de la plaie, et cessait de l'être au-dessus de la quatrième côte. D'un autre côté, l'inspection de l'instrument du suicide nous montra une pointe tachée de sang dans une longueur de 0,040 millim., très propre et exempte de sang partout ailleurs.

Il ne s'échappait ni sang, ni gaz par l'ouverture extérieure; celle-ci était nette, sans trace de contusion, sans emphysème sous-cutané autour d'elle.

Aucune trace de contusion ni de plaie n'existait sur le reste de la surface du corps.

Le malade avait la face pâle, mais conservant beaucoup d'animation; il se prête avec vivacité, et même par mouvements brusques, à l'examen. Hier, dit le malade, je sentais comme si j'avais du sang qui me coulait dans la poitrine; aujourd'hui la sensation a été remplacée par un sentiment de plénitude. Le malade ne souffre d'aucun point de la poitrine, si ce n'est à l'endroit précis de la plaie, et seulement à la pression, nullement par les mouvements et dans l'acte respiratoire. Au reste, la malade a dormi la nuit sur le dos, la tête soutenue par un seul oreiller; il a cette habitude, et n'a pas essayé de dormir sur le côté. La respiration est régulière, à 28, d'une ampleur médiocre. Les mouvements des côtes et la respiration sont, à la vue, plus prononcée à droite qu'à gauche; ce sont surtout les fausses côtes gauches qui sont immobiles. La mensuration horizontale, au-dessous de l'appendice, donne 0,01 centim. en plus du côté gauche, qui, à la vue, paraît aussi plus bombé.

Sonorité, brnit respiratoire normaux dans tout le poumon droit.

A gauche, en arrière, matité de la base jusqu'au niveau de la partie moyenne de la fosse sous-scapulaire; au sommet, sonorité normale. Murmure respiratoire nul dans l'étendue de la matité; au niveau de la partie supérieure de la matité, égophonie très manifeste, voix de polichinelle se déplaçant légèrement par l'inclinaison du tronc en avant et sur les côtés. Point de bruit de frottement, point de râle crépitant ou sous-crépitant, très peu de toux sans expectoration; nulle hémoptysie; matité précordiale d'une étendue normale de 0,055 millim.

Mouvements de la pointe du cœur notables à la main; bruits complétement normaux. Pouls agité au commencement de l'examen, puis tombé à 84, sans caractère particulier; point d'anxiété précordiale; point de battements de cœur; point de syncope depuis l'accident. Langue couverte d'un enduit léger blanc, humide; soif modérée; léger appétit; point de pesanteur à l'épigastre. — Orgeat, chiendent. Diète.

Le 18, le son est mat dans la même étendue qu'hier au thorax du côté gauche; mais au-dessus il est un peu plus sonore que du côté opposé à l'endroit correspondant. La respiration, nulle dans l'étendue de la matité, est un peu bruyante au-dessus. L'égophonie persiste avec netteté. La respiration a le même rhythme et le même caractère qu'hier. Nul point de côté; il n'y a de douleur qu'à la pression de la plaie. Il y a une ecchymose qui commence à se dessiner à la base du thorax à gauche, plus foncée en arrière qu'en avant. Il semble que la région du cœur, percutée avec plus de facilité qu'hier, soit moins complétement mate. Pouls apyrétique.

Le 19, persistance des mêmes phénomènes, matité, égophonie, toux rare, constipation, céphalalgie légère, apyrexie. — M. Huguier fait donner: chiendent nitré, deux pots; deux verres d'eau de Sedlitz; pédiluves sinapisées. Un bouillon.

Le malade a été quatre fois à la selle et en abondance; les urines ont été copieuses, la matité a descendu de 0,06. L'égophonie a complétement disparu depuis hier; la respiration a toujours un peu de rudesse au-dessus de la matité; la voix est très légèrement retentissante; le thorax est toujours bombé à la base du côté gauche; la mensuration donne peut-être un peu moins d'excès de ce côté sur l'autre, la différence n'est pas très sensible; l'ecchymose conserve sa largeur; respiration facile, toux rare, apyrexie; plus de céphalalgie, appétit. La plaie commence à suppurer. — Deux bouillons.

Le 21, la matité reste stationnaire; pas de trace d'égophonie; presque point de bronchophonie. La respiration a les mêmes caractères qu'hier. Pas de toux, sentiment de bien-être. Appétit. — Une portion.

Le 23, la matité a encore diminué de 0,01. Absence du bruit respiratoire dans son étendue, son normal des deux côtés au-dessus d'elle. — Deux portions.

Le 27, la disparition de la matité est lente; cependant il y a progrès. Même état pour l'auscultation. — Quatre portions. Le malade se lève et marche sans essoufflement.

Le 8 mars, la respiration est normale dans presque toute l'étendue du poumon, excepté en bas et en arrière, où il y a encore absence de bruit respiratoire, et matité dans une étendue verticale de 3 centimètres. Nulle résonance de la voix; plus de différence à la mensuration de la base du thorax de chaque côté. L'ecchymose jaunit, et la plaie est presque complètement fermée.

Le 11, le malade sort de l'hôpital, vingt-deux jours après l'accident, n'en conservant pour trace que la persistance d'un peu de matité à la base du thorax et la couleur passée de l'ecchymose.

Il est dans cette observation une chose surprenante, c'est la manière inespérée avec laquelle A. a échappé à la mort. Tout était préparé à cet effet, la pointe de l'instrument était dirigée précisément contre la région cardiaque, aussi est-ce dans le cinquième espace intercostal qu'elle pénètre; elle pénètre de 4 centimètres, et cependant la mort n'est pas instantanée; bien plus, le malade est apporté à l'hôpital, et on ne peut trouver ni par l'auscultation, ni par la percussion, ni par les signes rationnels, aucune raison de croire que le cœur ni même le péricarde aient été atteints, et aucun signe ne se montre de ce côté pendant un séjour de près d'un mois dans le service de M. Huguier. Il n'y eut ni frottement, ni bruit anormal, ni changement de rhythme pendant les battements du cœur, ni matité précordiale, ni dyspnée, ni syncope. Par un changement de direction de l'arme arrivé pendant la chute, opéré soit par une inégalité du sol, soit tout autrement, la lame, au lieu de pénétrer perpendiculairement, pénètre si obliquement que, longeant la face antérieure de la cinquième côte, mais sans la toucher et par conséquent sans qu'on puisse accuser une déviation causée par la rencontre d'une côte, elle passe derrière la quatrième côte, entre celle-ci et le péricarde.

La percussion de la poitrine donnait du côté gauche, ainsi que l'auscultation, les signes les plus évidents d'un épanchement de liquide dans la cavité thoracique.

Quel était cet épanchement? Dans les circonstances que nous avons relatées, il n'était guère possible d'admettre un épanchement autre qu'un épanchement sanguin. Pouvait-on croire que ce liquide fût de la sérosité soit du péricarde, celui-ci semblait intact et, en un aussi court espace de temps, n'aurait pu verser de sa cavité dans la voisine une telle quantité de liquide; soit de la plèvre, car celle-ci ne paraissait point enflammée et n'aurait peut-être pas pu l'être si vite? Aucun signe, douleur de côté, fièvre, n'indiquait une phlegmasie. Il répugne également à croire que c'était une hypersécrétion pure et simple faite rapidement. D'un autre côté, l'épanchement semblait avoir l'âge de la blessure; le malade avait eu sensation d'écoulement d'un liquide après l'accident, et, après lui, il y avait eu à l'extérieur de la plaie une hémorrhagie. Il était très probable qu'il y avait eu quelque vaisseau lésé.

Etait-ce une artère intercostale, était-ce la mammaire interne, était-ce une veine correspondante?

Ou bien, était-ce une lésion du poumon? Rappelons qu'une très légère exagération de sonorité existait au-dessus de l'épanchement; aussi nous faisons-nous cette question: Mais il n'y avait point eu d'hémoptysie, et ce pneumo-thorax fut si léger et si fugitif que, dans cette hypothèse, la blessure du poumon aurait été bien légère. Nous ne pensons pas que cette blessure ait pu donner lieu à l'épanchement de liquide de la poitrine. Quant à l'épanchement de gaz, était-il le produit d'une lésion pulmonaire, ou simplement de l'introduction d'un peu d'air extérieur dans la plèvre? Cette dernière supposition est plus acceptable.

L'ecchymose à la partie latérale de la base de la poitrine, ajoutée à la profondeur de la plaie, à l'hémorrhagie extérieure, conduisent au diagnostic rationnel: *Hémothorax.*

Quel appui les signes fournis par la percussion et l'auscultation pouvaient-ils y apporter?

Dans des cas où ces signes: hémorrhagie extérieure, etc., manqueraient, où on serait dans le doute de savoir si l'ecchymose est due à une infiltration venue plutôt du dehors, c'est-à-dire à une contusion, ou du dedans, par la plèvre, et ces cas peuvent très bien se présenter, de quelle valeur seraient les signes plessimétriques et stéthoscopiques?

Telle est la partie la plus intéressante et peut-être aussi la plus neuve de notre observation.

Dans l'un des derniers ouvrages sur ce sujet, l'un des plus appréciés, le traité de MM. Barth et Roger, on lit à propos du signe pathognomonique de l'épanchement liquide dans le thorax (2e édition, p. 201): « Il n'y a pas de caractères distinctifs à l'aide desquels il soit possible de déterminer si la collection est constituée par de la sérosité, du sang ou du pus. Seulement, lorsqu'on voudra établir ce diagnostic, il faudra se rappeler que ces derniers épanchements sont beaucoup plus rares. Peut-être aussi la densité plus grande du pus et surtout du sang rend-elle la manifestation du phénomène plus difficile et moins fréquente que dans les collections séreuses. »

Le fait que nous avons observé peut faire faire un pas de plus au diagnostic; si on arrive, dans un certain nombre de cas, à pouvoir, par la manière dont se présenteront la matité et l'égophonie, diagnostiquer d'un épanchement séreux l'épanchement sanguin, ce ne sera point parce que les phénomènes seront plus difficiles et plus fréquents à se manifester, mais bien par la marche et la durée des signes.

La succession plus que l'intensité est de nature à éclairer.

Dans les organes, le sang peut se séparer et se sépare en deux portions d'inégale *densité, comme il le fait dans la palette.* L'anatomie pathologique le prouve surabondamment. Néanmoins, je doute qu'un médecin, même habile en plessimétrie, puisse dire: Ici est le caillot, c'est-à-dire une matité et une densité plus grandes, là le sérum. Nos sens ne sont pas assez délicats pour une telle appréciation. L'égophonie, de son côté, était impuissante comme la matité à montrer s'il y avait en effet deux parties d'inégale densité dans l'épanchement.

Généralement l'égophonie est assez caractérisée et facile à constater; mais il ne faut pas prendre pour un phénomène

---

travaille d'un savant qni fait d'anssi belle ouvrage que Mme Coqnillard; mais en relisant avec toute l'atteotion qu'exigeait la gravité des circonstances votre article du 2 août, je me suis convaincu que l'imagination pyrophorique de notre savante confrère avait seule pu prêter à vos paroles un sens méchant, malio, *ridicule et malveillant* qui, sans aucun doute, était bien loin de votre pensée. Le seul tort dont je puisse vous croire coupable, d'après cet article, c'est d'avoir été embarrassé pour savoir ce qu'il faut le plus admirer du zèle de M. Capuron ou de l'inépuisable fécondité de Mme Coquillard: évidemment Mme Coquillard l'emporte sur M. Capuron comme l'inventeur sur l'appréciateur, comme J. Racine sur un régent de rhétorique; il n'y avait donc pas lieu à bésitation; mais ce tort dépend évidemment moins de votre malveillance envers Mme Coquillard que du défaut de jugement, et notre spirituelle confrère aurait tort à son tour de donner à son juste grief des proportions qu'il n'a certainement pas. J'ose promettre d'ailleurs, et vous ne me ferez point mentir, je l'espère, que vous reviendrez de votre erreur; après avoir médité la lettre de Mme Coquillard, vous comprendrez facilement que, lorsqu'on apporte des réformes aussi remarqnables dans la grammaire, on ne peut faire que de très utiles et très ingénieuses inventions dans l'art des accouchements.

Grâce à cette assurance, que je ne crains pas de donner à Mme Coquillard, j'espère que des rapports franchement confraternels se rétabliront entre vous, et que, dans sa prochaine lettre, ne percera pas, même malgré lui, le moindre cachet d'irritation.

— Au milieu des exemples de cupidité dont notre siècle abonde, il est bon de se reposer de temps en temps sur des traits de désintéressement qui consolent un peu, et nous réconcilient avec cette pauvre humanité, dont les Juvénal du jour font un si triste portrait. La profession médicale nous a offert, dans les circonstances que nous venons de traverser, plusieurs de ces traits. En voici un à ajouter à tant d'autres.

Je vous ai déjà dit que notre respectable doyen avait obtenu vingt-cinq médailles en bronze et des remises de droits universitaires pour récompenser nos jennes étudiants du zèle dévoué qu'ils ont montré pendaot l'épidémie. Dans la répartition équitable que le doyen s'efforce de faire de ces récompenses, des témoignages nombreux et honorables l'avaient engagé à faire remise complète des droits universitaires à un jeune élève dont nous craindrions de blesser la modestie en écrivant son nom; ces frais ne s'élevaient guère à moins de 800 fr. Notre jeune confrère pensa que c'était là un bien lourd sacrifice pour un trésor aussi peu prospère que celui de la République; il ne l'accepta point et se contenta d'nne médaille, récompense tout honorifique qui ne grève pas le budget. Quand les élèves donnent de tels exemples, il est hon que certains maîtres ne les laissent pas passer ioaperçus.

— M. Roblet nous écrit pour nous demander si le pieux exemple donné par les élèves de Vauquelin ne ponrrait pas être suivi par ceux qui ont entendu les savantes leçons des Dupuytren, des Laeunec, des Boyer, des Alibert, etc. Rien, assnrément, n'honore plus les maîtres et les élèves qne cette marque de reconnaissance donnée à une mémoire célèbre par MM. Chevallier, Robinet, etc.; c'est là un acte tout spontané qu'on doit loucr comme il le mérite, mais qu'on ne peut guère chercher à provoquer. Si toutefois notre honorable correspondant pense qne *tous* ceux qui ont assisté aux leçons des hommes célèbres qu'il nomme puissent suppléer au défaut d'initiative des élèves particuliers de ces grandes célébrités, et qu'une souscription générale puisse atteindre le but qu'il indique, nous serons heureux de nous associer à cette œuvre de reconnaissance. Comme notre honorable correspondant, nous regrettons vivement que les figures des Dupuytren, des Broussais et des Laennec ne président pas à nos banquets académiques, et nous pensons qu'il serait honorable pour la profession de remplir les vides qu'y laisse leur absence. Que notre honorable correspondant donne la première impulsion, et nous le suivrons de grand cœur.

— Puisqu'il s'agit de l'Académie qu'il me soit permis de vous rassurer sur les craintes qu'ont pu vous inspirer les lenteurs de son déménagement ou plutôt de son emménagement. Ces lenteurs ont pu faire penser au public que son procès n'était pas définitivement gagné, et qu'elle pourrait bien se trouver un de ces jours sans feu ni lieu. Son honorable secrétaire perpétuel n'était pas homme à quitter, à déserter le champ de bataille avant que la victoire ne se fût définitivement prononcée, et, quand nous avons vu M. Fr. Dubois quitter Paris, nous avons été tranquille sur le domicile futur de l'Académie. Ce domicile lui est en effet bien et dûment acquis, et tellement assuré que le chef des bureaux de l'Académie y est déjà installé, qu'il a seul les clefs du local et qu'il y règne en souverain au nom de l'Académie. Pour rendre justice à tout le monde, je dois ajouter qu'aucune tentative récente n'a été faite pour inquiéter l'Académie dans sa possession, et que ses droits ne sont en aucune façon contestés. Mais alors à quaod l'emménagement, me direz-vous? J'avoue n'être point tout à fait en mesure de répondre à cette question. Si, toutefois, je m'en rapporte à mon appréciation, je pense que la Saint-Martin ne se passera pas sans que l'Académie entre dans son nouveau sanctuaire. Espérons que le budget, les peintres et les serruriers n'en décideront pas autrement. X...

pathologique une vibration naturelle de la voix, quand l'oreille est appliquée sur la poitrine, chez les personnes dont la voix est naturellement nazillarde ou même, on peut le dire, égophone.

On a une mauvaise habitude, celle de faire compter les malades de 1 à 20 ou 30; quelquefois, au commencement, on doute; dans les cas obscurs, arrivent dix, onze, douze, treize, quatorze, quinze, seize; il semble que l'égophonie devient évidente : ces nombres sont égophones.

Tout à coup, la moitié de la matité disparut et avec elle l'égophonie!

L'égophonie disparaît bien dans des épanchements séreux ou séro-purulents, mais dans quelles circonstances?

1° Quand tout le poumon est recouvert par le liquide.

Or ce n'était ici nullement le cas.

2° Quand le liquide a disparu.

Or ici il y avait encore un épanchement de 7 centimètres de hauteur.

3° Dans d'autres cas, enfin, où il y a un épanchement encore notable, mais cela ne s'est vu que dans les cas d'épanchements marchant après ou avec une inflammation de la plèvre et alors que des fausses membranes enkystaient l'épanchement.

Or, dans notre cas, nous n'avons eu aucun signe indiquant une inflammation pleurétique.

Mais si nous n'avons eu ni inflammation de la plèvre ni fausse membrane pouvant faire kyste, nous avons eu l'isolement de l'équivalent de la fausse membrane, c'est-à-dire le caillot sanguin qui s'est formé dans la poitrine, comme il se forme dans la palette.

La durée si différente de la résorption de la portion première de l'épanchement, moins de douze heures, et de celle de la seconde, plus de dix-huit jours, montre bien la différence des deux portions du liquide (et dans ces circonstances nul autre liquide que le sang n'eût donné lieu à ces phénomènes); montre là le sérum, ici le caillot; il faut donc ajouter aux trois sections rapportées plus haut une autre, celle où l'égophonie disparaît dans les cas d'épanchement sanguin.

4° Quand dans un épanchement sanguin thoracique le sérum a été résorbé et que le caillot seul persiste.

Si des observations ultérieures venaient confirmer la justesse de nos remarques, nous croyons qu'on pourrait, quant au diagnostic, établir la proposition suivante :

Si, dans des cas de développement rapide d'un épanchement thoracique sans inflammation (surtout si une solution de continuité peut avoir existé à des vaisseaux et à la plèvre), l'égophonie disparaît rapidement et qu'il ne reste qu'à la partie inférieure une matité lente à disparaître, il est très probable qu'on a affaire à un épanchement sanguin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 1er août 1849. — Présidence de M. Deguise père.

Le procès-verbal de la séance dernière fournit encore l'occasion à M. Giraldès de donner quelques nouveaux renseignements sur la tumeur sublinguale opérée par M. Lenoir. Le malade, qui n'est pas guéri, a voulu sortir de l'hôpital; mais avant son départ, on a recueilli une certaine quantité de liquide écoulé par l'ouverture sublinguale. M. Bernard, de Villefranche, l'a examiné attentivement, et a constaté d'une manière définitive que ce liquide était identique à la salive. L'appréciation exacte de ce fait sera donc applicable à d'autres pour déterminer la nature des tumeurs sublinguales d'après la nature même du liquide contenu dans leur intérieur.

M. Huguier reconnaît d'autant mieux la valeur de ce moyen de diagnostic, qu'il avait insisté seulement sur l'opinion émise par M. Lenoir, admettant l'existence d'un kyste plutôt que d'une grenouillette.

M. Chassaignac expose aussi quelques détails sur le fait dont il a entretenu également la Société, et qui se rapporte à une dilatation du conduit de Warthon. Il a fait voir à M. Laborie son malade qui, après s'être trouvé en bon état pendant quinze jours, a été atteint depuis d'accidents inflammatoires assez graves, caractérisés par un engorgement de la tumeur, par des douleurs d'oreilles irradiées vers les mâchoires et le pharynx, en suivant différentes branches du plexus cervical. L'application des sangsues et des émollients a été sans effet jusqu'ici. Réserve sera faite de cette observation pour la Société de chirurgie.

M. Larrey invite M. Géraldès à compléter, de son côté, le fait de l'hôpital Necker.

M. Chassaignac ramène la discussion sur la résection articulaire du genou, et déclare tout d'abord que, selon lui, M. Maisonneuve s'est fait au moins beaucoup d'illusion en espérant réhabiliter une opération semblable justement discréditée par les chirurgiens les plus habiles.

« Je me permettrai, dit-il, de faire observer à notre collègue qu'il entre dans une voie dangereuse, et que s'il y persiste dans des cas analogues, il s'expose à une expérimentation funeste. C'est à tort que M. Maisonneuve considère cette question comme non jugée; elle a été, au contraire, soumise à l'expérience par d'autres qui en ont apprécié la valeur définitive. »

Sur 13 cas de résection du genou cités par M. Velpeau, il y a eu 10 morts. A côté d'un chiffre pareil, les avantages même allégués en faveur de l'opération deviennent très contestables; sinon, jusqu'où doit aller l'expérimentation? Elle a été poussée assez loin déjà; et s'il est une question jugée en chirurgie, c'est bien certainement celle-là.

Il est vrai, ajoute M. Chassaignac, que l'amputation de la cuisse est une opération grave, très grave; mais, quoiqu'elle entraîne à sa suite des chances trop réelles de mortalité, elle compte encore de nombreux succès. La résection du genou, au contraire, n'offre, le plus souvent, que des résultats désastreux. Combien de fois M. Maisonneuve lui-même aura-t-il l'occasion de la pratiquer? Assez peu, sans doute.

« Je l'exhorte donc, dit M. Chassaignac, comme membre de la Société de chirurgie, à ne pas se laisser entraîner dans la voie qu'il veut suivre. »

M. Vidal désire que M. Maisonneuve rectifie une allégation émise par lui; à savoir, que la résection du genou était une opération presque inconnue en France, tandis qu'elle est enseignée, démontrée dans les livres, dans les cours, partout.

M. Vidal ne voudrait pas prolonger la discussion, mais il pense que M. Maisonneuve, en soulevant cette question, n'en a peut-être pas mesuré toute l'étendue, lorsqu'il aurait dû réduire le fait à ses plus simples proportions, c'est-à-dire au cas de résection eu lui-même et à la présentation des pièces anatomiques.

M. Maisonneuve répond qu'il a voulu, en effet, parler seulement du fait qui lui était propre, comme pouvant offrir de l'intérêt à la Société; mais il s'étonne que l'on ait de suite abordé le fond de la question pour discuter ce qui n'était pas en cause. Il persiste à dire, malgré la critique de M. Vidal, que la résection du genou était restée étrangère à la pratique des chirurgiens en France, à l'exception de M. Roux, qui l'a faite une seule fois. Fallait-il donc repousser cette opération parce qu'elle a été expérimentée loin de nous? Ce serait là une façon de raisonner peu logique. Nous manquons d'ailleurs de renseignements, ajoute M. Maisonneuve, sur les résections faites par les chirurgiens étrangers, dans des conditions différentes et par des procédés différents. Si même, d'après cela, on rejette le principe de l'opération, on devrait au moins lui accorder des chances de succès par une autre méthode. Quant à lui, il déclare l'avoir employée dans des circonstances graves, dans de très mauvaises conditions, et il attend des cas moins défavorables.

En résumé, M. Maisonneuve maintient que la résection du genou n'a pas été assez pratiquée en France, et il ajoute que les opérations faites en Angleterre, en Amérique ou ailleurs, ne sont pas admissibles. Il regrette enfin que des chirurgiens éclairés admettent, au contraire, sans contrôle, des objections dont la valeur lui semble, à lui, fort douteuse. N'a-t-on pas reçu difficilement, dans le principe, la résection du coude, qui est devenue, en France, depuis M. Roux, une véritable conquête de la chirurgie moderne.

M. Maisonneuve reconnaît en un mot la nécessité d'une certaine réserve dans l'emploi de la résection du genou; mais cette réserve, il ne veut pas la pousser trop loin; et, quant au fait qu'il a communiqué, il accepte les objections, mais il n'accepte pas le blâme.

M. Larrey désire d'abord fixer l'attention de la Société sur une assertion générale émise par M. Maisonneuve, et que M. Vidal considérait comme une erreur de rédaction dans le procès-verbal. M. Maisonneuve avait dit, et il a soutenu que la résection du genou n'avait point été faite en France, si ce n'est par M. Roux. Or, comme le fait observer M. Larrey, deux autres chirurgiens connus précisément par leurs travaux sur les résections, MM. Moreau père et fils (1), de Bar-le-Duc, ont pratiqué chacun cette opération dans deux cas analogues, qui pouvaient même fournir à M. Maisonneuve des arguments favorables plutôt que contraires à son opinion. (Ainsi Moreau père, en présence de Percy et de plusieurs chirurgiens d'armée, a opéré en 1792 un jeune homme atteint de tumeur blanche, et qui, parvenu à une guérison assez prompte, succomba trois mois après à une dysenterie épidémique. Moreau fils, en 1811, eut recours à la même opération, en présence de Champion et d'autres chirurgiens, dans un cas de tumeur blanche très compliquée, chez un homme qui parvint à la guérison vers le neuvième mois, mais avec un raccourcissement de cinq pouces, de la mobilité dans le membre, et la nécessité d'un usage prolongé des béquilles.)

M. Larrey croit devoir ensuite réfuter une assertion particulière avancée par M. Maisonneuve, et qui devient contradictoire au fait. M. Maisonneuve a dit qu'il avait opéré son malade dans des conditions extrêmement graves, et qu'alors même que cette opération ne serait pas suivie de succès, il la recommencerait encore, espérant que, s'il rencontrait des circonstances plus favorables une autre fois, il réussirait peut-être. « Il me semble, dit M. Larrey, que, loin de là, l'opéré de » M. Maisonneuve se trouvait dans l'état le plus favorable aux » chances de la guérison. Il était jeune, d'une bonne constitu» tion, exempt de toute diathèse morbide, malade seulement de » son affection locale, celle-ci étant encore assez récente elle» même. J'ajouterai que la pièce anatomique ne nous a offert » qu'une altération superficielle des extrémités osseuses, et que » par cela même la résection plus limitée a été prompte, facile » et simple. Ne sont-ce pas là les conditions les plus avanta» geuses, les plus désirables? »

M. Chassaignac n'a pas voulu blâmer M. Maisonneuve, et il s'empresse de le dire; mais il a exprimé franchement sa pensée, en déclarant dangereuse cette tendance à faire expérimenter une opération réprouvée en principe par le raisonnement, réprouvée aussi dans l'application par les faits antérieurs bien acquis à la science.

M. Vidal fait observer que M. Maisonneuve, en disant n'avoir voulu présenter qu'un fait particulier, a cependant, dès sa présentation, examiné le fond de la question générale. Revenant sur ce qui a trait à la résection pratiquée en France, M. Vidal demande s'il est nécessaire à un chirurgien d'avoir vu faire par d'autres ce qu'il peut faire lui-même. Non certainement, et il cite pour lui, par exemple, l'opération césarienne qu'il n'a jamais vu faire et qu'il croit parfaitement connaître.

M. Vidal établit l'importance de s'appuyer sur la symptomatologie et sur l'anatomie pathologique, comme l'a très bien indiqué M. R. Marjolin, pour apprécier avec exactitude les limites de l'altération de l'os qu'il s'agit de reséquer. Pourquoi M. Maisonneuve n'a-t-il pas attendu quelque temps avant d'opérer, puisque le sujet n'était malade que depuis un mois? L'habitude en chirurgie n'est pas d'agir de suite dans les cas de ce genre, avant d'avoir à plusieurs reprises constaté ou recherché l'étendue et le degré des lésions. Le fait de Parck (1), rapporté avec détails, est confirmé d'une manière précise par l'anatomie pathologique. Là où se trouvaient des culs-de-sac, il y a eu des abcès, et ainsi des complications.

Quant à un blâme, ajoute M. Vidal, M. Maisonneuve aurait raison de le repousser s'il lui avait été adressé dans l'acception rigoureuse du mot. Mais dans nulle société savante les sentiments ou les procédés de cette nature n'ont été peut-être plus sincèrement écartés qu'au sein de la Société de chirurgie.

M. Maisonneuve ne s'est pas exagéré la portée du blâme; il s'est bien rendu compte des raisons qui lui ont été objectées, mais il les a trouvées mauvaises; il en demande de meilleures. « Nous tous, dit-il, dans nos grandes opérations, nous » nous estimons heureux de ne perdre qu'un seul malade sur » trois. » Et revenant sur ce qu'il a déjà avancé, il maintient que l'amputation de la cuisse est une opération meurtrière, tandis que la résection du genou, par son procédé, met le sujet à l'abri de certains accidents, et offre plus de chances de succès. Il reproche à M. Velpeau de rejeter cette opération parce qu'elle est plus douloureuse, parce qu'elle entraîne plus de lenteur, et parce qu'elle expose à plus de dangers; voilà tout ce que dit M. Velpeau, sans en donner les raisons. Est-ce à cause de l'hémorrhagie, de la phlébite, de l'ostéite, ou de tout accident? Quant à lui, encore une fois, c'est parce qu'il a examiné toutes les objections qu'il ne les croit pas suffisantes pour faire rejeter l'opération, et il persiste dans ses croyances, en espérant que d'autres chirurgiens les partageront.

M. le Président demande à la Société s'il doit clore la discussion.

M. Giraldès propose de la renvoyer à une autre séance, pour que chacun puisse apprécier avec connaissance de cause les faits existants, ainsi que les résultats définitifs de l'opération faite par M. Maisonneuve.

Cette proposition est adoptée.

— M. Guersant donne quelques détails sur le fait dont il a entretenu la Société dans la dernière séance, relativement à une *amputation de cuisse chez un enfant atteint de résorption purulente*. C'était un enfant de sept ans et demi, malade depuis quatre mois; il avait un abcès à la cuisse; cet abcès fut ouvert, et se trouva en communication avec le fémur profondément altéré. Des symptômes graves de résorption se sont déclarés : frissons, fièvre, érysipèle de la face, abcès à la joue, etc.; symptômes qui ne durèrent pas moins de trente-deux jours avec une variable intensité. La suppuration abondante s'arrêta enfin; la fièvre avait cessé aussi; et l'amputation du membre put être faite. C'est aujourd'hui le neuvième jour de l'opération, la cicatrice du moignon est avancée et la guérison à peu près définitive; car il n'est point survenu d'accidents depuis ceux de la résorption purulente, qui a cédé au traitement indiqué déjà, c'est-à-dire à l'emploi quotidien et prolongé pendant trente-deux jours de 80 centigrammes d'extrait noir de quinquina et de 4 grammes d'alcoolature d'aconit.

— M. Denonvilliers demande un congé pour prendre part aux travaux d'une commission dont les séances ont lieu le mercredi. (Accordé.)

— M. Boinet, candidat à la Société de Chirurgie, lui adresse un travail intitulé : *Note et observations sur un procédé très simple pour extraire de nos tissus certains corps étrangers, comme des aiguilles, des crochets, des hameçons, etc.* — Renvoyé à la commission chargée déjà d'examiner un autre travail de M. Boinet, composée de MM. Giraldès, Larrey et Morel (remplaçant M. Michon).

— M. Guersant présente un enfant atteint de *bec-de-lièvre compliqué* qu'il a opéré vingt-huit heures seulement après sa naissance, conformément aux principes appliqués par MM. Moreau, Paul Dubois, Danyau, etc., au bec-de-lièvre simple. Il a lui-même une dizaine de fois opéré aussi avec succès le bec-de-lièvre simple dès les premiers moments après la naissance, mais il avait jusqu'ici toujours échoué en opérant aussitôt le bec-de-lièvre double et compliqué. C'est le premier succès qu'il a obtenu, et il fait voir l'enfant bien guéri. Chez cet enfant, la voûte palatine est déviée; le nez, aplati, se trouvait sensiblement déformé. C'est pourquoi M. Guersant a disséqué les téguments jusqu'en arrière des narines; il a ainsi rendu le nez plus mobile, et, après l'avoir traversé inférieurement dans sa largeur avec une épingle pour rapprocher les narines, il a fait la suture labiale comme dans les cas simples. Le succès semble complet, et laisse une cicatrice comme seule trace de l'opération.

M. Gosselin rappelle que la question du bec-de-lièvre compliqué a déjà été discutée à la Société; et il demande à M. Guersant pour quels motifs il s'est décidé à opérer de suite, lorsque plusieurs insuccès dans des cas analogues l'avaient porté à ajourner l'opération?

M. Guersant répond que, dans le cas actuel, les complications lui ayant paru moins prononcées, il avait, par ce seul motif, agi aussitôt, sans renoncer pour cela au principe de l'expectation dans les cas plus graves. C'est ainsi que, récemment, il n'a pas voulu opérer un enfant qui offrait ces complications à un haut degré, et qu'il a adressé (avec sa mère) à l'hôpital Necker, où le petit malade a été reçu par M. Giraldès. Les cas, en effet, ajoute M. Guersant, où le lobule labial et la saillie intermaxillaire sont très proéminents ne semblent pas opérables de suite; tandis qu'ici la complication était moindre.

M. Gosselin pense que la dissection nécessaire des adhérences des lèvres et des joues, comme dans le cas présent, ajoute à la gravité de l'opération, sans qu'il ait besoin d'en faire ressortir les conséquences.

M. Danyau, comme M. Guersant, admet dans les complica-

(1) *Essai sur les résections*; 1816.

(1) *Observations sur la résection des articulations*; 1803.

tions du bec-de-lièvre des différences réelles et, partant, des indications relatives qu'il faut apprécier. Il a opéré, cette année, à la Maternité, un enfant qui offrait une division de la voûte palatine avec une saillie de l'os intermaxillaire; il a procédé à cette opération en deux temps: d'abord, ou le premier jour, il a détaché les adhérences; ensuite, ou le lendemain, il a fait l'avivement et la suture: la réunion s'est très bien effectuée. M. Danyau pense que l'on ne doit pas retirer trop tôt les aiguilles, afin d'éviter la désunion des bords de la lèvre. L'enfant qu'il avait opéré eut une petite déchirure de la cicatrice, après l'ablation des aiguilles. Il a succombé à une autre maladie, hors de la Maternité. Dans les cas de ce genre, on peut, comme l'a fait M. Guersant, opérer tout à fait en une seule fois.

M. Maisonneuve a opéré aussi, peu après leur naissance, des enfants qui ont bien supporté l'opération; il n'a pas vu survenir d'accidents primitifs, mais, chez quelques-uns, une ulcération consécutive à la cicatrice, d'autant plus regrettable qu'elle compromet le succès définitif. Cette ulcération commence tantôt par en haut, tantôt par en bas, ou bien vers le milieu de la cicatrice qu'elle détruit. Cette dernière circonstance s'est présentée chez un enfant qu'il avait d'abord opéré de la staphyloraphie. M. Maisonneuve, en communiquant l'observation à la Société médico-pratique, a discuté avec M. Denonvilliers et d'autres membres de cette Société les conditions dans lesquelles survient l'ulcération de la cicatrice. On a été porté à croire qu'elle dépendait de l'insuffisance de la nutrition chez l'enfant. Il y a, malgré cela, des raisons assez graves pour décider le chirurgien à opérer un nouveau-né du bec-de-lièvre, lors même qu'il est compliqué; ces raisons, du reste, sont connues de tous, et les enfants supportent fort bien alors l'opération.

M. Danyau fait observer qu'il y a sur cette question le pour et le contre. Ainsi, lorsqu'il remplaçait M. Robert à Lourcine, il a opéré un enfant chez lequel survint une ulcération; la guérison fut impossible, et la difformité se trouva plus marquée qu'auparavant. Il faudrait tenir compte à cet égard de diverses influences, telles, par exemple, que la succion immédiate du sein.

M. Guersant apprécie l'avantage d'opérer de suite, mais il trouve des inconvénients à opérer en deux temps si le lendemain une adhésion commençante s'est faite. Si, au contraire, la réunion est opérée sur-le-champ, elle offre le bénéfice d'une juxta-position exacte entre des surfaces saignantes, tandis que la réunion ajournée au lendemain diminue ces chances favorables.

M. Morel-Lavallée assimile l'opération en deux temps au procédé de Louis, qui opérait un côté d'abord et l'autre ensuite.

Il croit utile de faire remarquer aussi que l'ulcération dont il s'agit n'est pas exclusive aux enfants; elle survient aussi chez les adultes dans des circonstances diverses assez fréquentes.

M. Larrey cite à ce sujet ce qu'il a observé récemment au Gros-Caillou: un sapeur a eu la moitié gauche de la lèvre inférieure emportée par la morsure que lui avait faite l'un de ses camarades; la réunion de la surface labiale a été tentée secondairement à l'aide des petites érignes de M. Vidal; l'adhésion s'était faite d'abord assez bien, malgré un peu de gonflement; mais une ulcération l'a détruite ensuite, et force a été de laisser la plaie se cicatriser par seconde intention.

M. Vidal regrette que M. Larrey ait employé ses érignes dans une circonstance défavorable, et il annonce qu'il est à la veille d'en faire l'application à un nouveau cas de phimosis.

M. Chassaignac profite de cette occasion pour communiquer à la Société un procédé de circoncision qu'il a imaginé dans le but de prévenir le glissement de la peau du prépuce sur la membrane muqueuse. Les caractères propres à ce procédé consistent:

1° Dans la dilatation du prépuce préalablement à l'introduction des aiguilles à suture;

2° Dans l'étranglement circulaire du prépuce avec une ligature fine et très forte immédiatement au-devant des aiguilles, dans le lieu même où doit être pratiquée la section.

M. Larrey, en reconnaissant ce que ce procédé offre d'ingénieux, pense qu'il est assez compliqué pour que son emploi ne devienne pas difficile dans certains cas; tandis que le procédé ordinaire de circoncision, tel qu'il a été surtout modifié par Lisfranc, semble suffire à la plupart des indications.

M. Vidal réclame pour lui une partie du procédé de M. Chassaignac, et croit aussi qu'il y aurait souvent des difficultés à passer la pince sous le prépuce.

M. Chassaignac fait observer qu'il a voulu seulement combiner la dilatation du prépuce avec la pression exacte exercée par une ligature circulaire.

— M. Danyau entretient la Société d'un petit garçon nouveau-né chez lequel existaient les dispositions suivantes: Anus imperforé; raphé scrotal déprimé offrant, un peu en arrière de sa partie moyenne, une petite saillie allongée formée par une membrane mince dont la transparence laisse deviner derrière elle la présence du méconium. Au moment où M. Danyau fut appelé à la Maternité pour cet enfant, la petite membrane, cédant à une pression de dedans en dehors de plus en plus considérable, s'était rompue, et à la place de la saillie se voyait un petit orifice par lequel s'était échappé et continuait de sortir un peu de méconium. Toutefois, ce qui s'en écoulait était, relativement à la quantité à rendre, bien minime, et il était évident qu'il fallait ouvrir une issue plus large et plus directe aux matières accumulées dans le gros intestin.

Une sonde très fine, dont M. Danyau venait de se servir pour sonder l'enfant, fut introduite dans l'orifice scrotal et pénétra dans un trajet qui se dirigeait, dans l'épaisseur du périnée, vers le rectum, mais elle ne put franchir l'ouverture sans doute fort étroite qui conduisait dans cet intestin. M. Danyau s'était proposé, la sonde une fois dans le rectum, de la diriger vers la dépression manifeste qui existait au point où aurait dû se trouver l'anus, de la faire saillir vers la peau afin de procéder avec plus de sécurité à la recherche du cul-de-sac rectal. La mollesse qu'on sentait au périnée, surtout lorsque l'enfant se livrait à quelque effort ou lorsqu'on pressait sur la paroi abdominale, ne laissait guère de doute sur le prolongement du rectum à peu de distance de la peau. M. Danyau crut donc pouvoir opérer sans le secours de la sonde; mais, après une incision d'un centimètre et demi de profondeur, n'ayant point atteint l'intestin, il revint par prudence à la recherche de l'ouverture de communication qui devait nécessairement exister entre le rectum et son prolongement périnéo-scrotal. Après quelques tâtonnements, un très fin stylet pénétra, et, poussé vers la plaie, fit aussitôt saillir ce qui restait à diviser de parties molles pour ouvrir l'intestin. Le méconium fut expulsé en abondance; depuis lors, les évacuations ont été régulières et faciles. Après chaque évacuation, une petite mèche est introduite et reste en place jusqu'à l'évacuation suivante. Il ne passe plus rien par le trajet périnéo-scrotal. S'il ne s'oblitère pas spontanément ou à l'aide de quelques cautérisations méthodiques, une incision d'un orifice à l'autre procurera une guérison certaine et prompte. L'enfant est dans l'état le plus satisfaisant.

M. Danyau place sous les yeux de la Société les pièces provenant d'un autre enfant mort presque aussitôt après sa naissance, dont l'anus était également imperforé, et chez lequel le rectum, prolongé très bas, s'ouvrait à la partie inférieure de la paroi postérieure du vagin. Les vices de conformation qui n'ont pas permis l'établissement de la vie extra-utérine consistaient dans l'état rudimentaire du poumon gauche réduit au dixième de son volume, et dans l'existence d'une large perforation du côté gauche du diaphragme, qui avait donné lieu à une hernie diaphragmatique formée de l'estomac, de la totalité de l'intestin grêle, de la rate et d'une partie du lobe gauche du foie. En outre, la main droite était privée du premier métacarpien, et les deux phalanges du pouce, à l'état rudimentaire, ne tenaient à la main que par un pédicule cutané. Quant à la terminaison anormale du rectum, plusieurs exemples connus prouvent qu'elle n'aurait pas empêché cette petite fille de vivre et même de parvenir à un âge avancé; mais elle aurait constitué une infirmité dégoûtante qu'une opération seule aurait pu faire disparaître. Le rectum descendait assez bas pour être, après une incision faite en arrière de la vulve, facilement atteint, détaché de ses adhérences, amené au niveau de la plaie et fixé à sa circonférence. On aurait ainsi suivi l'exemple de Dieffenbach, et probablement on aurait compté un succès de plus.

— M. Maisonneuve présente à la fin de la séance une pièce d'anatomie pathologique provenant d'une *résection de l'articulation du coude* par un procédé qu'il a modifié; il en donne l'indication succincte, qui sera reproduite plus à propos dans le prochain procès-verbal.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

H. L.

Emploi du chloroforme contre les douleurs névralgiques.

Notre honorable confrère M. le docteur Fiévet nous communique deux faits analogues à ceux que nous avons déjà publiés dans ce journal et qui prouvent l'utilité des applications locales de chloroforme dans les cas de douleurs névralgiques. Dans l'un de ces faits, il s'agit d'une douleur de la jambe guérie par des applications de chloroforme par la méthode endermique; dans l'autre, d'une otalgie guérie par l'introduction dans le conduit auditif d'une boulette de coton imbibée de chloroforme.

NOUVELLES.

La Faculté de Montpellier vient de perdre l'un de ses membres dans la personne de M. Risueno d'Amador, professeur de pathologie générale.

— On annonce l'arrivée en France de M. le docteur Prus, qui vient, dit-on, pour y rétablir sa santé assez gravement altérée.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 16 ET SAMEDI 18 AOUT 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 96.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 17 AOUT 1849.

Bulletin du choléra.

La recrudescence que nous craignions dans notre dernier numéro, et qui heureusement ne s'est point réalisée encore, continue néanmoins de nous menacer. Depuis cinq jours le nombre des cholériques n'a cessé d'augmenter, quoique d'une manière peu marquée, dans les hôpitaux civils; ce nombre est resté à peu près stationnaire dans les hôpitaux militaires, et il paraît en être de même en ville.

Voici le mouvement des hôpitaux pendant les cinq derniers jours.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

Hôpitaux civils:		
Journée du 12 août (1).....	35 entrées,	20 décès.
— 13	43	17
— 14	50	16
— 15	54	31
— 16	56	29
Hôpitaux militaires pendant les cinq jours..............	12	4
Total................	250	117
Total des décès dans les hôpitaux.........		7173
Total des décès à domicile jusqu'au 30 juillet inclusivement............		9500
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie.............		16673

Le choléra dans les départements.

BOUCHES-DU-RHÔNE. — L'invasion du choléra à Marseille nous est confirmée; mais notre correspondance nous annonce en même temps que jusqu'à ce jour l'épidémie se maintient dans des limites très restreintes.

CHER. — Le choléra, qui avait semblé vouloir sévir avec violence dans la commune de La Guerche, a cessé presque tout à coup depuis notre dernier bulletin. Il n'en est pas de même dans la commune de Cours-les-Barres, où l'on nous informe que l'épidémie fait de nombreuses victimes. La panique s'est emparée, dit-on, des principaux habitants qui abandonnent à l'envi leur résidence.

— L'épidémie s'est également déclarée à Nérondes.

CÔTE-D'OR. — D'après les dernières nouvelles de Meursault, il y avait encore des décès; mais tous se rapportaient à des malades plus ou moins anciennement atteints. Il n'y avait pas de nouveaux cas.

GARD. — Le choléra, qui s'est déclaré à Nîmes à peu près en même temps qu'à Marseille, continue à ne faire, dans la première de ces villes comme dans la seconde, qu'un petit nombre de victimes.

MEURTHE. — Depuis l'invasion du choléra à Nancy, on parle de 60 cas et de 27 décès; mais ce chiffre n'est qu'approximatif, l'autorité n'ayant pas, jusqu'ici, publié de bulletin officiel.

NIÈVRE. — Nombre de cas observés jusqu'au 1er août :

	Cas.	Décès.
Château-Chinon (ville)........	136	37
Clamecy (32 communes).......	627	424
Cosne (La Charité).........	321	109
Nevers (ville)............	385	205
Totaux....	1,479	775

NORD. — Par le fait suivant, on peut juger des ravages du choléra dans certaines communes du département du Nord. Un enfant d'Onnaing s'est réveillé possesseur de neuf maisons, la veille habitées par des parents plus ou moins éloignés. Peut-être en possède-t-il dix-huit à l'heure qu'il est.

(1) Le chiffre de la journée du 12 étant incomplet dans notre dernier bulletin, nous le rétablissons intégralement.

VAUCLUSE. — L'épidémie a envahi Avignon; elle ne sévit qu'avec une faible intensité.

Etranger.

ANGLETERRE. — La recrudescence n'a que peu diminué jusqu'à ce jour à Londres. Pendant la semaine qui a fini le 11 août, il est mort 823 personnes par suite du choléra. On se rappelle que pendant la semaine précédente la mortalité avait été de 926.

BELGIQUE. — La correspondance de Belgique annonce une décroissance générale. A Bruxelles, le nombre des décès est réduit de moitié sur la semaine précédente. Il en est à peu près de même à Mons et à Louvain. Dans quelques localités l'épidémie a complétement cessé.

PRUSSE. — On écrit de Berlin, le 28 juillet, que le choléra est heureusement entré dans sa période décroissante. Le nombre des nouveaux cas de cette épidémie, qui s'était élevé jusqu'à 130 et plus par jour, est maintenant tombé au-dessous de 60.

ETATS-UNIS. — New-York et Philadelphie, à la date du 31 juillet, il était mort à New-York 689 personnes pendant la dernière semaine, et 415 à Philadelphie.

Séance de l'Académie de Médecine.

Déclaration d'une vacance. — Nouvelle communication sur les affections des valvules du cœur.

La séance de mardi s'est ressentie plus que toutes celles qui l'ont précédée de l'influence qu'exercent la saison et la veille d'une grande fête. Quelques rares auditeurs et de plus rares académiciens étaient semés çà et là sur les banquettes, et les orateurs mêmes qui étaient inscrits sur l'ordre du jour ou n'étaient pas présents, ou n'avaient pas apporté leurs travaux. C'est au point qu'après la correspondance, M. le président a presque été obligé de lever la séance faute d'orateurs. Enfin, M. Jobert est arrivé avec un rapport, et a calmé les perplexités de l'honorable président. L'observation dont M. Jobert avait à rendre compte à l'Académie était celle d'une tumeur fibreuse du sein, recueillie par M. H. Larrey, et dont il a déjà été question dans ce journal, dans les comptes-rendus de la Société de chirurgie. M. Jobert s'est contenté, dans son rapport, de constater d'une manière brièvé et lucide le mérite de l'observation de M. Larrey, mais sans aborder la discussion de la doctrine que cette observation est destinée à éclairer. Aussi, tout le monde étant parfaitement d'accord sur le mérite de l'observation de M. Larrey, et chacun étant peu disposé à guerroyer (scientifiquement, s'entend), les conclusions du rapport ont été adoptées sans discussion par l'Académie.

A M. Jobert a succédé un savant étranger à l'Académie, M. Collasse, qui n'a fait que lire les conclusions d'un mémoire dont il n'a pas donné le titre. On comprend qu'avec ces données il nous soit impossible de faire une appréciation, même très approximative, du travail de l'auteur.

Enfin, M. Rochoux a commencé la lecture d'un mémoire sur la circulation du sang.

Ce travail, rempli de détails mathématiques, demande nécessairement à être profondément médité pour être apprécié avec connaissance de cause; nous attendrons donc que sa publication dans le Bulletin nous ait permis de l'étudier comme il le mérite.

Dans notre dernier compte-rendu, nous exprimions le besoin de prendre une connaissance plus approfondie du mémoire de M. Monneret avant de porter un jugement motivé sur les diverses assertions qu'il renferme. Il en est une toutefois qui nous semble jugée irrévocablement par les faits les plus rigoureusement observés; c'est celle à laquelle M. le professeur Forget, de Strasbourg, est venu, dans une lettre adressée à l'Académie, donner l'appui de son autorité.

« Depuis plus de trois ans, dit le savant professeur de Strasbourg, j'enseigne que l'insuffisance valvulaire ne donne lieu par elle-même à aucun bruit anormal. »

S'il en est ainsi, nous n'hésitons pas à déclarer que depuis trois ans notre ingénieux confrère professe une erreur. Une des choses qui nous semblent le mieux prouvées dans l'histoire des maladies du cœur, c'est que l'insuffisance des valvules aortiques produit un bruit de souffle au second temps, abstraction faite de tout épaississement, de toute rugosité de ces valvules. Les observations qui démontrent ce fait d'une manière irrévocable sont sans doute très rares; car il est fort difficile de trouver des insuffisances qui ne s'accompagnent pas d'une altération de consistance des voiles membraneux qui constituent les valvules; mais la science possède cependant des observations de ce genre qui ne font d'ailleurs que confirmer ce que l'induction tendait à faire admettre, et ce que l'expérimentation avait déjà démontré directement.

Nous nous bornons aujourd'hui à opposer cette simple assertion à celles de nos honorables confrères, afin que l'erreur ne passe pas sans trouver de contradicteur; mais nous reviendrons longuement sur ce sujet lorsque la discussion s'ouvrira à l'Académie sur le travail de M. Monneret.

— La déclaration qui va être faite prochainement d'une vacance dans le sein de l'Académie nous engage à revenir en quelques mots sur les principes que nous avons eu l'occasion d'émettre lorsque la vacance qui a ouvert les portes à M. Robert a été déclarée, et cela d'autant plus volontiers que la supposition que nous avions formée à cette époque s'est en partie réalisée.

On sait qu'aux termes de l'ordonnance du 18 octobre 1829, l'Académie doit être composée de deux cents membres divisés en onze sections. Aux termes de cette même ordonnance, l'Académie ne doit faire qu'une nomination pour trois extinctions, jusqu'à ce que le nombre de ses membres soit rentré dans les limites tracées par l'ordonnance. Mais comme il était à supposer que les extinctions ne se feraient pas trois fois de suite dans la même section, l'article 81 du règlement de l'Académie a cherché à prévoir les difficultés que pourrait trouver l'application de l'ordonnance par la disposition suivante :

« Si les trois vacances qui donnent lieu à un remplacement existent dans trois sections différentes, l'Académie décidera à laquelle de ces trois sections appartiendra le remplacement. Si, de ces deux vacances, deux, et à plus forte raison trois, appartiennent à la même section, c'est à cette section qu'appartiendra le remplacement. »

Cet article du règlement avait pour but de régler les nominations nouvelles de telle façon que les sections de l'Académie fussent toutes complètes lorsque le nombre des académiciens serait réduit à cent. Tel doit être évidemment l'esprit de l'article. Or, il arrive précisément que l'exécution de la lettre peut parfaitement conduire à l'inexécution de l'esprit. Déjà, en se conformant à la lettre, on est arrivé à avoir deux sections, celles d'accouchements et de chimie médicale, dont le nombre de membres est inférieur à celui fixé par l'ordonnance de 1829; mais il peut très bien arriver que cela ne s'arrête pas là. Si, par exemple, ce qui est très possible, il mourait quatre ou cinq fois deux membres d'une même section qui est beaucoup plus que complète, les sections de pathologie médicale et chirurgicale, avec un seul membre d'une section incomplète ou rigoureusement complète, la nomination devant être faite alors suivant la lettre de l'article 81, dans la section où il y a eu deux décès, le nombre des membres de l'Académie pourrait se trouver réduit à cent, et certaines sections être incomplètes, tandis que d'autres compteraient plus de membres qu'elles n'en doivent avoir. Evidemment ce n'est pas là ce qu'a voulu le règlement; l'article 81 ne peut avoir eu en vue que les cas où aucune section ne serait incomplète; et, dans les cas contraires, le bon sens indique qu'il faut commencer par compléter les sections. Par la mort de M. Lebreton, la section d'accouchements est aujourd'hui réduite à cinq membres, au lieu de sept que lui assigne l'ordonnance de 1829, tandis que la section de pathologie médicale, qui n'en doit renfermer que treize, en compte maintenant vingt et un. Nous ne doutons pas que l'Académie ne s'empresse de donner à l'article 81 sa véritable interprétation, et qu'elle ne commence par compléter les sections incomplètes avant de faire aucune nomination dans d'autres sections. C'est assez dire que la prochaine vacance doit être déclarée dans la section d'accouchements.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — MM. RAYER ET PIDOUX.

Kyste hydatique du foie. Ponction du kyste.

Les conséquences presque toujours funestes qui suivent les abcès et les kystes du foie ont fait songer depuis

longtemps à recourir, comme ressource extrême, à l'ouverture de ces abcès, après avoir préalablement déterminé l'adhérence du foie aux parois abdominales au moyen d'une inflammation provoquée par des caustiques. Mais cette méthode opératoire, que M. Récamier passe pour avoir imaginée le premier, et que, dans tous les cas, il a mise récemment en honneur, n'a produit jusqu'à présent que peu de succès, et elle a éprouvé plusieurs revers. Il est rare en effet de trouver les conditions favorables qui peuvent rendre son emploi utile. Ces conditions, tout le monde le comprend, sont, en premier lieu, que la collection de liquide à évacuer soit placée assez superficiellement pour qu'on ne soit pas obligé de produire des lésions trop graves pour arriver jusqu'à elle, et en second lieu, que cette collection soit unique. Faute de ces deux conditions, il est évident que l'ouverture des collections liquides du foie est dangereuse ou inutile.

Le fait que nous allons faire connaître à nos lecteurs promet d'être important par la réunion des deux conditions que nous venons d'énumérer.

Voici le résumé de l'histoire du malade qui est le sujet de ces remarques.

Obs. — Moisson, âgé de quarante ans, est entré à l'hôpital de la Charité il y a une quarantaine de jours, dans le service de M. Pidoux, et se trouve actuellement couché provisoirement au n° 13 de la salle Saint-Michel, service de M. Rayer. Cet homme, d'une excellente constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin, n'avait jamais gardé le lit pour cause de maladie avant d'être atteint de l'affection pour laquelle il a demandé à être admis à l'hôpital.

Exerçant depuis quatorze ans la profession de cantonnier sur le cours de la rivière de l'Eure, cet homme travaille très souvent dans l'eau.

Le pays qu'il habite et où il est né est sain; on n'y observe que rarement des fièvres intermittentes, et, pour son compte, il n'a jamais été atteint de ces maladies.

Ce malade fait remonter à trois ans environ les premières douleurs qu'il ait éprouvées; leur siége était un peu au-dessous et à gauche de l'épigastre. Ces douleurs persistèrent pendant deux ans environ, sans s'accompagner d'aucun autre symptôme; elles étaient très modérées, et n'empêchaient nullement le malade de se livrer à ses occupations. Il y a environ dix mois que le malade commença à sentir une sorte de tuméfaction mal dessinée sur le point où existaient ces douleurs. Celles-ci ne devinrent pas plus fortes après l'apparition de cette tumeur; mais à partir de ce moment le travail devint pénible au malade.

Il y a trois mois à peu près, la tumeur qui, suivant la croyance du malade, était demeurée limitée vers la région épigastrique, descendit vers l'ombilic; les douleurs devinrent alors un peu plus fortes, et le travail plus difficile que précédemment.

Enfin, quinze jours avant l'entrée du malade à l'hôpital, les douleurs acquirent tout à coup une grande intensité; il semblait au malade que quelque chose le rongeait de l'intérieur à l'extérieur, comme pour se faire jour au dehors. C'est cette subite exaspération des douleurs qui engagea le malade à venir à Paris réclamer les secours de l'art.

A son arrivée, il se présenta à la consultation de M. Cruveilhier, qui diagnostiqua un kyste hydatique du foie. Il exécuta en ville, pendant une douzaine de jours, les conseils qui lui furent donnés, et entra ensuite à l'hôpital; ses douleurs étaient alors calmées, et étaient revenues à leur degré habituel d'intensité.

L'état du malade était alors le suivant:

Etat général bon; appétit et sommeil comme à l'état normal. Toutes les fonctions s'exécutent régulièrement.

Une douleur sourde existe dans la région abdominale droite, depuis le niveau de l'épigastre jusqu'à celui de l'ombilic; dans toute cette étendue existe une tumeur à fluctuation manifeste et assez superficielle, peu douloureuse à la pression. Par la percussion comme par le toucher, il semble évident que cette tumeur dépend d'un développement anormal du lobe gauche du foie, dont la matité se continue sans interruption jusqu'aux limites inférieures. Le lobe droit de ce viscère est au contraire renfermé dans ses limites ordinaires, et ne dépasse pas le bord des fausses côtes. La matité de la tumeur est complète; elle cesse brusquement aux points où le palper permet de constater les limites de la tumeur.

Il n'existe pas et il n'a jamais existé d'ictères; le malade n'a jamais reçu de coups sur la région malade, ni aux environs. Il n'y a aucun mouvement fébrile.

A tous ces symptômes, et à l'absence de beaucoup d'autres qu'il serait superflu de signaler, on devait croire à l'existence d'un kyste hydatique du foie. Ce fut l'opinion de M. Cruveilhier, à la consultation duquel le malade se présenta d'abord; ce fut aussi celle de M. Pidoux, qui reçut le malade dans son service; enfin cette opinion a aussi été celle de M. Rayer, dans le service duquel le malade a été accidentellement placé.

En conséquence de ce diagnostic si rationnel, M. Pidoux pensa avec raison que c'était là une excellente occasion de faire l'application de la méthode préconisée par M. Récamier; à l'aide d'un cautère placé sur le point le plus saillant et le plus fluctuant de la tumeur, c'est-à-dire à un peu plus d'un pouce au-dessus et à deux pouces en dehors de l'ombilic, il chercha à provoquer une inflammation adhésive entre le foie et le péritoine pariétal, afin de pratiquer ensuite une ponction dans le kyste.

Une inflammation modérée s'établit en effet autour du cautère; cette inflammation a extérieurement environ deux pouces de rayon. Aujourd'hui, trente jours après l'application du cautère, on juge les adhérences formées, et l'on procède à la ponction du kyste, qui est pratiquée par M. Velpeau à l'aide d'un trocart de petites dimensions. Il s'écoule environ un quart de litre d'un liquide jaunâtre à peine opalescent, tout à fait semblable à celui que l'on rencontre dans les kystes hydatiques non enflammés.

Deux heures après l'opération, le malade n'éprouve aucun mouvement fébrile, ni aucune douleur autour du point ponctionné; il demande même s'il ne pourrait pas se lever. La tumeur a très notablement diminué de volume. Néanmoins, la matité s'étend encore jusqu'à près d'un pouce au-dessous de l'ombilic et à deux pouces et demi de la ligne blanche, inférieurement.

Remarques. — Le résultat de cette opération, pratiquée dans des circonstances en apparence si favorables, sera-t-il plus heureux que la plupart de ceux obtenus jusqu'à ce jour? C'est ce que l'avenir seul peut décider. Nous ferons remarquer toutefois que, suivant des présomptions très rationnelles, on pouvait espérer une diminution de la tumeur plus considérable que celle qu'on a obtenue. Le volume que cette tumeur a encore conservé après l'évacuation du liquide doit nécessairement faire craindre que d'autres kystes plus profondément situés n'existent encore dans le foie, comme cela n'est que trop fréquent. Nous aurons soin de tenir nos lecteurs au courant des suites de cette observation remarquable, et nous engageons ceux qui pourront aller les observer eux-mêmes de ne point manquer une occasion qui se présente aussi rarement.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Chassaignac.

Opposition entre les fissures spasmodiques et les fissures non spasmodiques de l'anus. — Simplification du traitement par incision. — La dilatation n'est qu'une incision par déchirure. — Application nouvelle du scarificateur à l'ouverture des abcès.

Les tentatives faites dans le but de substituer la dilatation forcée à l'incision du sphincter, pour le traitement de la fissure à l'anus, obligent aujourd'hui les chirurgiens à remettre en question plusieurs points relatifs à la méthode de l'incision.

La section complète et par conséquent profonde du sphincter, les pansements quotidiens par des mèches plus ou moins volumineuses, font de ce mode de traitement non pas une opération grave, mais enfin une méthode thérapeutique assez complexe pour qu'on ne puisse dissimuler qu'elle comporte certaines objections quand on la compare à la simplicité, du moins apparente, de la dilatation forcée. Mais si l'incision profonde est remplacée par une section qui ne comprenne qu'une partie du sphincter, si à l'introduction quotidienne des mèches on peut substituer un simple pansement à plat ou même l'absence de tout pansement, et cela, sans nuire, bien entendu, à l'efficacité du résultat, alors la question change de face, et, simplicité pour simplicité, beaucoup de chirurgiens préféreront celle de l'incision à celle de la déchirure.

C'est parce que le fait suivant nous a paru de nature à éclairer ces diverses questions, que nous avons cru devoir le rapporter ici avec quelques détails; nous avons, de plus, rapproché de cet exemple de fissure spasmodique bien caractérisée un autre exemple de fissures anales multiples et profondes, d'une origine et d'un caractère tout à fait différents, et pour lesquelles un traitement bien différent aussi a été employé avec un égal succès.

Ce qui tend à prouver que l'élément anatomique fissure est bien loin de constituer le caractère fondamental de l'affection essentiellement spasmodique si bien décrite par Boyer, c'est que cet élément anatomique peut, sous l'influence de diverses causes, exister dans ses manifestations les plus prononcées, sans constituer le moins du monde l'affection curieuse dont nous allons citer un exemple recueilli par M. Botrel, interne du service de chirurgie.

Au n° 7 de la salle Saint-Paul a été placée, le 24 mai 1849, la nommée Batiard, âgée de vingt ans, marchande de vin. Cette femme, qui est habituellement constipée, est accouchée de son premier enfant il y a quatre mois; elle ne se rappelle pas avoir eu d'hémorrhoïdes, ni aucune autre affection de l'anus. Pendant toute sa grossesse elle avait eu un écoulement utéro-vaginal blanchâtre fort abondant, et qui aujourd'hui n'a pas encore cessé. Du reste, il n'existe chez cette femme aucune trace d'affection syphilitique. C'est peu de temps après l'accouchement que les douleurs de la fissure se sont montrées, et elles ont acquis le degré d'intensité considérable qu'elles présentent au moment de l'entrée de la malade. C'est pendant et après les selles que les douleurs se font sentir. Très rarement depuis le début de la maladie, c'est-à-dire trois ou quatre fois seulement, il est survenu momentanément quelques légères douleurs étrangères à toute évacuation. Le moment de la douleur la plus vive est celui qui succède immédiatement à une garde-robe. La sensation éprouvée prend alors le caractère d'une brûlure, avec des picotements et des battements analogues à ceux que fait éprouver le panaris. La durée de l'accès n'est pas moindre de six à sept heures; l'intensité des douleurs va en diminuant d'une manière progressive, à partir du début de l'accès jusqu'à sa terminaison. Quant à ce que la malade éprouve au moment même du passage des matières fécales, c'est une sensation de déchirure et de brûlure, qu'elle dépeint en disant qu'il lui semble qu'elle rend de l'*eau bouillante*.

Avant le moment où M. Chassaignac a examiné la malade, elle n'avait subi aucun autre traitement qu'une seule cautérisation avec l'azotate d'argent.

Le 9 juin, M. Chassaignac constate l'existence d'une fissure très distincte siégeant en arrière et à gauche, et remontant assez haut pour correspondre au sphincter anal.

M. Chassaignac pratique précisément dans la fissure elle-même une incision peu profonde, et qui ne comprend qu'une portion des fibres du sphincter. Aucun pansement n'est appliqué. La malade doit se borner à des soins de propreté. La douleur qui succède à l'opération, et qui est caractérisée par de la cuisson et des picotements, se prolonge pendant quelques heures.

Le soir même de l'opération, la malade éprouve le besoin d'aller à la selle; elle fait quelques efforts, mais ne parvient qu'à rendre un peu de sang.

Le lendemain 10 juin, selle très dure avec un peu de sang; douleur encore très vive, mais qui diminue graduellement au bout de quelques heures.

Jusqu'au 17 juin, pas de nouvelles évacuations. Deux lavements sont administrés: le premier est rendu sans matières; le second est gardé tout entier.

Le 18 juin, lavement purgatif qui détermine une selle abondante, dont la première partie est consistante et dure, le reste à demi liquide; douleur instantanée immédiatement avant l'expulsion des matières, nulle au moment précis de leur passage à travers l'anus. C'est seulement deux heures après l'évacuation qu'une douleur légère et passagère se fait encore sentir.

Le 19 juin, nouvelle évacuation, cette fois tout à fait exempte de douleur.

Depuis cette époque, toute trace de sensibilité anormale a disparu. La plaie de l'opération n'est pourtant pas encore complétement cicatrisée; elle conserve un aspect plus rouge que les parties voisines, mais elle n'a plus cette coloration d'un rouge vif que présentait la fissure. La malade sort de l'hôpital parfaitement guérie.

Ainsi: opération excessivement simple, non suivie de pansements, et qui en quelques jours débarrasse la malade d'une infirmité cruelle qui la tourmentait depuis quatre mois. Ce fait tend donc à établir qu'une section incomplète du sphincter faite dans le champ même de la fissure, et sans recourir à l'introduction des mèches, suffit pour guérir une fissure anale parfaitement caractérisée. Nous ne croyons pas que la dilatation forcée ait jamais donné lieu à un résultat beaucoup plus satisfaisant; et ce fait, en prouvant que l'introduction des mèches n'est peut-être qu'une superfluité douloureuse, est d'une haute importance, en ce qu'il porte au plus haut degré de simplicité le traitement de la fissure à l'anus, puisque, en même temps que l'on supprime un pansement pénible, on établit, d'autre part, que la section complète du sphincter n'est pas indispensable.

On conçoit très bien que, dès qu'une incision peu profonde, pourvu qu'elle soit faite dans la fissure, suffit pour guérir cette affection, la dilatation forcée n'a probablement pas un autre mécanisme, seulement elle produit par déchirure ce que l'incision produit par coupure. Que les gens du monde fassent une très grande différence entre une plaie faite avec les doigts du chirurgien et une plaie faite par son bistouri, cela se conçoit; mais il serait par trop puéril de la part d'un chirurgien de croire que par cela seul que dans un cas il produit une solution de continuité avec ses doigts seulement, tandis que dans un autre il emploie un instrument; de croire, disons-nous, qu'il fait deux choses essentiellement différentes, et que ce n'est pas enfin de compte un acte identique. Les malades qui attachent au mot opération l'idée nécessaire d'un instrument et un sens que le chirurgien ne saurait admettre peuvent bien s'imaginer que par l'incision ils ont une opération à subir, tandis que par la dilatation ils guérissent sans opération; c'est une appréciation à eux; mais le chirurgien pourrait-il, nous le demandons, se prêter à faire naître ou à encourager de pareilles illusions? Cela rappellerait l'engouement du public pour la lithotritie à son berceau. C'était aussi une de ces manœuvres qui flattent beaucoup l'imagination des malades, parce que, pour eux, l'idée d'un instrument tranchant est bien autrement effrayante que celle de tout autre agent, quelque dangereux qu'il soit, ainsi qu'on en trouve encore un exemple dans la confiance avec laquelle ils se soumettent à d'énormes cautérisations pour échapper à l'idée fixe qui les effraie. Mais c'est là, convenons-en, quelque chose à la hauteur de ce scrupule, qui portait de pieux combattants à n'employer sur le champ de bataille que la massue au lieu de l'épée ou de la hache, le tout par crainte de se souiller de sang humain. Le beau scrupule, en vérité, que celui qui vous permet d'assommer un homme en tranquillité de conscience, pourvu que la chose soit faite sans effusion de sang!

Rapprochons de l'observation qui précède celle d'un malade qui se trouvait dans les salles à la même époque et suivait un traitement bien différent. C'est un contraste qui n'a pas échappé à l'attention des personnes qui assistaient à la visite de M. Chassaignac.

Au n° 13 de la salle Sainte-Marthe fut placée, le 19 juin 1849, une fille de vingt-deux ans, Rosalie Blanchard, envoyée d'une salle de médecine pour une fissure à l'anus. A l'examen de la malade, qui fut faite le lendemain, on trouve les lésions suivantes: toute la circonférence interne de l'anus est dépouillée de son épithélium, saignante, et sillonnée dans le sens longitudinal par trois à quatre fissures profondes qui rendent la défécation excessivement douloureuse. En examinant avec attention la marge de l'anus, M. Chassaignac reconnaît, au milieu des excoriations dont cette partie est le siége, un relief qui lui paraît de la nature des tubercules plats, ce qui, joint à l'existence parfaitement caractérisée de syphilides cutanées répandues sur toute la surface du corps, lui fait prononcer pour diagnostic, *fissures syphilitiques de l'anus*. Dès lors, point d'opération pour ce cas-là, mais traitement général et applications de la solution de nitrate d'argent à la dose de 5 grammes pour 30 grammes. Le traitement à l'intérieur consiste dans l'emploi de deux pilules de Sédillot et de la tisane de Feltz. Sous l'influence de ce traitement et des attouchements journaliers avec la solution d'azotate d'argent, on vit d'abord les fissures devenir moins profondes, la défécation se produire avec moins de douleur. L'application des pinceaux avait été commencée le 20 juin; dès le 27 du même mois les fissures avaient presque disparu, et le 30 la cicatrisation était complète.

Nous avons eu l'occasion de constater chez cette malade la constance des lois anatomiques qui rattachent les maladies des ganglions lymphatiques à une lésion des parties sur lesquelles prennent naissance les vaisseaux qui aboutissent aux ganglions malades. Il y avait ici une cause de méprise, dans laquelle on tomberait inévitablement en n'approfondissant pas rigoureusement les origines possibles d'un engorgement ganglionnaire donné.

Voici le fait. Coïncidemment à la guérison des fissures anales, la malade se plaignit d'un engorgement douloureux à la partie supérieure de la cuisse droite près du pli de l'aine, mais à deux travers de doigt à peu près au-dessous du ligament de Fallope. La coïncidence d'un engorgement ganglionnaire inguinal et d'une inflammation spécifique à la région anale semblait indiquer au premier abord une relation en quelque sorte prévue et qui s'observe journellement. Car qu'y a-t-il de plus commun que de voir un furoncle ou un phlegmon de la région fessière donner lieu à un engorgement ganglionnaire inguinal. Cette relation nous paraissait tellement claire dans le cas particulier, malgré la situation plus déclive que d'habitude des ganglions engorgés, que M. Chassaignac, tout en faisant la remarque de cette déclivité inaccoutumée de l'engorgement, n'eut pas d'abord la pensée qu'il eût une autre origine. Aussi le chirurgien était-il porté à admettre quelque anomalie, lorsqu'on s'aperçut qu'il existait sur la face dorsale du gros orteil la cicatrice toute récente d'une ulcération de la grandeur d'une lentille. Il s'en est fallu de bien peu que ce fait, à cause de la coexistence d'une ulcération du gros orteil et d'une ulcération anale, ne fût très mal interprété et ne fût considéré comme une anomalie, alors qu'il était, au contraire, une éclatante confirmation des lois généralement admises. Cela prouve quelle rigoureuse circonspection il faut mettre à tenir pour réelles les dérogations qui semblent enfreindre les lois généralement reconnues comme régissant les rapports de tel ou tel ganglion donné avec ses aboutissants ordinaires.

Une fois la collection purulente appréciée dans sa véritable origine, M. Chassaignac eut recours pour l'ouverture de l'abcès aux ponctions multiples avec la lancette. Quatre ponctions furent pratiquées.

Les simples ponctions, soit multiples, soit même uniques dans certains cas, faites avec la lancette, constituent le mode d'ouverture d'abcès qu'emploie invariablement M. Chassaignac pour le traitement des collections purulentes de l'angioleucite. On se ferait difficilement l'idée de l'exiguïté d'ouverture qui peut suffire pour les abcès de ce genre. Ce mode, que M. Chassaignac applique avec les plus heureux résultats dans les cas de ces phlegmons sous-maxillaires si fréquents dans les hôpitaux, donne, pour la rapidité de la guérison aussi bien que pour l'absence de difformité, des avantages d'une incontestable supériorité sur tous les autres modes de traitement.

La difficulté d'exécuter les ponctions multiples dans certains cas a suggéré à M. Chassaignac l'idée d'appliquer à l'ouverture de ces abcès le scarificateur à plusieurs lames. Voici le sens et l'opportunité de ce perfectionnement :

Toutes les fois qu'on veut soumettre à des ponctions multiples par la lancette des collections purulentes sur lesquelles la peau est très amincie, et c'est le cas des abcès de l'angioleucite, de ceux surtout qu'on appelle bubons, il arrive que, la première ponction à peine faite, une grande partie du pus s'écoule immédiatement, et par cela seul la peau, se trouvant subitement détendue, devient ridée, flasque, et fuit même sous un instrument parfaitement acéré. De là plusieurs inconvénients dont quelques-uns ne sont pas sans gravité, ainsi qu'on va le voir.

D'abord la section de la peau, se faisant mal, n'a pas de netteté et devient très douloureuse; quelquefois même l'instrument se borne à piquer les tissus sans les traverser, et dès lors on a fait subir au malade une douleur parfaitement inutile.

En outre, et ceci est plus grave, la plupart des abcès par angioleucite siégent sur le trajet et au voisinage de gros vaisseaux dont la blessure est grandement à redouter. Tant que le pus est encore tout entier dans l'abcès, il constitue un intermédiaire qui sert lui-même à la protection des parties sous-jacentes; mais, dès qu'il s'est en partie écoulé, la peau s'affaisse sur le fond du foyer purulent, et par conséquent sur les parties auxquelles celui-ci est adossé. Or remarquez que c'est précisément dans cette condition désavantageuse qu'on est obligé d'agir avec plus de force pour transpercer la peau, et que celle-ci, comme tout corps réfractaire à la section par défaut de tension et qui vient tout d'un coup à céder, entraîne ce qu'on appelle une *échappée*, c'est-à-dire une action qui va au delà de ce qu'avait calculé l'opérateur.

Si, au contraire, au lieu de faire les ponctions successivement avec la lancette, on les fait toutes à la fois et sur un tégument auquel cette surprise n'a pas donné le temps nécessaire pour se détendre, les inconvénients dont nous avons parlé sont prévenus. Tel est l'avantage qui résulte de l'emploi du scarificateur, et c'est ce qui a porté M. Chassaignac à en faire cette nouvelle application au traitement des abcès. Il va sans dire qu'on n'emploie que le nombre de lames que l'on juge nécessaire, et qu'on doit faire usage d'un scarificateur dont les lames sortent de la quantité nécessaire eu égard à l'épaisseur de la peau.

Cas de trismus.

Nous recevons de notre honorable confrère M. Mavel, médecin à Ambert, deux observations curieuses que nous nous empressons de publier. Nous ferons remarquer seulement, en ce qui concerne la première de ces observations, que le trismus observé par l'habile praticien d'Ambert n'est pas précisément semblable à celui dont il a été question dans notre Revue clinique du 4 août. M. Mavel a observé un cas de trismus aigu, convulsif, qui disparaît souvent aussi rapidement qu'il se forme, et dans lequel par conséquent les narcotiques peuvent être et ont été souvent utiles. Dans le fait que nous avons emprunté au service de M. Velpeau, il s'agissait au contraire d'un trismus chronique développé graduellement, accompagné d'une véritable contracture de quelques-uns ou de tous les muscles contracteurs de la mâchoire inférieure, contracture analogue à celle de tous les autres muscles, et contre laquelle toutes les applications narcotiques sont parfaitement impuissantes, ou au moins d'une utilité très secondaire. Ce n'est que par des moyens physiques employés avec persévérance que l'on parvient à triompher définitivement de ces contractures, et le moyen que nous avons indiqué n'est lui-même d'abord qu'un palliatif destiné à satisfaire aux indications les plus pressantes, et qui n'empêche nullement le retour de la maladie, si les malades cessent le traitement dès qu'ils peuvent ouvrir la bouche.

Monsieur le Rédacteur,

Votre numéro du 4 août dernier contient une observation de trismus, à l'occasion duquel vous décrivez un mode de traitement tout mécanique employé par M. le professeur Velpeau.

La lecture de cet article m'a rappelé un cas tout récent que j'ai observé il n'y a qu'une quinzaine de jours. Le traitement que j'ai employé et qui a parfaitement réussi est on ne peut plus simple. Je me crois obligé de le porter à la connaissance de vos lecteurs.

Le 5 mai dernier je fus appelé auprès de la nommée Marie Frédeval, jeune fille de dix-neuf ans, lymphatique, habituellement bien réglée et assez bien portante. Il y a quinze jours elle fit une maladie, pour laquelle elle fut saignée par une accoucheuse; elle était convalescente de cette maladie, lorsque, la veille de ma visite, elle fut prise subitement de mouvements convulsifs; ses membres se roidirent, ses mâchoires se fermèrent, et depuis elle n'a pu prononcer une seule parole; la mâchoire supérieure recouvre presque en entier l'inférieure; la régularité des dents ne permet pas l'introduction d'une seule goutte de liquide. Tous mes efforts pour arriver à ce résultat sont vains. La malade a toute sa connaissance, et à la voir s'exprimer par signes et pousser quelques cris, l'on croirait être en face d'un sourd-muet. Je prescris un bain prolongé, et je frictionne les mâchoires avec de la pommade de belladone.

Je n'entends plus parler de la malade jusqu'au 23 juillet. Ce jour-là elle vint elle-même me voir, pâle, exténuée. Sa sœur, qui l'accompagnait, me dit qu'après le bain et les frictions sa bouche n'avait pas tardé à s'ouvrir, mais qu'actuellement les mâchoires s'étaient de nouveau contracturées depuis quarante-huit heures, et que depuis ce temps elle n'avait ni mangé, ni bu, ni parlé. Je constatai que ces fonctions étaient physiquement impossibles; alors je frictionnai de nouveau avec de la pommade de belladone et d'opium tout autour des mâchoires, sur les tempes, sous le menton, et au bout de dix minutes la malade avait recouvré l'usage de ses mâchoires; elle parla, but et mangea avec facilité. Depuis ce jour je n'en ai plus entendu parler. Si la maladie se représente, je suis bien sûr de la revoir.

Paralysie des reins. — Absence de sécrétion pendant huit jours.

Une seconde observation que j'ai à vous communiquer, et qui, d'après moi, présente encore plus d'intérêt que la précédente, est un cas de paralysie des reins et d'absence complète de sécrétion urinaire pendant huit jours.

Dans le choléra l'on voit bien la diminution, l'abolition même de cette fonction; mais je ne connais pas d'observation semblable, suite de maladie du cerveau.

Maria X... était âgée de neuf ans, mince, maigre, et, sauf quelques bronchites, elle se portait habituellement bien, lorsque le 5 mars 1847 elle fut affectée d'un rhumatisme articulaire aigu qui parcourut rapidement les articulations des genoux, des coudes, des poignets. Une éruption de pourpre hémorrhagique survint en même temps. La malade portait sur les membres des ecchymoses, que d'abord on avait cru être le résultat de coups, de chutes, mais qui ne pouvaient être rapportées qu'à une altération de sang, car il s'en montra de nouvelles pendant que la malade garda le lit. Depuis quelques jours la petite malade avait tous les soirs un accès de fièvre.

Le sulfate de quinine me parut le seul médicament applicable dans la circonstance, soit comme antipériodique contre la fièvre, soit comme tonique contre l'hémacélicrose; enfin depuis quelque temps on avait préconisé l'emploi de sulfate de quinine à haute dose contre l'arthrite rhumatismale.

Ce sel fut administré à la dose de 50 centigrammes et continué pendant plusieurs jours.

Le 10 mars, les articulations étaient encore empâtées; mais il n'existait plus de douleurs, les ecchymoses disparurent, et la convalescence s'établit. Elle fut plus tard entravée par une bronchite avec toux croupale; les urines devinrent brunes, noirâtres; elles contenaient une forte proportion d'albumine, et peut-être du sang en nature. Néanmoins la convalescence s'établit de nouveau; mais il survint de l'œdème à la face, et les urines, quoique claires, contenaient parfois de l'albumine.

Tout le mois d'avril se passa assez bien; la malade sortit, se promena, elle avait de l'appétit. Mais au commencement de mai, la bronchite reparut; et le 11 mai, elle eut plusieurs convulsions, les premières limitées à la face, les autres générales, accompagnées de perte complète de connaissance. — Des sangsues furent appliquées derrière les oreilles, et le calme revint complètement.

Le lendemain, la malade parut tout à fait rétablie. Cependant, dans la conversation, quelques mots lui échappaient; elle les cherchait et ne les trouvait pas. Pas de selles, pas d'urine.

Le 13, elle prit avec appétit deux meringues, un bouillon, de l'eau rougie sucrée, quelques pruneaux; pas de selles, pas d'urine; un lavement est administré; le ventre est souple et sonore; la vessie ne contient rien. La malade ne souffre nulle part; elle ne sent pas le besoin d'uriner.

La digitale, la scille, le colchique, le nitre, l'acétate de potasse sont administrés tour à tour, ou ensemble, par la bouche, en lavement, en frictions sur les lombes; tous ces médicaments n'ont d'autre effet que d'irriter l'estomac et de causer des vomissements.

Le 17, les vomissements continuent. Je propose l'usage de la glace; la malade la prend avec passion, elle en mange un kilogramme dans la journée; elle mange un morceau de veau rôti et elle ne le vomit pas; elle paraît plus forte, plus alerte, plus gaie. Elle demande le vase, et, pendant une selle, elle affirme avoir fait trois gouttes d'urine, on les retrouve en effet dans le vase; mais c'est probablement quelques gouttes d'urine qui ont séjourné dans la vessie, et que des contractions plus énergiques ont pu expulser.

Le 18, elle passe encore une bonne journée; elle mange et ne vomit pas; pas encore d'urine. Le soir, à neuf heures, la respiration est un peu gênée; toute la nuit elle s'embarrasse davantage, sans qu'il y ait augmentation de toux. C'est en vain que des sinapismes, des vésicatoires sont appliqués sur la poitrine, sur les membres. La vie ne pouvait se prolonger plus longtemps, en l'absence d'une sécrétion aussi importante que la sécrétion urinaire. Une terminaison fatale était inévitable, elle eut lieu le lendemain 19 mai; les facultés intellectuelles furent intactes jusqu'à la fin.

C'est donc huit jours entiers pendant lesquels la vie s'est conservée presque intacte en l'absence complète de la sécrétion urinaire.

Mavel, d.-m.-p.

Ambert, 9 août 1849.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 août 1849. — Présidence de M. Velpeau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance ministérielle comprend neuf lettres du ministre de l'agriculture et du commerce, ayant rapport aux objets suivants :

1° A une *essence purgative* préparée par deux industriels;

2° A plusieurs préservatifs et curatifs du choléra;

3° A l'emploi du sous-acétate de plomb dans le traitement de la dysenterie et du choléra, par un pharmacien;

4° A l'emploi de la camomille comme préservatif du choléra, proposé par M. Defourneaux, médecin à Auzance (Creuse);

5° A deux préparations anticholériques, préparées par M. Debaise-Laroche, médecin à Vire (Calvados). Ces préparations sont destinées, l'une à l'usage externe, l'autre à l'usage interne, et sont composées comme il suit :

Liqueur pour usage externe.

Alcool rectifié	100	grammes.
Alcoolat térébenthiné composé (baume de Fioraventi)	100	—
Ether sulfurique	25	—
Camphre	50	—
Essence de menthe	12	—
— de thym, — de lavande, — de romarin, de chaque	25	—

On frotte la surface du corps, et spécialement le ventre, avec cette préparation.

Liqueur anticholérique interne.

Alcool à 22°	250	grammes.
Camphre	2	—
Alcoolat de mélisse	30	—
— de cannelle	30	—
— de gérofle	6	—
Essence de menthe	6	décigram.
Sirop de sucre à 32°	250	grammes.

Mêlez.

On prend une cuillerée de cette liqueur chaque matin avant déjeuner. Une cuillerée à café suffit pour les enfants.

6° A une autre formule anticholérique imaginée par M. Delarue, médecin à Paris, et désignée sous le nom d'*élixir de genièvre*, et composée ainsi qu'il suit :

On fait bouillir dans un litre d'esprit de genièvre une demi-once de chacune des racines suivantes :

Aulnée,
Gentiane,
Angélique,
Roseau odorant.

Aussitôt que le froid commence à se manifester, on administre toutes les demi-heures une cuillerée à bouche de cet élixir;

7° A une autre recette anticholérique, consistant dans l'administration de l'eau de cannelle;

8° Enfin, à des observations communiquées par M. Fiévet sur l'application du chloroforme au traitement de diverses affections.

— La correspondance manuscrite comprend les communications suivantes :

Marche et traitement du choléra.

1° M. Billod, médecin de l'asile des aliénés de Blois, signale deux circonstances remarquables qu'il a observées pendant le règne de l'épidémie dans l'asile qu'il dirige. La maladie fit

son apparition dans le service des hommes le 15 juillet; un cas de choléra et deux de cholérine furent observés ce jour-là. Jusqu'au 28, aucun autre cas ne se manifesta, mais ce jour-là, le premier malade atteint, qui était en convalescence, fut atteint de nouveau d'une manière foudroyante. En même temps, l'épidémie se manifesta exclusivement dans le quartier des des femmes, et y régna jusqu'au 7 août. Pendant ce temps, on observa 4 cas de choléra et 4 de cholérine. A partir du 7 août, la maladie envahit de nouveau le quartier des hommes, où il y a eu, jusqu'à ce jour, 8 cas de choléra et 1 de cholérine. L'épidémie paraît aujourd'hui dissipée.

Dans le nombre assez restreint de faits qu'il a observés, M. Billod a constaté que les premiers cas ont été les plus graves.

2° M. Morlière propose comme moyen prophylactique du choléra des lavages répétés de tout le corps, et spécialement de l'abdomen avec une dissolution très étendue d'hyposulfite de soude.

Traitement de l'hydrocèle.

3° M. Bonnafont adresse une copie de l'observation envoyée à l'Académie des sciences relative au traitement de l'hydrocèle par les injections de gaz ammoniac.

Maladies des orifices du cœur.

4° A l'occasion de la lecture faite dans la dernière séance par M. Monneret, M. Forget, de Strasbourg, envoie quelques réflexions à l'appui des assertions avancées par l'observateur de Paris et contraires à la doctrine classique de Corrigan. M. Forget dit que depuis trois ans il professe à sa clinique les propositions suivantes :

1° L'insuffisance valvulaire ne donne lieu par elle-même à aucun bruit anormal du cœur;

2° Les bruits qui se rencontrent dans les cas d'insuffisance valvulaire tiennent aux altérations de tissu des valvules et non pas à leur écartement;

3° Les preuves cliniques de ces propositions se trouvent, suivant M. Forget, dans ce fait fréquemment constaté que, lorsqu'il y a une dilatation du cœur droit sans lésion matérielle des valvules, comme on l'observe à la suite de certaines affections pulmonaires, il n'existe point de bruit anormal dans le cœur, quoique le reflux du sang veineux, l'œdème, la cyanose et même l'inspection directe après la mort démontrent manifestement l'existence de l'insuffisance.

Utilité de l'hydrothérapie dans le traitement des maladies aiguës.

M. J. Guérin présente à l'Académie un rapport adressé au ministre de l'instruction publique de Prusse par M. Hallmann, et dans lequel l'auteur s'est proposé de démontrer l'utilité qu'il y aurait d'établir à Berlin et dans les grands centres de population en général un établissement hydrothérapique pour le traitement des maladies aiguës (Commissaires : MM. Bricheteau, Gibert et Poiseuille.)

— M. le Président appelle successivement à la tribune plusieurs membres inscrits pour des rapports ou pour des lectures, ainsi que plusieurs savants étrangers, qui tous sont absents ou n'ont pas apporté leurs manuscrits. La séance est suspendue pendant quelques minutes.

— M. le Président annonce qu'on nommera dans la prochaine séance une commission de onze membres chargée de proposer dans quelle section doit être déclarée la vacance qui existe dans ce moment à l'Académie.

— M. J. Cloquet, en attendant que les personnes inscrites se présentent, croit devoir demander si quelques membres de l'Académie connaîtraient des détails sur l'invasion du choléra dans les départements extra-méridionaux de la France, invasion annoncée par quelques journaux.

M. le Président déclare avoir reçu une lettre de Marseille qui confirme la nouvelle donnée par les journaux. Au moment où cette lettre a été écrite, l'épidémie paraissait régner avec une certaine intensité à Marseille et dans quelques-uns de ses environs.

— M. Jobert a la parole pour lire un rapport sur une observation de tumeur fibreuse présentée par M. Larrey, et dont l'analyse détaillée a été publiée dans ce journal aux comptes-rendus de la Société de chirurgie. M. Jobert pense que le fait recueilli par M. Larrey, par la précision des détails qu'il renferme, sera d'une grande importance pour éclairer l'histoire générale des tumeurs fibreuses. (Conclusions : Remercîments à l'auteur, renvoi de l'observation au comité de publication. — Adopté.)

— M. Rochoux lit la première partie d'un mémoire sur la circulation du sang. Nous rendrons compte de ce travail lorsque la lecture en sera terminée.

Revue thérapeutique.

Pommade contre la chute des cheveux.

Moelle de bœuf	30 grammes.
Axonge bien pure	30 —
Sulfate de quinine	1 —
Huile essentielle, soit de roses, soit d'amandes amères, soit de bergamote, à la volonté de la personne qui doit faire usage de la pommade	6 gouttes.

Recette d'un vinaigre qui opère instantanément la rubéfaction de la peau, par M. Léchelle.

Teintures de cantharides, d'euphorbe, de pyrèthre, de piment, de poivre et de cresson de Para, de chaque	20 grammes.
Alcoolat de térébenthine composé	100 —
Huiles essentielles de thym, de lavande, de cannelle et de girofle, de chaque	10 —
Alcool à 40° pour opérer la solution des essences	150 —
Vinaigre de bois très fort	250 —

Mêlez.

Vin fébrifuge avec les feuilles d'olivier, formule de M. Bouis.

Feuilles fraîches d'olivier	60 grammes.
Vin blanc	1 litre.

Incisez les feuilles d'olivier et faites-les macérer huit jours dans le vin. Passez avec expression et filtrez. — Demi-verre à jeun le matin et autant le soir avant ou après l'accès ; en continuer l'usage pendant quinze jours. — L'auteur dit avoir obtenu plusieurs cas de guérison de fièvre intermittente avec ce vin. On sait d'ailleurs depuis longtemps que l'écorce d'olivier a été donnée comme fébrifuge.

Pommade contre la teigne, formule de M. Bouis.

Cendres de sarments de vigne	250 grammes.
Noix nouvellement nouées	n° 20
Huile d'olives	Q. S.

Tamisez les cendres aussi finement que possible et pilez bien les noix ; mettez le tout avec l'huile dans un pot de terre vernie, que vous placerez sur un feu très doux. Faites cuire jusqu'à ce que vous ayez obtenu un produit de consistance de pommade un peu liquide.

Pour employer cette pommade, on coupera les cheveux aussi ras que possible ; on lavera la tête avec de l'eau savonneuse. Après l'avoir essuyée, on prendra avec un petit pinceau fait avec de la charpie de la pommade ci-dessus, que l'on étendra sur toutes les parties de la tête affectées de croûtes, que l'on recouvrira de linges maintenus par une calotte de toile. On réitérera le pansement le soir.

Annihilation de l'odeur du musc par le seigle ergoté.

La lettre suivante a été écrite à M. Chevallier par M. Bertot, pharmacien à Bayeux (Calvados) :

Monsieur,

Permettez-moi de vous signaler un fait dont je viens d'être témoin dans ma pratique ; peut-être a-t-il déjà été reconnu par d'autres que moi.

J'avais à préparer un certain nombre de pilules contenant à la fois du musc et du seigle ergoté ; à peine le mélange a-t-il été opéré que toute odeur a disparu complétement au point que le malade, ignorant sa présence, n'en a été averti que par les rapports et les selles qui sont survenus.

Poudre officinale pour looch; par M. Gaffard, pharmacien à Aurillac.

Amandes douces mondées	160 grammes.
— amères d°	20 —

Faites sécher rapidement à une température qui ne dépasse pas 40° pour éviter la coagulation de l'albumine ; laissez refroidir ; triturez ce produit sec avec :

Sucre blanc	640 grammes.

Passez au tamis de soie à sucre et ajoutez :

Gomme adraganthe pulvérisée.	14 grammes.

Mêlez, passez à un tamis plus gros que le premier et conservez dans un flacon bien bouché.

Pour obtenir un looch de 160 grammes, on prend :

Poudre officinale	40 grammes.
Huile d'amandes	30 gouttes.
Eau de fleur d'oranger	10 grammes.
Eau commune	110 grammes.

On met la poudre officinale dans un mortier ; on ajoute l'huile ; on mêle au moyen du pilon ; on ajoute q. s. d'eau pour faire pâte ; on bat bien ; on ajoute peu à peu l'eau commune, et enfin l'hydrolat de fleur d'oranger.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 21 AOUT 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 97.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 20 AOUT 1849.

Bulletin du choléra.

Les chiffres suivants prouvent que l'épidémie n'a pas éprouvé d'oscillation sensible depuis notre dernier bulletin. Cette absence d'accroissement est d'un favorable augure. Comme nous nous rapprochons chaque jour davantage de l'époque où l'épidémie quittera probablement d'une manière définitive Paris et le nord de la France, c'est-à-dire de la fin du mois de septembre, on doit espérer que, si la recrudescence n'a pas lieu dans les derniers jours d'août, nous en serons complètement à l'abri.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

Hôpitaux civils :

Journée du 17 août........	34 entrées,	26 décès.
— 18	55	19
— 19	37	20
Hôpitaux militaires pendant les trois jours................	11	3
Total................	137	68
Total des décès dans les hôpitaux........		7241
Total des décès à domicile jusqu'au 30 juillet inclusivement........		9500
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie............		16741

Le choléra dans les départements.

ARDENNES. — L'épidémie, qui avait jusqu'ici respecté ce département, vient d'y faire son invasion; elle y a offert ce fait remarquable, qu'elle a envahi avec moins d'intensité qu'à Tours, mais néanmoins avec une certaine énergie, le pénitencier cellulaire de Rethel. L'administration a eu l'humanité de faire mettre en liberté tous les détenus qui n'avaient plus que quelques mois de réclusion à subir.

CÔTE-D'OR. — Dans ce département, l'un des plus maltraités du centre, la maladie disparaît partout: Montbard, Meursault, Tonnerre, Ancy-le-Franc, Châtillon, etc., ne comptent qu'un cholérique de temps en temps.

GARD. — Le *Courrier du Gard*, tout en avouant l'invasion de l'épidémie dans ce département, affirme, d'après les documents officiels, que le mal est beaucoup moins grave qu'on ne se l'était imaginé, et que le nombre des décès cholériques, à Nîmes, du 10 au 15 août, n'a été que de 4 à 5 décès par jour; mais il annonce en même temps qu'à la date du 17 août, elle avait envahi plusieurs communes du département, dans lesquelles elle n'avait pas encore fait son apparition.

LOIR-ET-CHER. — Une recrudescence marquée s'est fait sentir depuis quelques jours dans les faubourgs de Vienne et du Foix, à Blois. Du 15 au 19, on a consaté 34 nouveaux cas, dont 13 décès.

MOSELLE. — Un journal du département publie un relevé des cas de choléra et des décès qui ont eu lieu dans neuf communes, dont la population se monte à 4,721, le nombre des cas a été de 217, et celui des décès de 141.

Le même journal donne les renseignements suivants sur l'épidémie de 1832, sur les trois départements de la Moselle, de la Meurthe et de la Meuse.

« Lors de l'épidémie de 1832, le choléra a fait invasion dans le département de la Moselle le 27 avril, et de cette époque, jusqu'au 1er janvier 1833, il y a eu 5,572 cas et 2,002 décès. Les militaires ne sont pas compris dans cette évaluation.

» Dans la Meurthe, le nombre des malades a été de 3,550, celui des morts de 1,349, sans les militaires.

» Dans la Meuse, 11,316 malades, 4,192 décès, sans les militaires. »

— NIÈVRE. — 24 cas nouveaux seulement et 12 décès ont eu lieu dans ce département dans les quatre jours qui ont précédé le 12 août. Le nombre total des cas et des décès s'élève aux chiffres suivants :

	CAS.	DÉCÈS.
Château-Chinon (ville).........	136	37
Clamecy..........................	727	512
Cosne (La Charité).............	358	130
Nevers (ville)....................	462	216
Totaux....	1,683	895

NORD et PAS-DE-CALAIS. — Plusieurs communes de ces départements, après avoir éprouvé une recrudescence qui a été assez intense, voient de nouveau l'épidémie disparaître. Cependant, quelques nouvelles localités qui avaient échappé à la première invasion son tatteintes par la recrudescence. De ce nombre, sont celles de Loison, Saint-Laurent-Blangy, Etrun, et quelques autres des environs d'Arras.

Etranger.

ITALIE. — Il est bien avéré que l'épidémie a maintenant traversé les Alpes. Les diverses correspondances s'accordent à la signaler à Turin, à Vicence, à Vérone, à Padoue, et, dit-on aussi, à Bergame. Cela n'a pas empêché, à ce qu'il paraît, quelques gouvernements de l'Italie de prendre des mesures quarantenaires contre les provenances de France. Nous reviendrons sur les motifs et l'opportunité de ces mesures.

BELGIQUE. — Voici le bulletin du choléra dans les deux hôpitaux civils et dans l'hôpital militaire de Bruxelles pendant les derniers huit jours, publié par la *Presse médicale*.

AOUT.	ENTRÉES.	DÉCÈS.
9	7	5
10	8	6
11	4	3
12	5	5
13	11	4
14	16	9
15	9	6
16	11	6
	71	44

WURTEMBERG. — On écrit des frontières de ce pays à la date du 8 août :

« Le choléra a éclaté sur plusieurs points du royaume, et à Heilbronn en particulier plusieurs personnes en ont été atteintes et y ont succombé. »

RUSSIE. — *Bulletin officiel du choléra à St-Pétersbourg.*

Journée du		nouveaux malades	décès
15 juillet,		72	40
— 16	—	50	31
— 17	—	51	34
— 18	—	64	45
— 19	—	68	33
— 20	—	57	34
— 21	—	93	29
— 22	—	82	36
— 23	—	41	31
— 24	—	80	36
		638 malades.	349 décès.

La capitale et son gouvernement sont maintenant les seules localités de l'empire où le choléra se maintienne encore.

De l'influence des climats sur la mortalité des diverses races humaines.

Après avoir admis (V. notre n° du 14 août) avec notre savant confrère M. Boudin que les documents recueillis par l'administration démontrent l'influence pernicieuse des climats intertropicaux sur les populations européennes ; après avoir reconnu encore que cette influence, contrairement à l'opinion généralement reçue, est d'autant plus nuisible que le séjour des Européens se prolonge davantage dans les pays chauds, nous n'avons pu accorder que les mêmes documents pussent servir à établir la fréquence relative de chaque maladie sur les diverses races humaines. Nous ne croyons pas qu'il soit difficile de faire accepter par tout le monde les motifs de nos restrictions à cet égard.

Voici, choisi entre plusieurs autres, un des tableaux qui servent de base à ses déductions. Ce tableau a été dressé par M. Baily, de New-York, et représente la mortalité moyenne qu'on observe dans cette cité sur 1,000 habitants, par suite de diverses maladies.

New-York. — Mortalité sur 1,000 *individus.*

	BLANCS.	NÈGRES.
Fièvres (non spécifiées)............	1,338	2,294
Maladies épidémiques............	0,622	1,453
Phthisie............	4,107	8,871
Autres maladies tuberculeuses (*sic*)............	0,128	0,458
Maladies de l'appareil cérébro-spinal...	1,823	2,123
Maladies du cœur............	0,437	0,994
Maladies de l'appareil respiratoire.....	1,324	3,666
Maladies hépatiques............	0,317	0,458
Maladies gastro-intestinales............	1,033	0,994
Autres maladies abdominales............	0,335	0,305
Maladies de l'appareil urinaire............	0,083	»
Maladies des organes génitaux............	0,401	0,382
Maladies non classées............	0,781	1,300
Maladies inconnues............	0,185	1,529
Mort violente............	0,834	1,606
Moyenne............	14,317	26,776

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Des Devoirs du Médecin (1).

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Je ne doute pas que vous ne considériez, ainsi que moi, comme une bonne fortune l'apparition de chaque production nouvelle qui sort de la plume du professeur Forget. Je ne doute point, par conséquent, que vous ne vous soyez déjà donné le plaisir de lire les *Devoirs du Médecin*, dont cet élégant écrivain vient de doter la littérature médicale. Si donc vous n'en avez point entretenu le public médical, c'est que vous aurez pensé probablement que, par son genre anecdotique et papillotant, la nouvelle production du spirituel professeur, comme beaucoup d'autres plus anciennes, incombait plus naturellement au feuilleton qu'au premier-Paris. Charmant conteur, en effet, que M. Forget; d'autant plus charmant qu'il conte assez souvent sans trop savoir pourquoi, qu'il conte comme le rossignol chante, comme La Fontaine faisait des fables, comme Pétrarque soupirait l'amour. Il est dans sa nature de conter et de citer; il conte et il cite. Quelquefois, il semble bien se poser un thème nettement circonscrit, poursuivre un but très déterminé ; mais avant d'arriver au dixième pas de sa course, il quitte soudain la voie qu'il s'était tracée d'avance ; et, entraîné par un penchant irrésistible, il va, il vient, fuit, disparaît et puis revient encore, effleurant toutes les matières dans sa course vagabonde et capricieuse, frôlant toutes les questions, butinant sur toutes les fleurs, écrémant tous les plaisirs, mais ne cherchant à épuiser aucune coupe, comme s'il craignait qu'avant d'être arrivée au fond sa raison ne fût submergée.

Si, par exemple, vous lui demandez à quel propos il a écrit les *Devoirs du Médecin*, M. Forget vous répondra à sa page 4 :

« Il y a quelque temps, la Société de médecine de Strasbourg décida qu'il serait rédigé une *instruction*, un manuel, une espèce de code que les médecins pourraient consulter à l'occasion des cas litigieux qui fréquemment viennent s'offrir dans leurs rapports avec le public ou avec leurs confrères. C'est dans le but de répondre, pour ma part, au vœu de la Société, que j'ai rédigé ces quelques considérations sur les principaux devoirs du médecin. »

Voilà donc un cadre bien circonscrit, un but parfaitement dessiné ; il s'agit de rédiger un code pour les cas litigieux qui peuvent s'offrir dans les rapports du médecin avec le public ou avec ses confrères. Voici le chemin que prend le spirituel pérégrineur pour atteindre ce but. Ce chemin est divisé en trois étapes.

PREMIÈRE ÉTAPE. — *Devoirs du médecin envers lui-même.*

Premier devoir. — Il est bon que le médecin, pour atteindre la fortune, ait une physionomie agréable et bienveillante ; cependant, on peut tirer un merveilleux parti des attributs contraires, c'est-à-dire de quelques singulières difformités physiques ou morales : par exemple, il est avantageux, afin de fixer l'attention sur soi, de tuer un malade de distinction plutôt que de le guérir, attendu que tout le monde voudra savoir qui l'a tué, tandis que personne ne se soucierait de savoir qui l'a guéri.

Deuxième devoir. — Selon Hippocrate, un bon médecin ne doit pas se bien porter ; mais, suivant Ramazzini, il ne saurait être trop vigoureux, parce que le public s'imagine que les maladies se traitent plutôt à coups de poing qu'à coups d'ordonnance. Socrate, Platon et Montaigne veulent que le médecin ait éprouvé toutes les maladies qu'il est appelé à traiter; mais le mieux dans tout cela se trouve entre les extrêmes, c'est-à-dire qu'il faut n'être ni trop malade ni trop bien portant ; qu'il faut avoir eu un certain nombre de maladies, mais non pas toutes, d'autant plus que pour les avoir eues toutes il faudrait être pour le moins hermaphrodite.

Troisième devoir. — La plupart prétendent que le médecin doit avoir le maintien grave, la physionomie sérieuse ; d'autres soutiennent qu'il doit être toujours riant et s'efforcer d'égayer ses malades. La vérité est qu'il suffit d'être naturel et de suivre l'impulsion de son humeur.

Quatrième devoir. — La mise du médecin doit être simple et sévère ; il doit user des parfums, mais non de manière à faire croire qu'il en a besoin. Aussi ne saurait-on approuver Dietrich lorsqu'il dit : « *Optime olet medicus cùm nihil olet*, » et Martial quand il écrit : « *Non benè qui benè semper olet*, » et ce poète lorsqu'il chante : « *Malo quàm benè olere nil olere.* »

Cinquième devoir. — On ne saurait blâmer le déploiement d'une certaine aisance de la part du médecin, d'autant plus qu'elle inspire de la confiance au public ; mais, quand on manque même du nécessaire, on peut se consoler en répétant avec Ramazzini : « *Satis fortunatus est qui prudens est.* »

Sixième devoir, qui en comprend une foule d'autres. — Comme J.-J. Rousseau a dit que les médecins sont les hommes les plus

(1) Par M. le professeur Forget, de Strasbourg. — Paris, chez J.-B. Baillière ; Strasbourg, chez Derivaux.

Report de la moyenne	14,317	26,776
Maladies non spécifiées	0,097	0,458
Moyenne générale	14,405	27,225

De ce tableau l'auteur tire les conclusions suivantes : 1° La mortalité de la population nègre est deux fois plus considérable que celle de la population blanche ; 2° la mortalité par phthisie et par maladie du cœur est deux fois plus considérable dans la population nègre que dans la population blanche ; 3° les maladies de l'appareil respiratoire, autres que la phthisie pulmonaire, font plus de victimes parmi les hommes nègres que parmi les femmes.

Si les maladies spécifiées ou plutôt vaguement indiquées dans ce tableau appartenaient bien légitimement à la catégorie dans laquelle elles sont rangées, les conclusions qu'on en pourrait tirer seraient déjà bien bornées. En effet, outre que le 7ᵉ des décès soit rapporté à des fièvres ou des maladies non spécifiées, non classées, ce qui est la même chose, outre que 1/27ᵉ est rapporté à des *maladies épidémiques* sans autre désignation, quelle idée peut-on se faire d'un groupe de maladies désignées sous le nom de maladies de *l'appareil cérébro-spinal, maladies gastro-intestinales, autres maladies abdominales*? S'agit-il de méningite simple ou tuberculeuse, cérébrale, rachidienne ou cérébro-spinale ? S'agit-il de congestion, d'apoplexie sanguine ou séreuse, de tétanos, d'épilepsie, de folie, etc. ? Et dans les maladies gastro-intestinales, a-t-on voulu parler de la dysenterie, de la fièvre typhoïde, des lésions organiques, ou seulement des inflammations franches du tube digestif ? On comprend que toutes ces questions et une foule d'autres que nous passons sous silence, ce que le lecteur ne manquera pas de se poser, devraient recevoir une réponse avant que l'on pût tirer aucune induction d'un pareil tableau. Tout le monde sentira, en effet, qu'il n'y a aucune analogie entre une fièvre intermittente et une fièvre typhoïde, entre une hernie et une dysenterie, et que dénommer ces diverses maladies sous le nom de *fièvres* ou sous le nom de *maladies gastro-intestinales*, c'est absolument ne rien dire au point de vue scientifique, c'est créer un document qui ne peut servir à rien ; encore supposons-nous qu'on n'ait rangé sous le nom de *maladies gastro-intestinales* que des affections qui, *à un titre quelconque*, peuvent réellement appartenir à une telle catégorie. Mais c'est là une hypothèse inadmissible. Il faut bien savoir, en effet, que tous ces travaux statistiques des médecins anglais et américains sont faits sur des relevés des registres de l'état civil ; or, il serait superflu, pensons-nous, d'insister longuement sur l'infidélité de pareils documents. Personne ne niera que, si l'on voulait établir une comparaison entre la fréquence des maladies du poumon et celles des intestins d'après les registres de l'état civil de Paris (où cependant l'on peut supposer, sans trop de présomption, que l'art du diagnostic est un peu plus avancé qu'à l'île Maurice, à Madras et même à New-York), on n'arrivât à des résultats complétement erronés ; c'est ce que nous avons déjà eu l'occasion de dire à propos de la confection des tables de mortalité. Que serait-ce donc si, dans les diverses affections intestinales, on voulait distinguer celles qui appartiennent à une inflammation franche, à une lésion organique, etc. ! !

Ce que nous venons de dire du tableau de New-York s'applique donc exactement à tous ceux qu'on a pu dresser d'après les tables de mortalité des autres pays, et tous les travaux pathologiques qu'on pourra entreprendre avec de tels documents sont frappés d'avance de stérilité.

Si nous repoussons toutes les conclusions que l'on pourrait tirer des documents que nous venons d'apprécier à leur juste valeur, nous repoussons bien plus loin encore celles qu'on voudrait fonder sur les assertions de quelques écrivains des temps anciens, médecins ou autres. Nous croyons que la première loi qu'on doit se faire en entreprenant une œuvre scientifique, c'est de bannir de cette œuvre toutes ces assertions formulées avec une légèreté trop manifeste pour mériter aucune considération. Telles sont les assertions suivantes auxquelles M. Boudin a eu le tort d'accorder quelque crédit, sans parler de celles qu'il emprunte non moins sérieusement à Tacite :

« En parlant de la peste de 1346, Tschudi, un ancien historien, dit textuellement : *Cette maladie n'atteignit les Juifs dans aucun pays.* Fracastor nous montre les Juifs échappant complétement à l'épidémie de typhus de 1505. Rau signale la même immunité dans l'épidémie de typhus observée à Langgons en 1824. Ramazzini insiste sur l'immunité des Juifs lors de l'épidémie des fièvres intermittentes observée à Rome en 1691. Degner nous montre les Juifs échappant, en 1736, à l'épidémie dysentérique de Nimègue. »

Nous ne croyons pas que des assertions qui seraient aussi extraordinaires, si elles étaient exactes, trouvent jamais un seul lecteur crédule lorsqu'elles seront ainsi articulées sans aucune preuve à l'appui.

M. Boudin est un esprit qui comprend merveilleusement les grandes questions hygiéniques, qui est capable de les aborder et de les traiter dans ce qu'elles ont de plus élevé, de plus difficile. La voie qu'il cherche à ouvrir peut être féconde en grands résultats ; mais il est une condition indispensable pour marcher dans cette voie sans trébucher et pour arriver sûrement au but, c'est de ne se servir que de guides sûrs et fidèles, et de ne point s'engager dans les hasards du voyage quand on ne trouve pas ces guides sous sa main. S'ils font défaut, on fera presque sûrement fausse route, et l'on s'exposera même à perdre complétement de vue la portion de voie que l'on s'était frayée. C'est un danger que nous nous plaisons d'autant plus à signaler à M. Boudin qu'il est encore grandement à même de l'éviter.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Quelques réflexions sur les différentes doctrines médicales.

Toute opinion médicale, quelle qu'elle soit, doit être fondée sur l'étude des malades ; tout raisonnement théorique qui ne repose pas sur l'observation clinique pèche par la base, c'est une pure hypothèse.

Les diverses doctrines qui ont tour à tour régné en médecine, et qui aujourd'hui encore partagent les suffrages des praticiens, peuvent être ramenées à trois principales ; nous allons successivement les examiner.

La première est la *médecine de la maladie ;* elle a prévalu d'une manière exclusive dans les premiers âges de la science ; il est facile de se rendre compte de son origine et de son développement : un fait qui caractérise l'enfance de l'humanité, c'est la prédominance de l'imagination sur les autres facultés de l'esprit, c'est une tendance irrésistible à supposer et à créer des êtres inconnus et abstraits en présence et à l'occasion de certains phénomènes. L'idée de la maladie, considérée comme une entité, n'a pas sa source ailleurs que dans cette tendance générale. On a vu des hommes chez lesquels les manifestations de la vie ne s'accomplissaient pas avec la régularité ordinaire ; on a rattaché l'ensemble des symptômes observés sur chacun d'eux à un être purement idéal qu'on a appelé la maladie. Puis on a comparé la maladie des uns à la maladie des autres ; cette comparaison a fait ressortir des analogies et des différences qui ont conduit à établir des classes de maladies.

A mesure que l'art d'observer a fait des progrès, on a dû nécessairement trouver de nouvelles maladies, créer de nouvelles classes, multiplier les divisions. On est ainsi arrivé à la nosologie de Sauvages, qu'on peut à juste titre considérer comme l'expression la plus exagérée de cet état de la science. Cullen amoindrit l'héritage laissé par Sauvages ; Broussais parut enfin, et avec lui commencèrent les premières attaques contre la doctrine des unités morbides. Broussais tomba dans les erreurs de l'ontologie, qu'il avait combattue, en ramenant à l'irritation toutes les maladies ; quoi qu'il en soit, il ébranla la doctrine des fièvres, et il a fallu l'autorité d'un nom connu dans la science pour les faire revivre de nos jours sous la dénomination collective de fièvre typhoïde.

Il ne sera pas besoin d'une longue démonstration pour prouver qu'il est impossible de circonscrire dans des limites nettement arrêtées ce quelque chose qu'on a appelé maladie. Prenons pour exemple l'hémorrhagie : l'hémorrhagie en soi est-elle quelque chose, sinon un ensemble de phénomènes, de symptômes qui peut être la conséquence d'une foule de lésions différentes ? Ici, il sera le résultat de la présence de tubercules dans le poumon ; ailleurs, il se manifestera à la suite d'une plaie, de la rupture d'un anévrisme, etc. Dans toutes ces circonstances, on aura affaire à une maladie différente ; dans toutes ces circonstances, ce ne sera pas la maladie, *hémorrhagie*, mais les lésions variées auxquelles elle se rattache qu'un praticien judicieux s'attachera à combattre.

La seconde doctrine médicale constitue ce qu'on a appelé la *médecine des symptômes*. Un symptôme, comme on le sait, est un phénomène, un effet qui manifeste aux yeux une cause matérielle, une lésion. Or ce qui est vrai de la collection de symptômes est vrai du symptôme considéré isolément ; il n'est pas plus rationnel de s'attaquer à l'un que de s'attaquer à l'autre. Le symptôme peut être l'expression d'une infinité d'états organopathiques ; il en résulte que c'est à ces états organopathiques divers et non au phénomène unique, leur indice commun, que doivent s'adresser les moyens thérapeutiques. Un homme boite, devra-t-on combattre le symptôme claudication ? Un homme est paralysé des deux jambes, devra-t on s'en prendre au symptôme paralysie ? Un praticien oserait-il raisonnablement se flatter d'avoir guéri un boiteux ou un hémiplégique pour avoir donné au premier une béquille, au second un moyen de transport ?

Il est vrai que dans certaines circonstances on peut avec plus ou moins d'avantage opposer un phénomène à un phénomène, un effet à un effet, et c'est ainsi qu'on remédie par un verre concave à la trop grande convexité de la cornée ; mais ces circonstances sont de beaucoup les plus rares ; elles seraient plus nombreuses que la méthode n'en deviendrait pas plus rationnelle.

On ne devra donc invoquer cette méthode que comme un palliatif, et dans les cas seulement où il sera impossible de combattre directement la lésion qui constitue la maladie.

Il faut bien se garder de conclure de là que l'étude de la symptomatologie est une étude secondaire ; les symptômes en effet, soit qu'on les prenne isolément ou d'une manière collective, soit qu'on les examine dans leurs rapports ou dans leur enchaînement, forment, la plupart du temps, le principal élément du diagnostic dans les lésions anatomiques. A ce point de vue, ils méritent une attention spéciale.

La troisième doctrine médicale est la *médecine des lésions ;* celle-là est à nos yeux la seule rationnelle, la seule qui puisse conduire à une thérapeutique raisonnable. La maladie, pour nous, c'est la lésion. C'est la lésion qu'il faut en conséquence rechercher et combattre. Mais il est rare que cette lésion soit unique ; presque toujours la maladie est un ensemble d'états organopathiques qui se montrent dans un certain ordre et s'influencent réciproquement, et c'est ainsi que, dans la fièvre typhoïde, par exemple, nous voyons se présenter à nous la *septicémie*, l'*iléospilosie*, les dermopathies de la région sacrée et une foule d'autres lésions plus ou moins constantes, plus ou moins différentes, lésions qui peuvent, à l'égard les unes des autres, jouer le rôle de cause et d'effet.

La médecine de la maladie a engendré la nosologie et tous ces innombrables systèmes qui, se détruisant les uns les autres, se sont succédé depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours sans utilité pour la science et pour l'humanité.

La médecine des symptômes nous a, en dernier lieu, conduits à cette science qui oppose à chaque phénomène morbide un globule, à l'homœopathie.

La médecine organique seule peut nous faire arriver à la connaissance des lésions et des véritables moyens de les combattre, par l'étude analytique des monopathies.

A.-H. MARGERIE.

---

véritablement savants et que M. Salvandy a fait observer que la profession médicale est la seule qui comporte la garantie de trois diplômes, il faut évidemment que le médecin puise dans l'étude approfondie de la philosophie l'humanité, la douceur, la patience, la fermeté, la continence et même la tempérance, qui sont les attributs du vrai savant. De là suit la nécessité d'aller de temps en temps faire quelques conversations avec les sommités de la littérature, de la morale et des arts ; de se livrer à quelques voyages lointains, qui sont également bons pour le médecin adolescent, adulte ou vieillard, comme le prouve la proposition faite en Suisse d'instituer des *médecins voyageurs*, et ce vers d'Ovide :

« *Si minùs errasset, minùs notus esset Ulysses.* »

Quant à la littérature médicale, il est évident qu'elle est un devoir indispensable pour le praticien, puisque Rhazès a dit : « J'aimerais mieux qu'un médecin n'eût jamais vu de malade que d'ignorer comment Hippocrate traitait la fistule à l'anus. » Cette citation prouve aussi que le médecin doit être probe, digne, courageux, religieux, réservé en politique, cosmopolite, et qu'il doit renoncer à l'exercice de son art lorsqu'il ne croit pas en son efficacité, à l'exemple de l'intègre Vernage, qui, après avoir pratiqué pendant *trente ans* sans trop savoir ce qu'il faisait, eut la délicatesse de se retirer en avouant qu'il *était las de deviner*.

Il est bien à craindre que notre siècle ne possède pas une semblable vertu !

Tels sont, mon cher confrère, résumés dans le moins de mots qu'il m'a été possible, les devoirs que l'homme qui aspire au titre de médecin doit d'abord remplir envers lui-même, suivant notre honorable confrère de Strasbourg. Vous avez pu voir, par le nombre et la nature des raisons à l'aide desquelles il démontre l'indispensable nécessité d'observer tous ces devoirs, avec quelle facilité, avec quel agrément le spirituel écrivain a manié en cette occurrence l'érudition, le style et la logique. L'auteur n'a pas été moins remarquable dans les deux dernières étapes du chemin qu'il s'était proposé de parcourir ; mais je crois que je vous ai donné une idée suffisante du genre et du mérite de son œuvre, pour qu'il me soit permis de m'arrêter ici. J'ajouterai cependant un mot avant d'abandonner le sujet, et ce mot sera aussi sérieux que possible, car le feuilleton se sent pris d'une velléité de gravité lorsqu'il voit des productions ayant une origine, un titre et un but sérieux marcher ainsi sur ses brisées. Oui, pour parler sérieusement, M. Forget s'est proposé un but utile en écrivant cette dissertation légère quoique sententieuse, intitulée : *Des Devoirs du Médecin ;* mais M. Forget s'est complétement trompé sur le caractère et les besoins de son époque. Personne aujourd'hui n'a assez d'autorité pour compter sur l'efficacité de ses exhortations ; c'est avec des changements dans les choses et non avec des mots que l'on peut améliorer les conditions physiques et morales des divers fragments de la société. Alors que les écoles prenaient les armes pour maintenir intacts l'honneur et la véritable signification d'un précepte d'Aristote, nous concevons qu'un maître plein d'autorité pût dire à ses élèves et même à tous ceux à qui sa voix se faisait entendre : Conduisez-vous de telle façon, évitez de faire tel ou tel acte, fuyez telle société. Aujourd'hui de telles exhortations seraient sans but. Il est puéril, dans le temps où nous sommes, de répéter après cent autres que le médecin ne doit rien négliger pour bien établir un diagnostic, qu'il doit soigner le pronostic, qu'il doit s'efforcer d'adopter une bonne thérapeutique, qu'il doit visiter ses malades avec exactitude, qu'il doit persuader aux femmes qu'il n'a pas de sexe, qu'il ne doit pas subtiliser les malades de ses confrères, etc. Toutes ces banalités sont maintenant trop vieilles de deux siècles ; ce qu'il faut, dans notre temps, c'est de chercher à arriver par des institutions au but qu'on se contentait jadis de signaler par des paroles, c'est à rechercher les institutions les plus propres à atteindre ce but que les esprits sérieux doivent travailler, et non à composer des discours magistraux qui ne peuvent qu'absorber en pure perte des loisirs précieux.

Si je me suis exprimé, mon cher confrère, avec une telle franchise sur les *Devoirs du Médecin*, c'est que je n'ignore pas que M. Forget est homme à entendre la vérité et même à en profiter, et que d'ailleurs le feuilleton a trop peu de conséquence pour qu'il ait à se gêner dans ses allures.

X...

NOUVELLES.

M. Hélis, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, et M. Couronné, médecin des établissements de bienfaisance, viennent d'être nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur.

— Un nouvel hôpital militaire vient d'être établi à Florence, dans l'ancien séminaire de Cestello, près de la porte San-Fiediano. Cet hôpital est, dit-on, digne de fixer l'attention des médecins autant par le nombre des malades qu'il renferme (500) que par la célérité avec laquelle il a été édifié, les mesures hygiéniques qui y ont été adoptées, et la méthode exemplaire avec laquelle il est dirigé. C'est au docteur Zanobi Torrecchi, à sa fermeté et à son zèle scientifique, que l'on doit la réalisation de cette œuvre.

HOPITAL COCHIN. — M. Maisonneuve.

Imperforation du vagin avec rétention des règles dans l'utérus chez une jeune fille de dix-huit ans. Opération. Guérison.

Quand le vagin est terminé en cul-de-sac au lieu de se continuer avec l'utérus, et quand en même temps les organes génitaux internes ont leur conformation régulière, des accidents graves se manifestent à l'époque de la puberté. Le liquide menstruel, en effet, sécrété dans la matrice, ne trouvant pas d'issue au dehors, s'accumule dans cet organe et le distend, en donnant lieu à des douleurs qui s'exaspèrent à chaque époque et deviennent bientôt intolérables. L'utérus, qui d'abord se prête assez bien à la distension, finit par s'enflammer, s'ulcérer, et le liquide épais qu'il contient s'épanche dans le péritoine, où il détermine des accidents inévitablement mortels.

Un seul moyen, dit Boyer, existe de prévenir cette terminaison funeste, c'est de frayer une voie jusqu'à la cavité de la matrice pour permettre le libre écoulement du liquide qu'elle contient.

Mais cette opération présente les plus graves dangers, et c'est à peine si la science possède cinq ou six exemples de guérison.

Dans le nouvel exemple que nous devons à la pratique hardie de l'habile chirurgien de l'hôpital Cochin, il y a ceci de remarquable que non-seulement le cours des menstrues a été rétabli, mais encore que le vagin a été ramené aux dimensions nécessaires pour l'exécution complète de ses fonctions.

Voici le fait :

Wuel (Caroline), d'une excellente constitution, avait toujours joui de la meilleure santé jusqu'à l'âge de treize ans. Vers cette époque, elle eut des crachements de sang qui se renouvelèrent presque tous les mois pendant deux ans. Sa santé générale cependant et son embonpoint n'en étaient nullement altérés.

Vers l'âge de quinze ans, les crachements de sang cessèrent; mais apparurent alors des douleurs dans les reins et le bas-ventre. Ces douleurs ne se manifestèrent d'abord que deux ou trois jours par mois; puis, en même temps qu'elles devenaient plus vives, elles se prolongèrent au point de devenir continues. A cette époque aussi apparut dans le bas-ventre une tumeur qui prit chaque mois un accroissement rapide, et donnait à cette jeune fille les apparences de la grossesse.

Elle entra dans une maison de santé; là, on lui fit, avec un trocart, une ponction d'où sortit une quantité considérable de sang. Cette opération fut suivie d'une grande diminution de la tumeur, et les douleurs disparurent instantanément. Mais quelques jours après, il se manifesta une métrite violente qui faillit avoir une terminaison funeste. Trois mois après, les accidents de métrite avaient disparu; mais les douleurs mensuelles et la tumeur abdominale se manifestèrent de nouveau comme avant la ponction.

C'est à cette époque que M. Maisonneuve la vit pour la première fois; la malade avait alors dix-huit ans; elle était grande, forte, colorée; jamais elle n'avait eu ses règles. Le ventre, développé comme dans une grossesse de sept mois, contenait une tumeur élastique de forme globuleuse, régulière, occupant le centre de l'hypogastre, et remontant au-dessus de l'ombilic.

Le toucher fit reconnaître que le vagin, régulièrement conformé dans ses deux tiers inférieurs, se terminait brusquement en cul-de-sac, et ne permettait pas de sentir le col utérin. En explorant par le rectum, en même temps qu'une sonde était introduite dans la vessie, M. Maisonneuve reconnut qu'un tissu fibreux résistant, épais d'environ quatre lignes, long de six, séparait le cul-de-sac du vagin du globe de l'utérus distendu.

Il s'agissait donc, non pas seulement d'une occlusion du vagin, mais d'une imperforation par atrophie fibreuse de tout le tiers supérieur de cet organe. C'est une des variétés les plus graves de l'occlusion du vagin.

Voici le procédé ingénieux qu'employa M. Maisonneuve. La malade est couchée en travers d'un lit élevé, les lombes et les cuisses sont maintenues fléchies et écartées. L'opérateur introduit deux doigts de la main gauche, l'un dans le rectum (le médius), l'autre dans le vagin (l'indicateur). Sur l'ongle de l'index gauche introduit jusqu'au cul-de-sac du vagin, il conduit de la main droite une sonde cannelée et pointue qu'il enfonce doucement vers l'utérus, en longeant la paroi antérieure du rectum. Le doigt médius, introduit dans cet intestin, lui sert à guider son instrument, en appréciant l'épaisseur des parties qui le séparent de la cavité rectale et la position exacte de l'utérus. Ainsi conduite, la sonde arrive bientôt dans la cavité utérine, ce que l'opérateur reconnaît, d'une part, à la facilité qu'il éprouve à faire mouvoir sa pointe, d'autre part, à l'écoulement d'une petite quantité de sang épais, analogue pour l'aspect à du méconium.

2e *temps*. Faisant aussitôt maintenir la sonde par un aide, M. Maisonneuve conduit sur sa cannelure un long bistouri boutonné, à l'aide duquel il agrandit l'ouverture d'un centimètre environ de l'un et de l'autre côté, en ayant bien soin, toujours avec le médius gauche, placé dans le rectum, de reconnaître l'épaisseur de la cloison recto-vaginale.

Immédiatement un flot de sang épais, poisseux, noirâtre, s'écoula par cette ouverture; la tumeur abdominale disparut en s'affaissant, et la malade se sentit tout à coup soulagée.

Le doigt index put facilement pénétrer alors jusque dans la cavité utérine, et constater que ni la vessie ni le rectum n'avaient été intéressés.

Une sonde fut introduite dans cette ouverture pour empêcher le recollement des surfaces.

Pendant trois jours tout se passa fort bien; mais à dater de ce moment apparurent des accidents inflammatoires graves du côté de l'utérus, et pendant trois semaines on put craindre pour sa vie.

Un traitement antiphlogistique habilement dirigé parvint cependant à maîtriser les accidents, et deux mois après l'opération les règles coulèrent naturellement. Depuis cette époque la malade n'éprouva plus aucun accident du côté de la menstruation.

M. Maisonneuve se proposait de dilater graduellement le canal artificiel qu'il avait pratiqué; mais, ennuyée d'un si long séjour à l'hôpital, la malade sortit avant que ce résultat fût obtenu.

Deux ans se passèrent sans que la malade s'occupât aucunement de sa position. Mais un jour, le 22 mai 1848, elle vint retrouver à l'hôpital Cochin M. Maisonneuve pour qu'il achevât de la guérir en donnant au vagin les dimensions convenables pour l'accomplissement de toutes ses fonctions.

A cette époque l'orifice qui conduisait dans l'utérus était rétréci à tel point, que M. Maisonneuve eut quelque peine à y introduire une bougie urétrale. Chaque jour on augmenta le volume de ces bougies, de manière à arriver bientôt à des bougies rectales, puis à des cylindres de dimension considérable. C'est alors que la malade sortit définitivement, et put être considérée comme entièrement guérie.

Il sera curieux de savoir, si cette jeune fille devient mère, quelles seront les circonstances de son accouchement.

DISPENSAIRE SAINTE-GENEVIÈVE.—M. Tanchou.

Observations de métrite chronique. — Guérison par la cautérisation de l'orifice du col utérin.

Les maladies de l'utérus, en général, occasionnent le plus ordinairement dans toute l'économie des désordres et des perturbations, sinon très graves, du moins trop souvent longs et difficiles à guérir. La métrite chronique, en particulier, quelle que soit la cause qui lui a donné lieu, affecte si douloureusement tout l'organisme, elle a un retentissement si grand sur toutes les fonctions, qu'il est utile de faire connaître les moyens les plus efficaces que la thérapeutique possède contre elle.

Les deux observations suivantes que nous avons recueillies au dispensaire Sainte-Geneviève, témoignent de la gravité de cette maladie et de la valeur d'un moyen que M. Tanchou emploie avec succès dans son traitement, lorsque les moyens ordinaires sont insuffisants.

Obs. I. — Mme G., âgée de quarante-cinq ans, demeurant rue de Jouy, 18, se présente à la consultation le 15 janvier. Elle est malade depuis trois ans, et l'état de pâleur et de faiblesse dans lequel elle se trouve montre au médecin la gravité d'uue maladie qu'il ne connaît point encore. Cette dame raconte qu'il y a trois ans, à la suite d'un refroidissement prolongé, ses règles cessèrent de paraître, et que depuis cette époque elle n'a pu recouvrer une bonne santé. Les phases de sa maladie, d'après son récit, sont les suivantes : Après la cessation des règles, le ventre, et surtout l'hypogastre, devinrent douloureux; des tiraillements fréquents d'abord, puis continus, survinrent dans les reins et dans les aines, et un sentiment de pesanteur se manifesta vers les parties génitales. En même temps s'altéraient les fonctions de nutrition, et la malade arrivait peu à peu et malgré de nombreux traitements à un état de langueur et de faiblesse considérables.

Un premier examen laissa quelque doute sur la cause des phénomènes que l'on observait, et voici pourquoi. Indépendamment de son état de maigreur et de faiblesse, indépendamment de ses douleurs dans le ventre, de ses tiraillements dans les reins et dans les cuisses, et d'un écoulement abondant de matière glaireuse par l'utérus, cette femme se plaignait de palpitations très violentes, de suffocation et de douleurs sur différents points de la poitrioe. Plusieurs médecins qui l'avaient soignée lui avaient assuré qu'elle avait une maladie du cœur, et il était difficile de fixer son attention sur un autre point.

Avait-on affaire à une maladie du cœur, dont l'existence donnait lieu à tous les autres phénomènes? La maladie de l'utérus était-elle la maladie primitive? Enfin existait-il simultanément une maladie du cœur et une maladie de l'utérus? Telles furent les questions que se posa M. Tanchou. La malade avait des palpitations violentes et des douleurs dans la poitrine. Mais pour ceux qui ont étudié avec soin les maladies des femmes, il n'est pas rare d'observer ces phénomènes, qui ne sont que la conséquence de la maladie de l'utérus et de son influence sur l'organisation tout entière. D'ailleurs un examen approfondi ne faisait constater dans le cœur et dans la poitrine aucun signe de lésion. La solution de cette première question donnait la clef de tous les phénomènes, le traitement devait porter sur la maladie de l'utérus.

Outre les signes généraux de la maladie de l'utérus, l'examen par le spéculum permettait de constater une tuméfaction assez considérable du col et un écoulement abondant de matière glaireuse par l'orifice du col qui restait ouvert, et autour duquel existait une rougeur très vive. Après avoir vainement essayé divers moyens, M. Tanchou eut recours à celui qui lui réussit fréquemment. Il éteignit dans l'orifice du col un cautère olivaire rougi à blanc. Le lendemain même de cette application les douleurs dans le ventre et les tiraillements diminuèrent. Au bout de quelques jours l'escharre produite par le caustique tomba, et un mieux sensible surviot dans la position de la malade. Cependant la maladie était si ancienne, le dérangement des fonctions avait été si grand, qu'une partie des phénomènes persistaient; d'un autre côté l'orifice du col restait béant, quoique la rougeur environnante et la tuméfaction eussent presque entièrement disparu. Une nouvelle cautérisation fut décidée et pratiquée au bout d'un mois; les symptômes s'amendèrent, disparurent complétement dans l'espace de trois mois, et la malade fut débarrassée d'une affection qui depuis trois ans la mettait dans l'impossibilité même de travailler. Il y a quelques jours nous avons revu cette dame, la guérison persiste, et aucun symptôme de la maladie n'a reparu.

Obs. II. — Mme R., cuisinière, âgée de vingt-six ans, demeurant rue des Orties-Saint-Honoré, no 10, est accouchée il y a quatre mois. Huit jours après son accouchement elle voulut reprendre ses occupations ordinaires; mais elle tomba malade, et entra à l'hôpital de la Charité. Son ventre était gros, douloureux; des tiraillements très forts avaient lieu dans les reins et dans les aines; elle avait de la fièvre de temps à autre, et vers le soir son appétit et ses forces diminuaient de plus en plus. Pendant une huitaine de jours qu'elle resta à l'hôpital, des bains, des injections émollientes, une saignée, furent les moyens que l'on employa; puis elle sortit se croyant guérie et capable de travailler. Quinze jours après sa sortie de l'hôpital elle fut encore obligée de suspendre ses occupations, et vint au dispensaire de Sainte-Geneviève demander des conseils. C'était le 6 mai.

Après avoir pris tous les renseignements, après avoir constaté tous les signes que nous avons donnés, douleurs dans le ventre, tiraillements dans les reins, tuméfaction du col de l'utérus, écoulement par son orifice de matière glaireuse abondante, M. Tanchou diagnostiqua une métrite chronique. Il n'était pas difficile ici de remonter à la cause de la maladie. A la suite d'un accouchement cette femme avait continué de vaquer à ses occupations; elle s'était refroidie, et une inflammation était survenue dans l'organe de la gestation. Un traitement fait à l'hôpital avait diminué les phénomènes sans amener la guérison complète. L'inflammation passait à l'état chronique. Vu l'état assez réceot de l'affection, on crut pouvoir tenter diverses médications qui réussissent d'ordinaire. Il fut ordonné à la malade de garder le lit, de prendre des bains et des injections émollientes, de faire des frictions mercurielles sur le ventre, et une forte saignée du bras lui fut pratiquée. Tout fut sans résultat, le mal augmentait plutôt que de diminuer. La cautérisation avec un cautère olivaire fut faite une première fois il y a un mois. Deux jours après les souffrances avaient diminué, la tuméfaction du col était notable; la malade se levait et pouvait un peu travailler. Les règles parurent huit jours après cette cautérisation, et cet état occasionna une nouvelle recrudescence des symptômes.

Il fallait avoir recours à une nouvelle cautérisation; elle fut pratiquée. Aujourd'hui l'orifice du col est réduit à sa capacité ordinaire, il n'y a plus de rougeur sur ses bords, plus de tuméfaction, tous les phénomènes secondaires ont cessé; la malade est guérie.

Dans ces deux observations la maladie, comme on le voit, quoique offrant en réalité les mêmes caractères, pouvait donner lieu dans le premier cas à une erreur qui n'arrive que trop fréquemment, et dont le premier inconvénient eût été d'aggraver la position de cette femme. Il faut que les médecins soient toujours en garde contre cette possibilité. Quand l'utérus souffre, toutes les fonctions s'en ressentent, comme quand existe l'inflammation de tout autre organe, et c'est au médecin expérimenté à ne pas prendre le change.

Pour ce qui est du traitement, il y a eu, il y a encore bien des moyens employés contre cette affection; mais ils sont peu efficaces, et quand elle résiste à leur emploi, ce qui est l'ordinaire, il faut avoir recours au cautère actuel. On l'introduit dans l'ouverture du col, et s'il ne guérit pas immédiatement et par lui-même, il substitue un état franchement inflammatoire à un état chronique, et ramène dans les conditions ordinaires du traitement.

Voici d'ailleurs comment M. Tanchou explique le mode d'agir de cette cautérisation. L'état d'inflammation, dit-il, dans lequel se trouve depuis un temps plus ou moins long l'utérus, se porte surtout vers le col, comme dans tous les organes creux, la vessie, l'estomac, etc., l'inflammation se porte vers les orifices; mais il se passe alors des phénomènes locaux et généraux très remarquables, et qui doivent influer sur le traitement. D'un côté l'organe malade s'approprie une plus grande part de nutrition dans l'économie, et si l'on traite de manière à remettre l'équilibre en augmentant l'action des autres organes, on ne peut arriver au but que l'on se propose. D'un autre côté, si l'on essaie de diminuer l'action prépondérante de l'organe malade, on amène une anesthésie de la partie enflammée; il n'y a plus de réaction, et la tuméfaction persiste un temps indéfini. La cautérisation remédie parfaitement à ce second état; elle amène une restriction considérable des parties sur lesquelles elle porte, et, partant, une compression de la partie enflammée, compression qui détermine ou au moins favorise beaucoup la résolution. Telle est la manière d'agir de ce moyen, et le succès que nous avons obtenu dans les deux cas que je viens de citer montre combien son usage devrait être généralisé.

Rupture de quelques-uns des muscles qui fixent l'omoplate.

Par M. FRÉDERICQ.

L'observation suivante est un de ces exemples curieux et assez rares de rupture musculaire qu'on a désignée vulgairement sous le nom de coup de fouet. Les faits bien observés de ce genre ne sont pas très communs, et il est à regretter que l'auteur ait enlevé à celui-ci une partie de son intérêt en supprimant plusieurs détails qu'il importait au praticien de connaître. Tel qu'il est néanmoins, ce fait mérite d'être connu.

En août 1848, un ouvrier éprouva, en faisant un effort pour faucher, vers le bord interne de l'omoplate, uoe sensation de craquement et de rupture en même temps qu'une très forte douleur.

Depuis lors, il se trouva dans l'impossibilité de se servir librement de son bras. Examiné au mois d'octobre suivant, il dit qu'il n'avait plus daos ce membre la force nécessaire pour se livrer à son travail. Cependant tous les mouvements sont possibles, sauf qu'il ne peut lever le bras verticalement; en essayant ce mouvemeot, il n'a jamais réussi à dépasser l'horizontale, le bras faisant alors un angle à peu près droit avec le corps.

L'articulation scapulo-humérale, soigneusement examinée, ne présenta aucune lésion, ni déplacement, ni fracture. Mais le malade, en imprimant des mouvements d'élévation au bras, opérait en même temps un déplacement considérable de l'omoplate. Le bord interne de cet os s'approchait un peu de la colonne vertébrale, et se relevait de manière à former sous la peau une saillie si forte qu'entre elle et les parois thoraciques il existait la largeur du poignet. Ce déplacement n'était pas également prononcé sur tout le bord interne du scapulum; il diminuait graduellement à partir de l'angle inférieur de cet os, où il était le plus marqué, jusqu'à son bord supérieur, où il était à peine appréciable. Le malade, en relevant le bras, abaissait l'articulation scapulo-humérale tout en relevant le bord interne de l'omoplate et surtout, comme nous venons de le dire, son angle inférieur; mais le chirurgien, en appliquant les deux mains sur cet os pour le fixer et empêcher son déplacement, mettait le malade dans la possibilité de relever son bras comme s'il n'eût été atteint d'aucune infirmité.

Quoique le malade, malgré les plus grands efforts, ne pût pas parvenir à relever complétement le bras, le chirurgien, en le saisissant, le relevait avec facilité sans susciter de la douleur et sans aucun obstacle; mais alors il remarquait que l'angle inférieur de

l'omoplate s'abaissait et suivait les mouvements du bras déplacé. On conseilla au malade de maintenir son membre dans l'immobilité complète ; mais il s'y refusa, et n'a pas été revu depuis lors.

(*Ann. de la Soc. méd. de la Flandre occidentale.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 août 1849. — Présidence de M. Boussingault.

Sur l'augmentation de fibrine du sang.

M. Marchal (de Calvi) adresse une note sur 7 expériences qui tendent à prouver que l'augmentation de la fibrine qu'on observe dans les inflammations dépend de l'élévation de la température. Voici comment M. Marchal dit avoir procédé dans ses expériences :

« J'ai reçu dans deux capsules de porcelaine, l'une entourée d'eau à 55 ou 60° cent., l'autre entourée d'un mélange de glace et de sel, d'un côté le premier et le quatrième quarts, d'autre part le deuxième et le troisième quarts du sang d'une saignée. J'ai laissé la coagulation s'opérer, puis la fibrine du sang des deux capsules a été extraite séparément et pesée. Nous avons trouvé un excès de fibrine dans le sang coagulé à chaud; cet excès a été dans les 7 expériences de 24, 26, 25, 9, 37, 27, 23 centigrammes pour 1,000 grammes de sang.

» Lorsqu'on fait coaguler le sang à 70°, c'est-à-dire près du point de coagulation de l'albumine, la fibrine diminue notablement, du moins à en juger par la seule expérience que M. Marchal ait pu faire. Enfin dans une autre expérience, faite à 75 degrés, la fibrine a complétement disparu. D'où M. Marchal est porté à conclure que la fibrine « ne serait autre chose que de l'albumine coagulée moléculairement sous l'influence de la chaleur animale. »

Propriété de la sueur visqueuse des cholériques.

M. Doyère a reconnu que, sur quatre malades atteints de choléra, la sueur visqueuse recueillie avec soin sur le front, les joues, les bras, les avant-bras, renfermait une substance capable de réduire les composés de cuivre, du réactif de M. Bareswil à la manière du sucre de fruits.

Cette matière est-elle du sucre? C'est ce que l'on ne pourra savoir qu'après des épreuves plus décisives, sur lesquelles M. Doyère appelle l'attention des observateurs. La sueur non visqueuse, le sérum du sang, n'ont pas produit de réduction, l'urine et les selles non plus.

Le liquide vomi par une malade qui n'avait pris que de l'eau de Seltz a fourni un précipité assez abondant.

La sueur visqueuse a été recueillie avec des pelottes de coton en cardes, humectées d'eau distillée, avec lesquelles on lavait doucement les places humectées de sueur visqueuse.

Hommes à queue.

M. le colonel Couret, qui explore l'Afrique, envoie le dessin d'un homme appartenant à une peuplade nommée Ghilânes, dont les individus, d'après le dire des peuplades voisines, seraient pourvus d'une queue. Le dessin envoyé par M. Couret porte une queue qui, d'après les proportions de la figure, semble avoir seulement de trois à quatre pouces de long et être nue et osseuse.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Recherches sur une cause de mort qui existe dans un grand nombre d'empoisonnements. — Des accidents d'empoisonnement qui peuvent se manifester par suite de l'empêchement de la transpiration;

Par M. BROWN-SÉQUARD.

Entre beaucoup d'explications dont la valeur est très contestable, le travail suivant renferme une expérience directe sur l'empoisonnement, qui serait fort importante si des expériences ultérieures et rigoureusement exécutées venaient à la confirmer. C'est celle qui est relative à l'influence heureuse qu'a paru avoir le réchauffement sur un animal empoisonné.

Quant aux conséquences funestes qu'ont paru avoir, d'après quelques expériences imparfaites, les applications de vernis sur une partie de la peau d'un animal, il reste à répéter ces expériences avant d'en tirer aucune conclusion.

MM. Chaussat et Prévost ont constaté, par des expériences dont M. Brown-Séquard a reconnu la parfaite exactitude, que la mort survient chez les mammifères quand on abaisse leur température d'un certain nombre de degrés. Dans un cas, le simple abaissement de la température à 26° c. a suffi pour causer la mort; dans un autre, la mort n'est arrivée qu'après l'abaissement de la température à 17° c.

M. Brown-Séquart, expérimentant sur des cochons d'Inde adultes et des lapins âgés d'environ deux mois, a trouvé :

1° Que l'abaissement de la température avait lieu plus lentement pour les cochons d'Inde que pour les lapins ;

2° Que pour les lapins, la température peut s'abaisser davantage que pour les cochons d'Inde avant de causer la mort;

3° Que la mort est causée par un abaissement de température moindre chez les cochons d'Inde que chez les lapins ; ainsi, chez les premiers, la mort est survenue une fois à 24°,5, et plusieurs fois à 22° ou 25°, tandis que chez les lapins, elle n'a eu lieu qu'une fois à 22°;

4° Que dans chacune de ces espèces prises à part, la mort a lieu à une température d'autant moins abaissée que l'abaissement a été plus rapide, ainsi que Chaussat l'a déjà trouvé chez les chiens.

Ces faits établis, il devient très probable, sinon certain, que dans tous les cas où, par suite d'une maladie, d'une blessure ou d'un empoisonnement, la température de l'homme s'abaissera d'un certain nombre de degrés, il y aura danger de mort par le seul fait de cet abaissement; et c'est ce qui arrive dans le choléra, dans la cholérine, dans certaines paralysies, dans les cas où les phénomènes respiratoires sont profondément altérés, dans les fractures ou luxations du rachis avec écrasement ou déchirure de la moelle épinière, dans les hémorrhagies considérables, et enfin dans la plupart des empoisonnements, pourvu qu'ils laissent survivre le malade pendant plusieurs heures.

On sait depuis très longtemps que la température s'abaisse chez les empoisonnés. Il n'est guère d'observation d'empoisonnement où l'on ne lise que le malade était froid.

M. Chaussat a vu la température d'un chien dans les veines duquel il avait injecté de l'opium s'abaisser de 40°,3 à 17°, vingt-deux heures après l'injection. MM. Demarquay et Duméril fils ont trouvé un abaissement de température de plusieurs degrés sur des chiens empoisonnés par divers agents toxiques. M. Brown-Séquard a reconnu que tous les poisons qu'il a jusqu'ici mis à l'épreuve, soit en les injectant dans les veines, soit en les faisant absorber dans l'estomac ou dans le rectum, sont capables d'abaisser la température des cochons d'Inde et des lapins suffisamment pour causer la mort toutes les fois que leur dose permet à l'animal de survivre plus de quatre ou cinq heures à l'introduction du poison. Ainsi agissaient l'opium, l'acide cyanhydrique, la jusquiame, la digitale, la belladone, le tabac, l'euphorbe, le camphre, l'alcool, les acides acétique, oxalique, sulfurique, azotique, chlorhydrique très dilués et quelques oxalates.

Une dose de poison, qui est suffisante pour tuer lorsque la température de l'animal s'abaisse sans obstacle, peut ne pas tuer lorsqu'on maintient la température à son degré normal ou à peu près. C'est ce que M. Brown-Séquard a constaté par des expériences ainsi conduites : une même dose de poison était donnée à deux animaux de même espèce et de semblables dimensions; l'un était tenu dans une atmosphère à 8 ou 10° c. et l'autre dans de l'air à 28 ou 30°. Dans ces circonstances, le premier mourait au bout d'un certain temps, qui a varié entre quatre et quarante-huit heures, et l'autre, dont la température ne s'abaissait qu'à peine ou pas du tout, survivait. C'est donc par l'abaissement de la température que les poisons indiqués tout à l'heure occasionnent la mort, quand on en donne une certaine dose. Il suit de là cette conséquence des plus importantes que, dans les cas d'empoisonnements chez l'homme, on devra s'occuper tout autant de maintenir la température à son degré normal que d'expulser le poison ou de le combattre par des antidotes ou autrement. Peut-être sera-t-il possible de cette manière de diminuer notablement la léthalité des empoisonnements.

— Aux faits qui précèdent, M. Brown-Séquard ajoute le suivant : On sait qu'il suffit, en général, d'étaler une ou deux couches d'huile ou de vernis sur toute la surface cutanée d'un animal pour le faire périr empoisonné probablement par une substance toxique éliminée du sang avec la sueur, et qui, ne pouvant plus s'échapper par la peau, s'accumule dans l'économie et y cause les accidents si bien étudiés par M. Fourcault, MM. Becquerel et Breschet, et M. Magendie. M. Brown-Séquard a trouvé que les animaux dans cet état peuvent survivre à l'expérience si l'atmosphère où ils sont placés est à une température supérieure à 26 ou 28° c. ; dans ces conditions, leur température ne s'abaisse pas, tandis qu'à une température plus basse elle s'abaisse notablement; c'est donc surtout par l'abaissement de la température que meurent les animaux dont le corps a été enduit de vernis ou d'huile.

De la néphrite dans les cas de fusion des deux reins.

Par M. TAILHÉ.

La fusion des reins est assez fréquente pour qu'il en soit fait mention dans tous les ouvrages d'anatomie normale; le plus ordinairement, ils sont réunis par leurs extrémités inférieures et forment au-devant de la colonne vertébrale un croissant à concavité supérieure. Ces reins ainsi adhérents s'enflamment quelquefois et jettent le pathologiste dans une incertitude de diagnostic très grande. Cependant, M. Rayer en a déjà signalé trois exemples dans son ouvrage sur les maladies des reins.

Il s'est présenté récemment à l'hôpital de la Charité, service de M. Rayer, un quatrième cas de néphrite avec jonction des deux reins. Ces organes étaient criblés de petits abcès formés d'un pus phlegmoneux.

Le vice de conformation dont nous parlons doit être connu des médecins-praticiens, car il est arrivé que des reins ainsi situés anormalement ont été pris pour des tumeurs morbides et traitées comme telles. On conçoit qu'il sera toujours difficile de reconnaître de semblables lésions. Néanmoins, lorsque des reins ainsi réunis s'enflamment, le siége de la douleur vers la région ombilicale, l'existence d'une tumeur au milieu de l'abdomen ayant la forme du rein et se continuant par un pédicule à une tumeur semblable, la dépression des régions rénales peuvent mettre sur la voie; les urines purulentes, les frissons répétés et d'autres phénomènes propres aux néphrites concourraient aussi beaucoup à faire reconnaître cette affection, qui peut s'offrir quelquefois. Le médecin clinicien devra placer toutes ces considérations dans son esprit : elles aideront peut-être à jeter quelque lumière sur le diagnostic si souvent obscur des tumeurs abdominales.

Il est à regretter que l'auteur n'ait pas lui-même cherché à s'assurer pendant la vie si les symptômes sur lesquels il appelle avec raison l'attention ont ou non existé sur le malade qu'il a observé.

CORRESPONDANCE.

Application du chloroforme au traitement des névralgies.

Monsieur le Rédacteur,

La lecture attentive de votre journal m'a mis à même de soulager instantanément une affection cruelle et contre laquelle échouent souvent les moyens les mieux combinés. Si l'observation suivante vous paraît digne d'intérêt à quelques égards, je vous en fais juge et vous la livre. Le docteur Gros (de Luzy.)

Névralgie faciale guérie instantanément par l'application du chloroforme.

Le 1er août dernier, je fus appelé auprès de madame ***, femme de trente à trente-cinq ans, maigre, extrêmement nerveuse et d'une sensibilité exagérée ; ayant souffert, il y a quelques années, des pertes assez abondantes pour développer certains accidents chlorotiques, qui depuis ont cédé à un traitement rationnel.

Je trouvai cette dame livrée à un véritable désespoir par suite des douleurs qu'elle me dit éprouver depuis près de deux heures. Les renseignements qu'elle me donna furent ceux-ci :

« Il y a huit jours que j'ai commencé à ressentir quelques douleurs dans tout le côté gauche de la face : d'abord fort tolérables, ces douleurs, qui ne sont nullement périodiques et reviennent à des intervalles qui n'ont rien de fixe, ont bientôt augmenté d'intensité. J'ai patienté jusqu'ici, ajouta-t-elle, mais aujourd'hui il m'est impossible de résister au tourment que j'éprouve. »

La malade paraît, en effet, horriblement souffrir. L'œil gauche évite avec soin la lumière, la paupière paraît tuméfiée et l'injection de la conjonctive est manifeste. A chacun de ces élancements cruels, qu'on a appelés si justement *fulgura doloris*, les traits éprouvent une douloureuse contraction.

J'avais sous les yeux tous les symptômes d'une névralgie faciale. La douleur, qui se condensait à la partie latérale gauche de la mâchoire inférieure et autour de l'orbite pour s'irradier sur le côté de la face, me portait à croire que les branches *ophthalmique* et *maxillaire*, et surtout le rameau *mentonnier* de la cinquième paire, étaient spécialement en jeu. Que devais-je faire? La malade était dans une anxiété inexprimable et demandait instamment à être soulagée : je me rappelai les observations publiées dans la *Gazette des Hôpitaux*, et je prescrivis 6 gouttes de chloroforme sur un morceau d'ouate appliqué sur la mâchoire au niveau du trou mentonnier et soutenu par un carré de taffetas gommé. Pour que le petit appareil fût convenablement placé, M. le pharmacien voulut bien l'appliquer lui-même. J'avoue que le succès dépassa mon espérance. Sous l'application du chloroforme employé à si faible dose, la douleur se dissipa comme par enchantement au bout de quelques secondes; l'injection du globe oculaire disparut avec une égale rapidité, et les traits jusque-là contractés reprirent leur physionomie habituelle.

Depuis neuf jours, les accès n'ont pas reparu.

Nous dirons à propos de cette observation qu'en nous faisant part de faits analogues, notre honorable confrère M. Fiévet proposait, pour rendre le chloroforme moins irritant, de l'incorporer dans de l'huile de cajeput. Mais M. Fiévet a sans doute employé du chloroforme mal préparé; car celui qui est chimiquement pur n'est nullement irritant, et il n'y a par conséquent aucun inconvénient à l'appliquer sur la peau ou même sur les muqueuses.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 23 AOUT 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 98.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS.	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER. . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 22 AOUT 1849.

Bulletin du choléra.

Aucune variation notable n'a eu lieu dans le mouvement des cholériques des hôpitaux civils depuis notre dernier bulletin. Les hôpitaux militaircs ont élé plus favorisés; aucun nouveau cas n'y est entré depuis deux jours. Tout continue donc à nous faire espérer que la recrudescence que nous avions dû craindre n'aura pas lieu.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

Hôpitaux civils:		
Journée du 20 août........	37 entrées,	20 décès.
— 21	35	19
Hôpitaux militaires pendant les deux jours....................	»	»
Total................	72	39
Total des décès dans les hôpitaux..........		7280
Total des décès à domicile jusqu'au 30 juillet inclusivement........		9500
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie......................		16780

Une correspondance du 6 août, nous annonce que le choléra enlève 40 à 60 personnes par jour à Venise, et de 30 à 40 par jour à Chioggia.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance d'hier s'est écoulée très pacifiquement, malgré quelqucs incidents qui auraient pu occasionner des débats assez vifs.

M. Rochoux a d'abord pris la parole pour stimuler un peu la commission du choléra, qui, d'après un vote formel de l'Académie, devait s'occuper sans délai de la question de la contagion, et faire sur cette question un rapport spécial. M. Rochoux a cité des faits déplorables, qui démontrent l'extension et la funeste influence des idées contagionistes. Nous ne savons trop le bien qui pourrait résulter d'une discussion publique sur la contagion, quoique nous soyons bien certain qu'une telle discussion tournerait à la confusion des idées contagionistes. Mais nous ne pouvons nous empêcher de déplorer la légèreté avec laquelle des médecins peuvent prêcher la contagion à la vue du premier fait douteux qui s'offre à leurs ycux, et au mépris des faits généraux les mieux constatés, et dont la véritable signification est si évidente et si contraire à la contagion. Nous ne concevons pas cette légèreté, lorsqu'on sait quelles funestes conséquences peuvent être la suite de la propagation des idées contagionistes.

Les faits auxquels M. Rochoux a fait allusion ne sont pas, en effet, les seuls. Hier on lisait ce qui suit dans un journal de Lille:

« Dans les environs de Lille, à Fives, une chaumière a été élevée en plein champ pour servir d'hôpital aux cholériques. Mais tout autour une récolte est arrivée à maturité; nul n'a voulu la récolter... Le curé est allé lui-même faire ce travail. »

Aujourd'hui, une correspondance de Rochefort signale les faits suivants:

« Depuis un mois environ, le choléra sévit chez nous d'une manière affreuse; la mortalité s'est élevée un jour au chiffre de 21. L'épidémie n'a sévi que dans certains quartiers, dans certaines zones, et n'a frappé, en général, que des individus placés dans les moindres conditions de santé et de bien-être. On voit dans chaque médecin, dans chaque sœur de charité, au lieu de sauveurs et de consolateurs, des empoisonneurs. L'insulte leur est publiquement déversée. Ces idées se sont répandues depuis quelques jours d'une manière générale, et les invectives sont devenues plus acerbes. Enfin, avant-hier des groupes très nombreux se sont formés sur la place d'Armes, et l'incendie et la vengeance s'y prêchaient tout haut. Hier matin, la police arrachait, au point du jour, des placards apposés pendant la nuit dans plusieurs endroits de la ville, et dont le texte est trop curieux pour ne pas être rapporté :

» Au nom du peuple français,

» Les autorités civiles et militaires sont prévenues que si dans » vingt-quatre heures le choléra n'a pas disparu, la ville sera mise » à feu et à sang. »

» Vers neuf heures, des groupes tellement compactes s'étaient formés devant l'Hôtel-de-Ville, que l'on a été obligé de faire sortir les troupes. A dix heures, la place était vide et la nuit a été tranquille. »

Nous voulons bien croire que l'esprit de parti n'est pas étranger à la fomentation des troubles dont on parle dans la correspondance précédente; mais le prétexte de ces troubles n'en réside pas moins dans de fausses idées sur la contagion.

Voici enfin un dernier exemple des fâcheuses conséquences de l'erreur dans laquelle un certain nombre de médecins paraissent aujourd'hui enclins à tomber.

On écrit de Marseille à la date du 14 août :

« On assure que des lettres arrivées hier soir au consulat de Sardaigne et à diverses maisons de commerce annoncent qu'une quarantaine de six jours vient d'être imposée, à Gênes et à Livournc, sur les provenances de Marseille.

» Cette mesure est grave, et va porter une certaine perturbation dans notre commerce; elle nous paraît d'autant moins justifiée, que des lettres venues de Gênes annoncent qu'à Bergame le choléra a fait irruption avec une certaine violence, puisque dans la journée du 8, trente cas s'y sont manifestés, tous suivis de décès.

» Dans cette position, nous ne voyons pas pourquoi notre gouvernement n'userait pas de représailles et ne tiendrait pas pour suspectes toutes les provenances de l'Italie.

» L'examen de la question des quarantaines imposées aux provenances de Marseille nous paraît mériter l'attention de M. le préfet et la sollicitude de notre intendance sanitaire. »

Si nous rappelons toutes ces tristes conséquences des idées contagionistes, conséquences qui pourraient être beaucoup plus funestes encore, ainsi que l'histoire du passé nous l'apprend (1), ce n'est pas pour comprimer les opinions de nos adversaires, pour opposer à leurs raisons un argument extra-scientifique; loin de nous une semblable idée. Nos lecteurs savent assez quel respect nous avons pour la vérité pour ne pas être convaincus que nous accepterions résolument l'opinion de la contagion, quelques conséquences qu'elle pût entraîner, si cette opinion était une vérité. Mais lorsque cette opinion est une erreur, lorsqu'elle est au moins excessivement douteuse, de l'aveu même de ses partisans, lorsqu'elle est repoussée par l'immense majorité des savants et par la presque universalité des faits, oh! alors, nous ne concevons pas qu'on vienne lancer à tout hasard dans le public une opinion pour le moins excessivement douteuse, au risque de causer les plus gravcs désordres dans la société, d'allumer l'incendie, et d'exposer à l'abandon les malheureux malades.

Aussi avons-nous été tristement impressionné quand nous avons vu des hommes distingués prêcher en toute occasion la réalité de la contagion, lorsque nous avons vu surtout récemment un écrivain, un académicien, qui avait conservé une réputation d'homme sérieux, dont les ouvrages ont eu un succès réel, quoique éphémère, défendre sans raison, sans provocation aucune, les idées contagionistes, dans deux articles aussi ridicules par la forme qu'erronés par le fond. Voilà ce que nous déplorons, parce qu'une pareille légèreté ne peut conduire qu'à des catastrophes et à l'amoindrissement de la profession médicale.

Nous ne dirons rien d'un autre petit incident relatif à l'*insertion au Moniteur*, comme l'a dit très spirituellement M. le président, des noms des rapporteurs retardataires. Nous nous bornerons à louer cordialement le conseil de la décision qu'il a prise, et nous ajouterons qu'en cette circonstance l'Académie de médecine pourrait rendre à celle des sciences une leçon qu'elle ne trouve que trop souvent l'occasion de lui emprunter.

Enfin, nous insisterons également peu sur un troisième incident dont nous n'avons pas parfaitement saisi le

(1) On sait qu'entre autres faits déplorables que produisit en 1832 la peur de la contagion, se trouve celui-ci. Dans un port de mer dont le nom nous échappe, on reçut à coups de canon un navire qui avait quelques cholériques à bord.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Nous accueillons avec empressement le travail de notre honorable collaborateur M. Marchal sur le livre de M. Bégin, tout en nous réservant de traiter à notre point de vue les questions importantes qu'a abordées M. Bégin.

Études sur le service de santé militaire en France, son passé, son présent, son avenir; par L.-J. BÉGIN, chirurgien-inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, etc. — Chez J.-B. Baillière.)

(Premier article.)

Lorsque des hommes jeunes, ayant devant eux toute leur carrière, luttent pour obtenir des avantages et des prérogatives légitimes, on applaudit à leurs efforts, à leur énergie, à leur constance ; mais on n'est pas obligé de leur être reconnaissant ; car, en définitive, si les résultats de la lutte sont favorables, ils en auront la meilleure part.

Il en est tout autrement lorsque celui qui entre en lice pour la cause commune, parvenu à l'apogée, honoré pour sa science, honoré pour ses services, n'a plus rien à attendre de la justice des hommes. Envers lui la reconnaissance est forcée ; c'est une dette d'honneur imposée à ceux qu'il défend, et de leur part l'ingratitude serait particulièrement odieuse ; car ce n'est pas pour lui qu'il lutte et s'acharne, ce n'est pas pour lui qu'il applique à un sujet plein de détails arides et fastidieux son esprit, que sollicitent des études d'une tout autre nature. Les froissements, l'oppression contre lesquels il s'arme de toute la vigueur de sa raison, il ne les éprouve pas, ou du moins, par sa position élevée, il y échappe en très grande partie. En un mot, son repos est engagé dans le débat; son intérêt, comparativement, n'y est ponr rien.

Nous avons vouln commencer cet article par rendre à M. Bégin un hommage qui lui est dû. Il y a des livres qui sont aussi des actions. Nous avons jugé l'action; examinons le livre.

Ce livre résume avec énergie et avec mesure la longue revendication de la médecine militaire contre un état de choses très fâcheux, doublement fâcheux, puisque d'une part il lèse la dignité d'hommes de science et de dévouement, et que d'autre part, en éloignant un grand nombre de capacités du service de santé militaire, il nuit essentiellement à l'armée. M. Bégin l'a dit en termes qui méritent d'être cités : — « Par un enchaînement providentiel des faits, en abaissant les hommes, on abaisse proportionnellement les choix, les études, le niveau moyen des connaissances, jusqu'à ce que l'impéritie de ceux à qui l'on est obligé de se confier, au jour de la blessure ou de la maladie, fasse expier cruellement les mesures désastreuses qui ont repoussé de plus instruits et de plus habiles. » (Page 94.)

La revendication des médecins militaires s'est produite sous des formes et dans des circonstances diverses. Tandis que les plus jeunes — nous ne disons pas les plus ardents; car l'expérience et la maturité n'excluent pas l'ardeur, qui n'est pas moins efficace pour être plus contenue; — tandis que les plus jeunes faisaient retentir la presse de leurs plaintes légitimes, et éclairaient l'opinion publique, les chefs de la hiérarchie, par une sorte de propagande individuelle habile à profiter des relations et des circonstances, le conseil de santé, par des travaux pleins de force, par des démarches réitérées, hâtaient le jour de la réparation et de la justice. Le congrès médical, dans un généreux élan, avait émis un vœu en faveur de la médecine militaire, si longtemps maltraitée (1). La question avait été soulevée aussi dans le sein de la commission des hautes études médicales, en présence du grand-maître de l'Université, M. de Salvandy, et non sans énergie, je puis le dire. Enfin, de tous côtés l'administration était saisie, et une solution paraissait imminente lorsque la révolution de février éclata.

A ce moment, les efforts redoublèrent et les espérances grandirent; car la première république avait été bonne et équitable à la médecine militaire, et la jeune république ne pouvait répudier l'exemple de sa devancière.

Le 25 février, les élèves du Val-de-Grâce, suivis de plusieurs milliers de citoyens en armes, s'acheminèrent vers l'Hôtel-de-Ville, siége du gouvernement provisoire. Celui qui les conduisait était un homme frappé dans ses opinions et dans ses affections; c'était un monarchiste fervent de la veille, un bourgeois de 1789, un homme qui avait cru au développement pacifique et régulier de la démocratie par l'expansion incessante de la bourgeoisie. En un jour il avait vu son parti, s'abdiquant lui-même, laisser tomber et se briser sur le pavé ce qui faisait sa garantie et sa grandeur, et il avait compris que ce parti, léger, vain, capricieux, ne pouvait plus gouverner;

(1) Cette circonstance a été cause d'un malentendu entre quelques-uns de mes camarades et moi. La proposition faite au congrès n'étant pas rédigée clairement, je crus que, dans une de ses parties, elle avait pour objet d'appeler l'attention sur la nécessité de fixer les conditions de l'avancement. Alors craignant que l'intervention du congrès ne fût entachée d'erreur, partant affaiblie, je pris la parole pour dire que les conditions de l'avancement étaient réglées par une loi. C'est ce que l'on peut voir dans les *Actes du Congrès*. Mon observation fut mal interprétée. On comprit, je ne sais comment, que j'avais dit que tout était pour le mieux dans le corps des officiers de santé, relativement à son organisation, à ses avantages, à ses prérogatives. On voit combien cette interprétation était erronée. Je suis heureux d'avoir trouvé cette occasion de m'expliquer, attendu que j'ai besoin de l'estime de mes camarades et de leur sympathie.

M. (de C.).

sens, et qui est relatif à la déclaration de la prochaine vacance. Il nous a semblé seulement ressortir des quelques paroles échangées entre M. Moreau et M. le secrétaire perpétuel que l'opinion du bureau serait peu favorable à la déclaration de la vacance dans la section d'accouchements. Nous aimons à croire que nous nous sommes trompé, et que M. Dubois, qui a un sentiment si juste et si élevé des intérêts de l'Académie, défendra les principes que nous avons émis, et qui nous paraissent parfaitement conformes à l'équité et à la raison.

Nous ajouterons encore un mot à propos de la correspondance. Ce sera pour accorder un juste tribut d'éloges au travail consciencieux de M. Valat sur l'épidémie du choléra de Château-Chinon. Il est à regretter que M. Valat ait déparé ce travail par la dernière conclusion prophétique qui se trouve aujourd'hui bien compromise. Malgré ce défaut et quelques autres peu graves, le travail de M. Valat n'en est pas moins un des plus remarquables que l'Académie ait reçus sur l'épidémie actuelle.

Enfin, deux lectures intéressantes de MM. Bouland et Blanchet, et une présentation fort importante de M. Morel, ont complété cette séance, qui peut compter au nombre de celles qui ont été le mieux remplies.

Le mémoire de M. Rochoux est un travail à part dont nous ne pourrons dire quelque chose que lorsque l'impression nous aura permis de l'étudier à fond. Nous pouvons constater seulement que ce travail renferme de profondes recherches, tant originales que d'érudition; et que c'est une œuvre des plus consciencieuses. Peut-être était-elle plus encore du domaine de l'Académie des sciences que de l'Académie de médecine.

Nous reproduisons sous toute réserve la nouvelle suivante publiée par l'*Océan*, journal de Brest :

« Il est question de réunir en une seule les trois Ecoles de Toulon, Rochefort et Brest affectées aux études nécessaires pour former des chirurgiens de marine. Cette Ecole unique recevrait d'importants développements et serait placée à Toulon. »

HOTEL-DIEU. — M. Louis.

Inflammation idiopathique de la vésicule biliaire.

La malade couchée au n° 10 de la salle Saint-Landry est atteinte d'une affection dont les caractères peu ordinaires la rendent digne de toute notre attention.

Cette femme, âgée de vingt-quatre ans, exerçant la profession de culottière depuis plusieurs années, est habituellement d'une bonne santé; elle n'a jamais été sujette à des coliques, à des douleurs névralgiques, à des migraines, à des attaques de nerfs, ni à aucune autre douleur plus ou moins périodique. Elle a toujours été parfaitement réglée; elle a eu une couche très heureuse il y a trois ans; après cette couche, les règles se sont rétablies aussi régulièrement qu'auparavant. Elle ne s'est jamais aperçue qu'elle ait rendu aucune concrétion en allant à la garde-robe; jamais non plus elle n'a offert de teinte ictérique.

La maladie dont elle est actuellement atteinte a débuté vers le 22 ou le 23 juillet par des douleurs de tête qui acquirent promptement un degré extrême de violence et qui siégeaient presque exclusivement au-dessus des sourcils. Ces douleurs absorbèrent tellement la malade qu'elle fut obligée de se mettre au lit dès le second jour de leur apparition, et qu'elle ne se releva que cinq ou six jours avant son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire vers le 1er ou le 2 août.

A cette époque, les douleurs avaient considérablement diminué; pendant les deux ou trois jours suivants, elles disparurent à peu près complétement, et la malade se trouvait très bien, lorsque, le 4 août, elle éprouva tout à coup, sans cause connue, sans qu'elle eût fait aucun excès de manger, une vive douleur dans la région de l'estomac et dans un point qui, au dire de cette femme, ne serait pas celui où se trouve actuellement la tumeur, mais qui se trouverait effectivement dans la région de l'estomac, au centre de l'épigastre. Cette douleur diminua vers le soir, et permit à la malade de dormir une partie de la nuit. C'est le lendemain que cette femme s'aperçut de l'existence de la tumeur qu'elle porte; cette tumeur avait alors, dit-elle, acquis, à peu de chose près, tout le volume qu'elle a actuellement. La malade s'aperçut en même temps que la douleur avait changé de place, et qu'elle siégeait sur tous les points où la tumeur était perçue. Elle garda le lit chez elle pendant trois jours; mais les symptômes ayant plutôt une tendance à augmenter qu'à diminuer, la malade demanda à entrer à l'hôpital, ce qui eut lieu le 7 août.

Dès le lendemain 8, nous constatâmes tous les symptômes qu'on peut encore observer aujourd'hui, mais seulement à un degré plus prononcé. Une vive douleur existait dans l'hypochondre et le flanc droits; cette douleur augmentait tellement par la pression que la patiente ne pouvait supporter le moindre attouchement; à peine pouvait-elle garder les cataplasmes qui lui avaient été prescrits. Une tuméfaction très nettement circonscrite, aussi bien à la percussion qu'au toucher, existait dans la région douloureuse. Cette tumeur, dont nous avons pu dessiner la forme sans la moindre difficulté par un trait au nitrate d'argent, descendait des fausses côtes en se continuant avec le foie jusqu'à un pouce au-dessous du niveau de la crête iliaque; elle avait la forme d'une demi-ellipse dont la section serait opérée au-dessous des fausses côtes. La largeur ou la dimension transversale de la tumeur était d'environ huit à neuf centimètres à partir de deux centimètres de la ligne blanche, du côté droit. Cette tumeur était rénitente, mais non tout à fait dure, comme si elle était formée par un corps solide; elle offrait une matité dans toute son étendue, et cette matité était d'autant plus évidente que, immédiatement en deçà comme en delà des limites de la tumeur, au lieu de la matité existait la sonoréité normale de l'abdomen.

Les symptômes généraux qui accompagnaient cet état local étaient peu prononcés. Un léger mouvement fébrile, un peu d'anxiété, de l'insomnie et de l'inappétence, tels étaient ces symptômes; il n'y avait aucune teinte ictérique, non plus qu'actuellement.

Des cataplasmes émollients, des bains et de l'eau tenant en dissolution du sous-carbonate de soude, le repos au lit et la diète, telle a été la médication que nous avons mise en usage. Nous nous proposions d'adjoindre à ces moyens une ou plusieurs applications de sangsues à l'anus; mais les douleurs ayant notablement diminué dès le lendemain de l'entrée de la malade, nous avons dû renoncer à notre dessein.

Aujourd'hui, les douleurs ont à peu près complétement disparu, elles ne se produisent guère que sous la pression; la tumeur a aussi diminué d'une manière sensible, ainsi qu'on peut s'en convaincre par l'inspection de la ligne noire qui a été tracée autour d'elle au moment où l'on a observé la malade pour la première fois. Tant que l'amélioration continuera, il n'y aura aucune raison de changer la médication; elle sera donc continuée jusqu'à nouvel ordre.

A quelle affection avons-nous affaire chez la malade dont nous venons de rapporter l'histoire? Le siège et la forme de la tumeur doivent évidemment faire penser qu'elle est constituée par de la vésicule biliaire. D'un autre côté, quelques circonstances sont faites pour éloigner une semblable idée. D'abord, le volume de la tumeur est plus considérable que dans les cas connus où la vésicule a été trouvée le plus tuméfiée.

Dans un cas publié par Craz, la vésicule avait bien le volume du poing; mais ce volume lui-même serait insuffisant pour produire une tumeur sous-abdominale qui s'étend jusqu'à un pouce au-dessous de la crête iliaque.

Une autre circonstance qui n'est pas moins faite pour éloigner l'idée d'une tumeur se trouve dans les antécédents de la malade. Dans tous les cas d'inflammation de la vésicule publiés jusqu'à ce jour, et dans lesquels les antécédents ont été notés, on voit que les malades, avant de présenter les symptômes par lesquels s'est manifestée l'inflammation vésiculaire, avaient éprouvé divers phénomènes morbides du côté de l'appareil biliaire; cela s'explique d'ailleurs suffisamment lorsqu'on réfléchit que ces inflammations vésiculaires aiguës sont presque toujours consécutives à des lésions organiques des conduits, à des rétrécissements ou à des corps étrangers formés dans la vésicule elle-même. Ces phénomènes antécédents ont été presque toujours des coliques abdominales et quelquefois des ictères. Ce dernier symptôme a aussi toujours existé concurremment avec les autres symptômes d'inflammation vésiculaire aiguë.

Toutes ces circonstances, néanmoins, quoique rendant le fait que nous avons sous les yeux plus extraordinaire, au moins si on le compare aux autres faits connus, et d'ailleurs assez mal décrits, ne suffisent point cependant pour nous faire renoncer à notre diagnostic.

A quoi pourrions-nous en effet rapporter cette tumeur, qui manifestement se continue immédiatement avec le foie? Elle ne peut assurément être produite par le foie lui-même; si, comme il n'est guère permis d'en douter, cette tumeur s'est développée, sinon complétement, au moins en très grande partie pendant l'espace de vingt-quatre ou quarante-huit heures, ou tout au plus de quelques jours, on ne comprendrait pas qu'une portion circonscrite du foie se fût ainsi congestionnée sans que le reste de l'organe eût plus ou moins participé à la congestion; on ne comprendrait pas, en un mot, la forme qu'affecte la tuméfaction.

On comprendrait encore moins qu'un autre organe que le foie produisît une semblable tuméfaction; ni les reins, ni les capsules, ni le pancréas, ni les ganglions mésentériques ne pourraient en expliquer le siége et la forme. Une inflammation du tissu cellulaire des parois abdominales ne produirait pas un engorgement aussi nettement circonscrit; cet engorgement se propagerait plus ou moins autour du point principal, et se terminerait graduellement en mourant, si l'on peut ainsi dire. C'est donc bien à la vésicule qu'on est rationnellement obligé de le rapporter.

Quelle peut être maintenant la cause de cette tuméfaction, et quelles peuvent en être les suites? Les inflammations hépatiques et surtout vésiculaires primitives sont si rares dans notre climat, que, malgré l'absence de tout phénomène morbide antérieur, on est très porté à attribuer à la présence de quelque calcul biliaire le développement de cette tuméfaction. Cette hypothèse n'a d'ailleurs rien de bien hasardé. La science possède de nombreux exemples de calculs biliaires, même assez volumineux, qui ont existé pendant longtemps dans les conduits biliaires ou dans la vésicule, sans donner aucun signe de leur présence, et qui se sont tout à coup révélés par des symptômes caractéristiques. On ne manque même pas d'exemples dans lesquels des calculs volumineux n'ont été trouvés qu'après la mort, et qui n'avaient produit pendant la vie aucun phénomène morbide. Ce n'est pas par un sentiment de pure curiosité que nous agitons la question étiologique. Il est évident que le pronostic lui est tout à fait subordonné. Si, comme cela est très probable, un ou plusieurs calculs sont la cause de l'affection que nous observons, malgré l'amélioration rapide qui a été obtenue, on doit craindre que la maladie ne se reproduise bien des fois avant de disparaître complétement; ce qui ne pourrait guère avoir lieu que par l'expulsion ou la dissolution des calculs. On peut même craindre que, si cette expulsion ou cette dissolu-

---

que le pouvoir, sur cette base fragile et restreinte, serait toujours vacillant, et qu'il fallait lui donner un appui plus solide en même temps que plus vaste. Il allait donc, républicain du jour, mais républicain sincère, voulant le nom et surtout la chose avec ses conséquences, faire acte d'adhésion à la République, et poser en face du nouveau gouvernement le corps opprimé des officiers de santé militaires. C'est là que, pour la première fois, fut prononcé le nom d'Ecole nationale du Val-de-Grâce. Plus tard, dans les sinistres journées de juin, comme en février, comme tout récemment pendant la cruelle épidémie qui a désolé Paris, les élèves du Val-de-Grâce ont multiplié les preuves de zèle, d'intrépidité philanthropique, d'abnégation, et créé dans la grande cité une notoriété à la médecine militaire. On ne peut douter que l'agitation des premiers jours, blâmée par quelques esprits qui se refusent à comprendre que les temps de révolution ne sont pas des temps normaux, n'ait eu pour résultat de forcer l'attention des dépositaires du pouvoir, et de rendre plus facile la tâche des hommes d'expérience qui, par des voies plus hautes et plus calmes, tendaient au même résultat.

Quoi qu'il en soit, un décret solennel, longuement médité par un savant illustre, M. Arago, ministre de la guerre, et portant réorganisation du corps des officiers de santé militaires, fut rendu le 3 mai 1848. Un règlement destiné à en assurer l'exécution devait être promulgué ultérieurement. Une commission fut nommée pour rédiger ce règlement, œuvre laborieuse, qui malheureusement exigea un long espace de temps, pendant lequel il semblerait que l'idée de toucher au décret lui-même est née quelque part. — « Si ce que l'on dit généralement est vrai (c'est M. Bégin qui parle, p. v et vi), il s'agirait non-seulement de réviser le règlement, afin, s'il y a lieu, de le compléter et de le mettre en harmonie avec la législation existante, *mais de réformer le décret lui-même, qui fait partie de cette législation.* »

De cette crainte est sorti le livre de M. Bégin, destiné à éclairer les pouvoirs de l'Etat et l'opinion publique.

L'ouvrage est divisé en trois parties comprenant le passé, le présent et l'avenir de la médecine militaire. Il fourmille de détails précis et n'offre pas de digressions qui puissent détourner l'attention.

La première partie, celle qui embrasse le passé, est la plus étendue, puisqu'elle occupe deux cents pages sur moins de quatre cents qui composent le livre. A part les mérites de l'exposition, serrée et lucide, facile et élégante malgré la sécheresse du sujet, mérites sur lesquels nous n'avons rien à apprendre au lecteur, cette partie se recommande par une foule de recherches importantes, dont un grand nombre appartiennent à l'auteur, qui, pour le reste, a pu puiser dans plusieurs ouvrages analogues, notamment dans celui d'un maître éminent et cher à la médecine militaire, l'honorable M. Gama.

Le passé de la médecine militaire commence à la fin du seizième siècle, avec Henri IV et Sully, et se termine en 1834. M. Bégin divise ce grand espace de temps en deux périodes séparées par l'année 1792, et dont la première pourrait être appelée période de création et de constitution.

Trois caractères spéciaux, essentiels, nous frappent dans l'organisation du service de santé des armées durant cette première période (15..-1792) :

1° L'existence à Paris, auprès du ministre de la guerre, d'une réunion formée des médecins et chirurgiens militaires les plus expérimentés, et ayant pour attributions fondamentales « de diriger les officiers de santé, de surveiller leur service, de recevoir leurs rapports, d'apprécier leur capacité, de les présenter pour l'admission, les emplois, l'avancement et les récompenses; d'être consultée, de donner des avis et de faire des propositions sur tout ce qui se rapporte à la conservation du soldat, ainsi qu'à l'exercice et aux progrès de l'art de guérir; de recueillir les observations relatives à l'hygiène, aux causes et à la nature des maladies du soldat, et enfin de les publier, sous l'autorité du ministre, par la voie d'un journal périodique; de rédiger le formulaire pharmaceutique et les instructions concernant le service de santé.... » (p. 82.)

2° L'institution d'inspections annuelles ou éventuelles faites par les membres du *conseil de santé* (car on peut donner ce nom à la réunion dont il vient d'être parlé);

3° L'institution d'inspecteurs à résidence fixe, chargés de la surveillance du service dans des circonscriptions médicales déterminées.

Ainsi l'ancienne monarchie, malgré ses tendances, malgré la constitution aristocratique du pays et de l'armée, avait compris et établi que l'administration du corps médical militaire devait s'exercer intrinsèquement et être remise à ses membres les plus dignes par les lumières et par les services. Comment, par quelle contradiction étrange, en des temps plus rapprochés de nous et maintenant encore, alors que les carrières libérales se sont élevées à la plus haute considération dans l'esprit public, ces errements ont-ils été abandonnés pour faire place à un asservissement qui réduit tout un corps d'hommes scientifiques à l'état humiliant de minorité et de tutelle perpétuelles? Comment en est-on venu à ce point que Larrey, Desgenettes, l'un chirurgien en chef, l'autre médecin en chef des Invalides, Broussais, médecin en chef du Val-de-Grâce, auraient pu, à la rigueur (M. Bégin en fait la juste remarque p. 312), être mis aux arrêts par un sous-intendant militaire adjoint, c'est-à-dire par un jeune homme ayant échangé la veille ses épaulettes de capitaine contre une broderie? Comment a-t-on laissé en oubli les inspections annuelles du service de santé par les chefs de la hiérarchie, inspections qui ont été reprises il y a peu d'années pour être encore une fois abandonnées? Comment a-t-on méconnu l'utilité, l'importance de ces autres inspections, permanentes et circonscrites, confiées à des fonctionnaires de l'ordre médical, destinés à suppléer le conseil de santé dans l'intervalle des inspections générales, à exercer une surveillance de tous les jours sur le service, œil et main de l'autorité centrale compétente, chaînon intermédiaire à cette autorité et aux praticiens des hôpitaux et des corps de troupes? Comment?... Mais à quoi bon poser des questions qui ne conduiraient qu'à constater soit l'inintelligence des besoins du service, soit cette susceptibilité maladive, ce besoin jaloux, propre aux médiocres esprits, de tout rabaisser pour se grandir?

MARCHAL (de Calvi).

tion ne s'opère pas, des accidents funestes finissent par survenir.

C'est aussi en nous fondant sur la probabilité de la cause que nous venons de signaler que nous avons prescrit à cette malade le sous-carbonate de soude, et que nous continuerons encore cette médication jusqu'à la cessation complète des phénomènes morbides. Il conviendrait même de prolonger l'usage de ce médicament après que la guérison sera obtenue, puisque, d'après nos prévisions, cette guérison ne sera probablement que temporaire.

Quoi qu'il en soit, la malade dont nous venons de vous entretenir offre un grand intérêt au praticien, et nous vous engageons à l'observer avec attention.

G....

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 août 1849. — Présidence de M. Velpeau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

D'après une décision prise par le conseil, M. le secrétaire perpétuel signale plusieurs membres de l'Académie qui ont depuis très longtemps des rapports à faire.

— M. Rochoux a la parole à l'occasion du procès-verbal. Tout le monde, dit-il, a pu voir dans les journaux l'accueil sauvage, mais très rationnel dans l'hypothèse de la contagion, que les habitants d'un petit village, aux environs de Bourges, ont fait aux sœurs de la charité qui venaient leur prodiguer leurs secours contre le choléra. Faut-il le dire? l'Académie nationale de médecine n'est peut-être pas à l'abri de toute complicité *morale* avec ce triste événement. En effet, depuis l'instant où la question de la contagion du choléra, prise en considération dans cette enceinte, a été renvoyée à l'examen d'une commission chargée de vous faire un rapport sur ce point important d'étiologie, chacune de vos séances amène la lecture ou l'analyse de lettres, de récits presque toujours favorables à la contagion, qu'on laisse passer sans réfutation pour ne pas empiéter sur une discussion qui perdrait beaucoup à être morcelée. Cependant, ceux pour qui l'erreur est une délicieuse pâture profitent de ce silence pour propager sans contradicteur la croyance en la contagion du choléra sans que votre commission paraisse s'en émouvoir le moins du monde. Une pareille nonchalance, un retard aussi prolongé à s'acquitter d'un travail de la plus grande urgence et impatiemment attendu sont assurément peu dignes d'éloges.

M. le président. Le président ne peut que faire des instances auprès de la commission pour la presser de faire son rapport: c'est ce qu'il a fait; mais, comme il n'a pas en sa possession de moyens coercitifs, la commission reste toujours maîtresse de décider l'époque où le rapport sera présenté.

La correspondance officielle se compose de trois lettres ministérielles relatives:

1° A une réclamation de rapports;

2° A l'envoi d'un échantillon d'une source d'eaux minérales dite de Fraysse, située dans la commune de Crausac (Aveyron).

Choléra.

3° A l'envoi d'un mémoire de M. le docteur Valat, correspondant de l'Académie de médecine (d'Autun), sur l'épidémie de choléra de Château-Chinon.

Un des faits les plus remarquables qui sont constatés dans ce mémoire, c'est que Château-Chinon serait le lieu le plus élevé que le choléra ait encore envahi. Cette ville est située à 551 m. 8 c. au-dessus du niveau de la mer.

Un autre fait remarquable, c'est que l'hôpital de la ville n'a pas été envahi par l'épidémie, bien qu'il ait été encombré par des militaires, et qu'il soit situé au centre du quartier qui a été le plus ravagé.

Enfin nous citerons encore de ce travail les trois conclusions suivantes:

a. Du 21 mai au 20 juin 1849, il y a eu à Château-Chinon, sur une population de 3,500 âmes, 98 cholériques et 25 décès.

b. La moyenne de la durée de la maladie chez les décédés a été de vingt-deux heures.

c. L'épidémie paraît être arrêtée pour le moment, en France, par une ligne qui suit à peu près le cours de la Loire, en allant de l'ouest à l'est.

— La correspondance manuscrite comprend les communications suivantes:

Rôle du sel dans l'alimentation humaine.

M. Plouviez (de Lille) adresse un premier mémoire sur le rôle que joue le sel dans l'alimentation de l'homme.

Voici les conclusions du travail de l'auteur:

1° Le sel, jusqu'à son entrée dans l'estomac, est un simple condiment;

2° Dans l'estomac et les intestins il est *réactif* ou *décomposant;* il fournit de l'acide chlorhydrique libre qui augmente la force du suc gastrique et de la soude qui s'associe à d'autres corps;

Il produit une plus grande quantité de chyle par son action sur le chyme;

Il est excitant des vaisseaux absorbants intestinaux;

3° Il modifie avantageusement le sang en diminuant ses proportions d'eau;

4° C'est l'agent principal de la dissolution de la fibrine et de l'albumine;

5° C'est un des agents qui *poussent* à l'augmentation, à la création des globules;

6° C'est un *coadjuteur* de la plus haute importance de l'acte de l'hématose, un *aide* sans lequel le sang ne rougirait pas par le contact de l'oxygène de l'air;

7° Enfin, c'est un auxiliaire de grande valeur dans l'acte intime d'assimilation et de *désassimilation*.

Cause de mort de la femme chloroformisée de Boulogne.

M. Gros, de Boulogne-sur-Mer, écrit à l'Académie pour lui faire part de son opinion relativement à la mort de Maria Stock. Il pense que l'atrophie du cœur, qui paraît avoir existé chez cette personne, n'a pas été étrangère à la production de la mort.

Taille bi-latérale chez les enfants.

M. Roux présente, au nom de M. Raynaud, de Montauban, un mémoire sur la taille bi-latérale chez les enfants. L'auteur pense que cette méthode est d'une exécution plus facile que toutes les autres chez les enfants comme chez les adultes; qu'elle expose moins aux hémorrhagies, et que les objections qu'on lui a adressées ne supportent pas un examen sérieux.

— M. le président annonce que le scrutin va être ouvert pour la nomination d'une commission chargée d'examiner dans quelle section il convient de déclarer une vacance. Chaque section de l'Académie doit fournir un membre à cette commission.

Il s'élève à ce sujet une très courte discussion, dont nous ne saisissons pas bien le but.

— M. Bouland, médecin inspecteur des eaux d'Enghien, lit un mémoire intitulé: *Recherches sur les variations des principes sulfureux contenus dans les eaux minérales d'Enghien.*

L'auteur a trouvé que le caractère de ces variations était l'*intermittence irrégulière*. Telle source n'a présenté aucune modification pendant deux à trois mois, et, après cette période, on constate du jour au lendemain une variation de soufre: 0,002 à 0,003 milligrammes par litre.

Ainsi, le 1er mai 1842, on trouvait dans l'eau de la source Fourcron:

Soufre, 0,0796, et le 2 mai: soufre, 0,0819.

Les saisons ne paraissent avoir aucune influence. Après les pluies d'automne, la quantité de sulfure d'argent a été trouvée la même qu'au mois de juillet.

Poids du sulfure d'argent desséché à 120° obtenu de 1,000 grammes d'eau d'Enghien.

SOURCES.	JUIN 1836.	JUILLET 1836.	AOUT 1836.	OCTOBRE 1836.	JANVIER 1837.	MARS 1837.
—	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.
Cotte......	0,35	0,35	0,37	0,34	0,38	0,37
Rotonde..	0,34	0,36	0,34	»	»	»
Bouland..	0,36	0,33	»	»	0,35	0,36

Le principe sulfureux se comporte dans chaque source d'une manière indépendante. Pendant la même période, on le voit augmenter dans une source, diminuer dans les autres, et, après un temps donné, la plus riche devient la plus faible, *et vice versa.*

L'accroissement du volume d'eau, et partant de la *rapidité de l'écoulement*, coïncide tantôt avec une augmentation, tantôt avec une diminution du principe sulfureux. Si bien que l'année 1846 présenté à la fois et l'écoulement le plus considérable et le chiffre le plus élevé du soufre.

L'auteur distingue deux modes d'écoulement:

Le premier, *libre*, réglé par la nature, peut offrir des variations considérables sans que la composition chimique de l'eau en soit sensiblement influencée;

Le deuxième, *forcé*, qui résulte de l'emploi de moyens artificiels, pompes, etc., peut altérer cette composition d'une manière notable.

— M. Rochoux termine la lecture d'un mémoire intitulé: *La circulation du sang soumise au calcul.*

Ce mémoire, ainsi que nous l'avons déjà dit, demande à être profondément médité pour être non-seulement apprécié, mais même analysé convenablement.

— M. le docteur Blanchet lit un mémoire intitulé: *De l'impression tactile des ondes sonores et de leur transmission à l'appareil central encéphalique par d'autres organes que le nerf spécial de l'ouïe.* En voici le résumé:

Les vibrations des corps élastiques qui produisent le son, à part l'impression qu'elles opèrent sur le nerf auditif, transmettent à nos organes une autre sensation, à laquelle l'auteur a donné le nom d'*impression tactile des ondes sonores.*

L'ébranlement produit par ces vibrations est presque identique à celui que l'on ressent sous l'influence du calorique ou du fluide électrique. M. Blanchet envisage son sujet au point de vue *physiologique* et *pathologique.* Afin de faire ses expériences de la manière la plus exacte, il a choisi pour sujets d'observation des *aveugles*, des sourds-muets, des sourds-muets aveugles, des sujets affectés de paralysie, enfin des individus jouissant de toutes leurs facultés. Les instruments pour ses expériences étaient son acomètre, le piano-orgue.

Ses observations lui ont permis de déterminer la sensibilité relative des parties du corps. Les organes qui lui avaient paru doués d'une sensibilité supérieure sont les pieds, les mains, la partie supérieure, antérieure et latérale de la poitrine; la région pubienne pendant l'adolescence et la virilité, ensuite l'épigastre. Une des parties qui a été trouvée le moins sensible, c'est la tête. M. Blanchet a soin d'avertir de ne pas confondre la perception auditive avec la perception *tactile*, qui en est tout à fait différente.

De plus, il a constaté que la sensibilité des pieds est plus développée chez le sourd et l'aveugle que chez le sujet qui jouit de ses facultés, et que la perception du son par les mains est plus marquée chez les aveugles que chez les sourds-muets.

Il a déterminé par des expériences nombreuses que les nerfs sensitifs sont les seuls organes de la perception et de la transmission des ondes sonores. Les vibrations sonores n'agissent conséquemment que sur les nerfs sensitifs, tandis que le fluide électrique agit sur les nerfs sensitifs et moteurs.

Les nerfs sensitifs sont aptes à apprécier, mais d'une *manière limitée*, l'*intensité*, le *ton* et le *timbre* des ondes sonores.

Les sons sont d'autant mieux perçus dans certaines limites, qu'ils sont composés d'un nombre de vibrations moins considérables.

Il termine ce mémoire en exposant l'utilité et la possibilité de donner au sourd-muet et au sourd-muet aveugle incurable les notions du son par les parties du corps qui perçoivent le mieux les ondes sonores.

— M. Morel, médecin à Montdidier (Somme), ancien interne des hôpitaux de Paris, présente à l'Académie une malade opérée par le procédé qu'il a imaginé pour la désarticulation tibio-tarsienne. Cette malade, aujourd'hui parfaitement guérie, s'appuie et marche facilement sur l'extrémité du moignon garnie par la peau et le tissu adipo-celluleux du talon.

Un procédé tout à fait conforme et qui semble être le résumé parfait de ma thèse, dit M. Morel, a été décrit par M. J. Roux, de Toulon, dans le n° 85 de la *Gazette des Hôpitaux* de l'année 1848.

Je suis bien éloigné de douter de la loyauté scientifique de M. J. Roux; ce professeur a, dit-il, pratiqué ce procédé avec succès; je suis heureux que son expérience soit venue confirmer l'opinion que je m'étais faite *à-priori* du succès que doit obtenir cette opération. Ce que je tiens à constater, c'est que le procédé opératoire dont il est question n'a été décrit avec exactitude par M. Roux que six ou huit mois environ après l'impression de ma thèse, écrite et publiée en 1847.

Le même procédé opératoire a été appliqué par M. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, avec un succès admirable, sur une jeune fille qui a été présentée à l'Académie; cette enfant marche, court et joue actuellement avec ses compagnes; c'est à peine si l'on s'aperçoit qu'elle n'a plus le pied; M. Robert, n'ayant pas eu connaissance de ma thèse, dont il n'avait pas été rendu compte dans les journaux, croyait avoir mis en usage le procédé de M. J. Roux.

Le procédé en question diffère essentiellement de celui de M. Syme, avec lequel plusieurs chirurgiens l'ont confondu, tant sous le rapport du manuel opératoire que sous le rapport des accidents consécutifs à l'opération, et des avantages que les opérés en conservent après la guérison.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur la description de chacun de ces procédés pour apprécier combien ils diffèrent.

Voici la description du procédé opératoire tel que l'auteur l'a donnée dans sa thèse en 1847:

Opération. — *Pied gauche.* — *Premier temps.* — Le chirurgien saisit le pied de la main gauche et le maintient dans la demi-flexion; de la droite, armée d'un bistouri très fort (c'est l'instrument le plus avantageux), il fait une incision qui part du niveau du sommet de la malléole externe, un demi-centimètre en debors et au-devant du tendon d'Achille. Elle descend obliquement vers la partie moyenne du bord externe du talon, se prolonge ainsi jusqu'à sa partie antérieure et moyenne, pour se continuer suivant un arc de cercle jusqu'au bord interne du pied; de là, elle remonte parallèlement à une ligne passant par le bord antérieur de la malléole interne et à 15 millimètres en avant jusqu'au tendon du jambier antérieur. On prolonge cette incision par un centre qui fait avec elle un angle à sinus antérieur de 115 à 120 degrés, et se termine au point de départ de la première en passant sous la malléole externe; cette incision comprend toutes les parties molles jusqu'aux os. Le tranchant du bistouri est toujours tenu perpendiculairement aux tissus.

Deuxième temps. — On porte le pied dans l'adduction et dans l'extension; les ligaments latéraux externes sont coupés, la partie antérieure de l'articulation ouverte. Le histouri, porté dans l'interligne articulaire de la malléole interne et de l'astragale, coupe le ligament latéral interne; on évite d'appuyer trop sur le histouri, dans la crainte d'aller blesser l'artère tibiale; le pied est luxé en dehors; les parties molles sont ensuite détachées de la face interne de l'astragale et de la voûte du calcanéum, en rasant exactement les os pour éviter les vaisseaux; on détache le lambeau de la face externe du calcanéum, le tendon d'Achille est séparé à son tour; il devient alors très facile, en abaissant l'extrémité du pied et poussant le talon en haut et en avant, d'enlever le lambeau de la face inférieure du calcanéum. Je répète que, dans cette dissection minutieuse et assez difficile qui ne peut se faire à larges coups de bistouri, l'instrument doit toujours être obliquement dirigé vers les os; on évite ainsi les vaisseaux, et on conserve un lambeau plus épais.

Troisième temps. — Il consiste à dénuder la face externe des malléoles et à les abattre d'un trait de scie à un demi-centimètre au-dessous du bord postérieur de la mortaise tibiale; la section des os remontera plus haut, si les surfaces articulaires sont malades.

Si on agissait sur le pied droit, l'incision de la peau se ferait suivant une marche tout à fait inverse; le reste se fait de même.

— Le dépouillement du scrutin pour la nomination de la commission des onze membres a donné la majorité à MM. Is. Bourdon, Fr. Dubois, Cloquet, Patissier, Laugier, Rochoux, Devilliers, Chevallier, Huzard, Caventou, Robinet.

— La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Tables de mortalité. — Vérification des décès.

Notre impartialité seule peut nous obliger à publier intégralement la réclamation suivante, que notre estimable confrère aurait pu facilement réduire des deux tiers sans qu'elle perdit rien de son importance. Nous la ferons suivre de quelques réflexions qui mettront l'auteur plus au courant de la question qu'il ne semble y être, et qui l'empêcheront sans

doute de tomber, à l'avenir, dans des *quiproquo* que nous ne nous expliquons que difficilement chez un auteur *qui n'est plus très jeune.*

Paris, ce 15 août 1849.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur et cher confrère,

1. La *Gazette des Hôpitaux* du 7 de ce mois renferme un long article intitulé : *De l'utilité des tables de mortalité, et de la manière dont elles doivent être conçues et exécutées. — Quelques mots sur l'institution des vérificateurs des décès.*

2. Je ne m'arrêterai que très peu sur la première partie de cette longue note. Je ne conteste pas l'utilité des tables statistiques appliquées à notre profession ; mais, quoi qu'en dise l'auteur de cette note, les difficultés pour les bien dresser, de manière à ce qu'elles fournissent quelques enseignements utiles ; ces difficultés, dis-je, sont si grandes que des esprits sérieux ont bien pu, sans être ni *paresseux*, ni *débiles*, considérer la tâche comme impossible.

3. Et en effet, comment tarir les trois sources d'erreurs dont les tables de mortalité dressées par l'administration sont entachées et que signale l'auteur de la note : *elles sont construites d'une manière vicieuse*; *elles sont mal remplies*; *la science est imparfaite?*

4. Quant à l'imperfection de la science, qu'y faire ? Sinon attendre, et je dirai à l'auteur de la note, qui est sans doute jeune, qu'il faudra attendre indéfiniment, car la science médicale, du moins telle est mon opinion, à moi qui ne suis plus jeune, sera toujours imparfaite.

5. « Quant à la manière dont les tables sont remplies, ou, si on » l'aime mieux, au mode que suit l'administration pour arriver à » connaître les causes de la mort, rien ne laisse plus à désirer. Non-» seulement les médecins chargés de vérifier les décès ne sont pas » soumis à des épreuves suffisantes, mais encore aucune surveil-» lance sérieuse n'est exercée sur eux relativement à l'objet qui nous » occupe. » Je m'arrête là de ma citation ; ma réponse fera comprendre ce que je ne cite pas de la portion de cette note, à laquelle j'ai voulu principalement répondre.

6. Les médecins vérificateurs des décès remplacent MM. les maires, que la loi désigne impérativement comme devant constater les décès. Les maires choisissent (pour Paris) leurs suppléants, leurs *alter ego* parmi MM. les médecins du bureau de bienfaisance. Je suis désintéressé dans la question (quoique médecin vérificateur des décès), car je me place dans la catégorie des *quelques-uns qui remplissent leurs fonctions scrupuleusement* ; mais je dirai à mon jeune confrère qu'il n'existe point (toujours à Paris) dans le corps des médecins du bureau de bienfaisance, je dirai mieux, dans tout le corps médical, un seul homme qui ne soit parfaitement capable de remplir les vœux de l'administration, qui ne lui demande, en définitive, *que de reconnaître si la mort est réelle, et si elle n'est arrivée par aucune cause coupable*, auquel cas le médecin vérificateur des décès en réfère à l'autorité judiciaire. Le rédacteur de la note trouve que l'administration ferait des sacrifices d'argent fort exagérés, si elle n'avait pas d'autre but que celui que je viens d'indiquer. Eh quoi! monsieur le rédacteur, rassurer la population parisienne sur ce point, qu'aucun de ses membres ne sera enterré vivant, comme on prétend que ce malheur épouvantable a pu arriver en province ; empêcher qu'aucun acte criminel qui aurait entraîné la mort d'un de nos semblables n'échappe à la vindicte publique, ce n'est point un double résultat grandement désirable? Oh! c'est là une erreur échappée à la préoccupation du rédacteur de la note !

7. Pour ce qui est des tables de statistique des causes de la mort, leur construction est un résultat secondaire pour l'administration, dont j'ai indiqué plus haut le but principal, et, s'il n'est pas entièrement rempli selon les vues de l'auteur de la note, c'est que l'administration ne peut vraiment pas demander aux médecins vérificateurs des décès plus qu'elle ne leur demande. Et puis, comment s'y prennent donc ceux-ci, du moins la plupart, *ceux qui remplissent leurs fonctions scrupuleusement?* Ils ne font rien autre chose que d'inscrire le diagnostic du médecin qui a traité la personne décédée. Aucun d'entre eux, du moins je le pense, n'a la pensée de rectifier ce diagnostic, et, quand ils l'établissent, c'est qu'ils y sont contraints par le silence absolu de ce même médecin de la personne décédée. Eh bien! alors, à l'aide de quelques questions, en présence de l'événement, par l'examen du cadavre, ils peuvent arriver assez souvent encore à porter un diagnostic juste.

8. Je ne vois donc pas bien quel serait le véritable degré d'utilité d'introduire dans les tables de mortalité une colonne pour les cas d'*incertæ sedis*, car il arriverait une de ces deux choses : ou que les médecins vérificateurs, refusant de s'en référer au jugement du médecin de la personne décédée, inscriraient presque tous les décès dans cette colonne ; ou bien ils continueraient de faire comme ils ont fait jusqu'à ce jour, comme ils font journellement, ce qui ferait que la colonne nouvelle resterait parfaitement vide : dans le premier cas, plus de statistique ; dans le second, une statistique douteuse et ne donnant que des résultats fort contestables, ainsi que le prétend fort judicieusement notre confrère.

9. Quant à l'inspection de la vérification des décès, notre confrère rédacteur de la note ignore sans doute que cette institution existe, à moins que la révolution de février ne l'ait fait disparaître, ce qui ne serait nullement regrettable.

10. En effet, du moins telle est mon opinion fort désintéressée, car je n'ai jamais eu à m'apercevoir qu'elle existât ; oui, je n'hésite point à le déclarer, ce fut là une fâcheuse institution dont les fonctions, confiées d'abord à des médecins estimés qui ne s'en acquittèrent pas, passèrent à de jeunes confrères fort estimables sans doute, mais n'offrant point encore ces conditions de réputation et d'âge qui pussent leur conférer une juste suprématie sur les fonctionnaires dont ils avaient à examiner les actes.

J'ose espérer, Monsieur et très honoré confrère, que vous vous empresserez, dans votre impartialité habituelle, d'accueillir cette note en réponse à celle du 7, et c'est avec cette espérance que je vous prie de recevoir l'expression de mes sentiments les plus affectueux et les plus dévoués.

A. LEGRAND,
Médecin vérificateur des décès.

Nous éprouvons, à vrai dire, un certain embarras pour répondre à la réclamation de notre honorable confrère, qui ne semble pas plus se douter de ce que renferme l'article contre lequel il réclame, qu'il ne paraît être au courant des projets de l'administration dont il fait partie et des principes de responsabilité admis dans le journalisme. Nous allons essayer néanmoins quelques mots de réponse à cette singulière réclamation, dont nous avons numéroté les paragraphes, afin d'éviter les citations et d'abréger le plus qu'il nous sera possible. Nous osons seulement demander au lecteur qui se résignera à suivre d'un bout à l'autre cette discussion de vouloir bien mettre sous ses yeux notre article du 7 août.

2. L'auteur applique aux tables de mortalité ce que nous avons dit de la statistique en général. Nous n'avons pas d'autre réponse à faire à ce premier *quiproquo*.

4. L'âge du rédacteur de l'article n'en augmente ni n'en diminue la valeur, et l'auteur de la réclamation n'avait pas à s'en préoccuper. M. Alexandre Legrand ne peut ignorer cet aphorisme d'un grand médecin : « Cinquante ans de stupidité ne valent pas un mois d'expérience. » M. A. Legrand pense que la médecine sera toujours imparfaite. Le monde scientifique sera sans doute très heureux d'apprendre cette opinion de notre estimable confrère ; mais elle importe peu à la question de l'utilité des tables de mortalité. Pour que ces tables puissent être utiles, il n'est nullement besoin que la science soit parvenue à l'idéal de la perfection.

6. Ce paragraphe est un peu chargé en *quiproquo* et en erreurs ; il nous faut donc procéder par division.

M. A. Legrand pense remplir scrupuleusement ses fonctions ; nous ne demandons pas mieux que de le croire ; cependant, nous sommes peu disposé à le penser, d'après la manière dont il paraît procéder. Suivant nous, on remplit scrupuleusement une mission quelconque lorsqu'on n'affirme que ce que l'on sait, et lorsqu'on fait tout ce que l'on peut pour savoir la vérité. Si M. A. Legrand n'a jamais certifié que telle personne est morte d'une fièvre typhoïde, d'une méningite, etc., sans avoir préalablement acquis toutes les preuves de son assertion, nous lui accorderons qu'en effet il remplit scrupuleusement ses fonctions ; mais si, pour rédiger son certificat, il se contente de quelques renseignements vagues donnés par les parents ou par quelque garde-malade, il nous permettra de n'être point de son avis.

M. A. Legrand pense qu'il n'y a pas, dans tout le corps médical de Paris, un seul homme qui ne soit parfaitement capable de remplir les vœux de l'administration. Cette opinion, qui s'expliquerait difficilement chez un ancien candidat à la place de médecin des hôpitaux (dans le concours pour cette place on apprend à connaître les difficultés du diagnostic), se conçoit chez notre honorable contradicteur, qui pense que le seul vœu de l'administration est de savoir si la mort de telle ou telle personne est ou non réelle, si elle reconnaît une cause naturelle ou coupable ; mais cette dernière opinion de M. A. Legrand ne s'explique, à son tour, que par l'ignorance où il se trouve des nouveaux projets de l'administration, des nouveaux travaux du conseil de salubrité, ignorance d'autant plus étrange, que ces projets et ces travaux servent précisément de texte à notre article du 7 août.

Enfin, toujours dans ce même paragraphe 6, M. A. Legrand déplore la préoccupation qui a pu nous faire croire qu'on pouvait payer trop cher l'assurance de ne jamais être enterré vivant. Notre opinion est qu'on paye toujours une chose trop cher quand on peut l'avoir aussi bonne à meilleur marché. Or, nous n'hésitons pas à répéter de nouveau à notre honorable confrère que, si l'administration n'a eu d'autre but, en instituant la vérification des décès, que de s'assurer de la réalité de la mort et de l'absence de toute cause criminelle, elle peut atteindre ce but, *au moins* aussi sûrement, tout en réduisant de beaucoup ses sacrifices.

Dans les paragraphes 7 et 8, notre honorable confrère soulève des questions qui ne se rapportent que très secondairement à l'objet de sa réclamation, et que nous ne pouvons ni ne voulons traiter incidemment ici.

Dans le paragraphe 9, M. A. Legrand nous reproche d'ignorer qu'il existe une inspection des décès ; mais au paragraphe 10, il avoue que c'est lui qui ne sait pas si cette inspection existe encore. Nous pouvons lui apprendre qu'elle existe bien réellement, et qu'il ne se trompe pas moins sur la valeur, l'âge et la réputation des hommes qui la composent, que sur tous les autres points de sa réclamation : l'institution est mauvaise ; mais les hommes, *surtout les jeunes*, sont très bons.

Voilà tout ce que nous avons à répondre à notre honorable confrère, qui nous permettra, nous l'espérons au moins, de nous en tenir là.

Mon cher confrère,

Dans un mémoire de M. Baudens, qui a pour titre : *Considérations générales sur les amputations des membres, considérées au point de vue des méthodes opératoires et des lieux d'élection* (GAZETTE DES HOPITAUX, 1849, n° 65), se trouve la phrase suivante, dont je supprime l'exorde pour rester bref et poli :...

« M. Legros *fait remonter à* 1834 cette prétention à la priorité » de la méthode dont il s'agit (à lambeau semi-lunaire antérieur), » méthode qu'il a *seulement* appliquée à l'amputation de la cuisse. » Nous pourrions lui répondre par des faits de notre pratique qui » remontent à 1830, et qui ont eu pour témoins, à Sidi-Ferruch, » plus de deux cents officiers de santé de l'armée de terre et de la » marine. Nous nous contenterons, *pour en finir* avec les préten-» tions de ce chirurgien, de le *renvoyer à la thèse de M. Hello* » (Paris, 1829, n° 258).

» *Il y verra* qu'avant 1829 cette méthode opératoire a été appli-» quée à la cuisse par ce chirurgien, etc. (*Gazette des Hôpitaux*, » 1849, n° 65). »

Désirant rester dans un cercle académique, je laisserai aux faits seuls la brutalité de la réponse :

1° Mon mémoire a été imprimé et publié en 1834. Cette date me suffit ; elle précède encore *de six années la première publication* de M. Baudens, qui doit connaître l'axiome : *Autor quem scripta demonstrant.*

S'il en était autrement, plutôt que d'aller en Afrique interroger les deux cents témoins de terre et de mer de mon adversaire, je le prierais de jeter les yeux sur le n° 98 de la *Gazette des Hôpitaux* (1840) ; il y trouvera la preuve, avec le nom de témoins à lui très connus, que le procédé qu'il me dispute a été découvert par moi une quinzaine d'années avant de recevoir la publicité de la presse.

2° Mon procédé ne s'applique pas *seulement* à la cuisse ; il a pour titre dans le susdit mémoire : *Amputation à un seul lambeau des* MEMBRES A UN SEUL OS.

3° La dernière phrase, qui me renvoie, pour en finir, à la thèse de M. Hello (Paris, 1829, n° 258), couronne l'œuvre !

En effet, cette nouvelle découverte de M. Baudens ressemble à celle de sa méthode : elle est textuellement insérée dans ma publication originale.

« Cette méthode n'est décrite nulle part, que nous sachions ; » nous devons dire cependant qu'un meunier paraît avoir été amputé » à Brest, dans un cas exceptionnel, par un procédé analogue. » (*Thèses de Paris*, 1829, *n°* 258) *! Sic !*

De ce qui précède, pour en finir aussi avec le chirurgien du Val-de-Grâce, résulte le défi formel que je lui porte de produire sérieusement la moindre preuve capable d'atténuer mes longs droits de priorité au *procédé-Baudens !*

Un dernier mot à ceux qui pourraient se méprendre sur le but de cette singulière polémique : Depuis longtemps j'ai cessé l'exercice de la chirurgie.

Agréez, etc.

FÉLIX LEGROS,
Ancien chef de la clinique Dupuytren, etc.

Mon cher rédacteur,

Par suite de l'omission d'une phrase dans votre dernier compte-rendu de l'Académie des sciences, le sens de ma communication est obscurci. Voici le fait *fondamental* (cette expression est de M. Flourens) que je crois avoir démontré : le sang coagulé à chaud contient plus de fibrine que le sang coagulé à froid ou à la température ambiante. Ce fait, je l'ai déduit de sept expériences dans lesquelles le sang d'une même saignée a été coagulé partie à froid, partie à chaud, et dans lesquelles j'ai constamment trouvé un excès de fibrine dans le sang coagulé à chaud. Je n'aurais pas pu le déduire des expériences dans lesquelles, la coagulation ayant été opérée à 70—75, il a semblé que la fibrine avait sensiblement diminué ou même disparu.

Agréez, etc.,

MARCHAL (de Calvi).

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 25 AOUT 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 99.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 24 AOUT 1849.

Bulletin du choléra.

Les craintes d'une recrudescence sérieuse s'évanouissent de plus en plus. Le chiffre des admissions dans les hôpitaux civils pendant les deux derniers jours est presque insignifiant. Il n'y a pas eu de nouveaux cas dans les hôpitaux militaires.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

Hôpitaux civils:		
Journée du 22 août........	12 entrées,	16 décès.
— 23	24	14
Hôpitaux militaires pendant les deux jours..................	»	»
Total...............	36	30
Total des décès dans les hôpitaux..........		7310
Total des décès à domicile jusqu'au 30 juillet inclusivement........		9500
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie............		16810

Le choléra dans les départements.

SEINE-ET-OISE. — M. Cl. Ollivier nous transmet les renseignements suivants :

Arpajon (Seine-et-Oise), 22 août 1849.

Monsieur et honoré confrère,

En voyant dans votre journal le compte-rendu des ravages produits par le choléra dans différentes localités, je me promettais toujours de vous informer des désastres que fait éprouver à notre malheureuse petite ville ce terrible fléau, qui, après avoir atteint il y a deux mois la population tout entière d'une commune avoisinante, est venu fondre sur notre petite cité avec une sorte de fureur.

Sur une population de 2,500 âmes, plus de 100 victimes ont succombé; plusieurs maisons sont restées entièrement vides. Tous les habitants ont subi l'influence épidémique se manifestant par des malaises plus ou moins graves. Pas un malade, du reste, n'a succombé qu'il n'ait été pris plus ou moins longtemps auparavant de ces malaises éprouvés par tout le monde,

Au milieu de la désolation générale, une chose remarquable s'est offerte à mon observation, c'est que pas une seule jeune fille de seize à vingt-cinq ans n'a été atteinte non-seulement du choléra, mais même des incommodités qui ont été ressenties par tous les habitants. Il serait curieux de savoir si ce phénomène s'est observé dans d'autres localités.

Veuillez agréer, etc. Cl. OLLIVIER.

BAS-RHIN. — Le choléra s'est déclaré tout à coup dans le Val avec une certaine intensité. En peu de temps il a enlevé huit personnes dans la petite commune de Saint-Pierre-Bois. L'épidémie s'est aussi déclarée à Saint-Martin : une personne vient d'en être atteinte. Une jeune fille de Thauvillé est morte hier après quatre heures de maladie.

Etranger.

On écrit des frontières de Wurtemberg, à la date du 8 août, que le choléra a éclaté sur plusieurs points du royaume, et qu'à Heilbroon en particulier plusieurs personnes en ont été atteintes et y ont succombé.

Sur la prochaine nomination à l'Académie.

Si les bruits qui nous sont parvenus sont exacts, nous aurions la clef de l'espèce de *quiproquo* qui a eu lieu dans la dernière séance, et dont nous n'avions pu saisir exactement le sens. Un grand nombre de membres de l'Académie, dit-on, seraient disposés à faire déclarer la vacance dans la section de physiologie, afin d'y faire entrer M. le professeur Bérard.

Personne n'apprécie plus que nous les avantages qu'il peut y avoir pour l'Académie à s'associer définitivement un esprit aussi distingué, aussi éminemment académique que le respectable doyen de la Faculté; mais nous ne pensons pas qu'il soit convenable d'enfreindre, même en sa faveur, les principes de logique et d'équité que nous avons défendus; nous disons plus, cela ne nous paraît en aucune façon utile. M. Bérard appartient à l'Académie; voilà qui est positif, d'après un article formel du règlement. Mais à quelle section doit appartenir M. Bérard? continuerait-il à faire partie de l'Académie dans le cas où il cesserait d'être doyen? Voilà des questions sur lesquelles le règlement est muet. Lorsque le règlement est muet sur un point, à qui peut-il appartenir d'en interpréter l'esprit, si ce n'est à l'Académie elle-même?

Puisque l'Académie est libre de poser un président, elle n'a qu'à décider que M. Bérard, qui est bien académicien, nul ne peut le contester, sera classé dans telle ou telle section au choix de l'Académie, ou au choix de l'académicien; ce qui serait plus courtois, et que sa dignité d'académicien est définitive.

Une pareille décision, outre qu'elle concilierait tous les intérêts, serait encore parfaitement conforme aux convenances; car il serait pour le moins singulier qu'un homme qui aura pu appartenir à l'Académie pendant dix, quinze ou vingt ans, cessât un jour d'en faire partie. D'un autre côté, il ne serait pas moins singulier de nommer académicien un homme qui est déjà de droit académicien titulaire. Evidemment la seule chose que l'Académie ait à faire en cette circonstance, c'est de classer dans une section M. Bérard et les académiciens qui pourraient se trouver ultérieurement dans la même position que lui. Ce classement ne saurait d'ailleurs souffrir aucune difficulté; le titulaire, étant nécessairement professeur à la Faculté, se trouve, par la nature même de son enseignement, rangé très naturellement dans une des sections de l'Académie.

Revue clinique hebdomadaire.

De l'extension continue dans le traitement des fractures de la cuisse. — Nouvel appareil. — Tous les praticiens ont insisté avec raison sur la nécessité d'établir une extension permanente pour obtenir sans raccourcissement la consolidation des fractures de la cuisse. Bien des modifications plus ou moins importantes ont été apportées aux nombreux appareils successivement proposés dans ce but et bientôt abandonnés. Le seul appareil qui ait eu un lendemain, et qu'on met encore quelquefois en usage aujourd'hui, est celui de Desault avec ou sans la modification de Boyer. Sans parler des complications de tous ces appareils, qui en rendent l'application difficile, surtout dans les localités éloignées des ressources chirurgicales, il est un reproche qu'on peut leur adresser à tous, sans en excepter celui de Desault; c'est qu'ils manquent complétement le but auquel ils sont destinés, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas réellement des appareils à *extension continue ou permanente.*

De quelque façon que l'on fixe les liens destinés à agir sur les deux extrémités du membre, dès que ces liens sont fixés, que leur *moment d'action* est par conséquent épuisé, il ne tarde pas à s'établir une harmonie, soit par le relâchement de ces liens, soit autrement, entre la force toujours active des muscles et les forces passives de l'extension et de la contre-extension. Quelque faible que puisse paraître une force active, elle finit toujours par surmonter une force passive qui semble au premier abord insurmontable. Ce fait que les lois physiques nous apprennent, l'observation clinique le confirme parfaitement, et tous ceux qui ont observé de près ces appareils à extension permanente savent parfaitement que, lorsqu'on vient voir le soir l'appareil appliqué le matin, on trouve que le membre est dans une position très peu tendue. Ce qui prouve plus encore l'impuissance de ces appareils, c'est que les fractures obliques de la cuisse guérissent bien rarement sans raccourcissement.

Il s'agissait donc, pour obtenir une extension réellement permanente, de substituer à la force momentanée ou passive des appareils ordinaires une force constante ou active par elle-même. C'est la solution de ce problème que nous venons d'observer dans le service de M. Nélaton, à l'hôpital Saint-Louis. L'appareil qui remplit l'indication si longtemps cherchée est aussi simple qu'efficace. Il se compose de deux parties ou forces bien distinctes, dont l'une forme l'extension, et l'autre la contre-extension.

L'extension est formée par un poids d'environ deux kilogrammes qui est fixé à la jambe de la manière suivante : Le pied et la jambe sont enveloppés d'un bandage amidonné qui fixe de chaque côté de la jambe et des malléoles les deux extrémités ou les chefs d'un ruban de fil large de trois à quatre centimètres, de manière que la partie moyenne de ce fil forme au-dessous de la plante du pied une anse d'un décimètre à un décimètre et demi de long; c'est à cette anse que l'on fixe le poids extenseur par une corde qui, passant sur une poulie de renvoi fixée au pied du lit, permet de suspendre ce poids, lequel alors tend toujours à tomber et agit évidemment d'une manière constante sur le membre. La manière dont on fixe le lien extenseur n'a d'autre but que de disséminer sur toute la jambe, au lieu de la circonscrire sur un petit nombre de points, l'action de la force extensive; ce but, qui semble au premier abord assez insignifiant, est au contraire important, car, en l'atteignant, on évite tous les inconvénients qu'entraînent toujours les pressions longtemps exercées sur des parties très circonscrites de la peau. Voilà donc une extension bien établie et qui, selon toutes les probabilités, pourra être longtemps continuée, sans aucun inconvénient pour les malades.

L'indication de la contre-extension n'a pas été moins heureusement, ni moins simplement remplie; il a suffi, pour la rendre aussi efficace que l'extension, de faire passer au dessous du bassin du malade, entre la cuisse et le scrotum, un tube en gomme élastique qu'on attache, après l'avoir suffisamment tendu, sur un point fixe, au chevet du lit du malade. Ce tube a de deux à trois centimètres de diamètre dans toute sa longueur, excepté à sa partie moyenne, où, dans une étendue de deux décimètres environ, le diamètre est à peu près double. C'est la partie ainsi renflée qu'on doit placer sous le bassin du malade, afin que les points où la pression s'exerce soient plus nombreux. Avant de tendre le tube, on l'insuffle à la manière d'un coussin à air, et c'en est réellement un, de manière que la partie qui presse sur la peau s'accommode parfaitement aux saillies et aux anfractuosités que forme la surface du corps. Ce tube, qui tend sans cesse à se rétracter ou à se raccourcir, exerce une traction efficace et constante sur l'ischion et la branche ascendante du pubis, c'est-à-dire, en définitive, sur le fragment supérieur de l'os fracturé.

Mais ce n'est pas seulement par l'efficacité de son action que le nouvel appareil l'emporte sur ceux qu'on a proposés jusqu'à ce jour, c'est aussi par son extrême commodité pour les malades et pour le chirurgien. Relativement aux malades, il ne les fatigue et même ne les gêne aucunement; ils peuvent exécuter dans leur lit tous les mouvements nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions, se maintenir dans un parfait état de propreté, et aussi changer de position assez souvent pour éviter tous les inconvénients des positions immobiles. Relativement au chirurgien, cet appareil a l'avantage de pouvoir être appliqué par tout le monde avec la plus grande facilité, d'être facile à remettre s'il vient à se déranger; enfin, et ceci est un avantage des plus importants, de permettre sur le membre lésé tous les pansements qui pourraient être nécessaires.

On pourrait supposer au premier abord que l'action du tube en caoutchouc que nous venons de décrire est incapable de produire une extension suffisante; mais quiconque songera aux puissants effets des forces constantes, même faibles, et celle-ci n'est pas très faible puisqu'il y a une traction constante de deux kilogrammes, restera convaincu que l'extension obtenue doit être parfaitement suffisante.

Ainsi que nous l'avons donné à entendre plus haut, les avantages de cet appareil n'existent pas d'ailleurs seulement en perspective : il y a dans le service de M. Nélaton un malade sur lequel on peut les apprécier pratiquement. Cet homme, âgé d'environ cinquante-cinq à soixante ans, est entré à l'hôpital Saint-Louis avec une fracture simple au tiers inférieur du fémur droit, et une fracture tellement compliquée à la partie supérieure de cet os que, par le simple contact d'une main sur la partie supérieure de la cuisse, on sentait une foule de fragments frottant les uns contre les autres. Il était difficile d'appliquer l'appareil dans des conditions plus défavorables relativement aux probabilités du raccourcissement. Cependant, malgré ces conditions fâcheuses, il est permis d'espérer que le raccourcissement sera nul ou à peu près.

Cas remarquable de calcul biliaire. — Nous devons à l'obligeance de notre honorable confrère M. Deramond, médecin à Bellevue, un des cas les plus remarquables de calcul biliaire que la science possède. Nous allons d'abord reproduire textuellement la note fort complète que notre confrère a bien voulu rédiger, et nous ajouterons ensuite quelques réflexions aux remarques fort judicieuses de M. Deramond.

Mme veuve G..., âgée de cinquante-deux ans, tempérament lymphatique, d'un embonpoint excessif, quoique très sobre et choisissant de préférence les végétaux pour aliments, au teint vif et pur, au caractère le plus enjoué, issue de parents sains et dont la longue existence ne fut jamais tourmentée ni par l'arthrite, ni par la gravelle, ni par des calculs biliaires ou autres, éprouva il y a environ neuf ans, sans qu'aucun trouble se montrât encore dans la menstruation, un ébranlement soudain et profond avec frissons, anxiété et tension épigastrique, éructations rapides et bruyantes alternant avec des vomissements abondants de matières bilieuses. Une syncope de très courte durée termina celle première crise, qui ne laissa

qu'un sentiment général de lassitude et comme un cercle très sensible pendant quelques jours vers le bord libre du foie.

Un confrère appelé fit, très rationnellement, appliquer des sangsues et des cataplasmes. La malade reprit ses habitudes, son régime simple et toute sa belle humeur, ne se plaignant que de l'opiniâtreté d'une constipation difficilement combattue par des laxatifs et des lavements journaliers. Les matières rendues étaient toujours dures, rares et décolorées.

Six mois de bien-être s'étaient écoulés, lorsque les mêmes symptômes, à peu près, se représentèrent et furent encore combattus par les antiphlogistiques, le médecin soupçonnant toujours l'existence d'une gastro-hépatite.

Deux fois par an, et presque périodiquement, la malade était reprise de ce qu'elle appelait *sa rage*, dont la durée variait de vingt à trente heures. Le siége des douleurs déchirantes qu'elle éprouvait s'étant successivement porté vers la région splénique, aux reins, et, dans ces derniers temps, à la fosse iliaque droite, le diagnostic se trouvait sans cesse dérouté, sans que la plus attentive palpation fixât sur un mal que l'on avait fini par attribuer aux caprices du rhumatisme.

A chaque atteinte, l'agitation générale s'accompagnait de frissons irréguliers et de vomissements abondants de bile verdâtre. Presque pas de réaction fébrile; nulle trace d'ictère. Urines d'une entière limpidité. Bosselures du ventre alternant avec des dépressions rapides; pas de traces de phlegmasie intestinale; constipation toujours tenace.

Mme G... avait oublié ses souffrances de février dernier, lorsque, pendant qu'elle dînait avec un appétit vorace, le 8 de ce mois elle se leva brusquement, poussant de grands cris, et demandant secours aux voisins, qui la supposèrent atteinte du choléra en la voyant se tordre dans les convulsions et les crampes de tous les membres, accusant d'horribles coliques et avec des vomissements bilieux que rien ne pouvait modérer.

Appelé auprès de la malade, je rassurai tout le monde sur l'existence de l'épidémie, dont je ne voyais aucun des traits caractéristiques; mais je n'en appréhendais pas moins de grands dangers en présence d'une affection dont les antécédents, non plus que les phénomènes actuels, ne m'expliquaient la véritable cause.

Dans le vague des indications, je fis certainement mieux que je ne supposais, en prescrivant, avant l'usage d'un grand bain, 60 grammes d'huile de ricin dans une tasse de thé, et aussi un lavement huileux laudanisé.

Une heure environ après cette médication, les contractions de l'estomac se suspendirent, et tout un changement s'opéra dans la nature et le siége des douleurs.

Le rectum parut soudainement comme traversé par un fer chaud dans toute son étendue; des mucosités saignantes s'écoulèrent en abondance, mais point de matières fécales, malgré les efforts inouïs faits par la malade, qui répétait à tout instant qu'elle avait moins souffert pendant ses deux accouchements que dans le nouvel et singulier enfantement qui se préparait, et qu'annonça une longue et bruyante sortie de gaz très fétide.

Lorsqu'un commencement de syncope pouvait faire craindre pour la vie de la malade, un dernier et extrême effort opéra l'expulsion, par l'anus déchiré et tout sanglant, d'un calcul très volumineux qui tomba avec bruit dans le vase, à la grande surprise des personnes présentes et de la patiente; les tortures qu'endurait Mme G... furent à l'instant apaisées, et elle put réparer quelques heures après les fatigues d'une insomnie de deux journées entières.

Le lendemain, malgré le brisement du corps, un peu de météorisme et de sensibilité abdominale, une douleur cuisante au pourtour de l'anus; elle reprit le repos, si singulièrement interrompu, et sortit pour recevoir les félicitations de ses voisines sur son heureuse délivrance.

Dix jours se sont écoulés, et l'harmonie ordinaire des fonctions se continue, moins la défécation, toujours rare et difficile.

L'embonpoint n'a pas été diminué par cette grande tourmente, et la fraîcheur des couleurs s'est conservée.

Quelques mots maintenant sur ce fait singulier.

Je suppose que le calcul rejeté était solitaire, et n'ai pas assez de foi, même à la chimie, pour croire qu'on pourrait empêcher le développement de nouveaux produits s'il devait s'effectuer.

Dans ma pensée, le noyau primitif de ce calcul se serait formé dans la vésicule biliaire, d'où il serait sorti lors de la première crise, en 1839, par le canal cholédoque, cheminant pendant les neuf années suivantes dans l'intestin, comme par étapes, et s'accroissant successivement de nouvelles couches de cholestérine cristallisée.

L'abondante quantité de bile fournie par un foie très volumineux et toujours présente dans l'intestin rend cette supposition fort probable, quoiqu'on ne s'explique pas parfaitement l'immunité, la latence du calcul dans les divers points où il a dû s'arrêter successivement.

Comment en effet admettre, dans le cas contraire, que les canaux biliaires se soient dilatés assez pour donner passage à un corps étranger, dont la grosseur présenterait déjà de la curiosité, mais qui surtout est remarquable pour avoir été rendu sans compromettre la vie de la malade, et avec un si prompt rétablissement de toutes les fonctions?

Possesseur d'une belle collection de calculs, formée et annotée par Fourcroy lors de ses importantes recherches sur cette matière, je n'en trouve qu'un seul approchant du volume de celui que je vous adresse; mais il a été trouvé sur un cadavre.

Le temps me manque pour faire compléter par le dessin et l'analyse chimique une observation dont les cas sont assez rares et qui pourra intéresser quelques lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux.*

— Après avoir remercié notre honorable et distingué confrère de sa très intéressante communication, qu'il nous soit permis d'ajouter quelques remarques à celles qu'il présente lui-même sur ce fait remarquable. Mais d'abord mettons sous les yeux de nos lecteurs le dessin de grandeur naturelle d'une coupe du calcul pratiquée dans le sens de ses deux grands diamètres.



La forme de ce produit est celle d'un ellipsoïde légèrement comprimé, de façon à ce que son grand diamètre ayant 41 millimètres, le diamètre moyen en a 28 et le petit diamètre 24.

Nous n'avons pu faire encore l'analyse chimique de ce produit; mais le simple examen à l'œil nu et la projection sur les charbons ardents d'un petit fragment de la matière suffisent pour démontrer qu'il est formé presque entièrement de cholestérine, comme d'ailleurs presque tous les calculs biliaires.

Par quel mécanisme ce volumineux calcul est-il sorti des voies biliaires et est-il parvenu jusqu'à la partie inférieure du canal intestinal? Cette question, fort intéressante au point de vue de la simple curiosité, peut n'être pas sans importance sous le rapport pratique.

Un moment, il nous avait paru rationnel d'admettre, avec notre honorable confrère, que le calcul était sorti naturellement par les voies biliaires à une époque où son volume était encore assez petit, car il ne pourra venir à l'esprit de personne que l'orifice du canal cholédoque et le canal lui-même puissent se dilater au point de donner passage au corps dont nous venons de reproduire les dimensions. Ce calcul, une fois sorti des voies biliaires, se serait accru dans le tube intestinal où il aurait fait un long séjour. Une étude plus approfondie des faits analogues que possède la science ne nous permet pas de nous arrêter à une semblable opinion. Voici nos raisons :

1° Aucun fait positif n'autorise à penser qu'un corps tombé dans le tube intestinal, et ayant séjourné longtemps dans ce canal, puisse s'incruster de cholestérine de la même manière que les corps tombés dans les voies urinaires s'incrustent d'acide urique, de phosphate ou d'oxalate de chaux. Constamment, au contraire, on voit ces corps arriver à la partie inférieure du canal intestinal sans aucune incrustation, et le plus souvent diminuer de volume lorsque leur séjour s'y est prolongé.

2° Lorsque les corps introduits dans le canal intestinal ont eu une forme arrondie et une surface parfaitement polie, comme le calcul que nous venons de représenter, leur passage n'a jamais duré au delà de quelques jours, tout au plus de quelques semaines; ce n'est que dans des cas où leur volume était très considérable qu'ils ont été arrêtés en route; mais alors ils ont déterminé des symptômes d'obstruction intestinale et le plus souvent la mort.

3° La forme du calcul est absolument celle de la vésicule biliaire.

4° Dans les quelques faits analogues que possède la science, on voit que des adhérences se sont établies entre la vésicule et le canal intestinal; qu'une ulcération s'est ensuite formée, qui a donné lieu à une perforation des parois des deux organes; c'est à travers cette perforation qu'est passé le corps étranger. Un exemple très remarquable de ce genre, observé par un médecin anglais dont le nom nous échappe en ce moment, se trouve consigné dans les *Transactions médico-chirurgicales de Londres*. Un exemple analogue nous a également été communiqué par M. Louis, à qui nous avons fait part de celui observé par M. Deramond. Dans le cas de M. Louis, s'est présentée cette circonstance remarquable que le calcul avait produit, pendant qu'il était dans la vésicule biliaire, une tumeur dans la région pylorique et quelques phénomènes gastriques, qui avaient fait croire à un cancer de l'estomac. Une étude approfondie du malade permit à M. Louis d'établir le véritable diagnostic, et de donner au malade et à la famille des espérances qui fort heureusement se réalisèrent.

Mais dans les cas auxquels nous venons de faire allusion, comme dans tous ceux que nous avons trouvés consignés dans la science, des phénomènes morbides plus ou moins graves, longtemps prolongés, avaient précédé l'expulsion du calcul, au lieu que rien de pareil n'a été observé dans le cas que nous venons de rapporter. Ainsi, malgré l'existence de quelques faits analogues, l'observation qui nous a été communiquée par notre honorable confrère n'en reste pas moins une des plus curieuses que renferment les annales de l'art.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons cliniques sur le choléra.

(Neuvième leçon.)

Des causes et de la nature du choléra.

Il n'y a rien de positif, avons-nous dit, ni de constant dans l'influence des agents hygiéniques sur la production et le développement du choléra. Nous avons vu que les conditions de l'air, sa composition, sa température, sa pesanteur, son état hygrométrique, ses mouvements, l'électricité, la lumière, n'exerçaient aucune influence sensible et incontestable sur son apparition; que l'élévation des lieux n'était pas plus puissante.

On a cru que les pays où existent les eaux minérales étaient à l'abri de l'épidémie; mais ces observations n'ont rien de général; car on a vu des pays où existent des eaux minérales ravagés par le choléra, tandis que d'autres pays où étaient les mêmes eaux n'en avaient présenté aucun exemple.

La salubrité des lieux agit-elle d'une manière plus évidente? Si l'on ne consulte que les notions les plus élémentaires de l'hygiène, la réponse n'est pas douteuse. Si l'on consulte les faits, nous rencontrons des contradictions désolantes avec ces notions. Ainsi dans les grandes villes ravagées par le choléra, nous voyons quelquefois des quartiers, où la lumière et l'air circulent le plus largement, être dépeuplés par la maladie; tandis que d'autres quartiers, où l'on trouve le plus grand nombre de rues étroites, insalubres, semblent préservés du fléau. Toutefois dans cette dernière épidémie l'on a pu voir, en général, que les quartiers insalubres, sillonnés par des rues étroites, basses, obscures, humides, avaient payé à la maladie un tribut double des autres quartiers; de sorte qu'il est à peu près certain que l'insalubrité des lieux est une cause favorable au développement de la maladie. Nous pourrions citer un grand nombre de faits confirmatifs de ces assertions.

Les circonstances individuelles, telles que l'âge, le sexe, la constitution, le régime alimentaire, les professions, les habitudes, l'état moral, fournissent-ils quelques données constantes relativement à l'étiologie du choléra?

Voici ce que nous avons observé à ces divers sujets.

Nous avons vu le choléra dans tous les âges de la vie. L'enfance a paru généralement moins fréquemment atteinte; mais, hélas! d'une manière bien plus cruelle que les autres âges. La vieillesse nous a paru, contrairement aux observations antécédentes, plus prédisposée au choléra; et ce qui se passe à la Salpêtrière milite fortement pour cette opinion.

Nous avons vu plus de femmes que d'hommes atteintes de l'épidémie; mais notre observation particulière ne saurait être invoquée pour la solution de cette question, attendu que nous avons dans notre service beaucoup plus de femmes que d'hommes.

Quant à la constitution, il n'est que trop vrai que le choléra n'en respecte aucune. On a dit que les personnes dont la constitution était profondément altérée par des maladies chroniques étaient plus souvent atteintes. Cependant nous avons sous les yeux, à la salle Saint-Antoine, une femme de quarante-cinq ans environ qui porte une vaste caverne tuberculeuse au sommet du poumon gauche, et qui a été frappée deux fois du choléra depuis le commencement de l'épidémie; ces atteintes ont présenté l'une et l'autre la forme *algide*, *asphyxique*, et cette femme a parfaitement guéri de ces deux attaques. Cet exemple n'est pas le seul de cette espèce que nous ayons observé.

On ne saurait révoquer en doute l'influence du régime alimentaire sur la production du choléra; régime insuffisant, insalubre, excès dans les aliments et les boissons, favorisent également le développement de cette affection. Il est malheureusement trop vrai que la misère, qui ne permet pas une bonne alimentation, dispose au choléra. Le régime des indigents, composé de basses viandes, et plus souvent de légumes, de fruits verts, les rend plus aptes à être frappés de la maladie. Mais les excès de table, et particulièrement les excès de boissons alcooliques, ont occasionné bien des désastres. Les personnes soumises à un régime convenable, rationnel, si elles ne sont pas complétement exemptes, sont néanmoins bien moins souvent attaquées.

Il existe des observations singulières relativement à l'action des professions sur la production du choléra. Ainsi, en 1832, à Paris, on a remarqué que les vidangeurs, les égoutiers, les boyaudiers, les tanneurs avaient été exempts de la maladie; mais l'on peut affirmer qu'il n'y a rien de constant à ce sujet. Le choléra a frappé indistinctement toutes les professions.

On a de tout temps considéré le courage comme le préservatif le plus efficace contre toute espèce d'épidémie. Il semblerait que la peur, qui est une cause essentiellement débilitante, favorise l'absorption des miasmes, dispose à en recevoir l'impression de la cause épidémique. Quoique cette proposition nous paraisse hors de doute, puisque nous avons pu voir nous-même un grand nombre de personnes terrifiées à l'approche du choléra tomber les premières victimes, nous pouvons dire aussi que nous avons vu un bien plus grand nombre d'individus qui n'éprouvaient aucune crainte, aucune émotion, et qui n'en sont pas moins tombés frappés par le fléau. Nous avons même vu des gens braver le choléra, et succomber en peu d'heures à ses atteintes. Je me souviens, entre autres, d'un fait qui est resté dans ma mémoire depuis 1832. Une pâtissière de la rue des Saint-Pères, jeune femme de vingt-cinq à vingt-six ans, forte, fraîche, robuste, achète un melon, et dit à ses voisins : « Moi je me moque du choléra; je vais avaler le choléra. » En effet, cette malheureuse mangea sans doute trop de melon; le lendemain, elle était morte. Ce fait prouve deux choses : la première, c'est que l'indifférence ne met pas toujours à l'abri de l'épidémie; et la seconde, que l'excès de certains aliments, et surtout les fruits, peut disposer à la contracter.

De la contagion du choléra.

La contagion du choléra est une des questions les plus intéressantes qui puissent se présenter aux méditations des médecins. Ce n'est pas seulement une question de philosophie médicale, c'est une question d'hygiène générale, c'est une question d'humanité.

La plupart des médecins de Paris pensent que le choléra n'est pas contagieux; quelques-uns, et des plus recommandables, pensent, au contraire, qu'il jouit de ce funeste privilége. Les faits sont cependant les mêmes pour les uns et les autres, mais l'interprétation n'est pas la même. Il faut bien avouer qu'il est extrêmement difficile de démontrer qu'il y a ou qu'il n'y a pas contagion.

Lorsqu'une ou plusieurs personnes donnant des soins à un cholérique sont frappées du choléra, peut-on savoir si elles ont contracté la maladie par le contact, ou si la cause générale qui a frappé le premier malade a simplement atteint les derniers?

Le même raisonnement s'applique à la transmission du choléra d'un pays à un autre par des individus qui arrivent d'un pays contaminé. Qui oserait affirmer que la cause cholérigène a été importée par eux? Ne peut-elle avoir pris la même voie par laquelle elle fond sur des pays non encore atteints? Et dans ces deux cas, nous admettons les faits ayant toutes les conditions de probabilité et d'authenticité que les partisans de la contagion peuvent demander. Que sera-ce si ces faits sont douteux, ont été mal observés, l'ont été par

des esprits prévenus; si ces faits sont peu nombreux ou presque nuls en comparaison des faits contraires?

Voyons d'abord ce qui s'est passé dans nos salles, sous nos yeux, et voyons ce que nous pouvons en conclure relativement à cette grande question.

Quelques malades, dès le commencement de l'épidémie, ont été frappés du choléra dans nos salles; il y a des hôpitaux où plus de la moitié des cholériques ont été atteints de cette manière. Eh bien! ces malades ne se sont trouvés aucun dans le voisinage de cholériques.

La femme du n° 4 et une autre au n° 2 ont été atteintes le 12 mars, deux jours après que les premières malades sont arrivées dans la salle Saint-Antoine, et ces dernières avaient été placées aux n°s 20 et 21, à l'autre extrémité de la salle. Voilà un fait dont vous avez été témoins. Peut-on inférer de ce fait qu'il y a eu contagion? Et maintenant, la mère, la sœur religieuse, les infirmières, les médecins, les élèves en médecine et en pharmacie qui ont donné leurs soins à ces premières malades, n'ont pas eu la plus légère atteinte de l'épidémie, et cela pendant toute sa durée. Nous n'ignorons pas qu'on argue de la disposition individuelle. Nous savons que tout individu n'est pas apte à être contaminé; que, dans les maladies évidemment transmissibles d'un individu à un autre, tous ne sont pas frappés par la contagion; mais quelques-uns, au moins des plus exposés, l'auraient été, et, vous le savez, *aucun*, heureusement, ne l'a été. Il est donc plus rationnel d'admettre que, pour les faits observés par nous du moins, rien n'autorise à admettre la contagion. Nous avons reçu à la salle Saint-Antoine deux ou trois jeunes femmes qui avaient, en effet, donné des soins assidus à leurs parents, et à la fin de la maladie avaient été frappées par elle; mais qui nous dit, encore une fois, que ce n'est pas la cause générale qui les a atteintes au même titre que leur père ou leur mère? Et qu'est-ce d'ailleurs que deux ou trois faits de ce genre, comparativement à la masse totale des cholériques que nous avons soignés et qui ont été frappés dans de tout autres conditions? Donc, pour ce qui nous concerne, nous ne sommes pas autorisé à admettre que le choléra soit contagieux. Certes, il ne l'a pas été dans l'immense majorité des cas. La plupart, le plus grand nombre des malades que nous avons reçus, lorsqu'ils ont pu répondre à nos questions, nous ont dit qu'ils avaient été atteints chez eux, ou pendant leurs occupations, sans qu'ils connussent personne qui fût atteint de cette maladie.

Quelques médecins pensent qu'une maladie qu'on voit naître en Asie, traverser cette immense contrée, dévaster de proche en proche toutes les villes qu'elle rencontre sur son passage, dont on suit les traces par les victimes qu'elle laisse sur ses pas, ne peut procéder, dans sa propagation, que par voie de contagion.

Mais qui ne sait que le choléra franchit souvent de grands espaces, va frapper des cités lointaines, en laissant exemptes de ses coups des populations intermédiaires, sans que personne soit venu du pays ravagé dans celui qui va l'être! Ces lacunes, ces interruptions, ces exemptions peuvent-elles s'expliquer par la contagion? Evidemment non; et ici, il faut admettre la cause épidémique dont nous avons reconnu l'existence et qui frappe les populations à la manière des orages.

Et maintenant, est-il nécessaire d'analyser les faits de contagion dont on a fait si grand bruit dans ces derniers temps? Des nourrices partent de Paris où règne l'épidémie; elles sont, en apparence, bien portantes; elles arrivent chez elles à Nogent; l'une d'elles est frappée du choléra en arrivant; puis les parents et les personnes qui l'entourent sont atteints du choléra, et par eux et de proche en proche la maladie s'établit dans la ville. Certes, voilà un fait bien concluant; mais d'abord, les faits se sont-ils bien réellement passés ainsi? Et s'il est bien vrai que les rapports faits au médecin qui a publié ces faits soient parfaitement exacts, nous le répétons, la cause épidémique seule n'a-t-elle pas pu les produire?

Un fait, en tout semblable à celui-ci, a été rapporté par M. Contour dans son article sur les maladies épidémiques, et cité par M. Tardieu: « Dans un village du gouvernement de » Tchernigov, du 30 au 31 août, une jeune fille tombe ma- » lade et meurt dans la nuit. Le jour de l'enterrement, son » frère, *à la suite de quelques excès*, est atteint du choléra et » succombe en vingt-quatre heures. Le père de ces deux » jeunes gens ne tarde pas à les suivre. Une femme qui a » donné des soins à cette famille meurt le lendemain; et deux » jours plus tard, le mari de cette femme a le même sort. » Mais ne pouvons-nous pas appliquer à ce cas le raisonnement que nous avons fait tout à l'heure? Qui peut affirmer que la cause épidémique n'a pas agi seule dans la production de ces différents cas?

Le même auteur cite un fait qui a produit en Russie la plus profonde sensation: il s'agit de soldats qu'on envoie d'un pays infecté prendre les eaux minérales dans un endroit éloigné. A leur arrivée, la maladie se répand avec violence dans le pays où ils abordent; on crie à la contagion! Mais une enquête rigoureuse démontre que le choléra existait un mois avant l'arrivée de ces soldats! Combien de faits semblables ne trouverait-on pas, si on se donnait la peine de les scruter rigoureusement!

Et maintenant, le choléra se transmet-il par infection, comme le typhus? Une atmosphère toxique se développe-t-elle, se condense-t-elle autour d'individus frappés du choléra? Ainsi que la cause du typhus, la cause du choléra émane-t-elle, s'exhale-t-elle du corps des cholériques pour agir médiatement ou immédiatement sur des individus disposés à être frappés de la maladie? La cause épidémique peut-elle être transportée par des masses d'individus qui la traîneraient après eux comme un funeste bagage? Ce sont là de simples suppositions qu'aucun fait positif n'autorise à admettre, que rien d'ailleurs ne nécessite, puisque l'existence d'une cause épidémique rend suffisamment raison des faits observés. Toutefois, nous croyons d'un bon esprit de ne pas rejeter tous les faits qui semblent prouver l'existence de la contagion d'une manière absolue, et qu'il est sage de les soumettre ultérieurement à une méditation attentive et scrupuleuse.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Nélaton.

Induration syphilitique du canal de l'urètre, suivie de réflexions.

PAR M. A. NOTTA, interne des hôpitaux, etc.

L'observation suivante, recueillie avec soin par M. Notta, interne distingué des hôpitaux, et publiée par lui dans le dernier numéro des *Archives générales de médecine*, est une manifestation assez rare de l'infection syphilitique pour que nous pensions devoir la porter à la connaissance de nos lecteurs.

Obs. — Ferdinand L..., âgé de soixante douze ans, courtier en vins, entre le 7 août 1848 à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Nélaton.

Cet homme, habituellement d'une très bonne santé, n'a jamais eu de grandes maladies qui l'aient obligé de garder le lit, excepté quelques-unes des affections dont nous allons faire mention.

A vingt ans, il contracte une première blennorrhagie, qui s'accompagne d'orchite; au bout d'un certain temps, qu'il ne peut préciser, à l'écoulement urétral aigu avait succédé un petit suintement purulent avec sensation de chaleur en urinant. Cet état persista jusqu'à l'apparition de la seconde blennorrhagie, vers l'âge de trente ans: celle-ci eut une courte durée. Après sa guérison, persistance du suintement urétral et d'un peu de chaleur en urinant. A cinquante ans, nouvelle blennorrhagie avec deux chancres à la base du gland. Celle-ci dure trois mois à l'état aigu; puis, comme précédemment, il y a persistance du suintement urétral. Il n'a fait usage d'injection pour aucune de ces blennorrhagies. Quatre ou cinq mois après la première, il commença à éprouver un peu de difficulté à uriner; le jet était lancé avec moins de force et allait en tournoyant. Il remarqua que le jet était moins gros, surtout quand il avait bu des liqueurs fortes. La difficulté d'uriner fut toujours en augmentant; il y a quatre ans, le jet d'urine était devenu très fin; et un jour, après quelques excès de table, ne pouvant plus uriner que goutte à goutte, il alla voir M. Ségalas, qui lui passa, séance tenante, trois bougies dans le canal. Après cette séance, il urina assez facilement; mais, au bout de deux mois, à la suite d'excès de table, il éprouva de nouveau une très grande difficulté d'uriner, qui se dissipa au bout de quelques jours sans traitement.

Il y a deux ans, étant en voyage, à la suite d'un repas accompagné de libations trop copieuses, le suintement urétral, qu'il avait toujours conservé, se transforma en écoulement abondant, mais nullement douloureux, et cependant il y avait trois mois qu'il n'avait vu de femme. Depuis lors, l'écoulement a été abondant et a persisté.

Il y a un an, après avoir eu des rapports sexuels, il eut au méat urinaire une ulcération qui fut deux mois environ à se cicatriser: à cette époque, il prit des capsules de Raquin et fit des injections de tannin. Auparavant, il avait remarqué que son canal de l'urètre était induré; mais c'est seulement depuis l'apparition de l'ulcération que l'induration a pris les énormes proportions qu'elle a aujourd'hui.

Enfin, il y a cinq ou six mois, il lui vint, sur le côté gauche de l'urètre, au-devant des bourses, une petite tumeur qui, au bout de six semaines, acquit le volume d'un œuf de pigeon, puis resta stationnaire; enfin, il entra le 16 juin à l'hôpital Saint-Antoine. M. Nélaton le mit à l'usage des pilules de proto-iodure.

Le 24 juin, le malade est obligé de quitter l'hôpital encombré de blessés. Chez lui, il continue l'emploi des pilules, prend deux bains, applique des cataplasmes sur la tumeur, et il rentre dans nos salles le 7 août.

Etat actuel. — Sujet très bien conservé, squelette bien développé, chairs fermes, sèches; il a tous les attributs d'une vigoureuse constitution. Le gland, recouvert presque complétement par le prépuce, est baigné par la matière de l'écoulement urétral, qui est clair, d'un blanc très légèrement jaunâtre, assez mal lié; il est moins souple qu'à l'état normal et n'est pas augmenté de volume. Au niveau du méat urinaire, existe une cicatrice déprimée et indurée.

Le canal de l'urètre, depuis son origine jusqu'au gland, se présente sous l'aspect d'un cordon arrondi, d'un volume égal dans toute son étendue, de la grosseur du pouce, et d'une dureté comparable à celle du bois. A 7 ou 8 centimètres du méat urinaire, sur le côté gauche du canal de l'urètre, est une tumeur du volume d'une aveline: cette tumeur, dont il a été fait mention plus haut, s'est percée d'un petit trou à son centre il y a trois semaines; immédiatement après cette perforation, elle n'a pas notablement diminué; elle est cependant moins volumineuse qu'elle n'a été. A son centre, nous trouvons une petite ulcération de 2 millimètres de diamètre par laquelle suintent quelques gouttes d'urine pendant la miction, et ce suintement est accompagné de quelques picotements bornés à cette fistule. Cette tumeur indolente, d'une dureté semblable à celle de l'urètre, tient à ce canal par un pédicule étroit, que l'on circonscrit facilement. Le canal de l'urètre, sur lequel la peau n'est pas adhérente, n'est douloureux à la pression dans aucun point de son étendue, ni lors de la miction. Le malade n'y ressent non plus aucune douleur spontanée. Les corps caverneux sont souples, parfaitement sains dans toute leur étendue. Le jet d'urine est très petit, gros comme un stylet. Il est projeté parfois en ligne droite, d'autres fois en tournoyant, et alors il est multiple. Il est encore lancé avec assez de force pour tomber à un ou deux pieds du malade; cependant, à chaque miction, le malade est obligé de faire des efforts et de s'y reprendre à deux ou trois fois. Les premières gouttes d'urine sont mêlées à une matière blanche épaisse. La pression à l'hypogastre est légèrement douloureuse; pas de douleurs de reins. Il a eu des rapports sexuels jusque dans ces derniers temps; l'éjaculation est accompagnée d'un plaisir extrêmement vif, surtout depuis quelques mois. Dans les érections, qui sont fréquentes, la verge conserve sa rectitude normale. Les testicules n'offrent aucun point induré, et sont parfaitement sains. L'appétit est très bon. Les autres fonctions sont normales; pas de douleurs ostéocopes, ni d'exostoses sur les os superficiels. Il n'a jamais eu de boutons sur la peau, ni de croûtes dans les cheveux. De trente-cinq à quarante ans, il perdit une partie de ses cheveux; depuis, ils n'ont pas repoussé; il en a néanmoins encore une grande quantité pour un homme de son âge.

Lors de son premier séjour à l'hôpital, M. Nélaton a tenté en vain, à plusieurs reprises, d'introduire des bougies dans l'urètre; aussi ne fait-il pas de nouvelles tentatives, comptant que le traitement fera disparaître en partie l'engorgement du canal. — *Traitement*: une pilule de proto-iodure de mercure de 0 gr. 05 centigr., 1 gr. d'iodure de potassium.

Le 11 août, un bain.

Le 18, la tumeur latérale appendiculaire a notablement diminué. Le malade urine plus facilement, le jet est un peu plus gros. Il n'y a pas encore de diminution bien marquée du canal de l'urètre.

Le 25, il se plaint d'avoir dans la bouche un goût métallique prononcé. Il salive un peu plus que d'habitude; un peu d'échauffement des gencives. — On suspend les pilules de proto-iodure; on continue l'usage de l'iodure de potassium.

Le 27, M. Nélaton et M. Béniqué cherchent successivement à pratiquer le cathétérisme avec une petite sonde métallique; l'instrument est arrêté au niveau de la portion membraneuse de l'urètre. La paroi interne du canal est très irrégulière, très rugueuse.

Au-dessous des bourses, le canal de l'urètre a notablement diminué de volume, il semble qu'il y ait un peu plus de souplesse; l'échauffement des gencives a disparu.

Le 4 septembre, on reprend l'usage des pilules de proto-iodure.

Le 15, le canal de l'urètre a sensiblement diminué de volume; mais il est encore extrêmement volumineux, environ le volume de l'index. La tumeur située sur les parties latérales s'est aplatie, et n'a plus que le volume d'un gros pois; la petite fistule qui la traversait s'est cicatrisée. Le malade demande sa sortie; on l'engage à continuer chez lui l'emploi des pilules de proto-iodure, et l'iodure de potassium à la dose d'un gramme par jour.

L'auteur accompagne ce fait intéressant de quelques remarques qui ont surtout pour objet d'établir la relation que l'auteur suppose exister entre la nature de l'induration et la dernière ulcération que le malade est censé avoir contractée il y a un an au méat urinaire; tandis que, suivant l'auteur, l'induration du canal qui a suivi la première blennorrhagie ne serait pas la même que celle qu'offrait le malade au moment où il a été observé, laquelle aurait changé de nature par le fait d'une contagion nouvelle. Cette manière de voir n'est pas rigoureusement conforme à ce que nous apprend l'observation dégagée de tout système. Cette observation nous apprend au contraire que les indurations du canal de l'urètre ne sont pas très rares à la suite d'une ou de plusieurs blennorrhagies, en l'absence de toute affection chancreuse; que ces indurations donnent souvent lieu à des rétrécissements, lesquels guérissent parfaitement dans la plupart des cas à l'aide d'un traitement antisyphilitique.

Introduction d'un gobelet de verre dans le rectum. Extraction. — Guérison,

PAR LE Dr PARKER.

Observation rapportée par M. Ruschenberger, chirurgien de la marine des Etats-Unis.

La science possède déjà plusieurs exemples d'introduction dans le rectum, soit de verres à boire, soit d'autres objets analogues; mais dans tous les cas de ce genre qui sont à notre connaissance, ce grave accident, seul ou concurremment avec les manœuvres destinées à en prévenir les suites, a occasionné la mort. Tout récemment encore, un nouvel exemple s'est présenté à la Charité, dans le service de M. Morel-Lavallée, pendant que ce chirurgien remplaçait M. le professeur Gerdy, et malgré le procédé ingénieux que M. Morel imagina pour pratiquer l'extraction du corps étranger, il ne put soustraire son malade au sort commun.

Le fait suivant se recommande donc à la fois et par sa rareté assez grande, et surtout par les résultats heureux qui ont suivi l'opération.

Dans une visite que j'ai faite récemment à Canton, écrit le docteur Ruschenberger, j'ai pu, tant d'après les notes écrites que d'après les explications verbales que m'a fournies l'honorable M. Parker, chirurgien en chef de l'hôpital ophthalmologique, rédiger une note sur le fait suivant qui, par sa rareté et par l'idée qu'il peut donner des mœurs débauchées d'une partie de la population chinoise de Canton, m'a paru digne d'être publié.

Le 1er mars 1848, dans la soirée, un jeune homme d'un extérieur très convenable vint réclamer les soins du docteur Parker pour son père, qu'il avait conduit à l'hôpital. Il raconta avec beaucoup de honte que son père, nommé Loo, âgé de soixante ans, avait passé la nuit précédente avec une prostituée, dans un bateau à fleurs. En proie à l'excitation et

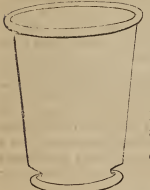
à l'enivrement produits par l'influence des liqueurs spiritueuses et de l'opium, l'insensé vieillard avait imaginé d'enfoncer un gobelet de verre de la forme et de la dimension indiquées par la figure ci-jointe dans le vagin de la compagne de ses débauches. Plus tard, dans la nuit, Loo tomba dans un état d'insensibilité qui permit à cette femme de se venger. Elle insinua avec soin la base du gobelet dans l'anus du vieillard; puis, plaçant le bout de sa pipe d'opium (cylindre d'un pouce environ de diamètre et d'un pied et demi de long) au fond du gobelet, elle le poussa violemment dans le rectum, jusqu'au delà du sphincter. Vingt-quatre heures s'étaient écoulées entre le moment de cette introduction et celui où le docteur Parker fut consulté; et dans les efforts faits par les amis du malade pour enlever ce gobelet, une partie du bord d'un demi-pouce environ avait été brisée.

Tel était l'état de Loo lorsqu'il fut amené à l'hôpital.

Par un examen attentif on acquit la certitude que le gobelet était fortement fixé dans sa position; il était extrêmement difficile de passer le bout du doigt entre les parois extérieures du verre et celles du rectum. Le docteur Parker pensa donc qu'il serait impossible d'extraire le gobelet intact, et il se décida à le briser, tout en prévoyant les dangers et les difficultés de ce mode de procéder. Au moyen du forceps, tel que l'emploient les accoucheurs pour briser le crâne du fœtus, il brisa le gobelet, en commençant par le côté le plus rapproché du pubis, en fit l'extraction pièce à pièce, préservant avec des morceaux d'étoffe de coton chaque partie opérée, et ramassant avec une petite cuiller les minces fragments qui tombaient. Après que toute la partie du gobelet qui forme une clocbe eut été enlevée, il restait à accomplir la partie la plus difficile de l'opération; car une bémorrhagie s'était déjà manifestée, et la base du gobelet, avec toutes les aspérités aiguës résultant du brisement du verre, était très enfoncée dans le rectum et fortement serrée transversalement. Cependant, secondée par les efforts expulsifs du patient, on parvint à atteindre avec le bout du doigt le bord de la base du gobelet; on arriva à grand'peine à la faire tourner de côté en lui faisant opérer une demi-conversion; on préserva les parois de l'intestin au moyen de compresses, de l'action des aspérités tranchantes du verre; enfin, en pressant le côté lisse ou fond du gobelet contre le rectum, en même temps qu'on l'attirait en bas, on arriva à l'extraction complète. On rechercba bien tous les petits fragments qui pouvaient rester encore, et on lava soigneusement l'intestin. Pour faire cesser l'bémorrhagie, qui était considérable, on eut recours à des injections composées d'une forte solution de sulfate de cuivre et d'alun, que l'on maintint dans le rectum à l'aide d'une éponge appliquée contre l'anus. L'bémorrbagie s'arrêta.

La nuit suivante, le malade rendit plusieurs onces de sang coagulé; tous les accidents cessèrent ensuite.

Après l'opération, qui dura une beure et demie, on plaça le malade dans son lit, et on lui donna des opiacés. Le traitement général consista dans le repos, des laxatifs et une diète légère; de temps en temps on injectait de l'eau tiède dans le rectum ou une solution de nitrate d'argent.



Le quatorzième jour tout traitement cessa. La guérison était complète.

Voici la figure qui représente la forme et les dimensions du gobelet.

Diamètre du bord, 2 pouces 5/8.

Hauteur, 3 pouces 1/2.

Diamètre de la base, 1 pouce 7/8.

(*American Journal of medic. scienc.*, avril 1849.)

Rupture du pénis.

Un jeune homme natif de Canton vint réclamer les conseils du docteur Parker; il était marié depuis environ huit mois. La première nuit de son mariage il éprouva une difficulté insurmontable à consommer l'acte de la génération. Dans un effort énergique et soutenu qu'il fit pour vaincre cet obstacle, le pénis éprouva une lésion probablement irréparable. Depuis cette nuit, l'érection de l'organe viril est limitée au demi-pouce postérieur de cet organe; tout le reste de sa partie antérieure, y compris le gland, restant dans l'état de flaccidité.

A l'examen des parties on constate qu'à un demi-pouce environ des pubis, une sorte de bride de cloison, dépendant sans doute d'une cicatrice, sépare en deux parties les corps caverneux qui ont sans doute été rompus dans ce point.

Aucune tentative n'a d'ailleurs été faite pour remédier à cette sérieuse lésion. (*Idem.*)

Revue thérapeutique.

Nouvelle manière d'administrer aux enfants le semen-contra; par M. Gaffarn (d'Aurillac).

On sait que cet excellent vermifuge ne peut souvent être que difficilement admioistré aux enfaots à cause de son extrême amertume. Pour obvier à cet iocoovénient, M. Calloud avait extrait, sous le nom de *santonine*, un des principes actifs du *semen-contra*, qui est dépourvu de saveur et cst très facilement pris par les enfaots. Seulement la santonine est d'un prix assez élevé, ce qui rend l'usage difficile cbez les enfants des pauvres. M. Gaffard a cherché à réunir les principes actifs du *semen-contra* dans une préparation moins coûteuse, et il dit avoir réussi par le procédé suivant, qui consiste, selon lui, à sapooifier les trois principes gras du *semen-contra*, la santonine, l'huile volatile et la résioe. Il donne à son produit complexe le nom de santonine *brune* ou *impure*.

Manière d'obtenir la santonine brune ou impure.

Semen-contra d'Alep	100 grammes.
Sel de tartre	30 —
Chaux éteiote et tamisée	15 —
Eau	1 lit. 1/2 à 2 litres.

Mettez le tout sur le feu, dans une bassine; agitez de temps en temps avec une spatule de bois; portez à l'ébullition. Laissez bouillir pendant une heure eoviron; retirez du feu. Passez au travers d'un linge avec expression; laissez reposer; décantez; filtrez le fond, que vous étendrez préalablement d'uoe petite quantité d'eau; mêlez ensemble les produits de la décaotation et ceux de la filtration, et décomposez par Q. S. d'acide chlorhydrique ou d'acide nitrique, sans employer néaomoins un grand excès d'acide jusqu'à ce que le liquide, rougissant fortement le tournesol, ne soit pas sensible, ou à peine du moios, à la langue. Laissez reposer; passez au travers d'un filtre de papier préalablement mouillé, ou mieux, si on agit sur une certaine quantité, au travers d'une toile ou d'un blanchet à tissu serré et préalablement mouillé. Faites dessécber à l'air libre et conservez dans des bocaux pour l'usage. Ce produit, mélange de résine, de santonine et d'huile essentielle, devra être considéré comme suffisamment sec lorsqu'il aura atteint la consistance du beurre de muscade. Pousser la dessication au delà serait s'exposer à perdre une partie de l'buile essentielle. On reconnaîtrait qu'on tombe dans ce défaut au changement de couleur de la surface qui blanchit, ainsi qu'à la formation d'une coucbe superficielle dure.

Pastilles de santonine brune.

Santonine brune	12 grammes.
Sucre pulvérisé	480 —
Gomme pulvérisée	50 —
Huile essentielle de citron ou de bergamotte	25 gouttes.

Versez l'huile essentielle sur le sucre, mettez la santonine brune dans un mortier de marbre; ajoutez peu à peu, et en broyant, le sucre et la gomme, de manière à former une poudre homogène, et faites avec Q. S. d'eau une masse de consistance voulue pour obtenir des tablettes que vous ferez de 1 gr. 15. Cbaque tablette qui, desséchée, pèsera 1 gr. environ contiendra 0 gr., 025 de principe vermifuge.

Si on a soin de colorer, dans le mortier, le mélange des poudres avec Q. S. de carmin des confiseurs, et qu'on se serve, pour poudrer les tablettes, de sucre préalablement rougi avec ce même carmin, on obtiendra des tablettes qui, saos avoir contracté de mauvais goût par cette addition, seront d'une couleur rosée qui plaît beaucoup aux enfants, et qui donne à ces pastilles un aspect plus engageant pour eux.

Les médecins de nos amis qui prescrivent depuis longtemps nos pastilles les ordonnent à la dose et de la manière suivante:

Au-dessous de 6 mois	1	soir et matin.
De 6 mois à 1 ao	2	—
De 1 à 2 ans	3	—
De 2 à 4 ans	4	—

De 5 ans et au-dessus, autant de pastilles, soir et matin, que l'enfant a d'années.

On continue ce traitemeot pendant un couple de jours et plus, jusqu'à ce qu'on cesse d'obtenir des résultats. (*Journ. de ph. du Midi.*)

Collodium cantharidal, par M. F. Ilisch, pharmacien à Saint-Pétersbourg.

Lorsqu'il s'agit de placer un fort vésicatoire dans un endroit du corps où il peut se déplacer facilement par les mouvements du malade, l'emploi du collodium cantbaridal produit les meilleurs résultats.

Pour préparer ce produit épispastique, on épuise par la méthode de déplacement une livre de cantharides grossièrement pulvérisées, avec une livre d'étber sulfurique et trois ooces d'éther acétique; de cette manière, on obtient une solution saturée de cantharides ainsi qu'une matière grasse animale d'une couleur verdâtre; enfin daos 2 onces de ce liquide, on dissout 25 grains de coton-poudre. Ce produit se conserve sans altération daos des flacons bien fermés.

Lorsqu'on veut en faire usage, il suffit d'en enduire, au moyen d'un pinceau, l'endroit où le vésicatoire doit être appliqué.

NOUVELLES.

Par arrêté de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, cbargé par intérim du ministère de l'iostruction publique et des cnltes, en date du 21 août 1849, un concours public sera ouvert lc 1er mai 1850, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour la cbaire dc clinique externe vacante dans cette Faculté.

Les docteurs en médecioe ou en chirurgie qui désireraient prendre part à ce concours devront déposer, avant le 1er avril 1850, au secrétariat de la Faculté de médecine de Montpellier, les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par le règlement.

— M. le docteur Alquié, membre du conseil de santé des armées, vient d'être envoyé eo mission à Rome pour « veiller, dit le *Moniteur du Soir*, à l'emploi de tous les moyens destinés à garantir les troupes du corps expéditionnaire des influeoces climatériques et de l'effet des fatigues du siége. »

— M. le docteur Tavignot, ex-chirurgien ioterne des hôpitaux, et chef de clinique des maladies des yeux à l'bôpital de la Pitié, commencera le mardi 4 septembre, à trois heures, uo cours théorique et pratique des maladies des yeux, à son dispensaire, 2 *ter*, rue Grégoire-de-Tours, près la rue de Bussy. — Ce cours sera continué pendant les vacances.

— Le docteur Pettigrew, de l'Institut de Londres, vient de développer une momie égyptienne en présence d'une nombreuse assemblée. D'après les indications du papyrus et des hiéroglyphes qui décoraient les coins, c'était le corps d'une jeune fille âgée de quinze ans, morte pendant la période de la dix-huitième dynastie de Thèbes, c'est-à-dire de 1576 à 1289 ans avant Jésus-Christ. Le corps était bien conservé, les ongles et les dents en bon état. Les viscères étaient couverts d'une poudre aromatique et d'une substance bitumineuse.

On s'occupe beaucoup dans le monde médical de la découverte du Narcontine, procédé simple pour guérir les maux de dents radicalement et sans douleur, inventé par M. Benoist, de Wissembourg, mécanicien-dentiste, passage Véro-Dodat, 33, et déposé, dit-on, par lui, suivant la loi, pour en prévenir toute contrefaçon.

En rendant désormais inutile l'opération de l'extraction, toujours si redontée et toujours douloureuse (même au moyen de l'étbérisation, qui dans les maios de certains praticiens n'est pas sans daoger), M. Benoist, déjà avantageusement connu par ses *dents et dentiers inoxidables*, a acquis un titre de plus aux sympathies que lui témoigne le public depuis quelque temps.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 28 AOUT 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 100.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris.	24 fr.	— 13 fr.	— 7 fr.
Départements .	26 fr.	— 14 fr.	— 8 fr.
Étranger. . .	30 fr.	— 16 fr.	— 9 fr.

PARIS, 27 AOUT 1849.

Bulletin du choléra.

La semaine que nous venons de traverser a confirmé les espérances que nous avions conçues touchant la disparition prochaine de l'épidémie; celle dans laquelle nous entrons s'annonce encore sous de meilleurs auspices, si ce que nous avons constaté ce matin à l'Hôtel-Dieu existe dans tous les autres hôpitaux, ainsi que nous avons quelques raisons de le croire.

La moyenne des admissions dans les hôpitaux civils a été seulement de 30 par jour dans les trois derniers jours, et la moyenne des décès de 18.

Les hôpitaux militaires continuent d'être à l'abri de nouvelles atteintes.

Ainsi tout nous fait espérer que la fin du mois prochain verra l'épidémie disparaître définitivement de la capitale.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

Hôpitaux civils :		
Journée du 24 août........	29 entrées,	16 décès.
— 25	26	18
— 26	36	20
Hôpitaux militaires pendant les trois jours....................	»	»
Total.................	91	54
Total des décès dans les hôpitaux..........		7421
Total des décès à domicile jusqu'au 30 juillet inclusivement........		9500
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie.		16921

Deux cas de rétroversion.

Nouvel appareil propre à remédier à ce déplacement.

Note lue devant le collége de médecins de Philadelphie, par M. H. Bond.

Cette note se compose de deux observations de rétroversion traitée à l'aide d'un instrument nouveau, dont la description est jointe à l'histoire des deux malades. Dans les deux cas, la rétroversion a été combattue avec succès, et tous les phénomènes morbides dont elle s'accompagnait ont disparu presque aussitôt que l'instrument a été mis en place. Ce qui paraîtra peut-être plus singulier, c'est que, suivant les observations de l'auteur, les malades n'ont en aucune façon été incommodées de cet appareil, qui, *à priori*, semblerait devoir être si gênant. Sans oser espérer que les tentatives ultérieures soient suivies des mêmes succès que celles du docteur Bond, nous avons cru néanmoins utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs et la description de son nouvel instrument, accompagnée d'une figure, et la représentation fictive des deux déplacements qu'il a eu à combattre. La rétroversion constitue souvent une affection assez grave et rebelle pour qu'on ne néglige d'expérimenter aucun des moyens rationnels proposés pour la guérir.



La position et la dimension de l'utérus se ressemblaient tant dans les deux faits observés, que le dessin ci-joint pourra donner une juste idée de la situation relative du viscère pelvien (1) dans chacun des deux cas. La seule différence remarquable était que, dans la première des deux observations, l'ouverture et le col de l'utérus étaient plus souples, cédaient mieux au toucher, et n'appuyaient pas aussi fortement contre le pubis, qui peut-être était un peu plus gros et plus fort. En examinant attentivement la gravure, on reconnaîtra que toute tentative faite en pareille circonstance, pour replacer l'utérus en le pressant avec le doigt dans le vagin, n'aura que très peu d'effet. On n'arrivera qu'à en repousser le fond dans la concavité du sacrum. La gravure démontre aussi que, si l'introduction du doigt ou du pouce dans le rectum peut être suivie d'heureux résultats, elle laisse pourtant encore considérablement à désirer pour assurer le succès, puisque l'on n'a pas une longueur suffisante pour élever le fond du viscère au-dessus de l'angle du sacrum. Enfin, on pourra, grâce à cette gravure, se faire une idée de l'utilité, de l'efficacité de la sonde utérine du professeur Simpson, comme moyen de replacer l'utérus en pareilles circonstances. Je n'ai jamais fait usage de cet instrument; j'ai seulement assisté à une application qui en a été faite; et peut-être, à cause de cela, paraîtra-t-il téméraire à moi de donner mon opinion sur le parti qu'on peut en tirer; cependant, après avoir mûrement réfléchi sur sa véritable valeur, j'ai pensé que cet instrument serait toujours considéré comme inutile dans ces cas de rétroversion où un secours instrumental est si désirable. Dans ceux de ces cas où l'on aura cru devoir en faire usage, on aura presque toujours à se demander si le malade n'aurait pas gagné à ce que l'on ne se fût point servi de cet instrument. Ne pourrait-il pas de plus être une arme dangereuse dans les mains de ces praticiens téméraires qui sont bien déterminés à ne jamais rencontrer d'obstacle? Si on le considère comme une simple sonde, il est probable qu'un instrument plus léger et plus flexible serait préférable.

Peut-être demandera-t-on si les circonstances pour lesquelles cet instrument a été inventé se représentent souvent. Comme je n'ai pas fait des déplacements de l'utérus une spécialité, comme je n'ai pas la prétentiou d'avoir joui d'occasions extraordinaires pour ce genre d'observations, mon opinion peut être considérée comme de peu de valeur; cependant, je répondrai que, d'après mes études et mes recherches, ce genre de maladie ne se présente que très rarement. Durant une pratique de plus de trente ans, je n'ai pas rencontré un cas de rétroversion de l'utérus pendant la grossesse : je n'ai vu que les deux faits cités plus haut. Quiconque lira les différents traités écrits sur l'art de l'accouchement et sur les maladies des femmes sera convaincu que les praticiens n'ont rencontré que très rarement ce genre de maladie chez les femmes grosses ou chez celles atteintes de la maladie *puerpérale*. Plusieurs écrivains n'en font nulle mention; ceux qui en parlent ne le font que par des citations, des commentaires, des présomptions, mais jamais d'après des faits accomplis sous leurs yeux (1). J'ose affirmer en toute confiance qu'aucun homme, d'une sagacité même ordinaire, s'il rencontre un

(1) L'artiste, afin de laisser voir la position des membranes de ce viscère, n'a pas représenté l'orifice utérin s'appuyant contre le pubis et le fondement contre le rectum, ainsi que cela était dans les deux circonstances; l'utérus aussi est représenté d'une moindre dimension qu'il ne l'était dans les denx cas.

(1) Il est juste que je modifie cette assertion en renvoyant aux publications récentes du docteur C.-D. Meigs, telles que ses *Observations obstétricales*, ses lettres et sa note à Colombat. On y trouvera quelques faits intéressants, et l'assertion qu'il a rencontré *un grand nombre* de rétroversions.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Du rôle du médecin dans l'administration municipale.

A Monsieur le docteur R..., à Cl...

Vous m'annoncez, mon cher ami, que vos concitoyens, reconnaissants des quelques services que vous avez pu leur rendre depuis que vous êtes établi parmi eux, et particulièrement dans les tristes circonstances que nous venons de traverser, veulent vous récompenser de votre dévouement en vous élevant à la première magistrature de la cité. Vous craignez de ne pas être à la bauteur de l'bonneur qu'on veut vous faire; le rôle très peu brillant qu'ont joué et que jouent encore nos confrères législateurs vous effraie, et vous avez la modestie de me demander si vous devez accepter l'offre qu'on vous fait. Le haut témoignage de confiance que vous me donnez, en réclamant mon avis, me toucbe vivement; mais permettez-moi de vous dire que vos questions m'embarrassent pour le moins autant qu'elles m'honorent; en supposant, ce qui est très contestable, que je fusse capable d'y répondre dignement, ce ne serait guère ici le lieu; ces questions sont beaucoup trop élevées pour être à la portée du feuilleton; elles sortent aussi un peu trop de la spbère habituelle de nos études pour que leur examen ne soit pas un peu déplacé dans ce journal. Comme vous voyez, voilà de bien bonnes raisons pour me taire. Je ne veux pas néanmoins répondre par une fin de non-recevoir à la confiance que vous me montrez, et comme je sais que votre indulgence égale votre modestie, je me basarderai à vous communiquer quelques réflexions générales sur le grave sujet de vos hésitations.

Je vous dirai d'abord que je n'admets point la comparaison que vous cberchez à établir entre les fonctions de magistrat municipal et celles de représentant du peuple. Ce n'est que par de longues études antécédentes, par de grandes dispositions oratoires qu'on peut espérer de faire quelque figure à la tribune nationale; un médecin de talent est ordinairement très occupé, et n'a pas le temps d'acquérir les qualités d'un grand orateur; un médecin oisif n'est pas babituellement doué d'un grand talent; vous vous expliquerez par là comment il se fait que l'un et l'autre soient condamnés d'avance à végéter dans les rangs obscurs de la représentation. La position du médecin élu magistrat municipal n'est pas du tout la même. On peut dire qu'ici le médccin est dans son véritable élément, qu'il est à sa véritable place, qu'il peut remplir cette place en quelque sorte mieux que qui ce soit. Mais avant de vous dire lcs raisons que j'ai de penser ainsi, je dois vous déclarer d'abord que je n'envisage pas absolument au même point de vue que vos concitoyens les fonctions dont ils veulent vous investir. Bien loin que ces fonctions ou ces bonneurs soient une récompense pour celui qui les accepte, ils constituent, selon moi, une nouvelle dette de la part de ceux qui les décernent. Sous ce rapport, comme sous bien d'autres, je partage entièrement l'avis de l'auteur d'un petit livre où se reflètent également une étude approfondie des institutions sociales, une connaissance intime des grandes et des pctites passions du citoyen, une juste appréciation de la marche de l'esprit humain, et l'absence de toute autre préoccupation que celle du bien public. Dans ce petit livre (1), où tous ceux qui tiennent à l'administration par un lien quelconque pniseront d'excellentes inspirations, on lit ce qui suit :

« ..... Lorsqu'on pense au peu de relief de ces fonctions si honorables (celles de maire), au temps précieux qu'elles absorbent, au dévouement qu'elles demandent, et qui en de certaines occasions peut aller jusqu'au danger personnel, jusqu'au sacrifice de la vie, on s'étonne de trouver toujours un citoyen courageux pour accepter gratuitement cette mission pénible. »

La vérité, mon cher ami, ne saurait trouver un plus juste interprète, ct il est bien évident pour moi qu'en acceptant l'offre de vos concitoyens, vous ne fcrez qu'accroître leur dette, loin de la diminuer. Devez-vous accepter? Voilà donc la seule question à examiner, et j'espèrc que cette question n'en sera plus une lorsque vous aurez jeté un coup d'œil sur notre véritable situation.

Si je ne me trompe, deux périls dominants menacent notre belle patrie : la baine des diverses classes de la société les unes contre les autres, le mépris de l'autorité centrale qui conduirait bientôt à la dissociation des éléments de ce grand tout qu'on appelle la France.

Quant au premier de ces dangers, l'écrivain que je viens de citer le peint admirablement dans des pages qu'on lit avec d'autant plus de confiance et de regret à la fois, qu'à chaque mot se manifeste la sénérité d'esprit et par conséquent la rigoureuse exactitude qui les ont dictécs.

« Il y a, dit l'auteur, dans une foule de communes rurales (et cette mode pourrait bien se généraliser), une sorte de croisade entreprise par les *blouses* contre les *habits*. Les *blouses* sont plus nombreuses, les *habits* plus capables; lorsqu'ils sont aussi plus babiles, — et j'appelle ici habileté tout ce qui donne l'influence, — ils l'emportent. Mais lorsqu'il leur faut disputer le terrain, il arrive, je l'ai déjà dit, que le dégoût les en éloigne. Et il se trouve, j'ai eu cent occasions de le constater, — que des personnes inscrites au rôle des contributions pour trois francs siégent au conseil municipal à l'exclusion d'autres personnes qui payent la moitié ou les trois quarts des impôts de la commune. Je ne veux pas désigner par là les grands propriétaires tout seuls, ceux qu'une sorte de souvenir féodal rendrait suspects au sentiment démocratique des masses; l'exclusion est entière; elle frappe la portion *bourgeoise* du pays, l'babit, le cbapeau noir, les Gibelins de tout rang que repoussent ces nouveaux Guelfes. Il arrive alors que pas un membre du conseil, en plus d'un lieu, ne sait écrire; que le maire à peine sait signer, et que le maître d'école ou le curé, selon les tendances, arrange à son goût les délibérations. Je sais qu'il n'en pent être autrement dans beaucoup de communes de France; mais ce qu'on doit regretter, c'est qu'il en soit ainsi dans beaucoup d'autres où une meilleure situation serait possible.

» Mais de tous les inconvénients qui abondent en cette matière, le plus grave et le plus aggravé par l'institution républicaine, c'est la difficulté, chaque jour croissante, de trouver un administrateur au sein du corps municipal. Déjà sous le gouvernement constitutionnel l'obligation de prendre le maire parmi les membres du conseil circonscrivait à ce point les choix qu'en certains cas ils devenaient impossibles. Je n'entends point ici parler des grandes villes; les embarras qu'on y a observés en ce sens sont nés, pour la plupart, d'une cause tout étrangère à mon sujet : les partis y ont joué leur rôle, et c'est en vérité leur droit de le jouer partout. Ce droit, qui, comme tous les autres, a sa violence et ses abus, la forme même de notre gouvernement l'accorde : permis à qui voudra d'en déplorer l'usage; mais l'empêcber, cela ne se pourra jamais. Ce dont je parle, c'est l'embarras purcment administratif pris en debors de toute résistance au pouvoir, simple produit de la forme élective d'où proviennent les conseils municipaux dans l'état intellectuel où se trouve aujourd'hui la France. Je dis que dans cet état, et sous l'empire des petites passions que j'ai décrites, les conseils municipaux de beaucoup de communes sont composés de sorte qu'on n'y puisse pas choisir un maire. Il en faut pourtant un à chacune. Et il faut bicn le

(1) *De l'Administration sous le régime républicain*; par M. A. Romieu, ancien préfet. — Paris, 1849.

cas de rétroversion pendant la grossesse, ne recommandera le traitement suivant qui se trouve dans presque tous les anciens auteurs et que je cite d'après le docteur Dewees :

« La main, ayant été bien lubréfiée, sera introduite dans le vagin à l'état de supination ; les doigts seront réunis de façon à tenir le moins de place possible à leur extrémité ; ils presseront alors doucement la base de la tumeur qui se trouve dans le vagin de façon à la mouvoir en arrière et en haut, le long de la cavité du sacrum, jusqu'à ce que la protubérance arrive au-dessus de l'angle de cet os : arrivé là, on pourra retirer la main et introduire un pessaire de dimension convenable. »

Remarquez ici que c'est dans une circonstance où une tumeur remplit la cavité du bassin ; lorsque cette tumeur est si volumineuse qu'elle s'appuie sur le périnée, qu'elle presse contre le pubis de façon à empêcher l'introduction d'une sonde et si fortement contre le sacrum qu'elle arrête les évacuations ; lorsque le vagin est tendu longitudinalement par l'élévation à laquelle il a été porté par le museau de tanche, c'est, disons-nous, dans une telle circonstance que toute la main doit être introduite dans le vagin. Et non-seulement la main doit être introduite dans des parties qui n'ont pas été dilatées, relâchées par les effets physiologiques de l'accouchement, mais il faut encore qu'avant d'agir sur la tumeur les extrémités des doigts soient aussi rapprochées que possible les unes des autres, position qui exige beaucoup de place pour la main. Ces doigts rapprochés doivent alors être apdosés sur la base de la tumeur qui se trouve *dans le vagin*. Cependant cette tumeur n'est pas dans le vagin, mais derrière, et la base de la tumeur s'appuie, repose sur le périnée et l'os coccix. Si la main pouvait être passée dans le vagin (ce qui est impossible en pareille occurrence), elle pourrait presser la tumeur en arrière, mais elle aurait fort peu ou point d'effet pour la faire remonter. Lorsque la tumeur a été élevée au-dessus de l'angle du sacrum, l'opération doit être terminée par l'introduction d'un pessaire de *dimension convenable*.

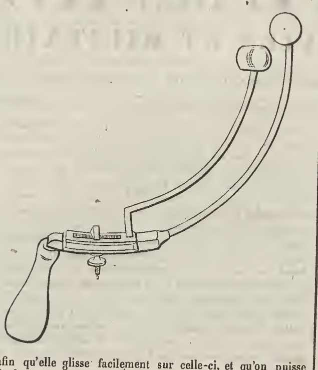
Quelle serait donc la *dimension convenable* après une telle opération ? Est-ce celle d'un palet ou d'une petite noix de cacao ?

Mais si des cas de rétroversion tels que ceux dont j'ai parlé dans les remarques précédentes, c'est-à-dire avec hypertrophie considérable de l'utérus, sont rares, il y a d'autres déplacements de cette partie qui se rencontrent beaucoup plus fréquemment et dans lesquels probablement cet instrument pourra quelquefois trouver son application. Je veux parler de ces abaissements de l'utérus non engorgé (et sain d'ailleurs) auxquels certaines personnes attachent tant d'importance, leur attribuant les nombreux désordres locaux, qui doivent être guéris par cette panacée des maladies utérines, le *pessaire*. Telles sont les circonstances où il est possible de changer la position de l'utérus au moyen de la sonde du professeur Simpson, quoique mon opinion soit que la plupart de ces désordres sont des cas de névralgie aggravés peut-être, mais non pas entièrement causés par la position de l'utérus et qu'il y a d'autres remèdes à y apporter que le simple replacement par des moyens mécaniques.

Cependant, comme des symptômes très fâcheux se lient indubitablement à la position anormale de l'utérus ou en dépendent, il est fort à désirer que l'on emploie les moyens les plus propres à remettre et à maintenir en place cet organe.

Si ces symptômes fâcheux ont été causés par le déplacement, l'effet immédiat du remplacement aidera à prononcer si l'affection peut être guérie par un traitement simplement mécanique, ou si ces symptômes sont dus à un état morbide de l'utérus et de ses annexes. Je considère ceci comme une question importante en diagnostic ; question souvent difficile à poser, et qui pourra être résolue à l'aide de cet instrument.

L'instrument se compose de deux branches, la branche *anale* et la branche *vaginale*, liées l'une à l'autre par une vis et un écrou. La branche anale a la plus grande courbure (un rayon d'environ 4 pouces 1/2), puis une partie carrée de 3 pouces de long, sur laquelle l'autre branche repose et glisse, et à laquelle tient la poignée de l'instrument. La branche vaginale a une moindre courbure (un rayon d'environ 3 pouces 1/2), de façon à rendre les deux branches parallèles. Elle a aussi une large rainure d'environ 2 pouces de long, bien exactement ajustée à la partie carrée de l'autre branche,



afin qu'elle glisse facilement sur celle-ci, et qu'on puisse l'y fixer solidement au moyen d'une vis. La rainure a, sur son côté le plus élevé, une ouverture de 1 pouce 1/4 de long, et assez large pour donner passage à la tête de la vis lorsque celle-ci est placée longitudinalement. Cette partie de la vis qui se trouve dans l'ouverture est carrée, afin d'éviter la rotation lorsque l'écrou est tourné. Le bout de chaque branche est terminé par un morceau d'ivoire ; celui de la branche anale est sphérique et a en diamètre de 5 à 6/8es de pouce. Il vaudrait probablement mieux qu'il fût de forme ovale, si on pouvait l'introduire facilement ; mais cette difficulté peut être facilement surmontée au moyen d'un spéculum convenable. Le bout de la branche vaginale est ovale, ressemblant à un cylindre dont les extrémités sont hémisphériques ; il a 1 pouce 1/4 de long et 5/8es de pouce de diamètre. Ces bouts d'ivoire sont vissés aux branches de façon que l'on puisse, si on le désire, les enlever facilement et les remplacer par d'autres de forme et de dimensions différentes. La distance existant entre les bouts et le point de jonction des branches est d'environ 6 pouces 1/2.

Pour faire usage de l'instrument, il faut séparer l'une de l'autre les deux branches ; on introduit la branche anale d'abord, la branche vaginale ensuite, puis on joint les deux branches ensemble au moyen de la vis. Il faut avoir soin de tenir les deux branches parallèles à l'axe du bassin, et de ne jamais les pousser avec trop de précipitation. Le bout de la branche vaginale peut être placé plus haut ou plus bas, selon que les circonstances le demandent. Si le fond de l'utérus est tombé entre le rectum et le vagin, il sera bon d'avancer la branche mobile de façon à ce que les deux bouts soient à peu près de niveau. Dans cette position, il faut que l'intervalle restant entre les deux bouts soit seulement suffisant pour contenir, sans les presser, le vagin et le rectum ; cet espace ne devra pas excéder les trois huitièmes d'un pouce. Si le fond de l'utérus n'est pas tombé aussi bas, ou que l'instrument ait pénétré facilement jusqu'à la partie supérieure du vagin, on relâchera la vis, et sans permettre à la branche vaginale de se retirer, on avancera la branche anale de façon à pousser en avant le fond de l'utérus dans sa position naturelle.

Il peut se présenter des circonstances où il serait désirable et bon de faire usage de chacune des branches séparément. Si l'on voulait placer les deux bouts des branches plus près ou plus loin l'un de l'autre qu'ils ne le sont dans l'état habituel de l'instrument, on y arriverait en plaçant un petit coin sous l'extrémité de chaque rainure.

(*The American Journal of medical science*, avril 1849.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 août 1849. — Présidence de M. Boussingault.

Traitement d'une hernie ombilicale énorme par la méthode sous-cutanée.

M. Velpeau communique, au nom de M. Cardan, l'observation de hernie ombilicale énorme traitée sur un enfant de huit ans par la méthode *sous-cutanée*.

Le procédé qu'a employé l'auteur a consisté dans l'introduction d'un trocart dans l'intérieur du sac après avoir préalablement repoussé les viscères dans l'intérieur, et dans l'irritation, l'éraillement du collet du sac par la pointe de l'instrument, et dans l'application d'un bandage bien fait sur l'orifice ainsi éraillé. L'inflammation, très modérée d'ailleurs, qui se développa à la suite de ces manœuvres, suffit pour oblitérer le collet du sac ; et aujourd'hui, quatre ans après, l'opération persiste.

Malgré ce succès, l'auteur n'ose conseiller cette méthode pour les cas analogues.

M. Velpeau ajoute qu'il a eu l'occasion de faire une fois une opération semblable sur une adulte ; l'opération n'a pas été suivie de succès ; mais elle n'a pas produit d'accidents. En sorte que M. Velpeau, tout en n'attachant qu'une médiocre confiance à ce procédé, croit cependant qu'on peut le mettre en usage, puisqu'il ne semble pas de nature à causer des accidents sérieux, et qu'il a pu donner une fois au moins un résultat très satisfaisant.

Influence des contractions musculaires sur la direction de l'aiguille magnétique.

M. Despretz lit une note sur la déviation de l'aiguille aimantée par l'action des corps chauds ou froids.

La main tenue à quelques centimètres de la cloche d'un galvanomètre sensible détermine au bout de quelques minutes, comme l'a dit M. Ducros, une déviation de 5, de 10 et même quelquefois de 20 degrés dans la position de l'aiguille.

Si l'on fait l'expérience avec les deux aiguilles, sans le fil du multiplicateur, la déviation est plus marquée. Si je n'ai pas réussi à produire un effet à distance par la main contractée ou non contractée dans les expériences qui ont fait l'objet de ma note sur les travaux de M. Dubois-Raymond, de Berlin, c'est que j'ai attendu seulement le temps qui suffit à la manifestation des actions magnétiques ou galvaniques.

Le fait du déplacement de l'aiguille aimantée par la présence de la main étant bien constaté, il reste à rechercher si ce déplacement est produit par le rayonnement calorifique de la main ou par toute autre cause. Les expériences suivantes, que nous avons répétées plusieurs fois et dans des jours différents, nous semblent propres à décider la question.

Une bougie fixée sur une lame de verre, des charbons rouges sur une planche ou sur une brique, exercent une action plus énergique que celle de la main. Un carreau de terre chauffé au point de produire sur le thermo-multiplicateur un

---

nommer. Qui nomme-t-on alors ?... Les préfets le savent, et les communes aussi ! Je n'oserais trop étendre ce texte, si je n'étais bien sûr que ceux qu'il blesse ne me liront pas.

» Mais lorsqu'on s'est vu à cette besogne, on ne résiste pas à dire ce qu'il y a d'affligeant dans la nécessité de remettre les intérêts les plus chers d'un coin du pays — et, si petit qu'il soit, c'est aussi la France — à des mains partiales, ignorantes, lourdement passionnées. C'est afligeant surtout, lorsque, dans ce même lieu, plus d'un propriétaire honnête, instruit, estimé, celui que la voix publique, et au dedans et aux alentours, désignait comme le maire naturel, a été exclu du conseil municipal, précisément par ces raisons-là.

» Et alors se présentent des incidents de tout genre, du triste et du bouffon. Ce sont des inintelligences de la loi, si complètes et si incurables qu'il faut de la patience pour obtenir son exécution. Ce sont des tyrannies inconnues, qu'on découvre parfois et qu'on ne soupçonnerait guère. Ce sont des correspondances fabuleuses, que la gravité d'un livre ne permettrait pas de citer, et où ceux même qui professent le plus de haine contre les *habits* emploient souvent les formules les plus aristocratiques (1). C'est une tendance constante à la proscription de toute capacité, si mince fût-elle, qui pourrait, sous une forme quelconque, s'exercer dans la sphère de l'administration locale. »

Tel est, mon cher ami, le premier danger ; votre excellent jugement me dispense de vous en faire sonder toute la profondeur ; au premier coup d'œil, vous ne la devinerez que trop. Ce danger, nul n'est plus propre à le conjurer que le médecin instruit et consciencieux. Si le médecin se place par sa capacité au premier rang dans la commune, sa supériorité intellectuelle n'offusque cependant point le pauvre, parce que le pauvre peut se convaincre chaque jour que cette capacité se dépense uniquement à soulager les misères humaines partout où elles se trouvent, dans le château ou dans la chaumière. Si le médecin se trouve dans la catégorie la moins nombreuse, celle des *possesseurs*, nul n'y trouve à redire, nul ne lui porte envie, parce que tout le monde a pu apprécier les innombrables fatigues à l'aide desquelles le laborieux praticien parvient à mettre ses derniers jours à l'abri du besoin. Je le répète donc, si quelqu'un peut rétablir l'harmonie entre l'*habit* et la *blouse* ; si quelqu'un peut rendre sensible aux intelligences incultes l'utilité égale, au point de vue social, du travail intellectuel et du travail physique ; si quelqu'un peut inspirer le respect pour la possession, ce quelqu'un, c'est surtout le médecin.

Quant au second danger, celui qui résulte des tendances à l'isolement qui se manifestent dans tant de localités, le médecin n'a qu'une action beaucoup moins directe contre ces tendances, nées de la peur d'un certain mal, et qui, portées trop loin, conduiraient promptement à un mal certain. Cependant, sans avoir ici une action qui lui soit propre, le médecin est encore un des hommes qui peuvent le mieux apprécier les immenses avantages de l'unité : il ne peut ignorer que c'est à cette unité puissante, à ce rayonnement de tant d'intelligences d'élite vers un centre commun, qu'on doit les immenses richesses accumulées dans nos musées, dans nos jardins, dans nos amphithéâtres ; il sait que, sans unité, il n'y a plus de véritable vie ni pour la science ni pour les arts ; et comme le médecin est toujours, dans la commune, un des hommes qui aiment le plus l'art et la science, il luttera plus énergiquement peut-être que nul autre contre des penchants qui, pour être nés d'un sentiment louable, n'en conduiraient pas moins à la rétrogradation de l'esprit humain et à la ruine de la civilisation, ou du moins de *notre* civilisation.

Si la grandeur du sujet n'a pas trop ébloui la faible vue du feuilleton, voilà, mon cher ami, quelle me paraît être la mission du médecin, lorsqu'il se trouve dans la position dont on vous menace. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'entre tous les médecins vous êtes éminemment propre à accomplir cette mission. Cependant ne prenez point ceci pour un conseil ; il y a tant de déboires dans les honneurs et dans le dévouement, que je n'oserais prendre la responsabilité de contribuer à vous y exposer. Je vous ai dit ce que je sens ; ne prenez conseil que de vous, et, quoi qu'il arrive, conservez-moi votre bonne amitié.

X...

P. S. Je prie mes indulgents lecteurs habituels de me pardonner cette sérieuse épître, qui ne peut trouver son excuse que dans les imprescriptibles droits d'une vieille amitié.

2e *P. S.* Je reçois, un peu tard pour y répondre, une lettre de notre honorable confrère M. le professeur Forget. Ce sera pour ma prochaine correspondance.

(1) « J'en puis pourtant donner un exemple. Lorsque j'étais préfet de la Dordogne, un maire me donna, dans une de ses lettres, le titre d'*Eminence*. A quelques jours de là j'allai rendre visite à l'évêque de Périgueux, le vieux et spirituel M. de Lostanges. Monseigneur, lui dis-je, me voilà cardinal. — Mon cher préfet, me dit en riant le gai vieillard, j'en félicite le sacré collége ; mais expliquez-moi donc cette énigme. C'est, lui dis-je, qu'un maire m'a écrit : *Votre Eminence*. — J'y suis, dit le prélat ; c'est le maire de P... — Eh ! comment devinez-vous si bien ? — Oh ! c'est qu'il m'écrit toujours : *Votre Majesté*. »

M. Huet, chirurgien principal de 2e classe aux ambulances de l'Algérie, est promu à la 1re classe aux mêmes ambulances.

M. Delmas, chirurgien aide-major de 1re classe aux compagnies de sous-officiers vétérans à Paris, est désigné pour le secrétariat du comité de santé des armées.

M. Cambay, médecin ordinaire de 2e classe à l'hôpital de Lyon, est promu à la 1re classe.

M. Garnier, médecin adjoint à l'hôpital de Versailles, est désigné pour le corps expéditionnaire de la Méditerranée.

M. Taboureau, médecin adjoint à l'hôpital de Toulon, est désigné pour le corps expéditionnaire de la Méditerranée.

M. Netter, médecin adjoint à l'hôpital de Perpignan, est désigné pour Toulon.

M. Baudens, médecin principal de 2e classe à l'Ecole spéciale militaire de Saint-Cyr, est désigné pour l'hôpital militaire de Perpignan.

M. Besseron, médecin ordinaire de 2e classe à l'hôpital militaire de Perpignan, est désigné pour l'hôpital militaire de Sedan.

M. Caselli, médecin ordinaire de l'hôpital militaire de Sedan, est désigné pour l'Ecole spéciale militaire de Saint-Cyr.

M. Deslandes, médecin ordinaire de 1re classe à l'hôpital militaire du Roule, à Paris, est désigné pour l'hôpital militaire de Cambrai.

M. Souriguère, médecin ordinaire de 2e classe à l'hôpital militaire de Cambrai, est désigné pour les ambulances de l'Algérie.

M. Barudel, médecin adjoint aux ambulances de l'Algérie, détaché à l'hôpital militaire de Lyon, est désigné pour retourner en Algérie.

M. Boichegrain, pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Cambrai, est promu à la 1re classe de son grade au même hôpital.

M. Galinier, pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Besançon, est promu à la 1re classe de son grade au même hôpital.

M. Tripier, pharmacien principal de 2e classe au dépôt des médicaments à Alger, est désigné pour faire fonctions de pharmacien en chef de l'armée d'Algérie.

effet égal à celui de la main dévie à peu près l'aiguille comme la dévie celle-ci. Ce carreau était d'ailleurs sans action à froid. La glace à zéro exerce aussi une action très marquée.

Si l'on met entre la main et la cloche sous laquelle sont suspendues les aiguilles magnétiques deux feuilles de papier blanc ou une lame de verre, la puissance de la main est singulièrement réduite. Si l'on applique une feuille d'étain flexible sur la partie de la cloche devant laquelle est tenue la main, l'effet est complétement nul. Cependant une pointe de Garis, substituée à la main, déplace l'aiguille dans un instant très court.

Enfin de petites bandes de papier, des fils de verre, des brins de paille, des substances quelconques, métalliques ou non métalliques, suspendues légèrement comme les aiguilles astatiques, sont agités ou déplacés par l'action de la main, ils le sont bien davantage par des corps plus chauds.

De ce petit nombre d'expériences il suit, si je ne me trompe, que la cause principale, j'oserais dire la cause unique, du fait communiqué par M. Ducros doit se trouver dans le rayonnement calorifique de la main. C'est un phénomène de chaleur et non de magnétisme.

Il suit encore de ces essais qu'on ne saurait trop éviter la présence des corps froids ou chauds quand on emploie des galvanomètres sensibles.

M. Pouillet. Je crois devoir rappeler à M. Despretz que les expériences qu'il rapporte ont été faites par plusieurs personnes, que je les ai répétées moi-même il y a vingt ans, et qu'il m'a été parfaitement démontré que les faits mis en évidence par ces expériences sont tout simplement dus à des courants d'air déterminés dans l'intérieur des vases qui renferment l'aiguille soit aimantée, soit non aimantée. Parmi toutes les expériences qui démontrent cette assertion, je ne citerai que la suivante :

En plaçant dans une boîte trois aiguilles suspendues à des hauteurs différentes, on les voit se dévier en sens contraire les unes des autres lorsqu'on approche des vases la main ou tout autre corps d'une température différente de celle de l'air contenu. Le magnétisme ni l'électricité ne jouent donc absolument aucun rôle dans la production de ces phénomènes tout mécaniques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 8 août 1849. — Présidence de M. Deguise père.

Résection du coude.

Le procès-verbal de la dernière séance avait mentionné seulement une communication relative à une résection du coude faite par M. Maisonneuve, et la Société avait décidé que le compte-rendu de ce fait serait inséré plus à propos dans le procès-verbal suivant.

Voici comment M. Maisonneuve expose lui-même son procédé :

« Le malade étant couché sur le côté opposé au siége de l'affection, le chirurgien, armé d'un simple bistouri, pratique sur le bord interne du coude, au niveau de l'épitbroclée, une incision longitudinale de 10 à 15 centimètres d'étendue. Saisissant ensuite avec le pouce et l'index de la main gauche la lèvre postérieure de la plaie, il la repousse en arrière, en ayant soin de refouler en même temps le nerf cubital qui est placé derrière l'épitbroclée, et qu'il dégage avec précaution de la gouttière où il est logé. Par une seconde incision transversale partant du niveau de l'épicondyle pour venir tomber sur la première, on divise la peau qui recouvre l'olécrane. Le chirurgien quitte alors le bistouri pour prendre une scie ordinaire avec laquelle il coupe transversalement l'olécrane. L'avant-bras est aussitôt porté dans la flexion, et les ligaments interne et externe sont divisés chacun d'un coup de bistouri. L'articulation est alors largement ouverte en arrière; il devient facile d'en explorer les surfaces dans tous leurs détails, et de reconnaître la nature de l'altération, son étendue, ses limites. On procède ensuite à la section des os, toujours avec la scie ordinaire. Pour cela, l'avant-bras étant fortement fléchi, le chirurgien introduit la lame de la scie dans l'intérieur même de l'articulation, et opère d'arrière en avant la section des extrémités supérieures du cubitus et du radius. Reportant ensuite la scie sur l'humérus, il en résèque l'extrémité inférieure de la même manière. »

Ce procédé, dit M. Maisonneuve, a surtout l'avantage d'être simple, facile et très prompt; il met à l'abri des lésions des gros nerfs et des gros vaisseaux, et permet de vulgariser la résection du coude, en la rendant accessible à tous les chirurgiens, même les moins expérimentés.

Opération du phimosis par circoncision.

M. Morel-Lavallée annonce qu'il s'est rendu à l'hôpital du Midi avec MM. Danyau et Cullerier pour assister à l'opération de phimosis que M. Vidal désirait pratiquer sous leurs yeux en se servant de petites érignes, appelées par lui *serre-fines*. La réunion, quoique faite exactement, ne s'est pas maintenue telle, et le résultat n'a pas été aussi complet, aussi satisfaisant que chez le premier opéré dont il a été question

M. Gosselin. J'invite M. Vidal à vouloir bien donner lui-même à la Société quelques renseignements sur ce nouveau fait.

M. Vidal s'empresse de dire qu'en présence de ses trois collègues, après avoir procédé à la circoncision, il a réuni entre elles les lèvres de la peau et de la membrane du prépuce à l'aide de ses serre-fines au nombre de seize, en les laissant en place jusqu'au soir. Il arriva, durant l'opération, qu'une sorte de petit bourgeon charnu s'étant interposé entre les lèvres de la plaie fut excisé, pour ne point faire obstacle à la réunion complète; mais ce prétendu bourgeon charnu était formé par une artériole qui, ainsi ouverte, donna lieu à un thrombus assez prononcé; l'adhésion ne put se faire dans ce point, tandis qu'elle s'était faite dans tout le reste de l'étendue de la plaie, comme il devint aisé de le reconnaître en enlevant quelques-unes des pinces-érignes dix heures après l'opération. Il y a donc en effet un point qui n'a pu se réunir, un foyer de suppuration s'y est établi, des bourgeons charnus s'y sont développés, et la cicatrisation ne s'y fera que secondairement. Mais si l'on prétend, ajoute M. Vidal, qu'avec un pansement ordinaire la réunion soit aussi sûre et aussi prompte, c'est une question contestable et qui reste à résourdre d'une manière plus absolue.

M. Chassaignac a la parole pour la lecture d'une note (1) sur le procédé pour l'opération du phimosis, telle qu'il l'a pratiquée à l'hôpital Saint-Antoine.

Les *desiderata* du chirurgien, dit-il, dans cette opération, m'ont toujours paru être, d'une part, la section simultanée et bien nette de la peau et de la muqueuse du prépuce; d'autre part la réunion par première intention de la plaie préputiale.

Je suis loin de méconnaître que notre honorable collègue M. Ricord, en vulgarisant et en formulant avec exactitude les principes de la circoncision; que M. Vidal, en répandant la suture pour réunir les lèvres de l'incision, n'aient pas mis cette petite opération en voie de perfectionnement. Mais c'est parce que, sous le rapport des deux indications principales ci-dessus mentionnées, je crois être arrivé à un procédé qui me paraît plus sûr et plus rapide, que j'entretiens aujourd'hui la Société de cette opération.

Voici comment j'y procède :

Le premier temps consiste dans la tension ou dilatation du prépuce du dedans au dehors et dans l'introduction de trois ou quatre grandes aiguilles portant chacune un fil.

Pour la dilatation j'emploie une pince à anneaux ou toute autre espèce de dilatateur à deux branches, avec cette condition que les deux branches introduites dans la cavité du prépuce s'écartent en formant un V.

La tension et par conséquent l'aplatissement du prépuce une fois produits, on implante les aiguilles dans la base du triangle cutané et muqueux formé par l'écartement des branches dilatantes. Les aiguilles ne sont passées qu'à moitié de leur longueur; une fois placées, on les fait tenir par un aide, et on retire le dilatateur.

Le premier temps accompli, on prend un fil fin et très fort à la fois. On étrangle par une ligature circulaire (immédiatement au-devant des aiguilles, en appuyant sur elles comme sur une limite fixe) toute la partie du prépuce placée au-devant des aiguilles.

Les ciseaux, portés alors perpendiculairement dans la rainure profonde formée par le fil, divisent d'un seul coup toute l'épaisseur de l'espèce de pédicule produit par la constriction circulaire.

Après cela, on fait cheminer successivement les trois aiguilles, chacune entraînant son fil. On a, pour résultat d'ensemble, trois fils traversant de part en part la cavité du prépuce.

Au moyen d'une pince à dissection, on attire à soi la partie moyenne de chacune des anses renfermées dans le prépuce. On divise ces anses par leur milieu, ce qui donne deux fois autant de sutures qu'il y a eu de fils traversant le prépuce; ce qui permet d'affronter avec beaucoup d'exactitude la lèvre muqueuse et la lèvre cutanée de la plaie circulaire, ainsi que cela a été constaté sur le malade opéré à l'hôpital Saint-Antoine.

Ce procédé est donc caractérisé par deux points qui lui sont propres, et qui ne sont indiqués dans aucun autre procédé; à savoir :

1° La dilatation du prépuce par l'intérieur de sa cavité, dilatation qui, ainsi faite, facilite l'implantation des aiguilles dans la muqueuse aussi sûrement que dans la peau;

2° L'étranglement circulaire du prépuce immédiatement au contact des aiguilles.

Quant aux autres avantages, la ligature circulaire, ayant pour effet de tasser et de raffermir les tissus, permet de les diviser d'un seul coup et avec une netteté parfaite; en outre, la muqueuse, ne pouvant jamais échapper à cette ligature qui tombe forcément au ras des aiguilles, ne nécessite en aucun cas une section spéciale; enfin, le mode de réunion est aussi complet que facile.

On voit que, pour l'application de ce procédé, il n'est besoin d'aucun instrument particulier, et ceux que le chirurgien porte habituellement dans sa trousse lui suffisent parfaitement pour atteindre le but.

M. Vidal ne peut s'empêcher de dire que le procédé de M. Chassaignac lui représente la plus grande analogie avec le sien; et en écoutant la première communication qu'en a faite son honorable collègue, il n'a pu se défendre du sentiment de sympathie que l'on éprouve à rencontrer une idée à soi dans un bon esprit. Il fait observer seulement que la dilatation du prépuce est parfois très difficile; il l'a faite aussi, dans un temps, à l'aide des aiguilles, et en entourant le prépuce d'un fil; mais il préfère de beaucoup l'emploi de la grande pince à pression continue, et il engage M. Chassaignac à changer sa ligature contre cette pince.

M. Robert ne croit pas que l'opération du phimosis vaille la peine de rechercher tant de modifications; et comme il trouve impossible de calculer d'avance le degré de rétractilité de la peau, puisque cette rétraction varie beaucoup selon les cas et devient d'ailleurs inévitable, il pense que tous les procédés imaginables n'y feront rien, et que celui-là, en particulier, serait impossible ou inutile chez les enfants. En conséquence, on ne devrait pas embarrasser la médecine opératoire de méthodes ou de procédés sans valeur.

M. Cullerier reproche à M. Chassaignac de se préoccuper trop du défaut de parallélisme entre le prépuce et la peau, et il n'attache aussi que peu d'importance à la rétraction des téguments. Il a vu, chez le malade de M. Vidal, la réunion se faire en partie par les serres-fines, et il n'apprécie pas non plus cette couronne de fer autour du gland, quoiqu'elle favorise une cicatrice plus linéaire.

M. Gosselin est disposé à croire que la Société de Chirurgie ne semble pas rendre assez justice à l'un de ses membres au sujet de la circoncision. C'est, selon lui, à M. Ricord qu'il faut rapporter le procédé consistant à saisir le prépuce et à le fixer avec deux pinces, entre lesquelles on opère la section; il suffit, après, de renverser la membrane du prépuce pour la faire adhérer à la peau, et, par suite, cette adhérence elle-même se transforme en membrane cutanée. Ce procédé fournit de très bons résultats.

M. Larrey a quelquefois pratiqué la circoncision chez les militaires, qui offrent de fréquents exemples de phimosis, les uns congénitaux simples, les autres compliqués d'adhérences, ceux-là concomitants de diverses maladies, ceux-ci symptomatiques d'ulcérations du pénis (et les cas en sont assez nombreux dans les divisions de vénériens des grands hôpitaux militaires). Or, le procédé qu'il préfère, comme étant le plus simple, est celui que M. Gosselin attribue à M. Ricord; mais ce procédé, ajoute M. Larrey, appartient à Lisfranc, qui l'avait peut-être emprunté lui-même à la pratique juive. M. Ricord n'a fait qu'y joindre un soin de détail en traçant à l'encre la ligne que doit suivre l'excision, afin d'apprécier ainsi d'avance le degré de rétractilité de la peau.

M. Vidal reconnaît toute la part qui revient à Lisfranc dans cette opération. Ce qu'il a voulu démontrer seulement, c'est la rapidité de la cicatrisation adhésive, et il demande si, avant sa présence à l'hôpital du Midi, les sutures étaient appliquées à la circoncision par M. Ricord lui-même.

M. Gosselin n'a pas eu en vue la question de priorité; mais il sait que depuis sept ou huit ans et plus, M. Ricord a employé habituellement les pinces pour faciliter l'excision du prépuce, et les points de suture pour obtenir l'adhésion de la membrane muqueuse à la peau.

M. Vidal prétend, au contraire, que M. Ricord n'a pas depuis si longtemps adopté la suture, et que c'est seulement après avoir connu la pince à pression continue, en la faisant échancrer pour le passage des aiguilles. M. Vidal a exposé d'ailleurs ce procédé dans les *Annales de Chirurgie*, et reconnu qu'il avait été imaginé par Hawkins fils, quoique M. Velpeau l'eût revendiqué pour lui-même. En conséquence, M. Vidal est loin de dire que la suture lui appartienne; mais il réclame le simple mérite de l'avoir régularisée.

M. Robert demande que cette discussion en reste là; mais M. le président fait observer que M. Chassaignac a le droit de répondre une dernière fois.

M. Chassaignac reproduit, en effet, une partie de ses arguments en faveur du procédé préconisé par lui, parce que les autres modes opératoires lui ont paru défectueux. Il conteste positivement que M. Vidal ait employé la dilatation du prépuce pour y implanter les aiguilles, et c'est l'ouvrage de M. Vidal en main qu'il réfute l'assertion de ce confrère. La seule chose qui lui appartienne sous ce rapport, c'est d'avoir conduit sur une sonde cannelée l'aiguille destinée à passer le fil par l'intérieur du prépuce, ce qui n'a aucune analogie avec le procédé actuel. Quant à l'étranglement circulaire du prépuce, M. Vidal n'a rien employé de semblable; il avait fait simplement une suture circulaire à la plaie du prépuce, ce qui ne ressemble point à l'étranglement en masse dans le lieu où doit se faire la section. Ainsi, ajoute M. Chassaignac, rien n'est minime en chirurgie, et cependant, après avoir apprécié à son point de vue ce dernier fait de la discussion, il reconnaît qu'elle ne mérite pas de se prolonger davantage.

Anévrisme poplité.

M. Robert présente une pièce d'anatomie pathologique relative à un anévrisme poplité qu'il a opéré par la ligature de l'artère crurale. Cette observation, d'un grand intérêt pratique, a été résumée par M. Robert lui-même de la manière suivante :

Observation. — Un pensionnaire de l'établissement de Sainte-Périne, âgé de soixante-douze ans, fut admis à l'infirmerie au mois de juin 1849 pour y être traité d'une rétention d'urine due à un rétrécissement de l'urètre compliqué de gonflement de la prostate et de cystite catarrhale.

Il se plaignait, en outre, d'avoir au jarret droit une petite tumeur, dont il faisait remonter l'origine à *deux mois au plus*, tumeur qui l'empêchait d'étendre complétement la jambe et lui causait d'assez vives douleurs s'irradiant jusqu'à la malléole externe.

M. Robert reconnut sans peine l'existence d'un anévrisme poplité; la tumeur avait le volume d'une noix; l'artère crurale était ossifiée dans presque toute la longueur. La ligature de l'artère crurale lui parut être le seul mode de traitement à mettre en usage en pareil cas. Mais il crut devoir attendre que l'état des voies urinaires se fût amélioré avant de tenter aucune opération, le peu d'ancienneté de la tumeur et son petit volume ne lui permettant pas d'ailleurs de penser qu'il y eût de l'inconvénient à attendre.

Les choses en étaient à ce point depuis quinze jours environ, lorsque, dans la nuit du 10 au 11 juillet, le malade éprouva tout à coup dans la cuisse et dans la jambe une douleur atroce bientôt suivie de syncope, puis de dyspnée et de quelques autres accidents nerveux.

Le lendemain au matin, M. Robert le trouva très pâle et très souffrant : la cuisse était fortement tuméfiée. La tumeur du jarret avait disparu sous le gonflement général; cependant, l'oreille y faisait encore reconnaître le bruit de souffle : on y sentait les battements.

Il était évident que l'anévrisme s'était rompu et que le sang s'était infiltré ou épanché dans la cuisse. On ne pouvait plus différer l'opération : malheureusement les circonstances étaient des plus défavorables.

M. Robert pratiqua immédiatement la ligature de l'artère

(1) Cette note vient d'être remise à M. le secrétaire, qui l'a reproduite textuellement.

fémorale au bas du triangle inguinal; l'opération n'offrit aucune difficulté. L'artère étant ossifiée en grande partie, M. Robert employa une ligature plate et la serra de toutes ses forces.

Le jour même, le malade se trouva soulagé; il ressentit une forte chaleur dans toute la jambe.

Le lendemain, le malade se sent toujours très soulagé; mais le pied est froid, ainsi que l'extrémité inférieure de la jambe.

Le troisième jour, le pied présente une teinte violacée; le malade est affaissé.

Le quatrième jour, la peau du pied est soulevée par quelques phlyctènes roussâtres. Le malade expire dans la nuit.

Nécropsie. — Une grande quantité de sang est infiltrée ou épanchée dans la cuisse, surtout en arrière dans les espaces intermusculaires, le long du nerf sciatique et jusque dans le bassin. Ces désordres s'arrêtent à la partie inférieure de la région poplitée et n'atteignent nullement la jambe. L'anévrisme est situé un peu au-dessus de l'articulation : il s'est développé aux dépens de la partie antérieure ou profonde de la circonférence de l'artère. En arrière, il repousse et distend celle-ci; en avant, il s'appuie sur la surface du fémur, usée en cet endroit et privée de son périoste.

Dans le lieu de ce contact, le sac a été lui-même usé et perforé : on y voit en effet une ouverture ronde, large comme une pièce de 25 centimes, nette et comme taillée par un emporte-pièce. C'est par là que le sang s'est échappé. Le sac est rempli par un caillot assez solide.

A quatre ou cinq centimètres au-dessous de ce sac, il en existe un second inaperçu pendant la vie et d'un petit volume.

L'artère crurale est ossifiée dans toute sa longueur; sa tunique celluleuse est considérablement épaissie.

Le calibre du vaisseau est imperméable au niveau de la ligature. Au-dessous de celle-ci, l'artère est remplie par un caillot solide qui s'étend jusqu'à l'anévrisme; au-dessus de la ligature, l'artère ne contient qu'un très petit caillot filiforme qui touche au point oblitéré.

La conséquence, dit M. Robert, que l'on peut tirer de ce fait intéressant, c'est qu'il n'est pas nécessaire à une tumeur anévrismale d'acquérir un grand développement pour déterminer des altérations profondes, si elle se trouve par ses rapports anatomiques dans des conditions semblables à celles que présentait cet anévrisme poplité.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que mercredi prochain il n'y aura pas de séance à cause de l'Assomption.

— La séance est levée à cinq heures un quart. H. L.

CORRESPONDANCE.

Congrès scientifique de France.

Honorable confrère,

La quinzième session du Congrès scientifique de France s'ouvrira le 1er septembre, à Rennes, ville où les lettres, les sciences et les arts sont honorablement cultivés. Parmi les sections qui dans les Congrès composent l'ensemble de la réunion, celle des sciences médicales se distingue d'une manière remarquable. Elle publie chaque année d'importants travaux, et met ainsi en évidence des noms qui, en raison de l'éloignement de la capitale, resteraient dans l'oubli et l'obscurité; témoin les derniers volumes publiés par les Congrès de Reims, de Marseille et de Tours, et dont nous avons fait hommage à l'Académie nationale de Médecine. Là aussi figuraient avec distinction les noms des savants accourus de diverses parties de la France, de l'Italie, de l'Angleterre et de l'Allemagne. La médecine parisienne a également fourni son contingent d'une manière remarquable.

Veuillez donc, très honoré rédacteur, faire un appel au zèle de nos confrères. Plus que jamais les hommes de l'art ont besoin de ces réunions où les grands intérêts de l'humanité sont discutés, à une époque surtout où une maladie d'un genre nouveau déroute et déjoue tous les calculs de la science.

Veuillez agréer, etc.

A. BALLY,
Président du Congrès scientifique de Tours.

Villeneuve-sur-Yonne, 24 août 1849.

Monsieur le Rédacteur,

Vous dites, d'ailleurs avec une excessive courtoisie, que le procédé que j'ai employé pour extraire un verre du rectum n'a pu soustraire mon malade au sort commun, c'est-à-dire à la mort; — oui, malheureusement, le malade a succombé, mais à une attaque de choléra, qui l'a emporté en quelques heures, trois jours après l'opération. Le sujet ne souffrait plus, il dormait et mangeait comme en pleine santé; il se considérait lui-même comme guéri. Je reviendrai sur ce fait, si vous le permettez, dans votre excellent journal; mais, en attendant, je vous prie de vouloir bien insérer ma lettre ou une rectification quelconque dans votre prochain numéro.

Agréez, etc. MOREL-LAVALLÉE.

Nouvelles du choléra dans les départements et à l'étranger.

Les nouvelles des départements ne sont pas moins rassurantes que celles de Paris, à quelques exceptions près.

AISNE. — Parmi ces exceptions, se trouve Saint-Quentin. Jusqu'au 15 ou 16 août, l'épidémie s'était renfermée dans quelques rues isolées; depuis cette époque, elle s'est disséminée dans les différents quartiers, tout en affectant plus particulièrement deux d'entre eux (faubourgs d'Isle et Saint-Martin); elle y sévit avec une assez grande intensité.

BOUCHES-DU-RHÔNE. — Toutes les correspondances nous signalent l'épidémie comme étant en voie de décroissance; elle n'a d'ailleurs acquis qu'un degré d'intensité très modéré au moment le plus fort de son action.

CÔTE-D'OR. — Les espérances données par les dernières nouvelles ne se sont pas entièrement réalisées: Meursault, qui avait pu se considérer comme débarrassé de l'épidémie, a été de nouveau atteint avec assez de rigueur. On y compte aujourd'hui 189 décès sur une population de 2,100 âmes; c'est, à peu de chose près, 1 décès sur 10 habitants.

GARD. — L'épidémie est partout en pleine décroissance: Nîmes n'a eu que 2 décès le 18 et 1 le 19. On sait que la population de cette ville est de 45,000 âmes.

GERS. — Les correspondances de ce département ne signalent aucun nouveau cas depuis trois jours, à la date du 21 août.

GIRONDE. — Quelques cas seulement sont signalés à Bordeaux, où l'épidémie a d'ailleurs été toujours très bénigne.

LOT-ET-GARONNE. — L'apparition du choléra paraît avoir eu lieu dans la jolie cité de Villeneuve vers le 15 ou le 16; mais la maladie paraissait très bornée dans son action, puisque les médecins en étaient encore à se demander, à la date du 19, si c'était bien au choléra épidémique qu'ils avaient affaire.

MOSELLE. — Aucun nouveau cas n'est signalé depuis huit jours dans les nouvelles qui nous parviennent de ce département.

NIÈVRE. — Dans ce malheureux département, un des plus cruellement éprouvés, en 1849 comme en 1832, l'épidémie est aussi partout dans sa période de déclin. Au 21 août, on comptait, dans le département (moins l'arrondissement de Cosne), 1,110 décès, dont 635, par un triste privilège, appartiennent à l'arrondissement de Clamecy.

NORD. — Ce département, qui peut être placé à côté de celui de la Nièvre et du Pas-de-Calais, est presque entièrement soustrait à l'influence épidémique. On signale encore dans l'arrondissement de Douai quatre communes assez fortement atteintes: Pecquencourt, Masny, Lambres et Sin. Dans cet arrondissement, sur 66 communes, 35 ont été atteintes.

SOMME. — On ne signale qu'un très petit nombre de cas isolés.

VAUCLUSE. — On annonce que l'épidémie est, si l'on peut ainsi dire, morte en naissant dans ce département.

YONNE. — Celui de l'Yonne, qui a été fort maltraité, est complétement débarrassé de l'épidémie.

BELGIQUE. — L'épidémie a entièrement disparu de Gand.

Le nombre de cas constatés dans cette ville depuis le 24 janvier, époque de son invasion, jusqu'au 9 août s'élève à 4,709, dont 2,169 ont succombé.

En 1832, les décès à la suite de cette maladie épidémique ne se sont élevés dans notre ville qu'à 1,227.

ÉTATS-UNIS. — Les rapports officiels du bureau de santé de New-York constatent enfin une faible amélioration dans la position sanitaire. Ils signalent pour la semaine écoulée entre le 31 juillet et le 7 août un total de 1,273 décès, dont 678 sont attribués au choléra. En comparant ces chiffres à ceux de la semaine finissant le 29 juillet, on trouve une diminution de 79 sur l'ensemble et de 14 sur le nombre des morts cholériques.

Les nouvelles du sud, de l'est et de l'ouest du pays sont favorables. Cincinnati et Saint-Louis sont presque entièrement délivrés du fléau; Philadelphie voit aussi diminuer les ravages qu'il faisait tout récemment dans ses murs; en revanche, des cas nombreux ont été constatés à Boston, où le chiffre des décès s'élève à 25 par jour, et à Sandusky (Ohio), où la mortalité est effrayante.

NOUVELLES.

Par arrêté du 18 août, ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur :

MM. Donzel, médecin ordinaire de 2e classe;
Philippe, chirurgien major;
Pelin, chirurgien aide aide-major au 69e de ligne;
le docteur Luigi Battistini, chirurgien en chef de l'hôpital du Saint-Esprit, à Rome.

— On lit dans le *Journal de Nîmes*:

« L'épidémie qui a envahi notre ville et qui, heureusement, s'affaiblit et tend à disparaître a donné naissance à des industries coupables. Des personnes, sans instruction acquise et sans titre légal, distribuent des médicaments prétendus héroïques, vont même traiter des malades avec une confiance extrême, sans être arrêtées par la pensée du délit qu'elles commettent. Nous engageons vivement nos concitoyens à repousser ces empiriques et à appeler un médecin dès qu'ils se sentiront malades. Agir autrement est un acte de véritable folie. C'est confier sa vie à l'ignorance, dans un moment où la science la plus consommée et l'expérience la mieux raisonnée ne sont pas de trop pour combattre un mal dont les effets sont rapides et dont il importe, dès le principe, de bien démêler le caractère si l'on veut le combattre avec succès. »

— La femme Rebecca Smith ayant été convaincue d'empoisonnement sur la personne d'un de ses enfants, on a jugé à propos d'exhumer les cadavres de quelques-uns des neuf enfants de cette femme, décédés en bas âge depuis un certain nombre d'années. D'après l'expertise du docteur Horepathe, on constata la présence d'une grande quantité d'arsenic dans les deux cadavres exhumés. La mort de l'un d'eux remonte à huit années.

—Dans une lettre de M. Georges Clark, adressée de l'île Maurice à M. Thomas Bell, et relative aux différentes variétés de races de chèvres qu'on élève à l'ancienne île de France, on trouve mentionné ce fait, très singulier s'il était bien exact, que l'ipécacuanha, dont il y a dans l'île une variété sauvage, est un poison très prompt et mortel pour les animaux ruminants. Il paraît que l'on voit souvent des vaches, des chèvres, des moutons, périr après en avoir mangé. Quelques feuilles suffisent pour tuer une chèvre en quatre ou cinq heures. Une remarque qui a été faite, c'est que les animaux nés dans le pays touchent rarement à cette plante.

— L'association médicale d'Amérique s'est réunie cette année à Baltimore. Cette association est destinée à réunir tous les médecins des Etats-Unis dans une seule et même famille. Tous les ans, les Sociétés médicales, les Facultés de médecine et les grands hôpitaux enverront leurs délégués jusqu'à quinze cents lieues de distance au centre de la réunion pour y discuter les intérêts, les devoirs et les droits de la profession.

— Les médecins prussiens avaient décidé déjà depuis quelque temps de se réunir à Berlin en un Congrès pour y traiter de la réorganisation de la profession médicale. Mais ils n'en ont pu obtenir l'autorisation du gouvernement, qui de son côté avait proposé des médecins de son choix pour traiter les mêmes questions. La Société de médecine et de chirurgie, ayant tout lieu de croire qu'une réforme obtenue par ce canal ne répondrait pas suffisamment aux besoins de la profession, a nommé une commission spéciale appelée à rédiger un rapport qui, après avoir été soumis à la sanction des provinces, serait présenté au gouvernement.

Ce nouveau code médical aura quatre grandes divisions :

1° Hygiène publique;
2° Règlement relatif à l'exercice de la profession;
3° Enseignement;
4° Académie de médecine.

— Le professeur John Reid est mort à St-Andrews, comté de Fife, le 30 juillet 1849, d'un cancer de la langue. Ce médecin distingué n'avait atteint que sa quarante-unième année; mais sa brève carrière a marqué dans l'histoire scientifique de son pays. Il est l'auteur de plusieurs ouvrages de pathologie et de physiologie, entre autres : *Investigations expérimentales sur les fonctions de la huitième paire de nerfs pneumogastrique et spinal*, ouvrage présenté à la Société scientifique anglaise en 1847 et 1848, et imprimé ensuite dans le *Journal chirurgical et médical d'Edimbourg*.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 30 AOUT 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 101.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris.	24 fr.	— 13 fr.	— 7 fr.
Départements .	26 fr.	— 14 fr.	— 8 fr.
Étranger . . .	30 fr.	— 16 fr.	— 9 fr.

PARIS, 29 AOUT 1849.

Bulletin du choléra.

Nous n'avons encore aujourd'hui qu'à enregistrer le plus complet STATU QUO dans la marche de l'épidémie. C'est beaucoup moins que nous n'aurions désiré; c'est assez néanmoins pour calmer les craintes que certaines attaques éprouvées depuis quelques jours par des personnes marquantes ont inspirées. Evidemment, le nombre des décès tend plutôt à diminuer qu'à s'accroître, et chaque jour écoulé sans accroissement est une probabilité de plus que nous arriverons très prochainement au terme de l'épidémie.

Voici le tableau qui indique le nombre des entrées et des décès dans les hôpitaux civils pendant les deux derniers jours.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

Hôpitaux civils:		
Journée du 27 août........	25 entrées,	15 décès.
— 28	33	21
Hôpitaux militaires pendant les deux jours....................	3	1
Total.................	61	37
Total des décès dans les hôpitaux..........		7458
Total des décès à domicile jusqu'au 30 juillet inclusivement........		9500
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie.....................		16958

Le choléra dans les départements.

Les communications envoyées à l'Académie, et les nouvelles que nous avons reçues nous-mêmes, indiquent toutes la décroissance de l'épidémie dans les départements. Nous croyons inutile de faire connaître aujourd'hui ce qu'on nous mande de chaque département en particulier.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance d'hier a été marquée par une amélioration que tous les hommes sérieux et la dignité de la science elle-même réclamaient vivement. L'Académie n'est guère plus que l'Institut à l'abri de cette pluie de communications absurdes dont chaque cervelle malade se croit en droit d'inonder les corps savants. Par un article de son règlement, l'Académie se voyait obligée de faire un rapport sur chacune de ces élucubrations bizarres lorsqu'elles arrivaient par le canal du ministère de l'agriculture et du commerce. Mais le choléra a imprimé une telle activité à l'imagination déjà si féconde des inventeurs, que le ministre a fini par trouver aussi peu d'agrément à enregistrer les nombreux rapports de l'Académie sur toutes ces merveilles, que l'Académie en trouvait elle-même à les rédiger. M. le ministre a donc fait à l'Académie la gracieuseté de lui annoncer qu'il la priait de ne faire des rapports que sur celles de ces communications qui paraîtraient dignes d'un intérêt particulier. Si cette mesure est généralisée et appliquée à toutes les communications, quel qu'en soit le sujet, il est à espérer qu'elle refroidira un peu le zèle des inventeurs émérites; et à travers tous les maux qu'il a causés, on ne pourra méconnaître que le choléra n'ait produit un peu de bien. Quelques personnes ont craint que l'Académie n'abusât de la latitude que cette mesure lui donne, et qu'elle ne s'en autorisât pour se dispenser de faire des rapports sur toutes les communications possibles. Nous espérons, au contraire, que l'Académie donnera un démenti à ces prévisions.

Après l'annonce de cette agréable nouvelle et le dépouillement de la correspondance, M. le président a ouvert lui-même la série des travaux de la séance par la narration d'un fait très curieux qui s'est passé dans son service.

M. Boudin a pris la parole après M. le président, pour lire un mémoire sur le traitement des fièvres intermittentes par les préparations arsenicales. Nous en avons parlé nous-même dans une de nos dernières *Revues cliniques*. Nous nous dispenserons, par conséquent, d'insister de nouveau sur ce sujet, fort important d'ailleurs, et sur lequel les louables efforts de M. Boudin finiront sans doute par fixer sérieusement l'attention du monde savant.

Nous insisterons un peu plus sur le rapport de la commission des onze; rapport que M. le secrétaire perpétuel a rédigé avec le soin et le talent qu'il met à tout ce qu'il fait, mais qui, malgré ses raisons spécieuses et malgré le succès complet qu'il a obtenu devant l'Académie, n'a pu nous ramener à son avis.

Notons cependant avec satisfaction que, sur la question relative à M. le professeur Bérard, la commission et l'Académie se sont trouvées du même avis que nous. Comme nous, ils ont senti la convenance de s'attacher définitivement l'éminent professeur en le classant dans la section de physiologie. L'Académie a créé ainsi un précédent rationnel, qui lui évitera tous les embarras dans les circonstances analogues qui pourraient se présenter à l'avenir.

Quant à la déclaration de la vacance, nous avons eu le regret de ne pouvoir faire prévaloir nos raisons sur celles de la commission, qui nous semblent moins fondées que les nôtres.

La première de toutes les raisons est pour nous celle qui ressort du respect des principes. Or la première de toutes les règles à observer dans les nominations, c'est de faire ces nominations de telle sorte que toutes les sections de l'Académie soient toujours au complet; et comme il y a dans ce moment deux sections incomplètes, le choix de la section où il fallait déclarer la vacance ne pouvait, selon nous, être douteux.

Nous devons déclarer d'ailleurs que même les raisons puisées par l'honorable rapporteur en dehors de cette règle fondamentale ne nous ont pas semblé parfaitement justes.

Ainsi, M. Dubois a dit que la section de pathologie médicale, qui devait nécessairement être toujours prédominante dans l'Académie, se trouvait très affaiblie tant par les infirmités dont plusieurs de ses membres sont atteints, que par l'absence presque constante de plusieurs autres aux séances de l'Académie.

Outre que la négligence habituelle de quelques membres, valides ou non, ne serait pas une raison pour augmenter le chiffre légal d'une section, nous ne voyons pas que le fait annoncé soit parfaitement exact. Ainsi la section de pathologie médicale, qui doit légalement renfermer treize membres, en compte *neuf* au moins qui assistent très régulièrement aux séances; à savoir: MM. Bricheteau, Collineau, Fr. Dubois, Falret, Ferrus, J. Guérin, Honoré, Mêlier et Roche. Or nous ne pensons pas que personne puisse considérer ces membres comme des invalides. En outre, deux autres membres, MM. Bouillaud et Andral fils, pourraient participer non moins activement aux travaux de l'Académie, si celle-ci se montrait un peu plus exigeante.

De plus, beaucoup de membres qui appartiennent à d'autres sections peuvent parfaitement concourir et concourent effectivement aux travaux qui ressortissent de la section de pathologie médicale. Parmi ces noms, il nous suffira sans doute de citer ceux de MM. Baillarger, Bouvier, Piorry, Bousquet, Gibert, Jolly, Martin-Solon, Rayer, Louis, Gaultier de Claubry, Rochoux, etc., etc. Personne assurément ne contestera que ce ne soient là des hommes tout aussi propres à juger une question de pathologie qu'une question d'anatomie pathologique ou de matière médicale.

Ce qui est plus vrai, c'est que la branche des accouchements manque de représentants à l'Académie. Presque tous les rapports relatifs aux accouchements sont aujourd'hui faits par M. Capuron, qui met à ses devoirs un zèle digne des plus grands éloges. Mais l'Académie ne pense-t-elle pas que, dans l'intérêt de la science comme dans celui de sa propre considération, il conviendrait de varier un peu plus les rapporteurs?

M. le secrétaire perpétuel a insisté sur ce fait, que l'Académie n'avait pas fait depuis très longtemps de

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Études sur le service de santé militaire en France, son passé, son présent, son avenir; par L.-J. Bégin, chirurgien-inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, etc. — Chez J.-B. Baillière.)

(Deuxième article.)

La seconde période du passé de la médecine militaire commence, comme nous l'avons dit, avec la République. Déjà les officiers de santé des corps de troupe faisaient partie de l'état-major des régiments, mais il n'y avait pas d'assimilation proprement dite. La Convention, cette formidable libératrice, fixa, par son décret du 7 août 1793, l'assimilation des médecins militaires aux officiers de l'armée, de la manière suivante: les médecins, chirurgiens et pharmaciens en chef étaient assimilés aux généraux de brigade; les médecins, chirurgiens et pharmaciens de première classe aux chefs de brigade (colonels); ceux de seconde classe aux capitaines; ceux de troisième aux lieutenants. Le décret ajoutait: « Les veuves et les enfants des officiers de santé qui seront morts en remplissant leurs fonctions à l'armée ont droit à la reconnaissance et aux récompenses de la République. Le mode de ces récompenses sera le même que celui des militaires auxquels leurs grades correspondent. » Maintenant, pour donner une idée de la manière dont les volontés du pouvoir souverain étaient exécutées à l'égard des officiers de santé, laissons parler M. Bégin: « Tandis que la Convention nationale décrétait itérativement que les officiers de santé sont militaires et assimilés aux officiers de l'armée, on leur refusait presque toujours les avantages attachés à cette qualité. Il s'agissait, par exemple, des indemnités à accorder aux officiers dont les équipages avaient été pris par l'ennemi; la loi du 7 mai 1793 s'énonçant d'une manière générale, on refusa de l'appliquer aux officiers de santé; et, sur la demande d'explication qui lui fut adressée par le ministre, il fallut que la Convention passât à l'ordre du jour motivé: — sur ce que les officiers de santé des armées sont considérés comme militaires et doivent être traités comme tels » (p. 91). M. Bégin cite plusieurs faits analogues, aussi frappants, aussi vexatoires, aussi injustes, et il ajoute (p. 101), au sujet d'un arrêté du ministre de la guerre Dejean: « En lisant ces pièces, et nos annales n'en contiennent que trop du même genre, on ne peut que plaindre à la fois les esprits d'ailleurs éminents qui ont signé de semblables hérésies, le corps incessamment harcelé qui en était victime, et enfin l'armée d'où l'on éloignait par tant de dégoûts les hommes les plus honorables et les plus éclairés. » Pas tous néanmoins, heureusement pour la médecine militaire et pour l'armée, pas tous: l'auteur lui-même en est une preuve éclatante; mais il a fallu beaucoup de force d'âme à ceux qui ont résisté à ce régime. Injustice vis-à-vis des officiers de santé militaires, mépris ou méconnaissance calculée des prescriptions les plus formelles de la loi: ainsi se résume la conduite des agents du pouvoir à l'égard des médecins militaires pendant une longue série d'années. M. Bégin signale (p. 99) « l'habitude contractée, *quant au service de santé*, de substituer aux LOIS, des arrêtés, des règlements, des décisions ministérielles. » Voilà le grand mal, voilà le fait monstrueux, inouï, propre sans doute exclusivement au corps médical militaire, qu'il faut mettre en relief et exposer aux regards des hommes équitables qui ont pour mission de régler à nouveau les destinées de ce corps tyrannisé. C'est la lutte du grand jour et de la nuit. Au soleil de la discussion publique, des droits incontestables sont reconnus, et il se trouve au besoin un homme éloquent, M. Dupin aîné, par exemple, pour les rappeler dans une phrase saisissante. Mais dans l'ombre des applications administratives les droits consacrés par la loi sont ouvertement violés ou tournés habilement. La loi est la loi: elle est sacrée; elle oblige tout le monde, et c'est un cas très grave de responsabilité que cette substitution d'une opinion ou d'un caprice à la volonté du législateur. Comment des énormités de ce genre, des violations réitérées des principes les plus élémentaires du droit public ont-elles pu passer inaperçues? M. Bégin l'explique trop bien pour que nous nous dispensions de le citer: « Cet amoindrissement de la considération la mieux méritée, cette négation des droits les plus irréfragablement établis ne surprendront que les personnes étrangères aux officiers de santé. Qu'attendre, en effet, d'un corps dont les membres les plus distingués, absorbés dans l'étude d'une science aussi compliquée que difficile et dans l'exercice de fonctions où il s'agit à chaque minute de la vie des hommes, restent généralement en dehors du maniement direct des affaires?.... » (P. 103).

Un autre motif peut servir à expliquer la succession de tant d'illégalités. C'est que rarement, très rarement, une voix *amie ou reconnaissante* (ces mots sont de M. Bégin) s'est élevée en faveur des officiers de santé, dans le sein de nos grandes assemblées. Ce reproche est dur, mais juste; du reste, il n'est pas seulement amer pour ceux qui le méritent. Voici un général appelé à représenter son pays; car, de nos jours, il paraîtrait que la guerre et la politique sont devenues identiques, et qu'il suffit d'avoir commandé une brigade pour avoir une aptitude merveilleuse à élaborer des lois. Ce général a fait la guerre peu ou beaucoup, et il a été blessé ou il a eu la fièvre. Un médecin militaire l'a soigné et l'a guéri. C'était une providence alors, et pour le moins un ami que ce pauvre médecin, qui, harassé, après avoir donné sa tente à son dernier blessé, a passé la nuit d'un jour de marche forcée auprès de ce général frappé par l'ennemi ou par le climat. Le général, disons-nous, est devenu député, représentant, comme on voudra, et il ne dit mot ou fait mieux, c'est-à-dire pis, si, par hasard, il vient à être question des officiers de santé à la Chambre ou à l'Assemblée. Cet exemple

nominations dans la section de pathologie médicale. Mais outre qu'une considération fondée sur ce fait a pour nous peu de valeur, cette considération serait plus applicable encore à la section d'accouchements qu'à celle de pathologie médicale.

Nous persistons donc à croire que la déclaration aurait dû être faite dans la section d'accouchements, qui doit compter dix-sept membres, et qui n'en a que cinq, au lieu d'être faite dans la section de pathologie médicale, qui ne doit se composer que de treize membres et qui en compte vingt-un.

Les services rendus pendant la dernière épidémie de choléra par les jeunes élèves de la Faculté de médecine de Paris doivent être récompensés; M. le ministre de l'instruction publique se faisait lui-même une fête de leur distribuer les médailles qu'il a autorisé l'Ecole à leur remettre. Le nombre de ces médailles, d'abord fixé à 25, a été porté, sur la demande de M. Bérard, à 30 et enfin à 50.

Mais le départ de M. de Fallonx et la nécessité où se trouvait l'excellent et honorable doyen M. Bérard d'apprécier avec justice les titres des élèves l'ont forcé de renvoyer cette distribution à une époque un peu plus éloignée, à la rentrée des Ecoles.

M. le doyen, dont l'esprit de justice et le cœur paternel sont si bien connus, avait conçu la crainte que MM. les élèves des hôpitaux se trouvassent exclus contre sa volonté d'une part dans les récompenses. Il a fait une démarche auprès de M. le directeur de l'assistance publique, et il a appris avec une bien vive satisfaction que l'administration des hôpitaux est en instance auprès de M. le ministre de l'intérieur pour obtenir de distribuer aussi des médailles aux élèves de son ressort. Cette double solennité est donc assurée; elle sera fixée aux premiers jours de novembre; nous nous empresserons d'en faire connaître le jour dès qu'il aura été déterminé. Nous ne saurions en cette circonstance donner trop d'éloges et à M. le ministre, et à M. le doyen, et à M. le directeur de l'assistance publique.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Chassaignac.

Remarques et observations sur les pansements par occlusion.

Le n° du 3 juillet de la *Gazette des Hôpitaux* renferme un aperçu général sur la pratique du pansement par occlusion dans le service de M. Chassaignac, à l'hôpital Saint-Antoine. Nous avons pour but, aujourd'hui, d'exposer une série d'observations faisant connaître les résultats obtenus par ce mode de traitement dans des plaies variées. Nous rejetterons pour le moment, de cette revue, les plaies accompagnées de fractures compliquées, celles qui sont compliquées d'ouverture d'artères et celles qui résultent des grandes opérations, attendu que chacune de ces catégories, constituant un groupe particulier qui doit être soumis à des considérations spéciales, mérite d'être traitée à part, sous peine d'entraîner quelque confusion dans l'appréciation des résultats. Nous n'examinerons aujourd'hui qu'une série de plaies siégeant aux membres supérieurs ainsi qu'à la poitrine, et qui toutes ont été guéries avec une grande rapidité et une absence complète d'accidents, bien que quelques-unes d'entre elles fussent très graves. Dans l'observation qui commencera cette revue, il y a ceci à noter que les tendons fléchisseurs de l'annulaire paraissent avoir été intéressés, ce qui n'a pas empêché une réunion par première intention.

Obs. I. — Le nommé Martinet (Michel), âgé de dix-sept ans, ébéniste, fut placé, le 25 juin, au n° 3 de la salle Saint-François, pour une plaie qu'il venait de se faire avec un ciseau à la région palmaire de la main gauche. Le malade entra immédiatement à l'hôpital; il avait perdu peu de sang, et ne présentait aucun indice d'hémorrhagie. La plaie, qui peut avoir deux centimètres et demi d'étendue, siége à la région palmaire à une distance d'à peu près un centimètre de l'espace interdigital, sur le trajet des fléchisseurs, vis à vis du doigt annulaire; elle est assez profonde, et présente une direction obliquement transversale de haut en bas et de l'axe de la main vers son bord cubital; elle a environ deux centimètres et demi de longueur. La flexion volontaire du doigt annulaire est complétement impossible, ce mouvement est conservé dans tous les autres doigts. M. Juteau, un des internes du service, applique le pansement par occlusion immédiatement après l'arrivée du malade à l'hôpital, met la main dans une flexion forcée à cause de la lésion présumée du tendon, et place l'avant-bras sur un coussin de manière à conserver la main dans une position élevée. Aucun accident ne survient. Le pansement est laissé en place jusqu'au 1er juillet. A la levée de l'appareil, on trouve une réunion immédiate et complète; mais le doigt annulaire conserve toujours l'impossibilité de se fléchir. Afin de protéger la cicatrice, une nouvelle application de bandelettes a lien, et le malade sort de l'hôpital le 8 juillet, conservant toujours de la difficulté dans la flexiou du doigt annulaire.

Comme la plupart des blessés qui se présentent dans les hôpitaux n'y arrivent souvent qu'après un premier pansement et le lendemain ou le surlendemain du jour où la blessure a été faite, il en résulte que les réunions par première intention ne sont pas fréquentes. Mais quand le pansement par occlusion est appliqué peu de temps après l'accident, comme cela a eu lieu dans l'observation ci-dessus, la réunion primitive est presque constamment obtenue; nous en verrons plus loin un très bel exemple pour une plaie du bras produite par du verre de bouteille chez un homme de qnarante ans.

L'observation snivante a pour objet une plaie considérable par déchirure à la partie antérieure de l'avant-bras.

Obs. II. — Au n° 1 de la salle Saint-François est couché un enfant âgé de huit ans, entré à l'hôpital le 1er juillet 1849. Ce jour-là même, cet enfant fut atteint à la partie antérieure de l'avant-bras gauche par la chute d'une planche tombant d'une hauteur de trois à quatre pieds, et qui produisit une plaie par déchirure d'une longueur d'à peu près dix centimètres et d'une largeur de trois centimètres environ. La plaie, du reste, ne pénètre pas profondément; son extrémité supérieure est distante du pli du coude d'une étendue de deux centimètres.

Le 2 juillet, pansement par occlusion d'après les principes formulés par M. Chassaignac. L'appareil n'est levé que le 9; on trouve alors la plaie déjà considérablement diminuée en étendue et ne présentant qu'nne très légère couche de snppuration. La surface est touchée avec la solution d'azotate d'argent au sixième, soit 5 grammes de sel pour 30 grammes d'eau, solution que M. Chassaignac emploie d'une manière invariable pour toutes les solutions de continuité suppurantes chaque fois qu'il les met à découvert. Ce mode d'application du caustique, qu'il préfère de beaucoup à l'usage des cylindres employés à l'état solide, nous a paru exercer la plus heureuse influence sur la marche de la cicatrisation, surtout quand on en combine l'emploi avec le pansement par occlusion. Du reste, nous reviendrons, dans un article à part, sur les propriétés de ce topique dont les effets sur la cicatrisation des plaies se sont surtout révélés à M. Chassaignac pendant son séjour à l'hôpital de Lourcine, où il avait trouvé cette pratique instituée avec le plus grand succès contre les tubercules plats si fréquents chez les malades de cet hôpital, et qui disparaissent avec une rapidité prodigieuse sous l'influence de cette médication.

Le 16 juillet, nouvelle levée du pansement par occlusion; c'est la deuxième. La plaie n'a plus qu'une largeur de 1 centimètre et une longueur de 4; la suppuration est presque nulle. Nouvel attouchement avec la solution au sixième, et réapplication des bandelettes.

Le 23 juillet, on enlève l'appareil; on trouve la plaie complétement cicatrisée. On recouvre encore la cicatrice de quelques bandelettes pour la protéger; et le 26 juillet, les parents viennent chercher le petit malade, qui est complétement guéri.

Ainsi, pendant tout son séjour à l'hôpital, c'est-à-dire pendant vingt-cinq jours, cet enfant n'a été soumis, pour une plaie considérable et produite par un corps contondant, qu'à trois et tout au plus quatre pansements, car celui du 23 juillet peut à peine compter, puisque la plaie était complétement guérie. Si l'on prend en considération tout ce qu'aurait causé de douleurs, de cris et de suppuration le pansement quotidien d'une pareille plaie, on comprendra facilement toute la supériorité de la méthode par occlusion sur celle qui consiste à mettre tous les jours à découvert, à laver et à essuyer une solution de continuité d'une pareille étendue.

Il est vraiment surprenant qu'en présence de faits semblables qui se produisent journellement dans le service de M. Chassaignac, la méthode du pansement par occlusion pour les plaies récentes ne soit point encore généralisée dans les hôpitaux de Paris. C'est dans les hôpitaux étrangers, celui d'Anvers, par exemple, que M. Burgroeve a appliqué la méthode de M. Chassaignac, avec une modification qui, à la vérité, n'est pas heureuse. On ne fait pas attention que la mise à découvert quotidienne des plaies avec ses irritations, ses saignements, ses lavages et ses frottements plus ou moins rudes, agit à la manière des corps qu'on destine à entretenir la suppuration, soit que, comme dans les vésicatoires, on emploie les pommades suppuratives; soit que, comme dans les cautères, on introduise un corps étranger. Tout contact nouveau, quelque inoffensif qu'on le suppose, est toujours pour une plaie une cause de douleur ou d'irritation. Plus vous épargnez de ces contacts, et moins vous entravez le travail de cicatrisation. Mais ce n'est pas senlement cette circonstance de la durée plus ou moins longue des plaies, de l'abondance plus ou moins grande de la suppuration, des douleurs même que l'on multiplie inutilement par les pansements journaliers avec mise à découvert des plaies, qu'il faut s'occuper. Et si l'on adopte à cet égard les idées non encore rigoureusement démontrées que professe sur ce sujet M. Chassaignac, il y aurait des inconvénients bien autrement graves attachés au pansement quotidien. Il croit avoir remarqué que dans un assez grand nombre de cas le frisson initial de l'infection purulente apparaît quelques heures après le pansement, et quoique cette circonstance soit loin d'impliquer l'idée d'une liaison étiologique entre le fait du pansement et celui de l'infection purulente, quoique l'on puisse dire que la mise à découvert de la plaie ne joue en pareil cas que le rôle d'une cause occasionnelle, il n'en est pas moins vrai que cette coïncidence donne beaucoup à réfléchir. Du reste, il faut être juste, la plupart des chirurgiens, en continuant l'usage des pansements journaliers, obéissent plutôt à des habitudes établies depuis un temps immémorial, qu'ils ne font acte d'opposition raisonnée à une méthode contre laquelle jusqu'ici aucun d'eux n'a élevé d'opposition sérieuse. Nous voyons même avec plaisir que plusieurs d'entre eux, s'affranchissant de la routine, commencent à appliquer pour certaines plaies, notamment celles des doigts et des orteils, la méthode de l'occlusion; mais il y a loin encore de ces essais timides à l'application sur une grande échelle, c'est-à-dire aux grandes plaies d'amputation, aux plaies pour l'ablation du sein, aux fractures compliquées accompagnées de grandes solutions de continuité à la peau, d'une méthode qui a déjà produit de si beaux résultats, et que tout semble annoncer comme devant être féconde en utiles applications pratiques. La plupart des pansements n'ayant lieu qu'une fois tous les huit jours, excepté pour quelques plaies susceptibles de donner lieu d'un instant à l'autre à des indications opératoires qui exigent la mise à nu des parties malades, comme, par exemple, l'ouverture d'abcès, l'extraction de portions osseuses, etc., on a pu choisir à l'hôpital Saint-Antoine un jour fixe de la semaine pour la levée de tous les appareils à occlusion. Cette espèce de revue générale a lieu le lundi, et chacun peut contrôler les résultats d'une méthode qui pendant une année entière, dans un des services de l'Hôtel-Dieu, a été soumise aux critiques et à l'examen de tous ceux qui fréquentaient cet hôpital.

Le fait suivant, quoiqu'il ait été compliqué de plaies d'artères, et que nous ayons annoncé l'intention de réserver un article spécial aux pansements par occlusion dans les blessures d'artères, nous a paru devoir être rapproché de celui qui précède, à raison de l'identité du siége.

Obs. III. — Camp (Charles), sculpteur, âgé de seize ans, fut placé le 16 juin 1849 au n° 12 de la salle Saint-François, à l'hôpital Saint-Antoine. Il avait ce jour-là même été atteint à la partie antérieure de l'avant-bras droit par un coup de ciseau que lui porta un de ses camarades d'atelier. La plaie intéressait les parties molles dans une étendue d'à peu près quatre travers de doigt, et avait compris l'artère radiale qui était coupée en travers. La plaie occupe le milieu de l'avant-bras; elle s'étend de bas en haut et de dedans en dehors, depuis le milieu du bord interne du radius jusqu'à son bord antérieur. Elle a une longueur d'environ 5 centimètres.

L'accident a eu lieu à cinq heures du soir. Les personnes qui entourent le blessé lui serrent fortement l'avant-bras au-dessus de la plaie dans le but d'arrêter l'hémorrhagie; cette compression, très imparfaite, n'a pas empêché le malade de perdre beaucoup de sang.

A l'arrivée du blessé à l'hôpital, M. Boterel, interne du service, constate la division de quelques tendons et la section complète de l'artère radiale; il pratique la ligature des deux tronçons de l'artère.

Le lendemain matin, application du pansement par occlusion; les jours suivants l'état du malade est satisfaisant. La main est mise dans un état de flexion pour faciliter la cicatrisation des tendons.

Le 25 juin, huit jours après la blessure, on enlève l'appareil. La ligature artérielle se détache; suppuration presque nulle; même pansement. Le membre est soutenu, et la main fixée dans la flexion au moyen d'une attelle.

Le 28 juin, nn érythème s'est manifesté aux alentours de la cui-

---

n'est pas unique; mais, hâtons-nous de le dire, le contraire s'est vu et se voit. C'est ainsi que nous trouvons à la page 197 de l'ouvrage de M. Bégin, une citation que nous tenons à reproduire. Aussi bien, des paroles venant du général Foy sont de celles dont on aime à se faire honneur. « Notre chirurgie, dit cet homme illustre dans son *Histoire de la guerre de la Péninsule* (t. I, p. 145), dirigée aux armées par des chefs habiles, a conservé sa prééminence en Europe. La patrie doit une reconnaissance sans bornes aux services modestes des officiers de santé; cette classe respectable de citoyens a donné l'exemple d'un dévouement dont aucun calcul n'altéra la pureté. »

M. Bégin, dans cette revue du passé, cite des noms qui sont des titres de gloire pour les officiers de santé de l'armée et des arguments en leur faveur: dans la première période, parmi les chirurgiens, Ambroise Paré « dont l'entrée dans Metz assiégée ranima les courages et contribua au succès de la défense », J.-L. Petit « l'esprit le plus ferme, l'observateur le plus exact, le praticien le plus judicieux du dix-huitième siècle », Louis « le législateur de l'Académie de Chirurgie », Lapeyronie, Ledran, Morand, Bagieu, Dufouart, Ravaton, Garengeot, Levacher, Saucerotte, Belloste, « qui brillèrent dans l'Académie et l'aidèrent efficacement à fixer la science, et à lui imprimer l'impulsion d'où sont dérivés ses progrès ultérieurs; » parmi les médecins, Chapelain et Castellan auxquels l'historien De Thou consacre un passage émouvant, Renauldin, Menuret, Lebègue de Presle, Richard de Hautesierck, Colombier, Dehorne, Simon Vacher, Thion de la Chaume, les Lorentz « qui ont fourni à l'armée trois générations de médecins, tous remarquables par leur habileté et recommandables par leurs écrits », Dumoulin, Senac, Baron, Helvétius.....; parmi les pharmaciens, Bayen et Parmentier; dans la seconde période, « en médecine, le vénérable Coste, Desgenettes, Gorcy, Brassier, Rampont, Vaidy, et le plus grand de tous par le génie, Broussais; en chirurgie, Sabatier, Heurteloup, Percy, Larrey, Lombard, Ribes, Jourdan; en pharmacie, Laubert, Sérullas: phalange d'élite, dont la plupart des membres, après avoir grandi dans les rangs de l'armée, ont été adoptés par l'Institut, l'Académie nationale de Médecine et presque toutes les Sociétés savantes de l'Europe. » Voilà les hommes auxquels on marchanderait une assimilation! Quel risque, en effet, pour la considération des généraux de brigade, que l'assimilation d'un Broussais à ces hauts officiers! Broussais général de brigade! Passe pour lui faire de grandes funérailles auxquelles tout ce qu'il y a d'illustre dans Paris, savants, lettrés, artistes, se fera honneur d'assister; passe pour lui élever une statue de bronze au bruit des fanfares et de la mousqueterie. Mais, de son vivant, un tel honneur! heureusement les hommes comme Broussais se consolent de n'être pas généraux de brigade, et savent payer à leur temps la rançon de leur immortalité!

Arrivons à la deuxième partie du livre de M. Bégin, celle qui traite du présent de la médecine militaire. Ici l'analyse devient de plus en plus difficile. Il faudrait citer textuellement et longuement. Nous recommandons particulièrement le paragraphe ayant pour titre: *Ecoles. Instruction* (p. 238 à 261). Il se fait remarquer par une critique juste et forte de l'état actuel de l'enseignement dans les écoles de médecine militaire. M. Bégin parle catégoriquement, comme il faut parler quand on veut être utile. Il dit, entre autres observations: « Les professeurs ne sont ni suppléés, ni même secondés efficacement par leurs prosecteurs ou préparateurs, toujours inexpérimentés, incessamment mobiles, et d'ailleurs, comme tous leurs camarades, préoccupés de leur propre instruction et de leur avancement. » (P. 252.) Cela est vrai, et c'est un grand inconvénient: les professeurs ne sont pas secondés. Chargés d'un service de malades, quelquefois très considérable, puisque les divisions peuvent s'élever au chiffre de deux cents fiévreux ou blessés et au delà, chargés aussi, par suite, comme chefs de service, d'une foule de détails: présentations pour les congés de convalescence, pour les retraites, pour les réformes; rapports trimestriels; rapports éventuels, etc., ils ont à préparer leur cours, à le mettre en rapport avec les progrès de la science, et de plus, à vérifier les cahiers de rédaction, à présider des conférences, à faire subir des examens. Une disposition réglementaire leur attribue, en partie, la police du cours; ils doivent, notamment, faire l'appel des élèves, adresser un rapport au président par quartier après chaque leçon... Il en résulte que quelques-unes de ces obligations sont forcément négligées. Ainsi, la vérification des cahiers de rédaction ne peut être faite qu'en courant, et une mesure importante est rendue presque illusoire. Cette vérification, la tenue des conférences, devraient rentrer dans les attributions d'un corps à annexer au professorat et qui serait celui des adjoints, pépinière de professeurs comme les agrégés dans les Facultés. L'adjoint suppléerait le professeur en cas de maladie. Aujourd'hui, si un professeur est empêché, le cours n'a pas lieu, et l'enseignement, l'instruction sont compromis. Quant à la police des cours, elle devrait concerner des officiers étrangers à l'enseignement, exerçant des fonctions purement disciplinaires. C'est, pour un professeur, une mauvaise manière de se mettre en rapport avec son auditoire, et une entrée en matière peu stimulante que de commencer sa leçon par l'appellation alphabétique des présents et des absents. Il convient d'avoir plus d'égards pour la dignité de la chaire. Si l'on veut avoir dans le professorat des hommes de science, il faut éviter de les surcharger d'une foule de détails. Si vous ôtez à un homme le temps de travailler, vous arriverez facilement à lui ôter le goût de professer, et vous aurez un diseur au lieu d'un professeur, un homme sans initiative et sans chaleur au lieu d'un homme animé de la passion scientifique et capable de la communiquer.

Ce n'est point sous l'influence d'un sentiment égoïste que nous insistons sur la condition des professeurs; c'est uniquement par suite d'un axiome très simple, trop simple même pour un axiome, à savoir: que les bons professeurs font les bons élèves, et les bons élèves les bons médecins; en sorte que la santé et la conservation des troupes sont étroitement liées à la bonne constitution du professorat.

Par rapport à l'avancement, les professeurs sont à la fois très mal

rasse; on enlève complétement l'appareil; la plaie est pansée avec soin; les bandelettes sont réappliquées.

Le 29, la rougeur de la peau a diminué notablement. Pas de fièvre.

Le 6 juillet, on trouve la plaie en bon état; les bourgeons charnus sont touchés avec la solution d'azotate d'argent au sixième. Les bords de la plaie s'affaissent et se rapprochent. — Même pansement.

Le 16, nouvelle application de l'appareil, attouchement avec la solution. La plaie est à peu près complétement cicatrisée, et le 20 juillet le malade sort de l'hôpital.

Les observations qui précèdent ayant été recueillies chez des sujets peu avancés en âge, on pourrait attribuer à cette circonstance les résultats avantageux du pansement par occlusion; mais les observations que nous allons rapporter prouvent que les avantages du mode de pansement produisent des résultats également heureux, même chez des sujets plus avancés en âge.

Obs. IV. — Colignon (Jean-Baptiste), âgé de quarante-six ans, fut amené à l'hôpital Saint-Antoine le 22 juillet 1849, pour une plaie siégeant à la partie externe et un peu postérieure du bras gauche, et qui avait été produite par un fragment de bouteille. La plaie a une longueur de 10 centimètres; elle s'étend depuis l'insertion humérale du deltoïde jusqu'au tiers inférieur du bras; elle est légèrement curviligne, intéresse la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose brachiale et la partie superficielle du muscle triceps. Il n'y a pas eu d'écoulement sanguin abondant.

Le jour même de son entrée, les bords de la plaie sont exactement rapprochés par l'application d'une cuirasse de sparadrap en bandelettes.

Le 30 juillet, à la levée de l'appareil, on trouve la plaie parfaitement réunie par première intention. Il n'y a aucune trace de suppuration. L'inflammation a été tellement neutralisée, que les bords mêmes de la solution de continuité qui ont adhéré d'emblée, l'un à l'autre, ont effectué leur soudure sans éprouver la moindre modification dans leur forme, à tel point que si l'adhérence des lèvres de la plaie n'était pas constatée, on pourrait croire que l'incision vient d'être faite peu de temps auparavant, et que seulement elle n'est pas saignante.

Il est impossible de donner à ceux qui ne sont pas témoins des faits de ce genre l'idée d'une absence d'inflammation aussi complète; il n'y a que tout juste ce qui est nécessaire pour le travail de cicatrisation; nous ne savons pas jusqu'à quel point ces faits ne tendraient pas à prouver que l'inflammation, même dans son degré le plus faible, n'est point nécessaire pour le travail de la cicatrisation, et qu'il suffit, pour que celui-ci ait lieu, qu'il y ait solution de continuité et que la lymphe coagulable qui unit les bords de la plaie est un acte spécial que l'inflammation peut provoquer dans certains cas, mais que la division des tissus peut produire d'une manière directe sans que l'inflammation soit un intermédiaire obligé pour la production du travail cicatriciel. Toujours est-il que, dans le cas qui vient d'être rapporté, l'espèce d'angle droit formé par chaque lèvre de la peau divisée s'était conservé aussi intact que si la section venait d'être faite à l'instant même. Les bords de la plaie ne s'étaient donc pas arrondis, comme cela est inévitable dès qu'il y a inflammation. Et, sauf la présence de la ligne cicatricielle qui les unissait, elles étaient restées ce que l'incision les avait faites. Tous les chirurgiens qui connaissent par expérience quelle est la gravité habituelle des blessures produites par des fragments de verre, et surtout de verre de bouteille, ne verront pas sans quelque intérêt la guérison d'une pareille plaie.

C'est encore pour une de ces lésions, qui sont ordinairement accompagnées de désordres graves, que fut appliqué avec de grands avantages le pansement par occlusion dans le cas suivant.

Obs. V. — Hostel (Pierre), âgé de quarante ans, commissionnaire, entra à l'hôpital Saint-Antoine le 31 mai 1849. Il avait été atteint, le 24 mai, à la partie postérieure de l'épaule droite, d'une large blessure par morsure de cheval. Les parties molles et les vêtements avaient été en quelque sorte broyés. Au bout de quelques jours, se déclarèrent du délire et de la fièvre. A l'entrée du malade, on trouve les tissus désorganisés dans le lieu de la morsure. On régularise les bords de la plaie, qui offre alors une solution de continuité arrondie, d'un diamètre d'à peu près 5 centimètres. Les parties voisines commencent à être prises d'inflammation et à se tuméfier.

Ce n'est que le 8 juin que le pansement par occlusion fut rigoureusement appliqué. Tous les huit jours la plaie est mise à découvert, et à chaque nouvelle levée de l'appareil on constate un progrès très sensible dans la marche de la cicatrisation.

Le 1er juillet, la plaie n'a plus que la largeur d'une pièce de cinq francs.

Le 7, le malade sort, la plaie étant dans les meilleures conditions, et à quelques jours seulement d'une cicatrisation définitive.

Ce n'est pas en quelques jours que pouvait guérir une plaie accompagnée d'une perte de substance aussi considérable; mais nous ne doutons pas que si le pansement par occlusion n'eût été employé, cette solution de continuité, parfaitement arrondie et très large, soumise à des pansements quotidiens, n'eût suppuré pendant un temps très long.

S'il est un genre de plaie qui comporte le pansement par occlusion, ce sont assurément les plaies pénétrantes de poitrine. C'est une indication à l'égard de laquelle il ne s'élève aucune difficulté. L'observation suivante est un nouvel exemple de la bénignité que peuvent avoir certaines plaies pénétrantes de poitrine quand elles sont traitées convenablement. Remarquons, à ce sujet, l'énorme différence qui existe entre telle et telle plaie de poitrine. Chez certains sujets qui ont été atteints, à n'en pas douter, d'une blessure du poumon, la lésion ne s'accompagne que de troubles en quelque sorte légers, et la convalescence est extrêmement rapide. Chez d'autres, au contraire, une lésion qui, par ses conditions de traumatisme, semblait à peu près la même, on voit survenir les accidents les plus graves, et même la perte du sujet. Comment s'expliquer cette différence entre des lésions qui, sous le rapport de la blessure en elle-même, paraîtraient devoir comporter les mêmes suites? M. Chassaignac n'hésite pas à attribuer ces différences à la vascularité différente des régions du poumon qui sont atteintes. Si l'instrument vulnérant traverse les points qui ne renferment aucun gros vaisseau, la blessure du poumon peut être une lésion de très peu de gravité. Si, au contraire, l'instrument vulnérant rencontre dans son trajet des troncs vasculaires volumineux, le danger devient extrême. Or, il faut prendre garde que le poumon, eu égard à son volume, n'a qu'une petite portion de son étendue qui soit occupée par des vaisseaux volumineux. On conçoit donc que, sur une série de plaies pénétrantes de poitrine faites par des instruments aigus, il y a des chances assez nombreuses pour que, dans un certain nombre de cas, aucun vaisseau volumineux ne soit atteint. Le fait que nous allons rapporter a été remarquable surtout par la rapidité avec laquelle s'est résorbé un épanchement sanguin qui, le premier jour de la blessure, occupait une grande étendue de la cavité pleurale, et qui, en très peu de jours, n'en occupait plus que la partie inférieure. Est-ce à la résorption seule qu'il faut faire honneur de ce changement si rapide dans les dimensions de l'épanchement, ou bien faut-il admettre, qu'étalé dans une grande étendue de la cavité pleurétique, il s'est rapidement concentré comme par l'action de la pesanteur dans les parties déclives de la plèvre?

Obs. VI. — D'Heurle (Hippolyte), âgé de 24 ans, ouvrier bonnetier, entra à l'hôpital St-Antoine le 18 juin 1849. Il venait d'être atteint, à onze heures du soir, d'un coup de couteau-poignard qui traversa ses vêtements et pénétra dans le poumon droit entre la cinquième et la sixième côte, à deux centimètres environ du bord du sternum. Une hémorrhagie assez abondante avait eu lieu avant l'entrée du malade à l'hôpital, et continuait encore au moment de son arrivée.

Le lendemain matin, 19, le pouls est fréquent et plein, la respiration est complétement nulle à la base du poumon droit, où il y a une matité absolue. Cette matité remonte jusque dans les deux tiers de la hauteur de la cavité thoracique droite. M. Chassaignac diagnostique un épanchement sanguin. — Forte saignée du bras; diète absolue; silence; pansement par occlusion.

Le 20, l'état général est plus satisfaisant; la respiration est toujours nulle à la base du poumon droit.

Le 21, la matité existe dans une hauteur moindre. Souffle tubaire vers le milieu du poumon droit. Quand on fait parler le malade, on entend une égophonie très manifeste.

Le 22, même état que la veille.

Le 23, la sonorité commence à reparaître. Dans une grande partie de la cavité thoracique droite, en procédant de haut en bas, le bruit vésiculeux de la respiration se fait entendre.

Les jours suivants, l'amélioration continue.

Le 27, il y a toujours un peu de matité; mais on entend la respiration dans toute la hauteur du poumon droit.

Le 1er juillet, le malade sort de l'hôpital. La sonorité et la respiration ont repris leur caractère normal. On ne perçoit plus aucune différence en auscultant et en percutant l'un et l'autre côté de la poitrine. Quant à la plaie, elle est complétement cicatrisée.

Quoique l'observation suivante n'ait pas pour objet une plaie du membre thoracique, nous n'hésitons pas à la rapprocher des observations qu'on vient de lire comme offrant le même genre d'intérêt, celui des heureux effets du traitement par l'occlusion.

Obs. VII. — Au n° 7 de la salle Saint-François est couché le nommé Baron (Joseph), scieur de long, âgé de trente ans, entré à l'hôpital le 22 juin 1849.

Le 21 du même mois, pendant que cet homme travaillait à équarrir une poutre, il se frappa d'un coup d'herminette, qui l'atteignit à la face interne du genou droit dans une direction à peu près horizontale et correspondant avec assez de précision à l'interstice articulaire. L'épanchement sanguin avait été, au dire du malade, assez abondant, ce qui l'engagea à plonger le membre blessé dans un vase d'eau fraîche immédiatement après l'accident de manière à faire baigner le membre jusqu'au-dessus du genou dans l'intérieur du liquide.

Le lendemain, il vint à la consultation, où M. Chassaignac constata l'existence d'une plaie qui avait pu pénétrer dans l'articulation, mais qui pour le moment ne présentait aucun signe positif de cette pénétration. On fait un pansement simple; toutefois, M. Chassaignac fait remarquer le danger qu'il y aurait à traiter légèrement une plaie en apparence aussi peu grave, puisque quelquefois c'est ainsi que se présentent des plaies dont il n'est plus temps d'apprécier la gravité quand on a attendu, par suite d'une conduite imprudente, que les signes de la pénétration soient devenus d'une évidence incontestable. Ce qui s'est passé depuis a semblé démontrer à tous ceux qui ont observé le malade la justesse de ces prévisions, et il n'est resté en mon esprit aucun doute que, si les règles de la plus extrême prudence n'eussent été observées, le malade n'eût été exposé aux dangers les plus graves et peut-être même à la mort par suite d'une suppuration dans l'intérieur du genou.

A la visite du 23 juin, on trouva la plaie plus humide que ne le comportait la petite étendue de la solution de continuité; le malade n'a pas de fièvre. On applique le pansement par occlusion et le membre est placé dans une gouttière.

Les jours suivants se passent sans accidents jusqu'au premier juillet, époque à laquelle on enlève les bandelettes, et alors on reconnaît d'une manière non douteuse que l'articulation est le siége d'un épanchement, que la plaie fournit un suintement qui n'est nullement en rapport avec son étendue, et que, selon toute probabilité, il y a une connexion entre l'inflammation de l'articulation du genou et la plaie située sur la partie latérale de cette cavité articulaire. Un peu d'engorgement et de douleur aux ganglions inguinaux faisant craindre le développement d'une angioleucite, M. Chassaignac prescrit 40 sangsues à la région de l'aine sans discontinuer le traitement par les bandelettes.

Les jours qui suivirent furent signalés par l'apparition d'un érythème, qui parut produit par les bandelettes, mais l'épanchement persista jusqu'au 20 juillet, époque à laquelle la plaie parut définitivement cicatrisée. L'emploi d'une solution de nitrate d'argent au sixième a dominé assez rapidement les accidents qui dépendaient de l'érythème. Une roideur douloureuse a persisté dans l'articulation du genou jusqu'au 2 août, époque de la sortie du malade. Un bain de vapeur a paru contribuer à dissiper cette roideur.

Malgré toute la confiance que nous croyons devoir placer à si juste titre dans une méthode qui donne généralement d'aussi beaux résultats que ceux que nous venons de faire connaître, on se ferait une idée étrangement fausse de la simplicité de cette méthode si on allait croire qu'appliquée surtout à de grandes lésions comme les fractures compliquées, les grandes plaies d'opération, les écrasements des doigts, etc., elle dispense le chirurgien d'une sollicitude continuelle et de soins minutieux pour en retirer tous les fruits qu'elle peut donner. Si, par exemple, on n'a pas le soin de mettre tous les jours à découvert la cuirasse emplastique, d'explorer par des pressions douces au travers de son épaisseur l'état des parties sous-jacentes, d'expulser aussi complétement que possible, en les chassant vers la partie la plus déclive, les produits de suppuration qui peuvent s'accumuler au-dessous d'elle; si l'on n'a pas soin de laver les parties de cette enveloppe contaminées par le pus, de fortifier par l'addition de bandelettes nouvelles les points affaiblis, d'inciser les bandelettes qui paraissent brider trop fortement certaines parties, on ne fera qu'une application fort inintelligente d'une méthode excellente en elle-même, et les revers, qui seront la suite inévitable de l'incurie du chirurgien, pourront fausser le jugement de ceux qui auraient employé cette méthode sans la connaître ou en ne la connaissant que superficiellement, ce qui revient à peu près au même.

Il ne nous conviendrait pas de ne faire connaître d'une méthode chirurgicale que ses avantages en laissant dans l'om-

---

partagés et trop bien partagés : contradiction impossible en apparence, et que néanmoins les faits réalisent; contradiction par suite de laquelle un homme comme Casimir Broussais sera obligé de quitter sa chaire au Val-de-Grâce pour aller chercher le grade de principal en Afrique, tandis qu'un autre obtiendra un avancement presque scandaleux. On éviterait ces inconvénients en créant un cadre spécial pour le professorat.

Il faut partout un gouvernement; partout l'autorité est essentielle; et ceux qui aiment le plus la liberté sont aussi ceux qui respectent le plus l'autorité : la liberté n'étant, en soi, que la participation légale de tous à l'autorité. Aujourd'hui, il n'y a pas d'autorité, pas de gouvernement dans les écoles de médecine militaire. C'est ce que M. Bégin constate dans le passage suivant :

« Quant à la direction des écoles, elle est trop faible et trop vacillante pour produire les bons résultats qu'on serait en droit d'en attendre. Comment espérer un *commandement réel* et une succession d'actions raisonnées et persévérantes, lorsque l'autorité qui doit exercer cette fonction est celle d'un collègue sur ses égaux, lorsqu'elle passe de main en main tous les trois mois, et que le président d'aujourd'hui sera, à son tour, subordonné demain? » (P. 254.)

M. Bégin ne manque pas d'insister aussi sur l'inconvénient radical qui résulte de la division de la scolarité en deux temps très éloignés l'un de l'autre. Le passage dans lequel ce point est examiné suffirait à donner une idée de la vigueur et de la netteté avec lesquelles les faits sont présentés dans l'ouvrage.

Un autre inconvénient notable de l'état présent des choses, c'est que les élèves sont trop considérés comme des serviteurs. Ce sont des cahiers de visites à tenir, des relevés à rédiger, des distributions d'aliments à surveiller; toutes occupations peu scientifiques. Quand on prend aux élèves une grande partie de leur temps pour le service, on les abuse et on leur prépare un prétexte, sinon une excuse, pour le cas où ils manqueraient leurs examens à la fin de l'année. Sans doute il faut que l'élève apprenne le service des hôpitaux militaires, mais il faut d'abord qu'il apprenne la médecine.

Faisons remarquer ici, en passant, que la tenue des cahiers de visite, la rédaction des relevés, les pansements simples, sont des parties du service qui pourraient être confiées à un corps d'agents subalternes qu'on appellerait des *gardes de santé*, analogues aux gardes du génie et d'artillerie. Une pareille institution ouvrirait une perspective, créerait un avenir aux soldats infirmiers (qu'il serait si facile et plus convenable d'appeler soldats hospitaliers), et leur fournirait, résultat très désirable, un sujet de vive émulation. Le mérite de cette idée revient à l'honorable chirurgien en chef du Val-de-Grâce, M. Baudens.

M. Bégin, dans cette étude du présent de la médecine militaire, approfondit toutes les questions : service des hôpitaux, service dans les corps de troupes, service en campagne, uniforme, solde, retraite, discipline, subordination, punitions. Parmi tant de questions il n'en est pas de plus importante que celle-ci : *Insuffisance du cadre*. On en jugera par ce passage :

« Les dernières inspections médicales signalaient, en Algérie, des établissements dont le mouvement est assez considérable, et où se manifestent des maladies très graves, qui ne sont desservis que par des sous-aides *non docteurs*; elles insistaient sur la tension de la plupart des services, qui est telle, que la maladie d'un seul officier de santé *peut le compromettre*, ou exiger des surcroîts d'efforts et de fatigues toujours dangereux... Assez souvent on est obligé de détacher près des bataillons des chirurgiens sous-aides, qui, avec l'inconvénient de n'avoir pas les titres nécessaires, sont détournés de leurs études et exposés à manquer leurs examens de promotion, c'est-à-dire à ne pas obtenir leur avancement pour avoir rempli des obligations exceptionnelles. *Enfin, un nombre assez grand d'établissements de premier ordre sont au-dessous de leur fixation réglementaire en sous-aides, en aides-majors, et même en médecins.* »

Voilà des faits d'une haute gravité, des faits lamentables, auxquels il importe de remédier au plus vite, car ils seraient capables de jeter la consternation dans les familles et d'effrayer le pays. On doit savoir gré à l'homme de talent, d'expérience et d'autorité qui n'a pas craint de les révéler.

Marchal (de Calvi).

NOUVELLES.

On nous annonce que M. le docteur Ducros, qu'on a vu lundi dernier à la séance de l'Académie des Sciences, a été pris du choléra en sortant de cette séance, et qu'il a succombé dans la nuit.

— M. Dusseuil, chirurgien aide-major de 1re classe au 7e d'artillerie, est désigné pour la garde républicaine de Paris.

M. Lallemand (Ludger), chirurgien aide-major de 1re classe au 61e de ligne, est désigné pour la garde républicaine de Paris.

M. Millot, pharmacien-major de 1re classe aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital militaire du Roule, à Paris.

M. Fournez, pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital militaire du Roule, à Paris, est désigné pour le dépôt de médicaments à Alger.

M. Candé, chirurgien aide-major de 1re classe au 23e léger, est désigné pour le 10e d'artillerie.

M. Castex, chirurgien aide-major de 1re classe au 3e chasseurs d'Afrique, est désigné pour le 7e d'artillerie.

M. Giuliani, chirurgien aide-major de 1re classe aux ambulances de l'Algérie, détaché à l'hôpital de Bastia, est désigné pour le bataillon de voltigeurs corses.

bre ses inconvénients. C'est un devoir pour nous d'en signaler le fort et le faible. Eh bien! le faible de cette méthode le voici : c'est que les parties malades sont dérobées aux yeux du chirurgien pendant un temps plus ou moins long; or, s'il n'applique sa sagacité et son attention à comprendre ce qui se passe sous l'enveloppe emplastique, il peut arriver que telle collection, dont il se serait facilement rendu maître par une incision faite de bonne heure, acquière des proportions fâcheuses; il peut arriver que certains accidents d'étranglement produisent leurs effets fâcheux, alors qu'une incisure opportune faite à la cuirasse les eût facilement prévenus. Encore que les inconvénients dont nous venons de parler soient inhérents moins à la méthode en elle-même qu'à son mode d'application mal entendu, nous ne devons pas laisser ignorer des dangers qui, pour être dus à la négligence, n'en seraient pas moins graves. P.....

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 août 1849. — Présidence de M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance officielle ne comprend qu'une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, transmettant divers documents relatifs au traitement du choléra. M. le ministre prie en même temps l'Académie de ne lui adresser de rapport que sur ceux de ces documents qui paraîtraient mériter une attention spéciale.

— La correspondance manuscrite se compose des communications suivantes :

1° État de l'arsenic dans les dépôts d'eaux minérales ferrugineuses.

M. Lassaigne adresse des recherches entreprises dans le but de déterminer sous quel état existe l'arsenic dans certains dépôts d'eaux minérales, et l'action qu'exercent ces dépôts sur l'économie animale. Depuis que l'on a démontré la présence de l'arsenic en assez grande quantité dans certains dépôts d'eaux minérales ferrugineuses, on s'est demandé si les propriétés toxiques de ce corps n'étaient pas neutralisées par l'état sous lequel il se trouve. L'auteur a tenté plusieurs essais pour résoudre ce point. Une première expérience a été d'abord faite sur le dépôt des eaux de Wattweiller (Haut-Rhin); 100 parties de ce dépôt contenaient 4,42 p. 0/0 d'acide arsenique représentant 2,8 d'arsenic métalloïde.

L'auteur a tenté une expérience directe pour déterminer l'effet de ce dépôt sur l'économie animale. Les conclusions qu'il en tire sont les suivantes :

1° Dans les dépôts naturels des eaux minérales de Wattweiller, l'arsenic s'y rencontre dans la proportion de 2,8 p. 0/0.

2° Une partie de ces dépôts représentent 1 gr. 76 d'acide arsenique, ou 1 gr. 14 d'arsenic n'a produit aucun effet sur la santé d'un chien.

3° Cette nullité d'action dénote que la propriété toxique de l'arsenic renfermé dans ces dépôts est détruite par la combinaison dans laquelle il est engagé avec le peroxyde de fer.

4° Ce résultat vient donc confirmer ce que l'expérience a déjà fait constater, que le peroxyde de fer en s'unissant aux acides arsénieux et arsénique annihile leurs propriétés vénéneuses et en devient conséquemment l'antidote.

2° Extirpation des mamelles.

M. Bouyer, de Saintes, adresse une note intitulée : « *Hypertrophie des mamelles; extirpation de deux à 26 jours d'intervalle. — Poids de la gauche,* 15 *kilogr.; de la droite,* 10 *kilogr. Guérison rapide.* » La guérison est encore parfaite après cinq ans. (Commissaires : MM. Amussat, Robert.)

3° Pathologie géographique.

M. Germain, médecin des épidémies à Lons-le-Saulnier, envoie un volumineux travail intitulé : « *Rapports de la météorologie et de la géologie avec les maladies populaires, les épizooties et les récoltes, dans la partie orientale du département du Jura, depuis* 1843 *à* 1849. » (Commissaires : MM. Soubeyran, Mêlier, Gueneau de Mussy.)

4° Réduction des hernies.

M. Delfrayssé envoie la figure d'un petit appareil de son invention pour réduire les hernies. Cet appareil ne ressemble pas mal à une burette recouverte de son bouchon; c'est celui-ci qui doit servir à repousser les viscères dans l'abdomen. (Commissaire : M. Malgaigne.)

5° Pathologie et thérapeutique du choléra.

M. le docteur Billod résume ainsi l'épidémie qui a éclaté dans l'Asile d'aliénés de Blois, où il n'y a pas eu d'ailleurs de nouveaux cas depuis plus de huit jours.

Cas de choléra confirmé	Hommes,	21	sur	42
	Femmes,	8	sur	38
Décès	Hommes,	11	sur	21
	Femmes,	5	sur	8
		16		29

6° M. Michel, de Foulain (Haute-Marne), conclut de quelques faits qu'il a observés et de considérations philosophico-médicales élevées, que le choléra est contagieux et transmissible par tous moyens. »

7° M. Limousin, de Paris, croit aussi que le choléra « s'est montré contagieux, à la manière de toutes les affections transmissibles de malade à sain. »

8° M. Lejeune, de Boulogne-sur-Mer, *élève des hôpitaux de Paris, ancien vétéran de la grande armée*, envoie une note de trois pages, intitulée : *Traité du choléra*. Les deux premières phrases suffiront pour donner une idée de cette production remarquable : « Il n'y a pas de règle sans exception. Mon désir était de suivre l'ordre de la médecine. Donnez à César ce qui lui appartient. J'étais souvent spectateur de mes prescriptions et gardes-malades pour leur administrer, » etc.

9° M. le docteur Dufay, de Blois, croit pouvoir conclure de quelques faits fort peu précis que le choléra s'est propagé à Blois par voie de contagion.

10° M. Charcellay, de Tours, envoie le tableau de 7 cas de choléra qui se sont développés dans la commune de Cinq-Mars-la-Pile sur les divers membres d'une même famille et quelques personnes qui les ont approchés.

11° M. le docteur Lachaise envoie le tableau de la double épidémie de choléra et de suette qui a régné à Yrouère, arrondissement de Tonnerre. On remarque dans cette communication les propositions suivantes :

« Toutes les fois que dans une localité en proie au choléra la suette s'est déclarée d'une manière générale, le choléra s'est amendé et a bientôt touché à sa fin. Toutes les fois que cette suette a marqué le début de l'épidémie, le choléra a été peu intense et n'a pas été de longue durée. »

— M. BALLY a la parole à l'occasion de la correspondance. A propos de la communication de M. le docteur Lachaise, je dirai que je n'ai jamais vu le développement de la suette modifier en rien le choléra dans les localités où ils ont sévi concurremment; mais je noterai ce fait remarquable que jamais la suette et le choléra n'ont sévi sur le même individu.

J'ajouterai que la ville a perdu exactement le dixième de sa population, 400 sur 4,000.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL. La règle posée par M. Bally souffre au moins quelques exceptions, puisque l'auteur d'une des communications étudie précisément l'action réciproque des deux maladies chez les malades sur lesquels il les a observées toutes les deux.

Corps étranger dans le rectum.

M. LE PRÉSIDENT. Je crois que l'Académie n'entendra pas sans un certain intérêt quelques détails sur un fait que j'ai observé ce matin dans mon service.

Un homme est entré présentant une tumeur sous les fausses côtes droites; cette tumeur, dont on appréciait parfaitement la forme à travers les parois abdominales, qui étaient repoussées en avant, était causée, au dire du malade, par une longue fiole à eau de Cologne qu'il s'était introduite dans l'anus et qu'il n'avait pas pu retirer ensuite l'ayant poussée trop avant. Quelque extraordinaire que nous parût cette assertion, nous introduisîmes cependant le doigt dans le rectum, et il nous fut en effet possible de sentir la petite extrémité ou l'orifice de cette fiole; nous parvînmes à la saisir et à en opérer facilement l'extraction; elle a 28 centimètres de long. En même temps que l'extraction s'opérait, la tumeur de l'hypochondre droit disparaissait, et il n'a pas été possible de douter un instant que cette tumeur ne fût en effet produite par le corps étranger. Une fois l'extraction pratiquée, le malade s'est trouvé tout aussi bien portant qu'avant l'introduction du corps étranger; il ne se ressent en aucune façon de cet accident.

Ce qui me semble digne d'être remarqué, c'est qu'un corps rigide ait pu aller directement de l'anus jusque sous les fausses côtes droites sans produire absolument aucune lésion de quelque importance.

Décès de correspondants.

Avant de donner la parole au premier orateur inscrit, je dois informer l'Académie qu'elle vient de perdre deux de ses membres correspondants, MM. Desparanches, correspondant à Blois, et Bertrand, correspondant à Pont-du-Château (Puy-de-Dôme).

— M. Fr. DUBOIS lit, au nom de la commission des onze membres chargée de proposer à l'Académie dans quelle section il convient de déclarer la prochaine vacance, le rapport fait par cette commission. Elle propose à l'unanimité :

1° De classer définitivement M. Bérard dans la section d'anatomie et de physiologie;

2° De déclarer la vacance dans la section de pathologie médicale.

Ces propositions sont adoptées.

Traitement du choléra.

M. DUBOIS lit, au nom de M. Jolly indisposé, un rapport sur un mode de traitement du choléra proposé par M. Montigny, de l'Aigle. La commission, dit M. Jolly, a reconnu unanimement qu'il n'y avait aucune suite à donner à la demande de M. Montigny (l'auteur, qui n'est pas médecin, demandait une autorisation pour employer cette méthode), attendu que dans aucun cas il ne peut être indifférent de livrer la santé publique à un aveugle empirisme.

Traitement des fièvres intermittentes.

M. Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule, lit un travail intitulé : *Etudes sur l'emploi thérapeutique des préparations arsenicales dans le traitement des fièvres paludéennes.*

Ce travail, dont nous avons fait connaître la base dans une de nos dernières *Revues cliniques*, se résume par ces conclusions :

« Huit années d'expérimentation tant sur moi que sur plusieurs milliers de malades.

» Absence complète de tout accident, même passager, imputable au médicament.

» Résultats tels que, pendant les cinq dernières années, j'ai pu ne pas recourir une seule fois au sulfate de quinine.

» Renvoi des approvisionnements de quinine rendu possible, à la pharmacie centrale.

» Economie considérable dans la dépense; réduction du prix de journée.

» Diminution de la durée du séjour à l'hôpital et de la proportion des récidives. »

L'auteur ajoute à ces diverses conclusions les deux propositions suivantes :

1° Les préparations arsenicales, maniées avec la prudence que commandent tous les médicaments héroïques, peuvent être employés sans danger.

2° Dans l'immense majorité des cas, elles peuvent remplacer avec succès le sulfate de quinine dans le traitement des fièvres dites jusqu'ici *fièvres à quinquina*.

— M. DUPUIS, membre de l'Académie, lit la première partie d'un travail intitulé : *Considérations nouvelles sur la médecine comparée et sur les maladies de l'homme originaires de celles des animaux.*

L'auteur se propose seulement, dans cette première partie, d'appeler l'attention sur un sujet trop négligé et qui se rattache, sous plus d'un rapport, à la prospérité et au repos publics.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 1er SEPTEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 102.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

SOMMAIRE. = PARIS. — Bulletin du choléra. = *Revue clinique hebdomadaire.* Cas remarquable de corps étranger dans l'urètre. Urétrotomie. Guérison. = Phénomènes hystériques chez l'homme. = HOPITAUX. — DES ENFANTS (M. Trousseau). Histoire thérapeutique des diverses espèces de diarrhée. = COCHIN (M. Maisonneuve). Coxalgie à la troisième période, simulant une luxation spontanée du fémur. = *Société de Chirurgie de Paris*, séance du 22 août. = Nouvelles.

PARIS, 31 AOUT 1849.

Bulletin du choléra.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

Hôpitaux civils :		
Journée du 29 août	34 entrées,	12 décès.
— 30	35	21
Hôpitaux militaires pendant les deux jours	3	1
Total	72	34
Total des décès dans les hôpitaux		7492
Total des décès à domicile jusqu'au 30 juillet inclusivement		9500
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie		16992

Revue clinique hebdomadaire.

Cas remarquable de corps étranger dans l'urètre. Urétrotomie. Guérison. — Nous avons reçu d'un de nos honorables correspondants, M. Jouault, de Saint-Mards-en-Othe (Aube), l'observation d'un des faits les plus remarquables de corps étranger dans l'urètre. Le voici tel que nous le transmet M. Jouault.

« Le 20 mai 1849, je fus appelé près d'un homme qui ne pouvait uriner. Interrogé sur la cause de la rétention d'urine à laquelle il était en proie, cet individu me répondit qu'un an environ avant ce jour il s'était introduit une pointe de fer dans le canal de l'urètre. Je demandai à le visiter, et je reconnus qu'il existait en effet un corps dur, long d'environ 6 centimètres, occupant sur la ligne médiane un espace qui s'étend depuis la commissure anale jusqu'à la racine des bourses. Le cathétérisme ayant été pratiqué lors de l'introduction de cette pointe par un chirurgien de Troyes, aucun corps étranger ne fut découvert, et la sonde passa sans obstacle. Ce n'est qu'un an après que, fatigué de souffrances continuelles, ne pouvant uriner qu'avec une grande difficulté et ayant actuellement une rétention d'urine complète, cet homme s'offrit à mon observation.

» J'introduisis une sonde d'argent pour m'assurer s'il existait bien un corps étranger dans le canal, et j'acquis la certitude qu'il en était ainsi. Je n'eus plus qu'à m'occuper des moyens d'en débarrasser l'individu. Je tentai d'abord l'extraction à l'aide de la pince de M. Civiale, et je fus obligé, après plusieurs tentatives infructueuses, de renoncer à ce procédé. Le corps étranger était saisi chaque fois; et, malgré les tractions les plus fortes, il ne pouvait être ébranlé. Je me décidai donc à pratiquer une incision sur le trajet qu'il occupait.

» Les bourses étant relevées, je fis saillir le corps étranger, et j'incisai d'un seul coup la peau et le canal de l'urètre, dans une étendue de 1 centimètre 1/2. J'aperçus une des extrémités de la pointe, que je saisis avec des pinces, et qui resta encore en place, malgré les plus grandes tractions. Force fut de prolonger l'incision, et enfin l'extraction fut obtenue. Cette pointe, que je vous adresse en même temps que l'observation, est recouverte dans son entier de concrétions calculeuses, elle n'en est dépourvue qu'à son extrémité effilée, dans l'endroit où les mors des pinces ont agi. Elle présente un étranglement dans son milieu, qui explique la difficulté qu'on a éprouvée à l'extraire, enchatonnée qu'elle était en quelque sorte par le canal de l'urètre.

» Deux mots maintenant du traitement et de ses suites. Une sonde est fixée à demeure, un pansement simple et agglutinatif est fait sur la plaie. Au bout de huit jours, je fus forcé d'enlever la sonde, les urines étant purulentes, ne sortant que difficilement par son ouverture et la plaie y donnant issue. De la fièvre était survenue. Recommandation au malade de n'uriner que rarement, et autant que possible à l'aide de la sonde d'argent. Peu à peu tout rentra dans l'ordre, et, malgré la sortie de l'urine par la plaie, la cicatrisation ne s'en est pas moins opérée complètement au bout d'un mois environ.

» Cette observation me paraît importante sous plusieurs rapports :

» 1° Par la rareté des corps étrangers de l'urètre venus du dehors, que l'on trouve consignés dans les auteurs;

» 2° Par le fait, assez difficile à expliquer, de la possibilité de sonder le malade sans constater la présence d'un corps étranger, quelques jours après l'introduction de ce corps;

» 3° Par l'enchatonnement de corps étrangers dans le canal de l'urètre;

» 4° Par la cicatrisation si prompte et si facile d'une plaie de 3 centimètres au moins, faite au canal de l'urètre. »

Tout en nous associant aux remarques judicieuses de notre honorable confrère, nous insisterons d'une manière spéciale sur la facilité avec laquelle le cathétérisme semble avoir été pratiqué après l'introduction du corps étranger. Nous aurions désiré toutefois que M. Jouault insistât davantage sur ce fait, et qu'il eût tâché de prendre toutes les précautions possibles pour le mettre hors de doute, moins encore à cause du fait en lui-même, qu'afin de donner un nouvel et frappant exemple de la négligence que certains médecins mettent malheureusement encore dans l'examen des malades. On ne peut admettre, en effet, quelque facilité qu'on trouvât à pratiquer le cathétérisme après l'introduction du corps étranger dans l'urètre, que la sonde ne heurtât plus ou moins fortement contre ce corps, et que sa présence par conséquent ne devînt évidente. Ce qui nous semblerait donc le plus probable si le malade a réellement été sondé, c'est que le médecin qui a pratiqué le cathétérisme n'est pas arrivé jusque dans la vessie, soit qu'il ait cru y être arrivé, soit qu'il se soit arrêté par prudence devant quelque obstacle. Mais dans un cas comme dans l'autre, il ne résulterait pas moins de ce fait que les connaissances pratiques sont loin d'être aussi répandues qu'on doit le désirer.

Nous reproduisons dans le dessin ci-dessous, la figure, en grandeur naturelle, du corps qui a été extrait. On remarquera qu'une des extrémités est dépouillée d'incrustations par suite de l'action de la pince dans les tentatives d'extraction qu'on a faites.



Le long espace de temps pendant lequel le malade a pu supporter la présence de ce corps dans l'urètre, avant d'être obligé de réclamer les secours de l'art, ne doit pas non plus passer inaperçu.

Phénomènes hystériques chez l'homme. — Beaucoup d'auteurs nient encore à l'heure qu'il est l'existence de l'hystérie chez l'homme, et nous avouons qu'en nous en rapportant à ce que nous avons pu voir nous-même nous serions disposé à adopter cette opinion. Jamais, en effet, nous n'avons observé sur le sexe masculin ce globe hystérique, ces accès convulsifs si bien caractérisés, ce rire et ces pleurs alternatifs qui les terminent si souvent. Mais si nous n'avons jamais observé cet ensemble complet de phénomènes qui constitue l'hystérie véritable, nous avons vu quelquefois chez l'homme un certain nombre de symptômes qui s'en rapprochent plus ou moins. Ces symptômes néanmoins sont eux-mêmes assez rares pour qu'il ne soit pas sans intérêt de les observer lorsqu'ils se présentent. C'est pourquoi nous allons faire connaître en quelques mots un fait de ce genre qu'on peut constater en ce moment dans le service de M. le professeur Cruveilhier.

Le malade à l'occasion duquel nous faisons ces remarques est un homme de trente-deux ans, exerçant depuis son enfance la profession de cordonnier, entré dans le service de M. Cruveilhier le 27 août 1849.

Voici les renseignements que cet homme fournit sur la maladie dont il est atteint, et dont nous décrirons dans un instant les symptômes :

La première attaque, au dire de ses parents, remonte à l'âge de trois ans. Il n'a pas entendu dire que les phénomènes morbides se soient développés à la suite d'une peur qu'il aurait eue dans son enfance; jusqu'à l'âge de treize ans, les attaques se répétèrent à des intervalles dont le malade ne peut préciser la longueur pour la première partie de son enfance et qu'il dit être de dix à quinze jours pour la seconde moitié. A treize ans, les accès disparurent jusqu'à vingt ans, puis ils se reproduisirent sans cause appréciable; ils ont toujours persisté depuis cette époque, revenant tous les cinq, dix ou quinze jours d'abord, puis tous les deux, trois et même quatre mois.

Ces accès ont toujours été constitués par les phénomènes suivants : le malade éprouvait dans les membres, surtout dans les membres supérieurs, une sorte de frémissement douloureux qui, partant des extrémités, se dirigeait vers la partie inférieure du sternum, où il semblait que deux corps de la grosseur du pouce se croisaient et *serraient* la respiration qui était comme coupée. Dans cet accès, tantôt le malade perdait connaissance pendant quelques minutes, tantôt il conservait la conscience de son état; il éprouvait assez souvent des secousses convulsives qui ne paraissent avoir aucune ressemblance avec les larges convulsions hystériques, et qui ressembleraient plutôt aux convulsions de l'épilepsie; cependant le malade assure que les personnes qui l'ont vu dans ses attaques n'ont jamais observé qu'il eût de l'écume à la bouche ou qu'il poussât un cri au début de l'attaque. Quand le malade était revenu à lui, tout n'était pas fini; il conservait habituellement pendant plusieurs heures les mêmes symptômes, moins la perte de connaissance, et ces symptômes nerveux revenaient toutes les deux, trois ou quatre heures; quelquefois une nuit entière se passait sans que le malade cessât un instant d'étouffer; à peine un accès d'étouffement était-il passé, qu'un nouveau se développait, toujours de la même manière, c'est-à-dire par une sorte d'aura qui partait de l'extrémité des membres et qui venait se rendre sous le sternum. Ces petits accès s'affaiblissaient ordinairement à mesure qu'ils s'éloignaient davantage de l'accès principal; puis tout rentrait dans l'ordre pour quelque temps. Mais depuis le mois d'avril dernier, époque à laquelle a eu lieu le dernier accès avec perte de connaissance, les autres ont persisté sans discontinuer, revenant plusieurs fois par jour, et quelquefois persistant sans interruption pendant toute la nuit. Cet état empêchant complètement le malade de se livrer à tout travail suivi, il s'est décidé à venir réclamer les secours de l'art.

Avant d'entrer à l'hôpital, il n'a jamais, dit-il, fait de traitement. Il est marié depuis un an, et, contrairement aux espérances que lui avaient données quelques médecins, le mariage n'a en rien amélioré son état.

Aucune altération ne paraît s'être produite dans les facultés mentales du malade; son appétit est bon, et toutes ses fonctions, en général, s'exécutent bien lorsqu'il est complètement hors de l'influence de l'état nerveux. Il y a cependant un peu de constipation habituelle. Il n'a pas cette animation, cette vivacité de langage qu'on rencontre chez les hypochondriaques; il est, au contraire, fort calme, et ne paraît aucunement exagérer ses souffrances; il a seulement une expression de tristesse dans sa physionomie.

A quelle affection doit-on rapporter les singuliers phénomènes éprouvés par le malade? Quoiqu'il n'ait pas été possible d'avoir des détails assez positifs sur les accès avec perte de connaissance pour écarter toute idée d'épilepsie, l'existence de cette affection nous paraît cependant assez peu probable. Une épilepsie remontant à l'âge de trois ans, dont les accès auraient été fréquemment répétés pendant vingt ans, et qui, malgré cela, n'aurait produit aucune altération dans les facultés intellectuelles ni dans les autres fonctions du malade, serait une chose pour le moins aussi étrange que l'existence d'une affection nerveuse idiopathique, ... comme on le comprend bien, une pure discussion de mots; car on ne sait que trop le sort fatal qui attend à peu près constamment les épileptiques, tandis qu'il est très permis d'espérer la guérison d'une maladie de nature différente.

Si l'affection que nous observons n'est pas de l'épilepsie, est-ce l'hystérie? Evidemment ce n'est pas l'hystérie caractérisée que nous observons chez la femme; mais c'est, du moins, une affection qui s'en rapproche beaucoup.

Quoi qu'il en soit, il est probable que l'avenir nous éclairera définitivement à cet égard. M. Cruveilhier s'est contenté, jusqu'à présent, de prescrire 4 grammes de poudre de valériane et les 3/4 de portion.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. TROUSSEAU.

Histoire thérapeutique des diverses espèces de diarrhée.

De la lyenterie.

La lyenterie étant la première forme de diarrhée dont j'ai parlé (1), et l'une des plus graves, il importe de dire de quelle façon, chez les enfants, on arrive à la modifier.

Cette affection est la forme subaiguë de l'irritation gastrique et intestinale. J'ai souvent essayé contre elle les préparations astringentes, la monésia, le ratanhia, le diascordium; il est rare que j'en aie été satisfait, quoique, dans certains cas exceptionnels, l'extrait de monésia m'ait réussi. On peut donner ce médicament à la dose de 20 centigrammes par jour chez les enfants de un à cinq ans, et on ne risque rien de porter la dose à 40 centigrammes dans les vingt-quatre heures.

Mais ce dont j'ai retiré le plus de services, c'est le sel de seignette; c'est un des purgatifs salins dont le mode d'action est le plus doux. L'enfant va six à huit fois à la garde-robe, quelquefois pas plus qu'avant l'administration du médicament, et cependant la diarrhée est supprimée ou au moins modérée. On le donne pendant deux ou trois jours à la dose de 5 à 6 grammes pour les enfants à la mamelle, et à celle de 10 à 15 pour les enfants de dix à dix-sept ans.

Quoique le sel de seignette soit un des remèdes qui rendent le plus de services dans la lyenterie, il peut arriver cependant qu'il ne réussisse pas. On a recours alors à l'usage des médicaments dits *absorbants* ; on emploie le sous-nitrate de bismuth ou la poudre d'yeux d'écrevisse, non point à la dose énorme que conseille M. Monneret, mais à celle de 5 à 10

(1) Le professeur a commencé par étudier la symptomatologie des diverses affections dont on va voir l'énumération; mais nous avons cru pouvoir nous dispenser de publier cette première partie des leçons pour nous en tenir exclusivement à la thérapeutique.

centigrammes de chaque dans le courant de la journée; dose qui me paraît suffisante dans le plus grand nombre des cas.

Au bout de cinq à six jours, si ces agents ne réussissent pas, il faut changer, et alors l'usage des alcalins est opportun, soit que l'opportunité ait été prévue ou non par le médecin.

Lorsque les selles sont acides, ce que l'on constate par le changement de couleur du papier de tournesol, lorsque la salive est fortement acide, faites mêler au lait de l'enfant certaine proportion de bi-carbonate de soude, de 25 à 40 centigrammes dans le vingt-quatre heures.

Il vous arrivera que le bicarbonate de soude ne vous réussira pas; mais ne vous tenez pas pour battu. Prenez alors la magnésie; vous l'employez à la dose de 10 à 25 centigrammes que vous incorporez dans une potion sirupeuse.

Que si, après deux ou trois jours, vous n'obtenez pas plus de résultats favorables, ayez recours au saccarate de chaux (sel que l'on fait au contact du protoxyde de calcium et du sucre). Ce saccarate de chaux se mêle à la dose de 50 centigrammes à 2 grammes à l'état sirupeux, et il est rare que, si la salive et les selles sont acides, la lyenterie ne soit pas modifiée sous l'influence de ce médicament.

Le nitrate d'argent cristallisé, incorporé dans une potion, donne aussi de bons résultats. Voici la formule que j'emploie le plus habituellement :

Nitrate d'argent cristallisé.	1 ou 2 centigrammes.
Sirop simple..........	20 grammes.
Eau distillée..........	30 —

A prendre dans les vingt-quatre heures.

Enfin, lorsque aucun de ces moyens ne réussit, ce qui serait extraordinaire, on a recours à la préparation suivante :

Ipécacuanha..............	5 centigrammes.
Calomélas..............	1 id.
Laudanum de Sydenham...	10 id.

L'action de cette préparation, qui réussit bien souvent dans la lyenterie, est cependant bien plus favorable dans certaines autres formes de diarrhée que nous indiquerons tout à l'heure.

Il est bien entendu que chez les enfants la maladie est presque toujours due à l'alimentation. Quand les femmes sèvrent prématurément leurs enfants, elles les mettent à l'usage du lait de vache ou d'une alimentation grossière; l'enfant a des indigestions successives; la maladie se termine par la lyenterie.

Chez les femmes qui peuvent donner à téter, il faut employer tous les moyens de persuasion pour que l'enfant soit remis à l'allaitement maternel; c'est le plus grand remède contre la lyenterie, et il doit passer avant l'emploi de toute drogue. Si vous pouvez tout supprimer et remettre l'enfant à l'allaitement maternel, il vous arrivera de voir la lyenterie disparaître en quelques jours.

Mais si, comme cette affection arrive fréquemment après un temps plus ou moins long du moment du sevrage, il n'est pas possible, soit à cause de l'état de la mère ou de la position de fortune des parents, de donner du lait de femme ou si l'enfant ne veut plus reprendre le mamelon, on est alors obligé d'avoir recours aux moyens pharmaceutiques; mais il ne faut jamais oublier cette règle capitale que l'alimentation donnée à l'enfant doit être en rapport avec son estomac.

Quelle est cette alimentation? Voilà ce que l'expérience seule apprendra et ce qu'on ne peut pas prévoir. En thèse générale, il faut donner du lait, et, comme on n'a pas à sa disposition toute espèce de lait, il faut donner du lait de vache. Pourtant le lait de chèvre passe pour avoir des propriétés astringentes plus actives; soit expérience, soit préjugé, vous entendez dire aux médecins que le lait de chèvre purge moins que le lait de vache, tandis que le lait d'ânesse purge à peu près tous ceux qui en font usage pour la première fois. Le chimiste ne trouve rien qui diffère sensiblement du lait de femme; mais, en définitive, cela existe, et je ne sais à quoi l'attribuer.

On essaie donc le lait de vache; on l'essaie cru et cuit, parce que tel individu est purgé par un verre de lait cru, qui supporte le lait cuit, et réciproquement. C'est un fait que l'on peut constater tous les jours. Donnez le lait écrémé ou avec la crème; la crème, qui n'est que le beurre, peut être plus difficile à supporter : l'expérience seule servira de guide; mais ne vous rebutez pas quand il n'est pas supporté ou qu'il ne réussit pas. Il faut alors essayer le lait coupé avec différentes choses. Ainsi, l'eau de pain est la meilleure que l'on puisse employer, parce que le pain est un des meilleurs agents de la digestion, et on édulcore avec du sucre ou du sirop de gomme. Si le lait ne passe pas avec de l'eau de pain, les eaux d'orge, de gruau, de riz pourront rendre des services; on met d'abord une petite quantité de lait ou de cette eau que l'on emploie; on varie les proportions de l'un et de l'autre agent, et l'on voit en quelle proportion l'enfant digère; en effet, il se peut que la digestion s'opère facilement suivant les quantités d'eau ou de lait que l'on finisse par réussir à lui faire supporter; et, si aucun de ces moyens ne donne de bons résultats, essayez le lait coupé avec du bouillon en tâtonnant jusqu'à ce qu'on ait trouvé les proportions convenables.

Voilà pour les aliments liquides; mais je suppose que l'enfant ne puisse pas les supporter. J'ai vu un enfant, arrivé à l'âge de sept ans, qui, pendant les premières années de sa vie, n'avait pas pu digérer la plus petite quantité de lait; on avait essayé le lait de femme, d'ânesse, de vache, de chèvre; on avait essayé le lait coupé sous toutes les formes, rien n'avait pu réussir. L'enfant a vécu avec de l'eau d'orge jusqu'à l'âge de trois ou quatre ans. Quand vous rencontrerez des enfants semblables, il faut bien les accepter, comme on accepte ceux qui, venus de la Normandie, où on leur fait boire jusqu'à deux litres de cidre par jour, ou de la Bourgogne, où on les habitue au vin, ne digèrent plus dès qu'on cesse de leur en donner, il ne faut pas essayer ces moyens d'une manière imprudente; mais enfin il faut que l'enfant prenne quelque chose, et voici un fait qui va vous montrer combien est bizarre la nature de certains enfants.

Il y a peu de temps, je fus mandé chez le commandant du Louvre, dont le petit-fils avait une lyenterie perpétuelle, ne pouvait rien digérer, et était littéralement consumé par la faim et par la fièvre. L'accoucheur, qui est très bon médecin, avait tout essayé sans succès. Je conseillai de faire prendre à l'enfant du vin de Madère avec du jaune d'œuf. Il a pu digérer cela; on a continué, et peu à peu il s'est tiré d'affaire, et on l'a habitué graduellement au lait de femme. Voilà de petits artifices que l'on essaie et qui guérissent.

Un médecin a imaginé de donner aux enfants atteints de lyenterie de la viande crue. Ce médecin, placé à la tête de l'hôpital des Enfants de Moscou, fait hacher un morceau de bœuf maigre et en bourre l'enfant; il en donne jusqu'à un demi-kilogramme par jour, et il prétend que les enfants mangent cela à merveille pendant plusieurs mois. Les accidents cessent, dit-il, et c'est le plus héroïque moyen qu'il ait trouvé. Je ne l'ai pas encore essayé; mais je n'hésiterai pas, si l'occasion s'en présente, à avoir confiance à la parole d'un homme grave si bien placé pour observer.

Quant aux autres aliments, il est difficile de rencontrer juste; mais, en règle générale, donnez l'alimentation qui est en rapport avec l'estomac des enfants, et si la digestion se fait, continuez, lors même que votre alimentation serait un rebours des idées reçues.

Il nous reste à étudier les diarrhées bilieuse, verte, glaireuse et cholériforme.

Diarrhée bilieuse.

En général la médecine intervient contre cette affection, et ordinairement c'est avec succès. L'enfant a de la fièvre, des vomissements, de la tension dans le ventre, et une diarrhée plus ou moins violente. On emploie les vomitifs. Le premier, celui qui réussit le mieux, c'est l'ipécacuanha; on le donne à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme chez les enfants à la mamelle, et on en continue l'emploi pendant deux ou trois jours. Le plus souvent la fièvre tombe, et les vomissements et la diarrhée sont modifiés.

Si l'ipécacuanha est mal supporté, on a recours à un autre moyen puissant, facile à administrer et sans aucun inconvénient. Je veux parler des purgatifs neutres salins, et notamment du sel de seignette que l'on donne à la dose d 10 à 50 centigrammes. Il faut, en un mot, employer contre cette espèce de diarrhée les purgatifs et les vomitifs.

Diarrhée verte.

C'est encore par les mêmes moyens, et surtout par les purgatifs salins que l'on combat efficacement cette diarrhée. On administre en premier lieu le sel de seignette à la dose que nous avons indiquée; et si la diarrhée reste verte, on ajoute les purgatifs salins, le bicarbonate de soude, à la dose de 20 centigrammes.

Diarrhée glaireuse ensanglantée.

Lorsque la fièvre, les vomissements, le ballonnement du ventre n'accompagnent pas cette diarrhée, due à une phlegmasie de l'intestin, les clystères seuls suffisent pour la faire disparaître. On prescrit un lavement avec 5 ou 10 centigrammes de nitrate d'argent pour 200 grammes d'eau distillée, et quand ce lavement a été rendu, on en fait prendre un autre avec deux gouttes de laudanum. Ces lavements sont répétés deux ou trois fois par jour, suivant le mouvement de la diarrhée et la quantité de glaires rendus.

Si le ventre est ballonné et que la fièvre existe, on commence par donner des vomitifs, que l'on fait suivre de purgatifs salins, et ce n'est qu'après que l'on prescrit les lavements substituteurs. Ne donnez les lavements avec le laudanum que s'il n'y a pas de vomissements, et ceux avec le nitrate d'argent que quand il n'y a pas de fièvre, pas de vomissements, pas de ballonnement. Les lavements avec le sulfate de cuivre ou le sulfate de zinc, à une dose double de celle du nitrate d'argent, produisent les mêmes effets favorables, et il est rare que cette diarrhée glaireuse et ensanglantée ne soit pas alors modifiée.

Diarrhée avec sécrétion membraneuse.

Cette affection est très commune chez les adultes et surtout chez les femmes, qui sont habituellement constipées. Elle est constituée par la présence dans les gardes-robes d'une grande quantité de fausses membranes qui ressemblent à du macaroni cuit, et elle cède parfaitement à l'emploi des lavements avec le nitrate d'argent ou le sulfate de cuivre.

Cette forme de la diarrhée est très rare dans l'enfance; mais il en existe une autre qui lui ressemble beaucoup. Les enfants qui en sont atteints rendent quelque chose qui ressemblent à du riz cuit. On guérit facilement cela par l'usage des lavements substituteurs ou d'un lavement fait avec une solution de gomme adragante, dans laquelle on aura ajouté 5 ou 10 centigrammes de calomel.

Diarrhée cholériforme.

L'enfant vient d'être sevré, ou tète, ou fait des dents; on lui laisse une diarrhée utile suivant la nourrice et certains médecins, qui pensent, d'après Sydenham, que l'enfant qui fait des dents ne doit pas avoir le ventre resserré. Il est très mauvais que les enfants en cet état aient la diarrhée, et il faut s'en garder comme de la peste. Quand elle ne dure qu'un jour ou deux, ce n'est rien; mais si elle dure plus longtemps, arrêtez-la, vous vous en trouverez toujours bien. Lorsqu'on ne se préoccupe pas de cette diarrhée, elle dure huit jours sans que l'enfant souffre d'une manière notable, sans qu'il devienne plus maigre. Mais tout à coup, sans rien de préalable, surviennent des vomissements violents et une diarrhée séreuse très abondante; l'enfant pousse des cris terribles, ses yeux sont excavés, sa peau cyanosé, la peau et la langue sont froides, les téguments ont perdu leur élasticité et conservent les plis si on les pince. Si l'enfant était gras, immédiatement toutes les parties de son corps (le ventre, les fesses, les cuisses) deviennent molles, flasques et chiffonnées; le pouls est d'une fréquence excessive, très petit et quelquefois insensible. Vous voyez tout de suite à cela l'état cholériforme.

Les vomissements sont verdâtres comme une dissolution de cuivre; puis la diarrhée prend les mêmes caractères et devient complétement aqueuse, il semble que c'est de l'urine. L'enfant pousse des cris continuels; il agite ses membres, et n'a pas une seconde de calme. Quelquefois la diarrhée s'arrête net, et les vomissements deviennent plus violents; quelquefois la diarrhée et les vomissements s'arrêtent, et les accidents persistent comme dans le choléra. Les cris deviennent de plus en plus faibles, et la voix devient fêlée comme chez les cholériques. C'est pour cela qu'on appelle cette affection diarrhée cholériforme, ou choléra des enfants. Cela dure de quelques heures à quelques jours, ordinairement de vingt-quatre à quarante-huit heures, et la mort arrive. On peut estimer qu'il meurt au moins la moitié des enfants qui en sont atteints; c'est donc une maladie excessivement grave. Quels sont les moyens à lui opposer?

Parmi ceux qu'on conseille ordinairement se trouve l'opium; c'est le moyen qu'on emploie toujours quand on ne sait que faire : les malades et les parents sont contents, les uns parce qu'ils cessent de souffrir, les autres parce qu'ils croient les malades mieux. Mais quand on emploie l'opium dans le cas dont nous nous occupons, les enfants tombent dans la stupeur et meurent un peu plus vite; si l'on prescrit des lavements opiacés, la diarrhée s'arrête, mais les vomissements deviennent plus violents. Il y a entre l'estomac et le gros intestin une sorte de bascule qui fait que les uns augmentent quand les autres s'arrêtent; de sorte que, quand l'estomac semble souffrir davantage, l'intestin se tait. Il s'ensuit qu'il faut bien se garder d'attaquer la diarrhée par le gros intestin chez les enfants qui ont de la tendance à vomir, en même temps qu'ils ont la diarrhée. Les enfants et les adultes qui ont le choléra meurent plus de vomissements que de diarrhée, et, nous l'avons vu encore dans cette épidémie, ceux qui ont les vomissements et le hoquet sont bien plus gravement atteints que les autres. Il en est de même chez les enfants, on peut arrêter la diarrhée par les lavements; mais les vomissements augmentent, le hoquet arrive et bientôt la mort. Quand on donne l'opium par l'estomac, je l'ai déjà dit, souvent la diarrhée et les vomissements se calment; mais survient la stupeur, et l'enfant succombe.

On a donné tous les astringents connus, le tanin, la monésia, le ratanhia; ils ne sont d'aucune utilité. Mais une des médications les plus puissantes et les plus utiles est celle qui consiste à employer les vomitifs et les purgatifs. Les vomitifs, et notamment la poudre d'ipécacuanha, sont ce qui réussit le mieux; la diarrhée s'arrête, mais sa disparition ne provoque plus l'estomac, la médication agit comme substitutrice. Les purgatifs salins, et entre autres le sel de seignette à la dose de quatre à dix grammes, suivant que les vomissements ont lieu ou non, sont d'un puissant secours.

Voici pour la diarrhée et les vomissements; mais contre la sidération nerveuse que faut-il faire? Ce qui m'a le moins mal réussi, ce sont les bains de moutarde. On met dans une serviette 500 grammes de farine de moutarde, que l'on délaie dans l'eau froide; puis on noue la serviette de manière que la farine soit lâche, et enfin on la tord et on la presse jusqu'à ce que l'eau devienne jaune. J'ai dit qu'on doit délayer la farine dans l'eau froide, parce qu'alors l'huile essentielle de moutarde se développe en plus grande quantité. L'enfant, soutenu par la nourrice ou toute autre personne, est placé dans le bain; bientôt il commence à sentir l'action irritante du bain, que la personne qui le soutient sent aussi; quand la cuisson est devenue insupportable pour la personne qui le tient, il faut retirer l'enfant, le placer dans une couverture de laine et lui donner à l'intérieur du sirop d'éther par petites cuillerées à café. Voilà ce qu'il convient de faire si la sidération nerveuse est à son comble; c'est la première chose dont il faut s'occuper, exactement comme dans le choléra nous ne nous occupons pas d'abord de la diarrhée et des vomissements, mais de la sidération qui va tuer, et, quand la vie est ranimée, on s'occupe de la médication à opposer à la maladie des entrailles qui lui a donné lieu.

Quand le pouls est revenu, nous essayons de modifier l'état particulier de la muqueuse à l'aide de nos médicaments substituteurs. Si l'enfant vit encore après quarante-huit heures, que la réaction et la chaleur à la peau persistent, on peut alors agir contre la diarrhée. Pour cela, on emploie soit une potion, soit un lavement avec le nitrate d'argent à la dose de 1 centigramme dans 30 grammes d'eau et 20 grammes de sirop simple pour la potion, et à celle de 5 à 10 centigrammes dans 250 grammes d'eau pour le lavement. On peut répéter ce lavement deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures; mais, si les symptômes algides reparaissent, il faut revenir à la médication première.

Il peut arriver aussi qu'après la réaction les enfants tombent dans un état typhoïde qui pourrait durer jusqu'à trois semaines; alors les bains frais très courts, de légères affusions froides, des boissons fraîches et un peu stimulantes, un peu de lait ou de bouillon font assez souvent cesser les accidents.

Vous voyez que dans cette diarrhée cholériforme l'indication est à peu près la même que dans le choléra asiatique : la conduite du médecin doit être la même; il faut :

1° Secourir et ranimer le système nerveux qui fléchit;

2° Modifier la muqueuse gastro-intestinale par une médication substitutrice.

Telle n'est pas la conduite que l'on tient habituellement; aussi le plus grand nombre des enfants périssent quand déjà les médecins croient la partie gagnée. Voici comment : on voit que, chez un enfant à qui l'on prescrit quelques gouttes de laudanum, les vomissements et la diarrhée se calment, et à l'instant on porte un pronostic favorable. C'est une faute très grande. Tant que le pouls n'est pas fort et large, tant que les vomissements n'ont pas cessé, il faut porter un pronostic défavorable.

Quels sont les signes d'un augure favorable ?

Le retour de la chaleur à la peau et la diminution de l'excavation des yeux et de l'agitation sont des symptômes qui vous donneront de l'espoir. Quand vous les verrez, portez un pronostic favorable, quand bien même les vomissements et la diarrhée persisteraient. En effet, vous avez alors à vous comporter comme dans une entérite ordinaire, vous avez du temps devant vous, vous êtes maître du système nerveux et vous employez les mêmes moyens que dans une diarrhée aiguë ou subaiguë. M.

HOPITAL COCHIN. — M. Maisonneuve.

Coxalgie à la troisième période, simulant une luxation spontanée du fémur.

L'histoire de la coxalgie est encore peu connue des praticiens. Cela tient à plusieurs causes : 1° aux erreurs capitales que renferment à cet égard les auteurs classiques les plus renommés ; 2° aux apparences trompeuses que fournit l'examen superficiel des malades ; 3° aux difficultés matérielles que présente l'exploration rigoureuse des symptômes.

Nous croyons donc être utile à nos lecteurs en reproduisant les considérations lucides qu'a émises M. Maisonneuve à sa clinique de l'hôpital Cochin, à l'occasion d'une malade couchée au n° 10 de la salle Saint-Jacques.

Cette malade, âgée de quarante-cinq ans, souffre d'une coxalgie depuis huit ans environ. La maladie a débuté sans cause appréciable ; elle s'est manifestée d'abord par une vive douleur dans le genou, puis la hanche s'est tuméfiée, le membre s'est allongé, s'est un peu fléchi, et la malade a dû garder le lit presque constamment. Un traitement rationnel, mais un peu timide peut-être, a été employé. On a donné à l'intérieur des amers et des préparations d'iode, de fer, etc. ; à l'extérieur, on a appliqué des vésicatoires volants.

La maladie a continué ses progrès ; le membre, après être resté longtemps plus long que l'autre, s'est raccourci, et maintenant il paraît à l'œil de 8 centimètres au moins plus court que le membre sain.

Pour la plupart des praticiens, ce serait une *luxation spontanée*. Telle n'est point l'opinion de M. Maisonneuve. En présence d'un *raccourcissement* aussi considérable, dit ce professeur, on a peine à se défendre de l'idée d'une luxation. Ce signe, en effet, aurait une grande valeur s'il était réel au lieu d'être le résultat d'une illusion. Il importe donc de bien étudier ce symptôme, et de discerner ce qu'il contient de réel ou de fallacieux.

D'abord, y a-t-il raccourcissement ? La malade étant couchée sur le dos, si vous l'engagez à se tenir bien droite dans son lit, vous constatez à l'œil que le membre inférieur droit est plus court que le gauche d'environ 8 centimètres.

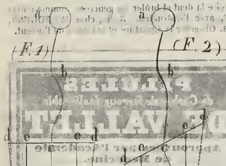
Si, ne vous en rapportant pas à l'œil, vous mesurez avec un fil, de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe, au lieu d'un raccourcissement de 8 centimètres, vous trouverez pour le membre droit un allongement d'un centimètre.

Lequel donc de votre œil ou de votre mesure se trompe ? Tous les deux, répond M. Maisonneuve ; et voici pourquoi. Les deux membres ne sont pas dans une position semblable par rapport au bassin : le membre droit, qui est malade, se trouve dans un état d'adduction forcée ; le membre gauche, pour ne pas se croiser avec lui, se tient dans l'abduction. Un fil conduit par l'ombilic et la symphyse du pubis jusqu'au niveau des pieds en donne la preuve immédiate.

Or, quand deux membres inférieurs parfaitement égaux sont portés, l'un dans l'abduction, l'autre dans l'adduction, voici ce qui a lieu :

Celui qui est dans l'abduction paraît allongé *à l'œil*, tandis que celui qui est dans l'adduction paraît raccourci. Mais si l'on *mesure avec un fil*, de l'épine iliaque supérieure, on a un résultat inverse : celui qui est dans l'abduction paraît raccourci, et celui qui est dans l'adduction paraît allongé.

Une figure simple rendra palpable ce fait important.



Dans ces figures, on voit :

a. La tête.
b. Le rachis.
c. L'articulation sacro-vertébrale.
d. Les épines iliaques.
e. Les articulations coxo-fémorales.
f. Les malléoles.
a, *b*, *c*. La tige céphalo-rachidienne.
d, *e*, *e*, *d*. La ligne du bassin perpendiculaire au rachis dans la fig 1, oblique dans la figure 2.
e, *f*. Les membres inférieurs de longueur égale et parallèles.

Dans la *fig.* 1re, où le bassin est perpendiculaire au rachis, les lignes $e\,f$ des membres inférieurs, également perpendiculaires au bassin, donnent à l'œil la même longueur et tombent sur la ligne $g\,g$, plan perpendiculaire à l'axe général du corps ; les lignes $d\,f$ sont aussi égales à droite et à gauche.

Dans la *fig.* 2e, au contraire, où le bassin est incliné par rapport au rachis, les lignes $e\,f$ des membres inférieurs donnent à l'œil une longueur inégale ; la ligne $e\,f$, qui est dans l'abduction, descend au delà de la ligne $g\,g$, et paraît plus longue que la ligne $e\,f'$, qui est dans l'adduction et qui reste en deçà. Tout au contraire, si l'on mesure avec un fil, on trouve que la ligne $d\,f$ a moins de longueur que la ligne $d\,f'$.

Mais cette explication, dit M. Maisonneuve, ne résout pas toute la difficulté. Il se peut, en effet, que le membre qui est dans l'adduction et qui, par le fait de cette adduction, paraît raccourci à l'œil et allongé à la mesure ; il se peut, dis-je, que ce membre soit raccourci réellement. Comment, alors, discerner ce qui est le fait de la position vicieuse de ce qui tient à la brièveté réelle ? Il existe pour cela un moyen fort simple.

Le malade est couché en supination, les épines iliaques placées bien horizontalement, le membre sain est alors porté dans la flexion, puis dans l'adduction, de manière à croiser en avant le membre malade, et à se trouver dans une adduction semblable ou même les deux membres dans cette position. Alors le membre sain, étant dans une adduction semblable et dans une flexion plus forte, doit paraître plus court à la mesure. S'il était plus long ou égal, c'est qu'il y aurait du côté malade un certain degré de raccourcissement réel.

Pour plus de précision, on pourrait mesurer une seconde fois le membre sain en le portant en arrière du membre malade, et toujours dans le même degré d'adduction. Alors on obtiendrait à la mesure une longueur plus grande, qui, combinée avec la brièveté obtenue par la première mensuration, donnerait un résultat bien rapproché de l'exactitude rigoureuse.

C'est d'après ces principes que M. Maisonneuve a procédé à l'examen du membre, et qu'il est arrivé à constater un raccourcissement réel d'un centimètre et demi.

Appuyé sur ce fait, et faisant remarquer l'exiguïté du raccourcissement définitif, M. Maisonneuve rejette d'une manière péremptoire l'existence de la luxation, et conclut à une affection de la hanche caractérisée par l'érosion de la tête du fémur et l'agrandissement de la cavité cotyloïde.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 22 août 1849. — Présidence de M. Deguise père.

Anévrisme poplité.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, touchant l'observation d'anévrisme exposée par M. Robert, M. Chassaignac exprime le vœu que l'on fasse connaître à la Société les suites des opérations qui lui ont été communiquées ; c'est pour cela qu'il croit devoir rendre compte du résultat de l'anévrisme poplité opéré par lui le 24 février, et dont il avait entretenu ses collègues. Le malade est aujourd'hui dans l'état le plus satisfaisant ; il n'éprouve plus de gêne sensible dans la marche ; la tumeur du jarret s'est tellement effacée, qu'elle laisse complétement vide la place qu'elle occupait dans cette région, et ce qui est notable, c'est qu'il n'existe même plus de nodus ou d'indice du sac anévrismal. Ce fait prouve enfin l'efficacité définitive de la ligature à l'exclusion d'une autre méthode, telle que l'électricité.

Tumeurs sublinguales.

M. Larrey, à propos de la correspondance, lit une lettre qu'il a reçue de M. E. Bertherand, avec un extrait de sa thèse sur les *Tumeurs sublinguales*. C'est le travail que M. Larrey avait signalé à l'attention de la Société de chirurgie ; et sur lequel il se chargera de faire un rapport verbal.

Plaies de l'estomac.

M. R. Marjolin communique un fait intéressant de plaie pénétrante de l'estomac, dont voici l'exposé.

Un homme âgé de trente-deux ans, d'une bonne constitution, exerçant l'état de cordonnier, rentrait chez lui le soir du 20 juin 1849, un peu excité par le vin. En voulant intervenir dans une querelle près de la barrière du Trône, il fut frappé d'un coup de couteau dans le ventre ; et malgré la douleur vive, malgré une perte de sang considérable, il put se rendre à pied à l'hôpital de Bon-Secours, où il fut admis dans le service de M. Marjolin. Le chirurgien de garde constata tout d'abord un caillot épais obstruant la plaie d'une part, et adhérant d'autre part aux vêtements, sans reconnaître aucun signe de pénétration. Il eut soin de ne pas détacher ce caillot ; il se contenta d'en diminuer l'épaisseur, en en retranchant une partie ; et pour pansement provisoire, il appliqua sur la blessure des compresses imbibées d'eau froide.

Le lendemain matin, à sa visite, M. Marjolin examine la blessure, et la trouve dans les conditions suivantes. La plaie est située au niveau du rebord des cartilages des fausses côtes du côté gauche, à 5 ou 6 centimètres de la ligne médiane ; elle est mise à découvert par la section du caillot, et présente une étendue de 3 centimètres environ, avec 1 centimètre d'écartement de ses lèvres, qui semblent entrebâillées par la présence du sang. L'indication évidente est d'attendre et d'observer, afin de ne pas provoquer une hémorrhagie nouvelle. Cette plaie, dont la forme offrirait de l'intérêt sous le point de vue médico-légal, semble avoir été produite par un instrument acéré à double tranchant ; car elle est nette dans son étendue et rétrécie à ses deux extrémités. Autour d'elle existe une tuméfaction légère, peu douloureuse, et sans ecchymose. Aucun symptôme n'indique une lésion grave, ni du côté de l'abdomen, ni du côté de la poitrine ; le pouls donne 100 pulsations, et le blessé assure n'avoir pas eu de vomissements. L'emploi renouvelé de l'eau froide, une boisson rafraîchissante, la diète et le repos absolu composent toute la prescription. Quelques phénomènes réactionnels se déclarent le soir avec assez d'intensité, et se dissipent promptement par l'effet d'une saignée copieuse ; une selle naturelle est suivie dès le lendemain d'une amélioration notable, qui se soutient les jours suivants. Le caillot s'est détaché tout à fait le 23, et la plaie devenue simple, suppurante, est pansée avec des bandelettes agglutinatives ; mais elle ne se réunit pas tout à fait, et laisse suinter une certaine quantité de liquide chaque fois que le malade boit de la tisane. Il éprouve alors une sensation de froid vers cette région du ventre, et en rend compte à M. Marjolin, qui recherche par quelques expériences la communication de la plaie avec la cavité de l'estomac. Une tisane contenant de la garance ainsi que de l'eau rougie ne donnent pas de coloration caractéristique au liquide issu de la plaie, et ne servent point à juger la question d'une manière rigoureuse ; mais l'ingestion d'une limonade contenant 50 centigrammes de sulfate de fer et l'application simultanée sur la plaie d'une compresse imbibée de prussiate de potasse démontrent, par la coloration immédiate de la compresse, l'existence manifeste d'une fistule stomacale consécutive à la plaie, et analogue, dit M. Marjolin, à la fistule stercorale qui s'établit dans quelques cas de hernie étranglée. Cette fistule, oblitérée enfin sans aucun traitement, ne laisse plus, à la suite d'une lésion aussi exempte d'accidents, qu'une cicatrice régulière et solide, comme peuvent s'en convaincre les membres de la Société en examinant le sujet de cette curieuse observation.

M. Robert demande s'il avait mangé au moment de la blessure, parce que cette circonstance est utile à connaître.

M. Marjolin répond qu'effectivement le blessé avait bu et mangé, même assez copieusement, sans qu'aucun des accidents des plaies de ce genre soit survenu. C'est là ce qu'il tient à établir comme fait essentiel.

M. Huguier doute que l'estomac ait été atteint ; il serait porté à croire que c'est plutôt la portion inférieure de l'œsophage, en supposant que des adhérences à la paroi abdominale aient permis à l'instrument vulnérant de porter un coup oblique de bas en haut.

M. Marjolin persiste à croire, au contraire, d'après le signe particulier dont il a rendu compte, que l'estomac était bien l'organe lésé.

M. Larrey, sans contester la réalité de la lésion admise par M. Marjolin, et reconnaissant tout l'intérêt qu'offre ce fait exceptionnel, s'étonne aussi de l'innocuité de la blessure et de l'absence complète des accidents caractéristiques des plaies pénétrantes de l'estomac (quoique celles-ci puissent guérir aussi malgré des conditions graves) (1). Ainsi, d'après le siége de la solution de continuité, d'après la direction présumée de l'agent vulnérant, et plus encore d'après l'état de réplétion du viscère, ces accidents semblaient presque inévitables chez le blessé de M. Marjolin ; mais non, il n'y a point eu de hoquets, point de nausées, point de vomissements soit des boissons, soit des aliments, soit surtout du sang, qui s'était écoulé au contraire en abondance par la plaie, sans même entraîner avec lui par cette voie directe quelque chose des matières ingérées dans l'estomac ; et enfin point de selles sanguinolentes, quoique ce dernier signe n'ait pas la valeur des précédents.

C'est pourquoi M. Larrey serait disposé à croire que le blessé, en raison de son état d'ivresse, si ce n'est pour avoir perdu connaissance, a peut-être mal apprécié ou ignoré les accidents primitifs qui seraient survenus ; ou bien, ajoute M. Larrey, il faut admettre que le sang, tout d'abord expulsé librement par la plaie de l'estomac parallèle à celle du ventre, n'a point provoqué de vomissements, et qu'en se coagulant ensuite entre les lèvres de cette plaie, au-devant et autour d'elle, il a fait office d'un moyen obturateur propre à empêcher d'autres accidents (tels qu'un épanchement consécutif) et à faciliter peut-être aussi la formation d'adhérences favorables à la guérison.

M. Marjolin, qui a rapporté ce fait précisément à cause de l'absence totale des accidents, pense, comme M. Larrey, que des adhérences ont pu s'établir, et que la coagulation du sang a sauvé son blessé.

Il a vu récemment un cas des plus malheureux en opposition à celui-là, chez un homme qui succomba vite à des lésions traumatiques nombreuses, et notamment à une plaie de l'estomac caractérisée par les vomissements de sang et les autres signes indiqués.

M. Deguise fils, en admettant que la preuve de la perforation de l'estomac pût résider seulement dans une expérience chimique, demande à M. Marjolin s'il n'a pas recherché les caractères de la fistule par des injections ou des boissons colorées, ou bien par du lait.

M. Marjolin rappelle ce qu'il a fait et ce qu'il a dit aussi à cet égard.

M. Morel-Lavallée fait observer que la réaction chimique sur le sel de fer est des plus concluantes ; mais à la condition seulement qu'on aura essayé d'abord avec le prussiate de potasse le liquide rendu par la fistule, le fer pouvant se trouver naturellement dans les liquides de l'estomac, ou y avoir été introduit avec les aliments.

La discussion est close sur ce sujet.

Cancer du voile du palais.

M. Chassaignac rappelle à la Société qu'il y a six semaines à deux mois, M. Gosselin, désirant avoir l'avis de ses collègues, leur présenta une femme chez laquelle existait une tumeur de nature douteuse au côté gauche du voile du palais. Plusieurs des membres de la Société l'avaient considérée comme cancéreuse ; telle fut aussi l'opinion de M. Velpeau, qui garda cette malade dans son service pendant deux jours seulement, et la renvoya de la Charité comme incurable. Rentrée dans son pays (à Romorantin), elle ne put se résigner à y rester, et retourna bientôt à Paris, d'après le conseil qui lui en fut donné, pour se faire opérer par un autre chirurgien ; elle revint auprès de M. Chassaignac, qui trouva la tumeur augmentée de volume, et, par un examen attentif,

(1) M. H. Larrey en a rapporté un exemple dans le journal la *Clinique* du 5 décembre 1829.

constata, comme l'avait fait M. Monod, l'engorgement d'un ganglion sous-maxillaire, et de plus un chapelet de ganglions semblables jusque dans la région sus-claviculaire. L'auscultation de la poitrine, faite par M. Beau, fit constater enfin l'existence d'nne caverne pulmonaire. Mais ces circoustances fâcheuses ne furent point, pour M. Chassaignac, des contre-indications d'opérer, parce qu'il avait remarqué en même temps un eczéma de l'oreille, qui pouvait hien aussi avoir occasionné l'engorgement des glandes cervicales. Ses seules craintes étaient fondées sur le souvenir du pronostic funeste porté par M. Monod, par quelques autres chirurgiens, et surtout par M. Velpeau. Cependant les progrès de la tumeur, les effets mécaniques qui devaient en résulter sur l'acte de la déglutition, et enfin peut-être l'imminence de la mort, décidèrent M. Chassaignac à pratiquer l'opération le jeudi 16 courant, de la manière suivante :

Il commença par faire la ligature de la carotide primitive pour se prémunir contre toute chance d'hémorrhagie, d'autant que la tumeur se trouvait adossée à l'apophyse coronoïde; mais cette ligature ne fut pas aussi facile qu'elle semblait devoir l'être, parce qu'un ganglion lymphatique s'allongeait au-devant de l'artère et simulait une anomalie vasculaire : il fallut donc l'enlever préalablement, et prolonger ainsi la durée de l'opération.

La ligature étant faite, une longue incision commencée à la commissure lahiale fendit toute la joue jusqu'à l'angle maxillaire en passant au-dessous du canal de Sténon, qu'il fallait ménager. La dissection du lambeau supérieur permit à un aide de le relever, et, tandis que l'apophyse montante de l'os maxillaire était séparée d'un seul coup avec la cisaille de Liston, une seconde section fendit la voûte palatine depuis la narine gauche jusqu'au voile du palais; la dissection de la tumeur devint facile, et son ahlation fut faite ainsi que la portion d'os comprise entre les deux coupes de l'instrument. L'incision enfin, prolongée postérieurement, permit de détacher le ganglion situé derrière l'angle de la mâchoire. La plaie de la paroi huccale fut réunie par la suture entortillée; l'adhésion fut prompte et à peu près complète dès le troisième jour, excepté dans un point resté fistuleux et dans le pertuis occupé par le fil de la ligature.

L'opération avait été faite sans accidents, et son résultat est très satisfaisant jusqu'ici; la malade, alimentée avec des potages, est en hon état.

M. Chassaignac n'avait pas voulu la soumettre au chloroforme, si ce n'est pour la ligature de la carotide; mais, l'effet anesthésique s'étant soutenu, il avait dû en profiter avec avantage, puisque la sensibilité ne se manifesta qu'à l'issue de l'opération. Celle-ci avait duré douze à quinze minutes.

La tumeur, parvenue au volume d'une noix à peu près, était de nature cancéreuse, sans offrir cependant d'une manière précise les caractères de telle ou telle forme de cancer; elle ressemblait à un squirrhe ramolli plutôt qu'à une tumeur encéphaloïde, malgré les vaisseaux développés à sa surface. Quant à l'amygdale, il n'en restait aucun vestige, et la voûte palatine ne présentait pas la moindre altération.

M. Gosselin approuve l'opération principale telle qu'elle a été conçue et exécutée; mais il ne peut approuver aussi facilement l'opération accessoire ou préliminaire, c'est-à-dire la ligature de la carotide primitive; il ne l'aurait pas faite, quant à lui, parce qu'il la considère tout au moins comme inutile. C'était d'ailleurs l'avis de quelques chirurgiens qu'il avait consultés à cet égard, et notamment de M. Roux, qui, en général, conseille de ne pas s'effrayer des hémorrhagies. L'opération lui semblait très praticable sans toucher aux gros vaisseaux, et il eût été plus simple d'appliquer à la carotide un fil d'attente plutôt qu'une ligature définitive, qui d'ailleurs peut faire craindre une hémorrhagie secondaire et surtout les accidents cérébraux signalés avec raison par M. P. Bérard.

M. Maisonneuve fait la même réflexion que M. Gosselin, et pense que la ligature n'était point nécessaire, d'autant moins que M. Chassaignac s'était mis à l'aise par l'incision large de la joue et la section profonde du maxillaire supérieur. Ces deux temps de l'opération l'ont simplifiée de fait sans en augmenter la gravité. Voilà pourquoi M. Maisonneuve ne ferait point la ligature en pareil cas, et appliquerait tout au plus un fil d'attente. En effet, ajoute-t-il, les opérations pratiquées dans cette région offrent peu de gravité en général, tandis que cette gravité réelle dépend de la ligature de la carotide primitive. On ne devrait donc y avoir recours que d'absolue nécessité. A part cela, l'opération de M. Chassaignac lui semble très helle et très hardie.

M. Huguier rappelle à l'attention de la Société la question si difficile, si controversée du diagnostic, qui n'avait pas été jugée définitivement lorsque la malade avait été examinée. Sans reproduire les opinions diverses exprimées à ce sujet, il expose de nouveau la sienne, qui était fondée sur l'altération et la dégénérescence d'un ganglion lymphatique, et il la soutient plus encore aujourd'hui en l'appuyant sur l'existence des adénites multiples de la région affectée et sur l'état tuberculeux du sujet.

M. Robert demande si pendant l'anesthésie la malade a rejeté le sang par des mouvements automatiques, dits mouvements déflexes; et, d'après la réponse affirmative de M. Chassaignac, il dit que lui, à cause de cet inconvénient, n'emploie pas le chloroforme pour les opérations à pratiquer dans la gorge.

Quant à la ligature de la carotide, M. Rohert n'adopte pas la manière de voir de MM. Gosselin et Maisonneuve, qui désapprouvent cette première partie de l'opération. Il y a dans cette région des artères nombreuses assez développées pour faire perdre heaucoup de sang aux malades et les affaiblir. C'est pourquoi il admet l'utilité de la ligature, qui dispense d'ailleurs le chirurgien de l'emploi du cautère actuel, et le rassure contre les snites fâcheuses de l'anémie. Il ne croit même pas que la ligature aggrave l'état de la malade de M. Chassaignac, car il a pour son compte lié trois fois la carotide sans accidents locaux, et d'ailleurs, comme on le sait, cette opération ne présente point de difficultés.

Ce que M. Rohert n'approuve pas, et ce qu'il ne s'explique point, c'est la section et l'ahlation d'une portion de l'os maxillaire qui n'était nullement altérée, puisque la tumeur se trouvait dégagée des parties supérieures, et susceptible d'être détachée sans qu'il fût nécessaire d'en venir à une manœuvre aussi compliquée.

M. Chassaignac remercie d'abord ses collègues de la forme et de la mesure parfaite de leurs critiques, auxquelles il répondra sans hésitation. Il a cru devoir lier la carotide primitive, dans la crainte d'une hémorrhagie consécutive qui, sans ce moyen, l'aurait placé dans la nécessité fâcheuse de recourir à la glace, à la cautérisation et à d'autres agents hémostatiques dont l'efficacité lui semhle trop incertaine. Il a été touché surtout par la crainte de porter le bistouri vers la paroi du pharynx, au voisinage de vaisseaux importants, et sans délimitation de la tumeur qu'il voulait enlever. Il avait songé seulement d'abord à la ligature temporaire; mais au moment d'agir, il avait changé d'idée; et, tout en appréciant la valeur et la force des objections qui viennent de lui être adressées, ainsi que l'avantage suffisant d'une ligature d'attente, il maintient l'utilité plus grande d'une ligature définitive.

M. Chassaignac reconnaît ensuite qu'il réfutera plus difficilement l'objection qui lui a été faite d'avoir enlevé l'os maxillaire sain. C'était afin de mieux circonscrire la tumeur, dans la supposition éloignée que l'os pouvait être malade; c'était pour réserver plus d'aisance à la manœuvre opératoire, et pour n'avoir plus d'inquiétude sur les limites du mal; mais encore une fois, et de son propre aveu, ce ne sont pas là des raisons suffisantes pour détruire la valeur des arguments contraires.

M. Monod demande à M. Chassaignac un simple renseignement sur l'instrument dont il s'est servi pour la section de l'os, parce que la pince de Liston lui semhle un peu forte.

M. Chassaignac, l'ayant trouvé ainsi, avait préféré la pince de M. Seutin, comme étant plus fine et permettant une section aussi nette qu'avec une scie.

M. Larrey regrette que le tissu morbide de la tumeur n'ait pas été soumis à l'étude du microscope, en raison de l'importance de ce fait, en raison des incertitudes du diagnostic avant l'opération, et même en raison des difficultés reconnues de préciser la nature cancéreuse de ce produit pathologique.

M. Chassaignac, en admettant l'utilité de ce moyen de vérification, n'a pas cru à propos d'y avoir recours.

M. Maisonneuve échange ensuite quelques mots avec M. Chassaignac sur l'étendue donnée à son incision pour se donner du jour et de l'espace. Il lui demande même si, après s'être mis ainsi à l'aise, il n'avait pas, pour cette raison même, regretté d'avoir fait la ligature de la carotide primitive. Car, ajoute M. Maisonneuve, en voyant cette opération simplifiée par le procédé de M. Chassaignac, on est ohligé de déclarer que la ligature, devenue inutile, devient aussi regrettahle, et il pense que la chirurgie en profitera pour les cas à venir.

M. Huguier, en prévoyant des cas analogues, conçoit que, pour enlever une tumeur située ainsi, il soit permis de prendre ses sûretés contre l'hémorrhagie. Cependant, la ligature fixe pouvant devenir une complication réelle, ne pourrait-on, comme on l'a proposé, se contenter d'une ligature d'attente, de la ligature médiate de Scarpa, telle que M. Roux l'emploie généralement de préférence, comme offrant plus de sécurité ensuite?

M. Chassaignac trouve précisément dans cette réflexion le motif qui lui a fait rejeter la ligature temporaire; c'est, d'une part, la crainte d'une artérite ou d'un anévrisme, dans le cas où l'aplatissement de l'artère eût été suffisant; c'est, d'une autre part, la crainte d'une hémorrhagie, si l'artère n'eût pas été assez aplatie. Quant à l'objection de M. Maisonneuve, M. Chassaignac la trouve spécieuse; il ne pouvait pas, d'ailleurs, apprécier d'avance ce qui adviendrait comme résultat de son opération.

M. Maisonneuve, à l'appui de son dire, se contente de demander à M. Chassaignac si, en pareil cas, il ferait encore la ligature de la carotide.

M. Chassaignac répond par l'affirmative pour les raisons qu'il a déjà fait valoir, si surtout, ajoute-t-il, la tumeur à enlever était de nature érectile.

Là s'arrête la discussion.

Amputation du pied dans l'articulation tibio-tarsienne, avec résection des malléoles.

M. Morel, médecin à Montdidier, présente à la Société de chirurgie une femme qui a été amputée du pied dans l'articulation tibio-tarsienne, par un procédé qu'il a proposé dans sa thèse inaugurale en 1847. L'opération a été faite par le docteur Josse, d'Amiens, et le résultat en est si satisfaisant, que ce procédé mérite d'être décrit avec quelques détails, pour le comparer, du reste, à ceux qui ont déjà pris rang dans la pratique de l'art.

M. le Secrétaire a l'honneur de proposer à la Société de reporter le compte-rendu de cette communication au prochain procès-verbal, en raison de l'étendue déjà considérable de celui-ci. (Adopté.)

La séance est levée à cinq heures et demie. H. L.

NOUVELLES.

Le *Moniteur* a pnblié hier un rapport du ministre de l'agriculture et du commerce, sur le régime quarantenaire. Le défaut d'espace nous oblige à en renvoyer la publication à notre prochain numéro.

— M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, ouvrira son cours de physiologie au Muséum d'histoire naturelle, le mardi 4 septembre 1849, à une heure précise, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de géologie.

— Notre honorable confrère, M. le Dr Choisy, membre du conseil-général de l'Allier, vient d'être désigné pour remplir les fonctions de juré à la haute cour de justice.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 4 SEPTEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 103.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la charité.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

On s'abonne à Paris au bureau du journal; hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris. . . .	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements.	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger. . .	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 3 SEPTEMBRE 1849.

Bulletin du choléra.

Nos espérances ne se réalisent malheureusement pas encore. Les observations des trois derniers jours sont même faites pour nous inspirer quelques inquiétudes. Avant-hier et hier, en effet, le nombre des cholériques admis dans les hôpitaux s'est élevé à un chiffre qui n'avait pas été atteint depuis près de deux mois; la mortalité a suivi l'accroissement des attaques, ainsi que le démontrent les chiffres suivants :

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

Hôpitaux civils :		
Journée du 31 août........	39 entrées,	24 décès.
— 1er septembre...	41	32
— 2	47	20
Hôpitaux militaires pendant les trois jours..........	7	2
Total..........	134	78
Total des décès dans les hôpitaux..........		7570
Total des décès à domicile jusqu'au 30 juillet inclusivement..........		9500
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie..........		17070

Le choléra dans les départements.

Bouches-du-Rhône. — On écrit de Marseille que le choléra s'est déclaré dans l'hôpital militaire. 50 malades ont déjà été atteints, et 25 ont succombé. Pour rassurer la population civile, chez laquelle il paraît que l'épidémie est toujours très bénigne, l'administration a annoncé que le choléra atteignait principalement les militaires arrivés d'Italie et déjà épuisés par les fièvres.

Moselle. — Des nouvelles particulières nous annoncent que Metz et une petite ville voisine ont éprouvé une violente recrudescence. Nous ne pouvons cependant pas garantir complétement cette nouvelle.

Etranger.

Londres. — Cette grande cité, qui se félicitait de l'extrême bénignité que l'épidémie avait revêtue au début, paraît devoir éprouver des pertes bien plus grandes qu'on ne s'était plu à le prévoir. Dans la semaine qui s'est terminée le 18 août, la mortalité cholérique avait atteint le chiffre de 1229; pendant la semaine suivante, cette mortalité a augmenté encore, et s'est élevée au chiffre de 1272. L'accroissement des décès par suite du choléra s'est fait sans interruption dans les seize semaines précédentes, dans les proportions suivantes, à partir de la semaine qui s'est terminée le 19 mai :

1, 5, 9, 22, 42, 49, 124, 152, 339, 678, 783, 926, 823, 1229, 1272.

Rien n'indique malheureusement encore que cette progression doive s'arrêter.

— Des tableaux que nous ne pouvons publier aujourd'hui prouvent que l'épidémie est toujours en voie de décroissance très prononcée en Belgique, en Hollande, en Prusse et en Russie.

HOPITAL BEAUJON. — M. Huguier.

Plaie par instrument tranchant de la paroi abdominale avec pénétration. — Issue hors du péritoine de l'épiploon logé dans une cavité accidentelle sous-cutanée. — Apparition de l'organe à l'extérieur après ce trajet. — Suture des deux ouvertures cutanée et péritonéale. — Guérison rapide.

Le nommé Lechellette, âgé de trente-huit ans, journalier, d'une constitution robuste, après une nuit de travail, prit à jeun, le 26 décembre 1848, un verre d'eau-de-vie, se querella avec un de ses camarades, et reçut pendant la lutte un coup de couteau dans le flanc gauche.

Le malade, au moment de la blessure, ne ressentit qu'une douleur semblable à celle que produirait un coup de poing, et continua à se battre; mais ayant cessé, il commença à ressentir une douleur plus aiguë, qui le porta à examiner la partie blessée.

Une plaie y existait donnant issue à une masse que le malade prit pour de la graisse, qu'il essaya de réduire; cette masse fut reconnue plus tard pour une portion d'épiploon.

Le malade rentra à pied à sa demeure, distante d'environ dix minutes du lieu du combat, et fit appeler un médecin, qui, après quelques essais infructueux de réduction, conseilla au malade d'entrer à l'hôpital. Cet homme descendit deux étages, prit une voiture, arriva à Beaujon sans avoir ressenti de grandes douleurs à l'abdomen, sans avoir eu ni nausées ni vomissements, et presque sans se douter de la gravité de sa blessure.

L'examen du malade fit reconnaître à 0m,03 au-dessus d'une ligne horizontale passant par le nombril, à 0,01 en dehors de la ligne verticale qui sépare la région ombilicale de la région du flanc droit, une plaie à deux ouvertures : une cutanée, superficielle, transversale, de 0,018 de long; une profonde, intéressant le péritoine, faisant communiquer la cavité péritonéale par la plaie superficielle avec l'extérieur.

Cette ouverture profonde, parallèle à la première quant à la direction, ne l'était plus quant à la hauteur; elle était située plus en dehors et à 0,03 plus haut que celle-ci, comme si le couteau eût pénétré de bas en haut et de dedans en dehors.

Une masse épiploïque du volume d'un œuf de poule, sortie de l'abdomen par le péritoine et les muscles de la paroi abdominale divisés, avait décollé la peau de ces derniers, s'était fait au-dessus de la plaie externe une cavité sous-cutanée et, la dépassant, faisait en partie issue à travers l'ouverture externe.

Il était facile de reconnaître l'épiploon à sa teinte gris-rougeâtre, à son apparence lobulée, à sa résistance, à son aspect caractéristique; avec lui, aucune autre portion des viscères abdominaux ne faisait hernie.

La masse épiploïque, pressée d'avant en arrière, rentrait facilement, mais se logeait dans la cavité musculo-cutanée; pressée en arrière, en haut et en dehors, elle passait encore facilement de celle-ci dans sa cavité naturelle; mais les doigts enlevés, l'épiploon revenait occuper la cavité sous-cutanée et, sous l'influence du moindre effort, reparaissait à l'extérieur.

M. Huguier, en présence d'une plaie double de cette nature, en présence de la facilité avec laquelle l'épiploon réduit sortait de nouveau, eut recours à une double opération.

L'épiploon, paraissant à l'extérieur depuis peu, étant sain, d'une réduction facile, devait être réduit; mais sa réduction pure et simple à travers l'ouverture cutanée et maintenue dans cette position ne remédiait qu'à un inconvénient.

L'épiploon, rentré sous la peau, se retrouvait dans les mêmes conditions qu'une hernie : la plaie interne pouvait ne pas se fermer, laisser l'organe dans la cavité accidentelle qu'il s'était formée entre les muscles et la peau, formant ainsi une variété de la hernie interstitielle, décoller de plus en plus les téguments, entraîner les intestins, et devenir ainsi extrêmement grave ou tout au moins fort incommode.

La hernie, définitivement formée, pouvait devenir le siége de tous les accidents que ces maladies comportent, s'enflammer, s'étrangler à travers le collet traumatique du sac péritonéal.

Il fallait donc clore non-seulement la plaie externe et cutanée, mais aussi la plaie interne péritonéale.

Ici se présentait une difficulté : Comment clore cette dernière ouverture qui se trouvait inaccessible à la vue, située qu'elle était au-dessus de l'ouverture externe? Il fallait avoir directement en face d'elle une autre ouverture, ou plutôt il fallait agrandir l'ouverture externe jusqu'à la hauteur de l'interne.

M. Huguier commença immédiatement la double opération.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Les académiciens amateurs.

A monsieur le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Mon cher confrère,

Il y a des gens qui exigeraient volontiers pour être contents des Académies que ces corps savants découvrissent chaque semaine une planète, un paratonnerre ou une nouvelle circulation. J'avoue naïvement qu'en songeant à ce que je fais moi-même et aussi à ce que font beaucoup d'autres beaucoup plus forts et bien moins paresseux que moi, je ne saurais être aussi difficile : pourvu que je trouve dans le butin académique de chaque semaine un fait intéressant, une vue ingénieuse, une application nouvelle, une preuve de plus pour ou contre telle ou telle doctrine, une tentative sérieuse quelconque pour agrandir ou perfectionner l'édifice scientifique, je me tiens pour satisfait, bien convaincu qu'il n'est pas possible de faire tous les jours du nouveau, et non moins convaincu même que les Académies sont faites non pour inventer, mais pour apprécier, encourager, juger, conseiller. Cela ne veut pas dire que j'encourage la paresse des académiciens et que j'approuve le dédaigneux éloignement des uns, les singulières habitudes de quelques autres.

Quant à ceux qui ont oublié le chemin de l'Académie ou qui ne se le rappellent que le jour où il y a quelque nomination à faire, leur maladie est incurable ou au moins trop grave pour ne pas mériter une description spéciale; je ne vous en dirai donc rien aujourd'hui. Mais permettez-moi de vous parler une minute d'une catégorie d'académiciens que je désignerai, si vous le voulez bien, sous le nom d'*académiciens amateurs*. J'observe chaque lundi et chaque mardi, tant à l'Académie de médecine qu'à l'Académie des sciences, les faits et gestes, les gestes surtout, car des faits ils en produisent peu) de cette classe d'académiciens, et vraiment ces faits et gestes ne sont pas dépourvus de tout intérêt, ne fût-ce qu'au point de vue de la naïveté; voici à peu près, autant que j'en ai pu juger à distance, en quoi ils consistent :

Quand par hasard l'*académicien amateur* arrive avant la lecture du procès-verbal, il parcourt d'un air distrait la salle des conférences et la salle des séances, causant, badinant, souriant avec l'un et avec l'autre; puis il vient s'asseoir nonchalamment dans son fauteuil, à la manière d'un habitué qui s'installe dans sa loge des Italiens, et, en attendant l'arrivée du bureau, il promène son lorgnon incertain de Tulpius à Vésale, du Poussin à J.-J. Rousseau. Dès que le bureau est en place, l'*académicien amateur* aborde le secrétaire perpétuel :

Qu'y a-t-il à l'ordre du jour ?

Le secrétaire perpétuel. — Monsieur, voici l'ordre du jour lui-même; vous n'avez qu'à y jeter un coup d'œil.

L'académicien amateur. — Il me paraît bien peu chargé. La correspondance sera-t-elle amusante ?

Le secrétaire perpétuel. — Monsieur, je n'ai point l'habitude d'étudier la correspondance au point de vue de l'agrément.

L'académicien amateur. — Ah! — Savez-vous s'il y aura quelque présentation récréative ?

Le secrétaire perpétuel, *un peu piqué*. — Mais, monsieur, je ne sache pas que l'Académie ait été instituée précisément pour divertir quelques-uns de ses membres; ce n'est point ici une succursale de Séraphin, ni des Funambules.

L'académicien amateur. — Ah! — Eh bien! puisqu'il ne doit y avoir ni lecture importante, ni correspondance amusante, ni présentation récréative, j'ai bien l'honneur de vous présenter mes civilités confraternelles. A lundi (ou à mardi) prochain.

Le secrétaire perpétuel, *encore plus piqué*. — Mais, monsieur, de qui attendez-vous donc quelque chose d'important, d'amusant ou de récréatif?

L'académicien amateur. — De qui..... de qui en particulier, je ne vous le dirai pas; mais enfin de quelqu'un de l'Académie.

Le secrétaire perpétuel. — Est-ce que vous ne faites pas partie de l'Académie, monsieur?

L'académicien amateur. — Quelle singulière question vous m'adressez là! Il me semble que je n'ai pas besoin de vous l'apprendre.

Le secrétaire perpétuel. — Vous avez donc pensé, monsieur, qu'en vous recevant dans son sein, l'Académie s'était par cela même engagée à vous recréer une fois par semaine?

L'académicien amateur. — Je ne dis pas cela, monsieur; mais je ne vois pas pourquoi je resterais ici à perdre mon temps, si la séance ne doit rien offrir d'intéressant.

Le secrétaire perpétuel. — Seriez-vous assez bon, monsieur, pour me dire quel serait l'intérêt de la séance et en quoi consisterait l'Académie, si tous nos collègues faisaient consister leurs devoirs d'académicien dans la série de questions que vous avez pris la peine de m'adresser?

L'académicien amateur, *un peu embarrassé*. — Mais, monsieur, l'Académie heureusement ne se résume pas tout entière en ma personne, et si je ne fais rien, ce n'est pas une raison pour que tout le monde fasse de même.

Le secrétaire perpétuel. — Ce qui veut dire, monsieur, que tout le monde doit travailler ici, excepté vous, et que, pour faire à l'Académie même l'honneur de votre présence, vous lui imposez la condition expresse de vous amuser.

L'académicien amateur. — Puisque vous le prenez sur ce ton, mon cher secrétaire, je serai muet à l'avenir.

Le secrétaire perpétuel. — J'en serais désolé pour moi et pour l'Académie, monsieur. Tout le monde ne peut que gagner à vous entendre, pourvu que ce soit sur d'autres questions que celles que vous venez de m'adresser.

On dit qu'à la suite de conversations semblables ou analogues, plusieurs académiciens amateurs ont résolu de prendre au sérieux leurs devoirs académiques. Pour mon compte, je crains beaucoup que leurs serments ne ressemblent à ceux des ivrognes : quand les amateurs de Bacchus sont dans les vignes du Seigneur et qu'ils ont un mauvais pas à traverser, ils jurent, dit le proverbe, par les choses les plus sacrées de ne plus retomber dans le péché; mais une fois le mauvais pas traversé sans encombre, ils se retournent du côté du précipice, et narguant le destin, ils s'écrient avec un rire ironique : J'en boirai du blanc et du rouge et du rouge et du blanc, tant que mon estomac en pourra contenir. Ainsi feront les académiciens amateurs, tant que les Académies n'ajouteront pas à leur ordre du jour quelques tours de Philippe ou quelques cabrioles d'Auriol.

X...

N. B. Les exigences du journal nous obligent à renvoyer au prochain feuilleton la réponse que notre correspondant fait à la lettre de M. le professeur Forget. (*Note du Réd.*)

Une sonde cannelée fut introduite dans la cavité musculo-cutanée après la réduction de la hernie; il la dirigea dans le sens du trajet de la blessure, lui fit faire saillie au niveau de l'ouverture interne; le bistouri, dirigé suivant elle, trancha les téguments : la plaie externe transversale devint alors une plaie à trois branches, et prit la forme d'un ≺. Relevant les bords de la peau, M. Huguier put alors découvrir le plan musculaire à l'endroit où le coutenu l'avait divisé.

Avec le doigt indicateur de la main gauche, il refoula l'épiploon dans le péritoine, et, pendant qu'il le maintenait, il passa de la main droite un point de suture passant sur son doigt, prit les deux bords de la plaie dans toute son épaisseur jusqu'au péritoine qu'il comprit; un second, puis un troisième point fermèrent complétement l'ouverture péritonéale. Le doigt retiré, l'épiploon réduit était contenu dans l'abdomen.

M. Huguier rabattit alors les lambeaux cutanés et y pratiqua quatre points nouveaux de suture.

Il y eut ainsi une suture profonde et une suture superficielle.

Au moment où M. Huguier prit avec l'aiguille courbe le péritoine, le malade eut une ou deux nausées, mais ce furent les seules qu'il eut. On fit un pansement simple. On recommanda au malade le repos le plus absolu. Il fut mis à la diète pendant quatre jours.

Au cinquième jour, une suppuration légère et de bonne nature se montra; un peu de diarrhée étant survenue le neuvième jour, le malade remua plus qu'il n'aurait fallu; le lendemain, une cuillerée et demie de pus s'était accumulée dans l'ancienne cavité accidentelle; mais la pression l'en fit sortir par l'ouverture cutanée; les fils des sutures profondes qu'on avait amenés à l'extérieur et ceux des sutures superficielles tombèrent. Le malade sortit sans avoir éprouvé aucun accident, et complétement guéri, le 25 janvier 1849.

— On sait la facilité avec laquelle se développe la péritonite; on sait aussi la fréquence de cette affection, et on est étonné de voir, dans un certain nombre de cas, combien les blessures simples faites à cette séreuse par l'instrument tranchant sont inoffensives.

Sans parler des plaies que produisent les armes offensives, combien, par exemple, de hernies opérées ne sont point suivies de péritonite malgré la section du péritoine! et, dans les opérations de cette espèce terminées fatalement, combien de fois l'issue mortelle est-elle due à toute autre cause qu'à la blessure faite par l'opération, telle que la gangrène de l'intestin, l'épanchement stercoral!

Au contraire, l'affection se produit avec tant de facilité, même sous l'influence de causes internes, que nous avons souvent entendu M. Louis douter que les cas de péritonite admis par les médecins d'après les signes convenus, tels que développement du ventre, pression très douloureuse, etc., fussent toujours des cas de péritonite, et baser principalement ses doutes sur la variété des adhérences péritonéales qu'on trouve dans les autopsies diverses faites dans les hôpitaux, comparativement à la fréquence des cas prétendus de péritonite rencontrés sur le vivant.

Tandis que pour la plèvre, les adhérences trouvées sur le cadavre sont tout à fait en rapport avec le nombre de cas de pleurésie observés soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile. Néanmoins, pour être rigoureux, il faut remarquer aussi que les plaies pénétrantes simples de la poitrine par instrument tranchant sont souvent peu graves, en sorte que la plèvre et le péritoine ont, sous ce rapport, de grandes analogies.

Chez ce malade, non-seulement il y eut plaie du péritoine par instrument tranchant, mais encore suture de cet organe, et cependant point de péritonite, à moins qu'on ne veuille donner ce nom à la légère inflammation qui s'empara des bords pour les cicatriser, et ne se révéla par aucun symptôme appréciable.

M. Huguier n'a point hésité à faire la suture des parties profondes; car c'était le seul moyen de guérir d'une manière assurée le malade. Dans une région, dans une cavité soustraite, ou à peu près, aux pressions, où l'on est sûr que les organes refoulés ne feront plus hernie, il est permis de s'en tenir à la suture extérieure.

Mais au ventre, où retentit pour ainsi dire chaque mouvement du malade, où le moindre effort nécessite la contraction des muscles abdominaux, où les viscères sont sans cesse comprimés et sollicités à sortir, il n'est plus permis d'agir de la même manière.

C'est ainsi que M. Huguier l'a compris, aussi n'a-t-il eu qu'à se louer de la rapidité surprenante de la guérison. L. C.

Histoire de l'épidémie de méningite cérébro-spinale qui a régné à Petit-Bourg (Seine-et-Oise) à la fin de l'année 1848 et au commencement de 1849.

PAR MM. LIONET, PETIT ET FERRUS.

Nous n'avons pu donner jusqu'à ce jour, faute d'espace, l'important mémoire lu par M. Ferrus dans la séance de l'Académie de médecine du 24 juillet dernier. Nous remplissons aujourd'hui l'engagement que nous avions pris envers nos lecteurs de publier ce travail, qui offre tout l'attrait de la nouveauté, puisque cette grave affection, désignée sous le nom de méningite cérébro-spinale, semblait sévir exclusivement sur les hommes jeunes, mais adultes, et que c'est la première fois qu'on l'observe épidémiquement chez les enfants. Le mémoire suivant est un complément remarquable de celui que M. Tourdes, de Strasbourg, a écrit avec autant d'élévation de vues que de sûreté de jugement et d'exactitude d'observation. Les ravages que la méningite cérébro-spinale menace de faire annuellement dans la partie la plus valide et par conséquent la plus précieuse de la population doivent d'ailleurs engager tous les esprits sérieux à porter leur attention sur cette fatale maladie, que nous connaissons encore à peine.

Le 29 et le 30 novembre 1848, trois jeunes envoyés détenus à Petit-Bourg sont pris tout à coup de vomissements, de céphalalgie intense et de délire. L'habitude commune à ces enfants de manger tous les petits fruits qu'ils rencontrent dans les champs, et l'aveu même des malades, font croire à des empoisonnements par des baies de solanées; mais le traitement dirigé sur cette indication par M. Lionet, médecin ordinaire de la colonie, fut sans succès, et la maladie, se caractérisant davantage, montra qu'ailleurs était l'origine du mal.

En effet, bientôt surviennent des douleurs à la région cervicale postérieure, ainsi que sur toute la longueur du rachis; puis le délire, une roideur souvent tétanique des muscles cervicaux, le renversement de la tête en arrière, la contracture des membres, le coma. On ne put méconnaître dès lors l'existence d'une phlegmasie des enveloppes du cerveau et de la moelle épinière.

Le 4 décembre deux nouveaux cas se déclarèrent, le 14 un sixième enfant est atteint, et le 15 un autre meurt encore d'une manière presque foudroyante. Un ancien colon de Petit-Bourg est envoyé à Paris pour entrer au service de l'un des vice-présidents de la commission, le dimanche 3 décembre 1848; l'épidémie régnait alors à la colonie. Les trois premiers jours il jouissait encore d'une santé parfaite, et le quatrième jour (le jeudi) il éprouva une céphalalgie intense, des envies de vomir et un frisson; dans la nuit le délire survint, la roideur des membres, la sensibilité de la peau, une douleur très vive à la nuque et le long du rachis. Le cinquième jour (vendredi) tous ces phénomènes s'aggravent encore : le malade poussait des cris, ne délirait pas évidemment, mais l'intelligence n'était pas parfaitement correcte; il disait qu'il voudrait être mort. Il se plaignait surtout d'une douleur affreuse à la nuque, paraissait roide, glissait dans son lit, et ne supportait pas le moindre mouvement de la tête. Les mouvements des membres étaient libres, mais le resserrement des mâchoires l'empêchait de rien avaler, et il a succombé presque inopinément, il avait été traité suivant la méthode homœopathique par la belladone, pour une affection cérébrale. Le médecin chargé de constater les décès a déclaré qu'il était mort d'une méningite. M. Ferrus, appelé dans la journée pour visiter le malade, ne trouva plus qu'un cadavre. L'autopsie n'a pu être faite.

Au début de l'épidémie, M. Lionet donna les premiers soins aux malades. M. Ferrus fut presque immédiatement appelé pour reconnaître la nature de la maladie dont les jeunes détenus étaient affectés, et pour s'associer au traitement que leur état exigeait. Les deux premières autopsies furent faites sous ses yeux, et conjointement avec M. Lionet, par M. Béclard.

Outre les sept malades de Petit-Bourg, sujets des observations ci-jointes, cinq enfants ont été pris d'indispositions légères en réalité, mais qui, empruntant d'une manière évidente au génie épidémique des caractères spéciaux, n'ont pas laissé que de donner des inquiétudes sérieuses en faisant appréhender la méningite. En effet, tous les cinq ont été subitement saisis de frissons et de céphalalgie; le plus grand nombre a eu des vomissements; trois ont eu manifestement du délire; sur un de ceux-là même, M. Lionet a constaté une roideur bien prononcée de la région cervicale. Ces accidents, il est vrai, ont disparu généralement dans les vingt-quatre heures; une seule fois ils se sont prolongés pendant deux jours.

Des sept enfants sérieusement affectés, quatre sont morts, deux ont guéri; la maladie de l'autre (qui pourtant était le premier atteint) est passée à l'état chronique. Ils avaient joui d'une bonne santé jusqu'à cette époque; le plus jeune avait douze ans et demi; le plus âgé en avait dix-sept; à l'exception d'un seul, qui venait de quitter sa famille, tous sortaient de la Roquette; aucun n'était à Petit-Bourg avant le 10 août 1848.

Voici comment se sont manifestés les principaux symptômes de la maladie. (Les malades seront toujours désignés par le numéro de leur observation.)

Un frisson violent a toujours marqué le début; presque en même temps sont survenus les vomissements. Ce dernier symptôme a constamment accompagné le frisson initial et a continué pendant plusieurs heures.

Une céphalalgie intense n'a jamais manqué. Tous les malades ont accusé une sensibilité douloureusement exagérée des téguments le long du rachis, et surtout au niveau de la partie inférieure de la colonne vertébrale. Cette douleur, que le plus léger contact faisait naître, était ressentie par plusieurs malades, et notamment par le n° 7, sur toute la circonférence du tronc de manière à former une ceinture plus ou moins large : ainsi le malade que nous venons de citer poussait des cris si l'on appliquait le doigt sur un point quelconque des parois abdominales. Les malades les plus gravement affectés accusaient une simple exagération de la sensibilité à la surface des membres.

Tous les malades ont offert une roideur plus ou moins prononcée de la région cervicale. Ainsi ce symptôme, borné (n° 4 et surtout n° 5) à une simple gêne des mouvements, fut porté jusqu'à un violent opisthotonos sur les n°s 1, 2, 3, 7. Le n° 2 présenta en outre du trismus pendant les deux derniers jours de son existence. La difficulté de la déglutition s'est toujours montrée en rapport avec cet état des muscles du cou et de la mâchoire.

Les membres furent parfois agités de mouvements convulsifs; mais la contracture plus ou moins forte d'un ou de plusieurs membres a toujours été remarquée, si ce n'est peut-être dans l'observation n° 5.

Tous les mouvements, quels qu'ils fussent, étaient douloureux; il fallait longuement solliciter les malades pour les déterminer à se lever sur leur séant ou même à faire le mouvement le moins étendu.

Un certain nombre ont offert soit une dilatation, soit une rétraction de la pupille, et parfois des alternatives de dilatation et de rétraction.

Le malade n° 3 a présenté pendant les dernières heures de la vie une altération des humeurs de l'œil droit, qui étaient complétement troubles et verdâtres.

Le n° 5, dont la maladie a été peu grave, et le n° 6, surpris par la mort d'une manière tellement prompte qu'il n'a pu recevoir les secours médicaux, sont les seuls chez qui le délire n'a pu être constaté.

Le coma n'a ordinairement pas été très profond : il n'a pas été remarqué dans les observations 5 et 6; les deux dernières sont également les seules où l'on trouve que l'émission des urines et des matières fécales se soit maintenue soumise à l'influence de la volonté jusqu'à la terminaison de la maladie.

La soif, vive au début, paraissait plus tard moins intense; peut-être la difficulté des mouvements empêchait-elle les malades de demander à boire.

La langue était sèche et souvent fuligineuse.

Le pouls a été ordinairement, et pendant toute la durée de la maladie, déprimé, peu accéléré, et même parfois au-dessous de la moyenne normale. Exceptionnellement, il s'est élevé jusqu'à 100 et même jusqu'à 104 pulsations par minute.

La peau, excepté au début de la maladie, a toujours offert un aspect remarquable. Elle était sèche, brune, terreuse, rude au toucher; rarement elle donnait une sensation de chaleur; le plus souvent, elle présentait l'état saillant des follicules, vulgairement dit *chair de poule;* cet état de la peau était d'autant plus prononcé que la maladie elle-même était plus grave.

L'état mental de ces enfants a presque toujours paru altéré dès le début. Tous semblaient frappés de stupeur; on en a vu un (le n° 3) se précipiter en furieux sur le camarade qui le conduisait à l'infirmerie. Presque tous demandaient les choses qu'ils voulaient avec une exigence singulière. Bientôt ils semblaient devenir indifférents à tout ce qui se passait autour d'eux; ils méconnaissaient même leurs parents, et il fallait vivement insister pour obtenir la réponse à une question. Leur physionomie crispée indiquait en même temps une altération profonde des organes essentiels à la vie et une atroce douleur.

La mort a frappé les n°s 2 et 3 au bout de six jours; les n°s 5 et 7 après quatre jours; le n° 6 a succombé en quelques heures. La terminaison a été favorable pour le n° 4 après quinze jours.

Le n° 1, dont la maladie est passée à l'état chronique, semblait, vers le 20 janvier, n'avoir plus que pour quelques jours d'existence. Il est resté pendant quatre mois dans l'état d'hébétude le plus prononcé et réduit à un degré de maigreur voisin du marasme; aujourd'hui son rétablissement est complet.

Les lésions que l'autopsie a fait découvrir peuvent se résumer ainsi.

Dans tous les cas l'arachnoïde et la pie-mère étaient le siége d'une injection vive, résistant au lavage, disposée par plaques plus ou moins larges, plus ou moins rapprochées les unes des autres; ces altérations étaient surtout prononcées :

1° Sur le cerveau, à la partie supérieure et moyenne, le long de la scissure longitudinale et de la scissure de Sylvius; à la base, autour de la protubérance annulaire, et sur la protubérance elle-même.

2° Sur la moelle, l'injection était d'autant plus vive qu'elle se rapprochait davantage de la partie inférieure; à la région cervicale, elle n'existait que par plaques isolées.

Sur les n°s 2, 3, 7, une suppuration abondante fut rencontrée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Cette suppuration s'étendait :

1° Sur la convexité du cerveau, pénétrait entre les circonvolutions cérébrales, et se prolongeait dans les scissures par de petits foyers isolés résultant de la suppuration des plaques rouges mentionnées plus haut (n°s 2, 3, 7); une fois (n° 3) le pus avait suivi la gaîne du nerf optique droit jusque dans l'intérieur du globe de l'œil, où nous trouvâmes deux bourbillons de pus.

2° Sur la moelle, le pus existait dans de petits foyers à la région cervicale et formait ensuite à l'organe une enveloppe complète, à partir de la première vertèbre dorsale jusqu'à l'extrémité du canal rachidien (n° 3); ou bien il recouvrait seulement la partie antérieure de la moelle, à partir de la quatrième vertèbre cervicale jusqu'à la région lombaire, où il devenait beaucoup plus abondant et entourait toute la circonférence de la moelle (n°s 2 et 7).

Les vaisseaux de la pie-mère cérébrale et rachidienne étaient gorgés de sang.

La dure-mère n'était pas altérée, ou ne présentait qu'une injection extrêmement légère.

Dans tous les cas, les lésions des enveloppes de la moelle étaient bien plus prononcées à la partie inférieure qu'à la partie supérieure.

Le n° 6 a présenté une simple injection de ces membranes.

Les substances propres du cerveau et de la moelle n'ont offert que des lésions peu importantes.

Dans l'observation n° 2, il est certain toutefois qu'au niveau de la suppuration la pulpe de la moelle était un peu ramollie, surtout là où existaient des épanchements purulents.

On n'a trouvé dans le cerveau qu'une légère injection, encore n'a-t-elle pas été constante.

Le cœur du n° 6 renfermait de l'air, ce qui pourrait expliquer la promptitude de la mort; mais il paraît difficile d'établir comment ce gaz y est parvenu. Les organes de la digestion et leurs annexes n'ont pas présenté de lésion remarquable.

La maladie qui nous occupe ne s'est pas montrée seulement à Petit-Bourg; plusieurs cas ont été observés à Corbeil et ses environs.

Le docteur Lionet a donné ses soins aux enfants sujets des observations 8 et 9 : c'étaient le frère et la sœur, âgés, le premier de treize ans, la seconde de sept, habitant la com-

mune de Saintry. Il a également traité à Corbeil la jeune fille, observation 11e ; il a été délégué par l'autorité pour faire l'autopsie du jeune homme de l'observation 10e ; il a visité, avec le docteur Seurat, un enfant de la commune d'Essonnes, qui a succombé à la même affection ; l'autopsie en a été refusée.

Dans tous ces cas (l'observation 11e exceptée), il n'y a pas à douter de l'identité de la maladie avec celle qui frappait les colons de Petit-Bourg ; elle sévissait sur des sujets du même âge ; la période du début était exactement la même.

La douleur sur toute la région rachidienne, la sensibilité de la peau, la contracture des membres, enfin les lésions révélées par l'autopsie dans le cas où elle a pu être faite ; tous ces caractères réunis ne pouvaient permettre l'erreur.

L'observation 8e (l'aîné des enfants de Saintry) présenta l'aspect d'un état typhoïque remarquable. La stupeur profonde, la fuliginosité de la langue, des dents et des lèvres, le délire, étaient certainement propres à faire présumer, au premier abord, l'existence d'une fièvre typhoïde ; mais, d'une autre part, le renversement de la tête en arrière, la douleur causée par les mouvements cervicaux, la contracture des membres, la paralysie du rectum et de la vessie survenue plus tard ; et, d'autre part, l'absence de gargouillement dans la fosse iliaque droite, de douleurs abdominales, de pétéchies, la maladie n'ayant pas été précédée de dévoiement, ne permettent pas de rapporter les accidents à autre chose qu'à une méningite céphalo-rachidienne.

La maladie a persisté deux mois entiers avec toute son intensité ; aujourd'hui, après une convalescence de six semaines, l'enfant est tout à fait rétabli ; longtemps on a craint qu'il demeurât dans un état d'idiotie complète ; mais peu à peu l'intelligence est devenue ce qu'elle était antérieurement.

Au début de la maladie, M. Lionet a constaté 104 pulsations par minute. Vers le sixième jour (observation n° 8), il était survenu une opacité de la cornée qui semblait purulente ; l'altération avait la largeur d'une grosse lentille ; cette surface s'est ulcérée, et néanmoins, avec la convalescence, la cicatrisation s'en est faite de manière à laisser à l'œil sa transparence. M. Lionet attribue ce phénomène à un épanchement de pus en rapport avec le trajet du nerf optique, comme dans l'observation n° 9. MM. Piorry et Ferrus ont visité séparément les deux derniers malades.

Ce qui frappe dans l'observation 9e (la sœur du précédent), c'est la persistance des facultés intellectuelles, formant un singulier contraste avec ce qui avait été observé sur les autres malades, et dans une des formes les plus graves.

Ainsi, cette enfant ayant la tête dans l'extension forcée en arrière, les membres contracturés de manière à ne pouvoir exécuter aucun mouvement, poussait des cris aigus au moindre attouchement sur un point quelconque de la peau ; et néanmoins, à toutes les questions, elle répondait immédiatement, nettement, et avec toute la justesse possible à un enfant de son âge. Toutefois, aujourd'hui, bien qu'elle réponde aussi juste qu'auparavant, elle est presque toujours dans un état de rêvasserie, parlant seule ; elle pousse presque sans cesse des gémissements plaintifs. Les convulsions se sont répétées plus fréquemment chez cette malade que sur tous ceux dont il a été ici question. Enfin, après plus de trois mois de maladie, l'état de cette petite fille, réduite presque au marasme, est fort peu modifié.

L'observation 6e a trait à un jeune homme de dix-neuf ans, maçon, mort en quelques heures ; la maladie et les lésions cadavériques rappellent d'une manière complète l'observation n° 6.

Le traitement employé par M. le docteur Lionet pour combattre cette affection a été principalement le tartrate de potasse et d'antimoine à la dose de 10 centigrammes, associé à une petite quantité d'extrait de belladone pour en établir la tolérance. Ce moyen a été employé pour tous les malades au début, et plusieurs fois répétés dans le cours de la maladie. M. Lionet croit devoir appeler l'attention sur ce moyen, qui lui réussit ordinairement, et sur l'ammoniaque employée, soit en frictions, soit en inspirations, comme stimulant contre la période de stupeur, ou bien encore pour établir la vésication.

Les autres moyens de traitement ont consisté dans l'emploi des émissions sanguines générales, et plus souvent locales, autour de la base du crâne, de la glace et des irrigations d'eau froide sur la tête pour modérer la céphalalgie et le délire, des bains dans la 2e période, etc.

Le cautère actuel a été appliqué une seule fois le long du rachis : c'est sur le sujet de l'observation 1re, alors que la maladie était déjà devenue chronique.

Ainsi, une maladie jusqu'alors inconnue dans la contrée se déclare subitement ; dans l'espace d'un mois elle a atteint 7 enfants et en a fait périr 5 sur 140, qui formaient la population de Petit-Bourg. Quelles influences ont donc pu en amener le développement ? C'est ce que nous allons maintenant rechercher.

Réforme dans le régime des quarantaines.

Le gouvernement vient de pousser presque jusqu'à leurs dernières limites les conséquences de la grande discussion de l'Académie de médecine sur la peste et du vote qui lui succéda. C'est en effet dans cette discussion mémorable que la durée maximum d'incubation de la peste fut déterminée et devint une vérité scientifique. On sait que peu de temps après cette discussion, à laquelle l'Académie consacra trois grands mois et pendant laquelle M. Prus déploya un zèle et une activité supérieurs à tous les éloges, le gouvernement adopta des mesures qui amendèrent notablement l'ancien état de choses ; ces mesures se trouvent rappelées dans le rapport du ministre. Dans ce rapport se trouve rappelé aussi, mais en trop peu de mots peut-être, la part importante que l'Académie a prise à cette grande réforme ; car, il faut bien qu'on le sache, sans la discussion de l'Académie, sans le zèle infatigable et le talent de M. Prus le régime quarantenaire en serait encore et pour longtemps où il en était en 1846. Nous nous plaisons d'autant mieux à rendre cette justice à notre premier corps médical que certaines personnes semblent plus disposées à oublier le service immense qu'il a rendu à la science et au pays.

Oserons-nous rappeler que, pour notre compte, nous n'avons jamais manqué de combattre l'ancien ordre de choses et que depuis vingt ans il n'est guère d'année où nous n'ayons eu l'occasion d'en montrer ou d'en rappeler le vice radical.

Nous avons dit que le nouvel arrêté pris par le gouvernement de la République portait presque jusqu'à leurs dernières limites les conséquences de la grande discussion de l'Académie. Cet arrêté lui-même laisse en effet à désirer encore ; mais ce qu'il laisse d'imparfait n'offre pas assez d'importance pour que nous établissions à ce sujet une discussion dans laquelle la position faite en Orient à d'honorables confrères jouerait un trop grand rôle.

Nous publions donc sans critique le rapport du ministre et l'arrêté du président de la République. Ces deux pièces seront un monument important non-seulement dans l'histoire des quarantaines, mais aussi dans l'histoire de la peste elle-même.

Rapport de M. le ministre de l'agriculture et du commerce.

Monsieur le président,

Les précautions sanitaires prises à l'égard des provenances du Levant, dans le but de protéger la France contre l'invasion de la peste, sont principalement réglées par une ordonnance royale du 18 avril 1847.

Cette ordonnance a profondément modifié le régime sanitaire de notre pays ; non-seulement elle a réduit la durée des quarantaines, et les a même supprimées, sous certaines conditions, pour les navires arrivant de la Turquie d'Enrope, de la Turquie d'Asie et de l'Egypte, lorsque ces contrées sont exemptes de toute épidémie pestilentielle ; mais, en outre, et c'est ce qui donne à cet acte un caractère particulier d'importance, elle a établi, d'après des données rationnelles, le nouveau système de précautions qu'elle prescrit.

Jusqu'alors, en effet, les garanties qu'on avait prises contre l'introduction de la peste n'étaient fondées sur aucune observation scientifique ; aussi l'arbitraire avait-il seul présidé pendant longtemps à la durée des quarantaines. On avait cru ne pouvoir trop accorder à la sécurité publique, et par suite des craintes inspirées on était tombé dans un système d'exagération. L'administration supérieure, qui comprenait combien sa responsabilité était engagée, ne voulait ni pouvait, en l'absence de doctrines reposant sur des faits bien étudiés, modifier un état de choses que le temps et les préjugés semblaient avoir consacré ; cependant elle n'ignorait pas, d'après les plaintes souvent exprimées, combien il importait à nos relations commerciales d'être affranchies d'entraves inutiles qui gênaient et grevaient à la fois la navigation.

L'administration fit donc étudier la question avec soin et persévérance sur les lieux mêmes où la peste est endémique. Ces études et les nombreux renseignements recueillis depuis près d'un siècle ont enfin permis d'asseoir sur des basses certaines le grand principe proclamé avec tant d'autorité par l'Académie de médecine. Il a été en effet établi et démontré jusqu'à la dernière évidence que la peste avait une durée d'incubation de huit jours au plus. Une fois le principe admis, il semblait possible de mettre le régime des quarantaines en harmonie avec les données de la science. On hésita néanmoins à tirer de ce principe toutes les conséquences qu'il devait produire.

En même temps que la science jetait un si grand jour sur la durée de l'incubation de la peste, une idée non moins féconde pour le système sanitaire se produisait. On avait jusqu'alors organisé sur le littoral le système de défense contre l'invasion de cette maladie. On comprit qu'il était plus simple et plus logique de reporter la surveillance sur les lieux mêmes où la peste prend naissance.

La création de médecins chargés de constater l'état sanitaire de ces contrées et de déterminer les patentes à délivrer aux navires au moment de leur départ était une institution d'autant plus utile qu'elle permettrait, dans un avenir plus ou moins prochain, d'introduire de profondes modifications dans le régime des intendances sanitaires.

C'est sous l'influence de ces faits divers que fut rendue l'ordonnance du 18 avril 1847. Il suffit de rappeler quelques-unes de ses dispositions pour faire apprécier les heureux changements qu'elle a apportés à l'état des choses antérieur, et si ces changements n'ont pas atteint alors complétement le but qu'on se proposait, ils étaient du moins un grand pas de fait vers ce but. En effet, avant l'ordonnance de 1847, les quarantaines étaient de trois jours au moins pour les provenances de la Turquie, et de douze ou quatorze jours pour celles de la Syrie et de l'Egypte, qui étaient tenues constamment en état de suspicion.

Sous l'empire de l'ordonnance de 1847, tout navire arrivant de la Turquie d'Europe, de la Turquie d'Asie et de l'Egypte, doit être admis à libre pratique, après vérification des papiers de bord, en justifiant ;

1° Qu'il est muni d'une patente nette délivrée par nos agents consulaires et constatant qu'au moment du départ le pays de provenance était exempt d'épidémie pestilentielle, ainsi que les contrées en libre communication avec ce pays, et qu'il n'existait pas de circonstances de nature à faire craindre pour la santé publique.

2° Qu'il possède à bord un médecin sanitaire et des gardes de santé, commissionnés par le ministre de l'agriculture et du commerce ;

3° Qu'il s'est écoulé dix jours pleins depuis le départ du port de provenance ;

4° Enfin, que pendant la traversée, il ne s'est produit à bord aucun cas de peste ou de maladies suspectes.

Tel est l'état de la législation qui nous régit aujourd'hui ; mais les modifications apportées par l'ordonnance de 1847 étaient-elles les seules possibles ? Telle est la question posée par un de mes prédécesseurs au comité d'hygiène.

Ce comité, après avoir consacré plusieurs séances à cette étude, a reconnu que l'institution des gardes de santé à bord des bâtiments était sans utilité, ou, du moins, que leur installation présentait des inconvénients supérieurs aux avantages très douteux qu'on s'en promettait.

Leur principale fonction devait consister à surveiller la purification des marchandises et celle des effets et vêtements des équipages et des voyageurs. Or indépendamment de ce que cette purification pourrait se faire convenablement pendant la traversée, il est à remarquer qu'elle est sans objet pour les navires venant en patente nette ; car à quoi bon purifier des effets qui ne sont pas infectés ? S'il y avait d'ailleurs, dans une circonstance ordinaire, des complications à empêcher à bord d'un bâtiment, le capitaine ne manquerait pas de moyens pour faire respecter ses prescriptions.

La suppression des gardes de santé n'est pas le seul amendement qu'il convienne d'apporter à l'ordonnance du 18 avril 1847.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, les navires arrivant en patente nette doivent avoir au moins dix jours de navigation pour être admis à libre pratique. Ce délai, d'après l'autorité de la science, a paru pouvoir être abrégé de deux jours sans aucun danger pour la santé publique, puisqu'il est aujourd'hui certain que l'incubation de la peste ne dure jamais plus de huit jours.

En ce qui touche l'obligation d'avoir un médecin sanitaire à bord, il paraît convenable de la restreindre aux bâtiments à vapeur qui abordent dans nos ports de la Méditerranée. On comprend que pour ces navires, qui peuvent faire en huit jours la traversée d'Alexandrie à Marseille, il importe de ne négliger l'observation d'aucun symptôme, et la présence d'un médecin sanitaire est une mesure de prudence dont il y aurait peut-être de la témérité à se départir. Mais il n'en est pas de même à l'égard des bâtiments à voiles, qui mettent en moyenne vingt-cinq ou trente jours à faire le voyage.

La durée de la navigation offre dans ce cas une garantie réelle ; car si quelque passager, si quelque homme de l'équipage avait en s'embarquant emporté le germe de la peste, ce germe aurait eu le temps de se développer bien avant l'arrivée du navire de manière à ne laisser aucun doute sur le caractère de la maladie. La même considération s'applique aux bâtiments à vapeur qui se rendraient directement dans nos ports de l'Océan ou de la Manche, et il est également juste de les affranchir d'une obligation qui leur imposerait, comme aux navires à voiles, des frais hors de proportion avec les avantages qu'ils pourraient retirer de la suppression de toute quarantaine.

L'ordonnance de 1847 a établi entre les provenances de l'Egypte et de la Syrie, et celles des autres parties de l'empire ottoman, une distinction qu'on peut aussi faire disparaître sans inconvénient.

Suivant cette ordonnance, les bâtiments arrivant en patente nette de la Syrie ou de l'Egypte, et n'ayant pas de médecin sanitaire à bord, sont soumis dans nos ports de la Méditerranée à une quarantaine d'observation de cinq jours pleins à dater de leur arrivée ; tandis que, en pareil cas, la quarantaine n'est que de trois jours pour les provenances de la Turquie d'Europe et de l'Asie-Mineure.

A l'époque où l'ordonnance a été rendue, cette différence dans la durée des quarantaines pouvait s'expliquer. Nous n'avions pas encore de médecins établis à poste fixe dans les principaux ports du Levant, et l'on n'était pas alors parfaitement édifié sur l'étendue des garanties que pouvaient offrir les institutions sanitaires de quelques-unes de ces contrées. Dans cette situation, il était naturel de se montrer plus rigoureux à l'égard des provenances de l'Egypte, qui a toujours été considérée comme le berceau et le principal foyer de la peste, et d'assimiler les arrivages de la Syrie à ceux de l'Egypte à cause des promptes et fréquentes communications qui ont lieu entre les deux pays. Aujourd'hui la position n'est plus la même.

Depuis la fin de 1847, nous avons, dans les deux Turquies et en Egypte, des médecins qui ont pour mission d'observer l'état de la santé publique, d'étudier les institutions sanitaires, de signaler aux autorités du pays les mesures que la science indique comme les plus efficaces pour prévenir le retour des épidémies pestilentielles, et les hommes distingués qui ont été investis de ces délicates fonctions, en répondant à la confiance du gouvernement par leur zèle, par leur activité, par la considération et l'influence qu'ils se sont acquises, ont justifié les espérances qu'on avait fondées sur cette institution nouvelle.

Les deux médecins institués, l'un au Caire, l'autre à Alexandrie, fournissent fréquemment des informations sur l'état sanitaire de l'Egypte. Depuis près de deux ans qu'ils y sont installés, elles n'ont pas cessé d'être complétement satisfaisantes. La peste n'a pas été signalée dans ce pays depuis la fin de 1844, et les renseignements transmis par M. le docteur Prus ne permettent pas de douter que, si elle venait à s'y montrer de nouveau, l'administration française en serait avertie en temps utile. Il n'existe donc plus de motifs pour imposer aux provenances d'Egypte et de Syrie une quarantaine plus longue qu'à celle des deux Turquies.

J'hésite d'autant moins, monsieur le président, à vous proposer, avec le comité d'hygiène, d'adopter ces propositions, qui s'appliqueraient également aux provenances de la régence de Tripoli, que les précautions prises dans le cas de patente nette n'ont pour but que de prévenir un danger possible, mais bien peu probable, celui résultant de l'embarquement d'un ou plusieurs individus frappés les premiers de la peste avant de quitter une contrée qui n'a pas actuellement la maladie, mais que l'on considère comme susceptible de la produire.

La surveillance continuelle exercée sur l'état sanitaire des pays de provenance, l'obligation de huit jours au moins de navigation, celle d'avoir un médecin sanitaire à bord ou de subir dans les ports de la Méditerranée une quarantaine d'observation de trois jours, constituent, avec les vérifications affectées à l'arrivée du navire, un ensemble de mesures qui doivent rassurer les esprits les plus timorés.

Arrêté.

Le président de la République,

Considérant que la peste a cessé, depuis plusieurs années, de se montrer dans les diverses provinces de l'empire ottoman, et que l'administration possède maintenant les moyens d'obtenir les renseignements les plus prompts et les plus positifs sur les changements qui pourraient survenir dans l'état sanitaire des différents ports du Levant ;

Considérant que les institutions et les établissements sanitaires de la Turquie d'Europe, de la Turquie d'Asie et de l'Egypte présentent aujourd'hui des garanties contre la propagation des épidémies pestilentielles ;

Considérant qu'il importe de faciliter les relations commerciales de la France avec le Levant, autant qu'il est possible de le faire sans péril pour la santé publique ;

Le comité consultatif d'hygiène publique entendu ;

Décrète :

Art. 1er. Les navires à voiles venant en patente nette de la Turquie d'Europe, de la Turquie d'Asie, de l'Egypte et de la régence de Tripoli, seront admis à libre pratique dans tous les ports de la République, immédiatement après la vérification des papiers de bord, si les communications à la mer et l'état sanitaire des équipages et des passagers ne donnent lieu à aucun soupçon. Les bâtiments à vapeur seront reçus aux mêmes conditions dans les ports français de l'Océan.

Art. 2. Lorsqu'il se sera écoulé huit jours pleins à dater du départ, les bâtiments à vapeur, tant de la marine militaire que de la marine postale et de la marine marchande, venant des mêmes lieux en *patente nette*, seront immédiatement admis à libre pratique dans les ports de la Méditerranée, les premiers, lorsqu'ils auront à bord un médecin de la marine militaire, et les autres, lorsqu'ils auront à bord un médecin sanitaire. Ces médecins seront tous commissionnés par le ministre de l'agriculture et du commerce.

Art. 3. Les bâtiments à vapeur en *patente nette* qui n'auraient pas de médecin sanitaire à bord subiront, dans les ports de la Méditerranée, une quarantaine d'observation de trois jours, soit qu'ils viennent de l'Egypte ou de la Syrie, soit qu'ils viennent des Turquies ou de la régence de Tripoli.

Fait à l'Elysée-National, le 10 août 1849.

CORRESPONDANCE.

Sur les émissions sanguines dans le traitement des déplacements et des engorgements de l'utérus.

L'article que nous avons emprunté récemment à un journal américain et l'instrument qui en faisait le sujet ont provoqué, de la part de M. Clément Ollivier (d'Angers), les réflexions suivantes que nous nous empressons de reproduire, tout en faisant observer à notre honorable confrère qu'en reproduisant l'article de l'*American journal* nous ne nous sommes nullement prononcé sur la supériorité de tel ou tel traitement, et que nous nous sommes borné, comme c'est avant tout notre rôle, à tenir nos lecteurs au courant du mouvement scientifique. Nous ajouterons que, malgré toute la confiance que nous avons dans le talent de notre honorable confrère, nous ne saurions admettre que tous les déplacements utérins, et en particulier la rétroversion, puissent guérir par l'emploi des sangsues; nous ne pouvons admettre davantage que tous les déplacements soient causés par un engorgement.

Depuis quinze ans je me suis livré d'une manière toute spéciale au traitement des maladies utérioes; jamais je n'ai rencontré un déplacement de la matrice qu'il ne fût accompagné d'un engorgement préalable plus ou moios considérable; et aussi jamais les émissions sanguines directes ne m'ont fait défaut et ne m'ont fourni un insuccès. Pourquoi ce traitement si simple, si efficace entre mes mains, n'aurait-il pas le même succès entre les mains de mes confrères, qui emploient plutôt par habitude et faute de mieux les pessaires, et tout l'arsenal des bandagistes, qui jamais ne guérissent alors qu'ils n'aggravent pas le mal!...

Malheureusement, comme je le disais plus haut, les émissions sanguines directes, ayant été employées sans précaution, sont tombées en défaveur. On a pensé qu'il s'agissait tout simplement d'introduire un spéculum et de le gorger de sangsues, sans s'inquiéter de ce qu'elles pouvaient devenir; mais en tout il faut établir des règles, et l'expérience apprend que les procédés les plus simples ont leurs exigences et leur opportunité.

Et d'abord, les émissions sanguines directes ne peuvent être employées, sauf quelques exceptions, que dans les affections chroniques de l'utérus et alors qu'il y a cessation complète de l'état aigu, et que la congestion est purement passive; en un mot, les émissions sanguines directes ne peuvent guère convenir que pour les affections chroniques de l'utérus, celles-là mêmes qui donnent lieu aux divers déplacements contre lesquels on réclame aujourd'hui exclusivement les secours du bandagiste, dont les instruments ne sont que des instruments de torture et de dégoût.

D'autres règles qui peuvent paraître trop minutieuses doivent être employées dans les émissions sanguines directes; et à ce sujet, je ferai observer que jamais en médecine et surtout en petite chirurgie on ne peut être trop minutieux dans l'application des moyens, et surtout lorsqu'il s'agit d'un organe délicat. Ainsi, par exemple, le choix des sangsues, le lieu où elle doivent être appliquées, sont deux choses qui méritent toute l'attention du praticien.

Les sangsnes doivent être moyennes, plutôt petites que grosses. Les grosses sangsues, par une succion trop énergique, surtout si l'utérus est encore enflammé, peuvent rappeler vers cet organe un état congestionnel; et dans les métrites chroniques, alors que l'utérus est doué d'une certaine sensibilité, leurs piqûres peuvent devenir douloureuses. Les sangsues ne doivent jamais être employées en trop grand nombre; il vaut mieux renouveler plus souvent leur application.

Quant au lieu où elles doivent être posées, il est essentiel de ne jamais emboîter avec le spéculum le col utérin tout entier, et c'est pour cela qu'il faut se servir d'un spéculum conique de petite dimension, autrement on risquerait de laisser introduire des sangsues dans la cavité utérine, et ce sont les accidents qui sont résultés de cette introduction des sangsues dans le col utérin qui ont fait juger les émissions sanguines directes comme dangereuses.

Il est clair que les engorgements un peu considérables ne céderont qu'à des applications de sangsues souvent répétées, si l'on est forcé d'après ces règles établies d'employer des petites sangsues et en petit nombre.

Ces réflexions, monsieur et honoré confrère, se trouvent consignées plus au long dans mes différentes brochures sur les affections utérines; mais les résultats que j'obtiens depuis si longues années, mon désir violent de voir substituer les règles si simples et si efficaces que je viens de tracer à l'empirisme qui régit encore le traitement des maladies utérines me poussent instinctivement à saisir toutes les occasions pour faire passer dans l'esprit de mes confrères mes convictions et le fruit de mes expériences.

Veuillez donc, si vous le jugez à propos, publier ce petit article, qui pourra éveiller l'attention des praticiens et les faire réfléchir à l'importance d'une étude plus approfondie sur la branche la plus compliquée de notre art.

J'ai l'honneur d'être, etc.

Clément Ollivier (d'Angers),

Membre de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Barcelone.

Notre impartialité nous engage à publier la lettre suivante, tout en faisant remarquer qu'elle aurait pu être rédigée avec plus de modération.

Nature et traitement du choléra.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai lu dans le numéro du 19 juillet de la *Gazette des Hôpitaux* quatre lignes annonçant que M. le docteur Raphaël a fait savoir à l'Académie qu'il pense avoir *trouvé* le siége du choléra; puis, le 31 juillet, j'ai lu le récit du traitement qu'il dit avoir employé. Décidement, il paraît que M. Raphaël veut faire croire au monde médical ce avec quoi il essaie d'éblouir la population de Provins: car ici il répète et fait répéter à qui veut l'entendre « qu'il est le seul et unique inventeur du traitement qu'il emploie dans le choléra, et que lui seul a la conviction que le choléra a son siége dans la moelle épinière. » A une séance du conseil de salubrité, composé en partie, comme bien vous savez, de personnes fort étrangères à la médecine, il a lu un opuscule sur la matière: on en fit mention dans le procès-verbal de la séance, et les observations que les médecins lui firent à la séance suivaote furent passées sous silence. Je crois, et tout médecin pensera comme moi, que M. Raphaël a trouvé son procédé écrit en toutes lettres dans les ouvrages; mais il a avoué au médecin qui lui présentait ces objections qu'il avait très peu lu; cependant, pour si peu que M. Raphaël ait lu, il doit avoir vu que M. Foy (du *Choléra-Morbus de Pologne*, 1831. — *Histoire du choléra-morbus de Paris*, page 2; juin 1832), l'attribue à une affection du prolongement rachidien; que cette opinion est reproduite dans la *Compendium de médecine*, tome II, page 281; que M. Roche (*Journal hebdomadaire*, tome VII, page 455; 1832) s'est rangé en partie à cette opinion, en considérant le choléra épidémique comme une irritation, une congestion si l'on veut de la médulle épinale et du cerveau. Il a dû voir aussi que M. Dalmas (*Dictionnaire en XXX volumes*, 509), que M. Grisolle, que M. Foy, que M. Delpech (*Gazette des Hôpitaux* du 22 mai 1832), que le docteur Treille (*Conversation sur le choléra*, 1832), M. Valleix, MM. Monneret et Fleury (*Compendium de médecine*, tome II, page 282), M. Scipion Pinel, qui à Varsovie donna à l'épidémie le nom de *trisplanchnie*, M. Delpech (*Etudes sur le choléra-morbus en Angleterre et en Ecosse*, 1832), M. Barbier, d'Amiens, surtout (*Gazette médicale*, tome III, page 218; 1832); que tous ces médecins, dis-je, ont parlé du siége du choléra dans la moelle épinière et le nerf grand sympathique. Or dans l'opuscule dont j'ai parlé plus haut, M. Raphaël plaçait le choléra dans la moelle épinière et le nerf trisplanchnique. Il paraît que depuis il s'est contenté de la moelle; car il semble avoir abandonné le nerf trisplanchnique, sans doute parce qu'il lui est trop désagréable de décrire ce nerf à ceux qui lui demandent des renseignements sur cet organe. Il dit aussi avoir inventé la douleur entre les omoplates; elle se trouve décrite dans M. Foy. Je serais tenté de croire qu'il a pris toutes ces idées dans l'ouvrage de M. Foy; car tout ce qu'il dit et fait s'y trouve en toutes lettres, aussi bien pour le siége du choléra que pour le traitement. Est-ce donc M. Raphaël qui a inventé les bains chauds? Quand M. Rostan a fait plonger des malades dans un bain à 40° centigr.; quand on lit dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, page 194: Pour maintenir la réaction et même la développer, nous plongeons parfois nos malades dans un bain de 28 à 30° R.; » et page 146: « Au sortir du bain, le malade doit être enveloppé dans une couverture de laine. » On lit dans le *Compendium de Médecine*, tome II, page 276: « On pent encore recourir à l'emploi d'un bain général chauffé à 30 ou 34° R. » M. Bouneau donnait des bains à 20, puis à 30° R. Quant aux fumigations, elles sont indiquées dans l'ouvrage de M. Foy.

Voilà donc une invention réduite à sa juste valenr, c'est-à-dire à un triste plagiat; mais je ne désespère pas de voir sous peu M. Raphaël essayer de prouver qu'il a inventé la poudre; malheureusement cela sera un peu plus difficile.

Recevez, etc. — D[r] Chevalier.

P. S. Je ne veux pas terminer cette lettre sans faire connaître à mes confrères une formule que m'a indiquée un médecin de Provins, M. le D[r] Dorez:

Eau commune édulcorée	900 grammes.
Gomme arabique	45 —
Sirop diacode	45 —
Acide citrique	6 —
Alcoolat de citron	5 à 6 gouttes.

Mêlez et conservez la bouteille dans l'eau froide.

Cette limonade est employée pour arrêter la diarrhée, quelque intense qu'elle soit; et je me suis convaincu que, par la rapidité avec laquelle elle agit, nous avons empêché le développement de cas de choléra. Pour la prendre, on fait coucher le malade: j'insiste sur ce point; on en donne un verre d'abord; puis, un demi-verre de demi-heure en demi-heure.

J'engage mes confrères à essayer d'un moyen qui est si répandu à Provins, qu'on va chez les pharmaciens demander une bouteille de la limonade de M. Dorez; et deux pharmaciens m'ont assuré qu'ils avaient donné chacun de trois à quatre cents litres de cette limonade depuis deux mois et demi que l'épidémie règne ici. Je crois que cette boisson, prise aussitôt que les selles deviennent abondantes, peut empêcher souvent le choléra de continuer sa marche. Nous avons vu des selles comme de l'eau de riz ou comme de l'eau de savon être arrêtées immédiatement, et le malade ne plus ressentir que le malaise habituel pendant une huitaine de jours. C'est donc avec confiance que je répète: essayez et vous croirez. Au troisième ou quatrième verre tout est arrêté, et le malade transpire abondamment.

NOUVELLES.

Le conseil général du département de l'Isère a désigné M. le docteur Pion pour remplir les fonctions de juré de la haute cour de justice.

— Le conseil général des Vosges a nommé M. le docteur Noel pour remplir les mêmes fonctions.

Médecins fonctionnaires. — La Turquie, qui a tant fait pour la médecine depuis quelques années et où cette science est si considérée, vient d'adopter une mesure que nous nous contentons de faire connaître sans vouloir la juger. Nous ferons remarquer seulement que, la situation morale de la France et de la Turquie étant très différente, il ne faudrait pas se hâter de juger cette mesure au point de vue exclusif des idées qui règnent chez nous.

Voici ce qu'on lit dans un journal:

« Le gouvernement turc vient de prendre un arrêté relatif à la création de médecins salariés par l'Etat. Le médecin salarié par l'Etat est tenu de visiter tous les malades, riches ou pauvres, soit en se transportant à leur domicile, soit en les recevant chez lui, et de les traiter tout le temps nécessaire. Il ne doit jamais rien accepter des malades pauvres, et, s'il s'attache exclusivement aux riches et aux grands, il peut être mis en jugement.

« Ce médecin est tenu, tous les trois mois, d'envoyer à la direction générale un rapport détaillé constatant le nombre des malades soignés, celui des décès, la nature des affections régnantes, les épidémies et les phénomènes météorologiques observés durant le trimestre. Des instructions relatives à la conduite à tenir en temps d'épidémie et aux inhumations en dehors des villes complètent cet arrêté. »

Jumelles flamandes. — Nous recevons de notre honorable confrère, M. le docteur Verhægen, une lettre qui nous annonce que les deux jumelles dont nous avons récemment représenté la disposition dans une figure continuent à vivre dans un parfait état de santé.

— Les étrangers qui se trouvent en Californie se sont réunis pour fonder un hôpital à San-Francisco. C'est un chirurgien français, M. Laruel, qui a été placé à la tête de cet hôpital, appelé à rendre de grands services à la population émigrante. (*Journal du Havre.*)

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 6 SEPTEMBRE 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 104.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 5 SEPTEMBRE 1849.

Bulletin du choléra.

Il n'y a eu absolument aucune variation dans la marche de l'épidémie depuis notre dernier bulletin. Le nombre des cas nouveaux admis dans les hôpitaux est toujours assez peu élevé, quoique notablement supérieur à ce qu'il était depuis environ deux mois. Mais la mortalité continue à être très considérable, plus considérable même en quelque sorte qu'elle ne l'a été pendant la plus grande intensité de l'épidémie. Pendant les cinq derniers jours cette mortalité a été des trois quarts (30 décès sur 40 entrées, terme moyen).

En ville, le rapport de la mortalité avec celle des hôpitaux a été très approximativement, pendant tout ce mois, comme 1 est à 1 et 1/3; c'est donc environ 40 décès qui doivent avoir lieu chaque jour à domicile, et par conséquent 70 décès qui ont lieu chaque jour en ce moment tant en ville que dans les hôpitaux. Nous croyons devoir assurer nos lecteurs de l'exactitude de ces chiffres, parce que depuis quelques jours la population semble disposée à s'alarmer de nouveau, et à donner à l'épidémie une intensité qu'elle n'a pas. Nous répéterons une fois de plus à ce sujet qu'il est à regretter que l'administration ait suspendu la publication officielle des décès à domicile, publication qui calmerait bien des inquiétudes.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

Hôpitaux civils :		
Journée du 3 septembre...	40 entrées,	32 décès.
— 4	41	28
Hôpitaux militaires pendant les trois jours....................	5	2
Total................	86	62
Total des décès dans les hôpitanx..........		7632
Total des décès à domicile jusqu'au 30 juillet inclusivement........		9500
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie.....................		17133

Séance de l'Académie de Médecine.

Nous devons rendre cette justice à l'Académie que, malgré l'état énervant de l'atmosphère et les fatigues d'un lendemain d'ouverture de chasse, les banquettes académiques étaient assez bien remplies, et que non-seulement elles étaient bien remplies, mais, qui plus est, elles ne se sont dégarnies qu'assez tard. L'intérêt de la séance a du reste assez bien répondu à ce zèle, fort inaccoutumé pour la saison où nous sommes.

Après une correspondance dont le choléra a fait les principaux frais, et deux petits rapports officiels rédigés par M. Dubois, M. Guibourt a lu un projet de lettre à adresser à M. le ministre de l'agriculture et du commerce, et qui prouve que l'Académie continue à s'occuper sérieusement de l'analyse des eaux minérales de la France, analyse dans laquelle cette compagnie a déjà fait beaucoup.

A M. Guibourt a succédé M. A. Tardieu, dont le travail s'est fait surtout remarquer par une certaine originalité, résultant principalement de l'assemblage de faits en eux-mêmes peu intéressants et en grande partie sinon tout à fait connus. L'habileté de l'architecte a su donner à ces matériaux une forme qui a intéressé l'auditoire. Une simple audition ne nous permet pas d'ailleurs d'apprécier autre chose que la forme de ce travail.

Enfin M. Robinet a terminé la séance par un rapport sur le mémoire de M. Plouviez, sur le rôle que joue le sel dans l'alimentation de l'homme. Nous avions toujours cru jusqu'à ce jour que M. Robinet était un esprit calme, positif, sévère, qui ne sortait guère de la narration et de la saine interprétation des faits palpables. Il paraît au contraire qu'il ne manque pas, dans l'occasion, d'une certaine animation, d'une certaine poésie. Nous n'avons pas été médiocrement surpris, en effet, quand nous avons vu M. Robinet commencer son rapport, sur un sujet fort prosaïque de sa nature, par la série suivante d'aphorismes, de philosophie académique.

« Un grand danger menace l'Académie;

» Je viens l'en avertir.

» Plus d'une fois déjà la *dissertation* s'est présentée à cette tribune;

» La *monographie* n'a pas tardé à l'y suivre;

» Encouragé par ces tentatives, le traité ex-professo vient d'y paraître;

» Enfin, Messieurs, je viens signaler l'avènement de la *leçon écrite.* »

Après ces aphorismes, qui signalent l'existence du mal, M. Robinet indique d'une manière indirecte le remède.

« Vous penserez sans doute avec nous, a-t-il ajouté, que le but proposé aux travaux de l'Académie serait méconnu si votre temps et vos commissaires étaient voués à des recherches d'érudition qui n'ont même pas toujours pour excuse la forme ou la finesse des aperçus. »

Evidemment, ces propositions sont ou ont la prétention d'être une leçon pour quelqu'un; mais comme nous n'avons pu saisir l'allusion, il nous a été impossible d'apprécier jusqu'à quel point cette leçon avait pu être méritée par celui ou par ceux auxquels elle s'adresse; nous sommes donc obligé de laisser de côté le sel moral du rapport de M. Robinet, pour ne nous attacher qu'au sel chimique.

Cette question de sel est depuis assez longtemps déjà à l'ordre du jour parmi les agronomes. Chez l'homme, on ne l'avait guère étudié qu'au point de vue thérapeutique. Préconisé d'abord contre la phthisie d'après une fausse assertion de l'illustre Laënnec, puis tout récemment contre le choléra, une expérimentation rigoureusement faite n'a pas tardé à montrer que l'opinion qu'on s'était faite sur l'utilité de cette substance ne reposait que sur des illusions. Quant à l'influence qu'elle peut avoir comme moyen hygiénique, il est encore impossible d'avoir une opinion arrêtée à cet égard. Les recherches de M. Plouviez auront le mérite d'ouvrir une voie pour des recherches nouvelles sur ce sujet; mais seules, elles ne peuvent encore conduire à aucune démonstration.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT.

Sur la flexion permanente des doigts.

(Leçon du 21 août 1849.)

Nous allons opérer ce matin un malade sur lequel je désire appeler un instant votre attention. L'affection dont ce malade est atteint, sans être extrêmement rare, n'est cependant point assez fréquente pour qu'on ne doive pas profiter des occasions qui se présentent pour l'étudier attentivement.

Cette affection, dont la singularité suffirait déjà pour inspirer de l'intérêt, a été connue probablement de tout temps, et a été désignée par les anciens sous le nom de *crispatura tendinum*, désignation qui renferme la théorie de nos prédécesseurs sur cette maladie. Mais c'est surtout depuis le travail de Dupuytren, qu'elle a surtout attiré l'attention des chirurgiens. Dupuytren, qui lui a donné le nom sous lequel on la désigne généralement aujourd'hui, en a très bien décrit les caractères apparents, et a démontré l'erreur de la théorie des anciens, quoiqu'il y ait substitué lui-même une théorie qui n'est pas moins erronée.

Dans le cas que vous avez sous les yeux, comme dans tous ceux que l'on a observés, vous pouvez voir que la première phalange est fléchie sur le métacarpien, et la deuxième sur la première, tandis que la troisième phalange conserve, vis-à-vis de la deuxième, ses rapports habituels. Vous pouvez voir aussi dans ce cas, ainsi que la fait remarquer M. Goyrand, que la bride qui tend et fléchit les doigts est située précisément sur le milieu de la face palmaire de ces organes, ce qui est une particularité importante, comme vous le verrez dans un instant.

Une autre particularité qu'on a également notée, et qui se présente aussi chez notre malade, c'est que la maladie a commencé par le doigt auriculaire, et qu'elle s'est ensuite étendue à l'annulaire, où elle s'est arrêtée, et où elle s'arrête habituellement. Cependant, on la voit quelquefois atteindre le médius, plus rarement l'index, et presque jamais le pouce. Chez notre malade, la rétraction existe au même degré sur les deux mains; c'est une circonstance sur laquelle les auteurs n'ont pas assez fixé leur attention.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Etudes sur le service de santé militaire en France, son passé, son présent, son avenir; par L.-J. BÉGIN, chirurgien-inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, etc. — Chez J.-B. Baillière.)

(Troisième article.)

On a vu la belle ordonnance du livre de M. Bégin, qui embrasse, dans trois parties distinctes, par rapport au service de santé militaire, ce qui a été, ce qui est, ce qui sera ou doit être. Par cette habile disposition des matières, par la limpidité du style, par la rapidité de la discussion toujours digne, souvent élevée, M. Bégin qni, au hesoin, ne dédaigne pas d'avoir de l'esprit, a su éviter au lecteur, sans effort et comme de soi-même, la fatigue qui semble inhérente à tout travail administratif.

Pour plus de clarté encore et pour laisser une impression plus durable, l'auteur a placé, à la suite de l'histoire de chaque période, un résumé dans lequel les faits sont rapprochés, contractés et envisagés d'une manière générale.

Nous sommes parvenu, dans cette analysc, à celui de ces résumés qui retrace et couronne la partie de l'ouvrage consacrée au présent.

Après un rapide coup d'œil sur l'état du service de santé militaire, *déplorable pour le présent et menaçant pour l'avenir*, M. Bégin recherche les causes d'une situation *devenue si compromettante pour le service de l'armée*, et il signale « la position essentiellement subordonnée faite au corps des officiers de santé militaires; la composition insuffisante de ce corps, relativement à l'exécution de plusieurs des fonctions qui lui sont attribuées; le nombre trop restreint de grades élevés dans sa hiérarchie; enfin l'absence d'une assimilation qui détermine le rang que les officiers de santé doivent occuper dans la famille militaire dont ils font partie. »

Ces divers points sont traités dans autant de paragraphes, qu'il s'agit maintenant de parcourir aussi rapidement qu'il sera possible.

Sur la nécessité de mettre les officiers de santé militaires dans une position indépendante, tout en maintenant bien entendu parmi eux les règles indispensables de la discipline, on ne saurait être plus péremptoire et plus bref que M. Bégin; et ce que nous avons dc mieux à faire, c'est encore de le citer.

« Dire que les officiers dc santé ont besoin d'indépendance pour exercer dignement et utilement leurs fonctions, c'est exprimer un fait d'une incontestable évidence. En matière de retraite, de réforme, de recrutement, de congés, la nature des choses, bien plus que le règlement écrit, les constitue en arbitres, ct confie à leurs lumières et à leur conscience les intérêts les plus importants des personnes, des familles, du trésor public. Dans les hôpitaux ils doivent prononcer sur la qualité des fournitures, des denrées et des aliments. Dans les corps de troupes, ils ont à assurer le service des infirmeries régimentaires, à donner leur avis sur le régime, les travaux de la troupe, les lieux d'habitation, etc. Partout leur rôle inccssant, obligatoire, cst de réclamer en vue de la conservation du soldat, du bien-être des malades, du succès des traitements et des opérations. Mais où les officiers de santé puiseront-ils l'assurance nécessaire pour remplir consciencieusement ces devoirs divers, s'ils sont sous la dépendance de tout le monde? Oseront-ils, contre l'opinion de l'administrateur ou du chef militaire, tenir à l'exécution de certaines dispositions hygiéniques, signaler la qualité inférieure de diverses denrées ou fournitures, refuser leur concours pour l'obtention de positions ardemment désirées, lorsque ces administrateurs et ces chefs peuvent, non-seulement sous des prétextes trop faciles à trouver, les tracasser, leur infliger des arrêts, mais empêcher leur avancement, et, jusqu'à un certain point, détruire leur carrière? Cette fermeté honorable qui s'attache avant tout à l'exécution du devoir n'est pas, ainsi qu'on l'a déjà fait remarquer, à l'usage du commnn des hommes. Pour quelques-uns qui ont le courage de la déployer jusqu'an hout, un très grand nombre cède à la crainte, ou se fatigue, se décourage, et va porter ailleurs des talents et un caractère qui n'ont pas été appréciés. »

Nous demandons à tous les esprits sensés et honnêtes si l'on peut résister légitimement à de telles raisons; si ellcs ne sont pas, au contraire, incontestables et décisives? Le pain est lourd, le vin léger, la viande médiocre; le médecin le dit. L'administrateur, intéressé à ce que tont soit déclaré bon, note le médccin comme un caractère *difficile*. Voilà un homme jugé. Il pourra bien passer par la porte de l'*ancienneté;* quel que soit son mérite, la porte du *choix* ne s'ouvrira pas devant lui, sans compter les déplacements ruineux auxquels il sera exposé. Mais nous pourrions, en insistant, affaiblir l'argumentation de M. Bégin.

Achevons la citation :

« Dans les armées de l'Angleterre, de la Prusse, de l'Autriche, le service de santé a des chefs qui le dirigent et l'administrent sous l'autorité ministérielle. En Belgique, la loi du 10 mars 1847, rendue après une longue et solennelle discussion, a fondé l'organisation indépendante du corps des officiers de santé. En France même, dans le département parallèle à celui de la guerre, l'ordonnance du 17 juillet 1835, confirmée par l'ordonnance du 14 juin 1844, sur l'organisation des ports, a constitué le corps des officicrs de santé de la marine d'après les mêmes errements. Prétendrait-on que, seuls entre tous, les officiers de santé de l'armée française ne pourraient s'administrer et dirigcr leur propre service?... Qui pourrait soutenir que ce qui a lieu dans toute l'Europe, en Belgique, dans notre marine, soit, par une incompréhensible fatalité, inexécutable dans notre armée de terre? L'expérience universelle n'a-t-elle pas démon-

On a fait remarquer que la peau restait saine au-devant des brides qui rétractent les doigts, et qu'elle n'était pas adhérente à ces brides ; c'est bien ainsi, en effet, que la peau se présente habituellement; mais il s'en faut que ce soit là une règle absolue; il est même probable que la peau finit par s'altérer constamment, et par adhérer aux tissus sous-jacents lorsque la maladie a fait un certain progrès, qu'elle existe depuis longtemps. Chez notre malade, où l'affection ne remonte, dit-il, qu'à un an, déjà l'adhérence de la peau aux brides est intime, et de plus, il est facile de voir que cette membrane a perdu de son élasticité, qu'elle est comme parcheminée. Quoique cette circonstance semble être passée inaperçue jusqu'à ce jour, elle est néanmoins fort importante, ainsi que vous allez le voir, au point de vue de la médecine opératoire.

La cause anatomique de la flexion permanente est le point de son bistoire qui a été le plus débattu. Nous avons déjà vu qu'à Dupuytren revenait l'honneur d'avoir montré l'erreur des anciens, qui faisaient consister cette cause dans la rétraction des tendons des flécbisseurs. Mais après avoir détruit cette erreur, Dupuytren eut le tort de lui en substituer une autre en rapportant à la rétraction de l'aponévrose palmaire toute la maladie. Il aurait suffi, ainsi qu'on l'a fait remarquer, de se rappeler que l'aponévrose palmaire se termine et se fixe sur les côtés des pbalanges, tandis que la bride qui rétracte les doigts siége à leur partie moyenne, ponr décider *à priori* que l'explication de Dupuytren était fautive. On sait, en outre, que les tissus fibreux n'éprouvent jamais de rétraction sur aucune autre partie du corps. Mais ce que le raisonnement indiquait, M. Goyrand l'a démontré anatomiquement; sur des pièces qu'il a pu disséquer, il a montré que la bride était complétement indépendante de l'aponévrose, qui restait saine, et qu'elle était formée par des cordons fibrenx s'étendant de l'aponévrose elle-même à la gaîne des tendons, aux bords des pbalanges, d'un point de la gaîne à un autre point de cette enveloppe, et enfin des extrémités d'une pbalange à l'autre. M. Goyrand attribue toutes ces brides à un tissu de nouvelle formation, tandis que Sanson les attribue au développement morbide de petites languettes fibreuses sous-cutanées, dépendant de l'aponévrose, et existant normalement à l'état rudimendaire. M. Velpeau avait déjà émis des idées analogues lorsque parurent le mémoire de M. Goyrand et le rapport de Sanson.

Cette théorie, qui fournit parfaitement toutes les indications thérapentiques utiles, est aujourd'hui généralement adoptée. Elle me paraît toutefois être incomplète, et ne pas rendre un compte exact de ce qui se passe dans la flexion permanente. D'après ce qu'il nous a été permis d'observer, ce n'est pas telle ou telle languette qui se développe, s'indure et se rétracte; ce n'est pas un tissu fibreux nouveau et parfaitement distinct qui se forme, mais bien un travail subinflammatoire développé d'abord dans le tissu cellulaire, qui s'indure et se rétracte, et s'étend ensuite aux tissus fibreux, à l'aponévrose palmaire, à la peau elle-même, et aussi aux os, qui ne restent pas toujours à l'état sain, commc on l'a avancé, mais qui, au contraire, s'altèrent plus ou moins profondément quand la maladie dure depuis longtemps. Je ne vous donne pas cette explication comme le dernier mot de la science; il y a encore à voir, à observer, à disséquer; mais je suis convaincu que je suis plus près de la vérité que toutes les théories exclusives qu'on a proposées et successivement adoptées.

Quant aux causes qui provoquent le travail à la sulte duquel a lieu la rétraction, il s'en faut qu'on soit définitivement édifié à leur égard. Quelques rares observations prouvent que la flexion permanente peut être héréditaire et congénitale; mais c'est assurément là une grande exception. On a fait remarquer avec raison que les individus qui se livrent à des travaux manuels pénibles, exigeant que la face palmaire des mains exerce de fortes pressions, y étaient plus exposés que les autres; mais quelque appui qne la réalité de cette cause vienne donner à l'idée que je me fais de la rétraction, je dois déclarer cependant qu'elle n'explique pas, à beaucoup près, tous les cas. Outre toutes les autres causes qui peuvent déterminer une irritation sur les doigts, il faut encore admettre qu'il y a, non-seulement des causes prédisposantes, mais encore des causes déterminantes qui nous échappent complétement.

Notre malade nous fournit une preuve bien remarquable de cette vérité. Cet homme, âgé d'une soixantaine d'années, est violoniste et n'a jamais cessé d'exercer son art jusqu'au moment où la rétraction l'a empêcbé de continuer. Certes si quelque profession devait mettre à l'abri de la rétraction des doigts, c'est bien celle dans laquelle ces organes sont constamment agités du mouvement le plus rapide, et cependant ici cette circonstance n'a pas empêcbé la maladie de se développer. Il ne faut donc point se le dissimuler, l'étiologie de cette maladie offre encore un vaste cbamp de recherches aux observateurs.

Le diagnostic de cette maladie ne peut offrir aucune difficulté; nous n'y insisterons pas.

Quant au pronostic, le malade que vous avez sous les yeux ne prouve que trop combien il peut être grave, puisque depuis près d'un an cet bomme a été obligé de renoncer à l'exercice d'un art d'où il tirait toutes ses ressources. Mais ce n'est même pas là que se bornent toujours les fâcheux effets de la rétraction. Je vous ai déjà dit qu'après un certain temps les os finissaient par s'altérer, les articulations peuvent s'ankyloser et tout usage des mains être perdu pour toujours.

Quel traitement convient-il d'opposer à cette singulière affection ? Les chirurgiens ne sont guère d'accord sur ce point.

Dupuytren pratiquait une incision transversale sur la peau, puis sur la bride fibreuse, de manière à pouvoir étendre complétement le doigt; si une incision ne suffisait pas, ce qui était le cas le plus ordinaire, une autre incision était pratiquée à une certaine distance de la première. Cette méthode expose à des inflammations graves de la main, à des exfoliations de tendons que Dupuytren à eu à regretter plus d'une fois; en outre, elle est presque constamment suivie de la récidive de la maladie.

M. Goyrand a conseillé de faire sur la pean du doigt rétracté une incision longitudinale à l'aide de laquelle on met à découvert la bride fibreuse, que l'on enlève complétement; on réunit ensuite les lèvres de la plaie par première intention, et l'on détruit ainsi complétement, suivant le chirurgien d'Aix, la cause de la rétraction, tout en évitant les accidents auxquels expose le contact de l'air sur les plaies béantes produites par les incisions transversales. J'ai mis une fois en usage la métbode de M. Goyrand; elle a réussi sur un doigt, mais sur l'autre la maladie s'est reproduite. Cette méthode, quoiqne beaucoup moins dangereuse que celle de Dupuytren, ne met cependant pas tout à fait à l'abri des accidents inflammatoires; car la réunion par première intention ne réussit pas toujours, et, quand elle échoue, on retombe dans tous les inconvénients des incisions transversales. En outre, il ne faut pas croire que l'ablation de la bride fihreuse soit toujours facile à pratiquer. Ainsi que je vous l'ai dit il y a un instant, cette bride est loin d'être toujours parfaitement circonscrite; le tissu cellulaire, le tissu fihreux, la peau même, concourent à sa formation; ses limites sont mal dessinées, et ce serait se créer des difficultés presque insurmontables que de vouloir l'enlever dans certains cas. Cbez notre malade en particulier, cette méthode serait inapplicable, puisque la peau adhère assez intimement à la bride fibreuse, et qu'il faudrait commencer par procéder à une dissection pénible, longue et qui pourrait bien n'être pas sans danger.

Astley Cooper a conseillé, longtemps même avant que Dupuytren n'eût imaginé sa métbode, une pratique qui me paraît préférable aux deux précédentes, surtout lorsqu'on lui fait subir, ainsi que je le propose, une légère modification.

Le cbirurgien anglais prescrit de passer sous la peau un bistouri à lame étroite, et de couper d'avant en arrière l'obstacle qui s'oppose à l'extension des doigts; on ne falt ainsi à la peau qu'une légère incision; on a, en un mot, tous les avantages de la méthode sous-cutanée. Seulement, en suivant le procédé de A. Cooper, on ne sait pas toujours où l'on va, ni où il faut s'arrêter; de plus, il est des cas, et notre malade est précisément un de ces cas, où il serait fort difficile, pour ne pas dire impossible, de passer un bistouri entre la peau et la bride, qui sont fort adhérentes l'une à l'autre. J'ai donc jugé utile de modifier le procédé d'A. Cooper de la manière suivante :

A l'aide d'une lancette ou mieux d'un bistouri étroit à fenille de laurier, on pratique une incision à la peau, sur un des côtés du doigt et parallèlement à l'axe de ce doigt, entre la bride et la phalange; on passe dans cette ouverture un bistouri boutonné, qui n'est tranchant que dans une étendue de 1 centimètre environ; on le fait glisser à plat entre les pbalanges et la bride, et l'on coupe celle-ci en dirigeant le tranchant de l'instrument vers la peau. De cette façon on est certain de ne léser ni vaisseaux, ni nerfs, et la manœuvre est plus prompte et plus assurée. Si une incision ne suffit pas pour permettre de redresser le doigt, on peut en pratiquer deux et même trois. On met ensuite la main sur une planchette digitée, comme après l'opération par toutes les autres méthodes.

C'est d'après le procédé que je viens de décrire que nous allons opérer aujourd'hui les deux doigts d'une des mains, attendant pour opérer sur l'autre main que la première soit guérie, et que le malade puisse s'en servir.

La conservation parfaite du jeu des articulations nous fait espérer que nous ohtiendrons chez notre malade un résultat avantageux; cependant l'adhérence de la peau à la bride fibreuse apportera certainement un obstacle à une guérison prompte et l'empêchera peut-être d'être aussi complète qu'on pourrait le désirer.

Après cette leçon, M. Jobert procède à l'opération, suivant le procédé d'Astley Cooper modifié, et l'on remarque que la peau avait tellement perdu de son élasticité, qu'elle s'est un peu éraillée quand on a étendu les doigts, après la section des brides fibreuses.

G. . .

Histoire de l'épidémie de méningite cérébro-spinale qui a régné à Petit-Bourg (Seine-et-Oise) à la fin de l'année 1848 et au commencement de 1849.

PAR MM. LIONET, PETIT ET FERRUS.

(Suite et fin du nº précédent.)

Comme il a été dit, les premiers soupçons s'étaient portés sur les baies de morelle : les jeunes malades avouaient avoir mangé les fruits de cette plante; ils les décrivaient ou les reconnaissaient de manière à confirmer cette présomption. Mais plusieurs d'entre eux le niaient énergiquement; d'autres convenaient d'avoir commis la même imprudence, et n'éprouvaient aucune incommodité; enfin, la marche de la maladie ne permit plus de l'attrihuer à une pareille cause.

L'étude des symptômes fit connaître la nature de l'affection, et le diagnostic fut malheurensement bientôt confirmé par l'anatomie pathologique. Il fut alors possible de remarquer, sous le triple rapport de la symptomatologie, de la marche et des lésions cadavériques, une analogie complète avec la méningite céphalo-rachidienne signalée depuis plusieurs années dans les casernes, et dont l'Académie a été plusieurs fois entretenue. On fut donc naturellement porté à rechercher s'il existait quelques relations entre les conditions bygiéniques où se trouvaient les colons de Petit-Bourg et les causes signalées par les divers médecins qui ont observé cette maladie, soit sur des militaires, comme MM. Tourdes, Chauffard, Faure-Villar, Rollet (1), Michel Levy, etc.; soit dans les bôpitaux civils, comme M. Forget, à Strasbourg.

A cet égard, nous avons rencontré des dissemblances nombreuses; il nc sera peut-être pas inutile d'en établir le rapprochement.

1° L'âge des colons de Petit-Bourg varie entre sept et dix-buit ans; la moyenne est d'environ quatorze ans. Les sujets atteints de méningite avaient de douze ans et demi à dix-buit ans. L'âge moyen était de quinze ans.

Les malades de Corbeil et Saintry avaient sept (observation 9), treize (observation 8), et dix-neuf ans (observation 10). Moyenne, treize.

Sur les militaires, la maladie s'est montrée, surtout de dix-buit à trente-deux ans, et principalement de dix-huit à vingt-deux (Fleury, tbèse de Paris, août 1846); dans l'âge moyen, d'après MM. Forget et Faure-Villar.

2° La constitution robuste, le tempérament sanguin, sont considérés comme prédispositions par MM. Forget, Faure-Villar, Rollet. A Petit-Bourg, les enfants atteints présentaient tous le tempérament lympbatique; les six qui venaient de la Roquette avaient des signes de scrofules; ils n'étaient généra-

(1) *Mémoires de l'Académie de Médecine*. Paris, 1843, t. X, p. 291 et suiv.

---

tré qu'il y a avantage pour tout le monde à faire diriger les individus par leurs chefs directs et naturels ?... »

La cause de l'indépendance des officiers de santé militaires, qui se confond inséparahlement avec l'intérêt sacré du citoyen armé pour la défense du pays, sera gagnée aux yeux de quiconque lira sans préjugé ces pages éloquentes.

Çà et là M. Bégin refoule dans des notes au bas de la page, comme sous ses pieds, deux ou trois administrateurs qui, soit avant, soit après la promulgation du décrct du 3 mai, éprouvèrent le besoin de protester.

Dans le paragraphe sur *la composition insuffisante du corps, relativement à l'exécution de plusieurs des fonctions qui lui sont attribuées*, l'auteur traite deux questions importantes; celle de la fusion complète des trois branches professionnelles, médecine, chirurgie, pharmacie; celle des inspecteurs divisionnaires qu'il s'agirait de créer, et contre l'institution desquels il était naturel que les administrateurs précités dirigeassent leurs efforts, puisque ces inspecteurs auraient précisément pour objet de les remplacer, en substituant un contrôlc compétent à un contrôle profondément, radicalement incompétent.

Quant à la fusion, ce n'est qu'une question de mots. Supprimez les dénominations dc chirurgien, de pharmacien, et la fusion est opérée. Dans les écoles militaires tous les élèves, ceux qui se destinent à la pharmacie comme ceux qui se destinent à la médecine et à la chirurgie, suivent les mêmes cours; seulement, au gré des vocations individuelles, ils étudient avec plus d'application telle on telle branche. Cela étant, pourquoi hésiterait-on à donner le même nom à des hommes qui ont reçu la même éducation? En dehors de cette considération, croit-on que celui qui a étudié plus particulièrement la physique, la chimie, l'histoire naturelle et leurs applications à la matière médicale, ne mérite pas le même titre que celni qui s'est adonné plus spécialement à l'étude de la pathologie et de la thérapeutique? Quand on appelle pharmacien tel ou tel professeur que nous pourrions nommer, on le désigne par sa moindre qualité, ahstraction faite du titre de doctenr qu'il possède. La pharmacie est une application des plus hautes sciences, et dans celui qui la pratique on doit voir, estimer, honorer l'homme de ces sciences, non pas l'homme de l'application. Il en est de même pour la chirurgie. L'opérateur ne serait qu'un artisan, si dans l'opératenr il n'y avait un anatomiste, un physiologiste, un pathologistc. Dans la commission des hautes études médicales, nous proposâmes de fondre l'Ecole de pharmacie dans la Faculté de médecine. La conséquence prochaine ou éloignée, mais assurée, de cette fusion, devait paraître évidente. Malheureusement la proposition ne fut pas comprise : Un honorahle membre, à hout d'adjectifs, en tronva un dans le sujet, et la qualifia de *délétère*.

Relativement à la *proportion des grades*, M. Bégin cite un tablean emprunté à la hrochnre du colonel Cerfheer (1), et duqucl il résulte notamment : 1° que l'artillerie compte un officier supérieur sur cinq, et le géoie un sur trois, tandis que dans le service de saoté on n'cn compte que UN SUR VINGT-HUIT; 2° qoe, dans les armes du génie et de l'artillerie, les officiers généraux sont aux officiers de l'armée dans la proportion, pour la première, de un sur soixante-dix, et pour la seconde, de un sur cinquante-quatre, tandis que dans le service de santé les inspecteurs généraux sont, aux officiers du corps, dans le rapport de UN A DEUX CENT SOIXANTE-QUINZE (5 : 1372).

Laissons parler M. Bégin :

« Après cinq années au moins d'études pénibles autant que multipliées, après avoir satisfait à des épreuves sans nombre devant les trois facultés des lettres, des sciences et de médecine, devant les jurys de concours pendant leur scolarité militaire pour obtenir leur premier grade dans l'armée; après tous ces travaux, après les sacrificcs de temps et les dépenses considérables qui les accompagnent nécessairement, les jeunes officiers de santé parvieonent au grade d'aide-major, lorsque la plupart des antres élèves sortis des écoles sont depuis longtemps capitaines; le grade de médecin ordinaire, de chirurgien-major ou de pharmacien-major, ne leur arrive qu'à l'époque où les autres officiers touchent aux positions élevées du commandement; le grade de principal n'est accessihle qu'à quelques-uns, daos uoe proportion presque imperceptihle; et, pour tous, l'iospection se présente à une telle hauteur, que les plus téméraires osent à peine y songer. »

S'étonnera-t-on, après cela, que, chaque année, la médecine civile se recrute d'un grand nombre de médecins militaires, empressés, dès qu'une occasion se présente, de se soustraire aux ennuis, aux dégoûts d'une carrière qui leur offre si peu d'avantages et de considération, en échange de leur liberté et de leur dévouement? S'étounera-t-on que M. Bégin ait pu dire que le service de l'armée est compromis : accusation hien grave, la plus grave possible, sous la plume d'un homme qui connaît et mesure la portée de ses paroles ?

MARCHAL (de Calvi).

(1) M. Cerfheer, colonel d'état-major, ancien député, est l'anteur d'un écrit très remarqnahle sur le service de santé militaire, écrit qui lui assure l'éternelle reconnaissance des médecins de l'armée, et auquel M. Bégin a rendu un juste et complet bommage.

M. (de C.).

— M. Mansuy, chirurgien-major de 2e classe au 2e lanciers, est promu à la 1re classe au même régiment.

M. Gueit, chirurgien-major de 2e classe au 63e de ligne, est promu à la 1re classe au même régiment.

M. Pojade-Anjon, chirurgien-major de 2e classe au 27e de ligne, est promu à la 1re classe au même régiment.

M. Mestre, chirurgien-major de 2e classe au 3e de ligne, est promu à la 1re classe au même régiment.

lement pas d'une mauvaise santé, mais ils étaient loin d'être les plus robustes.

Existerait-il quelque rapport entre la cicatrisation des plaies scrofuleuses et le développement de la méningite? Cela aurait pu être supposé, mais il faut remarquer que les six enfants atteints n'ont eu autre chose que quelques engorgements ganglionnaires à la région cervicale sans ulcération, tandis que beaucoup d'autres, portant des ulcères considérablement étendus en surface, les avaient vus rapidement cicatrisés; et non seulement ils n'ont éprouvé de cette suppression aucun inconvénient, mais leur santé s'est notablement raffermie.

3° On a fait jouer un grand rôle à l'encombrement des casernes. Si cette cause n'a pas occasionné la méningite à la Roquette et aux Madelonnettes, comment expliquer son efficacité à Petit-Bourg? L'établissement peut contenir un nombre d'enfants beaucoup plus considérable que le chiffre actuel; l'exposition est fort bonne; les dortoirs, où un grand nombre de hamacs sont vacants, étaient largement ventilés par des ouvertures pratiquées dans ce but, et les portes restaient ouvertes pendant la nuit. Lorsque la saison est devenue plus rigoureuse, les courants d'air ont été en grande partie supprimés, et c'est alors que la méningite a disparu. Toutefois, on ne saurait accuser le froid, car les conditions avaient été les mêmes durant les années précédentes avec des hivers beaucoup plus durs, et cependant l'état sanitaire s'était maintenu parfaitement bon. Tous ces enfants sont d'ailleurs convenablement vêtus.

4° La nourriture est inférieure à celle des militaires; elle ne vaut pas même celle de la Roquette; cependant elle vaut certainement mieux que le régime de la plupart des paysans aux environs.

5° On a remarqué dans les régiments que les nouvelles recrues payaient à la méningite le tribu le plus considérable, et l'on a cherché à expliquer ce fait de diverses manières. On a invoqué les rudes travaux des manœuvres, corvées, etc.; la nostalgie et toutes les affections morales, tristes, du conscrit quittant sa famille. Rien de semblable ne saurait être accusé à Petit-Bourg. Les travaux des colons, quoique différents de ceux auxquels on occupe les jeunes détenus à Paris, ont été jusqu'à présent salutaires à leur santé. Ces enfants quittaient des prisons étroites pour une campagne agréable, où ils ont trouvé les avantages du soleil et le grand air, où ils jouissent de beaucoup de liberté, où la vue s'étend sur un vaste et riant paysage. Ils n'avaient donc pas lieu de regretter leur précédent séjour, le moral ne pouvait donc pas être péniblement affecté.

6° La cause déterminante invoquée avec le plus de faveur par les médecins militaires consiste dans les excès auxquels se livrent trop souvent les jeunes soldats.

Les sujets dont il est ici question se trouvaient à l'abri de ces causes; une seule, ayant trait à celles-ci, doit nous arrêter un instant. Les sept malades de Petit-Bourg étaient soupçonnés de se livrer à la masturbation; mais il est fort douteux que dans les prisons, où ils trouvent moins de distraction et pas plus de surveillance, ils se livrassent avec moins d'opiniâtreté à cette funeste habitude.

7° Les épidémies de méningite ont souvent coïncidé avec des déplacements de troupes, et ont paru accompagner certains corps dans leurs différentes garnisons.

Cette circonstance pourrait faire attribuer à la maladie un caractère contagieux; c'est là une question sur laquelle il nous faudra revenir; disons d'abord ce qui s'est passé à Petit-Bourg. 64 jeunes détenus de la Roquette et 33 des Madelonnettes ont été placés à Petit-Bourg, partie en juillet 1848, partie au mois d'août de la même année; ces enfants, avec 45 pensionnaires, composent la colonie. Or, sur les sept observations rapportées ici, six des sujets appartiennent à la première catégorie, un seul à la troisième; aucun ne provenait des Madelonnettes. (Le jeune homme atteint chez le colonel L... était un des plus anciens colons.)

La méningite ne s'était pas montrée dans les prisons. Il faut donc avouer qu'il y a là une singularité remarquable. Rien surtout ne saurait expliquer l'immunité absolue des enfants des Madelonnettes.

Si l'on se rappelle l'invasion subite de la maladie, qui saisit en même temps un nombre remarquable d'individus, et disparaît ensuite d'une manière tout aussi brusque, après avoir frappé quelques personnes éparses dans les localités voisines; si l'on réfléchit qu'il est impossible de rapporter ces vicissitudes à aucune cause saisissable, pourra-t-on refuser à la méningite céphalo-rachidienne la dénomination de maladie épidémique? Nous ne le croyons pas, et nous trouvons à notre manière de voir une confirmation puissante dans la marche de chaque cas en particulier.

En effet, n'avons-nous pas vu la maladie, marchant avec une rapidité extrême, tuer ses victimes en quelques jours et même en quelques heures; et dans les cas où la mort n'a pas eu lieu, laisser les malades traîner dans un marasme presque complet une longue convalescence, témoignage irrécusable du profond ébranlement imprimé par le génie épidémique à l'économie entière, et surtout au système nerveux?

La nature épidémique de la méningite encéphalo-rachidienne nous paraît donc démontrée; mais il n'en est pas de même de la propagation par voie de contagion, que semble admettre M. Boudin (1). En effet, aucune des personnes qui ont donné des soins aux malades n'a contracté la maladie; les premiers malades atteints se sont trouvés, par le fait même de leur maladie, isolés de leurs camarades bien portants. Néanmoins, la méningite a épargné tous les enfants qui étaient à l'infirmerie, soit comme malades, soit pour le service. Rien ne prouve qu'elle ait été importée à Petit-Bourg, et il est certain qu'aucun des enfants atteints dans les environs n'avait eu de rapports avec la colonie.

Le fait du colon mort à Paris chez le colonel L... vient à l'appui de notre opinion. Ce jeune homme, après avoir contracté la maladie, est parti dans la période d'incubation pour aller mourir loin du foyer d'infection; mais il ne communique son principe morbide à personne. Ne pourrait-on pas expliquer ainsi le transport de la maladie en Afrique? M. Ferrus, dans l'article ENDÉMIE du *Dictionnaire de médecine*, cite des faits concluants en faveur de cette manière de voir.

Bien des lacunes restent donc à remplir pour que l'histoire de la méningite céphalo-rachidienne soit complète; mais si les conditions étiologiques nous échappent, serons-nous plus heureux dans le classement de la maladie? A quel groupe nosologique devons-nous la rapporter?

La présence du pus dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien devait tout d'abord faire croire à une inflammation: ce fut aussi l'opinion généralement admise. Néanmoins la rapidité de la formation du pus, l'état du pouls peu fréquent, et ordinairement faible, la stupeur profonde des malades, l'état de la peau, enfin tout ce cortège de symptômes que l'on appelle typhoïques, et surtout quelques autopsies dont les résultats furent négatifs, ont porté des médecins recommandables à refuser le caractère inflammatoire à cette maladie. M. Boudin, plus explicite encore, considère la prétendue méningite céphalo-rachidienne comme la *forme cérébro-spinale de la maladie qui, dans les dernières années de l'Empire*, a sévi dans *une grande partie de l'Europe*.

Larrey a signalé la présence de fausses membranes sur l'arachnoïde cérébrale (article TYPHUS du *Dictionnaire* en 30 volumes, par M. Dalmas). On ne conçoit guère comment la présence d'un pus bien lié, tel qu'il existait sur les malades de Petit-Bourg, aurait échappé à cet observateur.

Biett, dans sa thèse inaugurale (*Quelques observations sur la frénésie aiguë idiopathique*, thèses de Paris, 18 juillet 1814), dit qu'il a fréquemment trouvé un liquide séro-purulent dans l'arachnoïde sur les cadavres d'individus morts de typhus après avoir présenté un délire violent. Mais il s'en faut de beaucoup, à notre avis, que l'on puisse tirer de cette thèse la conclusion qu'en déduit M. Boudin. En effet, Biett décrit des observations de méningite, pour lui bien caractérisée, au milieu d'une épidémie de typhus, et il n'a garde de confondre les deux maladies. Voici du reste le passage tout entier:

« La première période du typhus est marquée, chez quelques malades, par les mêmes symptômes que ceux de la frénésie: délire furieux; face rouge, vultueuse; injection de la conjonctive; yeux hagards; accroissement prodigieux de la force musculaire, etc. La méprise serait facile dans ce cas si l'éruption, caractère véritablement spécifique du typhus, ne venait dissiper l'incertitude. Toutefois, je dois remarquer en passant que l'inflammation de l'arachnoïde est une des lésions les plus communes ou du moins une de celles que j'ai rencontrées le plus fréquemment sur les individus morts du typhus, et *chez lesquels le délire avait eu une grande intensité*.

» La suppuration de l'arachnoïde, dit-il autre part, tient le milieu entre le véritable pus et les fausses membranes. »

La seule conséquence logique, à notre avis, serait que le typhus se compliquait assez fréquemment de méningite, et non pas, comme le dit M. Boudin, que le typhus était une méningite céphalo-rachidienne.

Notons en passant une différence importante: c'est dans la cavité arachnoïdienne que Biett a trouvé l'épanchement séro-purulent. Le pus a toujours été dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien dans les autopsies de Petit-Boug.

Nous avons à regretter que l'état du sang n'ait pas été soigneusement indiqué par tous les auteurs; l'état de la fibrine dans ce liquide serait certainement un caractère de grand poids.

MM. Faure-Villar et Tourdes ont seuls, à notre connaissance, fait cette analyse. Le premier de ces auteurs a trouvé le sang pauvre en fibrine et abondant en sérum dans la forme typhoïque de la méningite cérébro-spinale. Le second a constamment trouvé une augmentation considérable de fibrine, et, chose bien singulière, il a constaté en même temps dans quelques cas une augmentation des globules. Pour ce qui nous est propre, une seule saignée générale a été pratiquée (c'était sur le malade de Saintry, obs. 8): elle fut peu copieuse; le sang coula d'abord par jets, puis en bavant; son aspect, sa fluidité ne présentaient rien de remarquable; une demi-heure après il présentait une couenne jaunâtre.

Nous croyons donc pouvoir conclure légitimement que:

1° La maladie observée sur les colons de Petit-Bourg et quelques autres enfants des environs est une méningite cérébro-spinale véritablement *épidémique*.

2° Rien n'a pu faire croire qu'elle eût un caractère contagieux.

3° Il est impossible de préciser quelle circonstance en a déterminé le développement.

4° Sous les rapports des symptômes et de l'anatomie pathologique, la méningite de Petit-Bourg a présenté une analogie complète avec la méningite qui règne dans l'armée, et doit être considérée comme la même maladie.

5° Les données sur lesquelles on s'appuie nous paraissent insuffisantes pour faire refuser tout caractère inflammatoire à cette maladie, qui ne nous paraît pas davantage pouvoir être confondue avec le typhus.

6° Les faits que nous avons été à même d'observer nous semblent, en outre, contredire formellement ces deux dernières opinions.

(1) *Bulletin de l'Académie nationale de Médecine*, t. XIV, p. 600.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 septembre 1849. — Présidence de M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Suette et choléra.

M. LAGNEAU a la parole à l'occasion du procès-verbal:

M. Bally, dans la dernière séance, a annoncé que les personnes qui ont eu la suette étaient, par cela même, toujours préservées du choléra. Je viens d'une localité où les faits ne se sont nullement passés conformément à l'assertion émise par notre honorable collègue. Un grand nombre d'individus qui ont eu la suette ont eu aussi le choléra, et *vice versâ*.

— M. OUDET. Je voudrais qu'il fût dit plus explicitement, dans le procès-verbal, que M. Bérard a été classé *par l'Académie* dans la section de physiologie.

M. LE PRÉSIDENT. Ce que demande M. Oudet se trouve exprimé dans le rapport de M. Dubois, et comme ce rapport doit être inséré au *Bulletin*, il sera ainsi fait droit à la réclamation de M. Oudet.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL annonce à l'Académie qu'à l'occasion des rapports arriérés M. le docteur Guillon réclame celui qui avait été confié à l'un de ses membres, il y a près de onze ans, sur la méthode de traitement qu'il a introduite dans la pratique chirurgicale pour la guérison des rétrécissements fibreux de l'urètre alors considérés comme incurables.

M. LAGNEAU dit qu'en effet dès le commencement de 1839 une commission, dont il faisait partie avec MM. Roux, Velpeau, Sanson et Cullerier, avait été chargée de l'examen des communications de M. Guillon. Que Cullerier, qui avait été nommé rapporteur, étant mort avant d'avoir terminé son travail, la commission l'avait nommé à sa place. Bien que ce rapport exigeât beaucoup de temps, parce qu'il fallait voir les malades avant, pendant et longtemps après les opérations pratiquées par M. Guillon, afin de bien apprécier la valeur de sa méthode de traitement, ce rapport, dit-il, est achevé depuis plus d'un an. S'il n'a pas encore été lu, c'est parce qu'une commission ayant été nommée pour juger les travaux présentés pour le concours du prix d'Argenteuil sur le meilleur mode de traitement des rétrécissements de l'urètre, on paraissait avoir cru que tout ce qui était relatif à cette importante question lui serait renvoyé de droit.

La réclamation de M. Guillon, ajoute M. Lagneau, me paraît d'ailleurs fondée. La nomination de la commission étant antérieure à la fondation du prix d'Argenteuil, si l'Académie le désire je lirai le rapport, qui, je le répète, est prêt depuis plus d'un an.

M. LE PRÉSIDENT. Le rapport de M. Lagneau sera mis à l'ordre du jour pour la prochaine séance.

— La correspondance officielle comprend les lettres suivantes:

1° Le ministre de l'agriculture et du commerce envoie le dessin d'un appareil inventé par un ouvrier mécanicien, cet appareil a surtout pour but de favoriser l'administration des médicaments en vapeur.

2° Le même ministre envoie un échantillon d'élixir digestif.

3° Le même ministre envoie un pessaire de l'invention de Mme Coquillard.

— La correspondance imprimée comprend les communications suivantes:

Candidatures.

MM. Boudin, Grisolle, Martinet et Monneret écrivent pour se porter candidats à la place vacante dans la section de pathologie interne.

Choléra.

M. Godelier, correspondant de l'Académie, à La Rochelle, transmet des détails sur les huit premiers cas de choléra qui se sont développés dans cette ville. Il résulte de ces détails que le premier cas de choléra s'est déclaré sans qu'aucune autre personne atteinte de la même maladie fût arrivée dans la ville; les cas suivants se sont développés, un chez le mari de la première femme atteinte, les autres sur des individus qui n'avaient eu avec les premiers cholériques aucun rapport médiat ou immédiat.

M. Lemazurier, correspondant, à Versailles, transmet également des détails sur l'épidémie de cette ville et de ses environs; il résulte de ces détails, suivant M. Lemazurier, que l'influence de la contagion a été nulle, mais que l'infection a joué un rôle dans la propagation de l'épidémie.

M. Billardet, médecin en chef de l'hôpital de Beaune, donne des renseignements sur le mode d'invasion du choléra dans cette ville et dans l'arrondissement de Meursault. L'invasion a été soudaine, et les premiers individus atteints n'avaient eu aucun rapport direct ni indirect avec des individus venant d'un foyer épidémique. Mais dans l'hôpital la maladie a été apportée par un malade venu du dehors.

M. Bonfils père, de Nanci, croit devoir donner quelques détails sur le mode de propagation et le traitement de l'épidémie cholérique de 1832.

M. Zaudyck, de Dunkerque, envoie des explications sur l'épidémie qui a régné dans cette ville; son travail, plein de détails minutieux, se résume dans les conclusions suivantes:

1° Depuis le commencement de l'épidémie à Dunkerque (octobre 1848), le choléra n'a choisi ses victimes que parmi les malheureux.

2° Il a sévi indistinctement dans les quartiers les plus sains, les plus aérés, comme dans les parties de la ville les plus insalubres.

3° Le choléra n'est pas nécessairement contagieux, mais sa transmission est incontestable dans certaines circonstances.

4° Cette transmission ne s'opère jamais par le contact *unique* d'un homme cholérique avec un homme bien portant.

5° Elle a lieu, au contraire, presque toujours:

1. Lorsqu'il existe une atmosphère cholérique, c'est-à-dire lorsqu'il y a épidémie;

2. Par les relations répétées qu'ont avec les malades les personnes dominées par la *peur*, dont l'organisme est affaibli par l'ivrognerie, l'intempérance, la débauche, la misère, par les maladies chroniques et par les mille causes d'insalubrité qui peuvent les entourer.

Amputation tibio-tarsienne.

M. le docteur Jules Roux adresse à M. le président la réclamation suivante :

Monsieur le Président,

J'ai lu dans plusieurs journaux scientifiques que, dans la séance du 21 août dernier de l'Académie nationale de Médecine, M. le docteur Morel, de Montdidier (Somme), a présenté une femme qui avait subi, avec plein succès, l'amputation tibio-tarsienne par un procédé que M. Morel aurait imaginé *à priori*, et inséré dans sa thèse inaugurale soutenue devant la Faculté de Paris en 1847.

« Un procédé tout à fait conforme, dit M. Morel (*Gazette des Hôpitaux*, n° 98, page 393), et qui semble être le résumé parfait de ma thèse, a été décrit par M. Jules Roux, de Toulon, dans le n° 85 de la *Gazette des Hôpitaux* de l'année 1848. » Plus bas, M. Morel ajoute : « Ce que je tiens à constater, c'est que le procédé opératoire dont il est question n'a été décrit avec exactitude par M. Jules Roux que six ou huit mois environ après l'impression de ma thèse, écrite et publiée en 1847. » Il dit enfin : « M. Robert n'ayant pas eu connaissance de ma thèse, dont il n'a pas été rendu compte dans les journaux, croyait avoir mis en usage le procédé de M. Jules Roux. »

Veuillez me permettre, monsieur le président, de relever devant l'Académie l'inexactitude de ces trois assertions.

1° Le procédé d'amputation tibio-tarsienne que j'ai décrit ne peut pas *sembler être le résumé parfait de la thèse* de M. Morel, puisque sa publication est antérieure de plus d'une année à celle de la thèse de ce médecin, comme ce qui suit va le démontrer.

2° M. Morel a soutenu sa thèse le 23 décembre 1847, et j'ai publié avec une exactitude scrupuleuse mon procédé d'amputation tibio-tarsienne en novembre 1846 (*voir Annales de Thérapeutique*, n° 8, page 306, année 1846), par conséquent treize mois environ avant la dissertation inaugurale de M. Morel.

3° M. Robert, qui a pratiqué l'amputation tibio-tarsienne en ma présence et par mon procédé, ne s'est donc pas trompé en croyant avoir mis en usage le procédé de M. Jules Roux.

Mais M. Morel se trompe certainement encore quand il avance qu'il n'a pas été rendu compte de sa thèse dans les journaux, puisqu'il en est fait mention dans les *Archives générales de Médecine* (mai 1848, page 121).

Je comprends que M. Morel n'aie pu avoir connaissance de mon procédé opératoire au mois de septembre 1846, lorsque j'en entretenais à Marseille la section de médecine de la quatorzième session du Congrès scientifique, en faisant suivre ma communication d'une démonstration pratique à laquelle assistèrent un grand nombre de médecins français et étrangers, et, entre autres, M. Goyrand (d'Aix) ; démonstration que j'ai répétée, du reste, au mois de septembre 1847 à l'hôpital de Montpellier, devant M. Serres et ses élèves, et à l'Hôtel-Dieu de Lyon, devant M. Pétrequin.

Je pourrais à la rigueur admettre qu'en composant sa thèse M. Morel n'aie pas eu connaissance de mon procédé opératoire publié pourtant, avec un succès à l'appui, en novembre 1846 dans les *Annales de thérapeutique*, reproduit dans les *Archives médicales du Midi* (année 1846, p. 33), dans le *Journal de chirurgie* de M. Malgaigne (nov. 1846, p. 342), dans la *Gazette des Hôpitaux* (année 1846, p. 522), dans la *Gazette médicale* (mars 1847, p. 240), et qu'il l'ait lu pour la première fois dans la *Gazette des Hôpitaux* (1848), qu'il cite lui-même.

Mais ce que je ne saurais concevoir, c'est que M. Morel, qui m'avait fait connaître ses prétentions dans une lettre particulière en date du 16 janvier 1849, les reproduise au mois d'août devant l'Académie, nonobstant ma réponse en date du 2 février, qui devait l'édifier sur les indications que je viens de rappeler.

J'aime à penser que M. Morel n'a pas reçu ma lettre explicative, et que, lorsqu'il aura lu ma légitime réclamation, il s'empressera de reconnaître que, si nos procédés opératoires se ressemblent, je suis en droit par mon incontestable priorité de lui assigner devant l'Académie la place qu'il avait voulu me donner.

Veuillez agréer, etc.

Jules Roux,
Membre correspondant de l'Académie.

Bruits du cœur.

M. le docteur Wanner envoie une note dans laquelle il nie, que le claquement des valvules sigmoïdes et auriculo-ventriculaires, admis par beaucoup de physiologistes, puisse avoir lieu, et par conséquent produire les bruits physiologiques du cœur.

Rapports officiels.

Après la correspondance, M. le secrétaire perpétuel lit une note sur deux appareils envoyés à l'Académie par les ministres de l'instruction publique et du commerce ; M. Poiseuille, chargé d'examiner ces appareils et en ce moment absent de Paris, déclare qu'ils n'offrent pas matière à rapport, quoique le dernier de ces appareils (nouveau modèle de chaise percée) semble avoir plusieurs avantages sur ceux dont on fait généralement usage.

Eaux minérales.

M. Guibourt lit une note qui devra être adressée au ministre de l'agriculture et du commerce sous forme de lettre, et qui a pour but d'indiquer à MM. les inspecteurs ou propriétaires d'eaux minérales la manière dont il conviendra de procéder pour obtenir les dépôts de 50 litres d'eau que l'Académie demande pour continuer les recherches déjà commencées sur la présence de l'arsenic dans les eaux minérales. Voici le procédé que conseille M. Guibourt pour effectuer l'évaporation :

« On prendra une bassine en cuivre rouge non étamé de forme à peu près hémisphérique, telle qu'on les trouve ordinairement dans les pharmacies, et d'une contenance de 4 à 5 litres. Cette bassine étant bien propre, neuve s'il est possible, on y fera évaporer l'eau sans ébullition ou à l'aide d'une ébullition très légère en y remettant à mesure du liquide jusqu'à ce qu'on en ait employé 50 litres. Vers la fin de l'ébullition, il faudra modérer le feu et détacher à l'aide d'une spatule en buis ou en os et avec le liquide restant les parties du dépôt fixées à la paroi supérieure de la bassine, de manière à réunir tout le dépôt vers le fond du vase et à pouvoir le recueillir à l'état pulvérulent et sans perte sensible. On renfermera le produit dans un petit vase de verre hermétiquement fermé. »

M. le rapporteur fait ensuite l'énumération de 151 eaux dont l'Académie désire avoir les dépôts.

M. Chevallier. Je ne crois pas que les bassines de cuivre soient heureusement choisies pour faire évaporer les eaux minérales : outre que plusieurs eaux renferment des traces de cuivre et qu'il serait impossible de savoir si c'est à l'eau ou au vase ayant servi à l'évaporation qu'il faudrait attribuer le cuivre qu'on pourrait trouver à l'analyse des dépôts, il y aurait cet inconvénient plus grave encore que plusieurs cuivres contiennent de l'arsenic et qu'ils pourraient parfaitement en céder une partie pendant l'évaporation. Je crois donc qu'on pourrait substituer avec avantage aux bassines de cuivre des vases de grès allant sur le feu.

M. Guibourt. Les meilleurs vases seraient assurément ceux de porcelaine ; mais, comme ils ne se trouvent pas partout, je pense qu'on peut leur substituer les vases de cuivre rouge, cette espèce de métal étant une des plus pures que l'on connaisse.

M. Gaultier de Claubry. Je partage tout à fait l'avis de M. Chevallier. Il est si peu vrai que les cuivres même rouges soient habituellement à l'état de pureté que dans une fourniture immense de cuivre faite au ministère de la guerre française par une compagnie anglaise, fourniture qui avait pour condition expresse que le métal fourni ne contiendrait pas d'arsenic, on fut obligé de renvoyer tous les échantillons reçus, parce qu'ils contenaient des traces sensibles de ce métal toxique. On s'est assuré depuis que tous les cuivres d'Allemagne et d'Angleterre contenaient de l'arsenic. Les cuivres Demidoff seuls en sont exempts ; mais, comme on ne peut pas toujours connaître *à priori* leur origine, il est évident qu'il vaut mieux ne pas s'en servir.

On construit dans ce moment en grande quantité des vases de fer tapissés à l'intérieur d'une couche de silicate de plomb ; ces vases se vendront à très bon marché, et ils me paraissent très propres à l'usage indiqué par M. Guibourt.

M. Bussy. Je crois qu'on s'effraie trop du prix des vases de porcelaine, qui sont incontestablement les meilleurs. Ces vases sont parfaitement à la portée des médecins inspecteurs et des propriétaires des eaux. M. le rapporteur pourrait donc en conseiller l'emploi, sauf à laisser aux inspecteurs ou propriétaires la faculté de se servir d'autres vases quand ils ne pourraient s'en procurer en porcelaine.

La rédaction du projet de lettre présenté par M. Guibourt est adoptée avec la modification proposée par M. Bussy.

— M. Ambroise Tardieu lit la première partie d'un mémoire intitulé : *Des modifications physiques et chimiques que détermine, dans certaines parties du corps, l'exercice des différentes professions, pour servir à la recherche médico-légale de l'identité.*

L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de rechercher et d'indiquer les caractères anatomiques, physiques et chimiques faciles à constater sur le vivant et sur le cadavre, qui sont la conséquence des travaux auxquels se livrent les individus des diverses professions, et qui peuvent ainsi permettre de reconnaître l'identité d'une personne morte ou vivante. Cette première partie comprend l'étude de quarante trois professions. Ce travail n'ayant pas passé sous nos yeux, nous devons borner notre analyse à cette indication générale.

Rôle du sel dans l'alimentation de l'homme.

M. Robinet lit un rapport sur un Mémoire de M. le docteur Plouviez, de Lille, relatif au rôle que joue dans l'alimentation de l'homme le chlorure de sodium.

Les conclusions de ce rapport sont :

1° L'insertion de la partie expérimentale du Mémoire dans le Bulletin de l'Académie ;

2° Des remercîments et des encouragements à l'auteur.

Ces conclusions sont adoptées après quelques réflexions présentées par MM. Barthélemy, Gibert, Moreau, Fréd. Dubois et M. le rapporteur.

Comme nous avons donné dans notre avant-dernier numéro les conclusions du travail de M. Plouviez lui-même, nous croyons inutile d'y revenir ici.

Le choléra dans les départements.

Cher. — Nous ne recevons des nouvelles alarmantes que de la petite ville de Nérondes, où l'épidémie continue à faire des ravages considérables. La plus grande partie des habitants, et aussi, dit-on, les autorités, ont abandonné cette ville. Il paraît que les employés du chemin de fer sont obligés d'aider à enterrer les victimes du fléau.

NOUVELLES.

A la suite d'un concours ouvert il y a deux mois à la Faculté de médecine de Paris pour une place de prosecteur, M. Follin vient d'être nommé. Les concurrents étaient au nombre de deux, M. Follin et M. Beyraud, tous deux aides d'anatomie de la Faculté.

Par suite de la fermeture des amphithéâtres d'anatomie pendant l'épidémie de choléra, les candidats avaient été dispensés de l'épreuve des pièces d'anatomie à conserver. La question qui leur avait été posée était ainsi conçue :

Les artères du rachis.

Les autres épreuves ont été les suivantes :

Epreuve écrite : Les capillaires, anatomie et physiologie ; phénomènes locaux de l'inflammation.

Epreuve orale de dix minutes sur l'anatomie et la physiologie : La muqueuse de l'estomac.

Epreuve orale de chirurgie : Le cancer de l'œil.

Epreuve de médecine opératoire sur le cadavre : La ligature des artères carotides primitive et tibiale postérieure. — Désarticulation du premier métatarsien.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 8 SEPTEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 105.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 7 SEPTEMBRE 1849.

Bulletin du choléra.

L'épidémie continue à sévir avec une invariabilité vraiment désespérante. Depuis une semaine, le nombre des entrées dans les hôpitaux reste dans les limites de 40 à 45; seulement la proportion des décès a notablement diminué pendant les deux derniers jours. De 30 à 32, elle est descendue à 15 avant-hier, et à 23 hier.

Nous ajoutons aujourd'hui au chiffre de la mortalité à domicile celle du mois d'août. Cette mortalité, qui est de 810, réalise la triste prévision que nous avons plusieurs fois exprimée, à savoir que, tout en agissant moins violemment que celle de 1832, l'épidémie de 1849 est aussi meurtrière. Déjà la mortalité, à Paris, a atteint le chiffre de 1832. Tout ce qu'on peut espérer maintenant, c'est donc qu'elle ne la dépasse pas trop.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

Hôpitaux civils :		
Journée du 5 septembre. . .	41 entrées,	15 décès.
— 6	42	23
Hôpitaux militaires pendant les deux jours.	4	2
Total.	87	40

Total des décès dans les bôpitaux.	7672
Tntal des décès à domicile jusqu'au 31 août inclusivement.	10310
Total général des décès depuis le cnmmencement de l'épidémie.	17982

Revue clinique hebdomadaire.

Sulfate de quinine dans le rhumatisme. Mode d'invasion curieux de cette maladie. — De toutes les tentatives un peu bruyantes faites, il y a quelque sept ou huit ans, sur l'emploi du sulfate de quinine à haute dose dans le traitement de la fièvre typhoïde, du rhumatisme articulaire et de quelques autres maladies, il ne reste aujourd'hui rien ou peu de chose à la thérapeutique. L'application de cette méthode au rhumatisme articulaire est la seule qui ait survécu à l'engouement d'un jour, et un certain nombre de médecins non enthousiastes la mettent encore en usage, les uns parce qu'ils ne se croient pas encore suffisamment édifiés sur la valeur de cette méthode, les autres parce qu'ils croient en retirer quelquefois des avantages réels. Il s'en faut cependant que le résultat réponde souvent à la confiance qu'avait inspirée cette méthode dès son apparition. Parmi les faits nombreux qui le prouvent, nous en rapporterons un aujourd'hui d'autant plus volontiers, que ce fait nous offrira un assez grand intérêt sous un autre rapport.

La malade à propos de laquelle nous faisons ces remarques est une jeune fille de seize ans, médiocrement développée pour son âge, couchée au no 6 de la salle Saint-Landry, service de M. Louis, à l'Hôtel-Dieu.

Cette jeune fille, qui exerce la profession de blanchisseuse de fin, réglée régulièrement, mais très peu abondamment depuis un an et demi, éprouvait à peu près depuis cette époque des maux d'estomac et quelquefois des maux de tête; elle était aussi sujette aux palpitations, surtout quand elle courait ou montait un escalier. Dans le courant du mois de juin une éruption se montra sur la région épigastrique, où elle souffrait habituellement, et un peu plus tard sur la face. Cette éruption, à peine douloureuse, se dissipa au bout de quelque temps sans laisser de traces.

Vers le commencement d'août, la malade éprouva des douleurs dans les genoux, et surtout sous la plante des pieds, tellement que le matin en se levant elle pouvait à peine poser les pieds par terre. Dans le courant de la journée ces douleurs se dissipaient peu à peu, et le soir la malade se trouvait assez bien. Mais au bout de quelques jours les douleurs devinrent permanentes et exigèrent le repos au lit. Elle appliqua pendant quelques jours des cataplasmes sur les genoux; puis réclama son admission à l'hôpital.

A l'entrée de la malade, les deux genoux étaient médiocrement tuméfiés, assez douloureux pour rendre très pénible tout mouvement de ces articulations, ainsi que la pression qu'on pouvait y exercer. Il y avait un mouvement fébrile médiocrement intense; le cœur était à l'état normal.

On prescrivit d'abord 60 centigr. de sulfate de quinine en quatre pilules, dose que l'on porta bientôt jusqu'à 1 gr. 20 c. La malade prit ce médicament pendant dix jours. Elle n'éprouva aucun phénomène morbide sérieux à la suite de cette médication; mais le rhumatisme, de son côté, n'éprouva aucune amélioration. Les douleurs se manifestèrent même dans le mollet du côté droit, ainsi que dans l'épaule du même côté.

On cessa alors l'emploi du sulfate de quinine, auquel on substitua la poudre de Dower à la dose de 1 à 2 décigr.; on enveloppa les deux genoux avec une large bande de diachylum. Les douleurs persistèrent encore pendant quelques jours sans modification; puis elles diminuèrent au mollet et à l'épaule d'abord, ensuite dans les deux genoux, où le gonflement se dissipa aussi en partie.

Aujourd'hui, les douleurs de l'épaule et du mollet sont entièrement dissipées; celles du genou sont considérablement diminuées, ainsi que le gonflement; les douleurs de la plante des pieds, qui existaient encore, il y a quelques jours, assez vives pour empêcher la malade de se tenir debout, ont à peu près complétement disparu; la malade a pu marcher un peu hier sans souffrir notablement.

Le cœur est toujours à l'état normal.

L'inutilité du sulfate de quinine ressort suffisamment des quelques détails que nous venons de donner pour qu'il soit inutile d'y insister beaucoup. Le rhumatisme, chez cette jeune fille, date aujourd'hui d'environ un mois, et il n'est pas encore complétement disparu; c'est assurément là une durée fort naturelle de la maladie; encore y a-t-il bien des exemples dans lesquels elle a duré moins longtemps, en l'absence même de toute complication. Il y a bien loin de ce résultat à ces guérisons merveilleuses obtenues, sans exception, en deux, trois ou au plus quatre jours. Si ces guérisons ne reposent pas sur de fâcheuses illusions, il faut reconnaître au moins qu'elles ne constituent que des exceptions qu'il ne faut pas espérer de voir se transformer en règle générale.

Mais ce n'est pas seulement sous le rapport thérapeutique que l'observation précédente mérite de fixer notre attention, c'est aussi au point de vue de la pathologie.

Il n'y a pas très longtemps que M. Beau appelait l'attention des médecins sur une affection douloureuse, une sorte de névralgie de la peau, qu'il attribuait au vice rhumatismal. Cette opinion, que l'habile médecin avait d'ailleurs su entourer d'un certain nombre de preuves assez solides, acquiert peut-être plus de certitude en présence du fait précédent. Chez notre jeune malade, en effet, il n'est guère possible de méconnaître le rapport intime qu'il y a eu entre l'affection articulaire et celle de la peau, toutes deux développées et dissipées en même temps sous les mêmes influences.

Choléra et colique de plomb. — Plusieurs fois déjà nous avons appelé dans notre *Revue clinique* l'attention du lecteur sur des complications ou des anomalies curieuses de l'affection cholérique; celle que nous allons signaler est digne sous tous les rapports de figurer dans cette collection de faits intéressants.

Un homme d'une quarantaine d'années entra dans la première quinzaine d'août dans le service de M. le professeur Cruveilhier. Cet homme travaillait depuis un an environ dans une fabrique de minium, et éprouvait pour la première fois depuis environ trois semaines les phénomènes initiaux de la colique de plomb. Les douleurs étaient peu intenses; mais elles s'accompagnèrent d'une constipation tellement opiniâtre que le malade se décida à entrer à l'hôpital, quoique ses douleurs fussent encore assez modérées et que les fonctions générales fussent à peine troublées. Quand le malade entra à l'hôpital, il y avait environ quinze jours qu'il n'était allé à la garde-robe.

On se disposait à lui administrer les purgatifs lorsqu'il fut pris, dans la nuit, de tous les symptômes d'un choléra modéré, quoique bien caractérisé (vomissements, diarrhée cholérique, refroidissement, suppression des urines).

Cette maladie suivit son cours habituel, et vers le douzième jour, le malade entrait en convalescence.

Une fois la convalescence bien établie, les selles ont repris leur fréquence et leurs caractères normaux; les coliques ont disparu dès l'invasion de la maladie épidémique, et ne se sont pas reproduites depuis.

S'il y avait encore des personnes qui crussent à l'existence constante de la diarrhée comme symptôme précurseur du choléra, le fait qui précède devrait assurément suffire pour les ramener au vrai.

Tumeur fongueuse veineuse. De la cautérisation actuelle dans le traitement de cette maladie. — M. Roux

---

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Etudes sur le service de santé militaire en France, son passé, son présent, son avenir; par L.-J. BÉGIN, chirurgien-inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, etc. — Chez J.-B. Baillière.)

(Quatrième et dernier article. — *Voir* les nos 98, 101 et 104.)

L'assimilation est, pour les médecins militaires, une question vitale, dans toute l'acception du mot. On en veut faire une question d'amour-propre, oubliant ou feignant d'oublier que d'abord l'amour-propre a ses légitimes exigences, et qu'ensuite dans un certain ordre d'idées et de sentiments, l'amour-propre, bonoré d'un plus noble nom, s'appelle DIGNITÉ. La question de l'assimilation, c'est, suivant les expressions du poëte anglais, la question d'être ou de n'être pas; car, être sans dignité, c'est ne pas être.

Il y a autant de force et de justesse que de verve, dans la discussion, par M. Bégin, dcs objections présentées contre l'assimilation. On a prétendu cauteleusement que les officiers de santé *perdraient* à être assimilés aux officiers de l'armée. Ces tendresses ne réussissent pas avec M. Bégin, qui répond : « Ou ne peut qu'être touché de tant de sollicitude; mais lorsqu'une grande réunion d'bommes éclairés, qui ont le sentiment de leur situation et de leurs hesoins, poursuit pendant cinquante ans, à travers tant de mutations survenues dans son sein, et tant de révolutions politiques opérées autour d'elle, les mêmes sollicitations, il faut que ccs sollicitations aient, pour se renouveler avec tant d'insistance, une raison puissante, digne de toute l'attention du législateur, et qu'il est difficile de contester. » Plus loin, après avoir rappelé la définition de l'assimilation, qui n'est, suivant M. l'intendant Vaucbelle, « que le moyen de mesurer le degré de considération dû, *selon les formes militaires*, à des officiers qui vivent, pendant la paix comme pendant la guerre, avec l'armée », M. Bégin demande comment l'assimilation serait nécessaire et rationnelle pour les intendants, tandis qu'elle ne le serait pas pour les officiers de santé militaires. Si les droits à l'assimilation étaient en raison des dangers courus, des privations éprouvées, l'avantage, à beaucoup près, serait acquis aux officiers de santé. On ne cite guère d'intendants morts sur le champ de bataille ou dans les foyers épidémiques, et quant aux privations, ils sont généralement les derniers à les connaître. A Dieu ne plaise, d'ailleurs, que nous rabaissions les services rendus par le corps de l'intendance; ces services sont de première et vitale importance, comme il est vrai que ce corps renferme bon nombre d'esprits distingués ou même éminents et pénétrés de l'amour du bicn public.

M. Bégin fait observer que des trois corps non combattants compris daus la loi de 1834, intendance, corps de santé de la marine, corps de santé de l'armée de terre, les deux premiers ont été assimilés par une conséquencc naturelle et forcée de cette loi, tandis que l'assimilation a été opiniâtrement refusée au dernier, et il ajoute : « Comment! trois corps placés dans des positions antérieures parfaitement identiques sont compris, au même titre et avec les mêmes expressions, dans l'article 26 de la loi de 1834; deux de ces corps rcçoivent, dès l'année suivante, par application de cette loi, unc assimilation régulière, inévitable, et vous prétendez que pour le troisième cettc même assimilation serait illégale! Et vous le prétendez alors que, dans les développements donnés à la proposition dont il était d'abord *seul* l'objet, il est le *seul* aussi sur lequel l'auteur de cette proposition ait appelé l'attention de la Chambre, attentive et applaudissante, pour spécifier que la loi devait avoir, relativement à lui, *toutes les conséquences* qu'elle entraînait pour les autres officiers de l'armée! » Enfin M. Bégin ne manque pas de faire remarquer que, dans d'autres pays, en Angleterre, en Belgique, les officiers de santé sont assimilés aux officiers de l'armée. Jamais la cause des médecins militaires n'a été plaidée avec plus de chaleur, avec autant de preuves et d'autorité.

On aura remarqué ces mots appliqués à la Chambre des députés de 1834 — *Attentive et applaudissante!* — Oui, applandissante! La jnstice, la bienveillance, les encouragements des assemblées émanées du peuple, depuis la plus radicale, la plus terrible et aussi la plus magnanime, en un mot depuis la Convention, n'ont jamais manqué à ces apôtres de l'bumanité, à ces soldats de la sainte pitié, qui succombent obscurément dans les grandes épidémies des armées, ou qui, sur le cbamp de bataille, tombent, frappés par le plomb aveugle, sur les blessés qu'ils protégent et couvrent dc leur mort. Aussi, lorsque nous disions, en citant M. Bégin, que rarement dans nos grandes assemblées *une voix amie ou reconnaissante* s'était élevée en faveur du corps de santé militaire, nous entendions parler des voix de l'armée. Cela est vrai autant que cela est triste; ni dans les rangs de l'armée, ni sur les banquettes des Chambres législatives, tant de généraux, tant d'officiers éprouvés par la guerre, ne semblent se souvenir du dévouement auxquels ils durent leur guérison. On a pu en juger encore par le rapport récent du lieutenant-colonel Ambert, représentant du peuplc. La chirurgie militaire avait pourtant quelque raison de penser qu'il aurait vu juste dans cette occurrence. Mais, nous aimons à le répéter, quant aux assemblées législatives, il y aurait iogratitude à ne point proclamer lcur constante équité. Certes, au moment de la discussion de la proposition de M. Ducoux, la situation était grave, les préoccupations étaient vives; il s'agissait notamment de faire la loi électorale, chose pressante, comme le remarqua l'honorable M. Vivien. La Chambre néanmoins accorda une attention soutenue à l'orateur, et elle se prononça favorablement. Au besoin, nous en avons l'assurance, l'assemblée législative se souviendrait de la constituante et de leurs devancières.

On aurait voulu faire passer le décret du 3 mai pour une œuvre

vient d'admettre dans son service, à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Marthe, n° 19), un jeune étudiant en médecine, âgé de dix-neuf ans, et qui porte dans la fosse temporale une tumeur fongueuse fort curieuse en ce qu'elle est exclusivement formée par un réseau veineux. Cette tumeur, dont la couleur est celle des varices, est peu saillante et a une étendue antéro-postérieure de cinq centimètres environ, sur à peu près trois centimètres de haut en bas; elle se prolonge antérieurement jusque sur la partie externe du sourcil, qui se trouve soulevée; elle date de la naissance et n'a que très rarement fait souffrir le malade; elle ne paraît pas croître d'une manière sensible. Néanmoins, dans la crainte que cette croissance n'ait lieu plutôt qu'à cause de l'incommodité que cette tumeur lui occasionne, le jeune malade a prié M. Roux de l'en débarrasser.

Deux fois déjà cette année l'habile chirurgien a eu à traiter des tumeurs de cette nature, mais chez de jeunes enfants. Ces tumeurs, qui siégeaient toutes deux sur la racine du nez au grand angle de l'œil, ont été enlevées, et la guérison a eu lieu sans accident; elles n'avaient pas d'ailleurs à beaucoup près le volume de celle que nous venons de décrire.

Si nous osions comparer notre expérience à celle du savant professeur, nous ne serions pas conduit à choisir l'ablation de ces tumeurs. Deux fois, nous avons vu récemment des tumeurs veineuses plus volumineuses que celle dont est affecté le jeune étudiant guérir parfaitement sans le moindre accident après avoir été traversées quatre ou cinq fois dans toute leur épaisseur par des aiguilles rougies à blanc. Nous avons également publié dans ce journal deux observations où M. Lenoir avait pratiqué cette méthode avec le plus grand succès chez des enfants et dans des régions où l'ablation aurait été d'une application fort difficile.

Les avantages de la cautérisation par le fer rouge sont aujourd'hui généralement appréciés dans toutes les opérations qui se pratiquent sur les veines; on est généralement convaincu que la cautérisation expose beaucoup moins que l'instrument tranchant à la phlébite suppurative. Dans le cas spécial d'une tumeur fongueuse, la cautérisation a en outre l'avantage de ne pas détruire la peau, de ne pas produire par conséquent de cicatrice très apparente, de pouvoir être renouvelée dans le cas où elle ne réussirait pas une première fois, et enfin de permettre plus tard l'emploi de l'instrument tranchant si elle venait à échouer définitivement.

Quant au mécanisme par lequel la cautérisation guérit les tumeurs fongueuses, il n'a pas besoin d'être longuement expliqué aujourd'hui. Nous aurons d'ailleurs occasion d'y insister en rendant compte prochainement d'un cas très intéressant de trichiasis qui se trouve dans le service de M. Jobert.

HOPITAL SAINTE-MARGUERITE. (Hôtel-Dieu annexe.)

Note sur le traitement du chancre phagédénique et de quelques ulcères rebelles par l'arsenic.

Par M. TESSIER, médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite.

La première chose qui me frappa lorsque je fus chargé d'un service à l'hôpital de Lourcine, ce fut le nombre des malades traitées inutilement par le mercure à toutes les doses et sous toutes les formes, bien que les symptômes appartinssent à la période secondaire de la syphilis. Certaines malades étaient soumises à la médication mercurielle depuis six mois, d'autres depuis un an, d'autres enfin depuis dix-huit mois à deux ans. On avait beau faire, les éruptions syphilitiques résistaient. Devais-je conclure de ces faits que le mercure est un spécifique contre la syphilis? C'eût été par trop paradoxal? Devais-je en conclure que le mercure est le spécifique de la période secondaire de la syphilis? Mais les malades dont je parle présentaient les éruptions caractéristiques de la période secondaire, et ces accidents résistaient au mercure ainsi qu'à l'iode et à l'iodure de mercure depuis des mois et même depuis plus d'une année. J'en conclus simplement qu'il fallait chercher pour certains malades d'autres médicaments que le mercure et l'iode, et qu'il en était de la syphilis comme des autres maladies, où les prétendus spécifiques ne sont que des médications *fréquemment indiquées*.

A côté des syphilides rebelles, j'eus plusieurs fois l'occasion d'observer des chancres phagédéniques, de vieille date, reposant à la face interne de grandes lèvres éléphantiaques. Je ne perdis pas mon temps à saturer de mercure les malades qui présentaient ces affections; d'ailleurs, ces moyens avaient déjà été employés plus ou moins longtemps et toujours avec la même inutilité. Ces résultats, conformes à la pratique de l'hôpital du Midi, où l'on a renoncé au traitement du chancre phagédénique par le mercure, à cause de son inefficacité, m'engagèrent à changer le traitement.

Il m'était arrivé déjà plusieurs fois d'obtenir assez rapidement la cicatrisation de vieux ulcères scrophuleux ou herpétiques à l'aide des préparations arsenicales : je voulus tenter cette médication contre le chancre phagédénique. A cet effet, je fis préparer la poudre suivante :

Amidon en poudre............	1000 parties.
Oxyde blanc d'arsenic..........	1 partie.

Triturez longtemps et mêlez parfaitement.

Chaque jour j'insinuais à l'aide d'une spatule la poudre arsenicale entre les deux lèvres en isolant les deux surfaces ulcérées par une couche d'une à deux lignes. Je ne tardai pas à voir les ulcères se déterger, les bourgeons charnus se développer, les bords s'affaisser et se cicatriser, en même temps que l'engorgement éléphantiaque disparaissait.

Chez quelques malades, il y eut de légères coliques; quelquefois aussi une partie de l'ulcère s'enflamma vivement. Je suspendais alors le traitement pendant plusieurs jours; quelques légères cautérisations avec le nitrate d'argent terminaient le traitement et servaient à régulariser les cicatrices.

J'employai le même traitement dans quelques ulcérations blennorrhagiques du col utérin rebelles aux autres moyens. J'obtins plusieurs fois des guérisons rapides. Ce qui m'étonna vivement, c'est que plusieurs femmes ne purent supporter ces applications que quelques jours. Chez les unes, il se développait une vaginite fort vive et fort douloureuse; chez d'autres, des coliques, qui cessaient si l'on cessait le traitement et reparaissaient si on le répétait.

Je me promis de suivre ces premiers résultats, qui me parurent fort remarquables. Depuis, ils se sont confirmés. Je traite habituellement par l'application de la poudre arsenicale au millième ou par la solution aqueuse au millième les ulcères rebelles des jambes, ceux du cou chez les scrophuleux. Lorsque l'inflammation est trop vive et que l'ulcère se creuse en présentant un fond grisâtre humide, je le fais panser avec un digestif simple, et la cicatrisation se fait en général assez promptement.

Depuis que j'ai quitté l'hôpital de Lourcine, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de traiter des chancres phagédéniques par la poudre arsenicale au millième ou de la charpie imbibée d'une solution aqueuse équivalente. J'ai obtenu de nouveaux succès.

Voici une observation recueillie à l'hôpital Sainte-Marguerite par M. Guyton, interne de mon service. C'est un cas remarquable par la rapidité de la guérison.

Chancres phagédéniques. Traitement par la poudre arsenicale. Guérison.

R... (Lise), âgée de vingt-quatre ans, entrée le 31 mai 1849, salle Sainte-Anne, n° 2.

Cette jeune femme venait d'accoucher pour la première fois à la Maternité, le 4 mars dernier. Sa grossesse avait été heureuse; l'accouchement ne présenta pas de difficultés notables; la tête ne fut pas longtemps arrêtée au passage; les suites de couches furent normales. Nous n'avons pas obtenu de renseignements précis sur les débuts de l'affection et sur les conditions dans lesquelles se trouvait la malade au moment de l'accouchement. Elle rejette toute la faute sur le manque de soins, la malpropreté du linge, etc. L'embarras visible des réponses rendait toute insistance inutile. D'ailleurs, l'inspection seule de l'ulcère fournissait des données suffisantes pour baser un diagnostic. Après trois semaines, la malade demanda sa sortie de la Maternité; on ne chercha pas à la retenir. Le 31 mars elle entra dans le service de M. Tessier.

A l'examen, nous trouvons une large ulcération à bords nettement coupés à pic, d'une teinte rouge-foncée, indurés; le fond en était un peu mamelonné, présentant dans les anfractuosités des points pulpeux grisâtres; il s'en écoulait une matière ichoreuse. Les douleurs étaient assez vives; elles empêchaient la malade de s'asseoir et de marcher. Cette ulcération avait détruit, à gauche, la grande et la petite lèvre tout entières : elles étaient rasées à plat; à droite, la petite lèvre avait disparu, excepté en haut; la grande lèvre était percée à jour dans toute son étendue, de manière à former un anneau dans lequel le doigt eût passé, et dont la demi-circonférence antérieure se composait d'une lanière mince et pendante. En haut, l'ulcération s'étendait jusqu'au capuchon du clitoris; en arrière, elle s'arrêtait à quelques lignes au-devant de l'anus.

Les organes génitaux internes étaient dans les meilleures conditions; l'utérus avait un volume en rapport avec l'époque rapprochée de la parturition; aucune douleur, à peine d'écoulement blanc. Très bon état général; vif appétit.

Pendant les premiers jours, où des pansements simples et des soins de propreté furent seuls employés, l'ulcération continua sa marche envahissante; elle s'étendit jusqu'au pourtour de l'anus. Quelle qu'en fût la source, il n'y avait pas à douter de la nature de cet ulcère : nous avions affaire à un chancre phagédénique de forme commune. Les ganglions inguinaux n'étaient pas engorgés; mais on sait que ce n'est pas là un fait rare et l'un des moins remarquables dans l'histoire du chancre phagédénique.

M. Tessier prescrivit la poudre arsenicale mélangée au millième avec de l'amidon. La malade en saupoudra l'ulcère trois fois par jour, après avoir fait une lotion avec l'eau simple. Au bout de quatre jours, nous trouvions étendue sur toute la surface malade une pellicule mince, noirâtre, uniforme; les douleurs étaient beaucoup atténuées. On cessa l'emploi de la poudre. La pellicule se détacha complétement vers le troisième jour, et laissa la place à une ulcération d'une belle couleur rouge, uniforme, recouverte de bourgeons de bonne nature. Elle rentra désormais dans les conditions d'une plaie simple avec perte de substance, et marcha de la manière la plus régulière vers la cicatrisation. On l'abandonna tout à fait à elle-même; seulement, le 17 mai, un petit îlot de bourgeons charnus exubérants fut touché légèrement avec le crayon. La malade ne voulut pas consentir à se laisser enlever d'un seul coup de ciseaux les restes de la grande lèvre droite. Toutefois, la difformité n'est pas trop prononcée, quoique le vestibule vulvaire ait été complétement détruit.

Sortie le 28 mai.

On me demandera peut-être pourquoi j'ai d'emblée employé l'arsenic à si faible dose? Ma réponse est toute simple : il y a déjà fort longtemps que j'ai administré l'arsenic à des malades soit pour des cachexies de fièvre intermittente, soit pour des affections organiques du cœur, soit pour des névralgies rebelles. J'ai été frappé des accidens graves que l'arsenic produit sur certains malades. J'ai toujours remarqué que les plus faibles doses me donnaient d'aussi bons résultats thérapeutiques que les doses les plus fortes : dès lors, je me suis demandé à quoi pouvaient servir des doses capables de déterminer des symptômes toxiques. Mais, dira-t-on, les malades n'en meurent pas. C'est très vrai; mais à quoi bon torturer les gens, sous prétexte qu'ils n'en meurent pas, quand on obtient les mêmes effets sans courir le plus petit danger, surtout quand on voit l'arsenic au millième causer encore quelquefois soit des

---

hâtive et de circonstance : vaine prétention devant des faits comme ceux-ci :

« Nécessité depuis longtemps reconnue, et devenue irrésistible; affluence de plaintes et de réclamations incessamment renouvelées; débats animés et contradictoires pendant plusieurs années dans la presse; mémoires et projets nombreux adressés par toutes les voies aux autorités; examen consciencieux de toutes les parties de la question par une commission composée des hommes les plus compétents; études prolongées de la part du ministre : telles sont les circonstances qui ont précédé, et jusqu'au dernier moment accompagné la promulgation du décret du 3 mai 1848. »

Assurément les élèves (quoi qu'on en dise), par leur dévouement admirable dans les jours difficiles qui suivirent la révolution de février, quelques hommes éminents du corps par leurs relations avec les chefs du gouvernement, ont participé à la promulgation du décret; mais si l'on peut s'exprimer ainsi, ces circonstances ont été les causes occasionnelles : la diathèse était acquise depuis longtemps, et l'heure était venue. Déjà, sous la monarchie, l'honorable M. Pasquier, dans sa sphère d'action, avait fait beaucoup de chemin.

M. Bégin rapporte le décret en sa teneur; il s'y attache, il s'y cramponne, et conclut en disant : « L'altérer serait, nous ne craignons pas de l'affirmer, une entreprise fatale, qui, en portant atteinte, sans aucun motif déduit de l'expérience, à des droits acquis, jetterait un personnel nombreux dans le découragement, et ferait renaître, avec un surcroît d'intensité, toutes les difficultés et toutes les réclamations antérieures. »

La partie de l'ouvrage réservée à *l'avenir* est fort abrégée. Ce n'était point le lieu, en effet, d'exposer une réglementation complète du service de santé. L'auteur se borne à poser les bases de cette réglementation en un certain nombre de propositions succinctement et clairement formulées. M. Bégin se prononce pour deux écoles, dont une école préparatoire. D'autres ont proposé une seule école, et nous inclinerions vers leur opinion, sans méconnaître les raisons sur lesquelles s'appuie le sentiment contraire.

M. Baudens a parfaitement démontré (*Moniteur de l'Armée*) la nécessité d'augmenter le nombre des inspecteurs généraux. Il y aura indispensabilité lorsque les attributions du conseil de santé auront été élevées au niveau qu'elles doivent légitimement atteindre. Ensuite, le nombre, dans une certaine mesure, est une condition de maturité et de justice : or, combien la maturité et la stricte justice ne seront-elles pas nécessaires quand le conseil de santé aura à régler presque souverainement la destinée d'un si grand nombre d'officiers! Une telle responsabilité doit élever les âmes, mais elle peut aussi leur inspirer des appréhensions.

En pleine ferveur républicaine, lorsque d'aucuns qui sont aujourd'hui engagés dans la voie contraire se vantaient de leurs relations démocratiques de date ancienne et plaisantaient ou même outrageaient ces pauvres monarchistes convertis tout à coup mais sans retour et d'une âme sincère à la République; lorsque les aspirations vers le bien ne semblaient pas anarchiques et subversives, on avait proposé que l'admission et l'avancement dans les carrières publiques eussent lieu au concours et à l'ancienneté exclusivement. C'était beaucoup; c'était trop. Bien que le choix soit une porte ouverte à la faveur et à l'injustice, on ne peut le supprimer absolument, attendu qu'il y a des exceptions qui le justifient; mais, précisément, il doit être exceptionnel. En matière d'avancement, il faut laisser peu de marge à l'autorité. On se plaint de l'abaissement des caractères. Le remède est facile : rendez l'abaissement inutile.

L'ère nouvelle qui s'ouvre aux officiers de santé leur impose un double devoir : aux subordonnés, l'obéissance et le respect, la stricte observation des règles, pour qu'il ne soit pas dit que c'est en haine de toute hiérarchie et de toute discipline que les médecins militaires ont lutté contre la domination étrangère; aux chefs, la justice, la bienveillance, l'aménité. Les chefs doivent faire aimer la discipline et le service.

Nous avons atteint l'extrême limite de l'espace qui nous était réservé pour cette analyse. Mais nous ne voulons pas terminer sans rendre un dernier hommage à M. Bégin. Esprit robuste, droit et précis, plein de séve et d'activité après tant de travaux; chirurgien habile, écrivain fécond, M. Bégin, professeur à la Faculté de Strasbourg, chirurgien en chef et premier professeur de l'hôpital militaire de cette ville, praticien recherché dans toute l'Alsace et dans une partie de l'Allemagne, quitta ce poste si avantageux pour venir se confiner au Val-de-Grâce, sacrifiant ainsi ses intérêts matériels à la carrière qu'il honore. Son livre, dans un autre genre, est une preuve pareille de son dévouement à un service qui fut, comme il le dit lui-même, l'objet constant de ses prédilections. L'estime et la reconnaissance profondes des officiers de ce service ne sauraient lui manquer. Tous voudront lire et posséder son ouvrage. Les hommes publics auxquels est dévolue la tâche de fixer la législation nouvelle se feront un devoir de le méditer. Qu'ils n'oublient pas l'épigraphe : « Le degré de perfection du service de santé militaire donne la mesure de l'importance attachée à la conservation du soldat. »

MARCHAL (de Calvi).

M. Méry, chirurgien-major de 2e classe au 34e de ligne, est promu à la 1re classe au même régiment.

M. Herbin, chirurgien aide-major de 1re classe aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour le 9e chasseurs.

M. Forcade, chirurgien aide-major de 2e classe au 9e chasseurs, est désigné pour les ambulances de l'Algérie.

M. Legoux, pharmacien aide-major de 2e classe à l'hôpital de Bordeaux, détaché à l'armée des Alpes, est désigné pour le corps expéditionnaire de la Méditerranée.

coliques, soit des inflammations locales, pour peu qu'on en prolonge l'emploi au delà d'un ou deux septenaires?

Enfin, la dose en elle-même est-elle déjà si faible? Mais un grain, pour moins de deux onces de véhicule, c'est autant qu'on emploie de nitrate d'argent dans les collyres.

Faut-il conclure des premiers résultats obtenus dans le traitement du chancre phagédénique que désormais l'arsenic triomphera dans tous les cas de cette affection? Ce serait exagérer sans motif l'importance de ce moyen thérapeutique. Ni le mercure, ni l'iode ne réussissent dans tous les cas où leur emploi semble le mieux indiqué par l'expérience: personne, néanmoins, ne conteste les grands avantages que l'on retire de ces deux agents. Contentons-nous d'avoir une ressource thérapeutique contre une affection qui jusqu'ici déjouait tous les efforts de l'art. Laissons au temps le soin d'indiquer les cas rebelles qui appelleront de nouveaux efforts et de nouveaux moyens thérapeutiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 29 août 1849. — Présidence de M. Deguise père.

Amputation du pied dans l'articulation tibio-tarsienne.

L'étendue du procès-verbal de la dernière séance a motivé l'ajournement du compte-rendu relatif à l'amputation tibio-tarsienne par le procédé de M. Morel (de Montdidier). Ce médecin, comme nous l'avons dit, avait présenté à la Société une femme opérée d'après son procédé par M. Josse (d'Amiens), et qui, rapidement guérie, s'appuyait, marchait sur l'extrémité du moignon sans éprouver la moindre douleur.

Voici d'abord l'analyse du procédé de M. Josse, d'après sa thèse et d'après l'extrait qu'il nous en a donné lui-même (il s'agit du pied gauche):

Premier temps. — Le chirurgien saisit le pied de la main gauche, et le maintient dans la demi-flexion; de la droite, armée d'un bistouri très fort, il fait une incision qui, partant du niveau du sommet de la malléole externe, à un demi-centimètre en dehors et au-devant du tendon d'Achille, descend obliquement vers la partie moyenne du bord externe du talon, et se prolonge ainsi jusqu'à sa partie antérieure et moyenne, pour se continuer suivant un arc de cercle jusqu'au bord externe du pied; de là elle remonte parallèlement à une ligne passant par le bord antérieur de la malléole interne, et à 15 millimètres en avant, jusqu'au tendon du jambier antérieur. Cette incision se prolonge par une autre qui fait avec elle un angle à sinus antérieur de 115 à 120 degrés, et qui se termine au point de départ de la première, en passant sous la malléole externe. Toutes les parties molles du tendon se trouvent ainsi divisées jusqu'aux os par l'action du bistouri tenu perpendiculairement aux tissus.

Deuxième temps. — Le chirurgien porte alors le pied dans l'adduction et dans l'extension tout à la fois; il divise les ligaments latéraux externes, et ouvre ainsi la partie antérieure de l'articulation; il porte le bistouri dans l'interligne articulaire de la malléole interne et de l'astragale pour couper le ligament latéral interne, avec la précaution de ne point léser l'artère tibiale, et il luxe le pied en dehors. Il détache ensuite les parties molles de la face interne de l'astragale et de la voûte du calcanéum, en rasant les os pour éviter les vaisseaux; il détache le lambeau de la face externe du calcanéum, et de même le tendon d'Achille; puis il enlève facilement le lambeau de la face inférieure du calcanéum, en abaissant l'extrémité du pied et en poussant le talon en haut et en avant. Le bistouri doit être obliquement dirigé vers les os pendant tout ce temps de l'opération, afin d'éviter plus sûrement les vaisseaux et de ménager un lambeau très épais.

Troisième temps. — Le chirurgien dénude enfin la face externe des malléoles et les retranche d'un trait de scie, à un demi-centimètre au-dessous du bord postérieur de la mortaise tibiale. Il peut s'abstenir de ce dernier temps si les malléoles se trouvent très courtes et si le lambeau est très épais. Il doit, au contraire, pratiquer la section plus haut, si les surfaces articulaires sont malades.

La désarticulation, pratiquée sur le pied droit, nécessiterait une incision de la peau dans le sens inverse, sans autre modification pour le reste de l'opération.

Voici maintenant l'exposé de quelques-unes des raisons alléguées par M. Morel en faveur de son procédé:

Le lambeau s'applique parfaitement sur les surfaces osseuses; il forme vers sa base un bourrelet peu volumineux, contenant le tendon d'Achille, et qui s'efface rapidement par suite de la rétraction musculaire. Le lambeau est épais, bien nourri, et permet un écoulement facile au pus; il est recouvert d'un épiderme induré très apte à supporter le poids du corps, dans la station et dans la marche, tandis que la cicatrice située en dehors et en avant n'éprouvera aucune pression. Les surfaces osseuses se trouvent disposées de telle sorte qu'elles forment un plan uni par l'épaisseur du lambeau, qui en remplit les inégalités. Les tendons, leurs gaînes et leurs synoviales, devant adhérer à la cicatrice, permettent enfin aux muscles de conserver leur action.

M. Morel espère que, si l'expérience confirme de plus en plus ses idées, on aura raison de préférer cette opération à l'amputation de la jambe dans son tiers inférieur.

La malade qu'il a présentée à la Société de Chirurgie témoigne en faveur de cette manière de voir et de faire. La plaie s'est trouvée parfaitement cicatrisée trois semaines après l'opération, sans qu'il soit survenu d'accidents, ni inflammation, ni gangrène du lambeau, ni fusées purulentes. La peau du talon est restée en rapport avec l'extrémité des os, et elle est maintenue en arrière par le tendon d'Achille; en avant, par les tendons antérieurs adhérant à la cicatrice. Ce lambeau enfin, offre les avantages indiqués précédemment; et le moignon, plus renflé que le bas de la jambe, offre quelque analogie avec le pied d'éléphant. Notons toutefois que, chez cette malade, la malléole interne n'a peut-être pas été réséquée assez haut, parce qu'il serait possible que, dans les cas analogues, la peau formant le moignon, en conservant une certaine motilité, fût tiraillée, rétractée même par les tendons qui s'y accolent presque tous en dehors, d'où résulterait l'insuffisance du lambeau tégumentaire pour recouvrir la malléole interne.

Les éminences malléolaires et les inégalités des surfaces articulaires disparaissent, comme obstacle à la cicatrisation, par le fait de la résection et par la disposition du lambeau. La base de sustentation se trouve aussi étendue que celle qui résulte de l'amputation de Chopart.

L'ouverture des gaînes synoviales des tendons n'augmente pas plus dans ce procédé que dans un autre les chances des accidents inflammatoires.

Le lambeau, par son épaisseur et sa vascularité, ne semble nullement exposé à la gangrène.

Aucun autre lambeau ne saurait mieux convenir pour la marche, après la guérison, et M. Morel cherche à prouver cette assertion en comparant son procédé à d'autres, notamment à celui de M. Symé, plus difficile à pratiquer et plus exposé à la gangrène du lambeau.

M. Larrey croit que M. Morel aurait pu aussi apprécier, comparativement à son procédé, celui de M. Baudens, dont il ne parle pas, qui offre quelques-uns des avantages du sien, et qui, sans lui être préférable peut-être, compte au moins en sa faveur des résultats plus nombreux de l'expérience.

M. Robert, en faisant observer que l'amputation du pied dans l'articulation tibio-tarsienne est devenue depuis quelques années une question intéressante, rapporte qu'il a pratiqué lui-même une fois cette opération d'après le procédé de M. Morel, qu'il attribuait à M. J. Roux; c'était chez une jeune fille, qui depuis a pu danser et marcher beaucoup sur son moignon même sans éprouver la moindre douleur.

Il avait été obligé seulement de faire une contre-ouverture au centre du lambeau pour donner une issue libre à l'écoulement du pus; et il sait que M. Syme conseille cette incision.

M. Robert ajoute que M. Syme a le premier aussi proposé de substituer le lambeau plantaire à un autre, et que MM. Baudens et Blandin ont adopté le même principe, comme assurant mieux la sustentation du membre; mais il pense que l'on a exagéré la fréquence de la gangrène; et en cela on ne saurait méconnaître que MM. Morel et Jules Roux ont perfectionné la méthode, en proposant formellement la conservation de l'artère plantaire interne.

Après cette communication de M. Morel, MM. Chassaignac et Larrey et quelques autres membres lui adressent plusieurs questions qu'il est inutile de rapporter.

— M. Vidal demande pour M. Maisonneuve, qui l'en a prié, un congé de quelques jours.

M. le Président fait observer que ce congé ne devant entraîner qu'une seule absence, et n'étant point motivé, ne saurait, au terme du règlement, être accordé à M. Maisonneuve.

— M. Danyau, obligé de s'absenter de Paris, demande un congé de cinq semaines, qui lui est accordé.

— M. Boinet, candidat à la Société de Chirurgie, lui adresse deux mémoires imprimés, extraits de la *Gazette Médicale*, intitulés: l'un, *Mémoires et Observations sur un nouveau procédé très simple pour extraire certains corps aigus engagés dans le canal de l'urètre;* l'autre, *De la valeur des injections iodées dans la thérapeutique chirurgicale.* Ces deux mémoires sont renvoyés à la commission, qui doit faire un rapport sur la candidature de M. Boinet, et qui se compose de MM. Giraldès, Larrey et Morel-Lavallée.

Ectropion et blépharoplastie.

M. Huguier présente, au commencement de la séance, la jeune fille qu'il a opérée d'un ectropion de l'œil droit, et dont les procès-verbaux ont fait mention. Le résultat de l'opération a été aussi satisfaisant que l'on pouvait le désirer. La paupière nouvelle s'offre régulièrement à sa place, et recouvre assez l'œil pour le protéger contre les agents extérieurs d'irritation; mais M. Huguier a maintenu à dessein, entre les deux rebords palpébraux internes, en dehors des points lacrymaux, l'adhérence formée par une bandelette tégumentaire très étroite, qui semble rapprocher plus sûrement les paupières l'une de l'autre, en facilitant leurs mouvements sans gêner en rien les fonctions de l'œil, et en prévenant ainsi ou en diminuant la tendance du tissu de cicatrice à se rétracter. Des cils naissants se sont même développés assez régulièrement sur la paupière inférieure, qui les avait perdus; et l'œil enfin, n'offrant aucune altération ni même trace de conjonctivite, donne à ce fait de blépharoplastie tout l'intérêt d'un résultat qui date déjà de quatre mois et demi.

Cancer du voile du palais.

M. Chassaignac donne des nouvelles de la malade à laquelle il a enlevé une tumeur cancéreuse du voile du palais, et qui a été dans la dernière séance le sujet d'une longue discussion. Cette femme est dans un état satisfaisant, comme l'a vue l'un de nos collègues M. Morel-Lavallée; la réunion de la plaie faite à la joue s'est établie complètement; le fil de la ligature appliquée à la carotide n'est pas encore tombé. La déglutition se fait avec toute facilité; mais un phénomène remarquable ou plutôt un effet fâcheux est survenu dans la phonation; la voix, depuis l'opération, s'est trouvée abolie, à tel point que la malade ne peut plus émettre le moindre son vocal: elle est atteinte d'aphonie absolue.

M. Huguier demande si le nerf laryngé supérieur n'aurait pas été lésé dans l'opération de la ligature.

M. Chassaignac reconnaît qu'il a pu occasionner cette lésion ou celle du nerf récurrent laryngé en enlevant le ganglion situé en arrière de la tumeur.

M. Morel-Lavallée se rappelle avoir vu survenir pareil accident chez une malade à laquelle M. Lenoir (remplaçant alors Sanson à la Pitié) avait enlevé une tumeur située à la partie antérieure et moyenne du cou. La lésion du nerf laryngé supérieur avait été suivie d'aphonie.

M. Robert a constaté cette aphonie chez une jeune fille à laquelle il a pratiqué successivement la ligature des deux carotides.

Il faisait la ligature de la carotide gauche, lorsqu'au moment où l'aiguille de Cooper fut engagée pour saisir l'artère la malade s'écria: J'étouffe! Sa voix aussitôt devint aiguë et rauque, et son corps se couvrit d'une sueur froide abondante. M. Robert craignait d'avoir heurté le nerf pneumogastrique; l'anse de fil, ayant été passée sous l'artère, fut plusieurs fois soulevée, et l'artère elle-même comprimée avec le doigt à l'effet de savoir si la malade éprouvait de nouveau quelque symptôme semblable; mais il n'en fut rien, et la ligature fut serrée définitivement. Les suites de l'opération furent très simples; mais la raucité de la voix ne se dissipa qu'au bout de quatre ou cinq mois.

M. Robert s'est fortement préoccupé de la cause anatomique de cette aphonie: évidemment le nerf pneumogastrique n'avait pas été lésé, car on aurait observé des accidents plus graves. Le nerf laryngé inférieur est placé trop en dedans entre l'œsophage et la trachée pour qu'il soit possible de l'atteindre. Quant aux filets nerveux qui descendent de l'anse de l'hypoglosse et qui rampent au-devant de l'artère, ils ne se distribuent pas aux muscles intrinsèques du larynx.

Ainsi, M. Robert n'a pu s'expliquer les causes de cette aphonie, dont les observations de ligature de la carotide publiées jusqu'à ce jour n'ont pas fait mention.

Il demande en terminant à M. Chassaignac s'il peut plus que lui se rendre compte d'un semblable accident.

M. Chassaignac reconnaît qu'il lui serait impossible d'en donner une explication satisfaisante, et qu'à cet égard il ne sait rien de plus que M. Robert; mais il pense que ce serait une question digne d'un examen attentif en recherchant le résultat des ligatures de la carotide au point de vue des altérations de la voix.

M. Larrey, reprenant le fait soumis à la discussion au point où il en est actuellement, c'est-à-dire eu égard à la complication d'aphonie consécutive à la ligature de la carotide primitive, pense qu'un accident aussi grave constitue l'objection la plus sérieuse au procédé suivi par M. Chassaignac, et de là par conséquent une raison de plus pour ne pas lier la carotide en pareille occurrence.

M. Huguier ne considère pas ce fait comme ayant une grande valeur, parce qu'il s'agit d'une opération complexe, et qu'à moins de la preuve anatomique le doute est permis sur la lésion spéciale qui a produit l'aphonie. Est-ce ou non le nerf laryngé supérieur ou bien le nerf laryngé récurrent? Là serait la question. Il ne connaît que des lésions des branches du pneumogastrique ou des filets du grand sympathique, mais point d'exemple semblable à l'accident actuel.

M. Huguier, d'accord du reste avec ses collègues, pense que ce sujet mériterait un sérieux examen, et, au point de vue de l'indication opératoire, une grande réserve.

Tumeur de la vulve.

M. Guersant présente une pièce d'anatomie pathologique fort singulière, dont nous allons résumer l'observation d'après lui:

Une petite fille de trois ans et demi est amenée le 18 août à l'hôpital des Enfants, sans aucun renseignement précis sur ses antécédents de l'affection qu'elle présente. On sait seulement qu'elle a été toujours d'une très mauvaise santé, et que pour la même affection elle a déjà été opérée deux fois par un médecin de Château-Thierry; mais on ne sait ni la grosseur de la tumeur à cette époque, ni l'opération qui a été pratiquée.

Etat actuel. — La malade présente une tumeur sortant de la vulve et venant s'appuyer sur les cuisses, arrondie, un peu ovalaire, à grand diamètre transversal; son contour, dans le sens le plus large est de 28 centimètres, et de 20 dans l'autre sens; elle est rose-violacée. Cette dernière couleur semble due à l'injection de vaisseaux sanguins; elle se montre par taches; cette surface est humide, et la peau des cuisses qui lui correspond, légèrement rouge; la pression de la tumeur n'est pas douloureuse, on la sent formée de petits grains, de petits lobules adossés les uns aux autres; ce qui lui donne l'apparence d'un chou-fleur. Si on cherche à circonscrire la tumeur avec le doigt, on lui trouve un pédicule; mais il est impossible, même avec une sonde promenée tout autour, de pénétrer dans le vagin; le clitoris, que l'on aperçoit en avant, est sain; le méat urinaire présente une ouverture transversale probablement due à la compression qu'il éprouve de la part de la tumeur. L'anus ne présente rien d'anormal.

Etat général. — La peau de la malade est sèche, chaude, le pouls fréquent (120 p.). L'appétit nul, avec une soif très vive; pas de diarrhée, pas de douleur du ventre à la pression. La malade ne tousse pas, la respiration s'entend dans toute la poitrine, mais est un peu faible, pas de râle. La malade est triste et maussade.

Elle prend un bain, et on lui donne à l'intérieur de l'huile de foie de morue.

Le 23 août, la malade, dont l'état était resté à peu près le même depuis son arrivée, devient tout à coup beaucoup plus souffrante. La tumeur prend une couleur noirâtre, devient plus humide, et répand une odeur déjà légèrement gangreneuse. L'état général s'aggrave, la fièvre augmente (le pouls très fréquent, 130, devient plus petit), le facies s'altère de plus en plus, les forces diminuent, et la diarrhée s'empare de la malade et augmente tous les jours. A cette époque la tumeur est complètement noire, et a diminué de volume. La malade succombe le 28.

Autopsie. — Point de lésions dans les organes splanchniques; rien qui puisse expliquer la mort.

La tumeur prend naissance à l'orifice du vagin; elle représente, à sa surface, l'extérieur des choux-fleurs; son tissu est manifestement fongueux, vasculaire. La tumeur est réduite de moitié de ce qu'elle était avant la mort.

M. Vidal considère cette tumeur comme l'analogue des tumeurs fongueuses sanguines qui existent quelquefois sur le col utérin. Il éloigne complètement l'idée que ce puisse être une végétation syphilitique ou le produit d'une inoculation directe non plus, et encore moins qu'une tumeur vénérienne héréditaire. C'est donc pour lui, en un mot, une tumeur fongueuse maligne.

M. Huguier partage cette opinion, sauf à désigner aussi la tumeur par le nom de tumeur érectile; et il voudrait qu'a-

près avoir été dessinées, l'anatomie pathologique en fut faite très exactement.

M. Chassaignac, en admettant aussi comme très réelle l'opinion de MM. Vidal et Huguier, soulève une autre question. « Si on avait dû agir dans ce cas-là, dit-il, quel procédé opératoire eût-il été convenable d'employer ? » Que faire dans l'incertitude de savoir si la tumeur avait une implantation large ou pédiculée ? Il aurait voulu, quant à lui, appliquer une ligature à la plus grande partie saisissable de la tumeur, afin d'en diminuer d'abord le volume, d'en déterminer ensuite l'étranglement, la mortification, et enfin d'en achever la séparation, soit par le caustique (la pâte de Vienne, par exemple), soit par le bistouri.

M. Chassaignac soumet d'ailleurs cette idée à M. Guersant, comme lui paraissant propre à offrir, dans son application, le plus de chances de succès.

M. Guersant songeait à opérer cette enfant; mais pendant les quatre premiers jours seulement qu'il a pu l'observer dans son service, il n'a pu s'arrêter au parti qu'il devait prendre, parce qu'il trouvait à la petite malade une mauvaise mine qui lui faisait craindre une résorption purulente. Mais soit que la tumeur prît naissance dans le vagin, soit même qu'elle fût implantée sur le col de l'utérus, c'est sans doute à la ligature qu'il aurait eu recours d'abord, afin de retrancher ensuite la tumeur et de cautériser le reste avec le fer rouge.

M. Vidal revient sur l'aspect comparé des tumeurs syphilitiques et des tumeurs fongueuses sanguines, pour apprécier la coloration de celle-ci.

M. Chassaignac ne pense pas que la coloration puisse être prise pour type en pareil cas, parce qu'elle représente un caractère très variable, selon que l'épithélium est plus ou moins épais. C'est ainsi, par exemple, que dans la chute de l'utérus l'épithélium est comparable au tissu de la peau.

Quant à la cautérisation, M. Chassaignac ne partage pas l'opinion de M. Guersant sur l'emploi du fer rouge. Le cautère actuel, en effet, ne détruit pas les tissus assez profondément, tandis que les caustiques mous, comme le caustique de Vienne, désorganisent et mortifient une plus grande épaisseur des parties.

M. Guersant répond à M. Chassaignac que son intention était d'employer le fer rouge, non-seulement comme agent destructeur des tissus, mais aussi comme moyen hémostatique, parce que les autres caustiques lui semblent insuffisants dans ce double but et inapplicables aux plaies saignantes.

M. Larrey, sans vouloir entrer dans une digression sur ce sujet, et restant dans les termes de la question nouvellement soulevée sur les effets comparatifs des caustiques mous et du cautère actuel, reconnaît aussi que le fer rouge n'a qu'une action destructive superficielle dans la plupart des cas où on l'emploie; tandis qu'il possède, en outre de ses effets hémostatiques, les propriétés les plus efficaces comme agent modificateur sur les tissus malades.

M. Larrey rappelle que son père faisait, dans ce but surtout, le plus fréquent usage du cautère actuel, jusqu'à l'appliquer même contre l'érysipèle, de préférence à d'autres médications; et cependant, ce modificateur si puissant détruit à peine les couches les plus superficielles des parties malades (à moins d'agir comme cautérisation inhérente), et, ajoute M. Larrey, il ne semble pas éveiller dans les organes un degré de sensibilité proportionnel à son action ou à la crainte qu'il inspire.

Ce n'est pas seulement la vaste expérience de son père que M. Larrey cite à ce sujet, et encore moins le résultat de sa propre observation, mais aussi la pratique d'autres chirurgiens, et notamment celle de M. Jobert (de Lamballe), qui a généralisé avec succès depuis quelques années l'emploi du cautère actuel dans le traitement des affections du col utérin. On sait d'ailleurs que les caustiques chimiques, loin d'offrir la même efficacité, nécessitent d'abord des applications plus multipliées, produisent des douleurs plus vives, plus prolongées surtout, et dépassent quelquefois les limites voulues dans leurs effets de désorganisation.

M. Robert établit nettement que deux actions, en effet, sont appréciables dans l'emploi du cautère actuel : l'une destructive, l'autre modificatrice. Il pense, comme l'ont dit MM. Chassaignac et Larrey, que son action destructive est peu prononcée, mais que son action modificatrice est des plus manifestes sur les tissus morbides, surtout vasculaires, par la vive inflammation et même la suppuration qui s'y développent en favorisant la guérison.

C'est ainsi que M. Robert, à l'aide du chloroforme, traite presque toujours les hémorrhoïdes et la chute du rectum par l'application des cautères en réseau, sans chercher à produire des eschares profondes, et il obtient d'ordinaire les résultats les plus avantageux par la modification que l'on doit attribuer au calorique du fer incandescent.

— La discussion est close sur ce sujet, et la séance levée à cinq heures et demie. H. L.

Morts par le chloroforme.

Nous trouvons dans la presse politique trois nouveaux cas de mort à la suite de l'administration du chloroforme. Nous ne nous prononcerons cependant pas d'une manière définitive sur l'influence véritable qu'a eue dans ces cas l'agent anesthésique, les faits manquant malheureusement de quelques détails scientifiques qui seuls permettraient de les apprécier rigoureusement.

Premier fait. — Le premier de ces faits est exposé en ces termes dans l'*Echo*, journal de la Haute-Marne.

Un malheureux événement causé par le chloroforme vient de jeter la consternation dans la ville de Langres.

Le 23 août, Mme Labrune, mère de famille, jeune et pleine de vie, souffrait vivement d'une douleur de dent. L'extraction de cette dent ayant été jugée nécessaire, elle ne voulut la soumettre à l'opération qu'avec le secours de l'éthérisation. Une première inspiration du chloroforme n'ayant pas déterminé une insensibilité assez complète, Mme Labrune voulut la réitérer; mais à peine eut-elle respiré une seconde fois le mouchoir sur lequel le chloroforme avait été répandu, que les accidents se déclarèrent; son visage pâlit, ses traits s'altérèrent, les convulsions des yeux et une dilatation excessive des pupilles survinrent, le pouls disparut, et malgré les efforts faits par le médecin qui avait dirigé l'éthérisation, il fut impossible de rappeler la malade à la vie. Elle avait été foudroyée instantanément.

Deuxième fait. — Le second fait se trouve mentionné dans les journaux de médecine espagnols qui annoncent que, dans un grand hôpital de Madrid, un jeune homme de onze à douze ans que l'on amputait de la jambe, est mort dans l'opération sous l'influence du chloroforme, au milieu d'un violent accès tétanique. Comme ils ne donnent aucun autre détail, il est difficile de savoir si l'application du chloroforme a été faite avec tout le soin désirable.

Troisième fait. — Le troisième fait est raconté de la manière suivante par une correspondance d'Edimbourg, à la date du 4 septembre.

M. le docteur Adams faisait depuis quelque temps des expériences sur le chloroforme; il en augmentait progressivement les doses afin de s'assurer du degré où il pourrait les porter sans danger pour les malades qui devaient subir des opérations graves pendant leur sommeil. Un jour il a porté trop loin son essai. A peine le dangereux appareil avait-il touché ses lèvres, qu'il est tombé mort, comme s'il eût été frappé de la foudre. Tous les efforts de ses confrères pour le rappeler à la vie ont été superflus.

Surveillance des prisons.

Le président de la République, sur la proposition du ministre de l'intérieur, décrète :

Art. 1er. Il est institué, près du ministère de l'intérieur, une commission de surveillance des prisons du département de la Seine.

Art. 2. Indépendamment de la surveillance continuelle qui devra être exercée par la commission, et dont elle rendra compte au ministre, elle devra lui proposer toutes les améliorations dont elle croirait susceptibles les différentes parties de l'administration ou du régime des prisons; elle pourra être appelée par le ministre à préparer les projets de loi et règlements se rattachant à ces questions.

Nous avons été heureux de voir parmi les membres de cette commission, au sein de laquelle devra s'agiter plus d'une question hygiénique, M. Ferrus, qui s'occupe depuis longtemps de l'amélioration physique et morale du système pénitentiaire.

Assistance publique. — Enfants trouvés.

Une commission vient d'être nommée par M. le ministre de l'intérieur et chargée par lui d'élaborer un projet de loi sur ce sujet, qui sera ultérieurement soumis au conseil d'Etat et présenté à l'Assemblée législative.

Cette commission, qui se réunit sous la présidence de M. Dufaure, ministre de l'intérieur, est composée de :

MM. Victor Lefranc, représentant du peuple, président en l'absence du ministre.
De Lurieu, inspecteur général des établissements de bienfaisance.
De Watteville, id.
Durand Saint-Amand, ancien préfet.
Bailleux de Marizy, id.
Blanche, conseiller de préfecture du département de la Seine.
Nicolas, chef de division à la direction générale des cultes.
Giraud, membre de l'Institut.
Valentin Smit, conseiller à la cour d'appel de Riom, ancien membre du conseil général de la Loire, remplissant les fonctions de secrétaire.

La commission, avec l'autorisation du ministre, s'est adjoint M. Louis Hamelin, avocat, agent-général de la société d'adoption pour les enfants trouvés, en qualité de secrétaire-adjoint.

Le choléra dans les départements.

Bouches-du-Rhone. — Notre honorable confrère M. Abeille nous adresse de Marseille la lettre suivante :

Marseille, 3 septembre 1849.

Monsieur le Rédacteur,

Le choléra progresse à Marseille. Dans la journée d'hier, il n'y a pas eu moins de 40 morts, en prenant la moyenne des *on dit*. Du reste, le fléau doit trouver dans cette ville des conditions favorables. Il ne faut jamais être venu en Provence pour ne pas savoir que les habitants professent un certain mépris pour ces soins de propreté dont on est si prodigue sur certains points de la France. Marseille, toute belle et grande qu'elle est, contient des foyers perpétuels d'immondices, et, il faut bien l'avouer, l'autorité, médiocrement vigilante, tolère dans les rues et sur le port des ordures qui s'accumulent rapidement du matin au soir. Au milieu d'une chaleur brûlante que n'est point venue tempérer la plus petite pluie depuis trois mois, l'arrosage est entièrement négligé; les pavés sont brûlants, et la poussière, quand on se promène sur le port, vous suffoque comme si l'on était sur une grande route. Ajoutez qu'un encombrement prodigieux de navires empêche de ce côté de la ville la libre circulation de l'air, et que la mer stagnante dans ce vaste bassin, recevant tous les égouts de cette grande cité, laisse exhaler des miasmes pestilentiels qu'on inspire à pleins poumons, et vous aurez une idée des conditions avantageuses que le choléra doit trouver pour son développement.

Aussi on s'empresse de fuir ce foyer du fléau commençant. De toutes parts on ne voit que déménagements; chacun s'empresse d'aller chercher à la campagne un refuge hospitalier. Si cette fuite continue encore quelques jours, cette grande cité sera déserte.

La police, qui prohibe l'entrée de la plus grande partie des fruits, ne s'occupe que médiocrement de la propreté des maisons, qui, dans les vieux quartiers, laisse beaucoup à désirer. Il est étonnant qu'après tout ce qui a été dit la vigilance ne soit pas plus active sur ce point.

J'ai l'honneur, etc. Abeille.

Nous recevons des détails sur des désordres graves qui ont eu lieu à l'hôpital général de Lille. Le défaut d'espace nous empêche de les publier aujourd'hui.

NOUVELLES.

Le concours pour la place de médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon vient de se terminer par la nomination de MM. Clerc, Girin et Vernay. Il n'y avait que deux places au concours; mais par suite de la classification du jury, qui avait placé M. Clerc en première ligne, et MM. Girin et Vernay en seconde ligne, *ex æquo*, l'administration a donné une place de plus et a adopté les trois candidats.

— Parmi les éloges justement mérités que la presse et l'autorité centrale ont accordés au corps médical et aux autorités locales, il est bien regrettable de trouver quelques exemples d'une sévérité qui n'est malheureusement que trop bien appliquée. Voici ce qu'on lit dans le *Moniteur* d'hier :

« Un maire qui avait été suspendu de ses fonctions par le préfet de l'Oise, pour avoir déserté son poste au moment où le choléra sévissait avec une grande intensité sur la commune de Chevincourt, qu'il administrait, vient d'être révoqué par un arrêté définitif. »

On ne peut se consoler de l'existence de pareils exemples qu'en songeant combien ils ont été rares dans les malheureuses circonstances que nous venons de traverser.

Nous prions MM. les médecins et les pharmaciens nouvellement établis, et qui ne figurent point sur la dernière édition de l'*Annuaire Médical et Pharmaceutique de la France*, par le Dr Roubaud, de faire parvenir le plus tôt possible leurs notes pour la prochaine édition, à l'Office central de l'Industrie et du Commerce, rue Vivienne, 43, à Paris.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 11 SEPTEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 106.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 10 SEPTEMBRE 1849.

Bulletin du choléra.

L'épidémie paraît enfin vouloir entrer dans une période décroissante qui malheureusement n'est pas encore très prononcée. On voit cependant que, dans la journée d'hier, le nombre des entrées dans les hôpitaux civils n'a été que de 25 au lieu de 38, chiffre de vendredi. Mais ce chiffre de 38 était lui-même inférieur au chiffre moyen de la semaine précédente, qui avait été de 40.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

	Entrées.	Décès.
HOPITAUX CIVILS : Journée du 7 septembre...	38	19
— 8	34	17
— 9	25	26
HOPITAUX MILITAIRES pendant les deux jours...	4	2
Total....................	101	64
Total des décès dans les hôpitaux..............		7736
Total des décès à domicile jusqu'au 31 août.......		10310
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie..............		18046

HOPITAL COCHIN. — M. MAISONNEUVE.

Fracture du col du condyle gauche de la mâchoire inférieure.

La fracture du col de l'un des condyles de la mâchoire inférieure est une lésion assez rare pour que dans les hôpitaux de Paris, où des salles nombreuses sont consacrées aux lésions traumatiques, on en observe à peine un ou deux cas chaque année.

D'autre part, les ouvrages classiques contiennent sur cette affection des indications si peu précises que le praticien ne peut vraiment en tirer aucun parti.

Nous saisissons donc avec empressement l'occasion qui nous est offerte de mettre sous les yeux de nos lecteurs une observation détaillée de cette lésion, d'autant mieux qu'il nous sera donné d'y joindre quelques-unes des considérations éminemment pratiques dont M. Maisonneuve ne manque jamais de faire part à ses élèves quand il se présente dans son service quelque cas rare ou intéressant.

Le sujet de cette observation est un jeune homme de dix-huit ans, champignoniste de son état. Le 26 août, ce jeune homme, chez qui des libations un peu trop copieuses avaient surexcité le goût du travail, voulut, quoique ce fût dimanche, descendre dans la carrière où se trouvent les couches à champignons; mais il fallait descendre une échelle longue et presque droite, et son pied n'était pas sûr. Aussi dès les premiers échelons vint-il à trébucher, et fut-il précipité d'une hauteur de quarante-cinq pieds environ dans le fond rocailleux de la carrière. Plusieurs lésions graves furent le résultat de cette horrible chute. On le transporta à l'hôpital Cochin, où M. Maisonneuve l'examina le lundi 27. De nombreuses contusions existaient sur tout le corps; le radius du côté droit est fracturé à sa partie inférieure. Mais la lésion qui présente le plus d'intérêt est celle de la mâchoire inférieure.

Au premier coup d'œil on reconnaît que cette partie présente une déformation notable : 1° le milieu de la lèvre inférieure, au lieu de correspondre à celui de la lèvre supérieure, est dévié d'un centimètre environ du côté gauche; 2° la commissure labiale gauche est abaissée; 3° la première incisive gauche inférieure correspond à deuxième incisive, et même un peu à la canine supérieure du même côté; 4° toute la rangée gauche des dents inférieures déborde en dehors de l'arcade dentaire supérieure du même côté; 5° elle est en même temps sur un plan plus reculé en arrière; 6° dans le rapprochement spontané des mâchoires, les arcades dentaires droites se touchent, tandis que celles de gauche restent écartées d'un demi-centimètre; 7° toutes ces déformations, à l'exception de la dernière (le défaut de contact des arcades dentaires gauches), disparaissent quand on pousse en avant et en haut l'angle gauche de la mâchoire; 8° les doigts portés les uns en dehors, les autres au dedans de la bouche, ne perçoivent aucune mobilité anormale sur le trajet du corps de l'os, ni sur celui de la branche montante, ni au niveau de l'apophyse coronoïde; 9° leur pression ne développe aucune douleur; 10° un gonflement considérable existe au niveau de l'articulation temporo-maxillaire gauche, et empêche d'apprécier avec exactitude l'état du condyle et de son col; 11° les pressions exercées à ce niveau sont fort douloureuses; 12° en faisant exécuter des mouvements à la mâchoire, on perçoit une crépitation évidente, mais qu'il n'est pas toujours possible de reproduire et dont on ne peut pas facilement préciser le siége; 13° on remarque au côté droit du menton les traces d'une contusion violente; 14° l'articulation temporo-maxillaire droite paraît tout à fait intacte; 15° les mouvements spontanés de la mâchoire sont assez faciles et s'opèrent même sans douleur vive.

D'après les symptômes que nous venons d'observer, dit M. Maisonneuve, nous avons évidemment affaire à une fracture du col du condyle gauche de la mâchoire inférieure. Remarquons en effet la déformation de la mâchoire inférieure; cette déformation, caractérisée par l'abaissement de son côté gauche et sa translation en dehors et en arrière, est facile à reconnaître en comparant la position des arcades dentaires supérieure et inférieure; elle indique positivement une lésion dans le squelette des mâchoires. Or, quelle peut être cette lésion? Une luxation? Non; car la déformation, au lieu d'être fixe, peut être réduite à volonté; car le déplacement, au lieu d'avoir lieu par un mouvement de translation en avant et en dedans, a lieu par un mouvement de translation en arrière et en dehors, car les mouvements d'occlusion et d'ouverture de la bouche s'exécutent spontanément. C'est donc une fracture; mais quelle espèce de fracture? Une fracture du corps de l'os accompagnée d'un déplacement aussi considérable se reconnaîtrait immédiatement au chevauchement des dents de la rangée inférieure, à une douleur vive sur un point circonscrit de cette région, à une mobilité anormale produite par une pression exercée en sens inverse sur les deux branches de ce corps. Or rien de cela n'existe, l'arcade dentaire inférieure a toute sa régularité. On n'y reconnaît ni mobilité, ni crépitation; on ne trouve sur le trajet du corps de l'os aucune douleur fixe.

Ce n'est pas non plus une fracture de la branche verticale de l'os; car cette portion de la mâchoire, qui est très accessible à l'exploration directe par les doigts, portés les uns dans la bouche, les autres à l'extérieur, ne trahit aucune douleur, aucune mobilité anormale.

Reste donc le col du condyle. Or c'est précisément à ce niveau qu'existent le gonflement, la douleur, la crépitation, le mouvement anormal. D'autre part, dans les mouvements spontanés ou communiqués de la mâchoire, on ne sent pas du côté gauche le glissement si remarquable du condyle sous l'arcade zygomatique. Puis, si l'on passe en revue chacun des symptômes que nous avons énumérés tout d'abord, on voit que chacun d'eux trouve son explication naturelle et facile dans l'existence de cette fracture du col du condyle gauche de l'os maxillaire inférieur.

On comprend, en effet, comment cet os, n'ayant plus de point d'appui à gauche et en arrière, se trouve entraîné dans ce sens; de là la déviation de la bouche, du menton, de l'arcade dentaire inférieure; de là la disparition de ces phénomènes quand on exerce d'arrière en avant une pression sur l'angle de la mâchoire. De là enfin cette mobilité anormale de l'os, qui semble pivoter sur le condyle du côté droit.

Une fois le diagnostic établi, dit M. Maisonneuve, si nous cherchons à nous rendre compte du mécanisme suivant lequel cette fracture s'est produite, il paraît probable que la solution de continuité a eu lieu par contre-coup. En effet, la région parotidienne gauche, bien que fortement tuméfiée, n'offre aucune trace de contusion externe, la lésion est tout intérieure, et n'a point eu la peau pour intermédiaire; tandis qu'à la partie inférieure et droite du menton, la peau, fortement froissée et contuse, indique qu'une violence considérable a agi dans ce point.

Quant au pronostic, d'après les quelques faits épars dans la science, on voit que cette fracture se consolide assez bien, pourvu qu'à l'aide d'un bandage convenable on repousse en avant l'angle maxillaire. C'est ce que M. Maisonneuve a exécuté au moyen de compresses épaisses placées derrière l'angle de la mâchoire, et soutenues par une fronde.

HOPITAL DE MASSACHUSSETS. — M. WARREN.

Ligature de l'artère sous-clavière gauche pour un anévrisme de ce vaisseau. Déviation remarquable de l'artère et changement important dans ses rapports.

D'après les tableaux curieux publiés par le docteur Norris dans de précédents numéros de ce journal, on voit que, sur 69 cas de ligature de l'artère sous-clavière, 36 opérations réussirent et 33 furent suivies de mort, ce qui fait bien près de la moitié.

Toutes les fois qu'il a été nécessaire de poser une ligature sur l'artère sous-clavière en dehors des muscles scalènes, le résultat a été mortel.

L'observation que je publie aujourd'hui me paraît offrir différents points particuliers d'intérêt, en dehors

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Réclamation de M. le professeur Forget. — Trois saignées blanches. Correspondance.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Je croyais qu'en sa double qualité d'ancien journaliste et d'homme d'esprit, M. le professeur Forget devait doublement aimer l'innocente plaisanterie du feuilleton. Il paraît qu'il n'en est pas tout à fait ainsi; la lettre suivante qu'a provoquée ma correspondance du 21 août prouve pour le moins que le savant confrère a des jours où il voit tout en sombre :

« Strasbourg, 23 août 1849.

» Monsieur le Rédacteur,

» J'ai la conviction, comme tous les philosophes, que la plupart des *dissensions* humaines sont le résultat de quelque malentendu, et je suis certain que l'auteur de votre feuilleton du 21 août regrettera de s'être *égayé* aux dépens d'un pauvre professeur de province, lorsqu'il saura que ces *papillotages*, objet de sa *colère*, sont tout bonnement le témoignage d'un grave devoir religieusement accompli. Je lui suis néanmoins obligé de m'avoir fourni l'occasion d'instruire le public d'un fait dont la divulgation est presque de ma part un acte de vanité : c'est que, depuis quatorze ans que j'ai l'honneur de professer la clinique, je me crois obligé, à l'ouverture de chaque semestre, de consacrer une séance à l'exposition de quelque point de philosophie médicale. De là cette avalanche de *contes sans savoir pourquoi*, car cela donne, de compte fait, *vingt-huit* discours d'ouverture!

» En parlant à mes élèves, en novembre dernier, des *devoirs du médecin*, je n'ai eu la prétention de réformer rien ni personne : j'ai fait une leçon écrite, et voilà tout. Or, cette leçon dormirait encore dans mes papiers si mes élèves n'avaient eu la bienveillante attention d'ouvrir une souscription pour la faire imprimer. Les pauvres jeunes gens n'imaginaient pas glorifier tant de sottises. Cette brochure, annoncée chez Baillière, n'existe même pas dans la librairie parisienne. J'ai cru faire acte de courtoisie en vous l'adressant. Excusez, en faveur du motif, le déplaisir que je vous ai causé : cela ne m'arrivera plus.

» Agréez l'expression des sentiments distingués de

» Votre vieux collaborateur,

» Prof. FORGET. »

Je diviserai en trois catégories les propositions que je trouve dans cette lettre :

Les unes me réjouissent, les autres m'affligent, les troisièmes m'étonnent.

Ce qui me réjouit, c'est d'avoir fourni à notre spirituel confrère l'occasion de faire connaître au public la tendre et généreuse reconnaissance des élèves pour un professeur aimé et digne de l'être; si M. Forget pouvait comprendre combien ma joie est sincère à cet égard, il se repentirait assurément de la menace qu'il me fait en terminant sa lettre de nous priver à l'avenir du plaisir de lire ses productions. C'est là ce qui m'afflige.

Ce qui me réjouit encore, c'est que M. Forget est comme tous les philosophes et que par conséquent il est philosophe; je le savais déjà, mais je ne suis pas fâché de l'apprendre de sa propre plume. Seulement, sans avoir la moindre prétention à la philosophie, je me permettrai de ne pas entièrement partager l'opinion de mon aimable correspondant et de croire que la plupart des *dissensions* et même des *dissentiments* viennent encore moins des malentendus que des intérêts froissés et des amours-propres blessés.

Quant à ce qui m'étonne, le voici :

1° Je m'étonne que notre savant professeur, dont la vaste érudition trahit la plus heureuse mémoire, ait pu écrire que sa brochure n'était pas destinée à voir le jour, qu'elle n'était qu'une leçon écrite, après avoir imprimé ce qui suit à la page 4 de cette brochure même, ainsi que j'avais pris la précaution de le dire dans ma correspondance du 21 :

« Il y a quelque temps, la Société de médecine de Strasbourg décida qu'il serait rédigé une *instruction*, un manuel, une espèce de code que les médecins pourraient consulter à l'occasion des cas litigieux qui fréquemment viennent s'offrir dans leurs rapports avec le public ou avec leurs confrères. C'est dans le but de répondre, pour ma part, au vœu de la Société, que j'ai rédigé ces quelques considérations sur les principaux devoirs du médecin. »

Il me semble que ce n'était pas en laissant sa rédaction dormir dans ses papiers que M. Forget aurait répondu au vœu de la Société de médecine de Strasbourg.

2° Je m'étonne qu'un esprit aussi judicieux que le savant professeur ait cru concourir à l'édification d'un « code que les médecins pourraient consulter à l'occasion des cas litigieux », etc., en recher-

de l'intérêt général qui s'attache à la ligature d'un gros vaisseau, et spécialement de l'artère sous-clavière.

Et d'abord, on peut mettre en première ligne ce fait d'une ligature pratiquée pour une tumeur anévrismale située au-dessus de la clavicule. C'est, à ma connaissance, la première opération de cette nature dont le résultat ait été heureux, les tumeurs anévrismales situées ainsi ayant toujours nécessité l'application d'une ligature entre les scalènes, et le résultat, ainsi que nous venons de le dire, ayant été fatal. Secondement, il faut remarquer qu'on doit peut-être attribuer la possibilité de la ligature sur le côté externe du scalène aux particularités anatomiques existant dans les rapports du vaisseau. Troisièmement, nous ferons remarquer la rapidité avec laquelle la circulation collatérale se rétablit, puisque les pulsations furent senties au poignet vingt-quatre heures après l'opération; enfin, le temps considérable (96 jours) que la ligature mit à tomber, quoiqu'on eût mis en usage tous les moyens prudents pour chercher à l'enlever.

Ces préliminaires posés, nous allons décrire le fait observé.

Miss A., âgée de trente ans, d'une constitution délicate, était très boiteuse de naissance, et avait par suite une double courbure de l'épine dorsale. Elle fut traitée pour la première de ces deux infirmités par le docteur Brown, il y a huit ou dix ans; le pied, après la section des tendons, suivie d'un traitement convenable, fut complétement ramené à sa position naturelle. Dès lors miss A. put marcher facilement et sans le secours d'aucune mécanique. La courbure de l'épine dorsale fut soumise à un traitement semblable, et l'on obtint un résultat aussi heureux.

Par les conseils du docteur Brown, elle vint me consulter au commencement de décembre 1847 pour une tumeur anévrismale, grosse à peu près comme un œuf de pigeon, située juste au-dessus de l'extrémité scapulaire de la clavicule, et elle me raconta les faits suivants :

Quatre mois auparavant, en soignant un frère malade, elle eut besoin de déboucher elle-même une bouteille, et sentit à l'instant même un craquement à l'endroit précisément où parut ensuite la tumeur. Elle n'y fit aucune attention dans le moment; mais peu de temps après elle découvrit un petit gonflement présentant des pulsations bien prononcées. Peu à peu ce gonflement acquit les dimensions indiquées plus haut; les pulsations devinrent très fortes.

Après avoir écouté ce récit et examiné la tumeur, je cherchai à découvrir l'artère sous-clavière dans sa position normale, sous la clavicule, à l'endroit où elle passe sur la première côte. A ma grande surprise, je ne pus trouver aucun grand vaisseau, ni aucune protubérance osseuse répondant au tubercule de la première côte, que l'on prend ordinairement comme guide pour arriver à l'artère dans cette position. J'explorai alors les différentes parties du cou, et j'arrivai enfin à découvrir une grosse artère passant parallèlement au-dessus et à un pouce environ de distance du bord du muscle trapèze. J'opérai la compression à cet endroit, et aussitôt les pulsations de la tumeur cessèrent, aussi bien que celles du poignet. Dès lors, je ne mis plus en doute que ce ne fût bien là l'artère sous-clavière; mais je trouvai bien plus difficile d'expliquer cette anomalie remarquable.

Je cherchai ensuite la première côte, et fus fort surpris de la découvrir, ainsi qu'une partie de la seconde passant obliquement au travers du cou au-dessus de la clavicule. Je parvins ensuite à distinguer l'insertion du muscle scalène antérieur à la première côte; cependant, le tubercule n'était pas assez développé pour être sensible au toucher. Tout le système osseux de la poitrine semblait avoir subi un déplacement : l'épine dorsale et les côtes avaient été comme poussées en haut, tandis que le sternum était porté dans une direction opposée.

En opérant une forte compression sur le vaisseau au-dessus de la tumeur, le bras devint extrêmement douloureux et éprouva de l'engourdissement; et après un nouvel et plus scrupuleux examen, je pus distinguer tout le plexus brachial des nerfs en contact immédiat avec l'artère.

La tumeur grossissant rapidement, il était évident qu'à cause de sa position et le grand danger que pourrait amener un délai, il n'y avait pas de semps à perdre si l'on voulait avoir recours à une opération chirurgicale.

Miss A..., personne de beaucoup de courage et de force de caractère, consentit immédiatement à ce qu'on lui proposa, et l'opération eut lieu le 24 décembre, en présence des docteurs J.-C. Warren, Brown, Buckminster-Brown, Bartlett, de Roscburg, Morland et Slade.

Je fis une incision d'environ deux pouces de long, se dirigeant du bord extérieur et supérieur du muscle sterno-mastoïdien vers l'articulation scapulo-claviculaire, à un pouce du bord du muscle trapèze, me guidant principalement sur les pulsations du vaisseau, puisque les autres signes anatomiques me manquaient. Cette incision divisa la peau et le fascia superficiel. Une seconde incision ouvrit une des branches d'une artère provenant de la vertébrale, qui fut liée. Je rencontrai ensuite un cordon nerveux d'une certaine dimension; puis, à ses côtés, et précisément sur l'artère, une grande veine, probablement la jugulaire extérieure. La veine fut amenée à la partie supérieure de la plaie avec un crochet d'argent, et le nerf fut attiré vers la partie inférieure; cette dernière opération causa au bras une sensation assez douloureuse.

La gaîne du vaisseau fut ensuite ouverte; la membrane celluleuse fut disséquée dans toute la circonférence du vaisseau, puis l'aiguille anévrismale seule fut passée de bas en haut, en raison de la difficulté qu'opposait à son introduction en sens contraire la présence du scalène antérieur qui avait son insertion juste au-dessous de l'artère. L'aiguille rencontra une fois et amena le tronc le plus inférieur du plexus brachial qui était en contact intime avec l'artère. En abaissant l'aiguille et en poussant avec soin la pointe en avant, je parvins facilement à l'insinuer entre ces deux organes. Le fil fut alors introduit dans le chas et la ligature passée. On eut soin de rechercher scrupuleusement si quelque nerf n'était pas compris dans l'anse, ainsi qu'on était porté à le croire d'après la sensation douloureuse ressentie par le bras, lorsque l'on avait pour la première fois tiré la ligature en bas. Mais lorsque la même traction fut faite directement en haut, le patient n'éprouva aucune souffrance; la première sensation douloureuse avait été causée par l'atteinte portée à la portion cervicale du plexus brachial si intimement lié avec le vaisseau.

La ligature fut ensuite nouée et la plaie pansée. Les pulsations du sac anévrismal, aussi bien que celles de l'artère radiale, cessèrent à la fois, et toute apparence de tumeur disparut. Immédiatement après l'opération, la main, le bras de la malade devinrent un peu froids, mais ils reprirent bientôt leur température naturelle.

Le 25 décembre, la malade se trouve tout à fait bien; la nuit a été calme.

Le 26, la malade affirme que les pulsations du poignet gauche ont reparu pendant quelque temps le soir précédent et qu'elles ont disparu ensuite; qu'elles sont revenues encore, mais faiblement, ce matin. Je n'ai rien senti pendant ma visite.

Le 27, elle a un peu souffert par moments d'une douleur dans le bras. Le pouls a été senti une ou deux fois hier par le docteur Buckminster-Brown : il était intermittent.

La plaie s'est réunie par première intention : la malade a ressenti par moments quelques palpitations de cœur.

Le 29, le pouls s'est fait sentir, quoique faiblement au poignet, mais on ne peut le retrouver dans l'aisselle. La place occupée naguère par la tumeur anévrismale présente maintenant une dépression sensible.

Le 2 janvier 1848, le pouls existe constamment au poignet.

Le 14, la ligature existe encore sur l'artère, malgré la traction faite chaque jour par la malade d'après mes conseils. Un certain nombre de gros vaisseaux, ayant leur origine à l'artère sous-clavière, se montrent sur diverses parties du cou : un d'entre eux, probablement l'artère sus-scapulaire, passe directement sur le sac et bat si fort qu'au premier moment on éprouve la crainte d'un retour des pulsations dans la tumeur anévrismale.

Le 30 mars, trouvant une ou deux fois, dans ces deux ou trois dernières semaines, que la ligature du vaisseau ne paraissait pas disposée à se détacher, je l'ai saisie avec la pince, et, retenant fortement l'artère sur la côte, j'ai tordu le fil avec beaucoup de vigueur. J'ai fait cela pour la troisième fois hier, et aussitôt après la ligature s'est séparée, *quatre-vingt-seize* jours après l'opération.

La plaie s'est fermée presque aussitôt.

J'ai vu la malade pour la dernière fois le 14 septembre. A cette époque, elle était tout à fait bien, avait recouvré l'usage de son bras et ne se ressentait aucunement de l'opération à laquelle elle s'était soumise. La tumeur anévrismale avait en grande partie disparu; cependant, il semblait qu'elle contînt encore une sorte de fluide. Immédiatement au-dessus d'elle, se montre un très fort vaisseau artériel que je présume être, ainsi que je l'ai déjà dit, la sus-scapulaire. Il bat très fortement, et donne au premier abord une apparence de pulsation à la tumeur; mais, au moyen d'une manœuvre faite avec soin, on arrive à les séparer l'un de l'autre. Le pouls radial est resté un peu moins fort que dans l'artère correspondante de l'autre côté.

(*The American Journal of the medical sciences.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 septembre 1849. — Présidence de M. Duperrey.

Prophylaxie de la syphilis.

M. Diday lit une note intitulée : *Procédé de vaccination antisyphilitique.*

Après avoir posé en fait qu'on n'a la syphilis constitutionnelle qu'une fois dans sa vie et que cette forme syphilitique se transmet par le sang, l'auteur a pensé qu'en inoculant le sang d'un syphilitique constitutionnel à un sujet sain ou affecté de symptômes primitifs, on pourrait le préserver de symptômes ultérieurs.

Partant de cette idée, M. Diday s'est livré aux expériences suivantes :

« Le 26 juin 1848, je rassemblai tous les malades (ils étaient 16) de l'hôpital qui se trouvaient porteurs de chancres primitifs *récents*, n'ayant actuellement et n'ayant jamais eu *aucun phénomène de syphilis* constitutionnelle. Alors, sur une des périostoses de mon malade tertiaire, je fis une incision n'intéressant que les téguments, qui étaient sains. Puis je pratiquai successivement deux piqûres superficielles à chacun des seize sujets avec une lancette chargée du sang qui s'écoulait de cette plaie. Il fallut l'irriter à plusieurs reprises pour la faire saigner de nouveau, vu l'importance que j'attachais à opérer toujours avec du sang parfaitement fluide. »

L'inoculation fut faite de bras à bras. Tous les malades se soumirent avec confiance au procédé, excepté un seul qui n'y consentit qu'après avoir vu M. Diday s'inoculer lui-même. Les plaies guérirent sans inflammation notable.

De ces malades, visités au bout de six mois par des médecins différents, un seul avait une syphilis consécutive, encore celui-là avait-il un chancre induré quand il fut inoculé (par mégarde).

Quelques-uns des malades ont été vus plus tard encore par l'auteur; ils étaient en bonne santé.

Or, d'après les renseignements statistiques approximatifs, la syphilis secondaire se développe, suivant M. Diday, incomparablement plus souvent qu'une fois sur seize.

D'après ces résultats, M. Diday fait entrevoir l'utilité qu'il pourrait y avoir à inoculer tous les jeunes gens pour les préserver de la vérole pendant toute la vie.

Influence de la vaccine.

M. N. Carnot envoie une note dans laquelle, après avoir rappelé que le nombre des vaccinations égale presque celui des naissances dans le département de la Côte-d'Or, tandis qu'il n'est que de 1 sur 9 dans le département de l'Aveyron, il établit que l'accroissement de la population n'est que de 37 sur 10,000 dans le premier, tandis qu'elle est de 75 sur 10,000 dans le second.

Il trouve aussi que la mortalité est plus considérable depuis 0 jusqu'à 20 ans dans l'Aveyron que dans la Côte-d'Or, et qu'elle est plus considérable à 20 ans et au-dessus, c'est-à-dire pendant la période féconde de la vie, dans la Côte-d'Or que dans l'Aveyron.

M. Carnot voit dans ces résultats les tristes effets de la vaccine.

Choléra.

M. Hossard, d'Angers, adresse un mémoire sur le choléra, dans lequel il cherche à prouver que ce fléau est dû en grande partie à la constitution atmosphérique, et que le gaz oxygène

---

chant dans toutes sortes d'autorités sacrées et profanes si le médecin doit être beau ou laid, bien fait ou difforme, riche ou pauvre, avare ou prodigue, simple ou luxueux, vigoureux ou débile, gras ou maigre, rustre ou poli, sombre ou riant, parfumé ou non, bien ou mal peigné, etc.

Je ne suis qu'un feuilletoniste, mais je crois qu'il y avait une route plus directe et plus sûre pour arriver au but.

3° Je m'étonne qu'un homme aussi attentif que M. Forget ait pu découvrir dans ma lettre, à côté l'une de l'autre, la colère et la gaieté; j'avais cru jusqu'ici qu'on ne pouvait être à la fois sous l'influence de ces deux sentiments; si je me suis trompé, je puis affirmer du moins que la colère s'est tenue bien éloignée de mon cœur pendant que j'ai lu les *Devoirs du Médecin*, et que j'aurais bien mal rendu mes impressions si je leur avais donné la moindre teinte de mauvaise humeur.

4° Je m'étonne qu'un professeur aussi sérieux que M. Forget ne se soit proposé, en faisant une leçon de morale médicale, de réformer rien ni personne, car alors je m'explique difficilement à quoi bon cette leçon : le feuilleton aurait-il dit la vérité en badinant, lorsqu'il a comparé M. Forget contant au rossignol chantant, au poëte rimant, au berger soupirant, etc. ?

5° Enfin, pour en finir, je m'étonne qu'un journaliste aussi exercé, qu'un écrivain aussi consommé que notre spirituel confrère ait pu lire avec tout le sérieux que pourrait exiger le *Novum Organon* ou le *Discours sur l'histoire universelle*, un futile et modeste feuilleton qui ne demande qu'à être oublié quand il réussit à procurer quelques minutes de distraction au lecteur, et à être pardonné quand il n'y réussit pas. Que M. Forget, s'il lui prend fantaisie de parcourir le feuilleton, le lise comme il demande à être lu, et il se convaincra qu'au lieu d'une guerre regrettable, il n'existe et ne peut exister entre le feuilleton et l'éminent professeur qu'un bienveillant échange de services réciproques, l'un fournissant des matériaux que l'autre met en œuvre tant bien que mal, pour la très petite satisfaction de notre maître à tous, le public.

— Pour prouver à l'instant même à notre judicieux et cher confrère que le feuilleton ne conserve pas le moindre atome de bile contre lui, je vais lui soumettre un cas assez litigieux que je ne me permettrai pas de juger moi-même avant de connaître le *code* de la Société de médecine de Strasbourg. Voici le fait :

Au sortir de sa table, qui est ordinairement fort bien servie, un de nos confrères de la capitale reçoit un client qui demande à être saigné sur le champ. Sans trop se formaliser de ce genre de consultation, l'honorable praticien se met en devoir de bander le bras du consultant; il prend la lancette et l'enfonce de deux lignes dans le pli du bras; mais, soit qu'il eût oublié pour un moment l'anatomie du pli du bras, soit qu'il fît un peu sombre dans l'appartement, l'instrument passa à côté de la veine, et le sang ne vint pas. Espérant être plus heureux dans une seconde tentative, le confrère saisit de nouveau la lancette, l'enfonce plus avant que la première fois, et attend en vain le jet rutilant; vain espoir! La seconde saignée est tout aussi *blanche* que la première. Toutefois, le praticien ne se déconcerte pas, et pour sauver la dignité de l'art et sa propre réputation, il plonge une troisième fois dans les chairs le fer chirurgical; mais, hélas! une troisième fois l'événement trompe son attente; la saignée est plus *blanche* que jamais. Une quatrième piqûre était peu proposable; la position de notre confrère devenait très critique, lorsque, avec l'assurance de César parlant au pilote, il apostropha le malade en ces termes :

« Est-ce pour vous jouer de moi que vous venez me demander de faire une saignée quand vous savez que vous n'avez pas une goutte de sang dans les veines?

— » Je vous demande bien pardon, Monsieur; mais je croyais, au contraire, en avoir trop. Je vois bien que je me suis trompé. »

Et le malade se retira satisfait, et même, dit-on, très soulagé de ses étourdissements.

La question litigieuse, pour moi, est de savoir si l'honorable praticien a ou non manqué aux devoirs de la profession en sauvant sa réputation à l'aide d'une repartie aussi spirituelle que peu physiologique. Ce cas n'étant pas prévu dans le *Code* que j'ai entre les mains, je le soumets au jugement du savant professeur de Strasbourg.

— Nous n'avons aucune réponse à faire à notre honorable correspondant Ab... La question du charlatanisme est trop épineuse pour que le feuilleton lui-même ose s'y frotter. Je promets toutefois, à mon estimable confrère, de lui céder la place de mon prochain courrier si la chose est possible.

X...

M. Grellois, médecin ordinaire de 2e classe aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer à l'hôpital militaire de Toulon.

M. Netter, médecin adjoint à l'hôpital militaire de Toulon, est désigné pour les ambulances de l'Algérie.

M. Mottet, chirurgien-major de 2e classe au 6e de ligne, est désigné pour les ambulances de l'Algérie.

M. Hallemès, pharmacien aide-major de 2e classe à l'hôpital d'instruction de Lille, détaché à l'armée des Alpes, est désigné pour le corps expéditionnaire de la Méditerranée.

M. Robaglia, pharmacien aide-major de 2e classe à l'hôpital d'instruction de Metz, est désigné pour le corps expéditionnaire de la Méditerranée.

y joue le plus grand rôle, ainsi que le plus ou moins d'humidité en suspension dans l'air.

Le raisonnement, basé sur d'assez nombreuses expériences, dit l'auteur, m'a conduit à conclure que le choléra est bien moins une maladie que la conséquence de la débilitation générale dont tout le monde a été atteint dans ces derniers temps de mortalité. M. Hossard ajoute qu'il a trouvé pour lui et pour les personnes qui l'environnaient, dans l'emploi du café pur comme tonique, du sucre surtout comme absorbant et échauffant, et du vin rouge comme astringent, fortement sucré toutefois, un remède certain contre les prodromes du choléra, et dans l'inhalation de l'oxygène pur un agent puissant de réaction quand le mal a atteint sa plus grande période d'intensité. L'auteur regarderait, en un mot, l'affection qui porte aujourd'hui la terreur partout comme peu inquiétante au fond, si l'on savait recourir de suite aux toniques et aux moyens propres à surexciter la vitalité, et si le gouvernement surtout, encourageant les recherches et les essais, faisait disposer, dans les hôpitaux et au milieu des grandes cités, des pièces très closes destinées à recevoir les cholériques et à faciliter l'inspiration de l'oxygène pur, et s'il retirait préalablement une partie des impôts qui grèvent le sucre, etc.

Terminaison du système vasculaire.

M. le docteur Mauro Rusconi, de Pavie, adresse, à l'occasion des doutes qu'a soulevés son Mémoire sur la circulation, quelques considérations nouvelles sur ce sujet, ayant spécialement pour objet de répondre à cette question : Les vaisseaux lymphatiques communiquent-ils directement avec les veines ? L'auteur répond que jusqu'à présent il a toujours vu que les artères se continuent avec les veines, et que les vaisseaux lymphatiques forment un réseau à part, dont les mailles communiquent avec les capillaires sanguins d'une manière indirecte, c'est-à-dire par leur porosité. Ayant injecté les vaisseaux lymphatiques selon une nouvelle méthode, dit-il, j'ai vu mainte et mainte fois que la matière de l'injection avait passé dans les veines ; mais après un examen attentif, je me suis assuré que ce passage avait eu lieu en conséquence d'une lacération.

La matière injectée dans le canal thoracique passe très facilement, chez les taupes et chez les couleuvres, dans l'oreillette droite ; mais chez les salamandres et les grenouilles, il n'a jamais réussi à faire passer directement cette matière ni dans les veines sous-clavières, ni dans les autres veines. Cependant chez les grenouilles il a vu tout récemment que la matière de l'injection passe dans les veines par endosmose.

Sueur visqueuse des cholériques.

Nous donnons aujourd'hui le résumé d'une note présentée par M. Doyère dans une des dernières séances, et que nous n'avions pu nous procurer à temps pour en faire l'analyse dans le compte-rendu de la séance où elle a été présentée.

M. Doyère a reconnu que, sur quatre malades atteints du choléra, la sueur visqueuse recueillie avec soin sur le front, les joues, les bras, les avant-bras, renfermait une substance capable de réduire les composés de cuivre en réactif de M. Bareswill, à la manière du sucre de fruits.

Cette matière est-elle du sucre ? C'est ce que l'on ne pourra savoir qu'après des épreuves plus décisives, sur lesquelles M. Doyère appelle l'attention des observateurs.

La sueur non visqueuse, le sérum du sang, n'ont pas produit de réduction, l'urine et les selles non plus.

Le liquide vomi par une malade, qui n'avait pris que de l'eau de Seltz, a fourni un précipité assez abondant.

La sueur visqueuse a été recueillie avec des pelottes de coton en cardes humectées d'eau distillée, avec lesquelles on lavait les places humectées de sueur visqueuse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 juillet 1849. — Présidence de M. Fouquier.

M. Belhomme fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *Influence des événements et des commotions politiques sur le développement de la folie.*

— M. Lucien Boyer fait hommage d'un mémoire intitulé : *Deux opérations de cataracte exécutées par le procédé d'abaissement* (répulsion angulcuse du cristallin) *proposé par l'auteur.*

— M. Serrurier lit à la Société les deux observations suivantes :

Messieurs, outre l'épidémie cholérique, quelques cas de suette se sont manifestés, dont voici deux exemples :

Chez deux dames auprès desquelles j'ai été appelé, abstraction faite des signes caractéristiques du choléra, les phénomènes suivants ont prévalu :

Douleurs aiguës à la tête, face vultueuse, chaleur vive, envies de vomir fréquentes, mais sans résultats, suspension des urines ; douleurs plus généralement abdominales, quoique parfois sensibles aux jambes et particulièrement au centre des mollets ; pouls élevé, nerveux, irrégulier, langue sèche et ramassée pour ainsi dire sur elle-même ; soif intense, et bientôt apparition d'une sueur abondante répandue seulement depuis la tête jusqu'au commencement des extrémités inférieures, dont la chaleur n'était pas en comparaison avec celle du corps ; pas d'évacuations alvines, anxiété vive des malades sur la crainte d'être atteintes du choléra.

Cette sueur excessive ne me paraît pas devoir être traitée autrement que par un régime tendant à modérer la sueur, en évitant de l'exciter ou de l'entretenir au delà des indications prescrites pour le bien-être des malades.

Je n'insistai pas sur les diaphorétiques, et, conservant un juste milieu, je fis couvrir mes malades de manière à n'entretenir chez elles qu'un degré supportable de chaleur ; je conseillai un courant d'air libre, m'écartant en cela du conseil de Sennert, qui défendait expressément le contact de l'air à ses malades, ne leur permettant pas de sortir le bras hors du lit pour l'examen du pouls : « *Nec manum pulsus explorandi gratia exserere.* » Sennert, chap. XV.

Je prescrivis pour toute boisson une infusion de chiendent et tilleul avec addition de sirop de cerise.

Cette affection m'a paru tenir plutôt à la suette des Picards qu'à la suette anglaise proprement dite. En effet, une de mes malades a éprouvé les premiers symptômes qui signalent cette suette : douleur dans l'un des côtés de la poitrine, se prolongeant au dos ou à l'épaule ; douleurs vives à la tête, puis à la poitrine ; courbature, abattement des forces et soif ardente.

Ce qui aurait pu induire en erreur relativement au choléra, c'est que les urines, indépendamment de leur rareté, étaient blanches et sans consistance. La sueur alors était extrême et les malades éprouvaient également une faiblesse extraordinaire.

Outre la boisson de chiendent et tilleul sucrée avec le sirop de cerise, je prescrivis pour le soir 12 décigrammes de thériaque.

Les accidents de sueur durèrent quarante-huit heures avec la même intensité et sans autres symptômes de complication. Le troisième jour, le pouls baissa et reprit insensiblement son rhythme naturel. Les malades étant très faibles, je donnai un léger bouillon de poulet pris à une douce température ; le mieux marcha rapidement et les malades étaient en pleine convalescence du sixième au huitième jour. Les éruptions partielles survenues sur diverses parties du corps disparurent et se terminèrent par une légère desquamation.

J'ai eu dans cette circonstance l'occasion de remarquer l'influence de la peur cholérique sur ces deux personnes, qui se croyaient perdues ; aussi mon attention s'est-elle également fixée à tranquilliser leur moral, et à les assurer que l'affection dont elles étaient atteintes serait de peu de durée et les garantirait du véritable choléra. Cette dernière pensée les rassura et leur donna toute confiance dans le traitement bien simple que je leur avais rigoureusement prescrit.

Mes honorables confrères ont dû remarquer avec moi l'influence que la peur a dû exercer sur un grand nombre de personnes atteintes seulement des premiers symptômes d'une cholérine, qui, aggravée par la peur, a contribué avec rapidité aux accidents mortels du choléra ; ajoutez à cela les inconséquences de certaines autres qui, regardant comme illusoires les précautions à prendre dans le principe, ont été aussi rapidement enlevées par les progrès du mal arrivant tout à coup à son summum d'intensité.

Je laisse à la sagacité de mes honorables confrères de regarder comme vraie ou comme apocryphe la remarque que j'ai faite et que j'avais eu occasion de faire à l'époque de la première invasion du choléra en 1832.

Les hirondelles m'ont paru avoir en grande partie abandonné leur domicile pour se mettre à l'abri de l'influence cholérique. Cette remarque n'avait pas échappé déjà à plusieurs de nos confrères ; quant à moi, je crois devoir en être convaincu. D'ailleurs pourquoi n'en serait-il pas dans cette épidémie comme dans celle de 1550 en Angleterre, à la suite de laquelle on trouva une grande quantité d'oiseaux morts ? On dit même que, cette particularité ayant excité la curiosité et nécessité des recherches, on découvrit que chez la plupart il existait sous les aisselles de petits dépôts de la nature de ceux qui se développaient dans les fièvres pestilentielles.

Jusqu'à ce que nous soyons plus instruit sur la nature du choléra, nous dirons que nous sommes porté à croire qu'une influence atmosphérique s'exerce nécessairement dans cette circonstance sur les individus, en plus ou en moins, selon leur disposition constitutive et que les accidents plus ou moins funestes sont relatifs aux habitudes de la vie extérieure des uns et de la vie morale plus ou moins impressionnable des autres.

M. Thore a distingué deux espèces de choléra. L'une antérieure à l'apparition du choléra asiatique, dont il a vu plusieurs cas sur les journaliers qui viennent chaque année de la Normandie chercher de l'occupation aux environs de Paris. La maladie présentait tous les caractères du choléra asiatique ; mais dans aucun cas elle ne marchait avec l'effrayante rapidité de ce dernier, et la mort en était rarement la conséquence. Ces faits remontent à 1825.

M. Duhamel dit avoir à sa connaissance cinq cas de choléra antérieurs à 1832, dont un à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. Récamier.

On a déjà dit que certains malades étaient morts sans avoir eu d'abondantes évacuations ; j'ai vu un fait de ce genre. Une femme de trente ans est prise à midi, sans symptômes prodromiques, sans diarrhée ni vomissements ; dès une heure la cyanose se manifestait, et la malade succombait à deux heures, n'ayant eu que quatre à cinq évacuations.

M. Duperthuis pense que ces faits ne sont pas rares. Les évacuations ne sont jamais la cause de la mort, et l'on parvient aisément à les suspendre.

M. Duperthuis demande à communiquer un fait de contagion du choléra. Une nourrice est atteinte du choléra, on lui retire son enfant ; dès lors ses seins se gonflent. On cherche d'abord à les téter à l'aide d'une pipe, et l'on n'extrait qu'une sérosité semblable à la matière des vomissements. Ce moyen restant insuffisant pour dégorger les seins, on fait téter un jeune chien, qui, dans la soirée, est pris de convulsions et d'évacuations analogues à celles du choléra, et succombe dans la soirée ; tandis que la malade était déjà en voie d'amélioration sous l'influence d'un traitement composé d'un liniment (huile camphrée, ammoniaque, essence de térébenthine, teinture de cantharides) et des excitants intérieurs (café et sulfate de quinine).

M. Fouquier. L'idée de la contagion n'a pas eu le moindre crédit en 1832 ; on n'y a pour ainsi dire pas songé, et vous remarquerez qu'il n'en a pas été question cette année avant l'époque où le choléra est parvenu à son summum d'intensité.

M. Tanchou. Le choléra est antérieur à l'épidémie. Nous en avons vu une épidémie en 1825 présentant les mêmes caractères, mais avec beaucoup moins d'intensité ; c'est sa gravité qui constitue aujourd'hui son caractère spécial ; cependant je n'ai vu aucun cas foudroyant, c'est-à-dire absolument exempt de prodromes. J'ai toujours retrouvé dans les antécédents quelques circonstances auxquelles on pouvait rapporter l'invasion de la maladie ; un aliment, une boisson froide ou indigeste, pris intempestivement, devenaient l'occasion du développement de la maladie. La contagion, dont il n'était pas question en 1832, a paru plus évidente en 1849 ; et, sans croire à la contagion, je crois à la transmission du choléra. Quant aux évacuations dont parlait M. Duhamel, je pense avec M. Duperthuis qu'elles ne sont point le symptôme redoutable dès qu'on s'en rend maître aisément ; aussi n'ai-je pas hésité à donner des vomitifs et des purgatifs à mes malades.

M. Terrier. L'assertion émise au sujet des évacuations ne me paraît pas exacte. Il s'en faut de beaucoup qu'on puisse se rendre maître aisément des évacuations ; calmées un instant par l'opium ou les antispasmodiques, elles reparaissent bientôt avec plus de force, et les évacuations alvines en particulier, presque continuelles, passent inaperçues pour les personnes qui entourent les malades et pour le malade lui-même, occupés surtout des symptômes graves qui se manifestent du côté de l'innervation et de la circulation. Aussi le cas cité par M. Duhamel me paraît un cas remarquable, parce qu'il n'en existe réellement qu'un petit nombre. Si on donne les vomitifs et les purgatifs, c'est presque toujours dans le but d'arrêter les évacuations alvines et les vomissements naturels, après les avoir provoqués artificiellement, et suivant les mêmes principes qui font prescrire avec succès les purgatifs salins dans la dysenterie.

M. Masson est d'avis qu'on peut impunément donner les vomitifs et les purgatifs. Le choléra existait sans doute avant 1832, mais sans ces caractères si tranchés de cyanose, et surtout ne présentant pas ces évacuations toujours exemptes de bile et semblables à une décoction de riz au fond de laquelle sont comme des grumeaux blanchâtres. Le choléra nostras est au contraire essentiellement bilieux. J'ai vu plusieurs cas où les crampes et le refroidissement se sont manifestés et ont persisté même longtemps avec éructations, sans qu'il y eût vomissements ni diarrhée. Ce qu'il y a eu de plus remarquable dans cette épidémie, est la multiplicité des complications graves qui ont accompagné la réaction.

M. Belhomme, sans insister sur la question de contagion, cite l'observation d'un enfant pris du choléra après avoir tété une nourrice qui a succombé à la maladie ; cet enfant, convalescent, est conduit près d'autres enfants dans un autre quartier, et l'un d'eux est immédiatement pris par la maladie et succombe.

Quant à la mort des petits chiens dont parlait M. Duperthuis, j'ai entendu dire dans une autre société que le lait d'une femme devenait souvent une cause de mort pour les jeunes chiens qu'on faisait téter.

M. Thore croit pouvoir attribuer ce fait, qu'il a lui-même observé plusieurs fois, à la gourmandise des petits chiens, qui en boivent une trop grande quantité. Il se souvient avoir fait téter les seins engorgés d'une jeune femme par un enfant bien portant, qu'il en prit une si grande quantité qu'il tomba malade.

M. Guersant croit qu'il convient ici de faire la part des différentes conditions où se trouve la femme que l'on fait téter par les petits chiens. Tantôt la femme est récemment accouchée, et le collostrum qui domine dans le lait le rend purgatif. Tantôt la femme est atteinte d'une affection aiguë, tantôt d'un abcès au sein. Or, dans tous ces cas, le lait acquiert nécessairement des propriétés plus ou moins malfaisantes. Dans le cas d'abcès au sein, toutefois, il faut distinguer les cas où le pus vient de l'intérieur de la glande et se mêle au lait, et ceux où le pus, extérieur à la glande, ne se mêle pas au lait et n'est plus malfaisant pour l'enfant.

M. Pertus croit qu'il faut aussi, dans ce cas, tenir compte de la difficulté et des efforts des petits chiens pour extraire le lait dans le cas où on les emploie pour dégorger les seins.

M. Léger. La question de la contagion est une question brûlante, qui effraie les populations tant qu'elle reste douteuse ; on doit la taire et même la combattre. Les faits en faveur de la contagion seront toujours contestables, et ceux en faveur de la non-contagion toujours plus probants. Aujourd'hui qu'on veut en faire une question à l'ordre du jour, je rappellerai un fait de 1832, que j'ai déjà cité bien des fois. Une nourrice jeune, belle et bien conformée, est atteinte du choléra le mieux dessiné, avec évacuations, refroidissement, crampes et cyanose complète ; elle continue à faire téter son enfant, qu'on ne parvient à lui enlever que dans le temps où, tout à fait abattue, le sentiment maternel, comme tous les autres, avait disparu. Après quarante-huit heures d'intervalle, revenue dans un état plus satisfaisant, on est obligé, sur ses instances, de lui rendre cet enfant. La mère guérit, et l'enfant est aujourd'hui un beau jeune homme de dix-huit ans.

Une observation fort intéressante est celle de la recrudescence du choléra dont j'ai vu plusieurs cas. J'ai vu aussi plusieurs malades succomber sans prodromes. Les crampes m'ont paru moins générales qu'en 1832.

M. Belhomme ne dit pas que le choléra soit contagieux ; mais il ne voit pas pourquoi, si le choléra est contagieux, on le dissimulerait. La peste est contagieuse, et l'on ne manque jamais de personnes dévouées pour soigner les pestiférés.

M. Léger. M. Belhomme s'avance trop sur la question de la contagion en général. Non-seulement la question de la contagion n'est pas jugée pour le choléra, mais elle est encore loin de l'être pour la peste, et je répète que, soutenir légèrement la question de la contagion alors qu'on n'en a pas la preuve irrécusable, est une chose dangereuse.

M. Coursserant pense qu'une des causes de propagation est le dérangement fonctionnel déterminé par la frayeur qui se répand sur les populations quand le choléra vient à frapper quelques personnes d'une localité.

Dr Louis Terrier, *secrétaire annuel.*

Revue thérapeutique.

De la belladone contre l'incontinence d'urine.

M. le docteur Cauvin, médecin à Broc, communique à un journal la note suivante :

Je fus consulté au mois de mars dernier pour une jeune fille âgée d'environ sept ans, atteinte depuis quatre ans et demi à cinq ans d'une incontinence nocturne, et souvent diurne, d'urine, suite d'une anasarque.

Je prescrivis, comme on le conseille, l'usage des pilules composées chacune d'un centigramme de poudre et d'un demi-centigramme d'extrait de belladone, à prendre tous les soirs pendant une semaine en se couchant. Pendant la seconde semaine on devait en prendre deux le soir, et pendant la troisième semaine, une le matin en se levant, et deux le soir.

Les deux premières semaines se passèrent sans amélioration sensible, mais la troisième m'offrit un grand amendement des accidents. Je fis insister pendant encore deux semaines sur la prescription de deux de ces pilules par jour, tant pour obtenir la suspension complète des accidents que pour en prévenir le retour, ce qui n'a pas manqué.

Depuis, cette jeune fille, de triste qu'elle était, est devenue gaie et tout à fait bien portante.

Méthode pour rendre les substances incombustibles.
Par M. R.-A. Smith.

Après avoir songé à introduire dans le bois des substances dégageant des gaz non inflammables, et tendant par leur action à éteindre le feu, l'auteur a considéré l'acide sulfurique comme le corps lui paraissant réunir le plus de chances de succès. Pour employer cet acide on le sature avec de l'ammoniaque ; on imprègne le bois de ce sel, et après une humectation suffisante il devient incombustible.

M. Smith croit qu'au moyen de cette solution de sulfate d'ammoniaque on pourrait construire des navires incombustibles, et qu'on en tirerait un grand avantage dans la construction de fabriques exposées à de fréquents incendies, pour lesquelles les frais d'assurances sont très élevés.

Procédé pour préparer le liparolé de peuplier composé ;
par M. Louis Debauque, pharmacien.

Profitant de la publication de M. Lebourdais sur l'obtention des produits immédiats des végétaux (1), M. Debauque a imaginé de préparer la pommade de peuplier ainsi qu'il suit :

Bourgeons de peuplier.
Graisse de porc.

(1) *Journal de Chimie médicale*, 1849, t. V, 3e série, p. 4.

Faire digérer jusqu'à ce que les bourgeons aient cédé à la graisse leur résine balsamique. En employant les bourgeons récents, il faudrait faire digérer jusqu'à dissipation de l'humidité.

On filtre convenablement et on conserve ce produit.

Les plantes narcotiques étant parvenues à leur maturité, prenez :

Plantes narcotiques......... quantité voulue.

Réduisez-les en pulpe et extrayez-en le suc ; reprenez le résidu par l'eau distillée bouillante et soumettez-le de nouveau à la presse. Réunissez les liqueurs et incorporez-y du charbon animal lavé et traité préalablement par l'acide chlorhydrique ; faites chauffer le tout en remuant jusqu'à l'ébullition ; filtrez et faites sécher le précipité à une douce chaleur ; puis faites-le infuser peu de temps avec la pommade de bourgeons. En filtrant, on obtient le liparolé de bourgeons de peuplier composé.

Note sur la préparation du vin diurétique amer de la Charité ;
Par M. Foy.

Le *vin diurétique amer* de la Charité, ou *vin scillitique amer* du Codex, a l'inconvénient de se troubler après quelques jours de préparation, bien que sa limpidité ait été rendue parfaite par la filtration. A quoi tient cet inconvénient, si désagréable pour les malades ? C'est ce que M. Foy a cherché à résoudre.

Les expériences qu'il a tentées dans ce but lui ont démontré que la quantité d'alcool renfermée dans la proportion de vin employée à cette préparation est insuffisante pour dissoudre complétement les matières résineuses et essentielles qui se trouvent dans les végétaux entrant dans la composition de ce diurétique, et qu'une addition de 125 grammes d'alcool à 33° paraît nécessaire pour assurer la transparence à ce médicament.

Des préparations manganésiennes appliquées en thérapeutique.
Par M. Hannon.

Nous avons fait connaître au commencement de cette année les recherches de M. Hannon sur les applications thérapeutiques du manganèse et sur l'utilité de sa présence dans le sang ; nous avons reproduit et discuté les observations les plus remarquables qu'il rapportait à l'appui de son opinion. Sans attacher, quant à présent, la même importance que notre savant confrère aux préparations manganésiques, nous pensons cependant qu'elles méritent d'être expérimentées, et nous croyons devoir faire connaître celles de ces préparations qu'emploie M. Hannon, ainsi que le mode de préparation qu'il préfère.

Les travaux récents de M. Hannon tendent à faire figurer dans le cadre de la matière médicale les préparations de manganèse qui n'étaient pas encore employées en thérapeutique.

Les préparations pharmaceutiques dans lesquelles l'auteur a fait entrer le manganèse sont les suivantes :

Oxyde manganeux.

Cette préparation, qui est meilleure quand elle a été obtenue par voie humide, doit être faite au moment où l'on veut s'en servir. Le meilleur mode de prescription consiste à ajouter à 30 grammes de sirop simple 2 grammes ou 4 grammes de l'hydrate préparé, auquel on joint une émulsion huileuse pour éviter plus sûrement le contact de l'air.

Carbonate manganeux.

Ce carbonate, qui est une excellente préparation de manganèse, s'obtient en décomposant 17 grammes de sulfate de manganèse pur et cristallisé par 19 grammes de carbonate de soude, et en ayant soin de dissoudre les deux sels dans une quantité d'eau convenable, et additionnée de 1 gramme de sirop par 17 grammes de liquide. On laisse déposer, on décante, on lave avec de l'eau sucrée et on fait égoutter sur une table imprégnée de sirop de sucre ; on exprime, on mêle avec 10 grammes de miel, on évapore rapidement à l'abri du contact de l'air, jusqu'à consistance d'extrait pilulaire. On fait des pilules de 20 centigrammes avec quantité suffisante de gomme. Le sucre et le miel s'opposent à la transformation du carbonate manganeux, qui est très soluble dans les acides de l'estomac, en carbonate manganique, qui l'est très peu.

La dose est de 2 à 10 pilules par jour dans les chloroses où le fer n'a pas réussi.

Un excellent moyen pour empêcher la suroxydation du carbonate manganeux dans ces pilules consiste à ajouter à la masse pilulaire du charbon végétal récemment préparé. Ce charbon absorbe l'acide carbonique qui se dégage par suite de la suroxydation instantanée d'une partie de l'oxyde manganeux du carbonate. Il permet au pharmacien de confectionner les pilules sans difficulté et promptement. Ce charbon rend inutile l'emploi du mucilage qui ne contribue qu'à augmenter la dureté qu'acquiert déjà par lui-même ce genre de préparation. Le charbon empêche l'altération des pilules, parce que les pores obstrués par l'acide carbonique qui s'est dégagé de l'intérieur s'opposent à l'action de l'oxygène de l'air.

Malate neutre de manganèse.

Ce sel se prépare en traitant le carbonate de manganèse par l'acide malique. La dose est de 10 à 20 centigrammes en pilules.

Un grand avantage des préparations de manganèse sur celles de fer, c'est que l'on peut ajouter aux premières des toniques qui sont incompatibles avec les secondes ; ainsi, le tannin et les substances qui en renferment peuvent être mélangés aux pilules de malate de manganèse sans aucun inconvénient.

Sirop de malate de manganèse.

Sirop de sucre............	500 grammes.
Malate manganeux............	30 —
Mêlez, aromatisez avec alcoolat de citron..	8 —

30 grammes de ce sirop contiennent 1gr,45 de malate de manganèse.

Pilules de malate de manganèse.

Malate de manganèse............	1 gramme.
Poudre de quinquina............	1 —
Miel............	Q. S.

Pour 20 pilules.

Tablettes de malate de manganèse.

Malate de manganèse............	10 grammes.
Sucre............	120 —
Mucilage de gomme adragante..........	Q. S.

F. S. A. des tablettes du poids de 5 décigrammes. Elles contiennent chacune 5 centigrammes de sel.

Pastilles de malate de manganèse.

Malate de manganèse............	30 grammes.
Essence de menthe poivrée............	1 —
Sucre............	500 —
Eau distillée de menthe poivrée.........	Q. S.

F. S. A. des pastilles à la goutte de 5 décigrammes. On les prescrit à la dose de 4 à 5 dans les 24 heures, contre les anémies que le fer n'a pas guéries.

Tartrate manganeux.

On prépare ce sel soit en traitant le carbonate manganeux par une solution d'acide tartrique, soit en décomposant une solution de tartrate de soude par une solution de sulfate manganeux. Il peut remplacer le malate dans toutes les préparations qui viennent d'être indiquées ; il sert à préparer un sirop qui jouit de propriétés excessivement toniques, et que l'on compose de la manière suivante :

Sirop de Tolu............	500 grammes.
Extrait de ratanhia............	10 —
Tartrate manganeux............	10 —

Ce sirop s'administre à la dose de 4 à 5 cuillerées par jour.

Phosphate manganeux.

On obtient ce composé en versant goutte à goutte une solution de phosphate de soude dans une solution de sulfate manganeux, filtrant, recueillant le précipité, le desséchant et le conservant dans des flacons bien bouchés. On peut l'employer, comme le phosphate de fer, contre les affections cancéreuses.

Pilules de phosphate manganeux.

Phosphate manganeux............	10 grammes.
Poudre de quinquina............	10 —
Sirop de cachou............	Q. S.

Pour faire des pilules de 20 centigr.

Sirop de phosphate manganeux.

Phosphate manganeux............	2 grammes.
Sirop de Tolu............	100 —
Sirop de quinquina............	150 —
Alcoolat de citron............	100 —
Gomme adragante pulvérisée............	50 centigr.

Il est essentiel que l'opération se fasse promptement, et que le produit soit conservé dans un flacon bien bouché.

CORRESPONDANCE.

Hypertrophie de la rate dans les fièvres intermittentes.

Monsieur le rédacteur,

Pendant mon séjour à Paris, j'ai suivi assidûment la clinique de M. Piorry, et j'ai été témoin des services rendus par ce professeur à la science du diagnostic, spécialement par l'application du plessimètre à l'examen des organes. Cet instrument a mis en évidence l'augmentation habituelle du volume de la rate dans les fièvres intermittentes, et la diminution en quelques minutes de ce volume sous l'influence de l'alcoolat de quinine.

Aux yeux du professeur, la rate, siége de la fièvre intermittente, serait alors un organe hypertrophié. Mais il me semble qu'en anatomie pathologique, hypertrophie signifie augmentation moléculaire des fibres d'un organe, sans lésion ou altération autre. Dès lors, comment la rate hypertrophiée pourrait-elle revenir à son état normal en quelques minutes, par l'usage de la quinine ?

Frappé de cette idée, je résolus, en revenant dans ma patrie (Malte), d'observer avec beaucoup d'attention les nombreux cas de fièvres intermittentes qui se présentent, soit chez les habitants de l'île, soit chez les personnes qui reviennent de la côte d'Afrique et de la Sicile. J'ai été assez heureux pour recueillir un grand nombre de faits, qu'il serait trop long de vous rapporter ici, et je viens vous communiquer seulement le résultat général de mes observations et les conséquences que j'en ai tirées.

Il est vrai que la rate augmente de volume avec les fièvres intermittentes ; il est vrai encore que l'emploi de la quinine diminue en quelques minutes le volume de cet organe ; mais je ne puis admettre qu'il y ait hypertrophie dans ces cas.

En effet, chez certains malades, la rate revient à son état normal quand les fièvres intermittentes disparaissent, et son volume augmente de nouveau quand il y a rechute. Dans les cas, au contraire, où la rate est réellement hypertrophiée, les fièvres intermittentes cèdent à l'usage de la quinine, mais l'hypertrophie reste. C'est ce que j'ai pu constater par l'autopsie, chez des individus qui, ayant souffert des fièvres intermittentes et en étant guéris depuis longtemps, ont succombé à toute autre maladie. Un interne de M. Piorry a injecté de l'alcoolat de quinine à des chiens non malades ; on les a ouverts de suite et l'on a trouvé la rate diminuée de volume, comme dans un état de contraction nerveuse. Si la quinine agit sur la rate à l'état sain, comme l'ont démontré les expériences de MM. Pagès et Piedagnel, ne faut-il pas attribuer cette action à l'influence du médicament sur le système nerveux ? S'il en était autrement, il faudrait, ce me semble, que ce médicament agît de la même manière sur tous les autres organes de même nature que la rate. Aussi, à mes yeux, l'augmentation du volume de ce viscère n'est que l'effet des fièvres intermittentes et non la cause. Le siége du mal n'est pas dans cet organe, mais dans le système nerveux. Et, comme personne ne peut contester l'heureuse application de la quinine aux maladies de ce système, il n'est pas étonnant que la quinine diminue si vite le volume de cet organe.

M. Piorry a dit que les lésions de la rate seule peuvent amener des fièvres intermittentes ; dans ce cas elles ne peuvent être expliquées, selon moi, que par une réflexion des filets nerveux de la rate sur le ganglion semi-lunaire.

Loin de nier la vérité des faits avancés par M. Piorry, je déclare que j'ai vu presque constamment l'augmentation du volume de la rate coïncider avec les fièvres intermittentes, et la diminution de ce volume suivre l'usage de la quinine ; mais l'explication qu'il a donnée sur l'état d'hypertrophie est en contradiction telle avec les faits que j'ai observés, qu'elle me paraît inadmissible. Partageant donc l'opinion de Franck, de Nepple, de MM. Rayer, Brachet, Bouillaud, etc., je crois que le siége des fièvres intermittentes est dans le système nerveux et non dans la rate ; et que l'état érectile de cet organe dans les fièvres explique seul l'action presque immédiate de la quinine sur lui.

Quoique d'autres médecins aient sans doute déjà fait ces observations, je crois bon de vous faire connaître le résultat de celles que j'ai pu faire moi-même avec la plus scrupuleuse attention.

Agréez, etc., F. Micaleff, d.-m.,
Médecin-chirurg. adj. à l'hôp. de Malte.

Malte, le 11 août 1849.

Nouvelles du choléra.

Le choléra, qui semble enfin arriver à Paris à une décroissance assez marquée, est loin de suivre la même voie sur plusieurs points fort divers de la France.

Ainsi notre correspondance nous apporte des nouvelles d'Orléans, où l'épidémie recommence à sévir ; de Strasbourg, où elle n'avait pas encore paru et où depuis une dizaine de jours elle a fait plusieurs victimes ; des environs de Nanci, où elle a décimé d'une cruelle façon plusieurs communes et, entre autres, celle d'Hanaucourt ; de l'arrondissement d'Angers, où dans la seule commune de Beaulieu elle a enlevé un tiers de la population ; et enfin de Marseille, qui compte par jour près de 40 décès.

Angleterre. — L'épidémie continue à Londres sa marche croissante. La mortalité cholérique, qui avait atteint dans la semaine finissant le 24 août le chiffre de 1,272, est arrivée au chiffre de 1,663 dans la semaine qui s'est terminée le 1er septembre. C'est une mortalité de 240 par jour. Le 23 août, M. Aston Key, chirurgien de l'hôpital de Guy, l'un des hommes les plus distingués de la profession, a succombé en peu d'heures à une violente attaque de l'épidémie.

Irlande. — A Dublin, il est mort dans les divers hôpitaux, depuis le 28 août jusqu'au 3 septembre inclusivement, 512 cholériques sur 1,048 qui ont été admis.

Notre honorable confrère M. le docteur Retif, depuis trente ans médecin de l'hospice de Sens, vient d'être décoré de la Légion-d'Honneur par les mains du président de la République.

On s'occupe beaucoup dans le monde médical de la découverte du Narcontine, procédé simple pour guérir les maux de dents radicalement et sans douleur, inventé par M. Benoist, de Wissembourg, médecin-dentiste, passage Véro-Dodat, 33, et déposé, dit-on, par lui, suivant la loi, pour en prévenir toute contrefaçon.

En rendant désormais inutile l'opération de l'extraction, toujours si redoutée et toujours douloureuse (même au moyen de l'éthérisation, qui dans les mains de certains praticiens n'est pas sans danger), M. Benoist, déjà avantageusement connu par ses *dents et dentiers inoxydables*, a acquis un titre de plus aux sympathies que lui témoigne le public depuis quelque temps.

Paris, — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 13 SEPTEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 107.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS.	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER. . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 12 SEPTEMBRE 1849.

Bulletin du choléra.

La progression décroissante que nous avions signalée dans notre dernier numéro n'a malheureusement pas suivi son cours; la marche de l'épidémie a même éprouvé une légère oscillation en sens contraire. Mais cette oscillation, tout du moins porte à le croire, n'aura pas de suites, et il est infiniment probable que la décroissance continuera pendant le mois de septembre jusqu'à l'entière extinction de la maladie. La mortalité de la ville, réunie à celle des hôpitaux civils et militaires, s'élève à peine à 50 décès par jour.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

	Entrées.	Décès.
HOPITAUX CIVILS : Journée du 10 septembre...	43	20
— 11.........	50	20
HOPITAUX MILITAIRES pendant les deux jours.....	5	2
Total.....................	98	42

Total des décès dans les hôpitaux.............	7778
Total des décès à domicile jusqu'au 31 août......	10310
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie..............	18088

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Robert a eu aujourd'hui tous les honneurs de la séance, à laquelle il a su donner le plus vif intérêt. Il ne pouvait guère inaugurer d'une manière plus heureuse son entrée dans la savante compagnie, ni justifier d'une manière plus brillante les espérances de ceux qui lui ont donné leurs suffrages. Non-seulement M. Robert a lu un mémoire fort sagement pensé, très convenablement écrit, très clairement présenté, mais il a soutenu la discussion avec une logique, avec une convenance qui n'ont point exclu la vivacité, avec une facilité d'élocution incontestable. L'Académie peut grandement se féliciter de son acquisition : le nouvel élu a fait preuve aujourd'hui de toutes les qualités académiques.

Nous mettrons très prochainement nos lecteurs à même d'apprécier le travail de M. Robert; ils jugeront de son intérêt. Mais nous signalerons dès aujourd'hui ce fait remarquable, constaté dans deux des trois observations qu'il a rapportées, c'est que cette mousse sanguine, dans laquelle M. Malgaigne croyait trouver un si puissant argument en sa faveur, peut exister et a été trouvée dans des cas où les malades n'avaient fait aucun effort de respiration, et où ils avaient purement et simplement subi l'empoisonnement chloroformique. Ainsi se justifiaient pleinement toutes les prévisions que nous avions faites, toutes les explications que nous avions données à ce sujet.

Quant à la discussion, elle n'a produit aucun fait, aucun argument nouveau. M. Velpeau a fait remarquer de nouveau que des cas de mort subite avaient été observés après les opérations et même sans opération, bien avant la découverte de l'éthérisation, ce qui n'a point empêché ce savant professeur, ainsi que son collègue M. Roux, d'attribuer chacun à l'appareil qu'ils emploient (et qui n'est pas le même) l'avantage qu'ils ont eu jusqu'à ce jour de n'avoir pas vu le moindre accident dans leur pratique. Or, si c'est aux appareils dont les autres chirurgiens ont fait usage qu'il faut attribuer les accidents qu'ils ont éprouvés, il faut donc reconnaître que ces accidents sont bien réels. C'est malheureusement ce que nous avons démontré d'une manière incontestable pour tous les esprits non prévenus, lors de la grande discussion de l'Académie; c'est ce que M. Robert a aussi démontré aujourd'hui pour les faits nouveaux qu'il a communiqués; il n'a pas eu de peine à faire voir que les morts subites étaient incomparablement plus fréquentes après les opérations depuis l'éthérisation qu'auparavant, et que ces morts laissaient sur les cadavres des lésions qu'on n'y rencontrait jamais auparavant. Cette dernière remarque répondait d'avance à l'objection de M. Gibert, qui trouve encore que l'intoxication chloroformique ne laisse après elle aucune lésion spéciale, et que par conséquent cette intoxication est une chimère, ce qui est à la fois un double erreur; d'abord, parce qu'il est démontré que ces lésions existent, et ensuite parce que, n'existassent-elles pas, ce ne serait pas une raison pour nier le rapport d'un effet qui suit si souvent la même cause. L'acide prussique ne laisse après lui aucune trace, et personne, jusqu'à présent, ne s'est imaginé de douter de son action. Du reste, nous avons assez discuté cette question à une époque trop récente encore pour que nous ayons besoin d'y insister de nouveau; nous nous contenterons de mettre sous les yeux de nos lecteurs le travail si remarquable de M. Robert.

L'Académie a reçu dans sa correspondance une pièce que nous ne devons pas laisser passer sans lui accorder une mention honorable; c'est le rapport du Conseil général de santé anglais sur les quarantaines. Dans ce rapport, que l'administration anglaise, toujours large dans ce qu'elle fait, a traduit et imprimé en français, se trouve justement apprécié le rôle important pris par l'Académie de médecine de France dans cette question, et longuement exposées les nouvelles mesures sanitaires que doit prendre le gouvernement anglais. Nous publions textuellement au compte-rendu de l'Académie les principales conclusions du rapport, en nous réservant d'en examiner mûrement plus tard toutes les parties.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Leçons cliniques sur le choléra.

(Dixième leçon.)

Diagnostic du choléra (1).

Avant d'entrer dans les détails du diagnostic différentiel, nous devons dire quelques mots sur la *nature* du choléra. Le temps est déjà loin de nous où toutes les maladies passaient pour être de même nature; où l'irritation et l'inflammation avaient envahi la pathologie tout entière; où toutes les maladies ne présentaient pas d'autre caractère. Aujourd'hui tous les bons esprits ont renoncé à ces exagérations, et ceux même qui, séduits par la simplicité de cette doctrine, s'étaient laissé entraîner par elle, mûris aujourd'hui par l'expérience et la réflexion, ont enfin adopté une philosophie médicale plus rationnelle. Tous les médecins, ou presque tous, reconnaissent, de nos jours, qu'il existe plusieurs *natures* de maladies, et le reproche si prodigué d'ontologie ne se rencontre plus sous aucune plume, dans aucune bouche. Nous avons pu écrire et enseigner qu'il existe des maladies simples, des maladies spéciales, des maladies spécifiques, des maladies inflammatoires, des maladies non inflammatoires, des maladies nerveuses, des maladies primitivement organiques, etc.; enfin, tout ce qui passait pour des erreurs, il n'y a pas encore vingt ans, sans encourir ce reproche.

Dans quelle catégorie le choléra doit-il être rangé?

Nous avons vu naguère soutenir, sur les bancs de la Faculté de Paris, que le choléra était une inflammation. L'auteur s'appuyait principalement sur les lésions anatomiques. Les ouvertures du corps lui ayant fait voir que, dans tous les cas, on trouvait dans les intestins, dans le mésentère, dans les poumons, dans le cerveau, enfin dans toutes les membranes et dans tous les parenchymes, des traces de congestion sanguine et même d'inflammation, telles que injection vasculaire, mollesse, friabilité des tissus, état poisseux des membranes séreuses, etc., il en tirait cette conclusion, d'ailleurs peu nouvelle, que le choléra asiatique était une inflammation. Rien n'est cependant plus facile que de réfuter une pareille assertion. Il suffit de demander pourquoi tous les malades qui succombent journellement aux diverses inflammations dont on trouve des traces dans le choléra ne meurent pas du choléra?

Répondra-t-on que cela ne saurait empêcher le choléra d'être une ou plusieurs inflammations?

Nous demanderons alors pourquoi, dans certains cas, ces inflammations revêtent le caractère du choléra, et non dans certains autres? On sera bien forcé de répondre que c'est parce qu'il y a une *cause particulière* pour cela. Eh bien! c'est cette cause particulière qui caractérise le choléra et qui en fait la nature, et non l'inflammation. Mais nous avons admis l'hypothèse qu'il existait toujours des traces d'inflammation dans le choléra; nous avons voulu présenter l'argumentation dans toute sa force. Mais il s'en faut de beaucoup que cette assertion soit exacte. Il existe, en effet, un très grand nombre de cas où l'on ne trouve aucun vestige d'inflammation. N'avons-nous pas vu que les lésions anatomiques consistaient principalement en congestions sanguines *passives* semblables à celles que détermine l'asphyxie, ou que détermine un obstacle au cours du sang veineux? et que, lorsque l'on trouvait des engouements pulmonaires ou des hépatisations, des splénisations du poumon, ou enfin de véritables lésions produites par l'inflammation, c'était parce que, pendant la vie des malades, il était survenu des complications inflammatoires?

Mais si le choléra n'est pas une inflammation, est-il une névrose? Certes, un grand nombre de phénomènes attestent que le choléra porte sa funeste influence sur les organes de l'innervation. Ainsi les troubles des sens, de l'intelligence, de la sensibilité et de la myosilité, mettent bien hors de doute cette influence. La dipoplie, le daltonisme, les bourdonnements, les tintements d'oreilles, l'hébétude, l'anesthésie, les crampes, les étourdissements, les vertiges, les pertes de connaissance, quelquefois le délire, ne sauraient exister sans que l'encéphale ou ses dépendances ne soient plus ou moins altérés. Mais sont-ce là des symptômes de névrose? Tant vaudrait-il alors admettre que, dans le typhus, la stupeur, le délire, les soubresauts dans les tendons, la carphologie, etc., sont des signes de névrose. Ces phénomènes nerveux sont produits aussi par une cause du même genre. Ils sont ce que l'on appelle *sympathiques*, et quelquefois idiopathiques, lorsque des lésions concomitantes du cerveau ou de ses annexes les produisent; mais jamais personne s'est-il avisé de les considérer comme une névrose? Qu'est-ce, en effet, qu'une névrose? Une maladie caractérisée pendant la vie par des phénomènes fonctionnels très marqués, et après la mort par l'absence de lésion sensible dans les organes affectés, ordinairement chronique, de longue durée, apyrétique, souvent intermittente. Cette définition peut-elle s'appliquer au choléra?

Quelques médecins ont pensé que le choléra n'était autre chose qu'une fièvre pernicieuse. Ils ont appuyé leur manière de voir sur le froid éprouvé par les malades, quelquefois avec retours assez périodiques, sur la réaction de chaleur et de sueur que l'on observe après le refroissement, etc. Ils ont même tenté, d'après cette hypothèse, l'emploi du sulfate de quinine, et autres antipériodiques; mais indépendamment qu'ils se sont fondés sur des analogies bien incomplètes, l'insuccès du traitement, ordinairement si héroïque dans les fièvres d'accès pernicieuses, ne permet pas d'adopter cette manière de voir. Si l'on veut dire que, comme les fièvres pernicieuses, le choléra est le résultat d'une cause spécifique, miasmatique, d'une intoxication véritable, certes nous serons de cet avis; mais il est une multitude de maladies qui reconnaissent une cause analogue, et qui diffèrent cependant essentiellement entre elles. Telles sont la peste, le typhus, la fièvre jaune, etc.

Sans pousser plus loin cet examen des diverses manières de voir des auteurs sur la nature du choléra, nous dirons que notre opinion est que cette maladie est un véritable empoisonnement produit par une cause spéciale répandue dans l'atmosphère, ainsi que nous l'avons dit en parlant de la cause du choléra; que cet empoisonnement est probablement produit par la voie de la respiration, et peut-être aussi, comme le voulait Chaussier, par celle de la déglutition. Quant à la voie par absorption cutanée, les notions que l'on doit à la physiologie moderne ne permettent guère de lui attribuer une influence de quelque importance.

Mais quel est, dans l'organisme, le *siége* du choléra? Si vous voulez vous rappeler ce que nous avons dit des diverses prédominances qu'affecte le choléra relativement à son siége, prédominances telles, que nous avons pu en faire des variétés diverses de la maladie, suivant que le cerveau, le poumon, les intestins, étaient principalement affectés; si vous voulez vous rappeler encore que, dans la plupart des cas, presque tous les organes étaient frappés simultanément, vous comprendrez facilement que nous considérions le choléra comme une *maladie générale*. Or une maladie générale ne peut avoir ce caractère si elle ne siége pas dans un des systèmes généraux de l'organisme. Je pense donc que c'est dans le système circulatoire que cette affection a son siége.

Bien que les accidents les plus ordinaires, les plus fréquents, soient des troubles dans les fonctions digestives, bien que les lésions organiques les plus constantes soient dans les intestins, etc.; cependant ce n'est point dans ces organes qu'est le siége exclusif de la maladie qui nous occupe, pas plus que le typhus n'est dans l'altération des glandes de Peyer, ou dans les follicules de Brunner; et pour nous élever à des considérations philosophiques d'un ordre plus général, et au risque de tomber dans une pétition de principes, nous dirons que les lésions locales sont d'une importance secondaire lorsque la maladie est produite par une cause générale. Dans ce cas, les altérations locales ne sont qu'un accident,

(1) *Voir* les nos 51, 54, 60, 83, 85, 88, 91, 94, 99.

mais ne constituent pas le phénomène capital de la maladie, ainsi que cela a lieu pour les maladies que nous avons appelées simples. Ainsi, l'hépatisation caractérise presque à elle seule la pneumonie; le refroidissement qui l'a causée est comme non avenu; mais dans le typhus, l'évolution des glandes intestinales n'est qu'un phénomène secondaire; une espèce de signe rétrospectif de la maladie; et voilà tout. La maladie est dans la nature de la cause qui la produit.

Le choléra peut-il être confondu avec d'autres affections? Au lit du malade et en temps d'épidémie, toute erreur est à peu près impossible, pour peu que le médecin ait d'attention et d'expérience. Nous devons avouer cependant que, pris isolément dans ses formes, plusieurs maladies se rapprochent assez du choléra pour jeter quelque incertitude dans l'esprit du médecin. Ainsi, l'embarras gastrique et intestinal pourra en imposer pour le prodrome du choléra; le choléra sporadique pour un choléra asiatique bénin, sans phénomènes algides, sans asphyxie; la gastro-entérite, la péritonite pour un choléra dans la période de réaction; l'empoisonnement, l'asphyxie, l'étranglement interne, la hernie étranglée, l'indigestion, la peste, le typhus, la fièvre jaune, offriront des points de grande ressemblance avec le choléra épidémique; mais si l'on ne se borne pas à un examen superficiel, si l'on descend profondément dans les détails de ces diverses maladies, ce seront moins les ressemblances que les différences qui frapperont notre esprit.

Si vous vous rappelez les symptômes du choléra tels que nous les avons exposés, vous trouverez facilement en quoi il diffère des maladies que nous venons d'énumérer. Il serait, en effet, bien long de tracer un parallèle entre toutes ces affections; qu'il nous soit donc permis de tracer seulement les principales nuances qui les font différer entre elles.

L'*embarras gastro-intestinal* est caractérisé par l'inappétence, le mauvais goût de la bouche, un état saburral de la langue, par le vomissement peu opiniâtre de *matières bilieuses* qui ne prennent jamais l'aspect blanchâtre caractéristique du choléra. L'altération des traits du visage est presque nulle; il n'existe jamais de troubles nerveux. Il n'existe pas de fièvre; suivant l'expression d'Hippocrate, celui qui l'éprouve est ἀπυρετος. On ne trouve pas d'albumine dans les urines. Ce dernier caractère, que nous avons constaté dès le 10 du mois de mars, quand il n'existait encore aucun cholérique dans les autres hôpitaux, ainsi qu'on peut s'en convaincre sur les registres officiels tenus par l'administration, sans être pathognomonique, c'est-à-dire constant, n'en a pas moins une grande valeur diagnostique. Nous l'avons trouvé si fréquemment que nous n'hésitons pas à dire que, lorsqu'il a manqué, nous avons conçu quelques doutes sur la nature de la maladie. Il semble, en effet, ainsi que nous l'avons dit déjà, que la plus ou moins grande quantité de ce principe coïncide avec l'intensité plus ou moins grande de la maladie. Nous n'ignorons pas que des médecins très habiles et très recommandables affirment ne l'avoir *jamais* rencontré. Nous ne savons à quoi attribuer cette singulière anomalie. En bonne philosophie, des faits négatifs ne pouvant jamais annihiler des faits positifs, nous en appellerons à de nouvelles observations. Ajoutons à toutes ces différences que la cyanose, l'asphyxie, le froid, l'absence des urines, la perte de l'élasticité de la peau, etc., n'existent jamais dans l'embarras gastro-intestinal.

Le *choléra indigène sporadique* offre plus de traits de ressemblance avec le choléra épidémique. Ainsi, l'on y rencontre souvent des crampes, un certain degré de refroidissement, altération des traits, amaigrissement rapide; à cela près, on rencontre dans cette maladie les mêmes différences que dans la précédente, c'est-à-dire: matières bilieuses des vomissements et des selles; présence des urines, absence d'albumine; absence des phénomènes algides; innocuité de la maladie, etc.

Quelques espèces d'*empoisonnements* pourraient être confondus par leurs symptômes avec le choléra, qui est bien lui-même aussi un empoisonnement; mais si l'on veut bien considérer que l'empoisonnement ordinaire apparaît toujours après l'ingestion d'une boisson ou d'un aliment, qu'on trouve presque toujours dans la bouche ou l'arrière-gorge des traces qui mettent sur la voie, que l'analyse des matières excrétées met toujours en évidence le *corpus delicti*, etc., on verra que, si le diagnostic n'est pas toujours facile, il est au moins très possible dans l'immense majorité des cas.

La *gastro-entérite*, sans cause spéciale, est une maladie essentiellement inflammatoire qui ne présente jamais ni les phénomènes spasmodiques du choléra, ni les évacuations de nature cholérique, ni la période asphyxique, ni l'albuminurie, etc.

Il en est de même de la *péritonite*, qui diffère, en outre, du choléra par le météorisme considérable du ventre qui survient à une certaine période de la maladie: d'ailleurs les vomissements et les évacuations alvines ne sont que des phénomènes accessoires dans l'inflammation du péritoine; de plus, la sensibilité du ventre *par le plus léger contact* établit encore une différence notable entre ces deux maladies.

L'*étranglement interne* ou même la *hernie étranglée* peuvent être confondus avec la péritonite, qu'ils produisent à peu près constamment, mais n'offrent que bien peu de ressemblance avec le choléra. Il y a fort peu d'exemples de choléra sans évacuations alvines et avec vomissements de matières fécales, et ce sont là, comme on sait, les phénomènes capitaux des étranglements intestinaux.

Devons-nous mettre en ligne de compte la simple *indigestion*, si violente qu'on la suppose? Les vomissements et les selles de matières alimentaires ou fécales, qui constituent presque à eux seuls les accidents de l'indigestion, peuvent-ils être confondus avec le choléra, dont ils n'ont jamais le caractère et dont ils ne présentent jamais ni les suites, ni la durée, ni la terminaison, etc.?

Les diverses espèces de *typhus* ont, comme points de rapprochement, une cause toxique analogue, la forme épidémique et quelques phénomènes prodromiques et nerveux; mais ce ne sera jamais qu'en insistant beaucoup sur des phénomènes accessoires et des cas exceptionnels qu'on parviendra à établir une ressemblance spécieuse; à plus forte raison ne parviendra-t-on jamais à démontrer l'identité de ces diverses maladies, ainsi que s'est efforcé de le faire M. le docteur Desvouves, un de nos auditeurs les plus assidus. Certes, les matières vomies et rejetées par les selles dans la fièvre jaune, la peste, le typhus, ne présentent jamais le caractère des mêmes matières dans le choléra; la couleur des individus, les espèces d'éruptions de la peau, les bubons, les pétéchies, etc., empêcheront toujours la confusion de ces diverses maladies, à moins qu'elles ne viennent à se compliquer les unes avec les autres, ainsi que nous l'avons vu pour le typhus, que l'on observe à une certaine période de la maladie; mais alors il n'y a pas d'erreur, puisque l'affection typhique existe bien réellement.

Il nous resterait à parler de la colique de cuivre, de la colique dite de Poitou, même de la colique de plomb, des vers intestinaux, enfin de toutes les maladies abdominales, y compris la néphrite, la métrite, la phlébite utérine, etc. Nous croyons devoir nous en abstenir.

Mais nous devons dire un mot des diverses espèces d'asphyxie. Les signes de la marche de ces affections fussent-ils aussi semblables au choléra qu'ils en diffèrent, il y aurait toujours un moyen certain de les distinguer, c'est la présence de la cause asphyxiante. Une asphyxie ne saurait avoir lieu sans une cause toujours apparente. Ainsi, la suspension, la strangulation, la summersion, l'asphyxie par le gaz carbonique, par les autres gaz méphytiques, par défaut d'air respirable, etc., ne sauraient arriver sans que les agents qui les ont occasionnées ne tombent tout d'abord sous les yeux du médecin et n'ôtent de prime abord toute espèce d'incertitude; si, à la présence si claire de cette cause, vous ajoutez que dans les diverses espèces d'asphyxie il n'existe de ressemblance que par la cyanose, l'absence du pouls et les lésions cadavériques; que les phénomènes prodromiques, les évacuations cholériques et tous les autres symptômes du choléra n'existent en aucune manière, on conviendra qu'il est difficile de confondre ces maladies avec le choléra asiatique.

Phénomènes rares du côté du cervelet consécutifs à la syphilis. Emploi de l'iodure de potassium. Guérison.

Par M. J. GREPPO.

Au commencement de janvier dernier je fus consulté par M. X., habitant une petite ville des environs; il est d'un tempérament sanguin, d'une robuste constitution, âgé d'environ trente-six ans; c'est la première fois qu'il est malade. Depuis trois semaines un chancre induré siége vers la couronne du gland. Après un traitement de quinze jours, qui consistait en des pansements avec une pommade mercurielle et la liqueur de Van-Swieten, dont il prit du reste fort peu, tous les symptômes avaient cessé, à l'exception cependant d'un faible point d'induration qui céda rapidement à quelques cautérisations et à quelques onctions avec l'onguent mercuriel.

Je ne revis M. X... que vers la fin d'avril; ainsi près de trois mois s'étaient écoulés depuis la guérison apparente, et pendant ce laps de temps la santé n'avait cessé d'être parfaite. Cette fois, il se plaint d'éprouver souvent une douleur assez forte vers la région cérébelleuse, qui s'irradie jusque vers les régions pariétales; il compare son état à celui d'un homme ivre dès qu'il veut se livrer à la marche, ne ressentant rien de semblable lorsqu'il est assis ou couché. Sa marche est chancelante; l'allure indécise, incertaine; elle a quelque chose de bizarre qui attire l'attention: on le regarde passer comme un homme ivre. Quelquefois un mouvement de recul se manifeste: il est forcé d'y obéir; il est si peu sûr de ces mouvements et de leur combinaison que, croyant traverser un ruisseau, malgré toute son attention, il met le pied au milieu. Le malade n'éprouve aucun désordre du côté des membres supérieurs. La parole est difficile, embrouillée, mais la langue ne subit aucune déviation lorsqu'on l'examine. Il a consulté dans le pays qu'il habite un médecin, qui lui a fait une copieuse saignée et donné des purgatifs et des éméto-cathartiques, mais sans soulagement prolongé.

A quelle affection avions-nous affaire? Consultant les antécédents, nous avions peu de propension à admettre une affection idiopathique du cervelet. En effet, un ulcère siége à l'arrière-gorge; quoique très petit et fort peu douloureux, il vient corroborer notre opinion: nous avions affaire à une forme rare de la maladie vénérienne.

Je prescrivis l'usage de l'iodure de potassium à dose assez faible d'abord, mais devant être continuée fort longtemps. Une amélioration assez sensible se manifesta dès le quatrième jour du traitement; le malade partit content et très rassuré sur l'issue de ses maux. Je le revis quarante ou quarante-cinq jours après; voici ce que j'appris: Pendant un mois il avait fait régulièrement usage de l'iodure de potassium; à cette époque il se croyait presque guéri, à peine éprouvait-il encore quelques vertiges, et pour se conformer à ma prescription, il avait cessé le traitement pendant quelques jours. Pendant cet intervalle, les symptômes avaient graduellement reparu; je l'engageai donc à continuer l'usage de l'iodure jusqu'à cessation complète de tous les accidents, ce qui arriva environ vingt jours après, pour ne plus se reproduire.

Cette observation me semble intéressante sous plusieurs rapports, d'abord comme observation purement médicale et, au point de vue physiologique, comme plaçant en relief, en évidence même, cette fonction du cervelet, d'être le régulateur du mouvement, fait qui confirme les expériences des physiologistes modernes.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

Observation d'une anasarque générale ayant présenté de singuliers effets thérapeutiques,

Par le Dr J.-D. HANNON.

Le 18 octobre dernier je fus appelé chez le nommé X. Blanchard, âgé de quatorze ans, atteint d'anasarque générale: cet enfant, profondément triste, ne témoignait d'autre douleur que du mal à la gorge; la peau était sèche; le poumon ne présentait à l'auscultation que des râles muqueux dans toute l'étendue de la poitrine; il y avait expectoration de crachats lenticulaires, purulents en apparence, et nageant dans de la sérosité. La langue était d'un rouge assez vif, les selles étaient régulières, la faim n'était pas abolie. Les urines étaient rares, épaisses, brunâtres, et donnaient un précipité albumineux par la solution alcoolique de tannin; aucune douleur ne se manifestait cependant par la pression à la région lombaire.

Aucun renseignement satisfaisant ne put être obtenu des parents, relativement à l'affection de leur fils. Je ne pus savoir s'il y avait eu scarlatine. On serait en droit de le supposer cependant, en réfléchissant au mal de gorge, à la bronchite, à la langue rouge, et à l'anasarque qui avait commencé par la tuméfaction de la face, avait gagné les extrémités inférieures, puis s'était étendue au corps tout entier.

J'ordonnai la diète, le repos, et je prescrivis une portion nitrée avec la digitale: les urines devinrent plus abondantes, l'œdème diminua, puis resta stationnaire à partir du 20. Les urines redevinrent rares, une nouvelle potion diurétique fut sans effet. L'appétit restait bon, les selles régulières; je crus pouvoir recourir au sulfate de magnésie afin de provoquer quelques selles séreuses. Il y eut deux selles solides. Les urines devinrent plus rares, plus brunes, et l'anasarque reparut avec toute son intensité première, la peau restait sèche.

Le 25 j'ordonnai d'abondantes boissons chaudes afin de provoquer une salutaire diaphorèse; le 27 de nombreuses selles séreuses survinrent, la diaphorèse ne s'était point établie, on continua les boissons chaudes durant trois jours, et durant trois jours les selles continuèrent; le 1er novembre l'œdème avait presqu'entièrement disparu. Dans le but de favoriser cette crise, les selles séreuses, j'administrai une once de sulfate de magnésie: les gardes-robes s'arrêtèrent subitement, *il y eut une selle solide et l'anasarque générale reparut.* Je recourus le lendemain aux sudorifiques, et *aussitôt les déjections alvines revinrent*; je continuai cette médication jusqu'au 6, époque où l'anasarque s'était entièrement dissipée. La langue était encore d'un rouge vif, la faim était excessive. L'enfant d'un tempérament lymphatique, étant anémique, je lui prescrivis un régime analeptique qu'il supporta fort bien.

J'ai cru devoir citer cette observation à cause de la manière singulière dont agirent les sudorifiques et le sulfate de magnésie, cette observation fournit en outre une bien précieuse indication thérapeutique: c'est que toutes les fois que pendant le cours d'une affection une crise salutaire au malade survient spontanément, il faut la respecter, il ne faut point chercher à la favoriser par un remède que l'on croirait susceptible d'entretenir ou d'aider l'effort de la nature, et qui souvent ne fait que la contrarier, puisqu'ici nous avons vu le sulfate de magnésie détruire les bons effets que la crise spontanée présentait.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 septembre 1849. — Présidence de M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance officielle ne comprend que l'envoi de plusieurs tableaux de vaccination.

— La correspondance manuscrite se compose des communications suivantes:

Choléra.

M. Padioleau, de Nantes, envoie quelques détails sur l'épidémie qui a eu lieu dans une petite localité des environs de Nantes, et sur laquelle il a pris des informations scrupuleuses. D'après ces informations, l'auteur croit pouvoir affirmer que chaque cholérique constitue un foyer d'infection.

Il fait remarquer en même temps que pendant l'épidémie les fièvres intermittentes, les fièvres typhoïdes, les pneumonies, etc., ont pris un masque cholérique.

M. Charcellay, de Tours, envoie également des détails des 9 cas de choléra qui se sont manifestés dans la commune de La Chapelle-sur-Loire; 3 de ces cas se sont terminés par la mort; ils n'ont pas communiqué la maladie à ceux qui les ont approchés.

M. Putégnat, de Lunéville, envoie des détails très succincts sur l'épidémie cholérique de plusieurs petites villes du département de la Meurthe. Il annonce en outre qu'il ne faut tenir aucun compte du bulletin officiel publié par l'administration du département, parce que plusieurs médecins, ainsi que lui-même, ont cru devoir se refuser à donner les renseignements qu'on leur demandait.

Carie des dents.

M. Julien Descot envoie un petit appareil à l'aide duquel on peut conduire du gaz hydrogène dans l'intérieur d'une dent cariée pour cautériser le nerf.

— M. LE ROY-D'ETIOLLES réclame la même faveur qui a été accordée à M. Guillon, relativement à plusieurs mémoires qu'il a communiqués à l'Académie, et pour lesquels on a nommé des rapporteurs qui n'ont point encore fait leurs rapports.

M. LE PRÉSIDENT. Je crois devoir, à propos de cette réclamation, faire une remarque générale sur toutes les autres réclamations de même nature qui pourraient se produire. Il y a une commission de nommée pour apprécier le mérite respectif des travaux de tous les concurrents; il est probable que ces messieurs n'oublieront pas de faire valoir tous leurs titres, et par conséquent ceux qui pourraient se fonder sur les travaux présentés à l'Académie. Il me semble que, dans cet état de choses, il pourrait y avoir quelques inconvénients à ce que toutes les commissions particulières nommées pour examiner tous les travaux particuliers des candidats fissent leurs rapports pendant que la commission générale prépare le sien. Les deux commissions pourraient ne pas juger de la même manière tel ou tel travail, et de là pourraient surgir des conflits regrettables qu'il est, je crois, convenable d'éviter.

M. LAGNEAU. Je partage complètement l'avis de M. le président, et je puis dire, par avance, que l'une des conclusions du rapport que je dois lire sur le travail de M. Guillon est le renvoi de ce travail à la commission générale du prix d'Argenteuil.

La proposition de M. le président est adoptée.

Rapport sur les quarantaines. Prophylaxie des maladies épidémiques.

Dans la correspondance manuscrite se trouve un rapport remarquable sur les quarantaines, adressé à la reine par le conseil général de santé d'Angleterre. En attendant que nous revenions sur ce travail important, nous croyons pouvoir faire connaître dès aujourd'hui les moyens, dont le principe est tout anglais, et paraît devoir être fort efficace, que propose le conseil, non-seulement pour empêcher l'importation de la

peste, mais encore pour détruire le germe et la propagation de toutes les maladies infectieuses. Ces moyens sont exposés dans les passages suivants :

« Nous proposons qu'il soit bien stipulé dans le contrat qne le passager dans tous les cas devra être débarqué vivant, pour que le payement ou la retenue de la somme payée pour le passager soit effectué.

» Grâce à l'application générale de ce principe, qui, dans son application particulière, se montre si efficace pour prévenir les maladies épidémiques à bord, les vaisseaux-marchands pourraient obtenir leur bulletin de santé au moins aussi généralement que les vaisseaux de guerre. On peut en toute confiance affirmer que si, dans l'intérêt de la sécurité internationale, ce principe était partout adopté, il produirait des effets bien plus réels que n'en produisent les cordons sanitaires les plus rigoureux et tous les systèmes de quarantaine qui puissent exister.

» Lorsque des personnes malades, venant de ports infectés, viendraient se ranger à bord snus une responsabilité et sous des soins pareils, elles se trouveraient immédiatement placées dans des conditions calculées pour mitiger et éteindre l'infection, an lieu de venir, comme elles le font aujourd'hui, dans les vaisseaux de bas étage, se jeter dans un nid où la fièvre est fomentée, et d'où elle rayonne bientôt.

» D'autre part, l'esprit public (cet esprit qui, dans les contrées civilisées, est le sauveur des maladies, de la misère et de la mort, pour les passagers et les équipages en mer) serait enfin délivré de la perniciense influence des exemples, aussi faux que nombreux, d'importation de la maladie engendrée à bord des vaisseaux soumis à de mauvaises conditions; il serait délivré du cortége des fausses sécurités, des terreurs mal fondées et des calamités sociales que la trop commune doctrine de contagion entraîne avec elle.

» Cependant comme les vaisseaux, lorsqu'ils arrivent et jettent l'ancre, sont forcés, nous le craignons, de séjourner près de cloaques et dans des lieux excessivement malsains, nous devons, connaissant en outre les habitudes des marins à terre, nous attendre à une continuation des attaques de fièvre épidémique dans le port et y pourvoir : ce que nous ferons à l'aide des mêmes principes et par les mêmes moyens que nous avons démontrés être efficaces pour empêcher le développement des épidémies à terre.

» La substitution, telle que nous la proposons, de règlements sanitaires au système actuel de quarantaine, malgré la dépense qui peut en résulter pour ces vaisseaux qui, par négligence ou mauvaise administration, continuent à présenter des cas de maladie épidémique, fussent ces cas plus nombreux que nous ne pouvons l'admettre, cette substitutiou doit en dernier résultat produire une forte économie, même d'argent. En même temps, elle mettra fin aux graves inconvénients et à l'anxiété qui pèsent aujourd'hui sur le public sans nulle nécessité, nous le croyons, et sans nulle compensation.

» Au lieu de détenir les vaisseaux arrivant des ports où sévit une maladie épidémique, nous proposons de détenir seulement les personnes en état actuel de mauvaise santé ou affectées par l'épidémie. Au lieu de garder les malades ensemble à bord de leur propre vaisseau ou dans des bâtiments du genre de ceux des lazarets, nous proposons qu'ils soient, autant que possible, immédiatement séparés et conduits dans des emplacements où l'air est pur, et où des dispositions convenables peuvent être prises pour eux. Au lieu d'arrêter les vaisseaux qui arrivent dans un port distant d'une station de quarantaine et de garder ensemble les passagers qui peuvent être en état de maladie jusqu'à ce qu'ils soient envoyés à la station, nous proposons que l'assistance médicale leur soit immédiatement donnée sur place, et cela pour leur propre soulagement d'abord et non pas comme un sacrifice fait à la fansse notion de sécurité pour les personnes de terre.

» Au lieu de restreindre à certaines épidémies venues de contrées lointaines les soins délivrés par l'autorité et de négliger les autres, nous proposons qu'une attention et un soulagement immédiats soient donnés à tous les cas de maladie épidémique quels qu'ils soient, et aussi bien à ceux qui peuvent se déclarer dans le port qu'à ceux qui y ont été importés.

» Au lieu de détenir les cargaisons, nous proposons leur déchargement immédiat (en exceptant seulement les cargaisons en état de putréfaction); l'expérience universelle n'ayant, comme il a été pleinement démontré, sans aucune exception de lieu, de saison, ni de pays, présenté aucun cas, même supposé, dans lequel des personnes employées au déballage des marchandises dans les stations de quarantaine auraient été atteintes de peste, de fièvre jaune, de choléra ou de toute autre maladie réputée contagieuse.

» D'après les communications à nous faites par des capitaines de vaisseaux étrangers, il apparaissait que, tandis qu'au port de Londres on refusait des bills ou certificats de santé à cause de la présence du choléra, même après qn'il eut cessé, des bulletins de santé étaient délivrés à des vaisseaux quittant des ports où nous savions positivement que la maladie régnait dans sa forme la plus intense, mais où le fait n'avait pas encore été notifié aux consuls étrangers. Nous savons, d'autre part, que des certificats de santé ont été et sont communément donnés à des vaisseaux mettant à la voile, de contrées où règnent des maladies épidémiques, pour des pays où les plus rigoureuses lois de quarantaine sont appliquées au moindre soupçon de l'existence d'une pareille maladie dans un port de départ quelconque. De même, nous avons raison de croire que l'on a régulièrement admis de nos propres vaisseaux qui ont touché à de petits ports dans lesquels la peste s'était déclarée, mais n'avait pas encore été officiellement notifiée. Lorsque l'on considère l'ensemble des difficultés qui s'opposent au maintien d'une quarantaine rigide, et l'inefficacité des moyens employés pour obtenir une exacte information sur les invasions de la maladie et pour prendre les mesures nécessaires, on peut douter qu'il existe un seul royaume vaste et bien peuplé où une complète quarantaine ait pu être maintenue en même temps sur tous les points. On nous a cité des exemples dans lesquels des cas isolés ou feints ont été exploités à l'étranger pour justifier et absoudre la quarantaine de la détention de vaisseaux dont les cargaisons étaient de nature à exercer de l'influence sur les marchés.

» Des officiers de douane et d'autres personnes compétentes nous ont déclaré que les règlements de la quarantaine sont aujourd'hui et seront plus que jamais si bien éludés qu'ils perdent toute influence protectrice en admettant la théorie de contagion. L'ensemble des passagers et l'équipage étant exposés aux graves inconvénients qui résultent de l'état de maladie de quelques-uns, ils engagent généralement les malades à donner une fausse indication sur la nature et les causes de leur maladie. Ainsi, rhumatisme, catarrhe, scorbut, diarrhée, mal de mer, etc., sont souvent allégués pour cacher des attaques d'épidémie.

» Lorsque ceux-là seuls qui seront malades ou qui présenteront les symptômes précurseurs seront mis à part et soumis à un traitement spécial ayant en vue leur propre intérêt, et non pas administré de manière à les alarmer et à leur faire croire qu'ils vont être sacrifiés à un sentiment d'appréhension en faveur d'autrui, alors nous n'aurons plus à redouter la dissimulation, et avec la dissimulation disparaîtra le danger réel de laisser échapper quelques cas de fièvre maligne, d'épidémie, comme il arrive avec le système actuel.

» A l'aide du principe de législation que nous avons développé, avec le moyen tutélaire fourni par la responsabilité des armateurs et patrons de navires, nous pouvons dire à l'avance qu'il faudra infiniment moins de règlements officiels ou forcés, et que les conseils, les informations recevront, en général et partout, cet accueil volontaire que lui font maintenant fréquemment nos plus habiles capitaines et armateurs.

» Après avoir soigneusement examiné ce qui pouvait être le plus évidemment utile relativement aux faits sur lesquels repose le système de la quarantaine; après avoir pris connaissance du Rapport fait à l'Académie de Médecine en France, ainsi que des témoignages écrits des observateurs pratiques et scientifiques les plus éminents, tant en Autriche et en Amérique qu'en Angleterre, nous terminerons notre rapport par les conclusions suivantes :

» Le principal fléau, eu égard auquel les établissements de quarantaine ont été fondés dans ce pays, la peste d'Orient, considérée dans ses circonstances antécédentes ou causes, dans les localités, les classes qu'elle affecte, dans les conditions des populations attaquées, dans son invasion et dans son développement, la peste d'Orient est une maladie du même caractère essentiel que le typhus, étant, d'après les plus récentes autorités médicales qui en ont pris une connaissance pratique, une forme de cette maladie, modifiée et rendue plus intense par des particularités de climat et de condition sociale.

» La notion de la propagation de la peste au moyen des cargaisons est, d'après une multitude de faits évidents, dénuée de fondement, de même que l'opinion qui prévalut d'abord dans ce pays, savoir, que le typhus pouvait être propagé de la même manière.

» Le véritable danger de la propagation de la peste n'est pas dans le contact d'une personne affectée avec une personne saine, mais dans l'exposition des personnes prédisposées à une atmosphère infecte et aux conditions sous lesquelles il est reconnu que le typhus se produit et se propage en ce pays.

» Les établissements de quarantaine de ce royaume et tous ceux d'ailleurs dont nous avons connaissance sont absolument insuffisants, en admettant même la supposition qui les a fait maintenir jusqu'aujourd'hui, pour prévenir l'invasion et les progrès d'une maladie épidémique.

» Ces établissements sont de nature à infliger aux passagers de graves et inutiles inconvénients, et à exposer tel d'entre eux qui serait malade à un redoublement de souffrance et de danger; tandis que, d'autre part, ils entretiennent une fausse sécurité, relativement aux moyens de prévenir la maladie.

» Le typhus et autres maladies épidémiques dangereuses s'observent fréquemment à bord des navires du commerce, en mer et dans le port : aucune mesure sage et efficace n'a été prise jusqu'à présent.

» Relativement aux cas de fièvre épidémique se déclarant en mer, le principe de concentration de la responsabilité des patrons de navires, en faisant pour eux, de l'accomplissement du voyage avec des passagers bien portants, une question d'intérêt pécuniaire, a produit les meilleurs résultats partout où il a été appliqué, sur des vaisseaux d'émigrants, de transportés et de condamnés, et il peut s'étendre à tous les cas; relativement aux vaisseaux dans le port, les dispositions requises pour prévenir le développement d'une épidémie dans les maisons des villes sont parfaitement applicables, et ont les mêmes résultats bienfaisants.

» La substitution d'un règlement sanitaire général pour les vaisseaux à leur arrivée au port, aux lois actuelles de la quarantaine, serait bien plus efficace pour éteindre l'épidémie, et protégerait bien mieux les passagers bien portants. En même temps, elle délivrerait passagers et équipages de graves inconvénients, détruirait les motifs qui portent à dissimuler la maladie ou à lui prêter une fausse désignation; elle diminuerait considérablement les dépenses commerciales, et écarterait les obstacles qui s'opposent au libre transit des marchandises et des personnes saines : toutes choses nuisibles occasionnées par la quarantaine.

» De ces conclusions, il résulte que nous proposons l'entier abolissement de la quarantaine en ce pays, et la substitution d'un règlement sanitaire. Par cette substitution, la plus grande sécurité que puisse octroyer l'état actuel de la science serait donnée à tous contre l'importation d'une contagion étrangère, contre la localisation de l'infection, contre la source et le développement de la maladie.

» Le parlement anglais a déjà rendu des lois sur cette conclusion, présentée avec un grand renfort de faits évidents, que les causes des fièvres épidémiques, endémiques et contagieuses peuvent être prévenues, et que toute négligence de la part des autorités constituées, tendant à retarder l'éloignement de ces causes, est une faute digne de châtiment. Le fondement que la législation a ainsi posé pour l'amélioration physique, et conséquemment morale, des conditions du peuple, est bien avéré. Il y a un demi-siècle, un grand médecin, un philanthrope, que nous avons déjà cité, disait que le temps viendrait où la législature punirait les communes qui négligeraient de préserver par les moyens connus la santé publique. Le parlement anglais a le premier réalisé cette prédiction. « A tout mal naturel, dit le docteur Rush, l'auteur de la nature a, dans sa bonté, préparé un remède. Les fièvres pestilentielles n'échappent point à cette prévoyance. Les moyens de les prévenir sont aussi bien à la disposition de la raison et de l'activité des hommes, que les moyens de prévenir les accidents de la foudre et du feu ordinaire. Je suis si pénétré de la vérité de cette opinion, que je prévois le temps où les cours législatives puniront les villes et les villages qui, dans leur circonscription, laisseront subsister aucune des causes qui produisent les fièvres pernicieuses. »

» Nous espérons que, d'après cette enquête, telle qu'il nous a été possible de la dresser, l'adoption immédiate des changements que nous recommandons ici paraîtra sans difficultés ou sans inconvénients qui puissent contre-balancer les avantages qu'elle présente, savoir : un soulagement pour le commerce, la liberté des communications internationales, et la sécurité de la santé publique.

» De Votre Majesté,

» Les très humbles et très obéissants serviteurs,

» CARLISLE, ASHLEY, EDWIN CHADWICK, T. SOUTHWOOD SMITH. »

— M. ROCHOUX demande la parole à l'occasion de la correspondance.

L'Académie, dit-il, n'a pas voulu se prononcer sur l'identité de la peste et du typhus lors de la grande discussion; seul, j'ai soutenu alors que ces deux maladies étaient de la même famille. Je suis heureux de voir que cette opinion ait paru assez bien fondée aux membres du conseil de santé d'Angleterre pour qu'ils en aient formé une des conclusions de leur rapport.

Mort de M. Moizin.

M. LE PRÉSIDENT. J'ai la douleur d'annoncer à l'Académie qu'elle vient de perdre l'un de ses correspondants; M. le docteur Moizin, membre du conseil de santé des armées, vient de succomber à Metz, où il s'était retiré depuis quelque temps, à la suite d'une longue maladie.

— M. LE Dr ROBERT lit une note intitulée : *Note sur les dangers du chloroforme*. Nous publierons, dans notre prochain numéro, ce travail important.

M. VELPEAU. Je commencerai par bien établir que je ne nie point que l'inhalation du chloroforme ne présente des dangers; mais je ne trouve ni dans les faits publiés récemment dans les journaux, ni dans ceux qui ont été cités par M. Robert, la preuve que cet agent ait produit la mort.

Chez la dame éthérisée pour l'extraction de la dent, la mort survient au moment même *où* le mouchoir est mis sous les narines. On ne peut, il me semble, attribuer la mort au chloroforme, qui n'a pas eu le temps d'être inhalé.

Chez les deux malades de M. Giraldès, l'éthérisation a été obtenue; elle se dissipe, et les malades meurent subitement plusieurs heures après. Peut-on voir là les effets de la chloroformisation? Je ne le crois pas. M. Robert a vu, comme moi, comme tous les chirurgiens, des morts instantanées survenir après ou pendant les opérations, sans qu'on pût expliquer pourquoi; et si le chloroforme n'avait pas été inventé, les morts de M. Giraldès et celle de M. Robert n'auraient pas paru plus extraordinaires que toutes les autres. Je citerai, par exemple, un individu qui, après avoir subi un simple cathétérisme, mourut dans la nuit, et une femme affectée de tumeur blanche qui mourut également dans la nuit le jour de son entrée à l'hôpital.

Pour le malade de M. Robert, je trouve les mêmes difficultés que pour ceux de M. Giraldès; le malade a repris ses sens après la seconde éthérisation, et est mort dans la nuit; et lors même qu'on devrait attribuer cette mort au chloroforme, je trouve que l'éthérisation avait été poussée un peu loin dans ce cas.

Je ne terminerai pas sans faire remarquer que tous les accidents qu'on a signalés jusqu'à présent sont survenus chez des malades qu'on avait éthérisés au moyen d'un mouchoir ou d'un autre corps non perméable à l'air. Je crois que l'on devrait se faire une règle de n'employer pour l'éthérisation que des corps qui pussent laisser passer à la fois l'air et la vapeur anesthésique, tels qu'une éponge; peut-être est-ce à cette circonstance que je dois de n'avoir pas encore observé un seul accident dans mon service, quoique j'aie pratiqué de 3 à 400 fois l'éthérisation.

M. ROBERT. Je me suis tenu à dessein en dehors de toutes les questions d'appareil et de toutes celles qui ont été discutées dans cette enceinte à propos des faits antérieurs à ceux qui sont renfermés dans ce mémoire. Je n'ai voulu parler ici que des cas de morts subites survenues quelque temps après l'éthérisation, et du rapport qui peut exister entre les premiers phénomènes de l'éthérisation et ces accidents graves. Je ne sortirai donc pas du cadre que je me suis tracé en répondant aux objections de notre savant président.

M. Velpeau m'objecte qu'il a vu, comme tous les chirurgiens, des morts subites inexplicables après les opérations et même sans opération. J'ai vu aussi de ces morts; mais je dois dire avec tous les chirurgiens aussi que rien n'est plus rare que de semblables accidents. Or tout le monde est frappé de la fréquence beaucoup plus grande de ces accidents depuis que l'on fait usage du chloroforme. Il était donc bien naturel de chercher à rapporter cette fréquence inusitée à l'action d'une cause nouvelle; cette cause, c'est le chloroforme, puisque c'est après son administration qu'on observe ces morts subites.

Mais ce n'est pas tout; non-seulement les morts subites étaient excessivement rares avant la chloroformisation, mais encore elles ne laissaient point de traces cadavériques après elles; celles qu'on observe après la chloroformisation, au contraire, s'expliquent par des lésions qui sont parfaitement en rapport avec la cause à laquelle on les attribue, et qui sont toujours à peu près les mêmes.

Ces faits étant bien établis, j'ai recherché quel rapport il pouvait exister entre les accidents et les premiers phénomènes de l'éthérisation, et j'ai cru voir que c'était lorsque les premiers phénomènes consistaient en une grande agitation, en des convulsions que les accidents consécutifs étaient à craindre, et qu'il était prudent de suspendre l'éthérisation. Voilà surtout la circonstance sur laquelle j'ai désiré fixer l'attention de l'Académie.

Quant à mon malade, l'éthérisation a été poussée un peu loin chez lui, j'en conviens; mais la science ne manque pas d'exemples où elle a été poussée beaucoup plus loin encore sans aucun accident. Ma pratique était donc alors justifiée par les antécédents; aujourd'hui, je crois qu'il conviendrait d'être plus réservé. J'ajouterai, pour mettre ma responsabilité à couvert, que le mouchoir sur lequel était versé le chloroforme a toujours été tenu à une certaine distance des narines, et que l'inspiration de l'air n'a jamais été gênée.

M. ROCHOUX. Le danger est plus grand que ne le suppose M. Robert, puisque le plus grand nombre des cas de mort observés jusqu'ici ont eu lieu en quelque sorte instantanément, à commencer par Mlle Stock et à finir par le médecin anglais qui a succombé tout récemment en expérimentant sur lui-même. Ainsi, renchérissant encore sur la somme des dangers signalés par notre collègue, je suis très loin de vouloir, à l'exemple de M. Velpeau, innocenter le chloroforme des cas de mort qu'on lui attribue, et de les rapporter à des accidents fortuits en dehors de l'action de cette substance. Ces interprétations ne méritent pas une réfutation sérieuse. La part de l'approbation ainsi faite, j'en viens à quelques remarques critiques sur la communication de notre savant collègue.

Il prétend que les effets du chloroforme ne sont presque jamais en rapport avec les doses de la substance anesthésique. On ne saurait, suivant moi, adopter une opinion en opposition formelle avec les données les plus certaines de la physique d'après lesquelles on voit toujours l'action être subordonnée à la quantité de la matière, aussi bien en physiologie qu'en astronomie. Il me semble donc qu'avant d'admettre des exceptions, il faut observer de nouveau. Il me semble aussi qu'on ne saurait attribuer aux efforts de respiration faits par certains sujets l'emphysème pulmonaire observé à l'ouverture des cadavres. Cet accident tient sans doute

à une action chimique du chloroforme sur le sang. Cette même action chimique trouble aussi l'hématose, et doit être considérée comme amenant un degré quelconque d'asphyxie.

M. Roux s'élève surtout contre les procédés d'éthérisation qui ont produit les accidents qu'on déplore; les *mouchoirs*, les *éponges* et tous les autres moyens analogues doivent absolument être bannis, et l'on doit mettre en usage un appareil où l'air doit nécessairement pénétrer dans les poumons avec la vapeur de chloroforme. C'est d'un appareil semblable, dit-il, que je me suis toujours servi jusqu'à présent, et j'ai été assez heureux pour n'avoir à regretter aucun accident.

L'orateur ajoute que certains individus, soit par sensibilité excessive, soit par pusillanimité, s'agitent beaucoup avant même qu'ils aient terminé une seule inspiration anesthésique; il ne croit pas que ces individus soient plus que les autres sujets aux accidents.

Maintenant, dit-il, quoique je n'aie eu aucun accident à regretter dans ma pratique, ce n'est pas une raison pour que je conseille d'user à tout propos de la chloroformisation; j'avoue même que j'ai été stupéfait de voir que M. Giraldès avait éthérisé un de ses malades pour pratiquer le cathétérisme; j'éthériserais d'autant moins dans un cas pareil, que non-seulement le cathétérisme est une opération trop peu importante, mais aussi parce que le moindre mouvement de la part du malade peut causer les plus graves lésions.

M. Robinet. Je rappellerai, à propos de ce que M. Rochoux a paru admettre relativement au mélange de vapeurs de chloroforme et d'air, que le mélange des vapeurs aux gaz ne diminue en rien le volume de ceux-ci. Que le malade respire de l'air pur ou de l'air mêlé d'une vapeur quelconque, la quantité d'oxygène introduite dans les poumons est toujours la même, en supposant que les inspirations soient égales dans l'un et l'autre cas.

M. Desportes. On a parlé de l'influence que les divers appareils pouvaient avoir sur le développement des accidents, il me semble que rien ne serait plus facile que de faire des expériences à ce sujet chez les animaux et de résoudre d'une manière définitive la question.

M. Gibert. Il est évident qu'aujourd'hui, après les faits dont nous venons d'entendre l'exposé, comme après la discussion qui a eu lieu il y a quelque temps, il reste démontré que le chloroforme a été tout à fait étranger aux accidents observés. Tant qu'on n'aura pas décrit les lésions cadavériques qui appartiennent à l'empoisonnement par le chloroforme, on ne prouvera pas que cet agent ait produit les résultats qu'on lui attribue.

M. Robert. J'ai peu de chose à dire aux honorables argumentateurs qui viennent de prendre la parole. Je dirai d'abord à M. Rochoux que rien n'est plus fréquent que de voir en matière médicale une substance ne produire à une dose donnée que des phénomènes très peu prononcés chez un certain individu, tandis que chez un autre, à la même dose, elle peut causer les accidents les plus alarmants.

Je répondrai à mon honorable collègue M. Gibert que les lésions trouvées chez les sujets dont j'ai rapporté l'histoire ont présenté non-seulement la plus grande analogie entre elles et avec celles qu'on a constatées chez les autres individus morts à la suite de l'éthérisation, mais encore une identité presque complète avec celles que l'empoisonnement chloroformique a produites chez les animaux. Ces lésions viennent donc corroborer les inductions qui ressortent déjà du mode d'apparition et de la succession des accidents.

— La séance est levée après cinq heures.

Revue thérapeutique.

Des préparations manganésiennes appliquées en thérapeutique. Par M. Hannon.

Tablettes au phosphate manganeux.

Phosphate manganeux	10	grammes.
Sucre	120	—
Mucilage de gomme adragante	Q. S.	

F. S. A. des tablettes du poids de 5 décigrammes qui contiendront chacune 5 centigrammes de sel.

Pastilles au phosphate manganeux.

Phosphate manganeux	20	grammes.
Essence de citron	1	—
Sucre	600	—
Eau distillée	Q. S.	

F. S. A. des pastilles à la goutte de 5 décigrammes. On les prescrit à la dose de 5 à 6 dans les vingt-quatre heures contre les affections cancéreuses.

Iodure manganeux.

Pour préparer ce produit, on laisse digérer du carbonate manganeux nouvellement précipité avec de l'acide iodhydrique récent. On filtre et on évapore à l'abri du contact de l'air.

Mais on peut aussi opérer comme on l'a dit en parlant des pilules de carbonate manganeux. Pour cela, on prend :

Iodure de potassium sec, en poudre	20	grammes.
Sulfate manganeux sec, en poudre	20	—

Ces deux sels sont mêlés, puis on y ajoute la quantité de miel nécessaire pour réduire en masse pilulaire. On en fait des pilules contenant chacune 20 centigrammes d'iodure manganeux, qui doivent être conservées dans un flacon bien bouché.

On commence d'abord par une pilule, et on augmente successivement la dose tous les trois jours, jusqu'à six pilules; puis on suspend l'emploi du médicament pendant huit jours, pour reprendre ensuite le traitement.

Sirop d'iodure manganeux.

On prend 4 grammes de carbonate manganeux hydraté pur; on y ajoute de l'acide iodhydrique concentré jusqu'à ce qu'il soit dissous; après quoi, on mêle à la solution 530 grammes de sirop sudorifique préparé avec le gayac et la salsepareille. La dose de ce sirop est de 2 à 6 cuillerées par jour.

Quelquefois le manganèse doit être uni au fer. Lorsque l'emploi de ce dernier n'a pas produit les résultats que l'on cherchait, il convient de ne pas donner immédiatement le manganèse ou réciproquement, mais d'administrer pendant quelque temps, et d'une manière transitoire, un mélange de ces deux métaux. Pour cela, la meilleure préparation est la suivante, qui est une modification des pilules de Blaud :

Sulfate de fer cristallisé pur	26	grammes.
Sulfate manganeux pur	7	—
Carbonate de soude pur	35	—
Miel	20	—
Sirop de sucre	Q. S.	

F. S. A. des pilules de 20 centigrammes qu'on donne à la dose de 2 à 10 par jour.

Les préparations manganésiennes qui viennent d'être décrites suffisent pour toutes les circonstances dans lesquelles on peut avoir recours à l'emploi du manganèse.

Sur la préparation du collodion, par M. Edwards.

D'accord avec M. Salmon, chirurgien de l'hôtel-Dieu de Chartres, M. Edwards prépare le coton-poudre en prenant volumes égaux d'acide nitrique et d'acide sulfurique monohydratés, dans lesquels il plonge le coton par petites portions et le laisse séjourner une minute environ, puis il l'immerge dans une grande quantité d'eau, et l'agite jusqu'à ce qu'il soit bien blanc et exempt d'acide. Ce coton-poudre, sec, se dissout très bien et *instantanément* dans l'éther sulfurique du commerce, et fournit une gelée demi-solide ou un liquide épais, suivant la proportion d'éther employée.

Il faut éviter une trop longue immersion dans les acides, l'emploi d'acides faibles ou d'éther trop pur. Ce dernier doit contenir assez d'alcool pour que sa densité soit d'environ 0,76 à 0,77. Son action dissolvante est alors instantanée, et non au bout de trois heures ou d'un jour, comme l'avait avancé M. Simpson.

Au bout d'un mois ce coton-poudre se dissout aussi facilement dans l'éther : on pourra donc le conserver et ne le dissoudre qu'au fur et à mesure des besoins; de cette manière, on évitera la perte provenant de l'évaporation d'une solution préparée d'avance.

M. Edwards a été conduit à faire ces expériences en préparant du collodion pour un chirurgien, M. Higginson. Ce dernier a examiné au microscope le résidu de l'évaporation du collodion, qui présente l'aspect de cristaux aciculaires ayant un arrangement très uniforme, ainsi qu'il s'en est assuré par de nombreuses observations.

Comme on pouvait croire que les cristaux provenaient du nitrate ou du sulfate de potasse, M. Edwards réussit à obtenir du collodion sans l'intermédiaire du premier sel; mais il ne connaît pas encore le résultat des observations microscopiques de M. Higginson sur le collodion ainsi préparé.

Mauvaise qualité de l'eau à l'hospice de la Salpêtrière.

On nous signale un fait auquel nous avions quelque peine à croire : il paraît que l'eau qui sert pour les besoins de l'hôpital et dont on fait usage pour les tisanes des malades est boueuse, saumâtre et a un goût fort désagréable. Cette circonstance peut avoir de graves inconvénients, et il ne serait pas impossible qu'elle eût eu une influence fâcheuse pendant l'épidémie actuelle.

Nous signalons ce fait à l'attention de qui de droit, espérant que l'on y remédiera le plus tôt possible, et que l'usage de cette eau de mauvaise qualité ne sera pas continué. Nous serions fâché d'être obligé d'y revenir.

Le choléra dans les départements.

M. le docteur Aheille nous annonce que le choléra continue à faire de 40 à 50 victimes chaque jour à Marseille, et il fait observer que, malgré les communications très fréquentes qui ont lieu journellement entre Marseille et Toulon, aucun cas ne s'est encore manifesté dans cette dernière ville. On sait que la même chose a eu lieu en 1832.

NOUVELLES.

MM. H. Gaultier de Claubry, membre de l'Académie de médecine, et Dupuis (Alexandre), ancien chirurgien-major, ont été nommés officiers de la Légion-d'Honneur.

MM. les docteurs Deschamps et Rapatel ont été nommés chevaliers du même ordre.

Troubles à l'hôpital de Lille. — Les renseignements dont nous avions parlé dans notre avant-dernier numéro tendaient à nous faire croire que les troubles qui ont eu lieu dans cet hôpital avaient été occasionnés par les élèves de l'hôpital; mais des informations plus précises nous apprennent que c'est seulement par les jeunes garçons élevés dans l'hôpital que les troubles ont été causés. Nous n'avons donc pas à nous en occuper davantage.

— Par décision du 10 août, MM. les officiers de santé détachés en Algérie, dont les noms suivent, sont désignés pour les hôpitaux de l'Algérie :

M. Deleau, chirurgien-major de 1re classe à l'hôpital de Bastia;

M. Vivès, chirurgien-major de 1re classe à l'hôpital de Belle-Ile-en-Mer;

M. Plaisant, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital de Rennes;

M. Frey, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital de Marseille;

M. Colmant, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital de Saint-Jean-Pied-de-Port;

M. Panier, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital d'instruction de Strasbourg.

— Par décision du 27 août :

M. Ouradou, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital de Toulon;

M. Daumas, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Toulon, est désigné pour l'hôpital de Valenciennes.

M. Marturé, chirurgien aide-major au 25e léger, est désigné pour le 40e de ligne.

M. Bonnet-Masimhert, médecin ordinaire aux salles militaires de l'hospice civil de Grenoble, est désigné pour être détaché à l'hôpital de Marseille.

M. Vincent, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Maubenge, détaché à l'armée des Alpes, est désigné pour être détaché à l'hôpital de Marseille.

M. Lubin, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Rennes, détaché à l'armée des Alpes, est désigné pour être détaché à l'hôpital militaire de Marseille.

M. Nuzillat, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Colmar, est désigné pour les ambulances de l'Algérie.

M. Duclout, chirurgien aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital de Colmar.

M. Levé, chirurgien à l'hôpital de Bordeaux, est désigné pour être détaché à celui du Roule.

Nous prions MM. les médecins et les pharmaciens nouvellement établis, et qui ne figurent point sur la dernière édition de l'*Annuaire Médical et Pharmaceutique de la France*, par le Dr Roubaud, de faire parvenir le plus tôt possible leurs notes pour la prochaine édition, à l'Office central de l'Industrie et du Commerce, rue Vivienne, 43, à Paris.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 15 SEPTEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 108.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements .	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger . . .	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 14 SEPTEMBRE 1849.

Bulletin du choléra.

La décroissance a aujourd'hui repris son cours d'une manière très marquée : de 50, le nombre des admissions dans les hôpitaux civils est descendu à 20 avant-hier et à 30 hier.

Malheureusement on ne peut constater aucune diminution dans la gravité de la maladie, et nous avons encore à enregistrer un nouveau cas presque foudroyant qui a été observé aux Invalides sur un de nos jeunes confrères de l'armée.

Pelletier, chirurgien sous-aide-major, avait monté sa garde pendant la nuit du 12 au 13. Dans la journée du 13, il eut de la diarrhée ; le soir, à cinq heures, il fut conduit au Val-de-Grâce, où, malgré les soins empressés qui lui ont été prodigués, il a succombé le 14, à quatre heures du matin, onze heures après l'attaque cholérique confirmée.

Nous avons la douleur d'annoncer un autre cas de mort dans la chirurgie militaire aux nouvelles des départements.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

	Entrées.	Décès.
Hopitaux civils : Journée du 12 septembre...	20	16
— 13	30	16
Hopitaux militaires pendant les deux jours...	4	4
Total.....................	54	36

Total des décès dans les hôpitaux.............	7814
Total des décès à domicile jusqu'au 31 août......	10310
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie.........................	18124

Séance de l'Académie des Sciences.

La lecture que M. Diday a faite lundi dernier à l'Académie des Sciences a laissé sous l'impression d'un singulier pressentiment les rares auditeurs qui l'ont écoutée avec quelque attention. Si nous disions que ce sentiment a été un étonnement profond, nous ne le caractériserions que bien incomplétement. Pour notre compte, nous n'avons que trop subi l'impression générale. Si M. Diday n'était pas un homme qu'on doit considérer comme sérieux, si surtout les idées qu'il a agitées ne mettaient pas en jeu la santé publique, si elles ne se discutaient pas aux dépens de l'humanité et de la morale médicale, son travail ne serait justiciable que des colonnes du feuilleton. Il n'en est malheureusement point ainsi. Autant par considération pour l'homme que par intérêt pour la santé des malades et pour la dignité professionnelle, on est obligé de discuter sérieusement des idées qui sont peut-être plus dangereuses encore que bizarres.

Un mot d'abord sur la situation générale d'esprit que révèle le travail de M. Diday. Plus d'une fois déjà nous avons eu l'occasion et le regret de nous élever dans ce journal contre les tendances par trop expérimentales auxquelles certains médecins d'hôpitaux se laissent entraîner. Pour ces médecins, il est triste de l'avouer, le service médical qui est mis à leur disposition ressemble trop à un laboratoire, et le corps de l'homme à une boîte à réactifs. On saigne un typhoïque, un varioleux, non parce que l'on croit que la saignée leur sera utile, mais seulement pour peser la fibrine et compter les globules du sang. Quelquefois même on n'hésite pas à pratiquer cette saignée, quoiqu'on soit parfaitement convaincu qu'elle ne peut être que nuisible au malade, comme dans les cas de chlorose, de diathèse cancéreuse, de scorbut, etc.

Ce sont là, nous le répétons, des tendances d'autant plus déplorables qu'elles ne sont nullement justifiées ni par l'amour de la science, ni par les services qu'elles peuvent rendre à la thérapeutique; d'autant plus déplorable encore, qu'elles justifient une partie des préjugés de la classe nécessiteuse contre les secours des hôpitaux, et qu'elles répandent une cause, malheureusement juste, de déconsidération pour le corps médical.

Des expériences comme celles dont il s'agit, nous ne concevrions pas qu'on les proposât à des malades de la pratique civile qui payent les soins qu'on leur donne, et qui sont, par conséquent, tout à fait libres d'accepter ou de refuser les propositions qu'on leur fait; mais nous concevons bien moins encore qu'on les propose à des malades sur lesquels on a une certaine autorité, qui peuvent hésiter entre la répugnance que leur inspire l'expérimentation et la crainte d'être renvoyés ou moins bien soignés. Devons-nous ajouter qu'une pareille crainte n'a pas toujours été sans fondement! Fût-on même certain que les malades traités dans les hôpitaux acceptassent bien franchement de se soumettre aux expériences qu'on leur propose, on ne devrait s'y décider qu'après avoir consulté leur tuteur naturel, c'est-à-dire l'administration. C'est ainsi qu'en agit M. Robert quand il voulut inoculer la variole, pendant la grande épidémie varioleuse de Marseille, et il n'hésita pas à renoncer à ses projets d'inoculation quand il sut qu'ils n'avaient pas l'assentiment du conseil des hôpitaux. Certes, ce n'est pas nous qui chercherons à restreindre les franchises de la médecine; mais nous savons trop aussi à quels excès peuvent conduire les entraînements des fausses doctrines pour ne pas chercher à en préserver l'humanité. Une chose d'ailleurs suffirait pour prouver l'utilité du frein que nous voulons imposer aux tentatives hasardeuses contre lesquelles nous nous élevons, c'est que toujours ces tentatives ont été faites dans les hôpitaux.

Maintenant que nous avons posé ces principes de conduite médicale, dont la justesse et l'évidence devraient éblouir tous les yeux, éclairer toutes les consciences, il ne nous sera pas difficile de montrer en quoi M. Diday s'en est écarté dans ses téméraires expériences.

Pour base primordiale de toutes ces expériences, M. Diday a adopté une opinion d'une évidente fausseté, celle qui enseigne qu'on n'a qu'une fois dans sa vie la syphilis constitutionnelle. Nous savons que les observations rigoureuses qui ont maintes fois démontré l'erreur de cette opinion ne comptent pour rien aux yeux de M. Diday et de l'école dont il s'est fait l'un des plus plus zélés défenseurs; mais si nous concevons qu'on ne tienne aucun compte des opinions, et, qui mieux est, des faits de ses adversaires, lorsqu'il est urgent de prendre un parti, nous ne concevrions pas un pareil dédain alors qu'il s'agit d'inventer une méthode qui pourrait bien mettre en péril la santé des malades, si par hasard on n'était pas soi-même infaillible!

Mais ce n'est pas seulement au point de vue scientifique, contre la puissance des faits les mieux constatés, qu'a péché M. Diday, il a péché tout autant contre la logique de sa propre doctrine.

1° D'abord, la syphilis qu'il appelle tertiaire peut-elle se transmettre en introduisant du sang d'un syphilitique sous l'épiderme d'un individu sain? C'est ce que nulle observation, nulle expérience n'a encore appris. M. Diday se fonde donc secondairement sur une hypothèse que rien ne justifie.

2° Dans le cas où la syphilis pourrait être ainsi communiquée, serait-elle moins grave que la même syphilis venue naturellement? Autre question à laquelle aucun fait ne permet de répondre catégoriquement.

3° Si la doctrine à laquelle se rattache M. Diday était vraie, la syphilis dite tertiaire transmettrait par le sang, non pas la syphilis, mais les scrophules, qui en seraient un dégénérescence. Or M. Diday serait-il bien inspiré en donnant à ses malades les scrophules pour les préserver de la syphilis?

Et c'est en se fondant sur de pareilles erreurs, sur un pareil entassement d'hypothèses, qu'on expérimente froidement sur la peau humaine, comme on le ferait *in anima vili*, qu'on en vient presque à proposer sérieusement de donner à tous les enfants une vérole actuelle pour les préserver de celle que la plupart d'entre eux n'auront jamais. Voilà pourtant à quelles tristes conséquences peuvent conduire les mauvaises doctrines, nous ne disons pas l'envie de faire du nouveau, parce que nous croyons M. Diday de bonne foi, mais les mauvaises doctrines et l'oubli des vrais principes qui doivent guider le médecin dans ses essais sur le corps humain!

Nous pourrions pousser beaucoup plus loin ces remarques. Nous désirons vivement qu'elles suffisent pour ramener à ces principes les médecins heureusement assez peu nombreux qui s'en écartent d'une manière si affligeante.

Revue clinique hebdomadaire.

Syphilis secondaire dix-huit ans après les symptômes primitifs. — Choléra dans la convalescence. — Si l'on s'en rapportait aux assertions d'une doctrine dont les esprits impartiaux ne tardent pas à être obligés de se détacher, lorsqu'ils veulent tenir un compte suffisant de l'observation, et qu'ils ont fait aux dépens de leurs malades quelques expériences décisives, les premiers phénomènes de la syphilis constitutionnelle se développeraient constamment dans les six semaines ou dans les deux mois qui suivent les accidents primitifs, rarement au bout de trois mois, mais jamais plus tard. C'est là une de ces erreurs nombreuses que l'observation la plus rigoureuse a démontrées maintes fois, mais qui n'en est pas moins acceptée encore par un certain nombre de médecins. Il n'est donc pas superflu de mettre de temps en temps sous les yeux de ceux qui cherchent sincèrement à s'éclairer les faits qui démontrent une fois de plus l'erreur des inoculateurs. C'est dans ce but que nous publions l'observation suivante, qui prouve encore une fois que la syphilis constitutionnelle ne préserve pas plus du choléra que la syphilis primitive :

Le 2 juillet 1849 entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Charles, n° 51, service de M. Gibert, le nommé Robin (Simon), âgé de trente-huit ans, imprimeur sur papiers peints, demeurant à Paris avec sa femme. Cet homme est atteint d'une syphilis papuleuse depuis trois semaines.

En 1831, pour la première fois, il a une blennorrhagie assez intense, suivie de chancres sur la couronne du gland huit ou dix jours après l'apparition de l'écoulement. Il prend de la tisane de fumeterre et de chiendent, et fait sur le chancre des cautérisations avec un liquide caustique. Le chancre disparaît complétement en un mois. L'écoulement dure trois mois. Après ce temps, le malade voyait encore tous les matins sourdre une goutte d'un liquide blanchâtre du méat urinaire. Sur un conseil qu'on lui donne, il boit son urine pendant trois jours de suite. Disparition complète de l'écoulement.

Depuis cette époque jusqu'à son mariage, qui a eu lieu en 1833, il assure n'avoir eu aucun autre accident primitif ni consécutif, quoiqu'il ait toujours eu soin de s'examiner attentivement. Il a continué, au contraire, à se bien porter. Il a eu dix enfants, dont sept sont morts de maladies qui paraissent avoir été étrangères à la syphilis. Un seul a eu quelques boutons rougeâtres sur le corps; mais les boutons ont disparu sans traitement et l'enfant se porte à merveille, ainsi que les deux autres. Sa femme, dit-il, n'a jamais été malade du côté des organes génitaux. Elle jouit aujourd'hui d'une parfaite santé.

Il y a neuf semaines environ, quoique n'y étant nullement sujet, Robin est pris d'un mal de gorge très intense avec cuisson, impossibilité de la déglutition; il survient bientôt de la courbature, un malaise général, des nausées; puis, il y a trois semaines, apparaissent sur le devant de la poitrine, le ventre, les bras et les cuisses, des boutons papuleux assez saillants, quelques-uns au moins, se rapprochant de la forme mérisée; ceux de la figure et du cuir chevelu n'ont paru que depuis huit jours sans démangeaison préalable. Chute légère des cheveux.

Le mal de gorge diminue d'intensité au moment de l'éruption cutanée.

Aujourd'hui, nous trouvons son corps entier parsemé de ces papules à contour sombre, rougeâtre, d'aspect caractéristique; disséminées par groupes, qui occupent surtout le devant de la poitrine, la région des aines et celle du front. A la verge, ni écoulement ni cicatrice apparente du chancre qu'il accuse. A l'examen de la gorge, on trouve les deux amygdales très gonflées, ainsi que la luette. La paroi postérieure du pharynx est rouge; l'amygdale gauche et le pilier postérieur du même côté sont rongés par une ulcération syphilitique à fond grisâtre, que l'on modifie sensiblement en portant dessus le nitrate d'argent liquide au 30e (1 gramme pour 30 grammes d'eau).

Ce malade, d'une bonne constitution, jouit d'ailleurs d'un excellent appétit. M. Gibert lui prescrit une solution d'iodure ioduré de potassium, des bains sulfureux et les quatre cinquièmes de portion.

Ce malheureux, étant en convalescence, la syphilide à peu près résolue, l'ulcération du gosier à peu près guérie, fut pris tout à coup du choléra le 3 septembre au soir à la suite de l'admission de quelques nouveaux cholériques du dehors pendant la dernière recrudescence de l'épidémie. Une réaction, qui donne quelque espoir, succède à la période algide, puis la maladie prend la forme comateuse et le malade est emmené mourant par sa femme le 11 septembre.

La régularité de la conduite de ce malade, les habitudes conjugales auxquelles il n'avait jamais manqué ne permettent pas de douter de la véracité de ses assertions, confirmées par

celles de sa femme. Ce n'est donc pas seulement là un exemple de syphilis constitutionnelle survenue à une époque bien plus éloignée que celle qui est admise par la doctrine de l'inoculation, mais c'est un exemple de cette forme de syphilis constitutionnelle qui, moins encore que toute autre, pourrait apparaître à une époque aussi reculée, toujours d'après la même doctrine. Malheureusement la nature ne se conforme pas toujours à ces systèmes.

Diathèse furonculo-purulente à la suite de deux piqûres d'abeille. — Entre autres malades intéressants, l'hôpital Saint-Louis en renferme un en ce moment sur lequel nous désirons arrêter un instant l'attention du lecteur.

Jusqu'à présent on n'a guère observé, on ne s'est préoccupé du moins que des accidents aigus que peuvent déterminer les piqûres d'insectes venimeux. Les auteurs citent plusieurs exemples analogues aux suivants, observés par Fabrice de Hilden : Une jeune fille, se promenant dans un verger, fut piquée auprès de l'oreille droite par une guêpe ; le gonflement s'étendit à toute la tête et fut suivi de la formation d'un abcès. Chez un autre sujet, également atteint au visage, l'inflammation fut plus violente encore, et se termina par la gangrène. Chez une dame enfin, piquée auprès du métacarpe de la main droite, il se manifesta une douleur violente, de la fièvre, du délire, des vomissements, etc. ; la malade guérit. Dans d'autres cas, ces phénomènes ont été observés et se sont terminés par la mort. Il ne s'agit, bien entendu, dans ces cas, que de piqûres uniques ou tout au plus au nombre de deux ou trois ; car on comprend que ces accidents, survenus à la suite de piqûres très nombreuses, n'auraient plus rien que de très ordinaire.

Mais, on le voit, ce sont toujours des accidents aigus qui ont été observés comme conséquences de ces piqûres, quoique dans plusieurs des observations il ait été facile de constater que ces accidents ne dépendaient pas seulement de l'inflammation locale, mais bien en partie aussi ou même presque exclusivement de l'infection de tout le système.

Ce qui donnerait un haut intérêt au fait que M. Cazenave nous a fait observer, c'est que l'infection *venimeuse* aurait affecté ici une marche chronique. Nous allons d'abord mettre sous les yeux de nos lecteurs l'histoire succincte de ce fait intéressant.

Au n° 48 de la salle Napoléon, service de M. Cazenave, est entré, le 14 août 1849, un homme de cinquante-sept ans, nommé Moisseron, de haute stature et de forte complexion, exerçant depuis son enfance la profession de tisserand. Cet homme, d'une bonne santé habituelle, n'a jamais été affecté de syphilis, et les détails dans lesquels on entre à ce sujet, de même que les renseignements que l'on a eus sur la vie de ce malade, ne permettent pas le moindre doute sur la véracité de ses assertions. Il n'a jamais non plus fait aucune maladie grave, et n'a en particulier été affecté d'aucune maladie cutanée fébrile ou autre ; il n'a jamais eu de fièvres intermittentes. Jamais il n'a éprouvé de privations matérielles ; l'honnête aisance qu'il possède lui a toujours permis de se bien nourrir. Jamais non plus il n'a fait d'excès d'aucune espèce. Jamais il n'a été en contact ou même en rapport médiat avec des chevaux, ni avec des personnes qui les soignaient. Voici comment la maladie dont il est actuellement affecté se serait développée.

Au mois de mai 1847, il fit une visite à des ruches d'abeilles qu'il a dans son jardin ; il fut piqué au gros orteil droit par deux de ces insectes. Il éprouva la douleur habituelle que causent ces sortes de piqûres, mais sans aucun autre phénomène particulier ; il ne s'inquiéta en aucune façon de ce léger accident, et marcha une partie de la journée avant de rentrer chez lui pour vaquer à ses affaires. Lorsqu'il arriva, la douleur existait encore assez vive, et le pied était notablement enflé, ainsi que la jambe. Il ne fit néanmoins pas attention à cet état, et continua ses occupations sans prendre aucune précaution.

Peu à peu l'enflure augmenta, se propagea à la cuisse, gagna le membre inférieur opposé, et à une époque que le malade fait remonter à dix-huit mois, s'accompagna de tumeurs dans les deux aines, sous les deux aisselles et autour de la gorge. Six ou huit mois plus tard, c'est-à-dire il y a environ un an, il se développa en outre des tumeurs furonculeuses sur plusieurs points de la surface du corps ; la plupart de ces tumeurs se résolvaient ; d'autres arrivaient à suppuration. Elles ont toujours persisté en se renouvelant, les unes se développant à mesure que les autres disparaissaient. Depuis quelque temps l'enflure a gagné toutes les parties du corps, s'est accompagnée de toux depuis six mois, et d'étouffements qui allaient toujours croissant depuis au moins un mois. C'est dans ces conditions que le malade, désespérant de guérir dans son pays, s'est décidé à venir réclamer des secours à Paris et à entrer à l'hôpital.

Plusieurs traitements lui ont été prescrits chez lui ; mais il n'est pas possible de savoir exactement en quoi ils ont consisté. Le malade se trouve aujourd'hui dans l'état suivant :

Infiltration générale et assez considérable de tout le tissu cellulaire sous-cutané, un peu plus marquée dans le membre inférieur droit qu'ailleurs. Léger épanchement dans l'abdomen ; épanchement analogue dans les plèvres et dans le poumon, où il se révèle par du râle sous-crépitant à la partie inférieure de ces organes. Teinte cachectique jaunâtre de la peau ; engorgements nombreux des ganglions des aisselles et des ganglions les plus inférieurs des aines. Ceux qui, au dire du malade, ont existé à la gorge très volumineux ont presque complétement disparu aujourd'hui. Sur toutes les régions de la peau existent de nombreuses tumeurs furonculeuses du volume d'un gros pois à celui d'une noix, mais ordinairement du volume d'une noisette. Quelques-unes de ces tumeurs sont recouvertes de croûtes noirâtres ; d'autres suppurent à la manière des anthrax ; d'autres se résolvent et laissent après elles des taches violacées. Les plus petites ne font éprouver qu'une douleur très modérée pendant leur période d'augmentation ; es plus grosses sont très douloureuses et causent même quelquefois un mouvement fébrile. Celles qui suppurent ne laissent pas après elles d'ulcères arrondis, coupés à pic ou rongeants ; les plaies tendent toujours, au contraire, à la cicatrisation. Pas de traces d'altération à la gorge ni au voile du palais ; rien dans le tissu ostéo-fibreux ; point d'abcès ni d'engorgements dans le tissu cellulaire sous-cutané. Point de fièvre, si ce n'est accidentellement, à propos du développement de quelque tumeur volumineuse ; peu d'appétit, peu de sommeil ; faiblesse considérable.

Un traitement tonique, composé principalement de préparations quiniques, de bon vin, de viandes rôties, a seul été jusqu'à ce jour mis en usage ; une certaine amélioration s'est déjà produite dans l'état du malade ; ce traitement sera continué.

Si l'on était parfaitement certain que les phénomènes morbides se fussent succédé dans l'ordre que nous venons d'indiquer et sur lequel le malade ne varie pas dans sa narration, il ne serait peut-être pas trop hasardé de les attribuer à l'infection venimeuse à laquelle il a été soumis. Une pareille succession de phénomènes n'aurait rien d'extraordinaire ou plutôt elle établirait une analogie de plus entre les infections venimeuses et virulentes qui ont déjà tant d'analogies.

Du reste, si l'on n'admet point cette explication, que M. Cazenave est très disposé à adopter, on se trouve assez embarrassé pour trouver une cause à tous ces phénomènes singuliers. Toute idée de farcin et de syphilis, maladies dont celle-ci pourrait être rapprochée le plus, doit être écartée chez notre malade, qui n'a pas non plus été affecté d'une de ces maladies générales à laquelle on pourrait à la rigueur rapporter des phénomènes comme ceux que nous observons. C'est donc là, nous avions raison de le dire, une maladie qui mérite de fixer l'attention des observateurs et qui peut montrer sous un nouveau jour, augmenter d'un nouveau chapitre l'histoire si intéressante des infections venimeuses.

Observations cliniques sur l'usage thérapeutique de la gomme-gutte.

PAR M. LE DOCTEUR ABEILLE,
Médecin-adjoint au Val-de-Grâce.

La gomme-gutte est un médicament dont la thérapeutique est appelée à tirer un grand parti. M. Rayer, qui s'en occupe d'une manière toute particulière, disait encore naguère que c'est une substance à expérimenter pour connaître à fond les résultats satisfaisants qu'elle peut fournir dans une certaine classe d'affections. Je crois avoir lu la relation de deux ou trois cas de maladie de Bright avec hydropisie, où ce savant praticien avait obtenu une très grande amélioration par l'emploi de ce remède. Les essais du médecin de l'Hôtel-Dieu ont dû continuer sur une grande échelle. Nul doute que l'expérimentation d'un homme aussi versé et aussi prudent que M. Rayer ne nous apprenne un jour ou l'autre les effets les plus constants de la gomme-gutte dans tel ou tel cas donné, et les doses auxquelles elle peut être administrée.

En attendant que tout soit dit sur ce médicament, je me propose, par l'exposé de cinq faits bien précis et authentiques, de démontrer que, comme beaucoup d'autres substances de la matière médicale, celle-ci peut être portée dans l'économie à doses très élevées, être tolérée dans certains cas, au point de perdre entièrement sa propriété purgative à mesure que les doses sont augmentées, soit que, d'après certaines dispositions organiques passagères, son action aille se concentrer par absorption sur une autre série de fonctions que les fonctions intestinales pour les modifier d'une manière avantageuse ; soit que, par habitude, l'organisme s'émousse à son action et la tolère sans effet prononcé.

Voici, au reste, nos faits, laissant à d'autres les commentaires.

1° Mme Henri Rollin, de Beauraing, à trois lieues de Givet, femme de quarante-huit à cinquante ans, portait depuis onze mois une ascite, contre laquelle avaient échoué une foule de moyens mis en pratique par les deux confrères de l'endroit. La ponction avait été pratiquée une fois à titre de palliatif, et elle devait être renouvelée quand je fus appelé près de la malade.

Comme commémoratif, cette dame me rappela qu'avant l'apparition de l'ascite elle avait senti pendant quelque temps une tumeur située dans le flanc droit. Cette tumeur, qui était douloureuse à la pression, avait acquis le volume de deux poings réunis. Depuis plus de quinze ans cette dame porte à la région parotidienne gauche une autre tumeur du volume d'une grosse pomme, bosselée, dure, tirant en bas par son propre poids les téguments, mais sans tension de la peau, qui reste froncée autour d'elle en quelques points. Cette tumeur n'est le siége d'aucune douleur. Elle a débuté, au dire de la malade, à la suite d'un refroidissement, s'est développée avec une extrême lenteur, et paraît ne faire aucun progrès depuis deux ans. Au reste, il n'a été employé aucune médication pour la combattre. Cette tumeur a évidemment pour siége la glande parotide, et quoiqu'elle ait pu être prise pour un squirrhe, j'avoue que je suis resté plus qu'indécis sur sa nature.

La tumeur de l'abdomen, qu'on ne peut percevoir à cause de la grande quantité de liquide contenu dans la cavité péritonéale, peut bien avoir une certaine liaison avec celle de la parotide, et cette raison laisse entrevoir un pronostic fâcheux pour l'hydropisie. Mme Rollin est fort amaigrie ; son teint est légèrement jaune ; toutes les fonctions languissent chez elle.

Les urines, traitées par l'acide azotique, donnent un précipité albumineux abondant ; elles rougissent fortement le papier de tournesol. Les reins sont le siége de douleurs gravatives, dont la percussion augmente l'acuité ; les jambes et les cuisses sont infiltrées. Le thorax et les extrémités supérieures sont décharnées ; la soif est continuellement vive ; l'appétit nul ou bizarre.

Après cet examen approfondi, il nous parut que nous avions affaire à une hydropisie, à laquelle pouvait bien ne pas être étrangère une maladie des reins, en supposant même que la tumeur abdominale n'appartînt pas à l'un de ces organes.

Il fut décidé qu'on ponctionnerait la malade pour débarrasser le ventre de la grande collection séreuse, et mettre le péritoine dans de meilleures conditions d'action au sujet de la médication qui devait être employée ensuite.

C'était le 15 juin 1848.

Après la ponction, qui donna issue à une quinzaine de litres de sérosité citrine, la douleur abdominale put être facilement explorée. Comme la parotidienne, elle était dure et offrait des bosselures. Elle était située au-dessous et en arrière du foie, dont elle était distinctement isolée, s'enfonçait dans le flanc droit, et pouvait passer pour appartenir au rein de ce côté.

Il fut appliqué sur la partie correspondante à chaque rein un large cautère à la potasse caustique. Des frictions mercurielles furent exécutées deux fois par jour sur le ventre, jusqu'à salivation. La gomme-gutte, prescrite d'abord à la dose de 30 centigrammes, fut augmentée tous les jours de 1 décigramme ; si bien qu'au huitième jour la malade en prenait 1 gramme.

Les deux premières doses de ce médicament suscitèrent des selles nombreuses avec coliques. A mesure que les doses furent élevées, les selles devinrent plus rares, les coliques nulles. A la dose de 80 centigrammes, il n'y avait plus que deux selles par jour. Pendant ces premiers jours les extrémités inférieures avaient désenflé ; mais la cavité péritonéale était devenue le siége d'une collection notable de liquide.

Du septième au dix-huitième jour de traitement, la gomme-gutte fut portée à 14 décigrammes dans les vingt-quatre heures, et la malade n'avait alors qu'une selle par jour. Du seizième au dix-huitième jour de cette médication il survint une véritable crise urinaire. Mme Rollin rendit en ces deux jours plus de quinze litres d'urine, et l'ascite disparut entièrement. Mais à cette crise succéda une prostration profonde qui nous fit craindre sérieusement pour les jours de la malade. Les amers, les toniques, furent alors mis en jeu, et en proportion avec la grande faiblesse du sujet.

A notre grande surprise, en dix jours l'appétit revint ; une alimentation convenable fit remonter les forces peu à peu, et notre malade, que nous avions franchement cru perdue, recouvra la santé.

Le fait le plus saillant, sans contredit, de cette observation, c'est que, sous l'influence du traitement sus-énuméré, la tumeur du ventre s'effaça, et qu'un mois après on n'en retrouvait plus de trace. Cette cure n'a point été momentanée. En mai 1849, avant mon départ de Givet, c'est-à-dire onze mois après, je revoyais notre intéressante malade, et pouvais m'assurer qu'il n'y avait pas eu de récidive.

2° Voici une deuxième observation que j'ai eu l'honneur de présenter au conseil de santé des armées il y a deux ans.

Un jeune militaire du 42e de ligne, sous les drapeaux depuis six mois, entrait à l'hôpital de Givet en avril 1846, pour une anasarque survenue spontanément depuis une dizaine de jours.

Ce militaire était infiltré de haut en bas, et une certaine collection séreuse existait dans le péritoine. Le commémoratif ne nous apprit pas grand'chose. Ce jeune soldat avait toujours été d'une faible constitution, sujet aux palpitations et gêné dans la respiration quand il montait ou marchait un peu vite. Depuis assez longtemps il était sujet aussi à une toux sèche, et cependant il avait été admis comme propre au service, ce qui prouve qu'il y avait, nonobstant ces désordres fonctionnels, une apparence de santé.

La percussion et l'auscultation me donnèrent la présomption de l'existence de tubercules pulmonaires, présomption confirmée, du reste, par le commémoratif. Une matité de 4 pouces de hauteur, de 3 pouces transversalement à la région précordiale ; l'éloignement, la profondeur, la faiblesse des battements et des bruits du cœur, me firent soupçonner un épanchement péricardique.

C'est à l'ensemble de ces lésions que je crus pouvoir rattacher l'anasarque ; les urines, acides, ne donnèrent aucun précipité albumineux par l'addition de l'acide azotique, et cette expérience, répétée fréquemment pendant le cours de la maladie, donna toujours le même résultat.

Un large vésicatoire à la région précordiale et la gomme-gutte à doses croissantes, telle fut la médication mise en pratique. Les premières doses du médicament, 30 et 40 centigrammes, agirent comme purgatif énergique. Les jours suivants, à mesure que la tolérance s'établissait pour des doses plus élevées, l'effet purgatif était peu sensible, et même nul. Au vésicatoire je fis succéder une application de quatre cautères volants à la région précordiale. Au bout de huit jours, la gomme-gutte, étant parfaitement tolérée à la dose de 1 gramme, ne fut plus administrée que tous les deux jours. Au quinzième jour, alors que le malade en prenait 15 décigrammes en vingt-quatre heures par doses fractionnées, les urines devinrent plus abondantes. Du quinzième au vingt-deuxième jour, la sécrétion urinaire devint tellement active, qu'à la dernière date notre malade n'était plus qu'un squelette par la disparition de l'anasarque.

La faiblesse fut tellement profonde après l'élimination du liquide séreux, que je conservai peu d'espoir pour ce jeune militaire. Cependant, sous l'influence des toniques, des ferrugineux et d'une alimentation convenable, la vie s'entretenait dans ce cadavre anticipé ; ce militaire se levait même pendant quelques heures tous les jours. Il y avait trois semaines que l'anasarque avait disparu quand il fut pris d'une fièvre intense à laquelle succéda, le troisième jour, une éruption variolique. C'en était trop pour un sujet arrivé à cet état d'épuisement. Il ne put résister à ce nouveau travail morbide, et succomba durant le cours de l'éruption, quoiqu'elle fût des plus bénignes.

L'autopsie nous démontra la présence d'une foule de tubercules disséminés dans les deux poumons, et à l'état de crudité. Le sommet de ces deux organes en était farci ; leur grosseur variait depuis celle d'un pois jusqu'à la granulation miliaire.

Le péricarde était adhérent avec les médiastins, pour ne former avec eux qu'une masse. Le feuillet séreux du péricarde avait acquis l'épaisseur de 2 lignes, et la duplicature de ce feuillet adhérait par une pseudomembrane épaisse de 3 à 4 lignes sur la face antérieure du cœur, et de 1 ligne environ sur la face postérieure. Cette pseudomembrane était d'un jaune serin, floconneuse dans quelques points ; dans d'autres, elle était dense, serrée, avec la consistance fibro-cartilagineuse.

Le cœur, rapetissé, ne formait qu'un tout avec le péricarde, au milieu duquel il était solidement enclavé au moyen des pseudomembranes.

Les glandes mésentériques étaient hypertrophiées ; quelques-unes, notamment celles du méso-cœcum et du méso-colon, à l'état caséeux, comme lorsque les tubercules sont ramollis. Le tube digestif ne présentait rien d'anormal.

Les reins avaient le volume ordinaire ; ils étaient pâles, incontestablement anémiés, mais sans aucune trace de granulation ; la consistance des deux substances de ces organes nous parut à l'état normal.

3° Un jeune militaire du 63e de ligne, Germain, qui n'avait que quatre mois de service, et offrait toutes les apparences d'une tuberculisation générale, fut admis à l'hôpital de Givet, en février 1848, pour une péritonite tuberculeuse. Cette affection aboutit à l'ascite ; et, durant le cours de cette maladie, passablement longue, je n'avais jamais soupçonné une péricardite latente qui existait pourtant.

Quand l'ascite fut avancée, nous dirigeâmes contre elle, et après plusieurs autres moyens, la gomme-gutte à doses croissantes, ainsi que dans les deux cas précédents, et des frictions mercurielles sur le ventre.

Dès le sixième jour de l'usage de ce médicament, il y avait tolérance complète : la sécrétion urinaire en fut aussitôt influencée d'une

manière favorable ; les urines du malade, qui avaient été examinées tous les jours depuis l'apparition de l'ascite, n'avaient jamais présenté d'albumioe et avaient toujours été acides. Avec l'augmentation de la sécrétion, elles changèrent de caractère et devinrent alcalines sans contenir la moindre trace d'albumine. A dater du jour de la tolérance du médicament, c'est-à-dire du sixième jour de traitement, la suffusion séreose du péritoinc mit dix jours à disparaître ; mais ce militaire, pour être débarrassé de cette superfétation, n'en succombait pas moios quelques heures après aux désordres nombreux et profonds dont il était atteint depuis longtemps.

L'antopsie nous dévoila une multitude de tubercules pulmonaires, dont quelques-uns arrivés à la période de ramollissement ; une péricardite en tout semblable à celle du sujet de notre deuxième observation et que nous n'avions pu soupçonner durant la maladie, masquée qu'elle était par les symptômes plus saillants des autres altérations organiques.

Chez ce malade, la pseudo-membrane, qui unissait entre eux les feuillets séreux péricardiques, était d'un rouge foncé, mollasse et spongieuse.

Le péritoine pariétal, qui présentait sur son feuillet séreux une foule de granulations gris de plomb et de toute grosseur, adbérait en quelques points avec la séreuse intestinale. Les intestins grêles étaient soudés entre eux dans presque toutes leurs circonvolutions. Toute la séreuse péritonéale avait cette couleur plombée que présentaient les granulations. Toutes les glandes mésentériques étaient généralement hypertrophiées et présentaient à la coupe cet aspect gazeux propre aux tubercules ramollis. La cavité abdominale ne contenait pas une goutte de liquide.

Les reins étaient pâles, exsangues, anémiés, mais sans altération de forme ni de texture.

4° J'arrive à une maladie de Bright bien caractérisée, où la gomme-gutte, employée à travers des médications diverses, a produit à plusieurs reprises une amélioration remarquable dans les symptômes, sinon dans la lésion organique elle-même.

Il s'agit d'un jeune postillon, Vaultrier, de Givet, âgé de vingt-cinq ans et primitivement doué d'une organisation robuste. Ce jeune homme avait contracté, six mois auparavant, unc sypbilis caractérisée par un chancre non induré. Traité à Mézières pour cette affection, il lui survint, après en avoir été guéri, un œdème de tout le membre pelvien droit. Dans sa pensée, cet œdème devait être le résultat de la syphilis. Il vint à Givet se confier à mes soins. Il y avait trente-sept jours que l'œdème avait apparu. La jambe gauche, qui n'était point œdématiée, était semi-paralysée pour le mouvement et paralysée complétement pour la sensibilité. Ce jeune homme ne pouvait marcber ; les membres fléchissaient au bout de quelques secondes de station. Après un sérieux examen, je crus avoir affaire à une affection de la moelle. Plusieurs applications de sangsues, buit vésicatoires volants le long de l'épine dorsale, la révulsion sur le tube digestif, des bains sulfureux, tel fut pendant vingt-deux jours le traitement employé. Le membre pelvien droit désenfla au détriment du gauche, qui devint œdématié à son tour. Avec l'œdème du membre gauche se développa une péritonite non douteuse, dont le résultat fut, malgré le traitement employé, une ascite coosidérable. Le foie, qui avait probablement participé à la pblegmasie péritonéale, s'hypertrophia, et cette seconde lésion devint une nouvelle cause d'épanchement péritonéal.

Dans le même moment se déclaraient des douleurs lombaires, que la percussion à la région des reins rendait plus vives ; les urines étaient rares, rougeâtres, avec le sédiment briqueté.

Je les traitai par l'acide azotique après les avoir filtrées. Elles donnèrent un précipité albumineux abondant et étaient acides. Comme, malgré tous ces désordres, ce garçon conservait de la vigneur et présentait un pouls dur et vibrant, je me décidai à lui pratiquer une saignée exploratrice de 200 grammes pour analyser le sang. Voici les proportions qu'il me donna sur 1,000. C'était le cinquante-deuxième jour du traitement, le seizième après l'apparition de l'ascite et le troisième après l'apparition des douleurs lombaires.

Proportion sur 1,000.

Fibrine	5	47
Globules	128	45
Eau	792	39
Albumine	70	04
Sels anorg.	3	65
	1,000	00

Cette analyse, faite d'après le procédé Dumas, est de la plus grande exactitude.

L'état du pouls, l'excès de fibrine, les douleurs rénales, l'état des urines me firent cette fois penser à la maladie de Bright, que M. Rayer considère comme une phlegmasie. L'œdème de la jambe et l'ascite me confirmèrent dans cette manière de voir. Je voulus employer contre la phlegmasie des reins le tartre stibié à hautes doses, qui ne fut point toléré à trois reprises différentes. Je dus y renoncer. Quatre cautères à la potasse caustique furent appliqués sur les reins et la gomme-gutte à doses croissantes. Le quatrième jour de son emploi, elle était tolérée : le malade en prenait alors 80 centig. Les doses furent portées successivement à 15 décigrammes. Sous son influence, les urines devinrent abondantes, quoique toujours albumineuses, mais perdant peu à peu leur caractère d'acidité pour devenir alcalines. Le quinzième jour de l'usage de la gomme-gutte, l'ascite avait disparu, l'œdème de la jambe avait diminué. Le malade ne put continuer l'usage du médicament, tant il éprouvait de dégoût. Au reste, il commençait à marcber, l'appétit était vif. Je le laissai se reposer trois semaines. C'était en mars 1849.

Le 20 avril l'ascite avait reparu avec une douleur à la région précordiale. Une exploration attentive me fit reconnaître un épanchement dans le péricarde. Un vésicatoire fut appliqué à la région précordiale, et la gomme-gutte administrée de nouveau et de la même façon ; elle donna le même résultat, c'est-à-dire la disparition de l'ascite en dix-sept ou dix-huit jonrs. Les urines restaient toujonrs albumineuses, quoique à un faible degré. L'action des cautères semblait avoir apaisé les donleurs des reins. Après cette nouvelle élimination du liquide séreux, il fallut renoncer encore à l'emploi de la gomme-gutte ; mais force fut d'y revenir au bout d'un mois avec la réapparition de l'ascite. Cette fois le membre pelvien droit, qui avait été infiltré le premier, s'œdématia de nouveau, le gaucbe étant toujours resté plus ou moins infiltré. Cette troisième fois, la gomme-gutte suscita plus de coliques et de dévoiement. La tolérance ne fut jamais complète. Le malade avait dans les derniers jours deux ou trois selles par vingt-quatre heures. La sécrétion urinaire n'en fut pas moins suractivée, et l'ascite dissipée pour la troisième fois en vingt et un jours de ce troisième traitement. Un ordre de départ vint m'enlever à regret anx soins que je donnais à ce jeune bomme. L'issue définitive de cette longue maladie m'est restée inconnue jusqu'à présent.

5° En novembre 1848, j'étais appelé en consultation avec les docteurs Régnard et Laurent, de Dinant, pour une vieille demoiselle de quarante et un ans, atteinte depuis dix-huit mois d'une hydropisie ascite qui avait déjà nécessité cinq ponctions. Cette ascite était le résultat d'une bypertropbie énorme de la rate avec dégénérescence de cet organe. Aisément mensurable à la main, la rate descendait jusque dans le bassin, occupait, tant en avant qu'en arrière, l'bypocbondre, le flanc et une portion de la fosse iliaque gauche ; bornée à la ligne blancbe supérieurement, elle la dépassait au nivean de l'ombilic, et se renfermait dans cette limite ioférieurement.

Mademoiselle Causse avait fait une cbute sur le ventre deux ans auparavant. Une péritonite intense avait été la suite de cet accident. La péritonite fut combattue avantageusement ; mais une douleur fixe persista à la région de la rate, et bientôt cet organe acquit un volume insolite ; ce volume augmenta rapidement, et quatre mois après la cbute, une ascite se déclarait consécutivement à l'bypertrophie de la rate. Je dois dire que la mère de la malade avait succombé dans un âge peu avancé à un squirrbe. Je ne décrirai point les remèdes nombreux employés par nos estimables confrères de la Belgique contre le développement anormal de cet organe. Il fut convenu que la malade serait ponctionnée de nouveau et que, malgré notre profonde conviction de l'impuissance de l'art dans ce cas, elle prendrait la gomme-gutte à doses croissantes.

Quand le ventre fut vidé, nous pûmes explorer aisément. Cet organe, d'un volume monstrueux, dont le poids, évalué approximativement, ne nous parut pas moins de 25 livres. La dureté et les nombreuses bosselures dont il était hérissé ne nous laissèrent aucun doute sur sa dégénérescence.

D'habitude, après chaque ponction, la cavité péritonéale se remplissait de nouveau au bout de quelques jours, et la malade ne restait pas plus de deux mois à deux mois et demi sans y avoir de nouveau recours. Cette fois, sous l'influence de la gomme-gutte, qui provoqua des selles nombreuses dès les premiers jours et des selles plus rares quand elle fut portée à un gramme et plus, la sécrétion nrinaire reçut une activité qu'elle n'avait jamais eue. Le ventre resta longtemps sans être très distendu (trois mois), et la malade put vivre encore sept mois sans avoir recours à la ponction. Elle succombait le huitième mois à cette affection, dont cbacun de nous avait prévu la terminaison inévitable.

Sur ces cinq observations il y a une guérison incontestable, c'est sur le sujet de la première observation ; l'ascite, qui persistait depuis fort longtemps, qui avait nécessité une ponction, s'efface évidemment sous l'influence de la gomme-gutte, et la guérison se maintient.

Dans les deux observations suivantes, l'hydropisie disparaît également sous l'influence du même remède, et malgré la gravité des lésions organiques qui lui ont donné naissance. Si, par contre, nous avions eu affaire à des sujets chez qui l'hydropisie aurait été la conséquence de lésions organiques moins graves, curables, de toute évidence nous aurions eu la chance de conserver la vie des malades.

Dans le quatrième cas, tout porte à croire qu'il s'agissait d'une maladie de Bright, car l'albuminurie, qui se montre aussi dans un grand nombre de maladies, comme je le démontrerai plus tard, a existé constamment ici, et a été accompagnée d'autres symptômes saillants, tels que douleurs lombaires et infiltration séreuse. N'est-il pas remarquable de voir dans ce cas la gomme-gutte décider, par la sécrétion urinaire, l'élimination de la collection séreuse chaque fois qu'elle se manifeste ? Et n'est-il pas évident que, si l'affection première se trouvait alors dans des conditions de curabilité, ce médicament serait un auxiliaire bien puissant pour combattre ces suffusions qui, par vétusté et par l'altération consécutive de la séreuse sécrétante, persistent encore alors que la cause première a fini par disparaître ?

Enfin, dans notre cinquième observation, rien n'est plus manifeste que l'effet de la gomme-gutte. Ici la collection séreuse s'effectue avec plus de lenteur parce que la sécrétion urinaire acquiert une activité insolite, et pourtant la malade est placée identiquement dans les mêmes conditions que lors des ponctions précédentes. En résumé, la gomme-gutte est un médicament qui mérite d'être expérimenté. En Italie, on l'a classée parmi les contro-stimulants.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 5 septembre 1849. — Présidence de M. DEGUISE père.

Amputation du pied dans l'articulation tibio-tarsienne.

La correspondance comprend une lettre de M. Jules Roux (de Toulon) et la copie d'une autre lettre adressée par lui à l'Académie de médecine, relativement à l'amputation tibio-tarsienne. Voici la lettre de M. Roux au président de la Société de chirurgie :

Toulon, 1er septembre 1849.

Monsienr le président,

J'ai lu dans un journal que M. le docteur Morel avait présenté à la Société de Chirurgie de Paris, dont j'ai l'honneur d'être membre correspondant, une femme qui avait subi avec succès l'amputation tibio-tarsienne.

Comme, en présentant la même opérée à l'Académie nationale de Médecine, M. Morel m'a contesté la priorité du procédé qu'il a mis en usage, ou mieux, qu'il a imaginé *à priori*, j'ai l'honneur de vous envoyer une copie de la lettre que j'ai écrite au président de l'Académie pour relever les inexactitudes des assertions de ce médecin.

Veuillez, je vous prie, Monsieur le président, donner connaissance à l'assemblée que vous présidez de ma lettre et de la communication qu'elle contient.

Agréez, etc., Jules Roux.

Lecture faite de cette première lettre et de celle qui a été adressée à l'Académie de Médecine, la Société de Chirurgie décide que cette dernière, ayant été imprimée dans les comptes-rendus de l'Académie, ne saurait trouver place dans ceux de la Société de Chirurgie, et que M. le secrétaire serait chargé d'en donner seulement une analyse.

M. J. Roux rappelle d'abord dans cette lettre que M. Morel (de Montdidier) prétend, d'après sa thèse, publiée en décembre 1847, avoir droit à la priorité du nouveau procédé d'amputation tibio-tarsienne ; mais M. Roux démontre, d'après des dates, que sa première publication, à lui, est, au contraire, antérieure de plus d'une année à la thèse de M. Morel. Ainsi, M. Roux a publié ce procédé en novembre 1846, dans les *Annales de Thérapeutique* ; et dès le mois de septembre de la même année, il en a entretenu la section de médecine du Congrès scientifique à Marseille, en y joignant la démonstration pratique, qu'il a renouvelée publiquement au mois de septembre 1847, à l'hôpital de Montpellier, ainsi qu'à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

M. Roux admet ensuite que M. Morel ait pu méconnaître son procédé opératoire, cependant publié dans divers recueils ou journaux de médecine dont il précise les époques ; mais il ne conçoit pas que son confrère n'ait point fait droit à une lettre explicative de sa part, et il espère que M. Morel reconnaîtra, par cette légitime réclamation, que, si les deux procédés opératoires se ressemblent, la priorité n'appartient pas à lui, mais incontestablement à M. J. Roux.

M. GOSSELIN pense que la conciliation est facile entre MM. J. Roux et Morel, parce que leurs procédés ne se ressemblent pas. Ainsi M. Morel, comme M. Syme, taille un lambeau exclusivement plantaire, tandis que M. J. Roux forme un lambeau plantaire et interne en même temps. L'exécution est plus facile dans le procédé de M. Morel que dans celui de M. Syme, mais bien plus facile encore dans le procédé de M. J. Roux, qui ouvre l'articulation par sa partie antérieure et externe. C'est pourquoi M. Gosselin, qui depuis plusieurs jours a plusieurs fois essayé comparativement les divers modes d'amputation tibio-tarsienne, préfère le procédé de M. J. Roux à celui de M. Morel, comme offrant sur le cadavre un résultat plus satisfaisant.

M. ROBERT, appréciant aussi la valeur d'un procédé d'après le résultat qu'il peut offrir, trouve que le but est le même pour les deux modes opératoires. Dans l'un comme dans l'autre, en effet, il s'agit premièrement de conserver l'artère plantaire dans le lambeau, afin d'en prévenir la mortification, et secondement, par la disposition même de ce lambeau, de faciliter l'écoulement du pus. Mais ce ne sont là en définitive que des procédés d'une méthode qui appartient en propre à M. Syme, tandis que MM. J. Roux et Morel, en la modifiant, ne sont peut-être plagiaires ni l'un ni l'autre. C'est là, il est vrai, ce que l'on pourrait vérifier.

M. R. MARJOLIN parle dans le même sens que M. Robert, et pense aussi que MM. J. Roux et Morel ont eu la même idée, qu'ils ont mise à exécution d'une manière un peu différente. On comprend d'ailleurs que tel mode opératoire puisse requérir des modifications nécessaires, selon les nécessités même des différents cas qui se présentent.

Lui aussi a imaginé un procédé qu'il mettrait en pratique chez une femme à opérer, en taillant un lambeau dans lequel se trouverait comprise le pédicule ; mais ce ne serait là qu'une modification encore du même principe opératoire, sans qu'il fût possible ni utile de désigner, de définir d'une manière spéciale d'autres variétés du même genre d'amputation.

M. CHASSAIGNAC demande la parole pour une motion d'ordre, et propose de clore cette discussion, puisqu'elle a pour motif une question de priorité. La Société de chirurgie n'est pas instituée en jury pour apprécier les droits ou les prétentions à l'antériorité de l'un ou de l'autre des deux chirurgiens qui sont en cause.

M. LE PRÉSIDENT fait observer à M. Chassaignac qu'il ne s'agit plus actuellement de priorité acquise ou revendiquée, mais de la question pratique en elle-même.

Cependant, d'après la demande de M. le secrétaire en ce qui concerne la rédaction du procès-verbal, et d'après quelques réflexions émises par MM. Chassaignac, Larrey, Maisonneuve, Cullerier, Gosselin et d'autres membres, la Société prend la décision qui se trouve énoncée au commencement de ce compte-rendu.

Tumeur de la vulve.

M. GUERSANT demande à M. Huguier s'il a examiné la tumeur vulvaire présentée par lui à la dernière séance, et s'il est en mesure de faire connaître à la Société le résultat de cet examen.

M. HUGUIER n'a pu s'en occuper encore ; mais il rédigera pour la prochaine séance une note détaillée à ce sujet.

Suture élastique.

M. CHASSAIGNAC a la parole pour lire un Mémoire sur un mode de suture combiné à l'aide du caoutchouc, et dont il a eu l'idée, sans savoir qu'un autre chirurgien l'eût imaginé déjà.

M. MAISONNEUVE apprend, en effet, à M. Chassaignac que ce procédé est celui de M. Rigal (de Gaillac), qui lui en a donné une explication détaillée il y a deux ans ; il l'a même démontré, d'après lui, dans son cours.

MM. ROBERT et LARREY déclarent savoir aussi de M. Rigal lui-même qu'il est l'inventeur de ce moyen de suture.

M. LARREY rapporte, à ce sujet, qu'il a indiqué (1) un moyen simple et ingénieux imaginé en 1833 par M. Forget, chirurgien-major aux ambulances de l'armée du Nord, pour donner de l'extensibilité aux bandelettes agglutinatives. Ce moyen consiste à interposer et à fixer aux deux bouts de chaque bandelette de petites lanières en gomme élastique au nombre de trois, quatre ou cinq, et séparées les unes des autres de manière à laisser à jour la plaie avec laquelle on les a mises en contact.

M. Larrey ajoute que M. Rigal lui a dit, vers la même époque, avoir puisé dans cette indication l'idée d'un nouveau mode de suture.

M. CHASSAIGNAC renonce, en conséquence, à la lecture de son Mémoire, et demande la parole pour une autre communication.

Trachéotomie.

M. CHASSAIGNAC cite un cas de trachéotomie auquel il a récemment appliqué le moyen imaginé par lui pour rendre

(1) Histoire chirurgicale du siége de la citadelle d'Anvers, 1833, page 269.

l'opération plus facile et plus prompte. Appelé, il y a deux jours, en consultation avec MM. Recurt, Blandet et Morel-Lavallée pour pratiquer la trachéotomie dans un cas de croup, il reconnut la nécessité de l'opération, et y procéda aussitôt. Le ténaculum fut implanté tout d'abord et sans aucune difficulté dans le cartilage cricoïde (qui est toujours appréciable même chez l'enfant nouveau-né); le larynx étant soutenu ainsi d'une manière fixe, il fut aisé de fendre rapidement avec un bistouri droit la peau et la trachée dans une étendue suffisante. Cette ouverture faite permit d'extraire un tube membraneux assez long, et de maintenir ensuite écartées les lèvres de la plaie; mais, malgré cette opération si simple, si rapide, l'enfant est mort.

M. Chassaignac rappelle à cette occasion qu'à défaut de canule on pourrait fixer les lèvres de la plaie avec des fils, comme l'a proposé Miquel (d'Amboise).

Quant à lui, et dans le même but, il pense que l'on peut maintenir l'écartement des lèvres de la plaie en faisant un repli à la peau, assujettie ainsi de chaque côté avec une épingle et à l'aide de la suture entortillée.

M. Chassaignac signale d'ailleurs quelques-uns des inconvénients graves de la canule, qui rétrécit le diamètre de la trachée et détermine par son contact irritant l'ulcération de la paroi postérieure de la trachée.

M. Robert ne saurait adopter le procédé de M. Chassaignac, qu'il trouve cependant ingénieux; il soutient que la canule est préférable. On peut d'ailleurs écarter provisoirement les lèvres de la plaie avec des érignes. Il a sauvé deux enfants sur treize opérations de ce genre pratiquées par lui.

M. Robert ajoute à cela un fait curieux d'observation qui résulte, à la vérité, de la présence de la canule, c'est que vers le vingt-unième jour les boissons passent par la plaie sans déterminer toujours, comme il a pu s'en convaincre chez une femme qu'il avait opérée, les accidents que l'on pourrait craindre du contact des liquides dans les voies aériennes.

M. Larrey croit devoir rappeler, comme il l'a fait déjà dans une autre circonstance, que le procédé des épingles, sauf modifications pour maintenir écartées les lèvres de la plaie, a été avantageusement employé par M. Maslieurat-Lagémard dans un cas où il se trouvait dépourvu de canule.

M. Chassaignac ne revendique pas l'idée de ce moyen; mais, tel qu'il propose de le modifier, il le croit utile pour éviter la contraction du cou.

M. Guersant a constaté depuis longtemps les accidents que l'on est en droit de reprocher à la canule; et, lorsque dès 1827 et 28 l'opération de la trachéotomie fut remise en vogue d'après l'autorité de M. Bretonneau, il eut assez souvent occasion de la pratiquer. Il avait proposé dès lors, pour suppléer aussi à la canule, de petites érignes, et plus tard des petits crochets analogues aux agrafes de jarretières propres à rester en place à l'aide de fils liés derrière le cou. Mais c'est seulement dans des expériences sur des animaux que M. Guersant a essayé ce mode de dilatation fixe de l'ouverture trachéale.

La discussion est close sur ce sujet.

— La séance levée à cinq heures. H. L.

CONGRÈS SCIENTIFIQUE DE RENNES. — XVI[e] Session.

Hypothèse sur la nature de la maladie asiatique faussement appelée choléra, et sur la possibilité de découvrir un jour le traitement le plus convenable.

Nous recevons de notre honorable confrère M. Bally, membre de l'Académie de Médecine, les propositions suivantes, qu'il a soutenues et développées au Congrès scientifique de Rennes.

1. Un corps volatil, étranger à la composition intime de l'atmosphère, est la vraie source de la maladie sortie des Indes et arrivée jusqu'à nous.

2. Ce corps, molécule, atome, s'introduit dans le sang par la respiration.

3. Si le sujet qui le respire est prédisposé; s'il réunit les conditions dont la plupart ne nous sont connues que par leurs effets sur le sang, alors le poison le dissout, le sépare en deux parties, caillot et lymphe ou sérum.

4. Ce sérum, cette lymphe, s'échappe par le tube digestif, et la partie épaisse, ne pouvant circuler, reste dans les vaisseaux, d'où l'absence de pulsations.

5. J'ignore si le départ s'opère dans l'appareil vasculaire, ou si la lymphe est saisie, parce que j'ai nommé les *utricules*, à la manière des organes sécrétoires.

6. Ainsi privé de sa lymphe ou eau et des éléments qui entrent dans sa composition, le sang ne fournit plus aux organes les éléments, les matériaux des sécrétions.

7. Alors le cerveau ne fonctionne plus qu'imparfaitement; d'où la stupeur.

8. Les glandes et les glandules de l'œil ne secrètent plus.

9. Le globe de l'œil n'est plus humecté; la sclérotique se sèche au point de laisser dans quelques circonstances apercevoir la noire choroïde. Cas plus communs en 1832 qu'en 1849.

10. Les glandes salivaires ne fonctionnent plus, et l'un des caractères distinctifs de ce mal, c'est une soif inextinguible.

11. Les reins ne fonctionnent plus.

12. Le foie ne fonctionne plus, preuve matérielle et péremptoire que cette maladie n'est pas un *choléra*.

13. Je ne sais rien du pancréas, qui probablement ne fonctionne pas plus que les autres organes.

14. La rate, généralement plus petite, semble avoir abdiqué ses actes fonctionnels.

15. Les membranes muqueuses ne laissent plus exsuder le mucus normal.

16. Les séreuses n'exhalent plus ce fluide vaporeux qui leur donne tant de souplesse, et prémunit ces organes délicats contre les dangers des frottements.

Elles sont devenues poisseuses.

17. L'enveloppe tégumentaire perd son moelleux, son élasticité, ses propriétés vitales; elle n'exhale ni n'absorbe. Corps devenu inerte, la peau ne peut plus rien transmettre ni communiquer.

18. Si la peau n'exhale rien, comment la maladie peut-elle se transmettre de l'individu malade à l'individu sain? Opinion que j'adopte avec une intime conviction.

19. Il se forme autour des malades un foyer d'infection, d'où les miasmes intoxicants se disséminent dans l'atmosphère et se répandent à des distances indéterminées, indéterminables, et en quantité plus ou moins grande.

20. Tout porte à croire que les miasmes intoxicants sortent des produits excrémentitiels, à odeur spécifique. Il n'y aurait, cette hypothèse admise, jamais de transmission possible si le malade, placé sur un point culminant, était couché en plein air, à l'abri seulement du soleil et de la pluie.

21. Si l'individu qui réunit en soi les conditions convenables pour recevoir l'action du poison se trouve dans le rayon du foyer d'infection (infection zootique), la nuit surtout, et surtout aussi pendant le sommeil, il reçoit les miasmes intoxicants par la respiration, et le sang se trouve empoisonné.

22. Lorsque le sang se trouve empoisonné, il se dissout; il se sépare en deux parties fort distinctes, la lymphe ou eau, et le caillot ou cruor.

23. Le caillot ou cruor, sous forme de gelée de groseille, reste dans l'appareil vasculaire.

24. La lymphe, ou eau ou sérum, ce qui est synonyme, se précipite vers le tube digestif par une sorte d'attraction, et entraîne avec soi tous les éléments de la nutrition et de la calorification.

25. Le liquide s'échappe par une multiplicité infinie de petits organes que j'ai décrits dans le douzième volume des Mémoires de l'Académie nationale de médecine, et que j'ai nommé *utricules*.

26. J'ignore si ces utricules sont les extrémités béantes des capillaires, ou des glandules, ou des organes nouveaux créées par l'état pathologique. La première opinion me paraît la plus probable.

27. J'ai appelé ce grand résultat de l'empoisonnement du sang, *choladrée lymphatique*, ou écoulement de l'eau du sang, la lymphe, par les intestins.

D'autres préfèrent *hydrocholadrée*, moins hybride.

28. Le tube digestif ne fonctionnant plus d'une manière, l'absorption ne s'exerce point.

29. Si le tube digestif n'absorbe plus, il n'y a plus de digestion possible. Alors les médicaments, quelle qu'en soit la nature, glissent sur les surfaces comme sur une glace ou du marbre poli.

30. Alors tout se réduit à une exsudation artificielle qui s'opère avec une telle violence, que j'ai pu la caractériser par l'expression; *cataclysme intestinal.*

Hypothèse sur le traitement.

31. Si tout glisse sur le tube digestif pendant la *choladrée lymphatique* ou *hydrocholadrée* ou *suette intestinale*, les médicaments ingérés par les procédés ordinaires, pas même les plus subtils, les plus volatils, ne peuvent être digérés, absorbés. Ils sont donc de toute inutilité.

32. La méthode endermique elle-même échouerait, puisque la peau est privée de toute son action.

33. Ces aphorismes justifient pleinement l'art et la science de l'impuissance de leurs efforts.

34. Inondez les malades de boisson, vous ne les désaltérez pas; brûlez-les, vous ne les réchauffez pas.

35. A défaut de la voie ordinaire, il faut se confier à l'empirisme; il faut chercher un antidote, un contre-poison; *Jenner* en a bien trouvé un! Et puisqu'il ne peut pénétrer par les voies digestives, il faut le faire arriver au sang par la voie que le poison a prise pour empoisonner le sang.

36. L'inhalation semblerait la seule voie ouverte: elle a été tentée avec des succès variés, mais sans méthode; et il faut la soumettre à une méthode.

37. Par inhalation, je n'entends pas seulement l'action de respirer le chloroforme, l'éther, le protoxyde d'azote, etc.; mais encore celle de respirer tous les agents diffusibles gazeux.

38. Et en admettant que l'on ne trouve pas dans ces premiers agents le correctif, l'antidote du poison qui circule dans le sang, il faudrait les faire servir à porter dans les voies de la circulation toute substance propre à être respirée sans dangers.

39. Ainsi disais-je en 1847 dans un Mémoire adressé à l'administration des hôpitaux de Paris; mais ce que je ne disais pas, parce que mes idées n'étaient point encore suffisamment fixées, c'est qu'il faut se défier de l'inhalation continue.

40. C'est qu'il ne faut pas l'employer de manière à produire l'anesthésie, car vous provoqueriez l'asphyxie, toujours imminente dans la période cyanique.

41. On fera, on devra faire à cette proposition une objection puissante: Etes-vous assuré que la combustion du sang s'effectue dans la période cyanique, puisque toute fonction normale est interrompue? Ou, en d'autres termes, l'oxygène de l'air pénètre-t-il encore dans le sang de manière à produire un reste d'hématose?

42. Je crois que la combustion du sang est grandement diminuée, mais non interceptée complétement. Donc certains médicaments volatils ou volatilisés pourront se mettre en contact avec le sang.

43. L'inhalation a élargi les bases de l'art médical. Elle est encore à l'état embryonnaire. Mais à mon sens, et il faut le dire bien haut, le répéter sans cesse, elle est, de nos jours, la ressource et l'unique espérance qui nous restent pour atteindre les maladies réputées incurables, telles que la phthisie, la rage, le tétanos traumatique, etc. BALLY.

Le choléra dans les départements et à l'étranger.

Ardennes. — L'épidémie vient de faire une nouvelle victime dans la chirurgie militaire; M. Verdet, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Givet, a succombé, il y a quelques jours, au milieu des malades auxquels il prodiguait les plus touchantes preuves de dévouement.

Au 1[er] septembre, l'épidémie fit subitement invasion sur la garnison de Givet. Ce jour-là, 20 hommes furent atteints, et 9 avaient succombé après quelques heures. Le 8 septembre, le nombre total des cas était de 51; celui des décès, 16. Pour le service à l'hôpital militaire, il n'y avait que trois officiers de santé: MM. Legendre, chirurgien aide-major, chef du service; Verdet, chirurgien sous-aide, et Bocher, pharmacien aide-major. Les chirurgiens durent se dévouer; le sentiment du devoir, leur zèle, ne leur permirent pas de quitter les salles. M. Verdet tomba malade le 6, et succomba le 7. M. Legendre, atteint fort gravement le 7, était encore, le 10, dans un état fort inquiétant. Le service des salles a dû être fait par M. Bouton, chirurgien aide-major, déjà chargé du service des régiments. Deux sous-aides étaient arrivés de Metz; on en attendait deux autres.

Le 9, aucun nouveau cas; le 10, 1 cas, 1 mort. — Total: 52 cas, 17 morts.

En présence de pareils exemples, le gouvernement se décidera-t-il enfin à faire exécuter une loi qui n'accorde à la chirurgie que la plus stricte récompense de grands services rendus avec dévouement, et qui seule peut assurer en même temps des soins intelligents à l'armée?

Somme. — La ville de Ham, qui avait été épargnée jusqu'à présent par l'épidémie, est en ce moment violemment atteinte. Il en est de même de quelques autres localités du département, telles que Buigny-Saint-Maclou, Abbeville et Hocquincourt.

Bouches-du-Rhône. — L'épidémie continue à Marseille avec une intensité qui a engagé l'autorité ecclésiastique à faire des prières publiques pour en obtenir la cessation.

Londres. — L'épidémie continue sa progression croissante d'une manière tout à fait alarmante. Pendant la semaine qui a fini le 8 septembre, le nombre des décès cholériques a été de 2,026; ce qui donne une moyenne de 300 par jour. On se rappelle que la semaine précédente la mortalité n'avait atteint que le chiffre de 1,663, c'est-à-dire 230 par jour.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 18 SEPTEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 109.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 17 SEPTEMBRE 1849.

Bulletin du choléra.

La diminution de l'épidémie que nous avons signalée dans notre dernier bulletin s'est heureusement maintenue pendant les trois derniers jours, et semble même avoir une tendance à devenir plus marquée. La moyenne des admissions de mercredi et jeudi était de 25 ; celle des trois derniers jours est de 24. C'est là une différence bien peu marquée, à la vérité, mais qui ne laisse pas que d'être rassurante, puisqu'elle est un nouveau terme d'une progression décroissante continue, et qu'elle vient à une époque à laquelle il est permis, à moins de circonstances tout à fait inattendues, de fixer le terme naturel de l'épidémie.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

	Entrées.	Décès.
HOPITAUX CIVILS : Journée du 14 septembre...	23	14
— 15	27	19
— 16	23	19
HOPITAUX MILITAIRES pendant les trois jours...	3	2
Total.....................	76	54
Total des décès dans les hôpitaux...........		7858
Total des décès à domicile jusqu'au 31 août......		10310
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie...........		18168

Sur le service médico-chirurgical des hôpitaux et hospices civils de Paris.

Avant la révolution de 1848, on pensait généralement que l'administration des hôpitaux et hospices de Paris réclamait de nombreuses réformes; néanmoins, elle n'a subi de changement capital que la suppression de l'ancien conseil général qui la dirigeait. Ce conseil, composé de notabilités, dont plusieurs étaient des hommes capables et distingués, avait le défaut de n'être pas homogène, et de fonctionner de manière à être plutôt l'instrument d'un comité administratif non responsable que le véritable directeur de l'administration qui lui était confiée. Il fut remplacé après février par trois délégués. On se félicitait d'abord que ces délégués fussent des médecins appartenant à un corps qui avait plus d'une fois hautement demandé des modifications dans l'administration des secours publics. Toutefois, aucune réforme ne s'est réalisée pendant l'intérim de MM. les délégués. On a prétendu que chacun d'eux avait présenté isolément un projet dont aucun n'avait été agréé par les ministres.

Les délégués ont été, à la fin, remplacés par un directeur général responsable, auprès duquel on a établi un conseil de surveillance chargé d'éclairer son administration sur un certain nombre de questions. Dans cette nouvelle organisation, les membres du comité administratif sont devenus des chefs de division. On a créé en outre deux inspecteurs, dont l'un seulement a été pris en dehors de l'ancienne administration (M. Vée).

Après ces quelques mots sur l'administration générale, examinons les modifications qu'on a fait subir, ou qu'on se propose de faire subir au service médico-chirurgical des hôpitaux de Paris, sous l'empire du fameux règlement de 1830. Avant cette époque, les médecins des hôpitaux étaient nommés à l'élection par les membres du conseil général, qui était parfaitement incompétent. Le concours, qu'on a substitué à ce mode de nomination, est bien préférable; mais la destination qu'on a donnée aux adjoints en les chargeant du service du bureau central d'admission, nous paraît peu avantageuse au service. Mieux vaudrait, à notre avis, borner leurs fonctions à suppléer les titulaires, et charger de la réception des hommes spéciaux.

Trop souvent, en effet, le service de l'admission des malades a paru peu digne des élus du concours, et a été livré à des employés inférieurs chargés de délivrer des billets signés d'avance. Nous croyons donc que les attributions des suppléants étaient plus avantageuses au bien du service et plus utiles à la science que celles qui imposent aux médecins du bureau deux sortes de fonctions distinctes, exigeant d'eux un temps considérable et mal rétribué. Nous ferons la même remarque sur la suppression, déjà ancienne il est vrai, des médecins et des chirurgiens en chef, fonctions destinées à rémunérer des capacités du premier ordre, des services rendus, et qui pouvaient servir utilement la science. Il nous paraît certain, en effet, qu'en divisant et réduisant les services outre mesure, on a diminué le champ de l'observation, notamment pour la chirurgie. Dans la science médicale comme dans l'industrie, la concurrence est une bonne chose, pourvu que les concurrents trouvent matière à leur intelligente activité, et ne soient pas resserrés dans un cercle insuffisant et stérile.

La seule modification qui ait été faite au service médical depuis février consiste à prolonger d'une année le temps d'exercice des internes. C'est-à-dire qu'on est revenu, à leur égard, à l'ancien ordre de choses, et qu'on a cru améliorer en faisant un pas en arrière.

On sait, en effet, que sur la proposition de M. Orfila, la durée de l'internat avait été réduite à trois ans au lieu de quatre, afin qu'un plus grand nombre d'étudiants fussent admis dans les hôpitaux. A ceux qui objectaient que trois années d'internat étaient insuffisantes, on pouvait, ce nous semble, répondre que rien n'était plus facile que de prolonger l'externat, en admettant, un peu plus tard (la deuxième année, par exemple), les externes au concours de l'internat. Nous ne pensons pas qu'on doive louer MM. les délégués d'avoir, sur ce point, cédé à la sollicitation des internes des hôpitaux en exercice, évidemment intéressés dans la question. Il est certain d'ailleurs qu'il y a un avantage réel à faire séjourner un très grand nombre d'élèves dans les hôpitaux, où ils puisent l'instruction la plus utile au salut des malades. Or, en limitant la durée de leur exercice, un plus grand nombre est appelé à faire partie de cette véritable école d'application, dans laquelle il serait désirable que tous les étudiants en médecine fussent admis. Nous dirons, à cet égard, qu'il serait facile d'établir des conditions d'études telles qu'un séjour de deux ans d'internat fût suffisant pour l'enseignement pratique des hôpitaux, comme un pareil espace de temps suffit aux élèves de l'Ecole polytechnique qui entrent dans les établissements d'application de l'artillerie, du génie et des ponts et chaussées.

On doit proposer au ministre de supprimer la réélection quinquennale des médecins et chirurgiens des hôpitaux ; on ne peut qu'applaudir à cette proposition. L'article du règlement qui soumettait les médecins aux chances d'une non-réélection, c'est-à-dire d'une véritable destitution sans jugement et sans défense, était odieux; il mettait l'existence du médecin d'hôpital à la merci des coteries qui intriguaient auprès du conseil général; il pouvait tenter la cupidité et l'impatience des remplaçants.

Lors du scandaleux renvoi du docteur D... de l'hôpital Necker, renvoi non accepté par le ministre, qui força le conseil à réélire le médecin, il est présumable qu'il y avait là plus qu'une erreur involontaire de l'administration. Le médecin, sans doute, n'est pas infaillible; il peut se mettre dans le cas d'être privé du service qu'on lui a confié; il rentre alors dans le droit commun, dont l'application sera toujours une rare exception, qui ne ressemble en rien à une menace quinquennale de destitution.

Il est un autre article du règlement qu'on serait, assure-t-on, disposé à maintenir; nous voulons parler de celui qui concerne l'âge auquel les médecins et chirurgiens doivent cesser leurs fonctions actives et recevoir le titre d'honoraires. Cet article du même règlement de 1830 portait que les médecins n'étaient plus éligibles à soixante ans accomplis, et les chirurgiens à cinquante-cinq. Ainsi, aux termes mêmes de ce règlement, les médecins étaient aptes à la réélection à cinquante-neuf ans, et pouvaient prolonger leur activité jusqu'à soixante-quatre. Les chirurgiens, de leur côté, pouvaient être

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Un pèlerinage à Notre-Dame-des-Anges.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Vous verrez toujours des charlatans, mais vous ne verrez peut-être pas toujours, surtout dans notre fervente et lumineuse Ile-de-France, des pèlerinages à Notre-Dame-des-Anges. Permettez-moi donc de renvoyer à un autre jour la publication dont je vous avais parlé dans ma dernière correspondance, et de vous entretenir aujourd'hui de ce pieux pèlerinage, qui a de quoi nous intéresser.

Un mot d'historique d'abord, pour me conformer à l'exemple donné par nos confrères-auteurs les plus célèbres.

A une époque dont je ne puis exactement préciser la date, mais à laquelle la forêt de Bondy était à l'apogée de la vaste célébrité que vous lui connaissez, trois marchands traversaient cette forêt redoutable; arrivés vers le milieu de leur course, ils firent rencontre d'une bande de propriétaires du temps, qui proposèrent aux marchands de leur louer le droit de promenade dans la forêt, moyennant le butin que ces derniers possédaient dans leurs poches et dans leurs sacs. Les marchands, socialistes de l'époque, prétendirent que la promenade devait appartenir à tout le monde; qu'ils n'avaient donc que faire d'acheter ce droit; que d'ailleurs ils n'avaient nulle envie de se promener, mais qu'ils ne songeaient qu'à se reposer et à regagner au plus vite leur logis. Les propriétaires avaient une foule de bonnes raisons à opposer à l'argumentation des marchands; mais comme ils n'étaient pas plus partisans de la libre discussion que du libre échange, ils assirent les trois raisonneurs aux pieds de trois arbres, les y fixèrent solidement à l'aide de plusieurs tours de bande ; et, en échange de l'asile qu'ils leur donnaient, ils se contentèrent de les débarrasser de leurs montures, de leurs bagages et de la monnaie qui obstruait leurs poches ; ils les laissèrent dans cette position en leur souhaitant une bonne nuit.

La position, toute commode qu'elle était, n'était vraiment agréable qu'à la condition de ne pas durer longtemps, et cette condition ne paraissait rien moins que près de se réaliser. Les trois marchands ne tardèrent pas à s'apercevoir que, dans la perspective où ils se trouvaient, ils n'avaient guère rien de mieux à faire que de se recommander à l'inépuisable bonté de la Vierge. C'est ce qu'ils firent, et bien leur en prit.

A peine leur fervente prière était-elle achevée, qu'ils virent apparaître à la surface d'une petite mare d'eau qui se trouvait devant eux un petit vaisseau portant la divine protectrice des voyageurs et de tous les affligés. Trois anges apparurent aussitôt après, délièrent les malheureux marchands, et disparurent à l'instant avec la reine des cieux, laissant pour toute trace de leur apparition le vaisseau qui s'était élevé comme par enchantement à la surface des eaux.

Les marchands n'eurent rien de plus pressé que de répandre la nouvelle de leur salut miraculeux, et l'on dit même qu'ils se proposaient, quoique marchands, d'élever à leurs frais un monument en l'honneur de leur immaculée bienfaitrice. Mais leurs maîtres d'hôtel d'une nuit les avaient dispensés de calculer le prix de revient de ce trait inouï de générosité. Les fidèles se chargèrent de payer cette dette de reconnaissance; ils firent élever au-dessus même de la fontaine et du vaisseau miraculeux une chapelle dédiée à *Notre-Dame-des-Anges*. C'est dans cette chapelle, mon cher confrère, qu'on fait au commencement de chaque mois de septembre une pieuse neuvaine, et que je suis moi-même allé hier en pèlerinage. Les voyages de ce genre sont de ceux dont les motifs ne demandent pas à être expliqués. Je vous avouerai cependant qu'une des raisons qui m'ont engagé à le faire a été l'assurance qu'on m'avait donnée que j'y constaterai de mes yeux une foule de guérisons instantanées de maladies incurables, et que j'y recontrerais quelques confrères qui ne dédaignaient pas d'aller puiser à la source merveilleuse un complément à l'insuffisance de leur thérapeutique ; on m'avait même affirmé que le professeur M..., dont la charmante villa se trouve aux environs, ne connaissait pas de meilleur remède contre la stérilité que l'eau de cette source, et qu'il ne manquait pas chaque année d'aller en faire une ample provision.

Je dois dire que l'on m'avait en grande partie trompé : je n'ai rencontré au pèlerinage ni M. le professeur M., ni aucun autre confrère à moi connu; mais si je n'y ai pas rencontré de médecin, j'y ai rencontré une foule considérable de malades et de fidèles. Je serai probablement au-dessous de la vérité en évaluant leur nombre à six mille.

Les malades ont naturellement eu le privilége de fixer spécialement mon attention. Quel enseignement thérapeutique, mon cher confrère, que celui qu'on acquiert à Notre-Dame-des-Anges, et probablement dans bien d'autres pèlerinages. C'est là que vous auriez bien jugé l'infaillibité de la compression contre les tumeurs du sein, de l'orthopédie contre les déviations de la taille, de la strichnine contre la chorée, etc., etc. Le premier ou plutôt la première malade qui a frappé mes regards est une jeune fille, cliente de notre célèbre confrère R...., qui s'est nourrie pendant plusieurs années de toiles d'araignée, et qui n'en a pas moins une attaque d'épilepsie toutes les semaines; elle est descendue d'un riche équipage; elle a rempli d'eau de la fontaine un flacon qu'elle a fait ensuite bénir; elle a passé en s'inclinant religieusement sous un arc au-dessus duquel est placée Notre-Dame-des-Anges, sous la forme d'une vierge égyptienne; elle a adressé au ciel une fervente prière, a déposé son offrande, et est remontée dans son équipage, emportant avec elle le précieux liquide qui doit effectuer ce que l'arsenal thérapeutique du docteur R.... n'a pu faire.

La cérémonie de l'opulente malade est à peu près celle de tous les malades qui viennent chercher à Notre-Dame-des-Anges la guérison de leurs maux, et de tous les fidèles bien portants qui désirent ardemment conserver la santé que le ciel leur a accordée.

Parmi les autres malades qui ont le plus vivement piqué ma curiosité s'est trouvée la sœur d'une de nos grandes célébrités médicales, dont je vous demande la permission de vous taire même l'initiale. Cette excellente femme, qui est plutôt indisposée que gravement malade, mais qui l'est depuis longtemps, se croit obligée, par convenance, par condescendance pour la réputation de son illustre frère, de consulter plusieurs fois par mois ; mais comme elle n'a qu'une foi très douteuse dans l'efficacité de ses ordonnances, elle n'a rien de plus pressé, en rentrant chez elle, que de déposer ces ordonnances dans un lieu sûr, au lieu de les envoyer chez le pharmacien. Immédiatement après, elle s'en va consulter un empirique dont elle suit ponctuellement les prescriptions, en attendant l'arrivée du mois de septembre ; cette époque venue, elle fait un petit paquet de toutes les consultations du docteur ***, se rend à Notre-Dame-des-Anges, et sous la voûte de la chapelle sacrée, elle sacrifie et jette dans l'eau ces précieux autographes d'un homme célèbre. C'est en sauvant du naufrage un lambeau de ces consultations que j'ai pu lire le nom de notre confrère. Des informations ultérieures m'ont appris que la malade qui venait annuellement faire ce sacrifice était la sœur du grand praticien.

J'ai encore bien des choses à vous dire ; mais je suis obligé, faute de temps, de clore ici cette correspondance. X...

renommés à cinquante-quatre ans, et remplir leurs fonctions jusqu'à cinquante-neuf. Il paraît qu'on serait disposé à les traiter moins favorablement, en faisant cesser leurs fonctions d'une manière absolue à soixante et à cinquante-cinq ans; en sorte qu'au lieu d'améliorer la position du corps médical des hôpitaux, on l'empirerait sensiblement. C'est le cas de dire, en vérité, que le mieux est l'ennemi du bien.

En mettant prématurément à la retraite les médecins et les chirurgiens, on se propose de faire participer un plus grand nombre à l'instruction qu'on doit acquérir dans un service d'hôpital; mais on prive aussi avant le temps les indigents des services de celui qui s'est perfectionné en leur donnant des soins et en les prenant pour objet de ses études cliniques. Le néophyte qui le remplace est obligé à de nouvelles études pratiques pour arriver au point où était parvenu son prédécesseur; le concours, en effet, quelque brillant qu'il soit, ne donne point à l'hôpital un praticien accompli.

Nous savons que, pour rendre temporaire le service du médecin d'hôpital, on peut s'autoriser de l'exemple suivi dans quelques grandes villes de France, où le temps d'exercice de la médecine hospitalière est également limité à un certain nombre d'années; mais cet usage nous paraît également défavorable aux malades et à la science, qui s'enrichit d'une longue expérience et de l'accumulation de matériaux fruits d'un long exercice. Il est vrai que certains médecins d'hôpital, à l'exemple de quelques professeurs de nos Facultés, pourraient ne voir dans leur titre qu'un moyen d'accroître leur clientèle et leur influence dans la pratique de l'art, et négliger bientôt l'hôpital qui fait leur réputation. Cet exemple d'égoïsme et de cupidité, heureusement assez rare, est un vice de l'espèce humaine, et il est impossible de s'en garantir par une menace de destitution ou par la limitation des fonctions confiées à ceux qui les sollicitent. Les titulaires qui se perpétuent dans les hôpitaux, a-t-on dit aussi, ne travaillent plus et ne font plus progresser la science qu'ils désertent pour se livrer entièrement à une pratique lucrative. L'expérience nous semble, au contraire, prouver que le travail se fortifie par l'habitude. Ceux qui ont travaillé dans la jeunesse et dans l'âge mûr continuent leur vie de labeur dans leur vieillesse aussi longtemps qu'ils conservent leurs forces. Morgagni écrivait une partie de son livre à quatre-vingts ans; nous avons vu à cet âge Chaussier, Ribes, Pinel, Huzard, Tessier, Portal apporter le tribut de leurs veilles à la science qu'ils n'avaient cessé de cultiver. L'Académie de médecine possède plusieurs hommes plus qu'octogénaires qui, quoique vieillis dans la pratique, ne craignent point d'aborder la tribune, d'y lire et discuter de savants rapports, tandis que plusieurs membres encore dans la force de l'âge abdiquent leurs devoirs d'académiciens et semblent avoir divorcé avec la science. Enfin, pour rentrer plus directement dans le sujet de ces remarques, nous pourrions citer des médecins d'un âge très avancé qui font le service des hôpitaux avec une exactitude exemplaire.

Une modification qui nous a toujours paru défectueuse dans son principe est la division trop grande des services faite par l'ancien conseil général; il y avait sans doute dans les hospices des services de médecins trop nombreux qu'il pouvait être utile de diviser, afin que chaque médecin pût apporter plus de temps et d'attention aux malades : les intentions de l'administration à cet égard étaient louables. Mais cette multiplication de services dans certains établissements ne semblait avoir d'autre but que de satisfaire l'ambition de nombreux concurrents qui sollicitaient de l'emploi. Aussi, on plaça deux médecins à l'hôpital Necker, où il y avait à peine cent lits; à Cochin, le nombre des malades était si peu considérable que l'un des deux chefs de service n'avait que vingt-sept malades. On a été obligé de supprimer un médecin dans ce dernier établissement, et les nouvelles constructions faites à Necker ont heureusement agrandi les services, qui sont aujourd'hui d'environ quatre-vingts lits chaque.

La chirurgie nous paraît avoir surtout été gravement compromise par cette trop grande division des services. Les cas intéressants et propres à l'instruction du maître et des élèves étant plus rares en chirurgie qu'en médecine, il en résulte qu'on cherche aujourd'hui vainement à Paris cette collection de malades et ces grands services chirurgicaux qui formèrent les Desault, les Boyer, les Pelletan, les Dupuytren, etc. N'est-ce pas là une cause réelle de décadence pour la chirurgie française ? On peut dire, il est vrai, que la multiplication des services aurait le nombre des chirurgiens habiles et que le public y trouve ses avantages sous plusieurs rapports; mais ces avantages peuvent-ils être mis en balance avec l'inconvénient que nous venons de signaler ? Nous ne le pensons pas, et nous ajoutons que la prudence chirurgicale, fruit d'une longue expérience, est au moins aussi utile que l'habileté de la main.

En résumé, le règlement qui met à la retraite les médecins à soixante ans et les chirurgiens à cinquante-cinq nous paraît en opposition avec l'intérêt des malades; il est évidemment nuisible à l'enseignement pratique des élèves, puisqu'il leur enlève avant le temps des maîtres habiles et expérimentés. On avait cru d'abord que par le moyen du concours les médecins arriveraient beaucoup plus jeunes dans les hôpitaux et que jusqu'à l'âge de retraite ils auraient un plus long exercice; mais c'était là une illusion : le nombre des concurrents est si considérable et il leur faut concourir un si grand nombre de fois avant de réussir que la plupart ont près de quarante ans quand ils deviennent chefs de service. C'était justement le minimum d'âge d'autrefois pour être nommé médecin d'hôpital. On a beaucoup parlé dans le temps d'un célèbre chirurgien, vieillard obstiné, dont la main défaillante n'était plus assez ferme pour tenir le bistouri et qu'on mit forcément à la retraite; mais c'est là une exception qui ne s'est pas reproduite. A côté de ce qui eut le malheur de se survivre, on peut citer plusieurs vieillards existants qui rendent de véritables services aux hôpitaux, et un chirurgien, bientôt septuagénaire, qui fait son service avec une grande exactitude et opère avec dextérité.

Lorsque l'administration s'est vue obligée par l'accroissement de ses établissements d'augmenter le nombre des médecins, elle n'a affecté aucun fonds nouveau pour indemniser les derniers venus; on leur promit seulement une indemnité au fur et à mesure que les anciens viendraient à décéder ou donneraient leur démission, et on leur fit espérer, par le partage de traitements divers et inégaux, qu'ils jouiraient un jour à venir d'une indemnité de 1,200 fr. par an. On peut dire aujourd'hui que ces promesses, qui du reste n'étaient pas écrites, ne furent point tenues; l'ancien conseil, par une concession illégale que ne justifie aucune loi de finance, conserva aux médecins démissionnaires et volontairement en retraite pour cause d'âge ou d'infirmité leur traitement intégral, et chargea les jeunes suppléants de leur service sans aucune augmentation d'indemnité. Eh bien ! maintenant pour récompenser leur dévouement, aux termes du règlement en discussion, on pourrait les mettre en retraite à soixante ou cinquante-cinq ans sans aucune indemnité après les avoir privés arbitrairement d'une partie de leur traitement d'activité ! En fait, aucune loi de finance ne justifie cette concession faite par l'ancien conseil aux médecins démissionnaires; le vote du conseil municipal ne le justifie pas davantage, puisqu'il n'accorde par son budget qu'une indemnité pour le service actif de l'année. Les pensions de retraite des médecins honoraires des hôpitaux sont donc une véritable soustraction faite à l'indemnité des médecins en activité de service. Sur la question délicate de savoir si quelques-uns des retraités avaient besoin de la pension qu'on leur fait, nous nous bornerons à dire que, si la profession de médecin ne donne pas d'aisance à la fin de la carrière, elle en donne encore bien moins au commencement; par conséquent, si l'administration des hospices accorde avec justice une sorte de retraite aux hommes de l'art qui ont vieilli dans l'exercice de leurs pénibles fonctions, elle ne doit pas prendre ces secours, comme elle le fait, sur la faible indemnité des médecins ou chirurgiens en activité de service.

.....U

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Chassaignac.

De la glace dans la thérapeutique des maladies des yeux.

L'emploi de la glace en chirurgie compte déjà des faits nombreux et qui établissent la puissance de cette médication dans une foule de cas. L'application que M. Baudens en a faite aux lésions traumatiques graves, même en accordant qu'elle ne donnât pas tout ce que ce chirurgien en avait espéré, a produit entre ses mains des résultats qui resteront et encourageront à étudier plus complétement cette question au grand avantage de la pratique. Des documents précieux ont été recueillis par d'autres chirurgiens sur le traitement des brûlures par le même moyen. M. Chassaignac a obtenu des effets non moins remarquables dans le traitement des hémorrhagies des cavités muqueuses en portant quelquefois à de grandes profondeurs dans ces cavités de gros fragments de glace au bout d'une pince à griffes. Ce qui a été fait pour les lésions dont nous venons de parler, M. Chassaignac le met depuis longtemps en usage avec un succès plus soutenu et plus constant que dans aucune autre lésion pour les ophthalmies graves. Il est arrivé à cette conclusion qu'il regarde l'appareil de la vue comme celui où se montre au plus haut degré la puissance des applications continues de glace. Les faits dont nous avons été témoin dans son service sont faits pour confirmer cette manière de voir.

Parmi une vingtaine d'observations portant toutes sur des ophthalmies graves, depuis celles qui succèdent aux opérations de cataracte et aux violences extérieures jusqu'à l'hypopion et aux inflammations les plus intenses de la cornée, nous en rapporterons trois qui nous ont surtout paru dignes de l'attention des praticiens.

Obs. I. — Au nº 20 de la salle Sainte-Marthe a été placée, le 4 juin 1849, une femme nommée Marie-Jeanne Louvet, âgée de quarante-cinq ans, jardinière.

Trois semaines environ avant son entrée à l'hôpital, cette femme éprouva dans l'œil gauche des douleurs qu'elle compare à des piqûres d'épingle. Quelques jours après, les douleurs se faisaient sentir à la fosse temporale et à la région sus-orbitaire du même côté. Les paupières étaient tuméfiées. Le chirurgien qu'elle consulta lui prescrivit des lotions d'eau de sureau et un collyre au nitrate d'argent. Pendant dix jours ces douleurs comme névralgiques continuant, elle appliqua dix sangsues à chaque tempe. Deux jours après, c'est-à-dire le 4 juin, elle entre à l'hôpital Saint-Antoine. M. Nélaton diagnostique une ophthalmie complexe : kératite pointillée, iritis, blépharite granuleuse. Le globe de l'œil n'a subi aucune déformation; mais les douleurs sus-orbitaires subsistent encore. L'habile chirurgien que nous venons de nommer prescrivit 30 centigrammes de calomel en six paquets, et des frictions avec l'onguent napolitain belladoné sur le pourtour de l'orbite gauche. Ce traitement fut continué sans amélioration notable jusqu'au 10 juin, époque à laquelle M. Chassaignac prit le service.

Le 10 juin, la conjonctive gauche est encore plus fortement injectée que précédemment. Les altérations sus-mentionnées ont envahi sensiblement l'œil droit, mais avec beaucoup moins d'intensité. — Application de sachets de glace sur les deux yeux.

La malade a éprouvé pendant la nuit des douleurs atroces dans toute la tête, mais plus particulièrement dans la région temporale gauche. Tout autre traitement que la glace est suspendu.

Le 12, les douleurs nocturnes ont déjà sensiblement diminué.

Les jours suivants, l'application de la glace est continuée sans interruption; elle a pour effet la cessation complète des douleurs nocturnes.

Le 19, la cornée est moins dépolie; elle tend à reprendre son aspect lisse. La photophobie a considérablement diminué. Il y a encore, toutes les fois que la malade écarte la paupière, un peu de larmoiement.

Le 20, les yeux peuvent être ouverts sans photophobie et presque sans larmoiement. M. Chassaignac commence alors à mettre quelques interruptions dans l'application de la glace, mais en prescrivant de reprendre sur-le-champ l'emploi continu de ce moyen si les douleurs tendaient à reparaître. La malade a pu se passer de glace depuis sept heures du matin jusqu'à midi et demi.

Le 23, ce qui cède le moins vite au traitement employé chez cette malade, c'est la blépharite, tandis que toutes les autres parties de l'appareil oculaire vont de mieux en mieux; les paupières restent rouges et engorgées. — Même traitement, et, de plus, collyre au nitrate d'argent, 1 décigramme pour 30 grammes d'eau.

Le 27, la glace a été supprimée, la veille 26, depuis trois heures de l'après-midi; et ce matin, à huit heures, elle n'a pas encore été réappliquée.

Le 28, à huit heures du matin, la glace est complétement suspendue depuis vingt-quatre heures, et les douleurs péri-orbitaires ne se sont pas reproduites. La conjonctive est légèrement injectée, la cornée est pâlie, l'iritis a presque complétement disparu, et les granulations de la paupière sont à peine appréciables.

Le 6 juillet, depuis huit jours la malade n'a été soumise aux applications de glace qu'une seule fois par jour et pendant une heure seulement chaque fois, et cela seulement quand il a semblé y avoir quelque imminence de retour des douleurs sus-orbitaires. La vue n'éprouve plus d'autre trouble que la sensation d'un léger nuage devant les yeux. Sauf une très légère recrudescence promptement étouffée, l'ophthalmie a constamment suivi une marche progressive vers la guérison, et la malade est sortie le 28 juillet dans l'état le plus satisfaisant.

Remarques. — Pour quiconque a suivi avec attention la marche et les symptômes de cette ophthalmie complexe, mélange de kératite, de blépharite, d'iritis et de conjonctivite, il semble évident que les yeux de cette malade marchaient rapidement vers des lésions dont quelques-unes allaient devenir bientôt irrémédiables et excessivement compromettantes pour l'exercice de la vision. Ce fait est d'autant plus remarquable que les effets immédiats de la glace ont été obtenus au moment même où le traitement ordinaire par les émissions sanguines, le calomel et l'onguent napolitain belladoné, employé avec une certaine vigueur par un chirurgien aussi savant qu'habile, venait d'échouer complétement.

Si la glace a pour effet de modifier presque sur-le-champ certains symptômes, tels que les douleurs péri-orbitaires, la photophobie et le larmoiement, elle demande, lorsque les tissus du globe oculaire sont déjà presque chroniquement altérés, un certain temps avant d'amener la guérison complète de l'ophthalmie; mais en présence de dangers aussi graves, qu'importe le temps pourvu que la guérison arrive et qu'elle arrive complète ?

Voici le second exemple que nous voulons citer pour montrer la puissance des applications continues de glace dans les affections les plus graves du globe oculaire :

Le nommé Gamas (Victor), âgé de quarante et un ans, terrassier, entra à l'hôpital Saint-Antoine le 30 juin 1849, et fut placé dans le service de M. Chassaignac au nº 39 de la salle Saint-François. Huit ans auparavant, en 1841, cet homme avait été atteint d'accidents syphilitiques généraux et de syphilides cutanées, par suite desquelles le bord des paupières ayant suppuré, il y avait eu chute des cils, plus tard triachis, chémosis de la conjonctive palpébrale et renversement des paupières. Malgré cet état, devenu habituel chez lui, il continua ses travaux.

Le 25 juin 1849, il lui entra dans l'œil gauche des graviers dont la présence développa une vive inflammation.

Le 28, la cornée présentait une tache blanchâtre due à un épanchement interlamellaire, et qui pouvait avoir les dimensions d'une très petite lentille.

Le 30, cet homme se présente à l'hôpital Saint-Antoine, et y est admis.

Le 1er juillet, la conjonctive de l'œil gauche est fortement injectée; la cornée du même côté présente un aspect louche, comme laiteux, et dans la partie inférieure de sa circonférence existe un épanchement évidemment purulent, que M. Chassaignac avait considéré dès l'abord comme siégeant dans la chambre antérieure du globe de l'œil. Mais tous les mouvements imprimés à la tête n'ayant aucune influence sur le déplacement de la matière purulente, et les autres explorations donnant un résultat négatif, on finit par reconnaître que l'épanchement est interlamellaire, et qu'il y a par conséquent un hypopion de la cornée. La conjonctive palpébrale, malade depuis si longtemps, est couverte de granulations assez grosses. Quoiqu'il y ait larmoiement et photophobie, les douleurs ne sont pas très vives. Ce qui paraît incommoder le plus, c'est la présence de la tache qui obscurcit la cornée.

Jusqu'au 4 juillet, la glace est appliquée sans interruption. A cette époque, le malade commence à distinguer les objets qu'on lui présente. Toute douleur à l'œil malade est complétement dissipée.

Le 6 juillet, la conjonctive est moins injectée; la tache blanchâtre qui s'était formée dans la cornée et qui était parfaitement distincte de l'hypopion, et présentait plutôt l'aspect d'un épanchement plastique interlamellaire que d'un épanchement purulent, s'est éclaircie, et par un singulier mécanisme, il y a eu une sorte d'exfoliation, de desquamation de la couche la plus superficielle de la cornée, après quoi cette tache est redevenue transparente comme le reste de la membrane.

Le 8, l'épanchement purulent qui forme onglet à la partie inférieure de la cornée commence à se résorber. Pas de photophobie, ni de larmoiement. Pas d'autre douleur de l'œil qu'une sensation de petite brûlure chaque fois qu'on applique un nouveau sachet de glace.

Le 12, l'hypopion, qui formait un onglet, ne présente plus qu'un petit cercle blanchâtre.

Le 14, l'épanchement purulent est presque entièrement résorbé. Il est plus facile que jamais de constater que ce n'est pas dans la chambre antérieure de l'œil qu'il existe, mais bien dans l'épaisseur des lames de la cornée. — On continue toujours les applications de glace.

Le 20, chacun des jours précédents n'a pas été marqué par une amélioration appréciable; mais aujourd'hui 20, on remarque que la cornée est beaucoup plus transparente, que la résorption du pus est tout à fait complète, que l'ulcération de la cornée est définitivement cicatrisée. Cette ulcération, qui était et est restée toute superficielle, sans aucune communication avec le foyer purulent qui occupait les lames profondes, est un fait extrêmement curieux. Serait-ce donc que, dans ce cas, les choses se passent comme dans certains abcès où l'épiderme se détache à la couche superficielle de la peau, à l'occasion d'un abcès qui siége à une certaine profondeur ? Nous ne donnons cette comparaison que pour ce qu'elle vaut. Toujours est-il que dans toute l'étendue de la tache, qui avait son grand diamètre vertical et comprenait à peu près la moitié du diamètre vertical de la cornée, il y a eu élimination complète du feuillet le plus superficiel de cette membrane.

Le 25, le malade distingue parfaitement les objets, malgré l'aspect un peu dépoli et très légèrement lactescent de la tache, dû à la cicatrice cornéale; il se trouve tellement bien qu'il demande à sortir de l'hôpital.

Les applications continues de glace ont une puissance de traitement extraordinaire sur les symptômes suraigus des ophthalmies les plus graves; mais il ne faudrait pas croire que ce moyen soit suffisant pour détruire tous les symptômes

de toute espèce d'ophthalmie. Il est certains états pathologiques sur lesquels la glace n'a presque pas de prise : tels sont, par exemple, les granulations palpébrales qui accompagnent diverses ophthalmies chroniques. Aussi dans ces cas l'on fait plus avancer les choses en trois jours par l'instillation d'un collyre à l'azotate d'argent ou par l'attouchement avec le crayon de sulfate de cuivre que par dix jours d'application soutenue de la glace. Après dix, douze, quinze jours d'application de glace, certaines ophthalmies, qui s'étaient considérablement améliorées dès les premiers jours, au point de faire croire à leur guérison prochaine, semblent, quoiqu'arrivées à un état extrêmement bénin, rester stationnaires, et, si l'on ne vient pas au secours de la glace avec les douches oculaires ou le collyre à l'azotate d'argent, l'amélioration arrivée presque à l'état de guérison ne fait plus aucun progrès. C'est là, entre mille autres, une de ces raisons qui prouvent combien il importe de ne pas se montrer exclusif et absolu en matière de thérapeutique. Quoique M. Chassaignac ait voulu, pour savoir exactement à quoi s'en tenir sur la puissance de la glace seule, traiter exclusivement certains malades par les les applications glacées, il n'a point posé l'exclusion en principe, et pratique tous les jours l'association des méthodes thérapeutiques déjà en usage. Cependant, nous devons dire que, sur les vingt et quelques malades traités avec un succès remarquable à l'hôpital Saint-Antoine, il n'en est pas un seul pour lequel le besoin de recourir à l'emploi du calomel et de l'onguent napolitain belladoné se soit fait sentir.

Avant de faire connaître le mode d'application de la glace employé pour les maladies des yeux à l'hôpital Saint-Antoine, nous rapporterons encore un des plus beaux cas observés dans cet hôpital.

(*La suite à un prochain numéro*).

Note sur le danger du chloroforme.

Par M. Alphonse ROBERT, chirurgien à l'hôpital Beaujon.

(Lue à l'Académie de Médecine, 11 septembre.)

Les hommes éminents qui ont pris part à la discussion soulevée récemment dans cette académie au sujet du chloroforme ont tous reconnu les propriétés toxiques de cet agent. Ils espéraient en prévenir les fâcheux effets en formulant divers préceptes que la prudence, l'analyse des faits connus et de nombreuses expériences leur avaient suggérés. Malheureusement tout nous prouve que le danger n'est pas entièrement conjuré ; les organes de la publicité nous révèlent parfois encore des accidents nouveaux, des morts instantanées, foudroyantes ; et les hommes les plus calmes frémissent à la pensée qu'un moyen si précieux, que les malades réclament avec insistance quand ils vont subir une opération, puisse devenir un instrument de mort au-dessus de toute prévision et de tout moyen de secours.

Un tel état de choses appelle hautement la sollicitude des hommes de l'art; il montre la nécessité d'étudier de nouveau la question; et s'il est impossible de discerner *à priori* les individus pour qui le chloroforme est un poison funeste, au moins faut-il chercher si dans les symptômes variés qu'il détermine il en est dont la nature puisse nous faire pressentir ce danger, et nous servir ainsi de salutaire avertissement.

Je n'ai pas la prétention de résoudre aujourd'hui cet important problème; je désire seulement en poser nettement les termes, et fournir quelques matériaux qui puissent en faciliter la solution.

Pour être bien compris, j'ai besoin de rappeler succinctement à l'Académie la série de phénomènes que l'on observe en général pendant l'éthérisation.

A part les cas où l'insensibilité s'établit d'une manière rapide, les phénomènes peuvent être divisés en deux périodes distinctes.

Dans la première, que j'appellerai période d'excitation, il y a d'abord de l'injection aux conjonctives, puis de l'agitation, un peu de délire, et quelques légers mouvements convulsifs ; la sensibilité paraît abolie; mais souvent elle ne l'est pas complétement, ou elle ne l'est que pour un temps très court. De sorte que, si l'on essaie alors de pratiquer une opération, elle est à peine commencée que le malade se livre à des mouvements violents, qu'il cherche à fuir, et qu'il serait exposé aux dangers les plus graves s'il n'était vigoureusement contenu. Et cependant à son réveil il ignore ce qui s'est passé, et en général il affirme n'avoir éprouvé aucune douleur.

Qu'on juge de l'embarras où peut se trouver un chirurgien dans un pareil désordre. Je ne crains pas d'affirmer que, si l'anesthésie ne pouvait être ni plus absolue, ni plus durable, il faudrait la bannir absolument de la pratique des opérations.

Mais si l'on continue l'éthérisation, on voit apparaître une autre série de symptômes. Le visage pâlit; les muscles se relâchent et tombent peu à peu dans un état complet de résolution; la respiration devient stertoreuse, et l'insensibilité tellement profonde que les individus peuvent subir les opérations les plus graves, les mutilations les plus douloureuses, sans témoigner la plus légère sensation.

Telle est la seconde période, ou période de collapsus, que j'appellerai aussi période chirurgicale; car c'est la seule où le chirurgien puisse agir avec sécurité.

Lorsque les symptômes de la première période n'ont offert qu'une intensité modérée et une durée peu considérable (quelques minutes seulement), j'ai lieu de penser, j'aime à croire que l'éthérisation n'offre aucun danger; et l'on peut par des inhalations intermittentes et répétées, quand il en est besoin, maintenir l'insensibilité pendant un temps assez long, une demi-heure, trois quarts d'heure, une heure même, au dire de quelques praticiens, sans que les malades en soient fâcheusement affectés.

Mais, et c'est là le point sur lequel je désire surtout fixer l'attention de l'Académie, il est des individus chez lesquels cette première période est signalée par des symptômes d'une grande intensité. L'agitation est extrême, la respiration précipitée; il y a du délire, des mouvements d'une telle violence, que, si l'on ne contenait pas les malades, ils pourraient attenter à leurs jours.

Un chirurgien publiait il y a quelques mois l'observation d'un individu, à moitié éthérisé qui s'était échappé de ses mains et avait failli se précipiter par une fenêtre. Cette période d'excitation, quand elle est parvenue à un tel degré, et qu'elle se prolonge au delà de quelques instants, dénote une grande perturbation du système nerveux. Si l'on ne suspend pas aussitôt l'éthérisation et que l'on cherche à obtenir la période de calme ou de collapsus, je pense que l'on met en péril la vie du malade. Sur près de 120 opérations pratiquées avec le chloroforme, j'ai rencontré trois individus présentant à divers degrés les circonstances dont il s'agit.

Obs. I. — Le premier était un Alsacien de quarante-cinq ans, d'une haute et grêle stature, admis à l'hôpital Beaujon pour y être traité d'une entorse du genou droit. La maladie ayant résisté pendant plusieurs mois aux traitements variés que j'avais mis en usage, et le genou restant gonflé et douloureux, je résolus d'y appliquer plusieurs raies de feu, et je procédai d'abord à l'inhalation du chloroforme. Pendant vingt minutes le malade ne cessa de s'agiter, de crier, et quand on le pinçait ou qu'on le piquait pour interroger l'état de la sensibilité, il se révoltait avec violence. Craignant de prolonger cet état, je le cautérisai avant d'avoir obtenu l'anesthésie. Il fallut quatre hommes pour le contenir. Il poussa des cris horribles, et cependant, quand il fut revenu à lui-même, il déclara avoir à peine senti l'action du feu. Du reste, cette crise violente se dissipa assez promptement, et sans laisser de traces.

Obs. II. — Le deuxième malade était un menuisier de cinquante ans, très vigoureux, et adonné à l'ivrognerie. Il avait été admis à l'hôpital pour y subir l'extirpation d'une tumeur variqueuse sous-cutanée de la tempe droite, résultat d'une ancienne contusion. Après dix minutes d'éthérisation, sans effet notable sur la sensibilité, la myotilité et l'intelligence, il fut pris tout à coup de délire accompagné d'agitation furieuse. Je ne voulus pas continuer l'emploi du chloroforme, et comme d'ailleurs il paraissait être devenu insensible, je me décidai à l'opérer. Mais aussitôt que j'eus pratiqué l'incision des téguments, la sensibilité se réveilla et l'agitation devint telle, que j'éprouvai les difficultés les plus grandes pour mener à fin l'opération. Celle-ci terminée, il déclara n'avoir rien senti. Il eut un peu de céphalalgie et de fièvre pendant vingt-quatre heures.

Obs. III. — L'histoire du troisième malade présente un haut intérêt. Ici l'éthérisation, pour des motifs que l'on appréciera, a dû être poussée plus loin que chez les deux malades précédents, et elle a donné lieu à des accidents funestes.

Le 30 août dernier, à neuf heures du matin, je fus mandé à l'hôpital Beaujon pour y voir un malade affecté d'une hernie étranglée. C'était le nommé Gallard (Michel), âgé de quarante-neuf ans, marchand de chevaux, d'une force herculéenne, et adonné aux derniers excès de l'ivrognerie. Il portait depuis dix-huit ans, à l'aine droite, une hernie qu'il avait, disait-il, toujours contenue; mais le 27 août il était tombé de cheval; son bandage s'était cassé pendant la chute; en même temps la hernie était sortie très volumineuse, et n'avait pu rentrer.

Lorsque j'arrivai près de lui, l'étranglement durait depuis deux jours et demi ; il vomissait abondamment des matières roussâtres et manifestement stercorales. Du reste, la tumeur de l'aine, d'un assez grand volume, était assez molle, peu douloureuse ; le ventre était indolent. J'espérai donc pouvoir réduire cette tumeur, bien que plusieurs tentatives déjà faites dans l'hôpital eussent été infructueuses. J'étais d'ailleurs décidé, en cas d'insuccès, à pratiquer immédiatement l'opération. Pour faciliter le taxis, j'eus recours au chloroforme, et, à cet effet, je plaçai une petite éponge dans une compresse roulée en cornet et fixée avec une épingle. Je dirigeai l'éthérisation moi-même, et j'eus la précaution de toujours laisser au malade un espace libre entre l'appareil et le visage pour ne point gêner l'entrée de l'air.

Pendant dix minutes environ, le malade n'éprouva rien de notable ; mais bientôt les yeux s'injectèrent; il devint loquace, délirant, comme un homme ivre; la respiration devint précipitée ; sa peau se couvrit d'une sueur abondante ; enfin, son agitation devint telle, que trois infirmiers durent le contenir. Néanmoins, la sensibilité n'était pas abolie. Je me trouvai en ce moment dans un état de perplexité facile à concevoir : d'une part, l'agitation du malade ne me permettait pas de pratiquer le taxis, encore moins la herniotomie, et je me voyais contraint ou de l'abandonner au lendemain, ce qui me paraissait dangereux, vu l'état avancé de l'étranglement, ou de continuer l'éthérisation pour obtenir l'insensibilité, l'immobilité complète. D'une autre part, continuer l'éthérisation me paraissait une chose grave ; mais comme ni mon expérience, ni celle d'autrui ne m'avaient appris qu'il y eût péril imminent pour la vie, je me décidai en faveur de ce dernier parti. Je continuai donc l'inhalation du chloroforme, et ce fut seulement au bout d'une demi-heure que l'agitation se calma, que les muscles se relâchèrent et que je pus enfin procéder au taxis. Celui-ci fut continué pendant près d'un quart d'heure, mais sans succès, et je dus alors pratiquer immédiatement l'opération ; celle-ci présenta quelques difficultés spéciales qui en prolongèrent la durée. La hernie était fournie par le cœcum et irréductible comme les hernies de ce genre ; de sorte qu'après avoir débridé le canal inguinal, je crus devoir ouvrir l'intestin pour mieux assurer le cours des matières fécales. Pendant l'opération, qui dura au moins vingt minutes, le malade s'agita plusieurs fois ; mais il fut immédiatement replongé dans l'état anesthésique par des inhalations de courte durée. Après l'opération, il se réveilla ; son pouls était petit, un peu fréquent ; il était sans abattement et conservait encore un peu de délire, ce qui m'engagea, par mesure de précaution, à le faire vêtir de la camisole. Au bout d'une heure, sa raison était entièrement revenue. Il pria l'infirmier de service de lui ôter ce vêtement qu'il trouvait incommode ; il but à plusieurs reprises; il était calme et ne se plaignait de nulle part. Vers une heure du matin, il demanda encore à boire ; mais une demi-heure après, l'infirmier s'étant approché de son lit, le trouva mort. Il avait expiré sans bruit, sans agitation, sans même que ses voisins eussent pu s'en apercevoir.

L'autopsie cadavérique fut pratiquée le 1er septembre au matin, trente heures après la mort.

Il n'y avait pas de rigidité ; le cou et la face étaient violacés et comme ecchymosés, le cerveau et les méninges fortement injectés ; les poumons souples et crépitants, mais partout gorgés de sang noir. Les cavités du cœur, droites et gauches, contenaient aussi une grande quantité de sang noir, à demi coagulé, et sans mélange aucun de fluides aériformes. Le foie contenait une telle quantité de sang que, lorsqu'on le coupait, ce liquide ruisselait en nappe à la surface des incisions. La rate était également distendue.

Il n'existait aucune trace de péritonite. La hernie était formée par le cœcum, et n'offrait pas de sac ; elle était, dans toute son étendue, entourée de tissu cellulaire lâche et filamenteux. En se précipitant au dehors, l'intestin avait exécuté un mouvement de demi-rotation sur son axe, de telle sorte que l'appendice iléo-cœcal, entraîné en avant, formait une espèce de collier autour de la terminaison de l'intestin grêle. C'était là le seul obstacle qui s'opposât mécaniquement à la circulation des matières, et cet obstacle, l'opération ne l'avait ni découvert ni détruit.

Le simple exposé de ce fait suffira, je pense, pour laisser dans tous les esprits la conviction que le chloroforme a été la cause unique de la mort. Si l'on contestait cette opinion en s'appuyant sur la nature des lésions cadavériques, et si l'on prétendait que le malade a péri par asphyxie plutôt que par le chloroforme, on serait dans une complète erreur ; car j'ai moi-même dirigé l'éthérisation avec tous les soins convenables, et je puis affirmer que l'air a toujours pénétré librement dans les poumons. Je dirai donc que cette prétendue asphyxie n'est autre chose qu'un empoisonnement, et que cet empoisonnement est dû à ce qu'un agent septique gazeux a été absorbé en même temps que l'air atmosphérique.

Du reste, la science pourra s'emparer de ce fait, le comparer aux expériences faites sur les animaux, disserter sur la manière dont le chloroforme a déterminé la mort ; peu nous importe; il nous suffit de savoir que le malade n'a certainement succombé ni à une asphyxie pure et simple, ni à l'asphyxie combinée ou surajoutée, comme on dit, à l'action du chloroforme, mais bien certainement à l'influence exclusive de ce dernier.

Mais on dira peut-être que l'éthérisation a été poussée trop loin, puisque, chez les animaux, elle amène toujours la mort, quand elle est ainsi portée à ses limites extrêmes. A cela, je répondrai que personne jusqu'à ce jour n'a encore formulé de règle précise à cet égard ; que personne n'a établi la posologie du chloroforme; qu'il est même impossible de l'établir, tant sont variables les effets de cet agent sur l'organisme de l'homme. Certains individus tombent rapidement dans l'insensibilité après en avoir seulement inhalé quelques gouttes ; d'autres peuvent sans résultat en absorber des doses énormes, et, ce qui est digne de remarque, c'est que l'anesthésie, une fois établie, peut être entretenue pendant assez longtemps par des inhalations successives, sans qu'il paraisse en résulter de graves inconvénients.

M. Denonvilliers a communiqué à l'Académie l'observation d'une femme âgée de soixante-dix ans, à laquelle il avait enlevé une tumeur encéphaloïde occupant la profondeur du mollet. La malade fut plongée dans une complète insensibilité, au moyen de l'éther, au bout de douze minutes, et cet état fut entretenu pendant trois quarts d'heure que dura l'opération, par des inspirations d'éther, plusieurs fois reprises et suspendues; la respiration fut stertoreuse dès le commencement et conserva ce caractère pendant quelque temps, même après l'opération terminée. La malade, il est vrai, demeura pendant trente-six heures dans un état inquiétant de stupeur et d'assoupissement; néanmoins ces accidents se dissipèrent, et le neuvième jour elle était dans un état très satisfaisant. (*Bull. de l'Acad.*, t. XII, p. 532.)

M. Sédillot, dans une communication faite à l'Académie sur les effets du chloroforme, dit que l'insensibilité peut être prolongée pendant plus d'une heure sans accident (*Id.*, t. XIV, p. 253). Moi-même, il y a quelques mois, obligé de trépaner le tibia d'un vieillard de soixante-dix ans, sur lequel il existait une vaste caverne résultant d'un coup de feu très ancien, je pus, au moyen du chloroforme, maintenir l'insensibilité pendant plus d'une demi-heure sans qu'il en résultât le moindre inconvénient.

Ces faits, dont je pourrais facilement grossir le nombre, me paraissent donc établir que les troubles qu'il occasionne dans le système nerveux ne sont point en rapport avec les quantités absorbées de ce médicament, mais qu'ils tiennent à des conditions individuelles que l'observation ne nous a point encore révélées.

Ce que je viens d'établir pour le chloroforme existe également pour l'éther. Je vais en rapporter un exemple parmi plusieurs que je trouve dans l'excellente dissertation de M. Lachaise. Un malade, admis dans le service de M. Piedagnel pour une affection légère, eut le désir de se faire arracher une dent après avoir été préalablement éthérisé. Pendant trois jours on le soumit le matin à des inspirations d'éther pendant vingt à trente minutes sans obtenir *autre chose que la période d'excitation ; la somnolence et l'insensibilité ne peuvent être produites.* Il ne conservait de ces essais que de la courbature et du malaise. Le quatrième jour, on lui arracha sa dent sans recourir à l'éther. Depuis cette époque, il restait au lit et ne voulait pas se lever. Au bout de sept à huit jours, on s'aperçut qu'il avait de la fièvre, de la céphalalgie, de l'abattement ; il survint un peu de délire, puis du coma, et ce malade *s'éteignit plutôt qu'il ne mourut.* L'ouverture du corps fit voir un épanchement gélatineux sous l'arachnoïde cérébrale. (*De l'Ether sulfurique*....., p. 184.)

Depuis que ce travail est terminé, un de nos collègues des hôpitaux de Paris, M. Giraldès, m'a rapporté deux faits d'une haute gravité, et dont l'analogie avec celui qui m'est propre vient encore augmenter l'intérêt.

Obs. I. — Le premier fait est celui d'un malade de trente ans, admis à l'hôpital de la Pitié en 1847 pour y être traité d'un rétrécissement de l'urètre. M. Giraldès le soumit à une première éthérisation, qui fut courte, naturelle, et eut lieu sans le moindre inconvénient.

Deux jours après, une deuxième éthérisation eut lieu; celle-ci fut longue, difficile; le malade s'agita beaucoup et eut comme des mouvements tétaniques. Cependant, l'insensibilité fut obtenue, et le cathétérisme pratiqué sans douleur. Le malade, étant revenu à lui-même au bout de quelque temps, n'éprouvait aucun malaise; il prit un bain, où il resta trois quarts d'heure, puis il rentra, à pied, dans la salle et mangea de la soupe. Vers midi, c'est-à-dire quatre heures après l'opération, il alla aux lieux d'aisances, et là il tomba mort subitement. Tous les secours qui lui furent immédiatement prodigués restèrent inutiles.

A l'autopsie, M. Giraldès trouva le cerveau et la moelle épinière intacts; mais les poumons étaient gonflés, tendus, et remplissaient les cavités pleurales ; ils ne s'affaissaient pas, et résistaient à la pression des doigts ; en un mot, ils étaient emphysémateux dans toute leur étendue, et même jusque dans le tissu cellulaire interlobulaire. Les cavités droites du cœur, ainsi que les artères pulmonaires, les

veines caves et toutes les veines qui s'y rendent directement, étaient distendues par du sang spumeux.

Obs. II. — Le second malade était un homme de quarante ans, entré au mois de juin 1848 à l'hôpital des Cliniques pour y être traité d'une lésion traumatique nécessitant l'amputation du bras. Avant d'y procéder, M. Giraldès eut recours au chloroforme. L'éthérisation fut longue, difficile, accompagnée d'une agitation extrême, d'efforts violents; cependant on obtint l'insensibilité. Après l'opération, le malade, revenu à lui-même, se trouva affaibli pendant toute la journée. La nuit suivante, à trois heures du matin, il expira subitement sans agonie.

A l'autopsie, M. Giraldès ne trouva rien d'altéré dans le cerveau ni dans la moelle épinière; mais, comme dans le cas précédent, les poumons étaient emphysémateux, les cavités droites du cœur et les grosses veines, remplies de sang mêlé de gaz.

Comme on le voit, ces faits confirment pleinement ce que j'ai dit de la gravité des éthérisations, dont la première période est signalée par une excitation violente. Mais en même temps, elle nous révèle une cause nouvelle de danger, celle qui tient à l'emphysème pulmonaire, et qu'expliquent naturellement les efforts violents auxquels les malades se livrent presque toujours pendant cette période.

Je me hâte de terminer ce travail, déjà peut-être un peu long. Voici les conclusions que je crois pouvoir en tirer.

Lorsque l'inhalation de chloroforme, au lieu d'amener l'insensibilité d'une manière calme et rapide, détermine, au contraire, une vive irritation sur le cerveau et provoque de l'agitation, du délire, des mouvements convulsifs, *il y a danger*. La prudence veut que l'on suspende immédiatement l'inhalation, et que l'on refuse aux malades les bienfaits de l'anesthésie qui pourraient leur devenir funestes.

Etat et action de l'arsenic contenu dans les dépôts d'eaux minérales ferrugineuses;

Par M. le Dr ROUSSE, de Bagnères-de-Bigorre.

(Acad. de Méd., séance du 28 août, et *Gazette des Hôpitaux* du 30 août 1849.)

Depuis que l'on a démontré la présence de l'arsenic en assez grande quantité dans certains dépôts d'eaux minérales ferrugineuses, on s'est demandé si les propriétés toxiques n'étaient pas neutralisées par l'état sous lequel il se trouve.

Cette nullité d'action dénote que la propriété toxique de l'arsenic renfermée dans ces dépôts est détruite par la combinaison dans laquelle il est engagé avec le peroxyde de fer.

Le plus expert des chimistes de France ne peut affirmer que ce sel reste longtemps à l'état de sel dans le tube intestinal; et si on eût continué à administrer pendant un à deux mois, comme on était autrefois dans l'habitude de le faire à Bagnères-de-Bigorre, lorsque nous n'avions qu'une fontaine ferrugineuse arsenicale, une partie du dépôt ou l'eau elle-même au chien de M. Lassaigne, comme à nos chlorotiques, il est plus que probable que ce chien se fût étiolé, et eût éprouvé de tels dérangements intestinaux qu'il eût facilement été prouvé que le peroxyde de fer, en s'unissant aux acides arsénieux et arséniques, n'annihile point leurs propriétés vénéneuses, et n'en devient pas, par conséquent, l'antidote.

L'eau ferrugineuse arsenicale est tellement *froide*, tellement indigeste par le peu d'air qu'elle contient, qu'on ne peut la boire étant en moiteur; c'est pourquoi je proteste énergiquement contre l'usage de telles eaux, auxquelles on doit toujours préférer celles qui ne contiennent point d'arsenic.

Et pour ce qui est du peroxyde de fer, qui est réputé neutraliser les effets de l'arsenic, j'avance que, dans aucun cas, lorsque l'arsenic a été pris à dose suffisante pour donner la mort, il n'a été suivi d'aucun bon résultat.

3 août 1849. Mademoiselle X..., de Bagnères, âgée de dix-sept ans, grande, mais faible et chlorotique, n'est plus menstruée depuis trois mois. Ses digestions sont peu faciles, quoique son estomac ne soit le siége d'aucune douleur. Sentiment d'une boule qui part du creux de l'épigastre et qui s'arrête à la gorge. La moindre contrariété excite chez elle des convulsions épileptiformes. Son corps est froid; son pouls petit et fréquent; palpitations.

Prescriptions. — Chaque matin à jeun, chaque jour à dîner, boire deux verres d'eau ferrugineuse de la source d'Angoulême, qui se trouve dans un lieu assez élevé, qui a une température de 12° centigrades, et qui est réputée *arsenicale*. Elle contient si peu d'air et est si froide, comme toutes les eaux arsenicales, qu'elle est toujours lourde et indigeste, et répercussive de la transpiration produite par la course qu'on est obligé de faire pour pouvoir y boire. Demi-bain à salut à 27° R.; bain de pieds chaque soir, pendant cinq minutes, après digestion faite.

Après huit jours de cette médication, des vomissements, des coliques se montrèrent, et la malade se trouva si faible qu'on fut obligé de suspendre la boisson, le bain, et c'est à peine si, aujourd'hui, elle est un peu remise. Elle prend néanmoins des pastilles de lactate de fer et l'eau ferrugineuse non arsenicale, qui passe bien.

Mmes R. et D., de Bagnères, après quinze jours de cette première boisson, se sont trouvées tellement souffrantes de leur estomac, qu'elles ont été obligées de l'abandonner. Elles éprouvent de tels dérangements intestinaux que je crains bien qu'elles ne s'en ressentent toute leur vie.

Enfin, il y a eu un si grand nombre de femmes affectées de chlorose et d'aménorrhée qui ont tellement souffert de ces eaux, que certains médecins semblent priser, que tout à coup elles ont abandonné cette fontaine, qui est aujourd'hui déserte, pour boire dans d'autres fontaines, non arsenicales, produisant de meilleurs effets.

Et pourquoi n'en serait-il pas ainsi? Est-ce qu'il n'est pas raisonnable d'éviter tout ce qui est poison? L'arsenic surtout, vanté contre les fièvres intermittentes. Faisons des économies, s'il y a lieu, sur notre vestiaire, sur nos aliments, mais usons toujours de médicaments qui ne peuvent être nuisibles.

M. C., de Bagnères, laisse par imprudence, le jour de Pâques, une omelette arsenicale destinée aux rats, sous une armoire: une pauvre la mange; aussitôt appelé, je prescris le tritoxyde de fer, et cette malheureuse meurt dans la journée. Ce résultat ne confirme donc point ce que l'expérience a déjà fait constater d'après M. Lassaigne.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 septembre 1849. — Présidence de M. Chevreul.

Choléra.

M. le Dr Pellarin, médecin à Givet, après avoir pensé que le choléra était dû à l'absorption du gaz ammoniac, croit maintenant qu'il est dû plutôt à celle du gaz acide sulfhyrique. Dans tous les cas, il se croit certain que l'absorption d'un gaz est la cause du choléra.

— M. J. Francallet, médecin à Lyon, pense que le choléra est dans un arrêt accidentel de la circulation du sang dans les vaisseaux capillaires autres que ceux du poumon.

— M. Leras, professeur de physique au lycée de Brest, envoie un mémoire intitulé: *Action du suc gastrique sur les préparations martiales employées en thérapeutique.*

Les conclusions de ce mémoire, rédigé d'une manière assez peu intelligible, semblent être que presque toutes les préparations de fer n'agissent qu'à l'état de sels doubles formés en partie et rendus solubles, quand ils ne le sont pas, à l'aide du suc gastrique. Il résulte de là que les sels doubles suivants: tartrate et pyrophosphate, et de potasse, et de fer, qui sont naturellement solubles, doivent être préférés aux autres, parce qu'ils peuvent agir sans priver l'estomac d'une partie du suc gastrique dont il a besoin pour la digestion.

Il termine en se demandant si son explication ne serait pas applicable à toutes les médications salines.

Le choléra dans les départements et à l'étranger.

Bouches-du-Rhone. — On nous écrit que l'épidémie semble diminuer d'intensité; mais les renseignements positifs, qui ne vont que jusqu'au 11, ne permettent pas d'accorder nne confiance entière à cette heureuse nouvelle: à cette date, la mortalité cholérique avait présenté les chiffres suivants pendant les trois derniers jours:

Le 9 septembre, 25; le 10, 40; le 11, 42.

L'épidémie cause dans la ville les craintes les plus vives: on peut s'en faire une idée par le fait suivant:

On a compté le 10 septembre vingt-huit boutiques fermées dans les rues de la Canebière et Saint-Ferréol, et portant ces inscriptions: Fermée pour cause de voyage; Fermée pour absence momentanée; Fermée pour voyage de dix jours, etc.

On nous annonce qu'un confrère de la ville, très honorablement connu, M. Ravel, n'aurait point échappé à la panique générale, et qu'il aurait été révoqué de ses fonctions d'inspecteur sanitaire des filles publiques. Nous aimons à croire jusqu'à plus amples informations que cette révocation n'est qu'un acte d'une rigueur extrême et non suffisamment justifiée.

Cher. — L'asile départemental partage le triste privilége qui semble commun à tous les établissements d'aliénés. En huit jours, 19 individus presque tons aliénés ont succombé.

Dans la ville de Bourges, quelques cas seulement se sont manifestés et la plupart terminés par la mort.

A Dun-sur-Auron, à Saint-Amant, à Chavignol, à Henrichemont, à Ignol et à Nérondes l'épidémie est en grande voie de décroissance; cependant dans ces deux dernières localités la mortalité est encore relativement assez considérable.

Gard. — On ne signale plus que quelques cas isolés dans le département.

Maine-et-Loire. — Le choléra, nous écrit-on, prolonge au delà de toute prévision son séjour dans notre département; quoique moins meurtrier qu'il y a un mois, il exerce encore ses ravages dans plusieurs communes. A Bécon, il vient d'enlever avec une rapidité presque foudroyante notre honorable confrère M. le docteur Réal au milieu des soins qu'il donnait aux malades de la contrée.

Seine-Inférieure. — *Havre*, 14 septembre. — Depuis vingt-quatre heures, il ne s'est pas présenté un seul cas nouveau de choléra; depuis le refroidissement de l'atmosphère et le coup de vent qui ont eu lieu pendant la journée d'hier, on a remarqué aussi une très grande amélioration dans l'état des personnes déjà atteintes.

Amérique. — Le choléra diminue à New-York; mais il règne une dysenterie très souvent fatale qu'on attribue, dit la correspondance, à l'usage des stimulants énergiques vantés comme préservatifs du choléra. »

Angleterre. — Le choléra continue ses ravages avec une grande intensité à Londres et dans toute l'Angleterre. Le nombre des décès nouveaux qui se sont manifestés à Londres dans la journée du 10 est de 432.

Belgique. — La décroissance de l'épidémie continue à Anvers d'une manière très marquante. Il n'entre plus à l'hôpital que de rares cas. On peut donc espérer avec quelque fondement qu'avant peu le fléau nous aura totalement abandonné.

(*Journal du Commerce.*)

Italie. — La *Gazette médicale* lombarde donne le mouvement du choléra dans les provinces de Mantoue, Brescia et Bergame. On avait constaté dans la province de Mantoue, jusqu'au 15 août, 63 cas, 43 morts, 9 guéris et 9 convalescents; dans la province de Brescia, jusqu'au 1er septembre, 340 cas, 215 morts, 10 guéris et 55 en état de convalescence, et dans la province de Bergame, jusqu'au 4 septembre, 2,084 cas, 1,159 morts, 259 guéris et 666 en convalescence.

— On écrit de Pontrémoli:

« Le choléra s'est déclaré dans l'hôpital de Parme, d'où il s'est répandu dans la ville.

» On ne sait toutefois rien quant au nombre des morts et malades de l'hospice, attendu que tout s'y passe dans le plus grand secret.

NOUVELLES.

Les membres de l'intendance sanitaire de Marseille ont, le 7, donné leur démission en masse. Cette résolution a été, dit-on, motivée par le décret du 10 août dernier, qui modifie le régime des quarantaines pour les provenances du Levant. Si cette nouvelle se confirme, ce ne sera pas l'un des effets les moins curieux ni les moins utiles des réformes quarantenaires adoptées depuis le célèbre rapport de l'Académie.

— Il vient d'être décidé que les noms des médecins et des élèves qui ont succombé en donnant leurs soins aux cholériques seraient inscrits sur une table de marbre qui sera placée dans le musée Dutren.

— Une précaution sanitaire importante vient d'être prise par l'administration: un médecin est chargé en ce moment de visiter toutes les lignes de chemins de fer pour s'assurer qu'on a pris toutes les mesures nécessaires pour assurer de prompts secours en cas d'accidents. Des boîtes de secours pour quatre-vingts blessés sont déposées à toutes les stations principales.

— Par décision du 6 septembre:

M. Papillon, chirurgien-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Belfort, détaché de l'armée des Alpes, est désigné pour rentrer à l'hôpital de Belfort.

M. Bousquet, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Belfort, est désigné pour celui de Versailles.

M. Bagnol, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Versailles, est désigné pour celui de Lyon.

— Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer à notre prochain numéro la publication d'une lettre que nous avons reçue de notre honorable confrère M. Diday, à l'occasion d'un article publié dans notre numéro d'avant-hier.

— Nous avons également reçu de M. le docteur Raphaël une réclamation à laquelle nous ferons droit.

Nous prions MM. les médecins et les pharmaciens nouvellement établis, et qui ne figurent point sur la dernière édition de l'*Annuaire Médical et Pharmaceutique de la France*, par le Dr Roubaud, de faire parvenir le plus tôt possible leurs notes pour la prochaine édition, à l'Office central de l'Industrie et du Commerce, rue Vivienne, 43, à Paris.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 20 SEPTEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 110.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR. —	13 FR. —	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR. —	14 FR. —	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR. —	16 FR. —	9 FR.

PARIS, 19 SEPTEMBRE 1849.

Bulletin du choléra.

Les espérances que nous avons si souvent exprimées vont-elles enfin se réaliser? La décroissance que l'épidémie a encore éprouvée hier et avant-hier serait bien de nature à nous le faire croire. Le nombre des admissions dans les hôpitaux civils n'a été que de 27 avant-hier et de 14 seulement hier; les décès ne se sont élevés pendant les mêmes jours qu'à 15 et 10. Les hôpitaux militaires n'ont pas reçu de cholériques. Enfin, en ville, la mortalité moyenne n'a été que de 20 par jour.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

	Entrées.	Décès.
HOPITAUX CIVILS : Journée du 17 septembre...	27	15
— 18	14	10
HOPITAUX MILITAIRES pendant les trois jours...	»	»
Total.....................	41	25

Total des décès dans les hôpitaux..............	7883
Total des décès à domicile jusqu'au 15 septembre..	10812
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie..................	18695

Séance de l'Académie de Médecine.

Lors de la grande discussion de l'Académie de Médecine sur le chloroforme, nous avons épuisé tous les moyens pour faire comprendre à ceux qui attribuaient à l'asphyxie les cas de mort dus à ce poison et qui cherchaient le meilleur procédé pour empêcher cette asphyxie prétendue, que c'était là chercher un moyen de ne pas se mouiller lorsqu'on se plonge dans l'eau. Nos efforts furent malheureusement inutiles; ils ne serviront qu'à nous convaincre une fois de plus de la facilité avec laquelle les médecins et les chirurgiens oublient le peu de physique qu'ils ont appris au début de leurs études. Mais, nous l'avouons, nous pensions que les pharmaciens et les chimistes n'étaient pas dans le même cas, les recherches de chimie exigeant presque toujours des connaissances physiques précises, au moins dans ce que ces connaissances ont de plus général. Les objections que MM. H. Gaultier de Claubry et Robinet ont adressées dans l'avant-dernière séance à l'assertion de M. Rochoux nous ont démontré le contraire, et M. Rochoux s'est cru obligé hier de le démontrer à l'Académie. Comme il est probable que la démonstration un peu trop succincte de l'honorable académicien n'empêcherait pas un certain nombre de chirurgiens de chercher encore un appareil propre à permettre l'inhalation du chloroforme sans causer d'asphyxie, nous pensons qu'il ne sera pas complétement inutile de leur rappeler les principes de physique qu'ils ont oubliés, et qui trouvent ici une si importante application.

L'assertion émise par MM. Robinet et Gaultier de Claubry est celle-ci : En mélangeant une certaine quantité de vapeur quelconque, de vapeur chloroformique par conséquent, à un volume donné d'air pur, ce volume d'air n'est point augmenté, et, à chaque inspiration, il entre toujours dans les poumons la même quantité d'oxygène et la même quantité d'azote qu'avant le mélange; en un mot, un litre de vapeur de chloroforme et un litre d'air ne feraient toujours qu'un litre de fluide élastique. Cette assertion contient à la fois une hypothèse bien peu probable et une erreur physique patente. Commençons par l'erreur.

Les vapeurs qui se forment au-dessus de *tous* les liquides à *toutes* les températures ont une certaine force d'élasticité, qui varie suivant la température elle-même et suivant le point d'ébullition des divers liquides; cette force d'élasticité ou *tension* est telle, qu'au point d'ébullition du liquide, elle fait équilibre à la pression atmosphérique, c'est-à-dire qu'elle est précisément égale à celle de l'air; en sorte qu'en mélangeant un litre d'air et un litre de vapeur d'eau à 100°, on aurait exactement deux litres de fluide élastique. Les diverses tensions de la vapeur d'eau aux différentes températures ont été calculées avec beaucoup d'exactitude, et il est facile de faire pour tous les degrés le calcul que nous venons d'effectuer pour la vapeur à 100°. Ces tensions n'ont pas été déterminées expérimentalement pour les autres liquides; mais à l'aide d'une loi formulée par Dalton, il suffit de connaître le point d'ébullition d'un liquide pour déterminer très approximativement la tension de la vapeur de ce liquide à une température quelconque; en effet, au-dessus et au-dessous du point d'ébullition, cette tension suit la même progression croissante ou décroissante que celle de la vapeur d'eau au-dessus et au-dessous de 100°.

En appliquant ces principes aux vapeurs de chloroforme, voici les résultats auxquels on est conduit :

Le chloroforme bout à 60°; donc à cette température un volume de vapeur chloroformique et un volume de vapeur d'air formeraient deux volumes de gaz, et celui qui respirerait un pareil mélange n'absorberait évidemment que la moitié de l'oxygène habituel, en supposant d'ailleurs que la vapeur n'apportât aucun trouble dans les fonctions respiratoires.

Si nous supposons qu'une inhalation se fasse à 20°, ce qui peut être considéré comme la température la plus habituelle à laquelle se pratiquent les inhalations, voici comment on peut calculer la tension de la vapeur chloroformique à cette température :

A 20° le chloroforme est éloigné de 40° de son point d'ébullition; la tension de sa vapeur correspond donc à la tension de la vapeur d'eau à 60° (100 — 40); or les tables dressées d'après des expériences démontrent que la tension de la vapeur d'eau à 60° est de 148 centimètres 79 millimètres. Ce chiffre exprime par conséquent la tension de la vapeur de chloroforme à 20°. Cela veut dire qu'en mélangeant de la vapeur de chloroforme à 20° à de l'air atmosphérique, le mélange contiendra en volume des proportions de fluide chloroformique et atmosphérique représentées par les deux chiffres suivants: 148,79 et 760; c'est-à-dire enfin que ce mélange renfermera sensiblement 4/5es d'air et 1/5e de vapeur de chloroforme.

Ainsi dans une inhalation faite de la manière la plus régulière possible, c'est-à-dire à l'aide d'un de ces nombreux appareils qui laissent parfaitement passer l'air en même temps que la vapeur anesthésique, l'individu éthérisé ne peut absorber que les 4/5es de l'oxygène qu'il respire normalement. Quant à la quantité que les malades peuvent en absorber lorsqu'on fait usage d'une éponge, d'un mouchoir ou d'un autre corps analogue, on comprend qu'il est absolument impossible de la déterminer; car cette quantité dépend de l'abondance avec laquelle les vapeurs se dégagent, de leur proximité plus ou moins grande des narines ou de la bouche, etc. Ce qu'il y a de certain, c'est que, de quelque façon qu'on s'y prenne, les malades inspirent toujours un volume d'oxygène moindre que dans l'état normal, et qu'il y a nécessairement dans toute inhalation un certain degré d'asphyxie.

Ce degré d'asphyxie existerait en supposant que l'action de la vapeur anesthésiante n'apportât aucun trouble dans la fonction de la respiration. Mais en est-il réellement ainsi? La muqueuse aérienne irritée en partie, paralysée peut-être, absorbe-t-elle avec la même activité que dans l'état normal? C'est ce qu'admettent sans difficulté les ultra-chloroformistes; mais cela paraîtra pour le moins excessivement douteux à tous les esprits impartiaux.

En résumé, il y a dans toute inhalation, au moins une, et très probablement deux causes d'asphyxie qu'il est absolument impossible d'éviter. Quant à l'influence que peuvent avoir ces causes sur les accidents observés, c'est ce qu'il ne nous paraît pas facile d'apprécier, et ce que nous ne voulons point discuter en ce moment. Disons seulement que cette influence nous paraît très minime à côté de l'action propre et puissamment toxique de la vapeur anesthésique elle-même.

M. Rochoux, qui a aujourd'hui occupé une partie de la séance, a lu un rapport sur la question soulevée et poursuivie avec une louable opiniâtreté par MM. Carnot et Bayard : l'influence de la vaccine sur la santé et la durée de la vie des populations. L'honorable rapporteur, sans nier absolument les inconvénients que peut avoir la vaccine, a conseillé d'en continuer la pratique, puisque le mal qu'elle prévient est certain, et que le mal qu'elle peut produire est au moins douteux. Il s'est contenté de laisser à l'avenir le soin de décider jusqu'à quel point les assertions de M. Bayard sont exactes. Nous le regrettons. En étudiant avec toute l'attention, toute la perspicacité, toute l'impartialité dont M. Rochoux est capable, les faits actuellement acquis à la science, il nous semble possible de résoudre plusieurs questions dont la solution serait, sinon d'une application immédiate à la pratique, au moins très intéressante à connaître sous le rapport scientifique et de l'économie sociale. M. Carnot, en comparant récemment les résultats que la vaccine a produits dans deux départements différents, a ouvert une voie que M. Rochoux aurait pu frayer davantage en consacrant à son rapport une partie du temps que laisse à sa disposition une philosophique retraite.

Nous ne ferons que mentionner les deux communications intéressantes de MM. Foucart et Haime sur la suette et le choléra du pénitentier de Tours. Le mémoire de M. Foucart est beaucoup trop étendu pour pouvoir être apprécié à une simple et trop rapide lecture; quant aux faits communiqués par M. Haime, ils n'ont pas besoin de commentaires, et ils trouveront leur place dans la discussion prochaine sur la contagion.

HOTEL-DIEU. — M. JARJAVAY.

Bosse sanguine sur la face antérieure de la jambe. — Iritis aiguë.

Les bosses sanguines, si bien connues dans la région épicranienne, peuvent encore se présenter avec tous leurs caractères dans la partie antéro-interne de la jambe. Les mêmes conditions anatomiques y favorisent en effet le développement de ces tumeurs. La peau est unie à la face interne du tibia par un tissu cellulaire très dense qui ne lui permet pas de glisser sur l'os; de sorte que les corps orbes qui tombent obliquement sur elle ne la poussent qu'en violentant l'extensibilité de ce tissu sous-cutané, et qu'après y avoir déterminé des déchirures. Le tissu cellulaire circonvoisin, simplement contus, est le siége d'une infiltration sanguine, tandis qu'un épanchement s'opère dans la cavité accidentelle. Aussi, comme au crâne, trouve-t-on au centre de la lésion une bosselure pâteuse, fluctuante, tandis que autour de celle-ci existe un bourrelet circulaire et très dur. Ces particularités qui distinguent les bosses sanguines du crâne, et qui pourraient induire en erreur en faisant croire à une fracture des os avec enfoncement, pourraient aussi tromper le chirurgien, et faire croire à une lésion du tibia.

OBS. — Un malade entré dans la salle St-Côme le 24 août dernier a présenté un bel exemple de ces tumeurs sanguines. Il avait été frappé par un corps orbe qui avait glissé sur la partie antéro-interne de la jambe droite, en comprimant la peau au niveau du tiers moyen avec le tiers inférieur du membre.

Une ecchymose occupait toute la partie interne de la jambe. Mais sur la partie indiquée existait une tumeur fluctuante au centre, se laissant facilement déprimer, de sorte que le doigt arrivait dans une cavité. Le pourtour de cette tumeur, grosse d'ailleurs comme un œuf de perdrix, était dur, formé par un bourrelet circulaire bien dessiné. La tumeur était placée sur la face interne du tibia. Des compresses imbibées de liqueurs résolutives ont été inutilement maintenues jusqu'au 31 août. La tumeur était, à cette époque, devenue plus fluctuante. Une ponction pratiquée avec une lancette permit de faire sortir d'abord un liquide sanguinolent, puis, à l'aide de la compression avec les doigts, du sang caillé noir, ayant l'aspect et la consistance d'une gelée de groseille de mauvaise qualité. Le volume des caillots qui sont sortis était bien plus grand que ne permettait de le présumer le volume de la tumeur. La cavité accidentelle une fois vidée, il fut aisé de constater autour d'elle un bourrelet annulaire dur, et faisant une saillie bien prononcée. Le tibia ne présentait cependant pas de solution de continuité. Une bandelette de diachylon, immédiatement appliquée sur la petite plaie, empêcha l'entrée de l'air dans le foyer sanguin. Une compression a été établie sur toute la jambe, des compresses graduées ayant été préalablement placées sur le siége de la lésion.

Le 3 septembre, une nouvelle ponction est pratiquée; issue

d'un liquide séro-sanguinolent. Le bourrelet annulaire s'est considérablement affaissé. Nouvelle compression.

Le 8 septembre, les saillies et la dépression ont disparu; la peau est adhérente au tibia. La guérison paraît complète, et le malade qui, pendant tout le traitement, n'avait mangé que deux portions, demande l'*exeat*, qui lui est accordé.

Le malade couché au n° 7 de la même salle nous offre un cas intéressant d'iritis aigüe.

Cet homme, robuste, d'un tempérament sanguin, raconte qu'ayant travaillé toute une journée à son métier de forgeron, il prit beaucoup de peine et transpira abondamment. Le soir, il était encore en sueur quand il se coucha sur son lit, le côté gauche de son corps tourné vers une porte qu'il laissa ouverte. Le lendemain, il se réveilla avec de fortes douleurs autour de l'orbite gauche; il sentit comme du sable entre ses paupières, et s'aperçut, dans une glace, que son œil gauche était devenu rouge. Trois jours s'écoulèrent sans qu'il eût rien fait à son œil jusqu'au moment où il est entré, le 1er septembre, à l'hôpital, où il fut facile de constater l'état suivant:

Les paupières et la cornée présentent les caractères de l'état sain. La conjonctive oculaire est d'un rouge-rosé, uniformément étendu sur le globe de l'œil. Autour de la cornée cependant, la rougeur paraît plus sombre; là, sous l'injection conjonctivale, qui est mobile et qui permet de voir dans plusieurs points la sclérotique, existent des vaisseaux linéaires contenus dans cette dernière tunique, et ayant une disposition radiée. Il existe, en un mot, ce que les auteurs ont appelé le *cercle radié sclérotical*. L'iris est d'une teinte plus foncée que celle du côté opposé. La face antérieure paraît plus villeuse, chagrinée. La moitié supérieure elle-même est plus obscure que la moitié inférieure; elle est là comme boursouflée. La pupille est déformée; cette altération dans la forme occupe surtout la partie supérieure. On constate deux angles qui donneraient bien à l'ouverture de l'iris la figure d'un carré, si deux autres angles existaient à la partie inférieure. Point de fausses membranes sur le champ de la pupille; la chambre antérieure est moins claire que celle du côté opposé.

Ce malade accuse des douleurs profondes et très vives au-dessus du sourcil gauche et dans la tempe du même côté. D'ailleurs, il n'existe pas la moindre photophobie; point de larmoiement. La face est injectée; le pouls est plein, fort; toutes les fonctions s'exécutent normalement. Le malade se croirait en bonne santé, n'étaient les douleurs profondes de la région temporale surtout, et un peu moins de netteté dans la vision. — Application de 15 sangsues sur la région temporale; 2 portions.

Le lendemain, 2 septembre, les douleurs sont moins intenses; la rougeur de la conjonctive est à peu près cependant la même; mais l'iris présente une coloration moins sombre vers sa partie supérieure; la forme de la pupille est oblongue comme si cette ouverture était tirée en haut et en dehors.

Le 3 septembre, même état que la veille. — Saignée de 500 grammes.

Le lendemain, la rougeur de la conjonctive a considérablement diminué; il en est de même de la teinte de l'iris, qui se rapproche de celle du côté opposé; la pupille s'arrondit insensiblement, et a perdu la forme déjà indiquée; cependant elle ne forme pas une circonférence régulière. La vue est plus nette; les douleurs que le malade accusait dans les régions temporale et sus-orbitaire n'existent plus.

Les jours suivants, la rougeur diminue de plus en plus; l'iris reprend sa coloration naturelle; l'amélioration est sensible d'une visite à l'autre. L'œil est complètement rentré, le 11 septembre, dans son état normal.

La cause qui a produit l'inflammation de l'iris chez le malade dont il vient d'être question ne saurait être douteuse. L'action d'un courant d'air froid, du froid humide a plus d'une fois produit des phlegmasies dans l'œil; mais il faut reconnaître que l'iritis n'est pas la plus commune. La kératite, la conjonctivite sont, au contraire, si fréquentes dans ces circonstances, que leur apparition est la règle et l'iritis l'exception. Mais ce que cette observation nous prouve, c'est le peu d'importance que l'on doit attacher à la déformation de la pupille, comme caractère des iritis spécifiques. Nous voyons, en effet, un jour une altération dans la forme; le lendemain une seconde, et la teinte de l'iris diminuer d'intensité en même temps que ces déformations se succèdent. N'est-il pas évident, ainsi que l'a avancé M. Velpeau dans l'article IRITIS du *Dictionnaire en trente volumes*, que la pupille paraît tiraillée dans tel ou tel sens, selon que telle ou telle partie de l'iris est plus congestionnée que telle autre? Cette coïncidence entre les diversités dans la forme de la pupille et la coloration dans l'iris nous paraît une preuve d'autant plus convaincante, que ces deux symptômes ont disparu simultanément sous l'influence des évacuations sanguines. Nous ferons remarquer, en terminant, l'efficacité prompte de cette dernière médication, en l'absence de tous topiques, lesquels nous semblent devoir être réservés pour les phlegmasies superficielles de l'œil.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

De la glace dans la thérapeutique des maladies des yeux.

(Suite et fin du numéro précédent.)

Kératite chronique avec perforation imminente de la cornée. Ramollissement presque gélatiniforme et pultacé de cette membrane. Abondante vascularisation de toute la cornée. — Guérison en trente jours par les applications continues de la glace.

Le nommé Riesse (Jean), serrurier, âgé de soixante ans, entra à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, n° 7, le 3 août 1849. Il y a quatre ans, il eut une première ophthalmie qui se termina par une résolution complète et le retour de toutes les fonctions de l'œil. Depuis six mois, et sans avoir subi aucune violence, sans pouvoir rapporter à aucune cause appréciable la maladie dont il est atteint aujourd'hui, cet homme fut pris d'une kérato-conjonctivite très intense occupant l'œil droit seul. L'action du feu de la forge paraît, au dire du malade, entretenir cette affection. L'opacité de la cornée faisant de jour en jour de nouveaux progrès et depuis quinze jours la vision étant presque nulle, il se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée, voici ce que l'on constate:

Conjonctivite très intense avec un peu de chémosis, cornée complétement opaque et d'un aspect analogue à celui d'une solution de gélatine trouble; le degré d'opacité est poussé à ce point qu'il est impossible de distinguer la pupille et l'état de coloration de l'iris; l'espèce de membrane comme pultacée qui représente ici la cornée est parcourue en tous sens par un réseau vasculaire sanguin très prononcé; les paupières sont granuleuses, les cils dirigés en avant et roides à la manière des soies d'une brosse; il y a de la photophobie et un larmoiement abondant, ainsi que des douleurs dans la région temporale.

Le 4 août, application continue de la glace. Les premiers effets de cette application sont la diminution des douleurs, de la photophobie et du larmoiement. Dans les jours qui suivent, ces symptômes diminuent graduellement et cependant d'une manière appréciable chaque jour.

Le 8, les douleurs ont complétement cessé. La vascularisation diminue. L'opacité de la cornée est toujours complète, mais la membrane présente un aspect moins diffluent. Continuation de la glace et de plus chaque jour deux douches oculaires.

Le 18, la cornée est redevenue transparente dans plusieurs points, aussi peut-on voir une partie de la pupille. Cependant, celle-ci est encore masquée par une petite ulcération à fond blanc qui correspond à peu près centre pour centre à la pupille. Les vaisseaux, devenus rares, ont diminué non-seulement en nombre, mais encore en volume; ils sont capillaires et ne se découvrent qu'après un examen attentif.

Le 27, la cornée est complétement transparente, si ce n'est à son centre, où il existe encore une petite ulcération avec épanchement interlamellaire (1).

A part la petite ulcération à fond blanc, on voit parfaitement la pupille. L'œil reprend son aspect normal.

Le 29, on introduit sous les paupières un peu d'extrait de belladone. La pupille se dilate sur-le-champ, et témoigne par sa rondeur et par ses dimensions qu'il n'existe aucune adhérence de l'iris.

Le 1er septembre, le malade quitte l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant, quoique conservant une petite tache dans l'emplacement de l'ulcération dont nous avons parlé.

Remarques: — L'œil de ce malade était dans une situation à peu près désespérée, car l'état presque gélatiniforme de la cornée, l'abondante vascularisation sanguine dont elle était le siége, en un mot tous les symptômes de la kératite la plus aigüe entée sur une kératite chronique faisaient de ce cas un des plus graves que l'on puisse rencontrer. Sous la seule influence de la glace et des douches oculaires, tous ces accidents se sont rapidement dissipés, et l'œil a repris presque complétement ses conditions normales.

Mais pourquoi, puisqu'on reconnaît l'utilité des collyres au nitrate d'argent, ne pas les avoir appliqués ici? N'eussent-ils pas hâté la guérison? Voici pour quelles raisons M. Chassaignac n'y a pas eu recours:

Dans les ophthalmies qu'il traite, il distingue des cas d'étude et d'expérimentation thérapeutique et des cas qui ne sont pas spécialement propres à ce genre de recherches. Celui que nous venons de rapporter était éminemment propre à l'étude. Il y avait une inflammation de la cornée dans une de ses formes les plus graves et les mieux tranchées, mais il n'y avait pas autre chose. D'ailleurs, les premières applications de glace furent si heureuses chez ce malade qu'il y eut à peine lieu à se demander s'il était besoin d'autre médication. Si M. Chassaignac blâme les médications exclusives, il convient toutefois que, pour apprécier l'exacte portée d'un moyen à l'étude, il faut pourtant bien savoir ce que, réduit à ses propres forces, il peut produire. Or, quand il n'y a pas danger pour le malade à se borner à un seul moyen de traitement, c'est là le cas où jamais de juger une méthode, et c'est ce qui a été fait chez le malade précédent. Les douches ont paru utiles chez lui, mais l'exactitude avec laquelle a été faite l'application rigoureuse de la glace a paru prouver que c'est à ce moyen qu'a été due la guérison.

Un mot maintenant sur les différents procédés à l'aide desquels M. Chassaignac fait les applications de glace sur l'appareil oculo-palpébral.

L'un des premiers modes qu'il ait employés consistait à appliquer la glace au moyen d'un appareil spécial. Cet appareil, espèce de demi-masque en fil de fer très fin et très léger, ne recouvre la face que dans l'espace occupé par les orbites. Il est maintenu en place par l'élasticité d'un ressort qui s'étend suivant la ligne médiane de la tête, depuis l'occiput jusqu'à la partie supérieure du masque. Du côté de l'occiput, le ressort se termine par une petite pelote, afin de ne pas fatiguer la partie sur laquelle porte la pression du ressort. Ce dernier supporte à son extrémité antérieure le masque à deux parois concentriques, destiné à servir de réceptacle pour les fragments de glace. Quand on distend le ressort dans le but de le mettre en place, la courbe qu'il décrit cède suffisamment pour comprendre le diamètre antéro-postérieur de la tête dans la courbe que décrit le ressort. Celui-ci, abandonné à son élasticité, exerce une sorte de pincement qui le retient en place, ainsi que le masque auquel il sert de support. Le masque lui-même représente une espèce de hotte ou de petit panier en nid de pigeon, largement béant à sa partie supérieure. Il a deux parois: l'une antérieure, formée par un grillage très fin; l'autre postérieure, également formée par un grillage dans lequel sont pratiqués deux larges orifices correspondant chacun à l'un des orbites. Une fois l'appareil en place, il ne s'agit plus que de mettre dans l'intérieur du nid de pigeon les petits sachets renfermant des fragments de glace.

Quelles sont les substances les plus propres à la confection de ces petits sachets? Voilà, sans contredit, la question la plus importante; car, celle-ci résolue, on trouverait facilement le moyen de se passer du petit appareil métallique dont nous venons de donner la description.

1° Le linge doit être rejeté à cause de sa perméabilité, qui, laissant échapper au fur et à mesure de sa formation l'eau produite par la fusion de la glace, inonde le lit et les vêtements du malade.

2° Le taffetas gommé, quelque souple qu'il soit, ne se moule pas avec assez d'exactitude sur la surface oculo-palpébrale.

3° Les sachets, formés avec la vessie de cochon telle qu'on la trouve à l'étalage des charcutiers, deviennent promptement très épais et lourds par l'imbibition de l'eau, et chargent d'un poids inutile les yeux du malade; mais ils ont encore un inconvénient bien autrement fâcheux: au bout de quelques heures, ils se putréfient et donnent une odeur insupportable. En les mettant tremper dans du vinaigre chaque fois qu'on doit les réappliquer, on pallie ce dernier inconvénient; mais l'excès du poids reste toujours. On supplée en partie à ces désavantages en substituant aux vessies ordinaires celles mieux préparées qui servent à porter le tabac des fumeurs; mais celles-là finissent aussi, quoique au bout d'un temps plus long, par entrer en décomposition.

4° M. Chassaignac a employé avec un grand avantage, à l'hôpital Saint-Antoine, des sachets formés avec des feuillets très minces de gutta-percha.

5° Mais rien n'est mieux approprié à ce but que l'appendice cœcal de mouton préparé pour la conservation. Ces sachets sont d'une résistance et d'une facilité d'application vraiment remarquables, et nous engageons fortement les praticiens à y recourir; ils en retireront les mêmes avantages pour l'application de la glace sur la tête et sur d'autres parties du corps.

Parmi les affections de l'appareil de la vue qui ont été soumises avec succès à ce traitement par M. Chassaignac, nous mentionnerons les suivantes: les kératites aigües et chroniques graves, l'ophthalmie blennorrhagique, les pannus, les lésions traumatiques de l'œil, les suites d'opération de cataracte et de pupille artificielle, les amblyopies. G...

(1) Sous ce rapport, il importe de distinguer dans les ulcères de la cornée ceux, et ce ne sont pas les moins profonds, qui sont transparents pendant toute leur durée dans leur période d'acuité tout comme dans leur cicatrisation, et ceux qui sont opaques, c'est-à-dire accompagnés d'épanchement interlamellaire subjacent. Quelle est la cause de cette différence?

HOPITAL CIVIL DE BORDEAUX. — M. E. SOULÉ.

Double épingle à cheveux abandonnée dans le canal de l'urètre. Extraction.

Le nommé Simonot, âgé de vingt-trois ans, se présenta à ma consultation le 15 juin 1848; il venait, disait-il, d'être la victime d'un acte de jalousie de la part de sa maîtresse. Après une vive discussion, il s'était couché la veille, et pendant son sommeil elle lui avait introduit un corps étranger dans le canal de l'urètre, sans qu'il en eût conscience. Réveillé le matin par des démangeaisons dans cette partie, il n'avait uriné qu'avec peine, et du sang était mêlé au produit de la miction.

L'examen me démontra la présence d'un corps offrant une certaine longueur dans le canal; il paraissait formé de deux tiges très ténues, se rapprochant par la pression. Très peu confiant dans le récit que m'avait fait le malade, et sachant que la plupart de ces vengeances amoureuses ne sont que des mensonges servant à cacher des manœuvres érotiques anormales, je fis tout mon possible pour obtenir la vérité, faisant entrevoir au patient que si je n'étais pas fixé sur la nature du corps, je ne pouvais qu'agir à tâtons, et par conséquent le faire souffrir davantage. On m'avoua alors que l'on avait de fortes raisons de supposer que c'était une de ces longues épingles noires que les femmes emploient pour maintenir leurs cheveux le matin, qui, comme on le sait, sont composées de deux pièces parallèles se continuant l'une à l'autre par une coudure mousse, que le corps avait été introduit par le bout mousse.

C'était là plus qu'un demi-aveu; aussi m'en contentai-je. Je donnai rendez-vous au malade à l'hôpital Saint-André, où je procédai à l'extraction à ma visite du soir.

Ce corps était dirigé transversalement; ses extrémités étaient distantes environ de 4 centimètres du méat urinaire. Je devais donc essayer de l'extraire par la voie naturelle. Pour cela la verge fut confiée à un aide, qui la pinça près de la racine, immédiatement au-dessous du corps étranger, de manière à empêcher sa progression dans le canal; puis, à l'aide de pinces déliées, j'essayai de l'attirer au dehors.

Je remarquai bientôt que cette voie ne m'était pas ouverte; la pince ne saisissait, en effet, qu'une des branches de l'épingle, et ne tarda pas à dérayer sous l'influence d'un arrêt. La douleur qu'éprouvait le malade indiquait assez que l'autre pointe était implantée dans la paroi du canal.

En présence d'une pareille complication, deux partis s'offraient à moi: ou pratiquer la boutonnière, ou bien procéder comme l'ont fait, dans deux cas à peu près analogues, Dieffembach et M. Bonnet.

N'ayant pas affaire, comme ces chirurgiens, à une épingle simple, je procédai en employant les modifications suivantes:

En coudant fortement la verge, je parvins à faire traverser, non sans peine, la paroi inférieure de l'urètre par les deux chefs de l'aiguille. Une fois ce corps à l'extérieur, j'en redressai la courbure et sectionnai ras de la peau une des branches. Le reste de l'extraction ne nécessita qu'un léger effort.

Deux piqûres furent les seules suites de cette manœuvre, qui ne nécessita que quelques minutes.

La verge fut enveloppée de compresses imbibées d'eau froide.

Deux jours après, le malade demanda son *exeat*; on ne remarquait que deux petits points ecchymotiques correspondant aux piqûres. La miction était à peine douloureuse.

Cette observation milite en faveur de cette méthode à un degré plus haut encore que les deux que l'on connaît déjà, puisque les lésions ont nécessairement été doubles. Je crois que la conduite du praticien est tracée dans les cas analogues, et qu'il n'y a pas matière à litige, lorsqu'on compare cette innocuité avec les conséquences désastreuses d'une boutonnière dans la région pénienne anté-scrotale.

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE.

Séance du 18 septembre 1849. — Présidence de M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance officielle comprend plusieurs lettres du ministre de l'agriculture et du commerce, relatives aux vaccinations pratiquées dans plusieurs départements, à deux remèdes secrets contre le choléra et l'ophthalmie, et à une observation de grossesse double, par M. Fiévet. Nous avons publié cette observation il y a quelques semaines.

— La correspondance manuscrite comprend les communications suivantes :

Choléra.

Plusieurs compétiteurs se présentent pour obtenir un prétendu prix de 100,000 fr., que l'Académie aurait été chargée de décerner à l'inventeur d'un spécifique contre le choléra.

— M. le Dr Haime envoie la relation de l'épidémie cholérique du pénitencier de Tours. Les faits importants et si tristement intéressants qui se sont passés dans cette prison peuvent être ainsi résumés :

Le 12 juillet, le pénitencier contenait 90 détenus complètement isolés les uns des autres, et dans un parfait état de santé.

Le 13, à quatre heures du matin, un premier cas de choléra se développe ; le soir, à dix heures, il y en avait 38 cas, dont un développé sur un gardien.

Le 14, 20 nouveaux cas se manifestent, dont 3 sur le personnel administratif n'habitant point des cellules.

Le 15 au soir, il ne restait plus qu'une douzaine d'individus non atteints, parmi lesquels une demi-douzaine d'enfants de 8 à 15 ans.

Le nombre total des détenus affectés a été de 77; le nombre des morts, traités tant dans une ambulance spéciale qu'à l'hôpital, de 62.

— M. Audouard écrit à l'Académie pour lui rappeler qu'il a publié, en 1838, des faits qui prouvent, suivant lui, que le choléra peut être importé dans un pays sain par un individu venant d'un pays infecté. Ces faits, très contestables, sont analogues à tous ceux qu'on a cités depuis quelque temps.

— M. Meugy, chirurgien à l'hôpital de Réthel, communique quelques faits desquels il semble résulter que le choléra peut être contagieux dans certaines circonstances.

— M. le Dr Pellarin envoie à l'Académie la communication qu'il a faite hier à l'Académie des Sciences. (*Voir* notre dernier numéro.)

— M. Morlière fait connaître à l'Académie « qu'il a acquis la conviction que, sur une population de 4,000 âmes, aucun de ceux qui ont pratiqué les lotions chlorées (avec l'hypochlorite de soude) n'a eu la suette ni le choléra. »

— M. le docteur Lachaise envoie le tableau *figuratif* de l'épidémie de suette et de choléra qu'il a observée à Chemilly-sur-Serein. D'après ses observations, M. Lachaise se croit autorisé à soutenir que la suette survenant dans une épidémie de choléra doit être considérée bien plus comme un signe du déclin de cette dernière maladie que comme une complication fâcheuse.

— M. Burq envoie un nouveau mémoire sur l'efficacité des armures métalliques contre certains « spasmes musculaires, et en particulier contre ceux consécutifs au choléra. »

— M. Bonnafont, chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'Arras, correspondant de l'Académie, fait connaître le fait suivant. Trois cent cinquante militaires venant d'une localité infectée ont été transportés parmi deux mille de leurs camarades sans qu'un seul de ces derniers ait eu la maladie.

Maladies des voies urinaires.

M. Aug. Mercier envoie une note sur un cas de dysurie traité avec succès par la dilatation du col de la vessie.

Nous publierons prochainement cette observation.

Candidatures.

MM. Nonat, Requin, Legroux et Rousseau se portent candidats à la prochaine place vacante.

Suette miliaire.

M. le docteur A. Foucart présente un mémoire sur *la suette miliaire épidémique et son traitement*, mémoire dont nous avons publié les conclusions dans le compte-rendu de la séance du 26 juin dernier.

Ce mémoire est basé sur l'observation de 1,005 malades traités par l'auteur et dont pas un n'a succombé. M. Foucart attribue ce résultat à l'emploi d'une médication consistant en boissons froides, couvertures légères, emploi des *vomi-purgatifs* (ipécacuanha et purgatifs salins). Sauf quelques légères modifications qui n'ont pas été assez tranchées pour constituer une différence appréciable dans ce que l'on est convenu d'appeler le *génie* des épidémies, et surtout pour influencer la médication, M. Foucart est porté à penser, d'après l'analyse et la méditation des faits rapportés par les auteurs, que toutes les épidémies de suette miliaire observées jusqu'à présent en France ont offert les mêmes caractères, les mêmes symptômes, la même nature.

Le bureau propose de renvoyer ce mémoire à l'examen d'une commission composée de MM. Dubois (d'Amiens), Mélier, Martin-Solon, Bricheteau et Jules Guérin, rapporteur.

M. GÉRARDIN. A une autre époque où la suette ravageait déjà plusieurs départements de la France, l'Académie reçut plusieurs communications relatives à cette maladie et qui toutes furent renvoyées à une même commission dont firent partie, je crois, MM. Bricheteau et Martin-Solon. Je crois qu'il serait fort intéressant de comparer les nouvelles épidémies à celles dont je viens de parler, et, pour cette raison, il me semblerait utile de renvoyer le mémoire dont on vient de nous entretenir à l'ancienne commission.

Le bureau décide que MM. Bricheteau et Martin-Solon seront adjoints à la commission nouvelle.

— M. ROCHOUX demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

Messieurs, si jamais il m'arrive de commettre une lourde bévue médicale, on ne me verra pas la séance d'après demander à m'en disculper : la chose n'en vaudrait pas la peine. Mais la physique ne se traite pas de même ; à son égard, l'ombre d'une erreur est déjà trop. Je tiens donc très fort à prouver qu'en parlant de l'action du chloroforme, je n'ai rien dit de contraire aux lois de la science par excellence. Ma tâche, du reste, ne sera, comme vous allez voir, ni longue ni difficile à remplir.

On lit dans l'ouvrage de M. Pouillet (*Eléments de Physique*, etc., tome I, p. 344) une expérience fort détaillée de M. Gay-Lussac, de laquelle il résulte que de la vapeur d'eau, entendez bien, de la vapeur introduite dans un vase clos contenant de l'air parfaitement sec produit, agissant comme gaz, un mélange dont l'élasticité est notablement supérieure à celle que l'air avait avant. Par conséquent, ce mélange doit, sous la même pression, occuper plus d'espace, et contenir, à volume égal, moins d'oxygène et d'azote que l'air sec. La vapeur du chloroforme, en se mêlant à l'air atmosphérique, ne peut manquer, ce semble, de produire un résultat identique. Je me crois dès lors fondé à dire que le sujet qui respire l'air où elle se trouve absorbe, à inspirations égales, moins d'oxygène que s'il respirait de l'air pur. Donc, première cause ou élément d'asphyxie, de trouble pour l'hématose, bien minime, il est vrai, mais enfin très réel. Quant au chloroforme lui-même, son absorption, personne n'oserait dire le contraire, entrave nécessairement d'une façon quelconque l'acte respiratoire. Ainsi voilà, de compte fait, deux raisons en faveur de mon opinion. Me fallût-il renoncer à la première, il m'en resterait encore une fort bonne, et cette chance, soit dit sans y entendre malice, tout le monde ne l'a pas.

Calcul dans l'étiologie des maladies. — Vaccine, variole et typhus.

M. Rochoux a encore la parole pour lire le rapport suivant sur un mémoire de M. Bayard, relatif à l'application du calcul à la recherche des causes des maladies.

« Le binome de Newton est assurément une fort belle chose ; aucun autre moyen ne saurait éclairer comme lui la formation des puissances et l'extraction des racines des quantités mathématiques. Mais pour atteindre ce but, il faut opérer sur des valeurs qui, dans chaque cas déterminé, restent fixes et invariables. Ainsi, quoique pouvant exprimer n'importe quelle quantité connue, la lettre *a*, par exemple, conservera toujours la même valeur pendant toute la durée d'un même calcul. Mais une cause morbifère quelconque est loin d'avoir la même fixité dans son action, et le sujet sur lequel elle agit est encore plus variable. Evidemment il est impossible d'appliquer le calcul à des éléments aussi instables. La preuve s'en trouve dans les faits dont M. Bayard a cru pouvoir tirer une conclusion contraire. Il dit que, dans la combinaison binaire du fer et du carbone, la différence dans la proportion de ces deux corps simples donne lieu à de nombreux composés différents. Cela est fort vrai ; mais tout cela est accessible au calcul, car les quantités qui se combinent entre elles sont multiples les unes des autres. Or, il n'en est assurément pas de même dans la combinaison des agents morbifères.

» Quant à la seconde partie du mémoire de M. Bayard. L'idée que la vaccination peut être nuisible à l'espèce humaine n'est pas neuve ; cette idée pourrait bien être plus vraie qu'elle ne nous le paraît. En voici la raison :

» Depuis son introduction ou sa manifestation en Europe, la variole était devenue un nouvel et grave danger attaché à la succession des âges, passé en quelque sorte dans l'habitude, organique comme la rougeole et la scarlatine ou les maladies que presque tous les animaux domestiques éprouvent dans les premiers temps de leur vie. Remplacer ou empêcher ce travail éliminatoire ou dépuratif pourrait bien ne pas être sans inconvénient. Mais s'il en est ainsi, le temps seul peut nous l'apprendre ; jusque-là personne n'est en état de le dire. Cependant la variole est un mal actuel dont il faut chercher d'abord à se mettre à l'abri, sans trop se préoccuper d'un avenir fort problématique. La raison nous ordonne d'aller au plus pressé, et fort heureusement nous le pouvons, grâce au vaccin ; ne se bornât-il, ce dont convient M. Bayard, qu'à retarder le développement subséquent de la variole, ce serait déjà un fort grand bien, surtout si la durée de ce retard équivaut presque à la longueur moyenne de la vie, comme de bonnes raisons portent à le croire. A mon avis, il ne faut donc jamais hésiter à semer le vaccin, au risque de récolter le typhus. »

Les conclusions renfermées implicitement dans ce rapport sont adoptées.

Eaux de Vichy.

M. Patissier lit un rapport sur un mémoire de M. Durand-Fardel relatif aux affections traitées à Vichy pendant la saison de 1848.

Après avoir présenté une analyse assez longue du mémoire fort étendu lui-même et dans lequel sont traitées une foule de questions importantes, M. Patissier conclut : Remercîments à l'auteur, renvoi au comité de publication (adopté).

Remèdes secrets.

M. H. Gaultier de Claubry lit trois rapports sur des remèdes secrets (essences purgatives, préservatif du choléra, élixir digestif). Les conclusions, défavorables, sont adoptées.

— La séance est levée avant cinq heures.

Encore un spécifique contre le choléra-morbus.

On lit aujourd'hui dans un journal le résumé suivant d'un long article sur un spécifique du choléra inséré dans le *Diario de la Marina* (Havane).

Malgré les recherches multipliées des médecins, la nature du choléra et les moyens de le guérir sont restés pour nous un mystère. Le cruel fléau continue de décimer nos populations, et les efforts des praticiens restent impuissants.

Mais voilà que de la Havane il nous arrive une nouvelle bien grave, bien importante, et qui serait fort heureuse si l'avenir la confirmait. Une plante aurait été découverte, qui guérirait le choléra, comme la quinine guérit la fièvre, c'est-à-dire avec certitude et rapidité.

Voici comment on raconte l'origine de la découverte.

Une pauvre négresse, nommée Dolorès, vivait en 1833 dans la *Calle del Pocito*. Cette malheureuse avait la réputation de guérir avec une plante les varioles confluentes, les coliques et les dysenteries. Dans la contrée, les bonnes femmes ne manquaient jamais d'aller, quand il y avait lieu, la consulter.

Un jour Dolorès vit sa fille au tombeau, le choléra venait de s'abattre sur elle, et tout faisait prévoir que la mort ne se ferait pas longtemps attendre. Dolorès eut la pensée d'employer contre l'affreuse maladie la plante qui déjà tant de fois avait fait merveille quand il s'était agi de varioles ou de dysenteries. Quelques doses de la précieuse plante furent administrées, et en quelques heures la pauvre mère eut le bonheur de voir son enfant revenir à la vie.

L'aventure fit du bruit, le secret fut divulgué, et l'emploi de la plante dans la contrée devint général.

Quelle était cette plante? Selon le récit que nous avons trouvé dans le *Diario de la Marina*, journal de la Havane, cette plante appartiendrait à la famille des *Synanthérées*, tribu des *Carduacées*, et porterait le nom de *Rompesaraguey*.

Les faits que nous venons de raconter méritaient confirmation. Les médecins s'émurent ; des expériences nombreuses furent faites et, dit le journal déjà cité, elles vinrent mettre hors de doute la précieuse propriété du Rompesaraguey.

Nous ne rapporterons pas ici les nombreuses observations recueillies par le docteur don Jose Maria Pacot, qui habite la Havane. Nous dirons seulement que tous les cholériques, hommes, femmes, enfants et vieillards, éprouvèrent un effet également salutaire de l'emploi du Rompesaraguey.

Et maintenant quels sont les caractères de cette plante si précieuse et qui croît abondamment à la Havane? Voici à cet égard les renseignements que nous fournissent les journaux de la Havane.

Le Rompesaraguey est une plante herbacée qui appartient à la syngénésie polygamie égale de Linnée, et à la vaste famille des synanthérées ou composées de Jussieu, tribu des carduacées ou cynarocéphales. Cette tribu renferme des espèces qui ont toutes les propriétés toniques, fébrifuges, sudorifiques et diurétiques des chicoracées. Les feuilles du Rompesaraguey, surtout quand elles sont fraîches, répandent une odeur aromatique qui rapproche cette plante de la tribu des corymbifères.

Le Rompesaraguey a deux ou trois pieds d'élévation ; sa tige cylindrique et rugueuse présente de distance en distance des nœuds qui ne sont autre chose que les bourgeons d'où sortent plus tard des rameaux opposés. Les feuilles sont trapézoïdales ; quelques-unes ont deux angles arrondis : les bords en sont festonnés et velus ; elles sont alternées et quelquefois opposées. Les fleurs sont petites, composées, flosculeuses, formant un dôme hémisphérique ; le réceptacle convexe, parsemé de petites taches, est, ainsi que le petit tube de la corolle, qui est blanc et à cinq divisions, inséré au sommet de l'ovaire ; il y forme une sorte de tube que traverse un pistil simple, terminé par un stigmate bifide. Le fruit est un petit akène.

Il y a deux variétés de Rompesaraguey, l'une blanche et l'autre de couleur foncée. La première, qui est celle employée pour la guérison du choléra asiatique, se distingue par la beauté de ses fleurs en filigrane ; les feuilles jetées dans l'eau bouillante et données sous forme de boisson produisent les plus heureux résultats.

La seconde variété ne s'emploie qu'à l'extérieur pour la guérison des plaies, tumeurs ou autres infirmités du même genre ; on en fait infuser les feuilles dans l'eau-de-vie ou dans un vin alcoolique, et l'on en frictionne les parties malades.

Tels sont les caractères dont les journaux de la Havane donnent l'énumération ; s'il faut ajouter foi à leur récit, les cures opérées par le *Rompesaraguey* auraient produit un très grand enthousiasme ; on recherche partout la plante merveilleuse, et quelques spéculateurs en font des approvisionnements dans le but de l'expédier en Europe.

Attendons, pour croire à tant de merveilles, que l'avenir nous en ait montré la réalité. Les voyageurs ont annoncé déjà tant de spécifiques qui devaient nous délivrer du choléra, que devant l'insuccès des moyens qu'ils avaient préconisés nous devons nous tenir en garde contre toute nouvelle surprise. Si le Rompesaraguey possède réellement la vertu qu'on lui attribue, son emploi ne tardera pas à s'étendre et sa réputation à grandir ; mais si le silence se fait sur son compte, nous aurons à regretter d'avoir prêté nos colonnes à un canard de plus.

Correspondance.

Nous publions aujourd'hui la lettre de M. Diday, renvoyant très volontiers toute nouvelle discussion au moment où notre honorable confrère aura publié le mémoire qu'il nous annonce.

Nous croyons toutefois devoir déclarer dès aujourd'hui qu'avant de critiquer la note que M. Diday a lue à l'Institut, nous nous sommes fait un devoir de la lire avec la plus scrupuleuse attention. Nous ne pouvions savoir si cette note contenait ou non tous les détails que comporte l'exposition des idées de M. Diday, et nous ne pouvions juger qu'avec les éléments que nous avions sous les yeux. C'est ce que nous avons fait. Quant à l'impression générale produite par cette lecture, au moins à l'intérieur de l'Institut, nous croyons encore l'avoir exactement appréciée ; nous ne pouvions parler de celle qui s'est manifestée en dehors.

Monsieur le Rédacteur,

Je regrette infiniment de n'avoir pu vous faire savoir à temps que mon mémoire détaillé sur la *vaccination anti-syphilitique* paraîtra dans le numéro du 29 septembre de la *Gazette Médicale de Paris*.

Cette démarche de ma part vous eût sans doute engagé à attendre jusque-là, avant de présenter à vos lecteurs la critique d'une idée dont vous ne pouviez encore connaître ni les développements, ni le mode précis d'exécution, ni les preuves analogiques et expérimentales.

Si, une fois mon travail publié, vous voulez bien consacrer un article à l'examiner, alors la discussion pourra s'engager avec quelque fruit. Avec un homme de votre mérite, je suis d'avance assuré qu'elle ne dégénérera ni en polémique de journaliste, ni en personnalités; et quoique nous appartenions, ainsi que vous le dites fort bien, à deux écoles *opposées*, il ne dépendra pas de moi que le débat reste sérieux et digne de la question que j'ai soulevée.

Vos lecteurs n'ont pu connaître mon procédé que par le très court extrait d'un mémoire qui n'était lui-même que l'extrait de celui que je vous annonce. Il leur suffira, je l'espère, de cet avertissement pour les engager à suspendre leur jugement jusqu'à plus ample informé.

Je ne puis cependant attendre jusque-là pour les rassurer sur le sort de mes inoculés que vous leur avez peint si sombre. Vos craintes pour eux, mon honoré confrère, auraient pu se concevoir si elles étaient datées d'il y a quinze mois. Mais aujourd'hui que l'expérience a parlé, que les résultats sont là pour répondre à vos doutes, il vous sera facile de vérifier par vous-même, quand vous le voudrez (et sur des pièces que je vous fournirai), que ces braves gens ne tiennent de moi ni syphilis, *ni scrophules*.

Vous me reprochez énergiquement mes tendances par trop expérimentales; mais vous le faites sans savoir encore de quels conseils je m'étais entouré, ignorant les données d'après lesquelles il m'était permis de croire à l'innocuité (que l'événement a révélée), oubliant que je me suis inoculé moi-même, en même temps que mes malades. Si à ces conditions il est défendu de tenter de nouvelles voies thérapeutiques, je me consolerai facilement de la proscription, en voyant condamner avec les miennes les inoculations de Jenner, celles de Hunter, de Wallace, de Ricord, et surtout l'ancienne et bienfaisante alors pratique de l'inoculation variolique.

Chose singulière! le jour même où vous me reprochiez les dangers de ma méthode, ailleurs, à la Clinique de l'hôpital du Midi, on semblait au contraire porté à la taxer d'insuffisante. Lelendemain de cette séance où ma lecture aurait excités, elon vous, tant de répulsion à l'Institut, je recevais les applaudissements des élèves à qui M. Ricord avait bien voulu me permettre de communiquer mes essais.

Vous conclurez sans doute avec moi de tout ceci qu'avant de discuter une idée il importe d'en avoir bien saisi tous les développements, et cette condition est surtout exigible d'un adversaire. Je vous aurais vraisemblablement épargné votre critique prématurée en vous prévenant de la publication très prochaine de mon travail. Je me consolerais difficilement d'avoir par cette négligence manqué l'occasion de profiter de vos observations, si je n'espérais que vous voudrez bien m'en dédommager en revenant, lorsque vous le pourrez en connaissance de cause, sur une question dont aucun pathologiste ne peut, ce me semble, méconnaître l'importance.

Agréez, etc. DIDAY.

16 septembre 1849.

Nous sommes heureux d'insérer la réclamation suivante, aussi honorable pour son auteur que pour la mémoire de celui qui en est l'objet.

Monsieur le rédacteur,

Je lis à l'instant dans le *Siècle* du 16 septembre un article ainsi conçu:

« Il vient d'être décidé que les noms des médecins et des élèves qui ont succombé en donnant leurs soins aux cholériques seraient inscrits sur une table de marbre qui sera placée au musée Dupuytren. »

Je ne sais si cette annonce est sérieuse; mais je me hâte de réclamer votre appui pour obtenir l'insertion du nom de mon père.

Morère (Nicolas), médecin à Palaiseau (Seine-et-Oise), a, quoique très malade, passé les nuits auprès des cholériques, et a été ramené agonisant à son domicile, où il est mort le 19 juillet 1832.

M. Chomel, dans le discours de rentrée, a bien voulu le citer.

Je ne pense pas qu'il entre dans l'esprit de l'administration de n'y inscrire que les victimes de 1849, ou seulement les pertes de nos confrères parisiens.

Agréez, etc., Dr MORÈRE.

17 septembre 1849.

Sur la demande de M. Alquié, inspecteur général et membre du conseil supérieur de santé des armées, qui a trouvé l'état sanitaire de l'armée d'occupation à Rome assez grave, puisqu'on parle de plusieurs milliers de soldats atteints de dysenterie et de fièvres intermittentes, les nominations suivantes viennent d'être faites dans l'armée d'occupation: M. Faure, médecin en chef des Invalides, remplira les fonctions de médecin en chef de l'armée; M. Lacauchie, chirurgien en chef du Roule, celles de chirurgien en chef de l'armée; M. Rollin, pharmacien en chef à l'hôpital militaire de Versailles, celles de pharmacien en chef de l'armée; M. Jacquot, médecin de l'hôpital militaire du Roule, mêmes fonctions; M. Gilet, pharmacien aide-major au Gros-Caillou, idem; MM. Rozan et David, sous-aides, mêmes fonctions.

Nous lisons aujourd'hui dans le *Siècle* la note suivante, dont nous n'osons prendre la responsabilité. Nous espérons encore que le fait relatif à M. Pelletier est le résultat d'un malentendu, d'autant plus que dans de tristes circonstances analogues qui se sont malheureusement présentées cette année, l'administration n'a pas hésité à rendre aux victimes d'un noble dévouement les honneurs auxquels elles avaient droit. Nous insérons donc simplement la note du *Siècle*, sur laquelle nous reviendrons après avoir pris nos informations.

« Le corps des chirurgiens militaires, et en particulier des aides et sous-aides majors, se plaint d'être victime depuis quelque temps d'un mauvais vouloir systématique. Il est à remarquer, en effet, que, soit après les émeutes sanglantes de l'année dernière, soit pendant le choléra, où les aides et sous-aides de la chirurgie militaire ont fait preuve de tant de zèle et de dévouement, aucune décoration, aucune récompense officielle ne leur a été accordée. Voici un fait qui manifesterait plus nettement encore la malveillance supposée d'une certaine partie de l'administration à leur égard. M. Pelletier, docteur en médecine, chirurgien sous-aide aux Invalides, est mort il y a deux jours du choléra, dont il avait été attaqué en soignant les cholériques de son service. Avis de son décès a été donné aussitôt à l'intendance, qui a dû demander à l'état-major de la place un piquet d'infanterie pour assister aux funérailles. Mais la place n'a rien envoyé, et les obsèques ont eu lieu seulement en présence des amis du défunt. M. Pelletier n'avait-il pas droit à être traité comme un officier tombé sur le champ de bataille, et devait-on aller jusqu'à refuser les honneurs militaires au brave jeune homme qui s'était dévoué à un grand et noble devoir d'humanité? »

Le choléra dans les départements et à l'étranger.

BOUCHES-DU-RHÔNE. — *Marseille*. — Mortalité cholérique du 12 septembre, 42; du 13, 45; du 14, 44.

CALVADOS. — Le choléra fait d'affreux ravages dans plusieurs communes de ce département. A Ouistreham, petit port de mille quatre cents habitants, à l'embouchure de l'Orne, à trois lieues de Caen, une partie de la population a été atteinte, et l'autre partie a émigré presque totalement. Ces jours derniers, il restait à peine, dans la commune, cent personnes, sur lesquelles douze avaient succombé dans la journée.

On nous annonce que dans ce département, comme dans plusieurs autres, un grand nombre de malheureux qui ont abandonné leurs foyers pour échapper au fléau ont été repoussés par les populations voisines.

MEURTHE. — Sur 1,400 cholériques, dans ce département, il y a eu 535 décès et 660 guérisons obtenues. Au 8 septembre, il restait 137 malades et 77 convalescents.

MEUSE. — L'arrondissement de Bar-le-Duc, qui jusqu'à présent avait échappé aux atteintes du choléra, vient de le voir se déclarer dans la commune de Lavoie. Le 5, il y a eu 6 cas et 3 décès; le 6, 5 cas et 2 décès; le 8, 4 cas et 2 décès Il sévit toujours dans l'arrondissement de Verdun. A Boureuilles, dans les journées des 6 et 7, 6 cas nouveaux et 4 décès. Véry, le 6, 1 décès. Rarécourt, les 4 et 5, 4 nouveaux cas et 5 décès; les 6 et 7, 8 cas et 7 décès. Lachalade, le 4, 3 décès; les 6 et 7, 4 nouveaux cas et 5 décès.

NORD. — L'épidémie est en voie de décroissance dans presque toutes les localités de ce département.

Voici les chiffres officiels des cas de choléra constatés à Lille depuis le 11 juillet jusqu'au 1er septembre inclusivement:

Cas constatés en ville, 498; mortalité, 234.

A l'hôpital Saint-Sauveur, 325; mortalité, 157.

Total des personnes atteintes, 823; total des personnes décédées, 389.

Nous apprenons d'une source certaine que l'épidémie diminue d'intensité dans le canton et la ville d'Armentières.

On signale dans l'épidémie de cette ville le triste épisode suivant, que nous n'accueillons que sous toutes réserves:

« Un grand nombre d'ouvriers sont morts ces jours derniers sans recevoir aucune espèce de secours. Ainsi, un médecin qui a visité la rue Agneaux, rue où dans chaque maison presque il y a un cholérique, a vu un ouvrier pleurant à chaudes larmes; il y avait d'un côté sa femme qui se mourait, de l'autre deux enfants qui expiraient aussi au milieu des convulsions.

» Eh bien! aucun secours n'était donné à cette famille malheureuse, il n'y avait pas un morceau de pain dans la maison.

» Une femme restée veuve avec sept enfants est aussi restée plusieurs jours sans recevoir de secours. On ne saurait se faire une idée des misères et des souffrances que recèle la ville d'Armentières. »

PAS-DE-CALAIS. — Le choléra sévit en ce moment avec une intensité effrayante dans la commune de Beaumont.

Depuis trois semaines, le terrible fléau a enlevé le dixième de la population, qui n'est que de 700 âmes; 12 personnes ont succombé en vingt-quatre heures.

Maintenant le fléau paraît en voie de décroissance.

Il sévit avec la même rigueur à Montigny, canton de Carvin.

Il en est de même à Vaulx-Vraucourt: depuis le 1er août, une cinquantaine de personnes sont mortes victimes de ce terrible fléau.

Au bourg d'Oisy, où le choléra a fait plus de soixante victimes en quelques jours, les cas de maladie deviennent beaucoup plus rares et, dit-on, moins graves.

Enfin, la maladie fait des ravages terribles dans le bourg de Frévent. Plus de 15 personnes ont succombé en quelques jours. Cette cruelle épidémie attaque principalement les ouvriers d'une filature.

VAR. — D'après des lettres arrivées hier, le choléra aurait éclaté avec un caractère fort alarmant à Toulon, jusqu'ici préservé d'une manière si remarquable. Dans la première journée, il y a eu 10 décès. On ajoute que plus d'un tiers de la population a déserté la ville. Les militaires de la garnison se sont, dit-on, spontanément offerts pour soigner les malades.

RUSSIE. — On écrit de Saint-Pétersbourg, à la date du 31 juillet:

« Les victimes que le choléra fait sur plusieurs points de l'empire sont encore assez nombreuses, quoiqu'il n'ait pas assez d'intensité pour faire regarder cette recrudescence comme une nouvelle invasion de l'épidémie; aussi nous faudra-t-il peut-être regarder le choléra non plus comme un hôte passager, mais bien comme un hôte qui a fixé son séjour chez nous. A Saint-Pétersbourg, durant le mois de juillet, il y a eu en moyenne 60 cas par jour et plus de la moitié de décès. Au mois d'août, le nombre des cas est descendu à 35, et les guérisons ont été également plus nombreuses.

» La même chose a eu lieu à Cronstadt et dans le reste du gouvernement de Saint-Pétersbourg. Au mois de juillet, l'épidémie a de nouveau éclaté dans plusieurs districts des gouvernements de Perm, de Nowgorod et de Rostof sur le Don. En Pologne, elle a régné au mois d'août dans les districts de Varsovie, de Radom et de Plock. Depuis le 3 jusqu'au 10 août, sur 397 malades il y en a eu 173 à Varsovie. Le 11, il y avait sur ce chiffre 168 personnes guéries et 175 morts. Ce qui distingue l'épidémie cette fois-ci, c'est que toutes les autres maladies, au lieu de disparaître comme pendant le choléra de 1832, continuent également leurs ravages; aussi les chiffres de la mortalité de cet été sont-ils considérables.

NOUVELLES.

Plusieurs journaux annoncent aujourd'hui la nouvelle malheureusement exacte de l'aggravation qui s'est manifestée dans l'état de M. de Falloux. Une heureuse amélioration s'est déclarée après l'administration d'une dose élevée de sulfate de quinine.

— Un concours sera ouvert, le 10 décembre prochain, à l'Hôtel-Dieu de Marseille pour une place de second chirurgien chef-interne, et, le 17, il y en sera ouvert un autre pour huit places d'élèves-internes.

— Un accident des plus déplorables a eu lieu à Marseille dans une pharmacie. Un élève de cet établissement a commis l'imprudence d'ouvrir un flacon d'éther au moment où il tenait à la bouche un cigare allumé. La liqueur spiritueuse s'étant embrasée, ce pauvre jeune homme a été à l'instant couvert de flammes et horriblement brûlé au visage et dans toutes les parties supérieures du corps. Des secours lui ont été immédiatement prodigués; après l'avoir immergé dans l'eau, on l'a transporté à une autre pharmacie située dans le voisinage, où il a reçu tous les soins que réclamait son état. On n'a aucune crainte pour sa vie, mais la guérison de ses blessures sera fort longue.

Comme on le pense bien, ce malheureux élève n'a pas été seul atteint par la liqueur embrasée: le feu s'est communiqué aux boiseries de la pharmacie, et l'incendie, trouvant là de nouveaux aliments, n'a pas tardé à devenir assez intense. Cependant, grâce à la promptitude des secours, on a pu bientôt s'en rendre maître.

— M. le Dr Deschamps, ancien lauréat de la Faculté de Médecine de Paris, décoré de juillet et fondateur d'une maison de santé, vient d'être nommé membre de la Légion-d'Honneur, sur la demande des habitants de Chaillot, témoins du courageux dévouement de ce médecin pendant l'épidémie du choléra.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 22 SEPTEMBRE 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 111.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 21 SEPTEMBRE 1849.

Bulletin du choléra.

La décroissance de l'épidémie a continué presque au delà de ce qu'on pouvait espérer. Hier et avant-hier les admissions dans les hôpitaux civils n'ont été de 16 et 17; le chiffre des décès s'est élevé à 13 avant-hier, et à 7 hier. En ville, la mortalité cholérique a été de 21 il y a quatre jours, et de 18 il y a trois jours. On voit qu'il est difficile de toucher de plus près à l'extinction de l'épidémie. Aussi espérons-nous plus que jamais que cette extinction aura lieu à la fin de ce mois.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

	Entrées.	Décès.
HOPITAUX CIVILS : Journée du 19 septembre...	16	13
— 20	17	7
HOPITAUX MILITAIRES pendant les deux jours...	3	3
Total..................	36	23

Total des décès dans les hôpitaux..............	7906
Total des décès à domicile jusqu'au 15 septembre..	10812
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie....................	18718

Revue clinique hebdomadaire.

Sur un cas de morsure par une vipère. — Malgré le nombre d'écrits, et même de bons écrits, sur les morsures venimeuses faites par les vipères, les exemples n'en sont pas assez fréquents en France, et surtout à Paris, pour qu'on doive manquer les rares occasions de contrôler ce qu'on a écrit à ce sujet. Nous croyons donc qu'on ne lira pas sans quelque intérêt le résumé succinct d'un cas de ce genre qui s'est présenté dans le service de M. Roux, d'autant plus que de ce fait ressortiront des données pratiques importantes. Les renseignements que nous a donnés le malade sur ce qui a été fait pendant les premières minutes qui suivirent son accident nous ayant été confirmés par le pharmacien auquel il s'adressa d'abord, la précision et la certitude de ces détails donnent une nouvelle importance à cette observation.

Un homme d'environ trente-cinq ans, d'une bonne santé habituelle, marchand d'oiseaux et de reptiles, fut piqué par une vipère à la pulpe du pouce droit, le 7 septembre 1849. Immédiatement après la piqûre, il se rendit chez le pharmacien voisin, qui demeure dans la maison à côté de la sienne, lequel lui fit plonger le pouce pendant environ dix à douze minutes dans un bain d'ammoniaque liquide.

Pendant la durée même du bain, le malade sentait comme un fluide qui lui remontait dans le bras, et en même temps il s'aperçut que la main et la partie inférieure du bras commençaient à se tuméfier. Malgré les assurances favorables qui lui furent données sur l'issue de son accident, il se rendit cependant immédiatement à l'Hôtel-Dieu, où il fut admis dans le service de M. Roux. Il y arriva une demi-heure après le moment de la morsure; mais en route, la tuméfaction avait continué à gagner le bras; elle s'étendait jusqu'à l'épaule; la sensation d'un fluide qui remontait avec la tuméfaction avait continué à être perçue, et cette sensation s'était fait sentir jusque dans le tronc; elle avait déjà produit un trouble général très prononcé pendant le transport du malade, et au moment où il arriva à l'hôpital il se trouva mal et perdit connaissance jusqu'au lendemain. Une saignée fut pratiquée aussitôt que le malade fut placé dans un lit, et une potion ammoniacale prescrite; on pratiqua également sur le champ une incision sur la piqûre, et l'on plongea le pouce dans un bain d'ammoniaque liquide.

Malgré la promptitude et l'énergie de ces secours, la tuméfaction gagna tout le tronc, la face et même un peu les membres du côté opposé à la morsure. Le 9, l'épaule et le bras droit offraient surtout un gonflement considérable. La peau offrait partout une lividité jaunâtre, mais principalement sur le membre et l'épaule du côté droit. Il y avait une prostration extrême, par moments du délire, et presque constamment un trouble tel de la vue, que les objets semblaient ou entourés d'un nuage, ou placés dans des situations toutes différentes de celles qu'ils avaient réellement. La fièvre était néanmoins peu considérable. — 35 sangsues furent appliquées sur l'épaule et la potion ammoniacale continuée.

L'état du malade conserva, pendant deux jours encore, sa gravité apparente, et, à partir de ce moment, il éprouva une légère amélioration, qui augmenta de plus en plus les jours suivants. Aujourd'hui 19, il ne reste qu'une tuméfaction modérée de la main et du bras droits, une certaine teinte jaunâtre de la peau et une grande faiblesse; le malade dort assez bien et commence à sentir de l'appétit. La convalescence est évidemment établie. Une eschare de la largeur d'une pièce de 10 sous environ a été produite sur le pouce par l'ammoniaque.

Il est généralement admis parmi les auteurs qui se sont occupés des morsures des reptiles venimeux et de celles de la vipère en particulier, qu'il faut 50 milligrammes du venin de ce reptile pour tuer un homme, et que, comme son appareil sécréteur n'en contient que 25 milligr., sa morsure n'est jamais mortelle. Cette assertion nous paraît peu en harmonie avec le fait que nous venons d'exposer sommairement; le malade n'a eu qu'une seule piqûre au pouce; la partie mordue a immédiatement été comprimée, exprimée à l'aide de la main saine, et en moins de deux minutes plongée dans un bain d'ammoniaque. Il est certainement bien difficile d'admettre dans de telles circonstances, non-seulement qu'il y ait eu 25 milligr. de venin de déposés dans la plaie, puisqu'un seul des crochets a été introduit sous l'épiderme, et que les réservoirs des deux côtés n'en contiendraient ensemble que cette quantité, mais encore que toute la quantité déposée ait été absorbée; la promptitude des précautions qui ont été prises a certainement dû empêcher l'absorption d'une partie du virus. Cependant les symptômes produits n'en ont pas moins été excessivement graves, au point que pendant trois ou quatre jours on a pu douter du salut du malade. Il est donc bien naturel de penser, en présence de pareils accidents, que, si la dose du poison avait été plus forte, si les deux crochets, par exemple, avaient pénétré sous la peau, l'issue de la maladie aurait été presque inévitablement fatale. Au reste, nous avons pu nous convaincre par nous-même que la possibilité d'une terminaison fatale, dans un cas de morsure par une vipère, n'est plus une simple et rationnelle prévision. Dans un voyage que nous fîmes à Fontainebleau pendant l'automne de 1847, nous fûmes appelé en consultation auprès d'un homme qui avait été piqué en explorant les rochers de la forêt; cet homme succomba le lendemain, c'est-à-dire de quatre à six jours après la morsure.

Une circonstance qui mérite encore d'être remarquée dans le fait que nous avons rapporté, c'est le peu d'utilité qu'a évidemment eue le bain d'ammoniaque, quoiqu'il ait été pris au plus tard deux minutes après l'accident. Pour tous ceux qui réfléchissent à l'activité incessante de l'absorption, à la rapidité des courants circulatoires, il ne pourra paraître étonnant que dans deux minutes une aussi petite quantité de venin que celle qui a pu être introduite dans la peau fût déjà passée dans le torrent de la circulation; il n'y aura que ceux qui s'imaginent encore que les virus font des étapes de cinq ou six jours sous l'épiderme avant de circuler avec les fluides de l'économie qui pourront trouver dans ce fait quelque chose d'étrange; ceux-là ne verront pas que l'inutilité du bain ammoniacal dans ce cas, loin d'être une exception, est un fait nécessairement général; ils ne découvriront pas que, pour prévenir ces accidents graves d'empoisonnement, il faut que le caustique soit appliqué immédiatement après la morsure, et qu'il doit, autant que possible, détruire les tissus qui environnent la plaie et qui sont déjà imprégnés du virus dans une certaine étendue quelques secondes après que la plaie est produite. Telles sont cependant les importantes et incontestables conséquences pratiques qui ressortent et du fait particulier que nous avons fait connaître, et des principes généraux dont il n'est qu'une nouvelle confirmation.

Récidives du choléra. — Les exemples de récidives du choléra rapportés depuis quelque temps ne permettent plus d'agiter cette question, qu'on a posée plusieurs fois au début de l'épidémie : Peut-on avoir deux fois le choléra? Un fait que nous venons d'observer prouve qu'on peut en être affecté non-seulement deux fois, mais encore trois fois.

Une dame d'environ cinquante ans fut atteinte du choléra d'une manière très grave en 1832. En 1837, elle eut encore une attaque de choléra sporadique, mais qui offrit tous les caractères du choléra épidémique : déjections cholériques par haut et par bas; refroidissement, cyanose, crampes et suppression d'urines. Elle se remit encore de cette nouvelle atteinte, mais elle eut une très longue convalescence, ainsi que la première fois.

Enfin, elle a été atteinte une troisième fois cette année; mais, moins heureuse que les deux premières, elle a succombé en six heures. Il est remarquable que chez cette personne le choléra caractérisé a toujours éclaté sans être précédé d'une diarrhée préalable. Le même médecin qui l'a soignée dans ses trois attaques, et avec lequel nous nous sommes trouvé dans la dernière de ces attaques, a pris toutes les précautions pos-

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Etudes sur les effets physiologiques et thérapeutiques du tartre stibié, par le docteur BONAMY.

Tracer l'histoire complète d'un médicament, examiner avec soin ses diverses propriétés, les effets qu'il produit sur l'économie, tant par l'expérimentation sage et prudente sur l'homme sain que par l'observation des phénomènes qu'il détermine sur l'homme malade; étudier, en un mot, ses effets physiologiques et thérapeutiques, c'est rendre un service à l'art et à la science. Une pareille étude, entreprise par des praticiens habiles observateurs, sur les agents les plus importants que possède la matière médicale, serait sans contredit une œuvre qui ne pourrait manquer d'avoir une haute valeur et une influence réelle sur la marche et les progrès de la médecine. Le véritable but de toute science, c'est l'application pratique. La fin de la médecine, c'est la guérison ou du moins le soulagement de l'homme malade. Nous saluons donc avec empressement tous les livres écrits dans un pareil esprit, et nous voulons aujourd'hui en examiner un qui nous paraît avoir une utilité réelle, une valeur scientifique incontestable.

M. le docteur Bonamy, connu déjà depuis longtemps du monde médical par des publications importantes, vient de s'attaquer à l'un des agents thérapeutiques les plus énergiques, les plus dangereux, les plus utiles en même temps que nous possédions, le *tartre stibié*. Mais ici, tout en commençant, nous ferons à l'auteur un reproche qui ne nous paraît pas manquer d'une certaine gravité. Ce qu'il a eu en vue dans ce travail, c'est d'étudier, non pas le tartre stibié dans toutes les conditions où il peut être employé, mais seulement le tartre stibié à *haute dose*. M. Bonamy a eu tort de ne pas l'indiquer dans le titre même de son livre.

Recueillir des faits et les comparer aux mille faits déjà mis au jour, mais épars dans les diverses collections, les réunir par groupes suivant leurs analogies; ajouter aux faits déjà connus de nouveaux faits également saisissables pour arriver à établir comment l'agent est utile, comment il est nuisible, comment on développera ses influences bienfaisantes en atténuant ses effets pernicieux, voilà le programme que s'est tracé l'auteur.

Deux mots sur l'ordre suivi dans la disposition du travail. Il se compose de six chapitres : dans le premier, nous trouvons les effets physiologiques et pathologiques du tartre stibié sur l'homme et les animaux sains; ses effets locaux sur la peau, les muqueuses, la bouche et la gorge, le tube digestif. Puis les effets secondaires, les éruptions sympathiques, l'action sur la circulation, les fonctions de la peau et des reins, le système nerveux, les symptômes et signes de la pleuropneumonie; enfin, la tolérance, les conditions de son existence, la mesure de sa valeur.

Nous appelons particulièrement l'attention sur le chapitre intitulé : Eruptions nées sur des surfaces éloignées de celles qui ont subi l'application de l'émétique. Les éruptions sympathiques, peu connues encore, sont étudiées à l'aide de faits nombreux rapportés par M. Bonamy, et qui, pour la plupart, contiennent des particularités extrêmement curieuses. Les effets du médicament sur les systèmes circulatoire et nerveux font l'objet d'une série de recherches de la plus haute valeur. La prostration, la stupeur des forces nerveuses liées le plus souvent à la dépression des forces circulatoires occasionnée par l'émétique ont été signalées par M. Bonamy avec d'autant plus de soin que généralement elles fixent peu l'attention, et que, de la négligence de leur observation, pourraient, si l'on n'y prenait garde, résulter les accidents les plus graves.

La question de la tolérance ne pouvait manquer d'être agitée dans un travail de cette espèce. On sait que parmi les médecins de nos jours, et les plus illustres, les uns pensent que la tolérance est une condition favorable, les autres une circonstance défavorable pour la guérison. Pour notre part, s'il nous était permis de hasarder notre opinion, nous dirions que, toutes les fois qu'après avoir administré le tartre stibié à haute dose nous avons vu survenir des évacuations, il nous a semblé que l'action curative était plus prompte et plus complète. Sur ce point délicat, M. Bonamy n'ose pas se prononcer. Il a vu des faits nombreux, et il lui a semblé impossible d'établir une relation quelconque entre l'existence et l'absence des évacuations, et les effets de la médication sur la résolution de la phlegmasie. Cependant, il lui paraît à peu près évident que, contrairement à l'assertion de Rasori, la tolérance n'est pas nécessaire ni un élément indispensable du succès. Voilà pour le premier chapitre.

Dans le second, M. Bonamy passe en revue un assez grand nombre de maladies dans lesquelles on emploie généralement le tartre stibié. C'est principalement sur les affections thoraciques qu'il insiste, et nous avons lu avec un vif intérêt ses considérations sur la pneumonie des vieillards et sur celle des enfants, sur la grippe, la bronchite, le croup. Cet agent thérapeutique paraît avoir été assez souvent suivi de succès dans le traitement du rhumatisme articulaire, principalement du rhumatisme subaigu ou chronique, et l'auteur a vu se confirmer quelquefois les résultats annoncés par M. Gimelle, et dont on s'est tant occupé il y a quatre ou cinq ans à peine.

Pour le tartre stibié comme pour les autres médicaments, il y a des conditions d'opportunité à prendre en considération. L'émétique réussit-il mieux chez les sujets forts et sanguins que chez les individus débilités ou de constitution délicate? Ce qu'il faut avant tout examiner avec grand soin, suivant M. Bonamy, c'est la pyrexie, la fréquence du pouls, ce phénomène commun à tous les cas. Ce qu'il faut calmer avant tout, c'est la circulation. Chez les sujets pléthoriques, la saignée est indiquée; mais quand le malade est faible, c'est surtout alors que l'on constate le triomphe du tartre stibié; c'est là

sibles pour s'assurer de l'exactitude de ces renseignements, qui sont d'ailleurs encore confirmés aujourd'hui par la famille.

Choléra et fièvre intermittente. — Comme nous avons recueilli un certain nombre de cas de choléra survenus dans des conditions spéciales, et quelquefois singulières, nous croyons devoir compléter ici l'observation que nous avons rapportée dans une de nos précédentes *Revues* de choléra survenu pendant le cours d'une fièvre intermittente, et à la suite de l'administration du sulfate de quinine. Nous disions, à propos de ce fait, qu'il serait curieux de voir si la fièvre reviendrait, chez ce malade, une fois que la guérison de l'affection cholérique serait confirmée. Or, la fièvre n'est point revenue. En rapprochant ce cas de celui que nous avons publié plus récemment, d'une attaque de choléra survenu dans le cours d'une colique saturnine, qui a également été guérie sous l'influence épidémique, on a deux faits qui établissent d'une manière remarquable l'heureuse influence qu'une violente perturbation pathologique peut avoir sur la marche des deux intoxications très caractérisées, l'intoxication paludéenne et l'intoxication saturnine.

Honneurs militaires refusés aux officiers de santé de l'armée.

Les informations que nous avons prises nous permettent aujourd'hui d'apprécier à leur juste valeur les faits que nous avons rapportés dans notre dernier numéro, d'après le journal le *Siècle*, et nous forcent à reconnaître que les récriminations de ce journal n'étaient que trop fondées quant au fond, sinon quant aux détails.

Voici comment les choses se sont passées.

Lorsque l'officier de santé Slotmans mourut au milieu des cholériques auxquels il prodiguait ses soins, un piquet d'honneur fut demandé par le bureau du Val-de-Grâce à la place de Paris, qui l'envoya. Il était d'ailleurs passé en usage depuis longtemps d'accorder ces honneurs militaires depuis qu'un ministre, que nous croyons être M. Trézel, l'avait prescrit par un arrêté ministériel. Ce n'est que par le caprice de quelque commandant de place qu'il était fait de temps en temps quelque exception à cet usage.

Cependant dès que M. le ministre de la guerre fut informé que les honneurs funèbres avaient été rendus à M. Slotmans, il fit transmettre à la place des ordres formels pour qu'à l'avenir on n'accueillît point les demandes analogues qui pourraient être faites. C'est par suite de ces ordres très précis que le piquet d'honneur demandé pour M. Pelletier a dû être refusé. C'est donc uniquement au caprice du ministre de la guerre et non au mauvais vouloir de l'intendance que ce refus doit être rapporté. Nous savons que M. le ministre s'est autorisé d'un texte de loi pour justifier son caprice; mais outre que le texte qu'il invoque était tombé dans une juste désuétude, et qu'une ordonnance ministérielle avait donné sous ce rapport satisfaction à l'opinion publique, l'article suivant d'un décret du gouvernement provisoire, qui a force de loi, fait du caprice de M. le ministre une flagrante illégalité.

« Les dispositions du décret du 24 messidor an XII sont applicables, en ce qui concerne les honneurs funèbres, aux officiers de santé de l'armée de terre, selon les grades auxquels ils sont assimilés. » (Art. 4 du décret du Gouvernement provisoire.)

Quand on ne veut pas tenir compte des droits les plus justes, les plus laborieusement acquis, on devrait au moins respecter les lois.

Par ces flagrants dénis de justice on ne blesse pas seulement les justes susceptibilités du corps de santé militaire, on éloigne de ce corps tous les hommes de talent et de dévouement, et l'on met en jeu la santé de l'armée.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Piedagnel.

Observation de persistance du canal artériel, et réflexions sur le diagnostic et le traitement de ce vice de conformation.

par M. le docteur Bernutz.

Les cas de persistance du canal artériel coïncidant avec un simple rétrécissement de l'orifice aortique ne sont pas seulement des plus rares, ce sont aussi ceux qui permettent d'étudier le mieux les troubles fonctionnels propres à ce vice de conformation.

M. Bernutz vient de publier dans les *Archives générales de Médecine* une observation de ce genre, non moins remarquable par la précision des détails que par les considérations théoriques et pratiques dont il l'a environnée.

Voici d'abord cette curieuse observation :

Le 25 février 1847, entra à la Pitié, dans le service de M. Piedagnel, salle Saint-Michel, n° 24, Brillant (Jules), âgé de vingt-trois ans, terrassier, demeurant rue Mouffetard, dans un rez-de-chaussée humide, né à Paris, de parents sains, qui jouissent encore d'une bonne santé habituelle. Aucun membre de sa famille, père, mère, frères, sœurs, ne présente de vice de conformation, ni de symptômes d'une maladie du cœur. De tous ses parents, son père seul, blanchisseur, est tourmenté parfois de douleurs rhumatismales légères. Lors de sa naissance, il ne présentait aucune autre apparence de vice de conformation qu'un hypospadias. Mais étant en nourrice, on commença à s'apercevoir au bout de quelques mois d'une gêne respiratoire, qui depuis a toujours persisté, devenait extrême quand il essayait de courir ou de monter un peu vite un escalier. Il éprouvait en même temps des palpitations violentes, pendant lesquelles augmentaient le frémissement qu'on sent à la région précordiale et les mouvements de la tumeur qui occupe la partie inférieure du cou. Ces deux symptômes, qui étaient pour lui et pour les personnes qui l'entouraient un objet de curiosité continuelle, persistaient, moins intenses seulement, pendant l'état de repos. Cependant il s'est développé d'une manière normale; ses membres sont bien musclés, mais incapables néanmoins d'un effort énergique. Il assure n'avoir jamais pu faire un travail un peu rude, mais surtout soutenu, parce qu'il perdait de suite haleine, qu'il éprouvait des palpitations qui lui enlevaient force et courage. Malgré ces accidents, dus à la gêne circulatoire, le malade n'a jamais été obligé de garder un repos absolu pendant un espace de temps prolongé; il n'a jamais eu notamment ni accès d'asthme, ni hémoptysie. Depuis un mois seulement il se sent plus incommodé; le rhume qu'il regarde comme la cause de cette aggravation n'était accompagné à son début ni de réaction fébrile, ni d'expectoration sanguinolente : aussi M. Gendrin, dans le service duquel il fut placé à cette époque, le renvoya-t-il le lendemain de son admission à l'hôpital. Mais le malade commença à s'inquiéter de son état lorsqu'il vit bientôt une coloration violette remplacer la rougeur vineuse que présentaient habituellement sa figure, ses mains et ses pieds. Son inquiétude devint très grande depuis le jour où de l'œdème s'est manifesté d'abord à la partie inférieure du thorax, puis à la partie supérieure des parois abdominales; lorsque cet œdème a envahi ensuite les membres inférieurs, puis supérieurs, et enfin depuis deux jours le cou et la figure. Il est plus tranquille parce que cet œdème s'est dissipé en partie par le repos qu'il a gardé depuis son entrée jusqu'à présent, où il présente l'état suivant.

Le 26 février, décubitus sur le côté droit, seule position dans laquelle le malade puisse goûter un peu de sommeil; mouvements faciles, mais suivis bientôt d'une dyspnée très marquée; intelligence saine, sens normaux; pas de saillie des globes oculaires; bonne expression de la figure qui offre une teinte violette générale; lacis veineux très marqués sur les joues; lèvres peu volumineuses, bleuâtres, ainsi que l'intérieur de la bouche. Cou gros, court, d'une rougeur intense, offrant ainsi que la figure une turgescence ferme, élastique, mais ne conservant pas l'empreinte du doigt. Immédiatement au-dessus de la fourchette du sternum, tuméfaction arrondie, souple, que la compression fait disparaître sans laisser après elle de duretés, mais qui reparaît aussitôt qu'on cesse de la comprimer. Cette saillie, limitée à la partie moyenne, est animée de mouvements isochrones à ceux du pouls, mouvements d'expansion générale et non de projection seulement; le reflux veineux toutefois ne se prolonge dans aucune des autres veines du cou.

La poitrine, spacieuse, offre une conformation particulière qui la fait ressembler à un baril; elle offre en outre, à gauche, une voussure à très grand diamètre résultant de la projection de la partie interne des côtes deuxième, troisième et jusqu'à la sixième inclusivement. Matité de toute cette partie antérieure gauche offrant trois zones distinctes : l'une moyenne, commençant à la troisième côte, ayant neuf travers de doigt de hauteur et s'étendant depuis le bord droit du sternum jusqu'à sept travers de doigt à gauche de cet os, présente une matité absolue; tandis que, dans la zone supérieure, comprise entre la troisième côte et la clavicule, le bord droit du sternum et le sillon axillaire, la matité est en tout comparable à celle qu'on rencontre habituellement à la région précordiale. On trouve une matité analogue dans la zone inférieure, qui a pour limite, en bas, le bord inférieur des côtes. La pointe du cœur vient battre à quatre travers de doigt au-dessous et en dehors du mamelon, et là la main est soulevée par un choc très énergique d'un corps à très large surface. Dans tout ce côté de la poitrine, la main perçoit un frémissement cataire excessif, continu, dont le maximum d'intensité est placé à la partie moyenne d'une ligne horizontale qui passerait à 1 centimètre au-dessus du mamelon. Ce frémissement va s'affaiblissant à mesure qu'on s'éloigne de ce point central; mais l'affaiblissement graduel est bien plus marqué et plus rapide au-dessous qu'au-dessus de la ligne indiquée.

Les bruits du cœur ou plutôt le bruit anormal qui les remplace est perçu en avant dans toutes les parties du thorax, excepté au-dessous de l'extrémité externe de la clavicule droite; il se perçoit aussi assez bas dans la région épigastrique. Mais, suivant les différents points où l'on ausculte, on perçoit, je ne dirai pas différents bruits, mais différentes variétés de ce bruit anormal. Ces différences sont surtout sensibles dans trois points d'une ligne fictive qui irait du cartilage de la quatrième côte à la pointe du cœur. Ainsi on trouve à la pointe du cœur, et seulement en ce point, un bruit de choc en tout comparable à celui que produirait la percussion des parois thoraciques par un corps insonore. A ce choc, bien différent du premier bruit normal et qui coïncide avec le soulèvement de la tête, succède immédiatement un souffle assez éclatant, non râpeux, qui paraît segmenté en deux par un repos instantané, et dont la seconde moitié, d'un timbre plus doux, est suivie d'un silence très court, qui coïncide à la dernière partie du grand silence normal. A la partie moyenne de la ligne fictive, bruit râpeux dont le timbre est si aigu qu'il fait mal à l'oreille, surtout au moment où il reparaît après l'intermittence passagère qui le termine. Vers le bord interne du cartilage costal, le bruit râpeux est moins strident que dans le point précédent, ce qui le distingue, ainsi que l'absence de repos médian, du souffle perçu à la pointe du cœur, dont il se rapproche par une sorte de segmentation indiquée par le timbre moins aigu que présente la seconde moitié. Diminution de l'intensité de ce bruit râpeux à mesure qu'on s'éloigne de ce point vers la partie supérieure du sternum; mais il reprend une nouvelle intensité au niveau de la tumeur du cou, sur le trajet de la carotide gauche, tandis qu'il est moins marqué sur le trajet de la carotide droite. Il diminue aussi très rapidement à mesure qu'on s'éloigne du bord droit du sternum. Affaiblissement très marqué dans toute la région épigastrique, où le caractère du bruit rappelle celui qu'on entend à la pointe du cœur; il n'offre pas la rudesse qu'on trouve au bruit perçu dans les parties supérieures du thorax. Le pouls, perceptible à l'artère radiale gauche, ne devient sensible à droite qu'à l'artère humérale; il est petit, faible, peu résistant, sans intermittence, 92 96.

Empâtement œdémateux de la base de la poitrine et de la moitié supérieure des parois abdominales, plus marqué dans la moitié gauche. Rougeur violacée des mains et de la partie inférieure des avant-bras. Dans toutes ces parties, l'empâtement œdémateux ne conserve pas l'empreinte du doigt; la sensation que donne la compression de ces parties est analogue à celle du sclérème des nouveau-nés. Rougeur violacée des pieds, des jambes, très marquée sur les genoux; l'infiltration séreuse, offrant là tous les signes caractéristiques de l'œdème, remonte jusqu'aux mollets. Toutes les parties cyanosées pâlissent lorsqu'on les comprime; leur température est moindre que dans les autres parties du corps, dont la chaleur est normale.

La respiration, qui paraît très gênée, très laborieuse, nécessitant le concours de tous les muscles respiratoires, ne présente pas cependant d'accélération bien marquée (23 par mi-

---

qu'il est surtout utile, parce qu'il est la principale ressource; mais il faut bien tenir compte de circonstances qui peuvent constituer une contre-indication formelle, un état maladif des voies digestives, une susceptibilité nerveuse trop grande, certaines maladies organiques, hernies, anévrismes, la grossesse.

Suivrons-nous l'auteur dans le développement théorique de l'opinion qu'il s'est faite sur le mode d'action du tartre stibié? Contentons-nous de dire que la principale des modifications produites dans l'économie c'est, suivant M. Bonamy, la sédation des systèmes circulatoire et respiratoire; c'est à elle, et à elle presque seule, qu'il rapporte l'amendement des symptômes généraux et locaux des phlegmasies, et en particulier de celles du poumon.

La conclusion générale du mémoire est celle-ci : Dans beaucoup de maladies, le tartre stibié a été employé d'une manière banale et malencontreuse; très souvent, il a été distribué avec une prodigalité tout à fait propre à justifier l'anathème prononcé jadis contre lui; il est propre cependant à remplir de nombreuses, d'importantes indications, et, ce qui est précieux, il n'est pas toujours nécessaire de le porter à des doses aussi fortes que celles auxquelles il a été administré jusqu'à présent, ce qui permet d'éviter des accidents graves mentionnés dans divers points du mémoire que nous venons d'analyser.

Nous souhaitons que l'exemple donné par M. Bonamy soit suivi pour d'autres médicaments par des praticiens aussi habiles, aussi exacts, aussi instruits et consciencieux. La réputation des auteurs y gagnera, et surtout la science.

Dr A. Foucart.

Du microscope et des injections, dans leurs applications à l'anatomie et à la pathologie; par M. le docteur Robin, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, etc., etc. — In-8°. Paris, 1849. Chez J.-B. Baillière.

Grâce aux progrès imprimés sous nos yeux aux sciences d'observation, nous n'en sommes plus à reléguer parmi les chimères le secours que la physiologie et la médecine retirent du microscope. Tout est dit à cet égard, et si quelques esprits arriérés ou aveugles se refusent encore à la vérité, nous les renvoyons, non pas aux maîtres de la science, mais simplement aux plus humbles disciples qui, sous une habile direction, pénètrent les mystères de l'histologie et de l'anatomie générale; avec autant de facilité que leurs devanciers étudiaient les os et les muscles. Cependant il faut faire la part d'une influence traditionnelle dont beaucoup de praticiens subissent l'effet. Après avoir reconnu les bienfaits de ce nouveau mode d'exploration, on se récrie généralement sur les difficultés et sur la longue pratique attachées à son emploi. Cette croyance se rapporte à deux causes. La première consiste dans l'ignorance où l'on est des résultats obtenus par les récents constructeurs de microscopes qui, pour la précision et les autres conditions d'études, ont laissé bien loin derrière eux les instruments de Leuwoneck et d'Amici; la seconde raison n'est autre qu'une erreur où tombe quiconque s'imagine qu'il suffit d'armer l'œil d'un verre grossissant pour découvrir aussitôt tout un monde d'infiniment petits. M. Robin, chargé du cours d'anatomie générale à la Faculté, vient d'extirper ces restes de prévention, en démontrant dans son livre combien l'usage du microscope est à la portée des observateurs, lorsqu'on s'en est servi avec méthode, en procédant toujours du simple au composé, comme dans toute bonne analyse.

Après quelques préliminaires qui justifient le plan de l'ouvrage, l'auteur aborde aussitôt les moyens d'exploration en anatomie générale, et les caractères qu'ils nous fournissent. La vascularité absolue ou relative des tissus est le sujet le plus fréquent d'étude, au point de vue normal ou pathologique. Aussi le procédé des injections est-il exposé jusque dans ses derniers détails, y compris la nature des instruments, des matières à pénétration, et le manuel opératoire très complet. Puis vient une revue succincte, mais exacte, des microscopes simples et composés. M. Robin n'a rien négligé de ce qui doit guider le débutant; il s'est surtout attaché à lui épargner ces *écoles* devant lesquelles la volonté la plus tenace échoue souvent, faute de direction. Après l'examen des diverses parties du microscope et de leurs accessoires, il a considéré l'instrument en lui-même dans son pouvoir amplifiant, dans l'emploi des grossissements forts ou faibles, dans l'appréciation du diamètre des objets. Il en adopte ensuite l'usage à l'étude de l'anatomie générale, en analysant les conditions optiques, et plus loin les conditions anatomiques nécessaires dans cette application. Enfin, un dernier chapitre traite des moyens physico-chimiques autres que les injections et les microscopes, à l'aide desquels on approfondit l'examen des tissus élémentaires de l'organisme. Des planches gravées complètent, avec de nombreuses figures intercalées dans le texte, les démonstrations éminemment pratiques que renferme cet ouvrage.

Une deuxième partie du même livre s'adresse plus particulièrement à ceux à qui l'analyse ne suffit point, et dont l'intelligence aime à envisager les déductions d'une observation scientifique. Après les procédés vient la théorie, à laquelle on peut ne point se ranger de prime abord, mais qui mérite au moins un examen sérieux. M. Robin a esquissé une manifestation, pour ainsi dire, de ce travail intérieur que subissent les sciences actuellement, à l'insu même de leurs adeptes, à savoir, de cette union intime du fait avec l'idée, de l'observation avec la philosophie, qui s'accomplit tous les jours plus fermement. Nous ne voulons rien enlever à cet ensemble, où sous le titre de *Classification des sciences fondamentales en général, de la biologie et de l'anatomie en particulier*, l'auteur aborde une manière originale d'envisager ces hautes questions. Quels que soient les résultats de ces efforts, il est fort louable, à nos yeux, d'avoir allié en un seul volume des détails circonstanciés de pratique et une série de considérations scientifiques, deux objets qui s'adressent avec un égal intérêt aux lecteurs studieux.

E. Le Bret.

nute). Quintes de toux rares, courtes, donnant lieu à l'expuition de crachats peu abondants, vitriformes. A droite, sonorité bonne en avant, où l'on entend des râles sibilants; obscurité du son en arrière, où l'on entend dans toute la hauteur des râles sous-crépitants fins et très humides. A gauche, la sonorité est bonne en arrière, où s'entendent des râles sibilants et ronflants; dans la partie antérieure, complétement mate, on n'entend en aucun point le murmure respiratoire. Appétit léger, soif modérée, déglutition facile, digestion normale, selles régulières. La fonction urinaire s'accomplit d'une manière convenable, bien qu'il y ait absence de la paroi inférieure de la fosse naviculaire.

M. Piedagnel porte le diagnostic suivant : rétrécissement de l'aorte, persistance du trou de Botal; catarrhe pulmonaire. — Tisane de gomme; julep gommeux; 1/5e d'aliments; repos absolu.

Le 2 mars, le malade s'est trouvé beaucoup mieux pendant les deux jours qui ont suivi son entrée; la respiration était moins gênée; le pouls était devenu sensible à l'artère radiale droite. Mais le mieux n'a pas continué, la respiration est plus difficile, les palpitations, plus violentes, reviennent plus souvent, notamment depuis qu'on a jeté de la poudre de digitale dans son julep.

Aujourd'hui, les parties cyanosées offrent une coloration plus livide, l'œdème des membres inférieurs dépasse les genoux; l'empâtement œdémateux des autres parties offre une tension plus marquée, présence d'une certaine quantité de liquide dans la cavité abdominale. L'auscultation et la percussion donnent les mêmes signes que précédemment. — Gomme; julep gommeux avec addition de 1 décigr. de poudre de digitale; 1/5e d'aliments.

Le 7, la dyspnée a été en augmentant de jour en jour. Hier, dans la soirée, après un repas peu copieux, le malade a été en proie à une angoisse extrême. Assis dans son lit, le tronc incliné en avant, les mains appuyées sur les genoux, il n'osait faire un mouvement, dans la crainte de voir cesser la respiration, qui est horriblement pénible. Soulagé par l'application réitérée de rubéfiants promenés sur les différentes parties du thorax, il se trouve un peu mieux ce matin. Cependant la figure est complétement bleue, les lèvres noires; les mains, les avant-bras, les pieds, les genoux, paraissent teints avec du jus de mûres. La percussion, l'auscultation, ne font apprécier aucune différence dans les signes constatés antérieurement. La respiration précipitée (32 inspirations) a lieu par une contraction comme spasmodique de tous les muscles pectoraux, qui imprime aux côtes un mouvement de torsion convulsif. Pouls petit, faible, très fréquent. — Gomme; julep gommeux simple; sinapismes; 2 potages.

Le 8, le malade a été pris hier, dans la soirée, d'un nouvel accès de suffocation que n'ont pu calmer de nombreuses vésications de la poitrine. Ce matin, couché sur le côté gauche, il est pour ainsi dire pelotonné sur lui-même. Obtusion des sens et de l'intelligence, facies hébété, narines pulvérulentes, respiration haletante, abaissement général de la température. Au milieu de tous ces accidents, on ne constate pas de modification sensible dans le bruit anormal du cœur. Mort à quatre heures du soir.

Autopsie, 42 heures après la mort. — Temps froid. Le cadavre est bien conservé, les parties cyanosées conservent leur coloration bleuâtre. Le crâne et la colonne vertébrale n'ont pas été ouverts.

Toutes les veines du cou sont tellement gorgées de sang que le corps thyroïde paraît n'être qu'un caillot sanguin revêtu par une membrane celluleuse. Les veines jugulaires sont triplées de volume, les jugulaires internes ont un travers et demi de doigt de largeur. La saillie qu'on remarquait au-dessus de la fourchette du sternum est formée par le tronc brachio-céphalique veineux distendu par du sang.

Thorax. — Le péricarde dépasse à droite le sternum, remonte jusqu'à la clavicule, occupe antérieurement toute la moitié gauche de la poitrine. La membrane fibreuse, très mince, est transparente, le feuillet séreux pariétal est sain, tandis qu'on trouve sur la base du ventricule gauche, au niveau de l'origine de l'aorte, une plaque membraneuse, blanche, mal organisée, ayant un demi-pouce carré d'étendue. La cavité du péricarde contient très peu de sérosité citrine.

Le cœur, d'un volume monstrueux, véritable cœur de bœuf, occupe plus des deux tiers de la hauteur de la moitié gauche de la poitrine, dont le tiers supérieur est occupé par les gros vaisseaux énormément dilatés. Toutes les parties du cœur participent à cette hypertrophie, qui cependant est plus marquée encore dans les cavités droites. La différence de volume est moindre entre les ventricules qu'entre les oreillettes, dont la droite paraît double de celle du côté opposé. Cependant cette hypertrophie énorme est moins remarquable encore que le volume des vaisseaux du cœur, qui, ainsi que toutes les cavités de cet organe, sont distendus par une telle quantité de sang qu'elle emplit le quart du seau dans lequel on l'a recueillie. Ce sang, d'un noir-brunâtre, offre la consistance de la gelée de groseille à moitié prise. On trouve seulement quelques caillots gélatineux intriqués dans les valvules. Mais après cet aperçu général, entrons dans les détails plus circonstanciés des diverses parties du centre circulatoire, dont nous avons rigoureusement déterminé les dimensions par la mensuration.

La veine cave supérieure, énormément distendue, ayant trois travers de doigt de largeur, dépasse, d'une part, le bord droit du sternum; de l'autre, elle recouvre la moitié gauche de l'aorte; cette veine, ainsi que la veine cave inférieure, également dilatée, sans hypertrophie notable de leurs parois, viennent se rendre d'une manière normale dans l'oreillette droite. Cette cavité, dont les dimensions sont doubles de celles de l'état normal, est circonscrite par des parois musculaires qui, par leur épaisseur, le nombre et le volume de leurs colonnes charnues, la font ressembler à un ventricule. Sur la paroi interne, on voit le vestige du trou de Botal, qui est complétement fermé par une membrane blanche, fibreuse, qui ne se distingue du reste de la paroi dont elle fait partie intégrante que par sa transparence et sa structure. L'orifice auriculo-ventriculaire libre, sans aucune induration qui le circonscrive, paraît pouvoir être complétement fermé par la valvule tricuspide, dont les dimensions sont augmentées dans le même rapport que la vaste ouverture qu'elle doit fermer. Les lames de cette valvule sont saines, sans induration; elles sont maintenues par des tendons très fins, très solides, qui forment un large réseau venant s'insérer aux colonnes charnues, nombreuses, bien distinctes, mais peu volumineuses, qui constituent les parois épaisses et solides de ce ventricule. Cette cavité spacieuse, d'une forme ellipsoïde, dont l'endocarde est sain, vient s'ouvrir par un très large orifice dans l'artère pulmonaire, dont les valvules, légèrement opaques, bordées supérieurement par un filet tendineux, paraissent saines. Ces valvules doivent à l'augmentation de chacune d'elles, mais surtout à l'augmentation de la valvule interne, d'être suffisantes.

Au-dessus de cet orifice, l'artère pulmonaire, dont les membranes sont saines, forme une courbe dont la convexité touche la partie latérale gauche des parois thoraciques. Après cette courbure, elle donne l'artère pulmonaire gauche qui se porte en arrière et en dedans. Au delà de cette émergence, avant de fournir la branche pulmonaire droite, la paroi supérieure de l'artère se dilate de manière à former une cavité semi-elliptique surajoutée au vaisseau. Cette cavité surnuméraire, à base inférieure, capable de loger la moitié d'une noix, offre à son sommet une ouverture régulièrement arrondie, à bords lisses, qui fait communiquer l'aorte et l'artère pulmonaire. Cet orifice de communication, situé immédiatement au-dessous de la naissance de l'artère sous-clavière gauche, ne présente aucun stigmate d'un état pathologique; il est tapissé par la membrane interne de l'aorte, qui de là se continue avec la membrane interne de l'artère pulmonaire, sans qu'on puisse observer aucune différence de structure dans l'un ou dans l'autre de ces vaisseaux. On trouve la même continuité de la membrane moyenne, qui seulement, au niveau de l'orifice de communication, offre une légère augmentation d'épaisseur, surtout dans la moitié inférieure, et constitue ainsi un léger éperon.

Au-dessous de cette communication, l'aorte descendante, saine, présente son calibre normal; tandis qu'au-dessus, ce vaisseau offre une dilatation assez considérable qui ne se continue toutefois ni dans les carotides, ni dans les sous-clavières. Cette dilatation générale, fusiforme de l'aorte, dont les parois sont saines, a son maximum au niveau de l'origine du tronc brachio-céphalique, puis diminue rapidement dans l'aorte ascendante très courte, et se termine au-dessus de l'orifice cardiaque. Ce dernier orifice, dont la circonférence offre les dimensions qu'on a données comme moyennes de l'état normal, est surtout rétréci par les valvules sigmoïdes qui paraissent avoir des dimensions beaucoup trop considérables pour l'ouverture qu'elles doivent fermer: aussi, plissées sur elles-mêmes, elles ne peuvent s'appliquer contre les parois du vaisseau. Ces valvules épaisses offrent à leur bord libre quelques petites cartilaginations, qui toutefois semblent permettre encore à ces valvules de fermer complétement l'orifice du ventricule gauche.

Cette cavité, plus grande qu'à l'état normal, est cependant d'une manière sensible moins considérable que celle du ventricule opposé, avec lequel elle n'a d'ailleurs aucune communication. La membrane interne est saine; ses parois épaisses sont constituées par un très grand nombre de colonnes charnues, peu volumineuses, dont les tendons assez fins, bien résistants, viennent s'insérer à la valvule mitrale. Celle-ci, saine, formée de deux valves bien distinctes, dont l'une, adossée à l'ouverture aortique, a une hauteur triple de celle de l'autre valvule, paraît suffisante pour le large orifice qui fait communiquer ce ventricule avec l'oreillette. Celle-là, peu spacieuse comparativement aux dimensions exagérées des autres cavités du cœur, est tapissée par une membrane blanche, opaque, épaissie, formant dans certains points des duplicatures assez étendues; mais il est à noter qu'aucune de ces fausses valvules n'existe dans la partie qui répond au trou de Botal, qui ne présente rien de notable. Le tissu sous-jacent à la membrane interne n'offre pas une disposition musculaire marquée semblable à celle qu'on remarquait dans l'oreillette droite: aussi ses parois étaient comparativement peu épaisses; elle recevait les veines pulmonaires un peu plus volumineuses qu'à l'état normal.

Le poumon gauche, refoulé en arrière, est réduit à une simple lame qui n'offre un peu d'épaisseur qu'au niveau du sillon formé par l'angle des côtes; il est libre de toute adhérence. Retiré de la poitrine, cet organe conserve cette forme bizarre, il crépite peu; cependant son tissu ne présente aucune induration pathologique; plongé dans l'eau, il surnage. Quand on l'incise, on ne trouve en aucun point ni tubercules, ni hépatisation, ni noyau apoplectique. Son tissu condensé offre seulement une coloration rouge-brun générale due à une congestion intense de tout le parenchyme. Le poumon droit, refoulé en dedans par le péricarde qui dépassait le sternum, en bas par le foie qui remontait jusqu'au niveau du mamelon, présente ainsi un très petit volume; de plus, des adhérences celluleuses assez lâches unissent aux parois la moitié inférieure de ce poumon, qui offre dans toute cette étendue une coloration rouge-brun-foncé, au milieu de laquelle se dessinent certaines parties d'une teinte plus noire. Ces îlots, sans limites bien tranchées, paraissent, quand on les comprime, plus durs, plus carnifiés que le tissu voisin; cependant ces parties non crépitantes ne sont pas sensiblement plus friables, elles surnagent quand on les plonge dans l'eau, et on parvient, au moyen de lavages répétés, à les débarrasser du sang qui les infiltre. La congestion était beaucoup moins marquée dans le lobe supérieur, qui ne contenait aucun tubercule.

L'abdomen contenait plus d'un litre de sérosité citrine, transparente. Le foie, très volumineux, était congestionné. Les intestins, examinés extérieurement, étaient sains. Le canal de l'urètre se terminait par un orifice étroit, séparé par une lamelle d'une ligne d'épaisseur de la fosse naviculaire, dont toute la paroi inférieure manquait.

Après avoir cherché à expliquer de la manière la plus rationnelle les causes et la succession des diverses lésions rencontrées chez le sujet de cette observation, M. Bernutz fait les réflexions suivantes sur les deux points les plus pratiques des cas analogues, le diagnostic et le traitement:

Si on voulait arriver à la connaissance, toujours très incertaine pendant la vie, d'une affection analogue à celle que nous avons rencontrée, il faudrait surtout prendre en considération les circonstances suivantes: l'époque à laquelle les accidents ont débuté, l'existence d'une matité occupant la partie supérieure du bord gauche du sternum, le siége des deux points où l'on perçoit le maximum d'intensité du frémissement cataire et du bruit râpeux, enfin les caractères de ce bruit anormal. La réunion de ces signes permettrait, je crois, de distinguer la persistance du canal artériel de la persistance du trou de Botal et de la communication d'un des sinus de l'aorte soit avec l'artère pulmonaire, soit avec une des cavités du cœur.

Mais il y aurait témérité sans doute de vouloir baser un diagnostic sur un seul fait, peut-être lui-même très exceptionnel; nous devons d'autant plus nous garder d'une généralisation prématurée que la symptomatologie de la persistance du trou de Botal est fort incertaine. Le diagnostic différentiel de la persistance du canal artériel et de la communication d'un des sinus de l'aorte serait peut-être moins hasardé, puisque ces communications reconnaissent pour cause un travail morbide antérieur. Cependant l'incertitude des antécédents est souvent bien grande et d'autant plus marquée ici, qu'on a vu le travail morbide avoir lieu dans la première enfance. Aussi croyons-nous qu'il faudrait s'attacher surtout à rechercher quelle valeur peut avoir pour ce diagnostic l'existence des deux points où se perçoit le maximum d'intensité du bruit anormal. Nous insistons sur l'utilité que ce signe pourrait avoir pour la distinction entre ces deux ordres de faits, importante pour la thérapeutique; nous y insistons, parce que l'incertitude dans laquelle j'étais à cet égard m'a fait hésiter à employer des émissions sanguines que Thurnam rejette dans ces circonstances. Cependant, il nous semble aujourd'hui que les saignées, loin d'être nuisibles, auraient pu avoir une influence favorable en diminuant l'énorme distension dont tous les vaisseaux étaient le siége. Aussi croyons-nous que, dans un cas analogue, on ne devrait pas être arrêté par la faiblesse du pouls; parce que ce caractère, symptomatique du vice de conformation, est un signe trompeur et peut faire négliger une large déplétion du système sanguin, qui pourrait donner lieu à une amélioration. Pour l'obtenir, il faudrait peu compter sur les préparations de digitale ou autres succédanés; et même, s'il était possible de tirer une induction de ce que nous avons vu, on devrait rejeter l'emploi de ces médicaments. Quant à nous, nous avons gardé une si triste impression de l'influence de cette médication, condamnée par notre bon maître M. Piedagnel, que nous conseillerions, dans des cas analogues, de s'abstenir de tout agent thérapeutique qui pût avoir pour action de diminuer la contractilité du cœur.

Mais il faut reconnaître qu'on verra échouer le plus souvent tous les moyens employés pour diminuer les accidents morbides qui sont venus s'ajouter à ceux auxquels le malade est habituellement en proie. Aussi le rôle du médecin doit-il être de prévenir, s'il le peut, ces accidents, qu'il aura tant de peine à combattre une fois qu'ils seront survenus. Il doit donc concentrer toute son attention sur les conditions hygiéniques, qu'il doit conseiller à celui qui est affecté d'un vice de conformation du cœur. Il faut surtout le prémunir contre toutes les causes qui pourraient donner lieu à une affection pulmonaire. Lorsqu'elle s'est développée, il faut mettre tout en œuvre pour obtenir le plus rapidement possible la guérison, parce que toute complication de cette espèce est toujours grave, quelle que soit son apparente bénignité, et que c'est ainsi que succombent le plus souvent les individus affectés d'un vice de conformation du centre circulatoire.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ricord.

Traitement des ulcères syphilitiques par l'arsenic.

Notre impartialité, non moins que l'intérêt de la science, nous fait un devoir de publier l'article suivant. Il est inutile sans doute de prévenir que nous recevrons avec le même empressement la réponse que M. Tessier pourrait juger à propos d'y faire.

Nous ajouterons en outre, sans vouloir en aucune façon contester le mérite des observations de M. Tessier ou de M. Ricord, que la *Gazette des Hôpitaux* a déjà signalé par la publication d'un fait remarquable emprunté à la pratique allemande, l'utilité de l'arsenic dans la syphilis. (*Gazette des Hôpitaux*, 6 juin 1843.)

M. Cazenave, en reproduisant ce fait dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis* (tome I, page 32), ajoutait une note qui indiquait que ce praticien employait lui-même ce médicament dans des conditions analogues.

Nous avons lu avec intérêt une observation de guérison d'un chancre phagédénique de la vulve, publiée par M. Tessier, médecin à l'hôpital Sainte-Marguerite. Dans ce cas, comme on peut le voir dans le numéro du 8 septembre de la *Gazette des Hôpitaux*, M. Tessier a eu recours à l'emploi de l'amidon en poudre additionné d'un millième d'oxyde blanc d'arsenic, et a obtenu par ce moyen une guérison des plus rapides. Une chose nous a frappé en lisant cette observation, c'est le peu d'importance qu'on a accordé au diagnostic; aussi avouons-nous franchement qu'il est resté quelques doutes dans notre esprit sur la nature de la maladie. En effet, chez la malade qui fait le sujet de cette observation, les an-

técédents syphilitiques manquent complétement. Si l'on interroge les symptômes, on n'est guère plus heureux.

Voici textuellement ce qui est écrit :

« A l'examen, nous trouvons une large ulcération à bords nettement coupés à pic, d'une teinte rouge-foncé, indurés; le fond était un peu mamelonné, présentant dans les anfractuosités des points pulpeux grisâtres; il s'en écoulait une matière ichoreuse.

» Les douleurs étaient assez vives; elles empêchaient la malade de s'asseoir et de marcher. »

Et d'abord ce premier caractère, c'est-à-dire les bords nettement coupés à pic, d'une teinte rouge-foncé, indurés, n'appartient nullement, selon nous, au chancre phagédénique; bien au contraire, dans l'ulcère phagédénique, on trouve les bords de la plaie comme boursouflés, décollés dans une certaine étendue; il semble que le virus phagédénique attaque la peau par sa partie profonde, avant de la détruire complétement. Les bords de l'ulcère phagédénique, au lieu d'être rouges, taillés à pic, comme dans une plaie faite par un caustique énergique, sont frangés, sinueux, présentent des alternations de saillies et d'enfoncements. Et puis, le fond de l'ulcère phagédénique, au lieu d'être mamelonné et de présenter dans les anfractuosités seulement un aspect pulpeux, grisâtre, offre dans toute son étendue cette teinte grisâtre, sans la moindre trace de mamelons, à moins qu'il ne soit déjà à la période de supuration. Le fond de l'ulcère phagédénique, de nature syphilitique, a constamment l'aspect œdémato-érysipélateux.

Quant à la nature de la douleur, elle n'est point indiquée; elle a pourtant dans le chancre phagédénique quelque chose de particulier et de caractéristique. Et la preuve, c'est que quand la cautérisation est venue changer l'ulcère de nature spécifique en plaie simple, les malades sont les premiers à vous dire qu'ils sont extrêmement soulagés et qu'ils n'éprouvent plus les mêmes douleurs, quoique la plupart du temps la cautérisation ait eu pour résultat d'augmenter l'étendue de la plaie.

En présence de pareils faits, nous nous demandons donc si dans ce cas M. Tessier n'a pas eu affaire plutôt à une gangrène de la vulve, si commune chez les nouvelles accouchées (et l'on sait que la malade sortait de la Maternité), qu'à un ulcère phagédénique de nature syphilitique.

Presque tous ceux qui ont eu l'occasion de voir un grand nombre d'ulcères syphilitiques à marche phagédénique savent combien, le plus souvent, le diagnostic différentiel est dificile à établir. Nous avons vu plusieurs fois M. Ricord, dont personne, je crois, ne contestera la grande expérience et la merveilleuse habileté en pareille matière, hésiter à porter un diagnostic, et dans les cas graves être forcé, dans l'intérêt du malade, d'avoir recours au seul moyen qui puisse donner un diagnostic d'une valeur absolue.

Nous regrettons d'autant plus vivement que l'observation publiée par M. Tessier ne soit pas du nombre de celles qui ne laissent aucun doute que, comme on a pu le voir, il a employé comme traitement l'amidon en poudre additionné d'un millième d'oxyde blanc d'arsenic.

L'emploi de l'arsenic nous a paru, en effet, dans ces derniers temps donner dans les ulcères syphilitiques à marche phagédénique les résultats les plus satisfaisants. Depuis bientôt trois mois, et sans avoir eu connaissance des recherches faites par M. Tessier, M. Ricord fait usage dans son service de l'arsenic contre les ulcères phagédéniques. La pâte arsenicale de Rousselot, appliquée par nous tantôt sur la totalité ou sur des parties seulement d'ulcères phagédéniques qui avaient résisté jusque-là à tous les caustiques et à tous les topiques possibles, a paru dans presque tous les cas neutraliser le virus et changer l'ulcère en plaie simple. Quelque étendue qu'eût été la partie recouverte par la pâte arsenicale, nous n'avons pas eu dans un seul cas le moindre symptôme d'intoxication.

L'urine des malades n'a fourni par l'analyse chimique aucune trace d'arsenic.

Nous publierons prochainement le résultat de nos recherches avec l'observation des malades qui en ont été le sujet.

J. Perdrigeon du Vernier,
Interne dans le service de M. Ricord.

P.-S. — Au moment de publier cet article, nous recevons de notre collègue et ami M. Blot, interne à la Maternité, les renseignements suivants sur la malade qui fait le sujet de l'observation de M. Tessier, et qui, comme on le sait, sortait de la Maternité au moment où elle est entrée à l'hôpital Sainte-Marguerite :

« Roger (Lise), accouchée à la Maternité le 4 mars 1849, à sept heures trois quarts du soir, d'un garçon du terme de huit mois, pesant 2,500 gr., mort dix-huit jours plus tard. Durée du travail, cinq heures trois quarts; délivrance naturelle.

» Passée à l'infirmerie, salle Sainte-Marie, lit n° 20, trois ou quatre jours après l'accouchement pour de la diarrhée et des eschares de la vulve et du vagin avec perforation d'une des lèvres. Sortie de la Maternité, le 31 mars 1849, avec tous ces accidents, malgré les représentations du médecin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 août 1849. — Présidence de M. Belhomme.

Le procès-verbal est lu et adopté.

— M. Florent Cunier envoie une lettre de remercîments à la Société. Il fait en même temps hommage d'un ouvrage intitulé : *Recherches statistiques sur la nature et les causes des maladies oculaires en Belgique.* (M. Foucart, rapporteur.)

— M. Miquel adresse un mémoire sur la diphthérite. (M. Guersant, rapporteur.)

— M. Tanchou présente à la Société une malade guérie. Cette malade, présentée à la Société au mois de février, portait alors un ulcère dont la nature, d'apparence douteuse, a donné lieu à une discussion consignée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 8 mars dernier. La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— M. Guersant a vu un fait rare de récidive de la pierre chez les enfants. C'est le premier de ce genre sur soixante opérations de taille qu'il a eu l'occasion de pratiquer. Ce fait a présenté une particularité assez curieuse. L'enfant, taillé une première fois à deux ans par la taille bilatérale, se représentait deux ans après avec un nouveau calcul, était opéré de la même manière et dans les mêmes points. Mais l'opération, cette dernière fois, ne fut pas sans difficultés, le lithotome n'ayant pu franchir qu'avec peine le canal, par la résistance opposée à l'endroit de la cicatrice. Cependant, les suites de l'opération ne furent pas moins heureuses que la première fois.

M. Pertus a vu plusieurs cas de récidives des calculs dans la vessie.

M. Serrurier se souvient avoir vu un monsieur taillé trois fois par Souberbielle, et qui guérit très bien, ayant été, chaque fois, taillé par le haut appareil.

M. Guersant connaît les cas de récidive des calculs chez les adultes, mais c'est le premier cas qu'il a l'occasion d'observer chez les enfants.

M. Picard, à propos de la résistance opposée par la cicatrice à l'opération, rapportée par M. Guersant, cite l'observation d'une femme chez laquelle se fit une cicatrice profonde à la suite d'une gangrène des grandes lèvres, survenue lors d'un premier accouchement. Cette femme resta cinq ans sans avoir d'enfants. Elle devint grosse; et, sur le point d'accoucher, on ne put obtenir la délivrance qu'en débridant la cicatrice ancienne dans une étendue d'environ 2 pouces. Cette cicatrice avait conservé toute sa rigidité pendant le travail de l'accouchement, et s'opposait à la sortie de l'enfant. La cicatrisation de la nouvelle plaie est en bonne voie.

M. Tanchou. Souvent les plaies faites sur des cicatrices anciennes ont quelque difficulté à guérir, et les cicatrices sont surtout susceptibles de s'ulcérer. Ces ulcérations s'accompagnent d'un épaississement avec ramollissement du tissu de la cicatrice. Si on les traite par les topiques émollients, on les voit s'étendre; les astringents sont nécessaires pour les diminuer et rendre au tissu de la cicatrice sa fermeté primitive.

M. Guersant. Les ulcérations dont parle M. Tanchou sont fréquentes sur les cicatrices qui suivent les brûlures; elles se présentent tantôt sur la cicatrice plate, tantôt sur les brides : les styptiques et le nitrate d'argent réussissent à les faire disparaître. Mais dans les cas dont je parle, une des causes de développement des ulcérations est l'irrégularité de la cicatrice avec brides; dans ces cas, je préfère les traiter par l'ablation des brides et des parties inégales de la cicatrice, déterminant ainsi une nouvelle plaie dont la cicatrice régulière ne présente plus les caractères de contractures qui ont provoqué les ulcérations.

M. Coursserant. Si, comme l'observation semble l'avoir confirmé, la dureté des cicatrices tient, surtout dans les brûlures, à la profondeur de la plaie; et se trouve, en raison de l'épaisseur, des tissus atteints, l'ablation ne me paraît pas un moyen propre à remédier aux inconvénients réels de cette cicatrice.

M. Tanchou parle seulement des ulcérations développées sur les cicatrices plates consécutives aux grandes plaies ou aux ulcères guéris qui se montrent sous un aspect comme boursouflé, et contenant une sorte de matière albumineuse.

M. Guersant ne voit d'utilité d'ablation que pour les cicatrices irrégulières et bridées, consécutives à la brûlure; pour les autres cicatrices suite d'ulcères, il les considère comme une récidive de la maladie, tandis que celles fort rares qu'on rencontre sur les cicatrices à la suite des grandes opérations pour blessures guérissent d'elles-mêmes.

M. Tanchou ne partage pas l'avis de M. Guersant au sujet de la reproduction du mal; pour lui, quand un ulcère a guéri, il n'y avait rien de général, et les ulcérations accidentelles survenues à la surface de la cicatrice doivent s'attribuer à l'irritation de la surface elle-même et non à une diathèse générale.

M. Guersant. Sans doute, une cause générale n'existe pas toujours; mais on ne saurait la nier dans les cas où, ne pouvant arriver à la guérison par un traitement purement local, on est obligé, pour les ulcères scrophuleux par exemple, d'y joindre l'emploi d'un traitement général par l'iodure de potassium et l'huile de foie de morue.

M. Coursserant. Les ulcérations à la suite de blessures sont fréquentes; rien n'est plus commun, en effet, que d'entendre les anciens militaires dire : Ma blessure s'est rouverte.

M. Tanchou. C'est qu'en effet, les blessures par armes à feu retiennent souvent pendant de longues années des corps étrangers ou des esquilles qui tendent de loin en loin à se faire jour au dehors; mais les ulcérations se montrent aussi sur les cicatrices de blessures par arme blanche, et on les attribue trop souvent à un reste d'affection vénérienne.

M. Guersant. Ces plaies se rouvrent le plus souvent par une cause mécanique.

M. Picard. Quelquefois aussi elles se rouvrent sous l'influence de l'âge avancé des malades.

Dr Louis Terrier, *secrétaire annuel.*

Le choléra dans les départements et à l'étranger.

Le nombre des décès cholériques enregistrés à Marseille le 17 septembre est de 75. Dans ce chiffre figurent 12 enfants.

— Le nombre des cholériques décédés à Bruxelles depuis l'invasion de l'épidémie, est d'environ 800, y compris ceux des prisons, des hospices et de l'hôpital militaire, y compris même les cholériques venus des faubourgs. La proportion ne dépasse donc pas pour Bruxelles, pendant les neuf mois, six décès sur mille habitants. Dans plusieurs localités cette proportion a été dépassée de beaucoup.

— Le choléra a entièrement disparu de Namur. Depuis plusieurs jours aucun cas n'a été signalé.

— Le chiffre des décès enregistrés à Londres la semaine dernière a été de 3183, ce qui équivaut à 454 décès par jour.

— On lit dans la *Gazette du Midi* :

« Nous sommes heureux de pouvoir réduire à ses véritables termes une nouvelle qui depuis deux jours alarmait vivement la bourse de Marseille.

» On disait donc, d'après plusieurs lettres commerciales d'Italie, que la peste aurait éclaté à Fiume d'abord et bientôt après à Trieste. La vérité est qu'aucun avis de l'existence du fléau d'Égypte sur le littoral de l'Adriatique n'a été reçu à Marseille soit par le corps consulaire, soit par les intendants de santé. On ne sait même à quoi attribuer ce bruit, si ce n'est peut-être à la réapparition d'une épidémie toute locale qui sévit à des intervalles de plusieurs années dans un village voisin de Fiume.

» Cette maladie, que dans le pays on appelle vulgairement la *peste*, n'a, en réalité, aucun rapport avec la peste proprement dite : c'est un chancre, connu sous le nom de *scarluppo*, qui dévore la figure et fait d'assez nombreuses victimes; mais l'horreur qu'inspire une telle maladie fait prendre aussitôt les mesures d'isolement les plus prudentes, et un cordon sanitaire est sur-le-champ établi par les autorités de Fiume.

» Telle doit être, on le présume, la seule cause qui aura donné naissance à un bruit que rien n'est venu confirmer, et qui n'a pas d'autre explication vraisemblable. »

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 25 SEPTEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 112.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 24 SEPTEMBRE 1849.

Bulletin du choléra.

Encore quelques jours, et l'épidémie, à moins de circonstances tout à fait imprévues ou plutôt absolument contraires à toute prévision rationnelle, aura enfin atteint le terme tant désiré. Le nombre déjà si peu élevé des admissions dans les hôpitaux a encore continué à décroître depuis notre dernier bulletin : ce nombre n'a été que de 10 avant-hier et de 4 seulement hier. Une nouvelle diminution serait évidemment la disparition complète de la maladie. En ville, l'épidémie, qui suit si exactement les fluctuations qu'elle offre dans les hôpitaux, a éprouvé une décroissance proportionnelle : le nombre des victimes n'a été que de 13 avant-hier et de 8 seulement hier. Enfin les hôpitaux militaires n'ont reçu qu'un cholérique, qui a succombé. Le nombre total des victimes pendant les deux derniers jours n'a été que de 34.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

	Entrées.	Décès.
HOPITAUX CIVILS : Journée du 21 septembre...	15	8
— 22	10	6
— 23	4	6
HOPITAUX MILITAIRES pendant les trois jours...	1	1
Total....................	30	21

Total des décès dans les hôpitaux..............	7927
Total des décès à domicile jusqu'au 15 septembre..	10812
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie.........................	18739

HOPITAL SAINTE-MARGUERITE. (Hôtel-Dieu annexe.)

Service de M. MANEC.

Ligature de l'artère sous-clavière faite avec succès.

Observation et réflexions par M. LANILLIER, interne du service.

L'observation suivante, qui nous est communiquée par M. Lanillier, interne distingué des hôpitaux, ajoute une remarquable unité de plus au petit nombre de succès obtenus dans la ligature de la sous-clavière. Nous ne pouvons donc que nous féliciter d'avoir suggéré à notre jeune confrère l'idée de publier ce fait, et nous le remercions de nous l'avoir adressé.

Monsieur le Rédacteur,

Dans votre numéro du 11 septembre, vous avez publié une observation très intéressante de ligature de la sous-clavière, faite par M. Warren à l'hôpital de Massachussets. La gravité de cette opération et le nombre si grand de terminaisons fatales doivent faire accueillir avec plaisir les quelques faits de réussite qui se présentent dans la pratique. Permettez-moi donc de vous faire connaître le cas qui s'est présenté l'année dernière à l'hôpital Sainte-Marguerite, après les affaires de juin, dans le service de M. Manec.

Le nommé Dhérissard, âgé de dix-huit ans, garde mobile à la 8e compagnie du 4e bataillon, entra dans le service le 27 juin 1848, et fut couché dans la salle Saint-Anatole, lit n° 5.

Atteint d'un coup de feu, dans la journée du 24 juin, à la partie supérieure gauche de la poitrine, la balle avait pénétré dans la région sous-claviculaire, sur le trajet d'une ligne qui, partant du mamelon, aurait gagné le tiers externe de la clavicule, à 2 centimètres au-dessous de celle-ci ; puis, en traversant l'omoplate, elle était venue se loger au-dessous de la peau, dans la fosse sous-épineuse, d'où elle avait été extraite, au moyen d'une incision, par un chirurgien d'une ambulance du boulevard. Transporté le lendemain dans une autre ambulance, il le fut le surlendemain dans une troisième, où il resta jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital Sainte-Marguerite.

A son arrivée, on constata au niveau de la blessure et tout autour une tumeur assez considérable, sans changement sensible de couleur à la peau, assez vague, non circonscrite, et présentant un léger frémissement. Elle offrait une résistance molle à la pression. Le membre supérieur gauche était engourdi et refroidi ; le pouls y était très peu sensible.

La perte de sang au moment de la blessure avait été, nous dit le blessé, très considérable, et l'entrée de la balle permettait facilement l'introduction du pouce. Rien n'annonçant une hémorrhagie imminente, on se borna à panser simplement, à recommander l'immobilité au malade et à faire sur la tumeur des applications de glace d'une manière continue.

La tumeur semblait diminuer, ainsi que le frémissement qu'elle présentait à l'arrivée du blessé, lorsque le 2 juillet, c'est-à-dire neuf jours après la blessure, vers six heures du soir, le malade, qui depuis un moment était assez agité et ne pouvait qu'à grand'peine garder l'immobilité, fit, en se retournant dans son lit, un mouvement plus brusque que les autres. A l'instant une hémorrhagie effroyable se déclara ; le sang sortait à plein orifice, et mon pouce appliqué, dans le premier instant, sur la plaie, avait peine à la fermer complétement. Je parvins cependant à l'arrêter en enfonçant un bouchon de charpie que je soutins par plusieurs couches d'agaric, et je fis maintenir le tout par la main d'un infirmier en attendant l'arrivée de M. Manec, que j'avais envoyé chercher.

Il ne tarda pas à arriver, et procéda immédiatement à la ligature de la sous-clavière.

L'opération fut traversée par un accident qui eût pu avoir une terminaison fatale. Au moment où il venait d'inciser la peau, M. Manec, trouvant la jugulaire externe qui croisait son incision vers son tiers interne, voulut la reléguer dans un des angles de la plaie. L'opération se faisait à la lumière d'une bougie ; en manœuvrant, son bistouri attrapa la veine et l'ouvrit.

On s'en aperçut d'abord au peu de sang qui sortit. Mais au moment où on la dérangeait de sa place pour en faire la ligature, on enteudit un sifflement assez aigu, rude et bref. Le malade ne poussa aucun cri, n'eut point de convulsions, mais tomba aussitôt en syncope ; la face était pâle, la tête renversée en arrière ; la respiration bruyante, mais facile ; les yeux fortement convulsés en haut. Le chirurgien posa aussitôt son doigt sur la plaie, et essaya de nouveau d'en faire la ligature ; une seconde fois le sifflement se fit entendre, et tout annonçait une fin prochaine et imminente, lorsque des bulles d'air mêlées de sang furent chassées par le bout inférieur de la veine. A partir de ce moment, le malade revint en très peu de temps de la mort à la vie, et l'on put continuer l'opération, qui ne présenta plus rien d'extraordinaire. L'artère fut liée en dehors des scalènes.

Le pansement fut simple ; le membre entouré de sachets de sable chaud, frictionné avec de la flanelle chauffée sur de la vapeur de bain de genièvre.

Vers le cinquième jour, les ligatures de la jugulaire tombèrent, et le neuvième ce fut au tour de celle de l'artère ellemême. On la trouva dans les pièces de pansement.

Pendant ce temps, le bras n'a cessé d'avoir une chaleur au-dessus de l'état normal, effet dû au calorique artificiel qui lui était transmis et à la circulation capillaire activée.

Le 21 juillet, dix-neuf jours après l'opération, la cicatrisation des deux plaies, celle de la ligature surtout, était presque complète.

Le pouls n'a reparu que vers le 16 juillet, environ quinze jours après l'opération, encore ne se manifestait-il que par un simple frémissement, isochrone aux battements du bras non blessé. Ce n'est pas que déjà on n'eût cru le sentir, mais ce n'est qu'à dater de cette époque qu'il a été vraiment sensible.

Enfin, pour terminer cet extrait, voici l'état que présentait le malade deux mois après :

Pouls faible, petit, mais très sensible. Les mouvements du bras se rétablissent ; l'abduction a déjà une certaine étendue ; la pronation et la supination sont très faciles, la flexion et l'extension le sont moins ; le poignet se remue, et les doigts, jusque-là immobiles, commencent à sentir la traction des extenseurs et des fléchisseurs ; la sensibilité et la chaleur du membre sont à l'état normal. La santé générale du sujet ne laisse rien à désirer ; la cicatrisation des plaies est complète.

Cette opération, analogue comme résultat définitif à celle de M. Warren, en diffère notablement par les phénomènes qu'elle a présentés pendant et après. Je ne ferai que les indiquer :

1° Introduction de l'air par la jugulaire externe ;

2° Rapidité avec laquelle tombe la ligature de l'artère sans qu'on fasse rien pour en déterminer la chute ;

3° Temps considérable que met la circulation à se rétablir, puisqu'elle n'est manifeste que du quinzième au vingtième jour ;

4° L'augmentation notable de la chaleur de ce membre.

LANILLIER,
Interne des hôpitaux.

MALADIE DES VOIES URINAIRES.

Mémoire sur un cas de Dysurie avec complications très remarquables du côté du rectum, guérie à l'aide d'un nouvel instrument produisant la dilatation forcée du col de la vessie ;

présenté à l'Académie de Médecine, le 18 septembre 1849, par M. le Dr AUG. MERCIER.

Dans mes travaux antérieurs sur les valvules musculaires du col de la vessie, j'ai décrit deux degrés à cette maladie,

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Les émules de Mme Coquillard. — L'épreuve du chocolat.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Quoique Mme Coquillard ait tous les droits du monde à être..... et qu'elle soit en effet l'enfant gâtée du feuilleton, je ne dois cependant pas lui réserver le privilége exclusif d'orner vos colonnes de sa prose élégante et de ses découvertes : nos confrères eo bonnet carré ont bien aussi quelques titres à nos faveurs. Quand même ces titres ne consisteraient que dans un paquet de lettres qu'un heureux hasard a placé sous mes pas dans une promenade que j'ai faite récemment aux Champs-Elysées, vous ne les contesteriez certainement pas ; vous m'en direz des nouvelles après avoir lu l'échantillon que je vous transmets et que je prends au hasard parmi *seize autres*, tout choix étant absolument impossible entre eux.

Vous n'ignorez point qu'il se tire en ce moment une grande loterie d'artistes qui est devenue de la part d'un libraire l'objet d'une habile combinaison ; grâce à cette combinaison, on peut se procurer des billets gratis, moyennant qu'on achète 25 fr. de livres (la plupart relatifs à la médecine), qui sont eux-mêmes vendus à très bon marché(1). Je suppose que c'est la combinaison en question qui fait le sujet de la lettre de notre honorable confrère.

(1) Chez Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

Comme il est très possible que sa modestie égale son mérite, et que rien ne prouve qu'à l'exemple de Mme Coquillard il recherche l'éclat des soleils académiques, je vous demanderai la permission de supprimer les noms et de couvrir la gloire de l'auteur du voile de l'anonyme. Voici ce remarquable échaotillon :

« Monsieur

» Le docteur *** domicilié en ce moment, domicilié à L....... et au 1er octobre 1849 au faubourg Ste-T......, à A....., ancien chirurgien en chef de la maison centrale de F.........., arrondissement de S....., mis en disponibilité sur sa demande avec la moitié de ses appointements, tout en conservant ses droits à la retraite, par un arrêté de Monsieur le ministre de l'Interieur d'Alors par un arrêté du 31 juillet 1848. a l'honneur de vous exposer qu'il a l'intention de prendre dix billets à la loterie que vous avez annoncée dans un imprimé circulaire que vous avez adressé à mon prédécesseur qui est mort il y a près de trois ans, qui explique si clairement dans son programme « que tous ceux qui auraient pris le même de billets obtiendraient un résultat selon et proportionné à leurs billets car tous ne peuvent être égaux ni semblables cela est clair comme le Jour.

» Le docteur ***, étant en province, quoique dans un mois il habitera dans une ville très importante, où, il se sent le courage, par sa grande expérience, et son aplomb dans les opérations et la sureté de son diagnostic médical, de lutter avec ses confrères d'après dix-sept ans d'honorables services, dans ce remarquable établissement, où, il a toujours appelé à son secours, la médecine morale toujours préférable à la médecine physique.

» Dans cette circonstance il désirerait savoir où et comment il doit déposer la modique somme de dix francs et comment il pourra être averti du resultat qu'il aura obtenu par le sort, puisqu'il doit forcément, dit le programme, dix récompenses, puisque le sort m'aura accordé dix billets. car faudra-t-il qu'il se transporte sur les lieux, afin de recevoir lui-même ses billets quand ils sont sortis, afin d'aller nous-même, sur le lieu ou sont exposés tous les lots afin de les recevoir de ceux qui doit les distribuer, où bien, si le moniteur annoncerait les billets qui necessairement gagnes quelque soit, et où déposer. Enfin, la raison la plus claire et la nette les citoyens de la province peuvent concourir et s'il faut qu'ils se transportent, décidément tous les moyens, car, cela me semblent véritablement radical. Vous devez bien compreodre, Messieurs, combien Je serais recoonaissant, si vous vouliez avoir la bonté, de m'adresser nne laconique reponse qui m'éclairait subitement sur tous ces ambigus.

» Veuillez agréer, etc. » Le docteur ***, D.-M.-P. »

Comme bien vous pensez, j'ai dû prendre quelques informatioos sur la personoe et le domicile moral d'un aussi remarquable écrivain ; ces informations m'oot donné la certitude que non-seulement le docteur D... était bien et légitimement nanti de toutes les qualités qu'il se donne ; qu'il était un vrai D. M. de la vraie Faculté de Paris ; mais encore que les populations qui ont le bonheur de le posséder lui accordent une confiance illimitée ; que c'est lui qui fait toute la bonne clientèle dc sa localité, et qu'il luttera certainemeot avec avantage, ainsi qu'il l'annonce, contre les jeunes célébrités du grand théâtre où il va s'établir. Je vous donne ces renseignements parce que je pense que serez bien aise de voir, dans notre monde tant décrié, le succès proportionné, quelquefois au moins, à l'élévation du mérite.

— Je vous renvoie par ce courrier, mon cher confrère, la lettre

l'un dans lequel une irritation ou une inflammation a provoqué un *spasme* des fibres musculaires qui obturent cet orifice, et un autre où elle est constituée par une véritable *rétraction* de ces fibres.

Dans le premier cas, l'obstacle au cours de l'urine est passager, je ne dirai pas comme sa cause qui est le plus souvent chronique, mais comme les exacerbations de cette cause; dans le second, il est permanent comme l'altération qui s'est opérée dans la texture des fibres rétractées.

Mais peut-être aurais-je bien fait d'établir un troisième degré intermédiaire aux deux précédents, degré dans lequel les fibres obturatrices, sans avoir encore changé de texture, restent dans un état permanent de *contracture*, et apportent au cours de l'urine un obstacle variable, mais habituel.

Dans le premier degré, il suffit ordinairement de faire disparaître l'irritation ou l'inflammation pour faire cesser la dysurie; dans le troisième, il faut nécessairement enlever l'obstacle ou le diviser. Je viens de découvrir que, dans le second degré, celui qui est caractérisé par la contracture, il suffit de soumettre cet obstacle à une dilatation forcée pour amener la guérison.

Il y a déjà longtemps que j'avais fait quelques tentatives dans ce sens; mais j'avais été découragé par leur peu de succès; j'avais même remarqué que toutes n'avaient abouti qu'à donner à l'irritation un surcroît d'intensité (1). Toutefois réfléchissant que par l'effet d'une forte distension les fibres musculaires perdent de leur contractilité, même à l'état normal, repassant dans ma mémoire les heureux résultats obtenus par M. Récamier de la dilatation forcée dans les fissures de l'anus, résultats qui proviennent évidemment de ce que cette dilatation extrême fait cesser la contracture que ces fissures provoquent dans le sphincter de cet orifice, je me demandai si mes insuccès n'ont pas tenu à l'insuffisance du moyen dilatatoire que j'avais mis en usage.

Cet instrument se compose 1° d'une sonde en gomme élastique sans yeux; 2° d'un mandrin élastique soit en baleine, soit en acier (2), droit et renflé à son extrémité. J'introduis d'abord la sonde jusque dans la vessie à l'aide d'un mandrin ordinaire (3); puis je retire celui-ci, et je passe à sa place, dans la sonde, le mandrin droit. Je relève alors l'extrémité externe de ce dernier, et il agit comme un levier interfixe; il prend son point d'appui sur la paroi supérieure de l'urètre, au niveau du bord inférieure de l'arcade pubienne, et, suivant qu'on relève plus ou moins son extrémité externe, l'interne exerce une pression plus ou moins forte sur le bord postérieur du col de la vessie.

Cet appareil, qui est d'une grande simplicité, convient assez bien lorsqu'il s'agit d'affaisser ou de refouler la portion sus-montanale (moyenne) de la prostate, bien que son action soit annulée en grande partie par la mobilité de cette glande; il convient encore mieux lorsqu'il n'est employé que pour s'opposer à la réunion des bords de l'incision que je pratique sur les valvules permanentes du col de la vessie; mais il est à peu près sans effet lorsqu'il s'agit de distendre fortement les tissus qui forment l'orifice interne de l'urètre. Si l'on presse sur le bord postérieur, l'antérieur s'abaisse en proportion et la dilatation est nulle.

Cette pression n'a donc d'autre résultat, ainsi que je l'ai dit, que d'augmenter l'irritation dont le canal est habituellement le siége dans les cas où se rencontre l'affection dont je m'occupe en ce moment.

Depuis longtemps déjà Physick, de Philadelphie, avait imaginé, contre les engorgements de la prostate, un moyen qui, dans les cas en question, aurait été on ne peut plus rationnel s'il eût eu plus de puissance; c'était une sonde flexible, à l'extrémité de laquelle était fixé un petit sac de baudruche qu'il distendait par de l'eau après l'avoir introduit jusque dans la vessie, et qu'il attirait ensuite dans le col de cet organe de manière à en comprimer et à en écarter les bords.

Mais malheureusement ou bien ce sac de baudruche était trop épais pour pénétrer librement, ou bien il était trop mince pour résister à une traction suffisamment forte.

On a proposé, je crois, de dilater le col de la vessie à l'aide d'un instrument analogue à la pince à trois branches; mais, outre que cet instrument est droit, ce qui en rend l'introduction difficile, surtout dans le cas dont il s'agit, il expose presque infailliblement à pincer la muqueuse du col de la vessie lorsque, après avoir distendu cette membrane, on veut le dégager et rapprocher ses branches.

M. Miquel, d'Amboise, chercha à résoudre le problème d'une autre manière. Il introduit successivement, à l'aide d'une sonde courbe ouverte à ses deux bouts, cinq, six ou sept petits cônes de plomb, fixés par leur sommet à une tige de fil de fer non recuit. Les tiges, toutes de la même longueur, traversant l'urètre, on comprend que, si on rassemble leurs extrémités externes et qu'on les tire toutes à la fois, ces cônes s'engagent tous simultanément dans le col de la vessie et le dilatent, mais ne peuvent, s'ils sont en nombre suffisant, le traverser complétement, à cause du volume que forment leurs bases réunies.

Pour extraire ces cônes, on les repousse d'abord en masse; puis on retire les fils de fer les uns après les autres.

Malgré la réplique passablement verte que je me suis attirée en ne partageant qu'à demi l'opinion de l'auteur sur un autre point, je me permettrai encore de dire à mon très ingénieux, mais trop chatouilleux confrère, que son appareil est compliqué; que ces introductions et extractions successives sont difficiles pour le chirurgien et pénibles pour le malade; qu'elles enflamment presque nécessairement un canal déjà plus ou moins irrité; qu'on ne peut savoir d'avance quelle est la dilatabilité du col vésical; que, si l'on met trop de cônes, leur masse ne s'engage pas suffisamment dans cet orifice; tandis que, si l'on n'en met pas assez, elle s'y précipite complétement et est ensuite difficile à extraire.

Quoiqu'il en soit de la valeur de ces objections, voici la description du dilatateur que j'ai employé dans le fait que je rapporterai incessamment.

Cet instrument se compose de deux tiges d'acier aplaties, larges d'un centimètre, et dont les arêtes sont toutes parfaitement arrondies.

Toutes deux sont à peu près de la même longueur; mais l'une est droite et l'autre présente deux courbures. La première courbure, qui a lieu à environ 9 millimètres de l'extrémité vésicale, forme presque un angle droit; la seconde, qui se trouve à 5 centimètres en deçà, fait un angle de 140° à peu près (1). Ces deux tiges sont parcourues sur l'une de leurs faces, la courbe par une crête, et la droite par une gouttière en queue d'aronde, au moyen desquelles elles s'articulent et glissent l'une sur l'autre.

Pour introduire cet instrument, la tige droite doit être fixée au moyen d'une vis de pression, de manière qu'elle ne dépasse pas la première courbure (2) de l'autre tige. Lorsqu'il a pénétré dans la vessie, on tourne son bec en arrière, et on le pousse assez pour que la première courbure parvienne au col de cet organe. Cela fait, on fait glisser la tige droite, qui forme alors une espèce de fourche avec l'autre, et il suffit de les fixer et de les tirer toutes deux pour opérer une dilatation aussi forte qu'on le désire. En supposant qu'on tire l'instrument jusqu'à son bec (ce qu'on doit rarement faire, puisqu'on aurait ainsi une dilatation de 1 centimètre de largeur sur 3 d'avant en arrière), ce bec l'empêcherait de descendre complétement dans la région prostatique.

Comme la tige courbe regarde en arrière, il y a, indépendamment de la dilatation, une pression sur le bord postérieur du col de la vessie, bord qui est celui qui s'oppose au passage de l'urine par la saillie valvulaire qu'il forme.

Je ne prolonge pas les tractions au delà de cinq à six minutes, dix minutes au plus.

Pour fermer ce dilatateur, il faut se garder de le repousser dans la vessie, parce que la muqueuse du col vésical, se trouvant alors relâchée, pourrait faire saillie dans l'angle formé par les deux branches et y être pincée. On se contente de cesser les tractions et de ramener la tige droite au point où elle était au moment de l'introduction. On retourne ensuite le bec en avant, et l'instrument sort avec autant de facilité qu'une sonde ordinaire.

En agissant avec lenteur et modération, une dilatation, même assez forte, est peu douloureuse, et cette sensibilité ne tarde pas à disparaître.

Voici l'un des cas où j'ai fait l'application de mon instrument; il me paraît curieux à plus d'un titre.

Le sujet est un médecin suisse, qui a publié dans différents recueils français plusieurs faits intéressants et la traduction de quelques articles importants empruntés à la littérature médicale allemande. Je transcris son observation telle qu'il l'a rédigée lui-même.

« J'ai trente-cinq ans; je suis grand et fortement constitué; ma santé générale est parfaite: mais mon système nerveux, très irritable, a encore été exalté par des chagrins.

» En 1834, j'eus une blennorrhagie qui dura sept mois; puis il me resta pendant plusieurs années une goutte militaire avec ardeur au col de la vessie, chatouillement dans le canal, mais sans difficulté pour uriner.

» En 1841, déjà, lorsque j'allais à la garde-robe, il me sortait par l'urètre une assez grande quantité de matière blanche gélatineuse.

» En 1842, à la suite d'érections prolongées pendant plusieurs heures, j'eus une hémorrhagie urétrale d'un litre au moins, et une pareille plusieurs semaines après, mais cette dernière par l'urètre et par le rectum.

» Les années suivantes, des douleurs violentes survinrent à l'anus avec contraction du sphincter; un petit lavement d'eau froide ou même la simple introduction d'une canule suffisaient pour faire cesser de suite ces accidents.

» En 1844, des pertes séminales eurent lieu pendant la défécation. A l'examen microscopique, je vis constamment des animalcules dans le sperme; mais celui-ci était trop liquide, et non gélatineux comme dans l'état normal. Ces pertes occasionnaient dans les testicules un chatouillement voluptueux et néanmoins accompagné d'angoisse, ainsi qu'un mouvement peristaltique très visible. Pour modérer ce mouvement, j'étais obligé de relever le scrotum entre mes cuisses lorsque j'étais assis, et, lorsque j'étais debout, de porter un suspensoir. Ma force virile avait disparu presque complétement; toutefois, une observation que j'ai faite à plusieurs reprises, c'est que, lorsque j'avais la goutte militaire, j'avais moins de ténesme, et mes organes génitaux reprenaient de l'énergie.

» Je me rendis alors à Paris. M. L..., que je vis, m'introduisit pendant quinze jours des sondes élastiques de plus en plus grosses, et, les derniers jours, il remplissait les yeux de la sonde avec une pommade de gomme Kino et d'extrait de ratanhia. A la suite, mes facultés génitales se réveillèrent pour quelques mois, mais jamais d'une manière complète.

» Je me cautérisai moi-même la région prostatique, et, depuis ce temps, la force virile a toujours été normale.

» En 1845, je me rendis de nouveau à Paris, où je consultai MM. L...d et K... Je ne pouvais alors uriner sans beaucoup d'efforts; mes organes génitaux étaient dans toute leur force; mais j'éprouvais de la douleur et du spasme au col de la vessie, ainsi qu'à l'anus. Ces messieurs me recommandèrent de passer chaque jour une sonde, de la laisser en place pendant dix à quinze minutes, et d'injecter en même temps dans le rectum une pommade d'extrait de ratanhia et de morphine. Ce traitement me fit du bien, mais fut loin de me guérir.

» J'ai essayé les lavements avec l'extrait de belladone sans succès. La sonde seule a toujours diminué les efforts que j'étais obligé de faire pour uriner; l'introduction des plus forts numéros me cause un fort sentiment de brûlure; mais ensuite, après une légère douleur, je ne le ressens plus.

» En 1847, je revins une troisième fois à Paris. La dysurie avait tellement augmenté que j'étais obligé pendant presque tout le temps de la miction, excepté lorsque la vessie était complétement remplie, de faire des efforts violents jusqu'à arrêter ma respiration. M. R..., que je consultai, m'examina le col de la vessie avec une sonde croche (1), me tâta la prostate, et me dit que je n'avais rien que de l'hypochondrie!

» Enfin, j'eus le bonheur de lire dans la *Gazette médicale* des articles de M. Mercier qui se rapportaient à ma maladie, et je revins une quatrième fois à Paris à la fin de juin 1849.

» Voici quel était alors mon état:

» Le matin, j'étais réveillé par un ténesme vésical et anal qui me forçait à uriner de suite. La miction ne se faisait souvent qu'avec difficulté et l'urine ne sortait que par l'effet des contractions abdominales; souvent, cependant, elle sortait sans que je poussasse, excepté vers la fin. Le jet avait son volume ordinaire; mais parfois, lorsque je devais faire beaucoup d'efforts, il était bifurqué ou en tire-bouchon. Habituellement, le canal ne se vidait pas entièrement, et, pour y parvenir, j'étais obligé de presser sur le périnée et de secouer la verge.

» Lorsque j'avais ainsi satisfait le matin au premier besoin d'uri-

(1) Voir mes *Recherches sur les valvules du col de la vessie*, page 248.

(2) Je ne sais comment il se fait que le mandrin en acier ait été oublié dans mes *Recherches sur les valvules*. C'est lui que j'emploie presque exclusivement depuis près de douze ans, et il en est question, page 196, de mes *Recherches sur les maladies des organes urinaires chez les hommes âgés*, publiées à la fin de 1840.

(3) Je me suis bien des fois dispensé de ce mandrin en me servant d'une sonde élastique à courbure fixe. Cette courbure n'empêche pas d'atteindre le but qu'on se propose.

(1) J'ai fait voir ailleurs qu'une sonde ressemblant beaucoup à cet instrument par sa forme doit être préférée à toute autre quand il existe une déviation quelconque de la partie profonde de l'urètre. Ainsi, cette double courbure favorise l'introduction de mon dilatateur, loin de la rendre plus difficile.

(2) J'appelle ainsi celle qui est le plus rapprochée de l'extrémité externe.

(1) Il s'agit probablement de ma sonde exploratrice.

---

qui m'arrive par votre intermédiaire: quand même j'aurais tout l'esprit que veut bien m'octroyer votre indulgent correspondant, ce qui est malheureusement loin d'être vrai, je serais bien embarrassé pour raconter, d'une manière plus appropriée au sujet, un épisode non moins important qu'agréable de l'histoire de notre enseignement. Je laisse donc la parole à votre spirituel apothicaire:

« *A Monsieur le rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.*

» L'ÉPREUVE DU CHOCOLAT.

» Monsieur le rédacteur,

» L'épreuve du chocolat sera peut-être chose nouvelle pour vous, comme elle l'a été pour moi; mais je vous préviens qu'il n'en serait pas de même pour bon nombre de vos lecteurs, si vous jugiez le fait digne d'être recueilli et *accommodé* par votre spirituel feuilletoniste, auquel il incombe; car dans ce pays béni du ciel, un examen sans chocolat serait prisé à l'égal d'un civet sans pruneaux ou d'une tartine de confitures sans beurre. C'est un usage dont chacun se trouve bien, les examinateurs surtout.

» Voici, du reste, le fait brut tel qu'il vient de se passer dans une grande ville remarquable par le nombre de ses pâtissiers et de ses confiseurs, et aussi par la supériorité de leurs produits, si j'en juge par le nombre des consommateurs qui se pressent dans leurs officines; ville dont le *prince des feuilletonistes* ne remarqua naguères que les moulins à vent, mais où il aurait pu contempler, sous la monarchie, un *pharmacien du roi*, aristocratique enseigne que l'égalité républicaine a fait disparaître, et qui rappelait l'honneur insigne qu'eut jadis ce pharmacien de dulcifier par certain lénitif et évacuatif les entrailles de S. M. Louis XVIII; ville enfin qui eût été la patrie d'Epicure si ce philosophe eût été flamand. Dans cette ville, on fabrique des médecins et des apothicaires de deuxième qualité et du chocolat de première, ce qui fait compensation, ainsi que vous allez voir.

» L'examen terminal des aspirants pharmaciens se compose, comme vous le savez, de préparations chimico-pharmaceutiques: emplâtres, pilules et autres médecines noires peu appétissantes, que chaque candidat est censé confectionner lui-même; jusque-là, rien que de fort ordinaire; mais c'est ici que se révèle le génie du *comfort*, si perfectionné dans la localité. Parmi les drogues à préparer, il en est qui n'en ont que le nom; ce sont d'abord de délicieuses pastilles, puis et toujours du chocolat, qui doit être vanillé, savoureux, fondant.

» Pas n'est besoin de vous dire que le *docte bachelier* ne devra pas suer sang et eau pour piler le cacao; tant de brutalité ne s'allierait pas à la destination du produit. Il s'achemine tout simplement vers la rue Vivienne et le *marquis* du lieu; là, il choisit autant de paquets qu'il y a d'examinateurs; il les ficelle (les paquets, bien entendu), il les orne de faveurs roses (innocente allégorie!), puis il les présente à ses juges, qui, après le *dignus intrare*, les empochent sans doute afin de les déguster à loisir et de les apprécier plus consciencieusement. Figurez-vous maintenant, cher rédacteur, l'état de distension d'un paletot qui a subi dix à douze réceptions; car vous comprenez qu'une noble émulation s'établit entre les candidats; c'est à qui aura la meilleure, j'allais dire la plus grosse épreuve!

» Ajouterai-je un on-dit: Certain récipiendaire, à l'escarcelle peu fournie, mais très fort sur la théorie des équivalents, aurait composé son chocolat avec toute autre chose que du cacao!... Je ne puis croire à pareille supercherie; tromper le palais et la religion de ses juges! Quelle abomination! Dans tous les cas, cet expédient est bon pour *une fois*. Que les récipiendaires se le tiennent pour dit. »

Recevez, etc. UN APOTHICAIRE.

J'espère, mon cher confrère, que voilà un joli petit fragment pour servir à l'histoire de l'enseignement médico-pharmaceutique en France. Je le recommande à l'austérité de M. Malgaigne.

X...

Anatomie pathologique du choléra.

M. Britton, qui fait un cours d'anatomie et de physiologie à l'École de Médecine de Bristol, a fait avec M. Swayne une foule de recherches sur la constante apparition de certains corps particuliers jusqu'ici inconnus comme constituant d'une manière caractéristique les émanations cholériques. Par une série d'expériences, il est parvenu à démontrer la découverte importante de corps identiques dans l'atmosphère des districts où sévit le choléra. Les résultats de ces observations ont été soumis au jugement des micrographes les plus éminents de Londres et des personnes qui se sont le plus occupées du choléra. On a prié M. Britton, attendu la nouveauté de ces découvertes, de leur donner une publicité immédiate.

(*Medical Gazette.*)

La séance de l'Académie des Sciences d'aujourd'hui lundi a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

ner, le ténesme anal augmentait et me forçait à aller à la garde-robe.

» Ce qu'il y avait de plus affreux, c'est que ce double ténesme me revenait dans la matinée jusqu'à dix fois, quelquefois même se répétait tout le jour et m'obligeait chaque fois à me présenter aux lieux d'aisance. Il m'était impossible, le plus souvent, dans cette déplorable position, de savoir si je devais uriner ou aller à la selle; et le moindre vent, la moindre parcelle de matière fécale ou même un simple pepin de groseilles arrêté à l'anus me causaient ce double ténesme et les angoisses les plus vives. Il m'arrivait tous les jours, croyant lâcher un vent, de salir mon caleçon. Aussi préférais-je, dans le doute, aller à la garde-robe, ce qui m'arrivait jusqu'à dix et douze fois par jour.

» Tout cela, joint à mes peines morales, a provoqué chez moi l'an passé et encore cet hiver des crises hystériques très violentes. Le travail corporel auquel je me suis dès lors adonné a fait cesser ces crises; mais l'infernal ténesme, accompagné du mouvement péristaltique des testicules, est resté toujours le même.

» Rendu de nouveau à Paris, M. Mercier me cautérisa le 30 juillet tout le pourtour du col vésical; le 4 août, il commença la dilatation forcée de cet orifice, et il la répéta cinq ou six fois : la dernière eut lieu le 18 au plus haut degré possible. La douleur a été cette fois plus vive que toutes les autres et a duré plusieurs jours; mais aussi la guérison a été complète, et je ne pourrais témoigner assez ma reconnaissance au docteur qui a su découvrir le traitement rationnel et efficace de cette affreuse infirmité. »

Je n'ajouterai rien pour le moment à cette observation : les peines dépeintes si vivement par le malade, peines qui lui ont fait abandonner à quatre reprises différentes sa famille, sa clientèle pour venir de Suisse à Paris; la promptitude avec laquelle toutes ces angoisses cessèrent après la simple dilatation forcée du col vésical, les expressions de bonheur avec lesquelles ce malheureux confrère proclame son retour à la santé, tout cela parle assez éloquemment pour me dispenser de tout commentaire.

Du reste, cette étrange influence de la vessie sur le rectum n'est pas un fait isolé dans la science : on en trouvera plusieurs autres exemples dans la première et surtout dans la deuxième édition de mes *Recherches sur les valvules du col de la vessie.*

Je reviendrai une autre fois sur ce sujet, en même temps que je publierai une troisième série d'observations de valvules permanentes traitées par l'incision.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 12 septembre 1849.—Présidence de M. Deguise père.

La lecture du procès-verbal de la dernière séance soulève une discussion relative à la priorité que réclame que M. J. Roux pour son procédé d'*amputation tibio-tarsienne.*

M. Robert demande d'abord que l'on supprime tout ce qui a trait à cette question de priorité, parce qu'il ne convient pas, selon lui, de donner de la publicité aux faits de cette nature, et il propose ensuite de ne pas reproduire la lettre adressée par M. J. Roux à l'Académie de médecine, puisqu'elle a déjà été insérée dans divers recueils et notamment dans la *Gazette des Hôpitaux.*

M. Larrey croit devoir répondre, comme secrétaire, qu'en exposant dans son procès-verbal les faits exacts, mais succincts de cette discussion, il s'est conformé non-seulement aux exigences du règlement, mais encore à une décision spéciale de la Société. Il fait observer enfin à M. Robert qu'il a simplement analysé et non reproduit dans ses détails la lettre adressée par M. J. Roux à l'Académie de médecine.

MM. Chassaignac, Giraldès et Marjolin, appuient les raisons exposées par M. Larrey, en insistant sur l'importance de conserver aux procès-verbaux le caractère d'exactitude qui leur appartient, et qui pourra plus tard offrir de l'intérêt pour la publication des bulletins. En conséquence, la Société décide qu'il ne sera rien changé au procès-verbal.

Rétrécissement syphilitique du larynx. Trachéotomie.

M. Ricord présente deux malades. Le premier est un jeune homme de vingt-trois ans, d'une bonne constitution, atteint d'un rétrécissement du larynx par suite d'accidents syphilitiques tertiaires qui ont intéressé la peau, l'un des testicules et le larynx. C'est dans ce dernier organe que les accidents se sont localisés en dernier lieu. L'exploration du malade a fait découvrir en même temps des signes de tubercules au sommet du poumon droit, dont l'apparition et le développement peuvent s'expliquer par des antécédents de famille. Cette affection générale était enfin elle-même sous la dépendance même d'une syphilis constitutionnelle lorsque le malade est entré à l'hôpital du Midi. Il se trouvait déjà par les progrès de la maladie du larynx dans un état si alarmant, qu'il respirait à peine et semblait menacé d'asphyxie. En présence d'accidents aussi graves, M. Ricord n'hésita pas à pratiquer sans délai la trachéotomie. Il divisa le cartilage cricoïde et les premiers anneaux de la trachée, mais sans résultat; l'air ne sortait point de la poitrine, la respiration était suspendue, les bruits du cœur ne semblaient plus appréciables; il y avait enfin absence des signes de la vie. Que faire? Les assistants étaient dans une grande anxiété, s'attendant à voir périr le malade sous leurs yeux. M. Ricord, en proie lui-même à la plus vive émotion, se décide aussitôt à faire une dernière tentative, et sans s'arrêter au dégoût que lui inspirait d'abord cette plaie recouverte d'un vésicatoire en suppuration, il y applique résolument la bouche, et par des efforts de succion prolongée il aspire à la fois le sang, le pus, les mucosités qui obstruaient les voies aériennes; puis il insuffle de l'air dans la trachée, et imprime au thorax des mouvements qui contribuent enfin, après cinq ou six minutes d'efforts, à rétablir la respiration, en rendant le malade à la vie.

Les difficultés d'application de la canule furent extrêmes pendant un mois; des crochets mousses, des plaques recourbées, d'autres instruments encore furent essayés sans succès; les pinces à dilatation purent seules être supportées. La trachée, durant le premier mois, semblait s'éloigner vers la région profonde du cou, par le gonflement des tissus, et de là résultait l'un des obstacles à la fixité de la canule. Des accidents phlegmoneux survinrent, qui furent heureusement dissipés; la canule put être appliquée enfin; c'était celle d'A. Bérard, pourvue d'une soupape et perforée en arrosoir. Elle a été placée il y a aujourd'hui deux mois, et elle facilite la respiration ainsi que la phonation, en même temps que la nutrition s'est réparée. Mais dans les premiers temps de son application, cette canule, il faut le dire, ne fut pas sans inconvénients. M. Ricord, observant que les inspirations étaient souvent difficiles, croyait à l'existence de tumeurs gommeuses en voie de guérison; mais ce mieux n'a pas été durable, et à mesure que la guérison s'effectuait vers les voies aériennes, leur obstruction cependant semblait augmenter par le mal syphilitique, de telle sorte qu'un rétrécissement continu des voies aériennes semble s'être produit par le fait même du travail de cicatrice. M. Ricord a vu trois fois ce résultat dans les affections syphilitiques, et particulièrement chez une dame à laquelle M. Blache donnaient des soins. Ainsi le fait qu'il présente a donc aussi de l'intérêt sous ce point de vue. Le malade est destiné à une fistule aérienne. Il a été opéré il y a trois mois; il porte la canule depuis deux, et n'a pu s'en passer, même momentanément, sans être exposé aussitôt à des accès de suffocation par la tendance rapide de l'ouverture trachéale à s'oblitérer.

M. Ricord ne doute pas que le moyen de fixer le larynx proposé par M. Chassaignac ne facilite l'opération, car on doit craindre l'inconvénient du défaut de parallélisme dans l'incision des téguments et de la trachée. Il a vu dans un cas ce défaut de parallélisme entraîner une différence de niveau d'un demi-pouce entre les deux ouvertures.

Oblitération des narines et rétrécissement de l'isthme du gosier par une double affection scrophuleuse et syphilitique.

M. Ricord présente son second malade, jeune homme lymphatique, qui était affecté de tubercules scrophuleux et de symptômes syphilitiques. Le traitement mercuriel et le traitement ioduré ont été mis en usage; un lupus enfin s'est déclaré avec les caractères scropbuleux; l'huile de foie de morue a été employée à haute dose, et la guérison s'est effectuée à la face, mais le mal s'est développé vers la bouche à mesure que les cicatrices extérieures se formaient, à tel point que le malade se trouve menacé de suffocation.

M. Ricord croit pouvoir sous ce rapport rapprocher ce second fait du premier, et les rattacher tous les deux au principe de la trachéotomie. Il a souvent pratiqué cette opération; mais il emploie infiniment peu la canule et préfère les pinces dilatatrices, surtout pour les cas d'affection aiguë; les difficultés lui paraissent trop grandes pour placer la canule. C'est pourquoi il ne l'applique que tardivement.

M. Ricord revient à l'histoire de son second malade, et, en disant qu'il l'a soumis à un traitement ioduré jusqu'à deux, trois ou quatre grammes par jour, ainsi qu'à des gargarismes iodurés, il demande l'avis de ses collègues sur ce qu'il conviendrait de faire sous le rapport chirurgical. Il a maintenant à sa maison de santé un cas d'adhérence complète du voile du palais au pharynx; la difficulté extrême, comme dans d'autres cas analogues, est de rétablir l'ouverture normale à cause de la tendance qui existe à une oblitération complète. M. Ricord se propose enfin de faire aux parties unies entre elles une incision ou un débridement soit avec le lithotome double, soit avec le bistouri berniaire de Cooper, et de les maintenir ensuite écartées par les moyens qui sembleront les plus propres à faciliter ce résultat.

M. Larrey prie M. Ricord de compléter sa communication et de vouloir bien exposer les caractères locaux de la maladie dans son état actuel, afin que, le diagnostic exact en étant bien établi, il permette ainsi à chacun de mieux apprécier les indications du traitement chirurgical.

M. Ricord s'empresse de reconnaître qu'il a omis en effet de décrire les signes de cette affection, et il les indique successivement : ainsi, le nez est déformé, les narines sont complètement oblitérées; si on examine l'arrière-bouche, on voit que le voile du palais est adhérent à la base de la langue à droite et à gauche, mais surtout de ce côté; entre ces deux adhérences, existe une étroite ouverture du diamètre du petit doigt; en arrière de cette ouverture, se trouve placée la luette, libre, mobile et formant soupape. La respiration devient plus difficile dès que la bouche est ouverte, et la déglutition des liquides seulement est possible; quant à la phonation, elle se fait encore aisément.

M. Maisonneuve désire adresser quelques observations à M. Ricord sur son premier malade chez lequel la trachéotomie a été pratiquée. La description de ce fait lui avait fait supposer qu'il existait une oblitération du larynx, mais non, puisque la phonation s'exécute avec assez de facilité. Il y a donc là un cas de rétrécissement moins prononcé que ne l'avait dit M. Ricord. M. Maisonneuve ne croit pas à l'incurabilité de la maladie sans la canule, et il demande si on ne pourrait pas compléter la guérison en rétablissant ou en cherchant à rétablir l'ouverture du larynx. Il y aurait à faire, selon lui, des recherches de ce côté soit avec le doigt, soit avec un instrument dilatateur, soit avec une canule ou par tout autre moyen; il ne sait pas au juste lequel, mais il veut seulement attirer l'attention de M. Ricord là-dessus, afin de débarrasser le malade de sa canule.

M. Ricord trouverait l'observation faite par M. Maisonneuve utile sans doute si on pouvait se fier sur le degré de la phonation pour apprécier la faculté de la respiration. Ainsi, chez l'autre malade dont les narines sont oblitérées, l'inspiration est des plus pénibles, tandis que l'expiration est facile, et la phonation persiste bien plus que l'expiration; chez le malade qui porte la canule, l'inspiration est très difficile aussi, comme on peut le remarquer.

M. Ricord, chez celui-ci, a cherché, d'une part, à élargir l'ouverture du larynx vers la glotte; mais il a éprouvé des difficultés extrêmes par les plus simples tentatives de cathétérisme, provoquant une gêne insupportable, de la douleur, de la toux et des dangers de suffocation; il a dû par conséquent y renoncer. En voyant, d'autre part, la guérison s'effectuer rapidement, il a cru pouvoir enlever la canule; mais, comme il a déjà dit, il a dû la maintenir en place à cause des accidents qui étaient à craindre.

M. Maisonneuve dit qu'il n'a pas appuyé son idée seulement sur l'état de la phonation et de l'expiration, mais aussi sur la faculté d'inspiration, et il persiste à penser que l'on devrait rechercher l'ouverture supérieure du larynx.

M. Ricord est convaincu que, si le malade ne respirait plus que par cette ouverture naturelle, cela ne suffirait pas et que le rétrécissement augmenterait de plus en plus.

M. Maisonneuve a fait une fois à Bicêtre l'opération de la trachéotomie dans un cas analogue. Le malade a gardé la canule pendant trois mois, après lesquels il a pu la quitter en raison du dégorgement des tissus. C'est sans y attacher d'autre importance que M. Maisonneuve signale ce fait là.

M. Ricord le trouve intéressant à cause de la fréquence et de la gravité des tumeurs gommeuses situées dans le tissu sous-muqueux et qui sont susceptibles de guérir.

M. Huguier fait une observation intéressante sur le premier malade : « Nous savons tous, dit-il, que la syphilis constitutionnelle est susceptible de produire des ulcérations qui découpent, déchiquettent les tissus, tels que les nymphes, le prépuce, le lobule de l'oreille, et les transforment quelquefois en lambeaux flottants. Or, un lambeau de cette espèce pourrait exister sur le repli arythéno-épiglottique, et il suffit que l'air entraîne ce lambeau pour que l'expiration devienne aussi facile que l'inspiration est difficile. »

Quant au second malade, M. Huguier pense que deux indications se présentent: la première, de rétablir l'ouverture antérieure des fosses nasales; la seconde, de rétablir l'entrée des voies alimentaires. Cette double indication semble d'autant plus essentielle que, si la tête du malade se renverse en arrière, en même temps que la langue est abaissée vers l'isthme du gosier, la suffocation devient imminente. Le voile du palais ne semble pas adhérent, comme l'a dit M. Ricord, mais bien chacun de ses piliers antérieurs; et l'arrière-cavité est d'ailleurs assez appréciable. M. Huguier partage, du reste, l'idée de M. Ricord pour le rétablissement des voies alimentaires, à savoir: d'inciser largement et de raccourcir le voile du palais.

M. Ricord admet, d'après l'hypothèse de M. Huguier, qu'un lambeau flottant puisse exister et agir selon cette disposition même; mais il ne pense pas qu'il soit rationnel de comparer les nymphes, le prépuce et le lobule de l'oreille au larynx, et même il ne croit pas que de semblables lambeaux flottants soient susceptibles d'occuper le larynx sans manifester leur présence par des symptômes particuliers.

Quant à l'opération qu'il devra pratiquer, il reconnaît bien la nécessité de rétablir les ouvertures des narines; mais depuis huit jours seulement tout travail pathologique a cessé, et il préférerait rétablir d'abord la voie de la déglutition. Le nez, d'ailleurs, est plus sujet que la bouche à s'obstruer accidentellement; et en commençant par les narines, les chances de l'opération lui sembleraient plus délicates, parce que le mal est très insidieux, tandis que vers la gorge il y aurait plus de facilité à agir.

En un mot, M. Ricord demande s'il ne serait pas plus prudent et plus sûr d'attaquer de suite les parties qui se présentent dans les conditions les plus favorables.

M. Chassaignac, en remerciant M. Ricord de ce qu'il a bien voulu dire en faveur de l'emploi de son érigne cricoïdienne, cite une femme d'une cinquantaine d'années qui se trouve dans son service à l'hôpital Saint-Antoine, et à laquelle l'opération de la trachéotomie a été faite depuis plus d'un an pour une suffocation d'origine syphilitique. Dès que cette femme enlève la canule, elle éprouve une grande anxiété. « Ceci, ajoute M. Chassaignac, vient à l'appui de ce qu'a dit M. Ricord, et s'élève contre l'assertion de M. Maisonneuve, qui n'a pas spécifié l'âge et la nature des accidents. »

M. R. Marjolin serait d'avis, pour le cas actuel, de commencer l'opération par les narines plutôt que par la bouche.

M. Huguier ne tiendrait pas, quoiqu'il l'ait dit, à commencer l'opération par le nez, et ce n'est pas à cela qu'il attache de l'importance; mais il revient sur un autre fait qu'il a avancé, et qui est essentiel, selon lui. Ce qu'il a dit à l'occasion de certains lambeaux ou de ces tissus déchiquetés, comme accidents tertiaires de la syphilis, lui semble applicable au larynx aussi bien qu'à l'isthme du gosier; et s'il est vrai que la luette ou les piliers antérieurs et postérieurs du voile du palais puissent se détacher en partie et devenir ainsi flottants, pourquoi n'en serait-il pas de même des replis arythéno-épiglottiques?

M. Ricord répète que les faits de ce genre, d'ailleurs fort rares sans doute, ne sauraient exister sans des signes caractéristiques.

M. Larrey considère l'observation faite par M. Huguier comme offrant un intérêt d'autant plus sérieux, que l'on pourrait comparer l'existence de ces lambeaux flottants à celle des polypes du larynx, dont les signes sont loin d'être appréciables. Il cite à cet égard une excellente thèse de M. Ehrmann fils (1), qui a groupé autour d'une observation de la clinique de son père, le professeur Erhmann (de Strasbourg), une quinzaine d'exemples connus de polypes du larynx pour en former une histoire générale. La plupart de ces polypes ont causé la mort, sans avoir été reconnus pendant la vie.

M. Ricord répond à cette citation, justement comparative, que les polypes du larynx sont rarement pédiculés; tandis que, s'ils étaient pédiculés, leur présence serait facile à re-

(1) *Essai sur les polypes du larynx.* Strasbourg, 1842.

connaître par des signes distinctifs, de même que les lambeaux flottants dont parlait M. Huguier.

M. Larrey apprécie la justesse de cette objection si elle se trouve d'accord avec les faits; mais il croit se rappeler que plusieurs exemples de polypes rapportés par M. Erhmann étaient précisément des polypes pédiculés, dont l'existence néanmoins n'avait pu être diagnostiquée. (1)

M. Robert soulève une autre question relativement au premier malade de M. Ricord. « M. Ricord, dit-il, a parlé de tumeurs gommeuses développées dans les poumons. Je lui demanderai s'il a des faits concluants en faveur de son opinion; car l'autorité de M. Ricord en matière de syphilographie est trop sérieuse pour que l'on soit en droit d'obtenir de lui une explication positive à cet égard. L'affection pulmonaire de son malade pourrait bien n'avoir pas été telle qu'il la désigne, parce que l'auscultation a pu induire en erreur dans ce cas comme dans bien d'autres. M. Beau a établi, d'après une observation attentive, que dans les altérations du larynx, la respiration est troublée au point de faire supposer quelque lésion pulmonaire. J'ai eu l'occasion de voir, avec M. Michon, à l'hôpital de Lourcine, une femme atteinte d'une affection syphilitique du larynx, et offrant, à l'auscultation, toutes les apparences des tubercules. En conséquence, dans notre opinion, il ne fallait rien faire. Cette femme mourut presque subitement, et à l'autopsie, les poumons se montrèrent parfaitement sains. Nous eûmes donc le regret de n'avoir pas pratiqué la trachéotomie, qui aurait pu sauver la vie à la malade. Je cite ce fait, ajoute M. Robert, comme une objection à l'idée émise par M. Ricord. Ce qui me surprend le plus, en effet, dans son observation, c'est que ce jeune homme, si gravement malade des poumons, se soit trouvé débarrassé de sa maladie en trois mois! »

M. Ricord répond que ce n'est pas là une objection pour lui. « Certes, dit-il, les altérations du larynx troublent sensiblement les fonctions respiratoires; et pour éviter autant que possible les erreurs, il faut une grande réserve dans le diagnostic. Je reconnais, à cet égard, m'être trompé moi-même plusieurs fois; et si j'ai cru, dans le cas dont il s'agit, à l'existence de tumeurs gommeuses du poumon, je n'ai pu établir mon diagnostic que par analogie, en appréciant la valeur des signes de l'auscultation, la nature des crachats et les autres caractères liés à ceux-là. Il m'est arrivé de trouver dans le tissu pulmonaire les éléments des tumeurs gommeuses; mais ces altérations, je ne les ai pas observées assez, il est vrai, pour en faire l'histoire complète.

» Quant à la guérison du malade après trois mois, M. Robert, qui s'en étonne, a sans doute oublié les tumeurs gommeuses qu'il a observées, parce que je ne connais pas d'accident syphilitique qui guérisse plus vite que celui-là, et il n'est point comparable aux tubercules pulmonaires. Je ne donne pas la certitude, mais la probabilité du fait, et je n'ai pas vu davantage les autres altérations du larynx, mais je les ai appréciées par analogie. »

M. Robert. Je ne trouve pas la question résolue ainsi, puisque, de son propre aveu, M. Ricord n'a point assez positivement constaté l'existence des tumeurs gommeuses dans les poumons.

M. Ricord s'empresse de dire que si, bien certainement, il a vu des tumeurs gommeuses, mais non chez le malade qui fait le sujet de cette discussion.

M. Robert demande au moins une description des tumeurs gommeuses du poumon. Elles forment, selon lui, une espèce de bourbillon comparable à celui des affections furonculeuses, et qui doit être éliminé par la masse plastique. Il en résulterait donc des cavités, et par conséquent une guérison qui ne serait pas aussi prompte.

M. Ricord répond que la rapidité de la guérison prouverait déjà l'existence de la tumeur gommeuse. Celle qui se trouve, dans le poumon comme ailleurs, se développe dans le tissu cellulaire, et offre toujours les mêmes caractères. C'est d'abord un petit noyau, qui s'accroît et se durcit; sa coloration est d'un gris-foncé, puis, sans travail d'énucléation, il se ramollit, se fend du centre à la circonférence, non point par suppuration; il a de la tendance à contracter des adhérences extérieures; et la tumeur se vide, non par un bourbillon, ni par un seul tout, mais par une sorte de détritus organique. La maladie, une fois attaquée, passe enfin à la guérison la plus rapide; rien, sous ce rapport, n'est plus prompt en pathologie; et pourquoi n'en serait-il pas là, dans le poumon, comme il en est ailleurs, en raisonnant par analogie? N'a-t-on pas vu dans l'anatomie pathologique du poumon une foule d'altérations qui restent inexpliquées?

M. Huguier, faisant remarquer que la question a été déplacée, reconnaît cependant que ce que M. Ricord vient de dire a beaucoup de vérité; mais lui aussi, comme M. Robert, a souvent bien étudié la tumeur gommeuse. Dans le principe, elle n'est en, effet, qu'une induration chronique du tissu cellulaire; mais plus tard la désorganisation s'en empare et même la gangrène, dont l'élimination représente une sorte de bourbillon. M. Huguier enfin admet et a vu la rapidité extrême de la guérison par l'iodure de potassium.

— La discussion est close et la séance levée à cinq heures et demie.

(1) M. Larrey a vérifié depuis l'exactitude des faits dont il n'avait conservé qu'un souvenir incertain, et il a constaté, d'après la thèse de M. Erhmann, que, dans les seize cas rapportés par lui, presque toujours les signes avaient été obscurs, inappréciables, et que la mort, ordinairement subite, avait *toujours* démontré, à l'autopsie, *la disposition pédiculée des polypes.*

Correspondance.

Quelques jours après la publication de la lettre de M. Chevalier, nous reçûmes de notre honorable confrère M. Raphaël une réponse que sa forme un peu acerbe nous engagea à ne point publier, M. Raphaël nous laissant d'ailleurs la faculté de l'insérer ou de ne pas l'insérer. Mais depuis que nous avons reçu cette réponse, de nouvelles circonstances se sont présentées, qui ont porté M. Raphaël à en réclamer instamment la publication *textuelle.* C'est donc d'après ses invitations pressantes et réitérées que nous publions aujourd'hui la lettre suivante, dont l'auteur a formellement refusé de modifier la forme.

Monsieur et très honoré confrère,

Vous répondrez, si vous le voulez, à M. le docteur Chevalier, que je méprise trop une lettre qui commence par un mensonge (comparez la première phrase de l'article de M. Chevalier avec le passage de la *Gazette des Hôpitaux* du 19 juillet, où il dit l'avoir lue, et vous en aurez la certitude), qui se continue par de sales suppositions sur mes connaissances anatomiques (M. le docteur Chevalier n'a jamais eu une seule conversation médicale avec moi), et qui se termine par une piteuse insolence (M. le docteur Chevalier, son beau-père M. Dorez, et moi, nous exerçons dans le même pays), pour qu'elle ait fixé mon attention au delà du temps qu'il m'a fallu pour la lire, d'autant mieux qu'au fond elle ne soulève qu'une misérable question de priorité, que je n'ai jamais eu l'intention de disputer à qui que ce soit. Tout ce que j'ai dit et écrit à ce sujet en fait foi. J'ai toujours dit et écrit *je pense*, et non pas *je pense le premier; je suis le seul qui aie la conviction que...* Quand M. le docteur Chevalier me fera *de bonne foi et poliment de sérieuses objections sur mes opinions en médecine*, je pourrai peut-être lui répondre. Hors de là, sur le terrain de l'impertinence et du mensonge, je lui donne tout à fait raison, et le couvre de tout mon mépris. Vous avez d'ailleurs vous-même bien jugé cette lettre sous un autre rapport.

Je me propose de vous envoyer prochainement la séméiologie du choléra, et quelques considérations sur la nature rhumatismale; en les publiant dans votre excellent journal, vous m'aiderez à prouver à M. le docteur Chevalier que je ne suis point arrêté par ses accusations. D'autres que moi peuvent avoir publié déjà depuis longtemps ce que je vous écrirai, je ne le leur contesterai point; mais ils me pardonneront sans doute d'avoir pu penser comme eux sans avoir lu leurs ouvrages.

Agréez, etc. G. Raphael.

Provins, le 10 septembre 1849.

P. S. Il est faux que j'aie jamais placé le siége du choléra à la fois dans la moelle épinière et dans le trisplanchnique. Je l'ai toujours mis dans la moelle épinière seulement.

Depuis la lettre de M. le docteur Chevalier, j'ai pu m'assurer que M. Foy parle d'une douleur entre les omoplates; mais je puis certifier que les cholériques, au moins tous ceux que j'ai vus, n'accusent point de douleur entre les omoplates, quand on leur demande s'ils souffrent dans le dos. Ils ne ressentent de souffrances que par la pression des apophyses épineuses des vertèbres dorsales des deux, trois ou quatre premières. Cette douleur, qui naît par la pression, est-elle la même que celle que M. Foy dit exister entre les omoplates, puisqu'il n'ajoute pas qu'il faut comprimer les apophyses épineuses pour les développer?

Marseille, où le choléra fait de 70 à 80 victimes par jour, nous donne une nouvelle preuve des tristes fruits que portent les idées de contagion. Voici la proclamation que le préfet des Bouches-du-Rhône s'est vu dans la nécessité d'adresser à ses administrés.

HABITANTS DES BOUCHES-DU-RHÔNE!

Des bruits alarmants ont été répandus dans le département sur la situation sanitaire de Marseille. Dans cet état de choses, c'est un devoir pour l'administration d'éclairer l'opinion publique.

Je n'ai rien à vous dire des absurdes accusations d'empoisonnement qui ne manquent jamais de se produire en pareille occasion. De si odieuses calomnies ne se réfutent pas. D'ailleurs le bon sens de notre excellente population en a fait complétement justice.

Un danger plus sérieux est celui de la peur. Vous devez d'autant moins vous laisser aller à des craintes irréfléchies, que rien jusqu'à ce jour ne les justifierait. Croyez-en la voix de vos administrateurs. Ils ne voudraient pas vous inspirer une fausse sécurité, dont ils reconnaissent le péril; et s'ils cherchent à vous rassurer, c'est en vous disant la vérité sans réticence.

Le choléra ne présente pas en 1849 la violence qu'il a montrée en 1832. Dès les premières atteintes, l'art du médecin a lutté contre lui souvent avec avantage. S'il a semblé parfois retrouver sa funeste énergie, la raison en a presque toujours été soit un écart de régime, soit une émotion violente, soit quelques autres causes exceptionnelles. A tout prendre, je l'affirme, le fléau est moins terrible que par le passé. Quand le mal se présente avec ces caractères, les recommandations de la science acquièrent une valeur nouvelle.

Le conseil d'hygiène et de salubrité du 1[er] arrondissement vient d'en résumer les indications dans une instruction précise que je m'empresse de porter à votre connaissance. Elle servira, je l'espère, à conjurer le fléau ou à en diminuer les effets.

Courage et confiance, chers concitoyens! Ecoutons les leçons de l'expérience, mettons à profit ses enseignements, et, Dieu aidant, nous verrons bientôt le mal s'affaiblir et disparaître.

Marseille, 11 septembre 1849.

Le conseiller de préfecture, préfet par intérim,
C. Dunoyer.

NOUVELLES.

Le journal anglais le *Globe* cherche à se consoler par la singulière statistique suivante de la fâcheuse mortalité qui règne en ce moment à Londres:

« Le chiffre des décès enregistrés à Londres, la semaine dernière, a été de 3,183, ce qui est équivalent à 454 décès par jour, 19 par heure, 1 par 3 minute. Le *Globe* fait à ce sujet les calculs suivants: ceci peut paraître très alarmant aux lecteurs; mais il ne faut pas perdre de vue que Londres et les districts environnants renferment une population de près de 3 millions d'âmes. Si cette population était placée à la file, à une distance de 14 mètres, elle occuperait 25,000 milles, ou plus que la circonférence du globe. De telle sorte que s'il mourait une personne toutes les trois minutes, et en portant à 1,000 le nombre des naissances par semaine, il faudrait 26 ans avant que la population de Londres fût éteinte. »

— Le choléra continue à exercer ses ravages en Gallicie. Le fléau a atteint dans dix cercles 202 localités, 5,069 individus, dont 2.189 ont guéri, 2,279 ont succombé, et 1,201 étaient encore en traitement à la fin du mois dernier.

— On lit dans le *Courrier de Louvain* (Belgique):

« Le choléra a encore sévi la semaine dernière avec autant d'intensité que la semaine précédente. Il y a eu 23 naissances et 65 décès, 46 de plus qu'en temps ordinaire. La semaine dernière, il n'y avait que 64 décès et 20 naissances. Enfin, depuis l'invasion de l'épidémie (du 8 juillet au 15 septembre), il y a eu 177 naissances et 615 décès.

Le nombre des décès du 31 décembre 1848 au 15 septembre 1849 s'élève déjà à 1,075; pendant toute l'année 1848 il n'y avait eu que 932 décès. La différence pour cette année est donc déjà de 143. Nous apprenons avec une vive satisfaction que l'épidémie cholérique qui sévissait depuis quelque temps avec beaucoup d'intensité à Tervueren, a pour ainsi dire disparu et qu'il n'y a plus que quelques cas. Malheureusement, il n'en est pas de même à Héverlée, où la maladie sévit en ce moment avec beaucoup d'intensité. »

— A Malines, le choléra touche à sa fin; depuis plusieurs jours, il n'y a eu que quelques cas isolés sans gravité.

— M. le docteur Lachaise, à peine de retour de la mission que lui avait confiée M. le ministre de l'agriculture et du commerce pour le département de l'Yonne, vient d'être invité par le même ministre à se rendre immédiatement à Epernay, où le choléra sévit avec intensité. M. Lachaise est reparti de suite. C'est la troisième mission qu'il remplit sans prendre aucun intervalle de repos. La première lui avait été confiée par M. le ministre des travaux publics; les deux dernières par M. le ministre du commerce. On ne saurait donner trop d'éloges au courageux dévouement dont M. Lachaise fait preuve, si surtout l'on se rappelle que, pendant les deux premières missions, il a encore trouvé le temps de faire parvenir à l'Académie des travaux intéressants.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 27 SEPTEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 113.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 26 SEPTEMBRE 1849.

Bulletin du choléra.

Le nombre des admissions dans les hôpitaux a éprouvé depuis deux jours une légère augmentation; du chiffre 4, auquel elles étaient descendues dimanche dernier, elles ont atteint 10 avant-hier et 12 hier.

Les hôpitaux militaires, qui n'avaient reçu qu'un cholérique samedi et dimanche, en ont reçu 4 depuis deux jours. Mais ces chiffres, toujours très peu élevés, ne doivent être considérés que comme une de ces fluctuations qui s'observent constamment avant la disparition complète des maladies épidémiques; ils ne sauraient en rien diminuer l'espoir qu'on a de voir l'épidémie disparaître prochainement.

En ville, la mortalité n'a éprouvé aucune augmentation; elle a été de 12 avant-hier et de 9 hier. On se rappelle qu'elle avait atteint les chiffres 8 et 13 les deux jours précédents.

Nous continuons encore à faire cette triste remarque, que, malgré l'extrême diminution de l'épidémie, la gravité des cas reste toujours la même. Si l'on ne considérait que les hôpitaux militaires, cette gravité serait même de beaucoup augmentée; car jamais la mortalité n'y a été proportionnellement aussi grande.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

	Entrées.	Décès.
HOPITAUX CIVILS : Journée du 24 septembre...	10	5
— 25............	12	8
HOPITAUX MILITAIRES pendant les deux jours.....	4	3
Total..................	26	16

Total des décès dans les hôpitaux..............	7943
Total des décès à domicile jusqu'au 15 septembre..	10812
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie..........................	18755

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie de Médecine fait pendant ces vacances un honorable contraste avec celle des Sciences. Pendant que cette dernière commence la lecture de son procès-verbal en présence de huit ou dix membres, dont le nombre atteint avec peine vers la fin de la séance le chiffre de vingt à vingt-cinq, l'Académie de la rue de Poitiers voit ses bancs presque entièrement occupés. Nous aimons à proclamer un zèle aussi louable, mais qui le serait encore davantage si les académiciens se contentaient un peu moins de faire acte de présence, et s'ils apportaient un peu plus souvent des rapports sérieux ou des travaux originaux. Quant à bier cependant, nous n'avons pas eu à nous plaindre du zèle des académiciens. Un rapport de M. Fr. Dubois sur la mission que M. le ministre de l'instruction vient de confier à M. Daremberg et deux lectures de MM. Bally et Castel, c'était plus qu'il n'en fallait pour remplir la séance.

M. Dubois a su donner à un projet d'instruction, qui ne pouvait être en quelque sorte qu'une consultation scientifique, une couleur littéraire qui lui a valu un murmure approbateur bien prononcé de la part de l'Académie. Nous ne pouvons que nous joindre à M. Dubois et à l'Académie elle-même pour encourager les efforts soutenus de M. Daremberg, qui continue à secouer avec un courage inébranlable la poussière de toutes les bibliothèques pour y découvrir quelques dissertations, quelques phrases, quelques mots inédits de nos maîtres les anciens. Nous remercierons aussi, avec l'Académie, le ministre éclairé qui consacre une partie des fonds dont il peut disposer à utiliser les connaissances de M. Daremberg; mais en même temps nous rappellerons à ce ministre et à l'Académie elle-même qu'il est des missions non moins utiles que réclame l'intérêt de la science; ce sont celles qu'on pourrait confier à des médecins voyageurs. Déjà l'Académie a émis quelques vœux touchant une pareille institution; nous lui reprocherons de manquer un peu de persévérance. Lorsqu'on manifeste un intérêt aussi marqué et fort louable d'ailleurs pour l'histoire de la science, on ne saurait rester indifférent à l'intérêt de la science elle-même.

A M. Dubois ont succédé MM. Castel et Bally, les deux académiciens par excellence pour leur zèle et leur dévouement à la science; s'ils ont un tort, c'est d'être un peu trop poétiques à une époque où l'on s'attache avant tout à l'observation rigoureuse du fait. L'Académie néanmoins a écouté avec recueillement leurs dissertations, et a applaudi au bon exemple que ces deux honorables vétérans donnent à leurs successeurs.

M. Hutin a clos la séance par la présentation de pièces pathologiques fort intéressantes relatives à une hypertrophie concentrique du cœur, et à une destruction partielle très curieuse de la partie inférieure de la moelle.

Nous ne devons pas terminer cette revue sommaire sans mentionner la seconde partie de l'histoire de l'épidémie cholérique de Château-Chinon par M. Vallat. Cette seconde partie est tout à fait digne de la première, et se fait remarquer par la précision des détails, par la sévérité d'esprit avec laquelle ils sont coordonnés; M. Vallat continue à se montrer dans sa nouvelle communication un des correspondants les plus distingués de l'Académie. Nous avons constaté avec plaisir que notre honorable confrère se défend du reproche que nous lui avons adressé d'avoir voulu imposer pour limites méridionales au choléra le parcours de la Loire. Il n'a fait, dit-il, que constater que cette limite était celle qui existait au moment où il a écrit. M. Vallat a commis ici une petite erreur. Outre que le fait qu'il mentionnait aurait eu assez peu d'importance, il n'était pas exact, même au moment où il écrivait, car le choléra avait déjà franchi à cette époque le fleuve en question.

Concours pour le Bureau central des hôpitaux et la place d'aide d'anatomie.

Il vient de se produire dans le concours actuel pour le Bureau central des hôpitaux une complication sur laquelle nous avons, jusqu'à présent, gardé le silence pour un motif que l'on appréciera facilement. Aujourd'hui que cette complication va sans doute devenir l'objet d'une réclamation et peut-être d'un débat public, toute réserve devient inutile, ou plutôt ne pourrait être que nuisible aux intérêts de la justice.

Voici les faits :

L'affiche qui annonçait l'ouverture d'un concours de médecins pour le Bureau central des hôpitaux fixait à deux le nombre des places qui seraient données. La liste d'inscription des candidats était close; plusieurs épreuves même avaient été subies, lorsque l'administration annonça l'intention de donner trois places au lieu de deux, sous prétexte d'éviter les frais d'un nouveau concours prochain. Le jury du concours accepta cette condition, et, dans la prévision où elle viendrait à se réaliser, conserva, pour subir les épreuves ultérieures, deux candidats qui auraient dû être éliminés dans le cas où il n'y aurait eu que deux places à donner.

En présence de pareils faits, on ne sait guère de quoi il faut s'étonner le plus, ou du sans-façon avec lequel l'administration traite un acte aussi grave qu'un concours d'où dépend souvent l'avenir d'hommes qui ont passé quinze ou vingt ans de leur vie à s'y préparer, ou du phlegme complaisant avec lequel tout un jury MÉDICAL accepte une pareille violation des contrats. Ce n'est que dans des affaires médicales que de semblables faits peuvent être observés, qu'ils peuvent se passer sans soulever l'opposition unanime du corps intéressé à ce que toutes les conditions du concours s'exécutent loyalement. Est-il nécessaire de montrer en quoi la nouvelle condition imposée par l'administration lèse les droits, la justice, manque aux premières exigences de loyauté? Nous regretterions profondément d'y être contraint. L'illégalité sautera aux yeux de tout le monde; il suffit que les conditions énoncées dans l'affiche, conditions qui constituent un véritable contrat, ne soient point exécutées, pour que l'illégalité soit flagrante, tellement flagrante même, que nous ne comprenons pas, nous le répétons, qu'un jury composé de médecins arrivés eux-mêmes par le concours ne se soit pas formellement refusé de s'en rendre complice.

Et cependant, non-seulement ces médecins se sont associés à cette illégalité, mais encore ils semblent devoir se faire les promoteurs d'une illégalité pareille à la Faculté. Il y a quelque temps, une place d'aide d'anatomie a été mise au concours. Un concurrent de beaucoup de mérite, et ayant des titres antécédents considérables, s'étant présenté, plusieurs autres concurrents distingués renoncèrent à se faire inscrire, ne voulant point entrer dans une lutte qu'ils considéraient comme trop inégale. Mais voilà qu'au moment où la liste d'inscription est close, la Faculté déclare qu'elle donnera deux places au lieu d'une. Ainsi des jeunes gens de mérite et qui travaillent sérieusement depuis trois ou quatre ans pour un concours, qui ont renoncé pour un motif honorable à ce concours parce que les chances ne leur paraissaient pas favorables, se voient privés du droit de concourir alors que ces chances deviennent meilleures par suite d'une nouvelle condition introduite postérieurement à la clôture de la liste d'inscription. Nous aimons à croire que la loyauté bien connue de M. Bérard ne permettra pas une telle illégalité, qui serait une première tache à son décanat.

Quant à ce qui s'est passé dans le concours pour le Bureau central, nous croyons savoir que les concurrents, même ceux à qui pourrait profiter l'illégalité, se proposent de réclamer. S'il y a une vraie justice en France, nous ne doutons pas qu'il ne soit fait droit à leurs réclamations. Dans tous les cas, l'appui de la presse ne leur fera pas défaut.

Opération césarienne vaginale pratiquée avec succès, pour un cas d'occlusion congénitale du vagin faisant obstacle à l'accouchement;

Par M. MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital Cochin.

Nous devons à l'obligeance de M. Maisonneuve la communication d'un fait extrêmement intéressant d'occlusion du vagin faisant obstacle à l'accouchement, et pour lequel cet habile chirurgien pratiqua l'opération césarienne vaginale par un procédé aussi simple qu'ingénieux.

Lorsqu'on songe à l'excessive rareté, dans notre climat, des guérisons à la suite d'opérations césariennes; lorsqu'on songe que, dans les hôpitaux de Paris en particulier, on n'a pu encore obtenir un seul succès depuis soixante ans, on ne peut se défendre du vif désir de voir mettre en usage une autre méthode opératoire que celle généralement mise en usage. Nous croyons donc que le procédé que M. Maisonneuve a imaginé pour un cas spécial pourrait être essayé pour les cas où on applique ordinairement l'opération césarienne.

Voici l'observation qui nous est transmise par notre honorable confrère.

Dans la nuit du 11 au 12 septembre 1849, M. Maisonneuve fut appelé par le docteur Colson, de La Chapelle-Saint-Denis, pour une jeune femme primipare en travail depuis vingt-quatre heures, et chez laquelle existait un vice de conformation remarquable du vagin. Cet organe, dont la disposition était parfaitement normale dans ses quatre cinquièmes inférieurs, se terminait en cul-de-sac au lieu de se continuer avec l'utérus.

En présence de cette anomalie singulière, M. Maisonneuve dut procéder à un examen minutieux, et voici ce qu'il reconnut :

La vulve et les quatre cinquièmes inférieurs du vagin étaient dans les conditions ordinaires; rien dans leur aspect ne pouvait faire soupçonner un vice de conformation. A 10 centimètres environ de profondeur, le vagin se terminait en cul-de-sac. Le fond de ce cul-de-sac était lisse, sans anfractuosités, ni saillies, sauf un point, vers le côté gauche, où l'on découvrait une petite dépression capable de loger à peine un grain de millet. Les tissus qui formaient ce cul-de-sac paraissaient denses et résistants; leur épaisseur, assez difficile à apprécier rigoureusement, ne semblait pas moindre de trois ou quatre lignes. A travers ces tissus épais et durs, le doigt reconnaissait assez bien la tête d'un fœtus, sans toutefois en pouvoir apprécier les détails, et sans pouvoir déterminer sa position. Une sonde introduite dans la vessie constata que cet organe était vide, et qu'il était revenu sur lui-même. En introduisant un doigt dans le rectum et un autre dans le vagin, on suivait facilement la paroi recto-vaginale, lorsqu'au ni-

veau du cul-de-sac on reconnaissait un espace de 2 à 3 lignes de hauteur, distendu par la tête du fœtus; puis, un peu plus haut, on trouvait un bourrelet mollasse, qui séparait le doigt de la tête de l'enfant, et que l'on reconnaissait pour la lèvre postérieure du col.

D'après ces faits, il était évident que le vagin était fermé dans sa partie supérieure, que cette occlusion était formée par une cloison épaisse, au-dessus de laquelle existait encore une petite portion du canal; que la tête du fœtus avait dilaté le col, qu'elle l'avait même franchi en partie, et qu'elle distendait la portion du vagin supérieure à la cloison.

Une fois le diagnostic établi, l'indication était simple; il s'agissait d'inciser la cloison; mais l'exécution ne laissait pas que d'être délicate. Voici comment y procéda M. Maisonneuve:

Avec son index droit porté dans le vagin jusqu'au fond du cul-de-sac, il reconnut d'abord la petite dépression, qu'il soupçonnait être l'entrée de l'orifice par lequel la fécondation s'était opérée. Glissant ensuite sur ce doigt une sonde cannelée très fine, il parvint à l'introduire dans cet orifice; puis, par une pression légère, il la fit cheminer lentement. Bientôt on put reconnaître, à la direction qu'elle prenait, à la profondeur à laquelle elle avait pénétré, et à la facilité avec laquelle on put faire mouvoir sa pointe, qu'elle était arrivée dans l'utérus, au-devant de la tête de l'enfant. Fixant alors avec sa main gauche le pavillon de la sonde, M. Maisonneuve glissa dans sa cannelure un lithotome double, avec lequel il incisa largement la cloison fibreuse. Une petite quantité de liquide amniotique s'écoula aussitôt. Portant ensuite les doigts index droit et gauche dans l'incision, il la dilata violemment, de manière à pouvoir y passer librement quatre doigts; il fut alors facile de reconnaître la position occipito-cotyloïdienne droite du fœtus. Il eût été possible de terminer immédiatement l'accouchement au moyen du forceps; mais il parut plus convenable à M. Maisonneuve de laisser agir la nature, afin que la dilatation des parties lacérées s'opérât plus graduellement et avec moins de danger.

En effet, le travail, qui n'avait pas été interrompu un seul instant, continua comme dans l'état normal. Des douleurs vives se manifestèrent au moment où la tête s'engagea dans la portion rétrécie du vagin; mais elles cessèrent bientôt quand l'accouchement fut terminé par la naissance d'un enfant bien conformé.

Les suites de cet accouchement n'ont rien présenté de remarquable, si ce n'est un endolorissement général dans l'intérieur du bassin, une suppuration plus abondante que de coutume. Tout cependant est rentré dans l'ordre, et aujourd'hui, 23 septembre, onze jours après l'accouchement, la femme commence à se lever et l'enfant vient bien.

Remarques sur la diathèse d'oxalate de chaux et sur son traitement.

Par le docteur Ch. FRICK, de Baltimore.

Les observations et les remarques qui suivent se rapportent à un point de pathologie et de thérapeutique, sujet aujourd'hui un peu négligé en France et qui mérite cependant toute l'attention des praticiens; il est probable qu'après avoir lu ces observations ils trouveront plus d'une fois l'occasion de mettre en pratique les principes thérapeutiques qui en découlent.

Durant l'année dernière, nous avons consacré une partie considérable de notre temps à l'examen de la sécrétion urinaire, et nous y avons trouvé, pour bon nombre de cas, un moyen d'établir le diagnostic là où tout autre moyen avait échoué. Dans neuf ou dix de ces cas, la présence de l'oxalate de chaux formait le principal caractère de l'affection; et nos observations, en complétant ce qui a déjà été écrit sur ce sujet, montreront les importantes ressources que l'examen de l'urine présente souvent pour le diagnostic.

La présence fréquente de ce sel dans l'urine, sur un nombre d'observations comparativement limité, nous a conduit à conclure que c'est là le dépôt anormal le plus commun de ceux qui réclament un traitement décidé, et en même temps l'une des plus importantes de toutes les affections urinaires. Importante d'abord à cause de l'obscurité de son diagnostic; car, dans tous les cas qui se sont présentés à nous, ou bien on s'était mépris et les malades avaient été traités pour d'autres maladies, ou l'on avait eu recours à l'examen microscopique de l'urine, seulement en désespoir de cause, et parce qu'on ne pouvait pas se rendre compte de l'origine des symptômes. Elle n'est pas moins importante relativement au traitement, car tous nos malades ont été ou guéris ou grandement soulagés par l'emploi des remèdes convenables. Nous sommes heureux d'ajouter ici le témoignage de notre expérience à celle bien autrement étendue du docteur Golding Bird pour établir la grande fréquence de la maladie et la facilité comparative de la guérison.

Les symptômes les plus saillants sont tous caractérisés par une grande dépression nerveuse; et l'aspect général et l'expression du malade conduisent à soupçonner, à la première vue, qu'il souffre de pertes séminales.

Caractères de l'urine. — Dans aucun cas nous n'avons pu distinguer à l'œil nu l'oxalate de chaux, et nous l'avons généralement trouvé également disséminé par tout le vase sans jamais se réunir de manière à former un dépôt. Toujours, un seul cas excepté, il y avait au fond du verre un sédiment formé soit d'écailles épidermiques, soit d'urate d'ammoniaque, et nous avons été conduit une fois à soupçonner la présence de l'oxalate par la quantité extraordinaire de ces écailles épidermiques. La pesanteur spécifique de l'urine était à peu près, en moyenne, la même que celle de l'urine saine, et les réactifs la montraient acide, hormis dans un cas où elle était neutre. L'urée et les phosphates étaient presque invariablement en excès, tandis que l'acide urique faisait défaut; et vers la terminaison, en même temps que l'oxalate disparaissait, dans deux cas nous remarquâmes la présence de quelques cristaux triples de phosphate, et dans trois l'apparence d'acide lithique en forme de rectangles; dans un cas, ce dernier était en abondance considérable.

Des échantillons d'urine rendue à différentes périodes de la journée contenaient l'oxalate en proportions variables; quelquefois il manquait tout à fait, et la plus grande quantité se trouvait généralement dans l'urine rendue avant de se mettre au lit. Les cristaux, observés au microscope avec un grossissement de 250 diamètres, différaient et de grandeur et de forme. La variété la plus commune était celle de deux pyramides unies par la base, chaque base représentant un carré dont les côtés étaient égaux à la hauteur de la pyramide; ces côtés variaient en longueur d'un tiers de ligne à trois lignes. Les cristaux étaient ordinairement du même volume dans le même échantillon; mais souvent ils différaient d'un jour à l'autre chez le même individu. La variété la plus fréquente ensuite était la cloche fermée (*dum bell*), d'une longueur de 2 à 4 lignes, avec les côtés beaucoup moins concaves que ceux figurés par Golding Bird; quelquefois, comme modification de la forme, la cloche était entourée par un ovale, et l'intervalle entre l'ovale et la cloche offrait une couleur noire. Venait ensuite, comme troisième variété, un ovale brun de la même grandeur que le précédent, avec un carré transparent occupant le milieu et la moitié de sa surface. Nous en avons également observé d'autres qu'il serait difficile de décrire sans planches, mais qui étaient toujours des modifications des deux dernières variétés.

Dans tous les cas, les malades étaient ou avaient été sous l'influence de quelque forme de dyspepsie, dont la formation de l'oxalate de chaux semblait être la conséquence; et en fait, l'oxalurie devrait être considérée plutôt comme un symptôme d'une forme de dyspepsie que comme une maladie à part. Le docteur Bird a, du reste, si bien expliqué l'origine probable et la formation de ce sel, qu'il serait hors de propos d'y revenir après lui. Nous remarquerons seulement que deux de nos malades (nous regrettons que tous n'aient pas été interrogés à cet égard) se plaignaient de n'avoir jamais pu manger de tomates (*tomatoes*) sans ressentir une aggravation des symptômes. On sait pourtant que c'est là un des aliments les plus faciles à digérer; mais il contient une quantité considérable d'acide oxalique qui, bien qu'aisément éliminé dans une économie saine, peut bien ne l'être pas autant quand l'organisme en est déjà surchargé.

Les accidents que produit la présence de l'oxalate de chaux sont presque innombrables. Nous avons vu chez un malade du docteur Bucklers, une *fraîcheur d'août*, *August cold*, comme on l'appelle, qui revenait depuis longtemps chaque année, presque le même jour, coïncider avec de grandes quantités d'oxalate de chaux dans l'urine, et être promptement enlevée par le traitement approprié. Ne se pourrait-il pas que beaucoup de ces fraîcheurs reconnussent une pareille cause, et que leur apparente périodicité fût la conséquence de l'ingestion de l'acide oxalique contenu dans divers aliments qui sont alors de saison, particulièrement les tomates? Nous avons vu aussi l'oxalate de chaux associé avec une névralgie faciale, qui disparut rapidement par l'emploi de l'acide nitro-muriatique; et dans deux des observations qui suivent, l'un des symptômes les plus tranchés était la névralgie de la cinquième paire. On verra aussi, dans l'observation IV, une amaurose coïncidant avec la présence de ce sel, et s'améliorant à mesure qu'il diminuait dans l'urine.

Mais les symptômes les plus frappants de cette diathèse ont trait aux dérangements du système nerveux. Tous les malades accusent une dépression insolite des forces, du dégoût pour la société, un hébétement physique et morale; souvent avec un sentiment de malaise général sans aucune douleur nettement localisée. Dans la plupart des cas il y a des phénomènes de dérangement gastrique, tels qu'une sensation d'oppression après les repas, de la constipation, la langue chargée avec élargissement des papilles; mais ces symptômes ne sont pas constants. En règle générale, il n'y a point de trouble particulier du côté des organes urinaires; de temps à autre de la douleur dans les reins, de l'irritabilité dans la vessie, de la douleur dans la micturition; mais, sauf dans un seul cas, ce n'étaient pas les symptômes saillants. L'émaciation est loin d'être constante, et nous n'avons observé dans aucun cas la coloration verdâtre de la peau dont parle le docteur Prout.

Il serait superflu de s'étendre davantage sur ces symptômes, le docteur Bird n'a rien laissé à désirer à cet égard.

Toutes les observations qui ont servi de base à ce travail ne se sont pas présentées dans ma propre pratique; j'en dois plusieurs à mes amis, et les observations II et III appartiennent à la pratique du docteur Power.

La première est un cas de *gastrite folliculaire coïncidant avec la présence de l'oxalate de chaux.*

Obs. I. — Ashby Carter, mulâtre, âgé de quarante-deux ans, barbier de profession, marié et père de famille, examiné le 29 janvier 1848. Il est de très haute taille, notablement amaigri, et dit qu'il ne se trouve pas bien depuis huit ou dix ans, souffrant principalement d'une débilité musculaire. Il a eu pendant ce temps diverses attaques de ce qu'il appelle une dyspepsie, qui l'obligeait à suspendre ses occupations durant une à trois semaines. Il n'a jamais rien aperçu de particulier dans son urine, et n'a jamais eu de maux de reins.

Depuis le mois de novembre dernier il avait décliné par degrés, et actuellement il gardait la chambre depuis trois semaines. Son attitude générale était affaisée, l'expression de la face anxieuse. Il toussait beaucoup et accusait de la douleur en différents points de la poitrine, sans aucuns signes physiques d'une affection organique. Il souffrait beaucoup d'une névralgie de la branche supérieure de la cinquième paire, qui dans ces derniers temps ne l'avait quasi pas quitté. Grande débilité musculaire, pas de repos, incapacité pour pour tout excercice intellectuel. La langue humide et naturelle, mais les papilles fort élargies et rouges; à la racine de la langue on en voit plusieurs aussi grosses que du plomb de canard. Bon appétit, mais la plupart des aliments amènent du malaise après le repas; le ventre habituellement gonflé de gaz et constipé. Il y a un peu de douleur vers les reins, et une irritabilité presque constante de la vessie l'oblige à se lever trois ou quatre fois par nuit.

Un échantillon de l'urine offrait l'aspect normal; sa pesanteur spécifique était de 1,031; en la tenant devant la lumière, on y apercevait un léger nuage; l'urée et les phosphates y étaient en proportions normales, l'acide urique en défaut; une goutte, placée sous le microscope, laissa voir une quantité inaccoutumée d'écailles épidermiques avec de rares cristaux d'acide urique. Supposant, d'après la grande quantité des écailles d'épiderme, qu'il pouvait y avoir de l'oxalate de chaux, on soumit l'urine à un examen attentif, mais sans pouvoir y découvrir de cristaux de ce sel.

On recommanda alors au malade de réunir toute l'urine qu'il rendrait dans les vingt-quatre heures suivantes, et en en examinant une goutte au microscope, on y trouva des quantités considérables d'oxalate en cristaux figurant une pyramide double de grandeur différente, la longueur de la base variant d'un huitième de ligne jusqu'à 3 lignes. On chercha à calmer l'irritation de l'estomac avec un régime farineux. — Oxyde d'argent, 1/2 grain, fiel de bœuf, 3 grains. Mêlez, trois fois par jour.

Le 2 février, un peu d'amélioration; la nourriture est mieux supportée; les selles sont régulières. L'urine reste la même. — Mêmes prescriptions; acide nitro-muriatique dans une infusion de gentiane.

Le 10, l'acide était si mal supporté, qu'il a été obligé d'en discontinuer l'usage après quelques doses. L'aspect de la langue est meilleur, mais la faiblesse est toujours grande. L'urine contient toujours la même quantité d'oxalate de chaux. — On prescrit un peu de nourriture animale, et on prescrit de nouveau l'acide dans une infusion de houblon au lieu de gentiane.

Le 2 mars, le malade se trouve beaucoup mieux; il est sorti de sa chambre la semaine dernière. Selles régulières, bon appétit; plus de malaise après les repas. Les douleurs névralgiques sont fort adoucies, et de même aussi l'irritabilité de la vessie. Les papilles linguales toujours très hypertrophiées. — Suspendre l'oxyde d'argent avec le fiel de bœuf; prendre l'acide deux fois par jour.

Le 4 avril, l'amélioration n'a pas cessé de faire des progrès. Le malade a gagné de l'embonpoint; il a repris ses occupations ordinaires et ne souffre plus de sa névralgie. L'urine offre les caractères suivants: l'urée et l'acide urique légèrement en excès, les phosphates en défaut. Au microscope, on aperçoit de rares cristaux isolés d'oxalate de chaux, avec un ou deux de phosphate triple.

Obs. II. — Le 22 février 1848, M. N., âgé de trente-six ans, homme de loi, fait remonter sa maladie à environ quatre mois, pendant lesquels il a été graduellement en déclinant. Après avoir été soumis quelque temps à l'influence des causes morales qui tendaient à déprimer le système nerveux, il trouva que sa digestion se faisait embarrassée, qu'il éprouvait du dégoût pour la société, et qu'il était incapable d'aucun exercice mental ou physique. Il y a quinze jours environ qu'à ces accidents s'ajoutèrent des attaques de vertige, et une débilité musculaire telle que parfois il faillit tomber subitement, et fut obligé d'emprunter un secours étranger pour retourner chez lui. Ce dernier symptôme s'est accru ces jours passés au point qu'il n'a pu sortir. Aujourd'hui il est dans l'état suivant:

Développement musculaire modéré, mais sans émaciation; la face pâle et abattue; la peau moite, froide et visqueuse; la langue légèrement chargée; anorexie complète, constipation; vertige au moindre exercice, pouls faible, douleur de reins et le long du trajet de l'urètre, particulièrement en urinant; dépression considérable des forces, parfaite inaptitude à appliquer son esprit même aux choses habituelles de la vie, découragement extrême.

Un échantillon d'urine donna le résultat suivant: elle était d'un rouge foncé, offrant au fond du vase un large et copieux dépôt jaune-blanchâtre, qui s'éclaircit en le faisant chauffer, et était formé d'urate d'ammoniaque. En examinant au microscope une goutte des couches les plus inférieures, on découvrit de nombreux cristaux d'oxalate de chaux de différentes formes: les plus abondants offraient de petites pyramides doubles à base carrée, ou encore des ovales aplatis de deux à trois lignes de longueur, de couleur noire, sauf un petit carré transparent à leur centre. Il y avait aussi quelques pyramides doubles d'un plus grand volume, et quelques cloches fermées, mais avec des côtés moins concaves que ceux figurés par Golding Bird dans son traité *On Urinary Diseases.* En addition à l'oxalate, se voyaient de grandes quantités d'écailles épithéliaques et quelques grains d'acide lithique. Les phosphates se déposaient dans la proportion ordinaire par l'addition d'ammoniaque; l'urée était en quantité plus grande, tandis que l'acide urique manquait presque entièrement. — Quelques doses de mass. mercur. avec le fer et la quinine.

Le 25 février, les symptômes sont à peu près les mêmes; on prescrit l'acide muriatique avec une infusion de camomille trois fois par jour.

Le 13 mars, il s'est trouvé mieux dès qu'il a commencé à prendre l'acide. Il va et vient, et se trouve en excellent état. Un échantillon d'urine montre l'urée et l'acide urique à l'état normal; quelques petits cristaux d'oxalate pareils aux premiers; mais en bien moindre quantité.

Le 21, il se trouve parfaitement bien; la peau et le teint à l'état normal; point d'oxalate dans l'urine, mais on y trouve quelques rares cristaux de phosphate triple.

Obs. III. — Le 2 mai 1848, M. N..., âgé de 24 ans, avocat, homme d'habitudes studieuses et d'une vie sédentaire, avait été mal portant pendant les trois derniers mois et craignait d'être atteint de phthisie, maladie héréditaire dans sa famille. Il est de complexion légère, fort maigre, la figure pâle et abattue. Il se plaint principalement d'une grande dépression des forces et d'inaptitude à tout exercice physique ou intellectuel. Bon appétit, digestion facile, selles régulières; aucun indice d'affection urinaire. La langue élargie et couverte d'un enduit blanc, crevassée au centre; les papilles rouges et élevées; la même condition des papilles se remarque dans l'arrière-gorge et autour de la luette. Il tousse de temps à autre, et accuse des douleurs névralgiques en différents points de la poitrine. L'exercice amène de légères douleurs de reins; le pouls à 96, faible. Aucun signe physique d'une affection de poitrine, et tout son extérieur conduisait plutôt à soupçonner des pertes séminales, bien que ce ne fût pas le cas.

Un échantillon d'urine rendue le matin offrait une couleur naturelle, une pesanteur spécifique de 1,028, une réaction acide et un léger dépôt floconneux. L'urée et les phosphates considérablement en excès; l'acide urique en défaut. Le dépôt consistait principalement en écailles épidermiques avec de grandes quantités d'oxalate de chaux sous forme de pyramides doubles à base carrée, dont les côtés paraissaient avoir 1 ligne de longueur. — Pr.: Acide nitro-muriatique dans une infusion de camomille trois fois par jour.

Le 25 mai, amélioration remarquable; ses craintes de la phthisie sont dissipées, mais il est toujours incapable d'exercice. On continue le traitement. L'urine a sa couleur naturelle, une pesanteur spécifique de 1,025 avec un dépôt floconneux au fond du vase. L'urée et l'acide urique en proportions presque normales. L'ammoniaque révèle un excès de phosphates, peut-être y a-t-il quelques traces de sucre; mais cela est douteux. Au microscope, la quantité d'oxalate de chaux est de beaucoup diminuée; à peine en aperçoit-on quelques cristaux, et les écailles épithéliaques sont aussi en moindre quantité. L'acide lithique toutefois se montre en abondance sous

forme de rectangles allongés et minces, s'entrecroisant au centre et formant des étoiles. — Pr. : Suspendre l'emploi de l'acide et prendre du phosphate d'ammoniaque.

Le 10 juin, il va de mieux en mieux, et n'a plus de dégoût pour la société. Le dépôt de l'urine ne contient uniquement que quelques écailles épithéliques.

Obs. IV. — Le 5 février 1848, M. N..., âgé de vingt-cinq ans, avocat, riche en muscles et en embonpoint, mais le teint pâle et la peau visqueuse, d'habitudes sédentaires, se présente avec les symptômes suivants : il était souffrant depuis quatre ans, accusant des sensations morbides obscures, que ses amis avaient regardées comme étant en grande partie imaginaires, et qui sans l'empêcher de sortir l'avaient rendu incapable de vaquer convenablement à sa profession. Il avait eu à diverses époques dans cette période une névralgie de la face occupant principalement la cinquième paire, de la douleur dans les lombes, un obscurcissement de la vision, une grande dépression des forces et de l'éloignement pour la société. Il avait aussi noté que son urine abondait à certains temps en un dépôt blanc-rougeâtre coïncidant avec l'aggravation des autres symptômes. Son père, pendant une longue période de sa vie, avait éprouvé quelques désordres du côté des voies urinaires, dont la nature exacte ne peut être indiquée.

Actuellement, le malade offre de la constipation et de l'anorexie, les mains sont froides et humides, de temps en temps une douleur névralgique et un sentiment de faiblesse aux lombes; dépression considérable des forces, éloignement pour la société, douleur le long de l'urètre en urinant avec quelque irritabilité de la vessie. Le pouls naturel, plutôt petit, la langue normale. Le symptôme qui l'afflige le plus toutefois est l'impossibilité de se servir de ses yeux au delà d'un temps très court, la vision devenant indistincte et troublée par des mouches volantes. Ce trouble de la vision l'a conduit à consulter plusieurs oculistes éminents, qui ont cru avoir affaire à une affection locale et l'ont traitée sans aucun bénéfice.

Un échantillon de l'urine rendue ce matin offre une couleur normale ; un léger dépôt membraneux en attendant quelque temps, une réaction faiblement acide, une pesanteur spécifique de 1,030 ; la quantité d'acide urique est moindre qu'à l'état normal, l'urée et les phosphates au contraire en excès. L'acide nitrique produit dans tout le liquide un nuage brun opaque, qui s'éclaircit en chauffant, et qui est probablement du mucus. Le dépôt du fond du vase, examiné au microscope, consiste en petits cristaux d'oxalate de chaux sous forme de pyramides doubles, en grande abondance, avec de copieuses quantités d'écailles épithéliques.

Le 7 mars, le malade a été hors de la ville depuis le premier examen, et n'a suivi aucun traitement. Les symptômes sont à peu près les mêmes; la douleur suivant le trajet de l'urètre s'accroît de temps à autre, et cela coïncide avec un accroissement des troubles de la vision. Il décrit cette douleur comme cuisante et brûlante, et comme devenant plus forte dans l'acte de la micturition.

Un échantillon de l'urine rendue cette nuit présente de l'urée en excès; une réaction décidément acide; une couche épaisse d'urate d'ammoniaque de couleur de crème est déposée au fond du vase. En la chauffant et en plaçant une goutte au foyer du microscope, on y découvre du premier coup de grandes quantités d'oxalate de chaux, sous forme de carrés d'une demi-ligne à une ligne de longueur à la base ; mais un peu d'attention montre bientôt que ce sont des pyramides doubles unies par leurs bases. — *Prescription*: Régime végétal et animal, en portions égales, simplement préparé; abstinence de liqueurs spiritueuses ; pilules avec fiel de bœuf, 2 gros ; oxyde d'argent, 1/2 gros pour 30 pilules, à en prendre une deux fois par jour ; acide nitro-muriatique 3 gros, dans une infusion de gentiane 6 onces, à prendre une cuillerée à thé après chaque repas, qu'on augmentera graduellement jusqu'à une cuillerée à bouche.

Le 13, les pilules purgent, et l'acide est mal supporté. On suspend les premières, et de même on ne donnera pas d'acide pendant quelques jours. Les symptômes restent les mêmes. L'urine contient, en addition à l'oxalate, quelques cristaux d'acide lithique déposés spontanément.

Le 30, l'acide préparé selon les proportions ordinaires irrite tellement l'estomac, qu'on l'a composé d'acide nitrique et muriatique en proportions égales, et on a substitué à la gentiane une infusion de houblon. Ce mélange a été pris pendant dix jours, et les symptômes se sont beaucoup améliorés. L'esprit est plus gai; la douleur urétrale a disparu ; la vision est beaucoup plus nette. On a réservé pour l'examen deux échantillons d'urine, différant quelque peu dans leur composition. Leur pesanteur spécifique moyenne est de 1,027. L'oxalate manque entièrement dans l'urine du matin, et se montre en fort petite quantité dans celle de la nuit. Absence d'écailles épithéliaques ; du reste, mêmes éléments que dans les échantillons précédemment examinés. — Même traitement.

Le 18 avril, le teint est plus naturel, et le malade se trouve mieux qu'il n'a été depuis deux ans. La vision est tellement améliorée qu'il s'en sert presque sans inconvénient. Il s'accuse de plusieurs contraventions de régime dans les dernières semaines, qui ont retardé le progrès de la cure.

Nous n'avons pas revu ce malade depuis ; preuve sans doute ou qu'il est guéri, ou que l'amélioration a encore augmenté.

Ce cas présente quelque obscurité sous certains rapports ; toutefois nous présumons que les symptômes saillants dépendaient de la présence de l'oxalate de chaux, d'après ce fait, que l'amélioration obtenue a coïncidé avec la disparition de ce sel dans l'urine.

Dans la majorité des cas qui se sont présentés à nous, l'affection a été comparativement bénigne, et dans tous le traitement a été éminemment heureux. Comme presque toujours le dérangement de l'estomac était évident, on a jugé généralement nécessaire de soumettre d'abord les malades à un traitement propre à le faire cesser. On a ainsi donné bientôt des sédatifs, tantôt le *massa hydrargyr.*, et dans deux ou trois cas le fiel de bœuf avec l'oxyde d'argent; mais dans aucun cas on n'a vu l'oxalate de chaux disparaître de l'urine sous l'influence de ces médicaments. L'acide nitro-muriatique, à la dose de 4 à 10 gouttes trois fois par jour, combiné avec quelque infusion tonique, a été employé dans tous les cas. Chez deux malades seulement il n'a pu être supporté, et on a remédié à cet inconvénient en y ajoutant une infusion de houblon. Le régime a été soigneusement réglé, composé à parties égales d'aliments végétaux et animaux simplement préparés ; les boissons stimulantes étaient proscrites; en même temps on insistait sur l'exercice, les bains, et les moyens usuels de l'hygiène. Nous avons ouï deux malades dire que l'acide agissait sur eux comme un anodin ; que fréquemment, quand ils souffraient d'une névralgie et d'un sentiment indéfini de malaise qui empêchait le sommeil, une seule dose de la potion leur procurait un soulagement des plus marqués pour un intervalle de quelques heures. Si ce soulagement n'était pas un produit de l'imagination, il n'aurait pu résulter que de l'action de l'acide sur l'oxalate de chaux ; et cette opinion ne nous paraît pas dépourvue de probabilité (1).

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 septembre 1849. — Présidence de M. Velpeau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Décès.

M. le Président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Dupuy, membre de la section de médecine vétérinaire.

Candidature.

M. Dronsart se porte candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

— La correspondance officielle se compose de deux lettres ministérielles avec envoi de deux remèdes secrets.

— La correspondance manuscrite comprend les communications suivantes :

Pathologie et thérapeutique du choléra.

1° M. le Dr Caben envoie une note dans laquelle nous trouvons les propositions suivantes :

M. Cahen s'étant soumis pendant six semaines à l'usage des préparations de bicarbonate de soude à haute dose, après ce temps, son sang « paraissait plus fluide et était plus rouge qu'à l'état normal ; il resta trente minutes sans se coaguler; la séparation du caillot et du sérum s'étant opérée, la sérosité se trouva trouble, opaline, abondante et très alcaline ; le caillot, rouge à sa surface, était, dans toute son épaisseur, très noir; il était mou, mal consistant, poisseux, semblable à de la gelée de groseilles mal préparée ; il ne présentait pas de traces de couenne inflammatoire. » Cet état du caillot rappela à M. Cahen l'aspect du sang des cholériques ; l'examen chimique prouve, en effet, que le sang des cholériques est alcalin : il en est de même des matières vomies; d'où M. Cahen conclut que pour prévenir et combattre le choléra, il faut faire un usage habituel de la limonade minérale, des bains chauds rendus acides par l'acide chlorhydrique ou sulfurique.

2° M. le Dr Nicolas envoie quelques réflexions qui ont pour but d'expliquer les cas de prétendue contagion du choléra par l'impression de terreur que produisent les cholériques sur les personnes qui les entourent.

3° M. le Dr J. Roux envoie quelques renseignements sur le choléra de Toulon, spécialement sur celui qui a sévi dans le bagne. Il résulte de ces renseignements que les forçats isolés les uns des autres ont néanmoins été affectés en même temps que la ville, ou à très peu d'intervalle.

4° M. le Dr Pellarin transmet des documents sur l'épidémie de choléra de Givet.

5° M. Réveillé-Parise, membre de l'Académie, vient d'observer une épidémie de choléra dans une commune où s'est développée bientôt après la suette. Une fois que cette dernière maladie s'est manifestée, le choléra a cessé tout à coup. Une commune voisine, qui a eu de nombreuses communications avec la précédente, n'a eu ni suette ni choléra.

M. le Dr Valat, correspondant de l'Académie à Autun, envoie une seconde note sur la fin de l'épidémie cholérique de Château-Chinon. Cette note, remplie de détails intéressants, ne peut être analysée dans l'espace dont nous pouvons disposer. Elle est d'ailleurs une des plus importantes qu'ait reçues l'Académie.

Nouveau cataplasme.

M. Markwick, de Londres, adresse un échantillon d'une matière imperméable propre à confectionner des cataplasmes.

Médecine vétérinaire.

M. Leblanc, médecin-vétérinaire à Paris, envoie un mémoire étendu sur l'opportunité des débridements comme moyen curatif des fistules qui accompagnent les phlébites ulcératives et suppuratives de la jugulaire chez le cheval. (Commissaires: MM. Robert, Bouley jeune et Barthélemy.)

Littérature médicale.

M. le Secrétaire perpétuel lit un projet d'instructions relatives à la mission scientifique que M. Daremberg a reçue du ministre de l'instruction publique ; mission par laquelle ce médecin est chargé, concurremment avec M. Renan, d'aller étudier, en Italie, les manuscrits anciens qui traitent de l'histoire de la médecine.

Après quelques observations de MM. Desportes, Rochoux, Roux, H. Gaultier de Claubry et Malgaigne, observations qui n'ont pour but que de faire quelques additions aux instructions rédigées par M. Dubois, celles-ci sont adoptées à l'unanimité.

Choléra.

M. Castel a la parole pour une lecture.

J'ai hésité fort longtemps, dit-il, avant de faire à l'Académie une communication qui soulèvera de grandes résistances : les affronter est une conséquence de mes antécédents et l'accomplissement d'une obligation envers l'humanité, elles ne seront point sans utilité pour moi; outre qu'elles m'engageront à étudier sans prévention, elles tempéreront les regrets que j'éprouve d'avoir reconnu si tard la cause d'un fléau. J'ai l'espérance qu'elles ne seront point sans utilité pour mes confrères : la connaissance de la cause doit conduire à la découverte des moyens prophylactiques.

La médecine ne saurait fonder l'étiologie de l'épidémie qui a sévi en 1832 et qui sévit en 1849 sur les causes ordinaires d'une épidémie. Toute épidémie occupe une plage, une région déterminée; elle circonscrit son domaine dans des limites topographiques, les mêmes que les limites des influences qui l'ont fait naître, telles que les variations atmosphériques, l'insalubrité du sol, des miasmes, un marais. En est-il ainsi de notre choléra? C'est une singulière épidémie que celle qui embrasse la sphère et s'étend d'un pôle à l'autre! L'étiologie, admise auparavant, ne lui est point applicable. Ses apparitions, sa marche, ses périodes d'assoupissement et de réveil contredisent les observations recueillies par les auteurs les plus compétents, déconcertent les notions acquises, trompent l'expérience du passé, ne s'accordant avec aucune déduction pathologique quant à l'hygiène, quant au climat, quant à la part d'influence de l'air, et des eaux, et des lieux.

Qu'est-ce donc que cet hôte qui s'est mis en possession de tout le globe? Le successeur de la variole, la dégénération ou plutôt la transformation de la variole. Il provient de l'impuissance de la vaccine contre le ferment variolique ; il règne partout, parce que la vaccine est partout usitée. Si l'éruption vaccinale ne peut tenir lieu de l'éruption variolique, ce n'est point qu'il existe une différence absolue de toute analogie entre les deux virus ; ce n'est point que l'inoculation de la vaccine ait introduit dans le sang un poison qui prépare le choléra, elle y a laissé un germe qu'elle était destinée à dompter, et dont l'explosion est d'autant plus violente qu'elle est plus tardive. En est-il autrement dans un grand nombre de maladies? Ce qu'une pratique sur laquelle nous avions fondé les espérances les plus flatteuses a laissé d'infection dans les liqueurs animales a produit de dissolution dans les éléments de la vie se révèle plus manifestement par le choléra : tant il est difficile de suppléer la nature! tant il y a de témérité à opposer une barrière à une maladie éruptive !

Je n'ai point à m'enquérir si l'infection variolique est originelle, ou si elle ne peut être qu'un produit de la contagion. Je ne discuterai point les opinions d'Hoffmann, de Willis, de Forestus, de Van-Swieten, de Hann, sur l'antiquité de la variole ; il me suffira de dire : l'épuration par la variole répond aux besoins de l'économie ; l'épuration par la vaccine ne satisfait point aux mêmes conditions. Cette épuration étant une nécessité de notre organisation, elle ne saurait manquer sans qu'il en résulte une perturbation, qui peut aller jusqu'à engendrer le choléra. Je dis que cette épuration est une nécessité; car s'il n'est pas prouvé que l'infection variolique soit héréditaire, toujours est-il que la disposition à la contracter tient à la composition des liqueurs animales, telles qu'elles sont dans l'enfant qui vient de naître. Ici, je puis m'appuyer sur l'opinion de l'honorable secrétaire du conseil de l'Académie : « Un peu plus tôt, un peu plus tard, la nature a voulu » que nous eussions tous la petite vérole. »

Note sur la topographie médicale de Rennes.

M. Bally lit une note ainsi conçue :

Je suis médecin nomade, ce qui pourrait bien ne pas arranger ma vie matérielle; mais la vie morale, la vie d'intelligence, n'a rien à y perdre.

Si je ne craignais d'être taxé d'orgueil, moi le plus humble de vos collègues, je dirais qu'Hippocrate fut un grand voyageur. On trouve, je vous assure, beaucoup à apprendre en voyageant. Je dirais aussi que, dans tout ce que je fais, l'Académie est mon point de mire; j'ai toujours en vue de conquérir son estime et de mériter sa bienveillance.

Un homme, et cet homme était presque un fou, bien qu'il ait fait de grandes choses, sillonnait l'univers, et marchait, marchait toujours. Il ne demandait pour toute récompense que le retentissement de son nom à la tribune d'Athènes. Je ne sollicite, moi vermisseau, qu'un peu de souvenir amical pour ma personne et d'indulgence pour mes excentricités.

Donc j'étais, dès le 1er septembre, au congrès scientifique de Rennes, et j'ai dû, suivant mon usage, m'étudier à connaître cette ville, tant sous le rapport de la topographie médicale que sous le point de vue de l'épidémie régnante. Même étude pour quatre autres grandes villes de l'Ouest, dont, à diverses époques, j'aurai l'honneur d'entretenir l'Académie.

Rennes, ville de 40,000 âmes agglomérées, est située par les 48° 6'50" de latitude boréale; 43' de moins que Paris. La distance de la capitale est de 346 kilomètres, tout juste 86 lieues 1/2. La température moyenne de l'année excède un peu 12°, de même qu'à Grenoble à l'autre extrémité Est. Rennes est, à la base de la presque île de Bretagne, battue sans obstacles par les vents des deux mers; tandis que Grenoble est enclavé au milieu des montagnes, dont quelques sommets offrent le spectacle merveilleux des neiges éternelles.

La ville de Rennes peut être divisée en deux sections, la plaine et le monticule. La partie basse est traversée par un petit fleuve à eau presque dormante, qui naguère débordait fréquemment, rendait endémiques les fièvres intermittentes. Il est encaissé depuis peu; ses bords sont embellis par de beaux quais et d'admirables constructions. Une rue longitudinale, large, passablement alignée, traverse la ville de l'est à l'ouest, et constitue le cœur de la cité. C'est l'un des quartiers les plus sains; le fléau asiatique l'a à peine effleuré. Le pourtour est occupé par des faubourgs fort étendus ou des promenades le long de canaux à eau stagnante, offrant en été tout l'aspect paludéen.

L'esprit d'hygiène et de bon goût commence à dominer dans la construction des édifices; mais les trois quarts de la ville appartiennent à des constructions en terre, en mauvais torchis, à fenêtres étroites, à escaliers puants, et habitées par une population malpropre, qui dort encore sur ses habitudes gallo-bretonnes.

Il faut distinguer un admirable quartier appelé Thabor, point culminant où sont élevés de magnifiques édifices. Sur ce mont Thabor, assez loin des deux rivières, l'air, la lumière et la santé circulent librement. Là on admire d'agréables promenades bien plantées, et un vaste jardin de botanique encore incomplet, mal étiqueté, mais qui sera incessamment un riche établissement, fort utile à une école secondaire de médecine qui a des succès, grâce à quelques hommes distingués.

Autour du mont Thabor le fléau épidémique a eu de la peine à signaler sa présence par quatre ou cinq décès. Et, ce qui est digne d'observation, c'est que sur ce mont aboutit la

(1) *The American Journal of the Medical Sciences.*

rue Sainte-Mélaine, longue, large, très peuplée, maltraitée par la maladie régnante, beaucoup en bas, peu en haut.

En parcourant les grandes villes de l'Ouest, je me suis constamment préoccupé de l'étude du sol pour apprécier les influences telluriques et répondre à l'observation d'un savant géologue, M. B...., observation recueillie par quelques médecins; savoir : que la maladie asiatique n'atteignait que les terrains calcaires, et ne surgissait pas sur les terrains plutoniques.

La ville de Rennes est assise sur un sol de transition, sol schisteux, sans aucun mélange de calcaire. Ces phyllades sont composées de silice et d'argile alumineuse. On y rencontre, comme l'un des caractères de cette roche, la présence de quelques trilobites et calimèdes. On y trouve des empreintes de végétaux, et un homme de la campagne a présenté au congrès un poisson fossile d'une parfaite conservation, qui appartient probablement à des espèces perdues.

Les eaux, surtout celles des puits, sont de mauvaise qualité; elles contiennent de trop grandes proportions de sulfates, de carbonates et de chlorures. On en doit l'analyse à M. Malagutti, professeur de mérite.

La classe peu aisée se nourrit fort mal; elle fait, avec les habitants des campagnes, une consommation trop considérable de blé noir, qui vient abondamment sur le sol, et le sol de ce département, qui possède 104,000 hectares de landes, n'attend que la main de l'homme, dépouillé de ses vieux préjugés, pour faire prospérer la grande Cérès.

L'hôpital dit Hôtel-Dieu ou de Saint-Yves est aussi mal construit que mal situé. On se propose de le porter à l'extrémité est de la ville derrière le mont Thabor. Changement d'urgence, mais les fonds manquent.

M. le docteur Toulmouche, correspondant de l'Académie, a communiqué à la section des sciences médicales du Congrès un excellent mémoire sur la topographie médicale et la statistique de Rennes. Il en sera rendu compte dans les publications annuelles.

Enfin, M. le docteur Perrin, qui passe pour avoir vu le plus grand nombre de malades dans cette épidémie, assure que les chaleurs de l'été ont semblé plus fortes qu'en 1832 et 1834, et surtout que l'électricité dans l'air a été plus abondante. C'est une assertion contraire à ce qui a été avancé sur sa diminution dans d'autres localités.

La maladie asiatique, qui commença le 7 avril, paraissait sur son déclin le 10 septembre. Les habitants affirmaient que, pendant toute sa durée, ils avaient éprouvé du malaise, et qu'ils respiraient plus largement, mangeaient avec plus d'appétit depuis qu'elle tendait à sa fin.

Le 6 avril, le commandant de la gendarmerie du département, M. Duperré, neveu de l'amiral, arrivait de Brest, où l'épidémie sévissait. Il fut le long de la route tourmenté par la diarrhée. Le 7, il passa en revue la gendarmerie par une forte pluie. Plusieurs fois, il fut obligé d'interrompre son inspection pour se rendre aux lieux d'aisance. Le soir, il dîna copieusement; le lendemain, il était mort.

A peu près vers la même époque, la femme Robert, âgée de cinquante ans, domiciliée rue de la Guerche, quartier sud-est de la ville, fut atteinte de symptômes graves. Dès ce moment, la maladie se répandit en prenant pour premier foyer le faubourg Saint-Hélier, peuplé d'ouvriers et couvert de masures. Du faubourg Saint-Hélier sur la Vilaine, elle franchit la ville pour aller dans un autre faubourg, sur la rivière d'Ile.

Vers le 10 septembre, la mortalité s'élevait à 280 sur 500.

Il y a eu dans l'intérieur de la ville quelques personnes aisées qui furent atteintes, mais en petit nombre. La classe des nécessiteux a le plus souffert. Mais les blanchisseuses ont été presque toutes enlevées.

La symptomatologie n'offrait rien de particulier. Je dirai seulement que, dans toutes les villes que j'ai parcourues, il a été constaté que l'état algide, la cyanose et les crampes ont été moins prononcés qu'en 1832, sans que pour cela il y ait eu diminution dans la mortalité relative.

En 1832 et 34, la maladie asiatique avait exercé ses ravages à Rennes avec plus de modération, et cependant les causes d'insalubrité étaient beaucoup plus grandes, puisque l'on n'avait pas encore commencé les travaux d'assainissement.

Généralement, il y a eu des symptômes précurseurs, et les malades qui ont pris des précautions et qui se sont fait soigner de bonne heure n'ont point eu à subir les atteintes de la grande période. Nous l'avons déjà dit pour Lille, dans le Nord; nous l'avions dit en 1832; la plupart des praticiens en conviennent pour les autres localités. C'est un premier pas dans la science thérapeutique. On ne cite à Rennes qu'un conseiller à la cour d'appel qui, atteint de flux intestinal pendant huit jours et entouré des meilleurs soins et des soins les plus éclairés, vit un samedi son mal s'aggraver brusquement. Le lendemain, il avait cessé de vivre.

Pour les médecins de Rennes, deux causes principales ont, comme causes prédisposantes, préparé la population à subir les effets de l'intoxication, l'humidité locale provenant des rivières et des canaux, et la misère, mère de la malpropreté et du mauvais régime alimentaire. On croit aussi que l'atmosphère est ordinairement imprégnée d'humidité à cause des vents qui l'apportent des deux mers, dont la ville reçoit l'habituelle influence.

Le traitement a été, comme partout, variable, incertain. Les diffusibles, les excitants, les opiacés, et enfin les moyens réchauffants à l'extérieur.

M. Duval, correspondant de l'Académie, a signalé au Congrès une dame qui, gravement atteinte, approchait du nez et presque sans interruption un flacon d'éther, et fit ainsi avorter les symptômes mortels. C'est un fait qui mérite d'être enregistré si, comme je le pense, l'art n'a plus d'espoir et de ressource que dans l'inhalation contre la maladie confirmée.

A l'Hôtel-Dieu de Rennes, plusieurs faits de suette se sont présentés dans la division du docteur Pinault, et ce phénomène a constamment prévenu l'invasion des grands symptômes. Bien entendu qu'il s'agit ici de sueurs chaudes, abondantes, halitueuses, qu'il importe de distinguer des sueurs froides et visqueuses.

Ce fait s'est vérifié dans bien des circonstances, avec des exceptions que je n'ai point la prétention de dissimuler. En 1832, à Paris, la sueur provoquée pendant les prodromes, et entretenue pendant deux ou trois jours, a constamment fait avorter l'invasion des grands symptômes. A Clermont (Oise), la suette régna en même temps que la maladie indienne, et celle-ci respecta ceux qui étaient attaqués de la première. A Villeneuve-l'Archevêque, la suette garantit tous ceux qui en étaient atteints; fait affirmé par le docteur Rétif, correspondant de l'Académie. A Passy, arrondissement de Sens, le docteur Gillet, de Villeneuve-sur-Yonne, observateur consciencieux, a vu également que les deux affections régnaient simultanément, et que l'une garantissait de l'autre. Le même fait s'est vérifié à Tonnerre; mais il paraît que les exceptions ont été plus communes.

Il ne reste pas moins dans ma conviction que la sueur, provoquée dans les premières heures, est la première et la seule loi de thérapeutique efficace que nous connaissions jusqu'ici.

Là devrait se terminer cette notice; mais depuis longtemps je suis tourmenté par une velléité singulière, celle de supplier l'Académie d'ajourner à la fin de l'épidémie régnante la discussion sur la contagion. Elle n'aboutirait à rien maintenant, et trouvera naturellement sa place lorsque tous les faits auront été recueillis; alors chacun, délivré de toute préoccupation, de tout soin, apportera librement le tribut de son expérience. Quoi! lorsqu'une épidémie de nature inconnue décime les populations, nous irions discourir sur son essence, alors que nous savons si peu sur les véritables indications à remplir! Tant qu'elle durera, les échos de l'Académie doivent retentir et retentir sans cesse du mot thérapeutique.

Le Thabor de Rennes m'a rappelé un grand fait historique que je vous demande la permission de raconter fort brièvement, et dont la moralité sera facile à saisir. C'était, je crois, dans la première décade du quinzième siècle : Mahomet II, sur la brèche de Constantinople, déployait l'étendard du prophète, alors que les Grecs discouraient, au lieu de combattre le fléau, sur la lumière du Thabor pour savoir si elle était *créée* ou *incréée*. Une heure après, 40,000 cadavres mordaient la poussière; le sang ruisselait dans les rues, couvrait les places et les parvis des temples.

Si donc, au lieu d'éclairer le traitement par de continuelles et savantes discussions, nous poursuivons la chimère de la cause première, ce qui est pour nous la lumière du Thabor... je n'ai plus rien à ajouter.

Hypertrophie du cœur. — Destruction d'une partie de la moelle.

M. Hutin, chirurgien en chef de l'hôtel des Invalides, présente des pièces d'anatomie pathologique provenant d'un militaire invalide âgé de trente-quatre ans, mort depuis peu de jours à la suite d'une albuminurie accompagnée d'anasarque.

Le cœur est moins volumineux qu'à l'état normal. Le ventricule gauche est le siége d'une *hypertrophie concentrique* des plus considérables. Les parois ont trois centimètres d'épaisseur; la cavité est tellement rétrécie qu'elle ne peut guère admettre plus de 30 grammes de liquide. Le ventricule droit, refoulé par le gauche, a presque entièrement disparu. Les valvules et les oreillettes sont à l'état naturel.

Ce militaire reçut en 1835, en Algérie, une balle qui le frappa sur la partie latérale droite des apophyses épineuses des deux premières vertèbres lombaires. Une paraplégie instantanée fut la suite immédiate de cette blessure, qui, après trois mois de suppuration, se ferma sans que le projectile eût été extrait.

Peu à peu la paralysie a disparu du membre inférieur gauche; mais elle a persisté jusqu'à la mort dans le membre droit.

La vessie et le rectum n'ont éprouvé aucune altération dans leurs fonctions.

La pièce mise sous les yeux de l'Académie par M. Hutin montre la balle implantée *depuis quatorze ans* dans le canal vertébral, où elle s'est fortement fixée, après avoir coupé la moitié droite de la moelle épinière, ou plutôt de la queue de cheval, en laissant sa moitié gauche intacte et seulement refoulée par le plomb. Celui-ci se trouve là enchâssé dans le cordon médullaire fortement rougi.

M. Hutin pense que, si l'extraction de la balle avait été faite quand la plaie était béante, la moelle aurait pu se cicatriser peut-être, et qu'ainsi la paralysie aurait pu disparaître en totalité ou en partie.

La pièce a été préparée par M. le docteur Lemarchand, chirurgien sous-aide-major.

— La séance est levée à cinq heures.

NOUVELLES.

A Marseille, le 21 septembre, le chiffre des décès cholériques a été de 37. Dans ce nombre figurent 11 enfants.

— M. le docteur Auzias-Turenne commencera un nouveau cours de médecine opératoire le lundi 1er octobre 1849, à midi, à l'Ecole pratique. — Nouveau cours d'anatomie chirurgicale tous les trois mois. — On s'inscrit pour répéter les manœuvres auprès de M. Auzias, à l'Ecole pratique ou chez lui, 12, rue d'Enfer.

— M. le ministre de l'instruction publique a souscrit pour l'ouvrage de M. le docteur A. Legrand, intitulé : *De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrophules*, dont nous avons rendu un compte si favorable dans notre numéro du 31 mars dernier.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 29 SEPTEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 114.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 28 SEPTEMBRE 1849.

Bulletin du choléra.

L'influence épidémique n'est pas encore complétement éteinte; mais elle se maintient dans des limites qui permettent d'espérer son extinction prochaine.

Dans les hôpitaux civils, il n'est entré que 9 cholériques avant-hier et 6 hier; le nombre des décès n'a été que de 9 dans les deux jours.

Dans les hôpitaux militaires, il ne s'est présenté dans les deux jours que 3 attaques, dont 2 se sont terminées par la mort. Cette proportion considérable dans la mortalité, qui est à peu près la même dans les hôpitaux civils, prouve que, si l'épidémie perd de sa fréquence, elle conserve toute sa funeste gravité pour ceux qui en sont atteints. C'est là un caractère qui distingue l'épidémie cholérique de presque toutes les autres épidémies.

En ville, la mortalité a été seulement de 8 avant-hier et de 7 la veille.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

	Entrées.	Décès.
HOPITAUX CIVILS : Journée du 26 septembre...	9	5
— 27	6	4
HOPITAUX MILITAIRES pendant les deux jours...	3	2
Total....................	18	11

Total des décès dans les hôpitaux..............	7954
Total des décès à domicile jusqu'au 15 septembre..	10812
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie..............	18766

Revue clinique hebdomadaire.

Nouveau caustique. — Lorsqu'on songe aux excellents caustiques dont la thérapeutique peut disposer, le cautère actuel et le caustique de Vienne, solidifié ou non, on comprend à peine qu'on puisse avoir eu l'idée d'en chercher un autre. C'est pourtant cette idée qui est venue à M. Rivalier, et de plus cette idée a été heureuse. Nous dirons tout à l'heure en quoi elle l'a été. Faisons d'abord connaître la nouvelle invention.

Le caustique de M. Rivalier est formé par un composé, une sorte de combinaison de charpie ou de ouate et d'acide azotique *mono-hydraté*. Lorsqu'on imbibe de ce liquide une boulette de charpie ou de ouate, celle-ci se dissout en partie dans l'acide, forme une sorte de gelée fort analogue au *collodium;* c'est cette espèce de gelée qui constitue un excellent caustique, qui paraît avoir sur le caustique de Vienne les avantages suivants:

1° Il est plus facile de limiter exactement son action, surtout lorsqu'on l'applique sur des surfaces inclinées; car il ne se liquéfie pas comme la potasse qui, une fois qu'elle a absorbé l'eau des tissus, tend à s'écouler vers les parties déclives.

2° Il produit des eschares plus profondes et en moins de temps.

3° Enfin, et cet avantage explique en partie le précédent, ces eschares sont molles et gélatineuses, ce qui fait qu'elles ne s'opposent point, ou du moins qu'elles ne font qu'un léger obstacle à l'action du caustique sur les tissus placés au-dessous d'elles. La mollesse des eschares permet d'enlever celles-ci avec une spatule dès qu'elles sont produites, circonstance qui permet d'observer exactement la destruction produite, et de la porter dès la première cautérisation, et sans être obligé d'attendre la chute toujours longue des eschares, exactement jusqu'au point que l'on désire.

Ces avantages, que l'auteur attribue au nouveau caustique, M. Nélaton les a plusieurs fois constatés sur le cadavre; pour la première fois il a trouvé l'occasion bier de chercher à les obtenir sur le vivant. Nous n'avons pu nous assurer encore du degré de réussite de l'expérience; nous en rendrons compte à nos lecteurs dans notre prochaine Revue.

Hystérie; vomissements d'urine. — Le service de M. Rostan, remplacé en ce moment par M. Vigla, nous a offert un de ces cas bizarres d'hystérie qui étonnerait singulièrement les observateurs, si les annales de la science ne renfermaient aujourd'hui de nombreux exemples analogues ou tout à fait semblables.

Une jeune fille de dix-neuf ans est entrée, il y a une quinzaine de jours, pour se faire traiter de vomissements opiniâtres dont la matière était un liquide jaunâtre et d'apparence très analogue à l'urine. La première idée qui dut venir à l'esprit de M. Vigla fut de soumettre ce liquide à l'analyse, laquelle démontra qu'il était effectivement composé presque exclusivement de fluide urinaire.

Ce fait une fois constaté, il ne restait plus qu'à déterminer l'origine de cette matière. Quelques chimistes se posèrent sérieusement la question de savoir si l'estomac ne pourrait pas, dans quelques circonstances suppléer ou remplacer les fonctions des reins; mais les médecins, moins amoureux du merveilleux et plus versés dans l'histoire des perversions du goût, ne doutèrent point un seul instant que l'urine ne fût d'abord avalée par la malade avant d'être vomie. Les observations ultérieures ne tardèrent pas à démontrer l'exactitude de cette assertion, malgré les dénégations absolues de la malade.

Ce fait ne peut donc plus faire question; mais ce qui fait question et ce qu'il est assez intéressant d'étudier, c'est le mobile qui porte cette jeune fille à boire son urine.

Nous avons dit que les cas analogues à celui-ci devaient être ordinairement rapportés à des perversions de goût, et c'est en effet là la véritable explication pour la majorité des cas. Cependant dans quelques circonstances, c'est plutôt à une perversion de l'imagination, à un besoin bizarre de s'originaliser qu'à une véritable perversion du goût, qu'ils doivent être rapportés. Cette distinction, qui pourrait paraître un peu subtile au premier abord, ne l'est en aucune façon au fond. Ainsi, dans un cas, les malades éprouvent un véritable plaisir à manger ou à boire les substances non alimentaires qu'elles (1) prennent, tandis que dans l'autre ce n'est qu'en surmontant une répugnance prononcée qu'elles y parviennent, et dès que ces substances sont dégluties, elles s'empressent d'en détruire le goût en se rinçant la bouche ou en mâchant d'autres substances aromatiques ou non.

Non-seulement cette distinction est fondée, mais elle n'est pas sans importance pour la pratique. En effet, lorsque l'anomalie tient à un vice de l'imagination, ce n'est guère qu'en agissant sur le moral qu'on parvient à ramener les malades à des idées saines, et la meilleure manière d'agir sur lui, c'est, le plus souvent, de n'attacher aucune importance aux phénomènes prétendus morbides que présentent les malades, de les considérer comme très ordinaires et non comme surprenants. Quand les malades voient qu'elles ne produisent pas l'effet qu'elles avaient espéré, elles ne tardent pas à renoncer à leurs tristes supercheries.

Lorsque, au contraire, on a à traiter une véritable perversion du goût, il faut nécessairement chercher dans la thérapeutique les moyens d'y remédier. Ces moyens, nous ne pouvons les énumérer ici : ce sont tous ceux qu'on emploie contre l'hystérie avec laquelle coïncident habituellement les aberrations dont il s'agit.

Nous ne serions pas étonné que chez la malade de M. Vigla la perversion ne dût être rapportée à la première cause. Nous ne savons si elle est obligée de surmonter un certain dégoût pour boire son urine, puisqu'elle a soin de se cacher soigneusement pour exécuter cette action; mais le soin qu'elle prend de se rincer la bouche quand elle vomit le liquide urinaire porterait à croire que la saveur lui en paraît peu agréable. Le succès qu'a eu plusieurs fois l'administration d'une simple potion à laquelle M. Vigla avait soin d'attacher d'avance une puissance anti-vomitive infaillible corrobore assez cette opinion.

(1) Nous disons *elles*, parce que c'est presque exclusivement chez les femmes qu'on observe ces aberrations.

Amputation partielle du pied dans l'articulation calcanéo-astragalienne. — Cette espèce d'amputation que M. Malgaigne a proposée et pratiquée une seule fois, toute rationnelle qu'elle paraisse, exige cependant encore de nouvelles observations pour être justement appréciée. Le fait que nous venons d'observer dans le service de M. Maisonneuve sera un nouvel et important argument en faveur de cette désarticulation; nous le ferons donc connaître avec quelques détails:

Au n° 6 de la salle Saint-Jacques, à l'hôpital Cochin, est couchée une jeune fille qui, depuis l'âge de deux ans, était affectée d'une carie des os du pied gauche. La maladie avait envahi d'abord les os de la première rangée du tarse, et s'était successivement étendue jusqu'au calcanéum; il en était résulté une destruction presque complète des os cunéiformes et du cuboïde. Le pied, raccourci dans sa longueur, était en outre tourné sur son bord interne, comme dans le pied-bot varus au troisième degré; enfin, plusieurs trajets fistuleux ouverts sur le bord interne du pied, ainsi qu'à la partie externe et à la partie postérieure, fournissaient incessamment une suppuration abondante. A l'aide d'un stylet on pouvait, en pénétrant dans ces fistules, arriver jusqu'aux os malades et reconnaître que le calcanéum était envahi dans une portion notable de son étendue, mais que l'astragale était positivement intact, ainsi que l'articulation tibio-tarsienne.

Pendant plusieurs semaines M. Maisonneuve fit sur le pied malade quelques tentatives de redressement, dans l'intention, s'il pouvait ramener le pied à sa rectitude, de tenter plus tard la guérison de l'ostéite. Ces tentatives n'amenèrent aucun résultat; elles aggravèrent même les douleurs. C'est alors que l'opération fut proposée.

L'amputation par la méthode de Chopart était impossible, puisque le calcanéum participait à la maladie. Restaient l'amputation de la jambe, ou la désarticulation tibio-tarsienne, ou enfin l'amputation par la méthode de M. Malgaigne, c'est-à-dire la désarticulation calcanéo-astragalienne. C'est à cette dernière que s'arrêta M. Maisonneuve, bien que cette opération n'ait encore été pratiquée que par son auteur, et seulement une ou deux fois.

Par une coïncidence singulière, les mêmes raisons qui avaient empêché M. Malgaigne de prendre son lambeau à la plante du pied existaient aussi chez la malade de M. Maisonneuve. Le bord interne du pied et les parties voisines du tendon d'Achille étaient criblés de fistules et indurés; de sorte que le chirurgien se trouva forcé de prendre le lambeau sur la région dorsale.

La malade est couchée sur le dos et soumise à l'inhalation du chloroforme. Un aide, placé au côté droit de la malade, comprime l'artère crurale; un second aide, placé au côté gauche, tient entre ses deux mains le bas de la jambe. Le chirurgien saisit le pied de la main gauche, et, de la main droite armée d'un fort bistouri convexe, il incise d'abord transversalement la peau de la partie postérieure du talon; puis, ramenant l'instrument en avant et en dedans, il continue l'incision en prenant, à deux centimètres au-dessous de la malléole interne, tout le long du bord interne du pied à la base des orteils, tout le long du bord externe en empiétant un peu sur la plante, et revient au point de départ derrière le talon. Par une dissection très exacte, M. Maisonneuve sépare ensuite le lambeau des parties osseuses, en ayant surtout soin de ménager l'artère pédieuse dans l'épaisseur du lambeau.

Aussitôt cette dissection achevée, M. Maisonneuve ouvre d'un seul trait l'articulation scaphoïdo-astragalienne, pénètre immédiatement avec la pointe du bistouri dans l'excavation astragalo-calcanéenne, incise le ligament puissant qui maintient toute l'articulation, continue l'incision en divisant les fibres terminales du ligament latéral externe; puis, imprimant au pied le mouvement de torsion sur son axe, il ouvre l'articulation calcanéo-astragalienne par la partie externe. Il ne reste plus alors qu'à diviser en quelques coups de bistouri les rares tissus qui tiennent encore en avant et en arrière, et à terminer la séparation du pied en coupant les parties molles de la région interne.

Trois ligatures furent nécessaires. Le lambeau, trop court pour être replié d'avant en arrière, recouvrait facilement les surfaces osseuses, en lui donnant une inclinaison oblique d'arrière en avant et de dehors en dedans. Il fut maintenu dans cette position par quatre points de suture et par des bandelettes agglutinatives.

Quinze jours se sont écoulés depuis l'opération; les fils sont tombés, la suppuration est presque tarie, et la cicatrice est parfaitement régulière. Aucun point du lambeau n'a été un seul instant menacé de gangrène.

Il est à présumer qu'encouragés par ces beaux succès, les praticiens adopteront cette opération conservatrice qui dans un grand nombre de cas doit remplacer avantageusement l'amputation de la jambe ou la désarticulation complète du pied.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Leçons cliniques sur le choléra.

(Onzième leçon.)

Du pronostic du choléra (1).

Rien ne semble plus simple, au premier abord, que la question du pronostic du choléra. Les affreux ravages qu'il exerce sur les populations qu'il atteint, la terreur qu'il inspire à si juste titre, la proportion effrayante des victimes qu'il fait relativement aux personnes qu'il frappe, le classent malheureusement au premier rang des maladies funestes à l'espèce humaine. C'est là, en quelque sorte, une vérité triviale. Mais si le choléra est une maladie si dangereuse, considéré d'une manière générale, est-il toujours au même degré? N'existe-t-il pas des circonstances qui en atténuent la gravité? Est-il constamment aussi funeste? Il est évident que non; et dès lors n'est-il pas du plus haut intérêt de savoir

(1) *Voir* les nos 51, 54, 60, 83, 85, 88, 91, 94, 99, 107.

quelles sont les circonstances qui le rendent plus ou moins redoutable?

Considéré épidémiquement, c'est-à-dire frappant une localité, une population tout entière, l'activité meurtrière du choléra ne se montre pas toujours au même degré. Ce que nous avons dit à propos de l'étiologie doit faire pressentir ce que nous avons à dire ici. Malgré les exemples contradictoires, il doit être reconnu que le choléra est plus dévastateur dans les localités insalubres, humides, où croupissent des eaux stagnantes, où se putréfient des matières animales ou végétales; dans les rues basses et étroites des grandes villes, indigentes d'air et de lumière; sur les bords des rivières; lorsqu'il sévit sur les populations plongées dans la misère, que dans les conditions opposées; bien que les exemples ne manquent pas, ainsi que nous le disions tout à l'heure, où il exerce sa fatale influence dans des conditions opposées.

Nous n'entrerons donc pas dans de plus grands détails à ce sujet. Nous nous bornerons à dire, ce que tout le monde sait comme nous, que le choléra tue la moitié environ des individus qu'il atteint.

Cette effrayante proportion dans la mortalité ne fait que rendre plus précieuse la connaissance des circonstances qui font varier les chances d'une fatale terminaison. Nous allons donc considérer les divers degrés de gravité de la maladie suivant les symptômes qu'elle présente, suivant ses formes, ses variétés, ses complications, ses périodes, etc. ; suivant l'âge, le sexe, les constitutions, le régime habituel, les professions, les maladies antécédentes; enfin, suivant toutes les circonstances particulières où un malade peut se trouver.

Il s'en faut de beaucoup que les symptômes aient une égale gravité. Tous les médecins conviennent que, s'il existe des chances de guérison, c'est surtout lorsque le choléra s'annonce par des symptômes précurseurs, et que les soins donnés au malade le sont plus promptement, plus près du début de la maladie.

Lorsque la maladie est déclarée, l'opiniâtreté des vomissements, la limpidité, l'abondance des matières vomies, leur couleur blanchâtre, sont d'un fâcheux augure; la cessation des vomissements, lorsqu'ils ont été fréquents, la couleur bilieuse, verdâtre des matières, sont des signes pronostics moins fâcheux. La couleur livide, pâle de la langue, sa température froide, sont d'un mauvais présage; mais si la langue, après avoir présenté ce caractère, se nettoie sur les bords, devient rosée, molle, large, humide; elle devient alors tellement favorable, que l'on peut pour ainsi dire prédire la convalescence, bien qu'il existe encore beaucoup de symptômes fâcheux. Nous avons plusieurs fois prédit une heureuse issue de la maladie d'après ce caractère de la langue, et l'événement a justifié notre prévision.

La soif ardente, inextinguible, que nous avons souvent signalée, est d'autant plus fâcheuse qu'elle est d'autant plus intense et plus durable.

Nous n'avons pas remarqué que la cardialgie, les douleurs d'entrailles, ajoutassent rien à la gravité de la maladie; mais nous devons dire des selles et des matières fécales ce que nous avons dit des vomissements et des matières vomies. Nous devons ajouter que la défécation involontaire et les selles sanguinolentes sont d'un redoutable pronostic, encore que nous ayons vu guérir plusieurs malades ayant présenté ces accidents.

La suppression constante, prolongée des urines, la présence d'une grande quantité d'albumine dans ce liquide excrémentitiel, sont d'un mauvais présage. Le retour de la miction est ordinairement un signe du retour à l'état normal.

Une des circonstances les plus malheureuses est l'absence du pouls. Lorsque cet état se prolonge, la mort est à peu près inévitable.

Lorsque l'air expiré est froid, qu'il contient peu d'acide carbonique; lorsqu'il existe une grande anxiété thoracique, une grande oppression, une suffocation imminente, on peut redouter une terminaison funeste.

Nous avons fait remarquer fréquemment un amaigrissement rapide et profond. Lorsque les évacuations sont abondantes, cet amaigrissement est en quelque sorte instantané ; les malades paraissent affectés de marasme; on comprend, même *à priori*, combien un pareil état est grave; cependant, quelques-uns de ces malades guérissent.

Rien n'est plus redoutable qu'un froid intense et permanent de la peau.

L'altération des traits du visage, l'affaissement de la cornée, du globe de l'œil, l'excavation des orbites sont des signes d'une grande gravité.

La couleur noire de la peau, la cyanose.

La somnolence, le coma, les crampes, les contractures, l'aphonie, le délire, la suspension de l'action des sens annoncent un grand danger.

Il est superflu d'exprimer que les circonstances contraires aux précédentes sont favorables; exposer ces circonstances, nous entraînerait dans des développements superflus.

L'énonciation des diverses périodes du choléra suffit en quelque sorte pour en faire connaître la gravité : ainsi, il est évident que la période prodromique est une des moins graves; on meurt peu, on peut même dire qu'on ne meurt pas dans cette période.

La période dite algide est, sans contredit, la plus formidable, soit par le nombre des malades qui succombent pendant sa durée, soit par le danger ultérieur que courent ceux qui la présentent. En effet, beaucoup de malades ne meurent pas pendant sa durée, mais bien dans la période suivante ou de réaction. Cette période de réaction est très meurtrière. Nous avons vu dans le commencement de cette épidémie la plupart des malades mourir dans la période de réaction au moment où l'on se félicitait du succès qu'on croyait avoir obtenu. La plus favorable de toutes les périodes est évidemment (et c'est presque une naïveté de le dire) la période de convalescence : et cependant on aurait tort de s'endormir dans une profonde sécurité. Des exemples terribles de rechute et de mort ne sont pas rares. Nous avons vu descendre dans la tombe des malades que nous avions crus exempts de tout danger. Rien n'est perfide, rien n'est insidieux comme cette maladie; on n'est sûr de la guérison que lorsque le malade a déjà depuis quelque temps repris l'usage de la vie commune.

Le danger de la maladie semble aussi se mesurer sur la rapidité de sa marche. L'art est tout à fait impuissant dans les cas de choléra foudroyant, c'est-à-dire lorsque, saisissant le malade inopinément, sans prodrome, il semble le dévorer en quelques heures. Le médecin voit échouer alors les moyens les plus énergiques, il reste désarmé devant le fléau; il ne lui reste plus alors qu'à déplorer cette affreuse activité!

Toutes les formes du choléra ne sont pas également périlleuses. Celle où dominent les accidents cérébraux, tels que délire, diplopie, daltonisme, tintements d'oreilles, étourdissements, perte de connaissance, stupeur, crampes, contractions toniques permanentes, contractures, spasmes tétaniques, secousses électriques, anesthésie, déjections involontaires, est plus funeste que celle où dominent les accidents thoraciques ou abdominaux. La forme à laquelle on a donné le nom d'inflammatoire est la moins meurtrière de toutes : c'est celle que l'art peut combattre avec le plus de succès. Enfin, les formes adynamique, toxique, typhoïde sont des plus dangereuses.

Il est inutile de dire que, par rapport à son intensité, le choléra est d'autant plus à craindre que cette intensité est plus grande. Toutefois, nous avons vu des médecins, d'ailleurs fort instruits, mais encore peu expérimentés, se laisser tromper par une bénignité apparente, pronostiquer une issue heureuse dans des cas où les malades ont succombé.

Il est incontestable que les complications qui viennent se surajouter au choléra n'en augmentent la gravité. Les inflammations cérébrales tiennent le premier rang, puis les inflammations thoraciques, etc.

Parmi les circonstances individuelles, nous avons déjà dit que les enfants et les vieillards, c'est-à-dire les deux extrémités de la vie, étaient presque toujours mortellement frappés. Vous avez observé, dans la salle Saint-Antoine, un assez grand nombre d'enfants en bas âge, ou nouveau-nés, ou ne dépassant pas la deuxième année; ces petits malheureux avaient été atteints de la maladie au sein ou dans les bras de leurs mères, et tous ont succombé!

Quelques septuagénaires ont pu être sauvés, mais c'est le plus petit nombre.

Nous avons vu qu'en général les individus déjà malades avaient moins de chances de guérison que les individus sains; mais, hélas! c'est une vérité trop bien établie, que le choléra tue les personnes douées de la plus belle santé, les plus fortes, les plus saines, les plus robustes; qu'il n'épargne aucune constitution, aucun tempérament; cependant, nous le répétons, les personnes cacochymes ont plus à craindre que les autres.

L'état de grossesse et l'accouchement ont été diversement appréciés par les médecins relativement à l'influence qu'ils exercent sur l'issue de la maladie. Quelques-uns l'ont considéré comme avantageux, comme un préservatif en quelque sorte; d'autres, au contraire, comme une circonstance aggravante. Voici le résultat de notre propre observation à ce sujet : Dans le principe de l'épidémie, plusieurs femmes grosses entrèrent dans notre service; au bout de peu de temps elles accouchèrent, la plupart avant le terme, et toutes moururent. Plus tard quelques-unes, mais en moindre nombre, avortèrent et guérirent. Dans le plus grand nombre des cas, la grossesse a été suivie d'avortement, et l'avortement de mort.

Dans quelle proportion le choléra frappe-t-il les deux sexes? Chez lequel est-il plus funeste? Les statistiques ne donnent à ce sujet que des résultats douteux et contestables. Nous ne pouvons rien dire sur ce point d'après nos propres observations. Nous avons, ainsi que vous le savez, plus de femmes que d'hommes; il n'est donc pas étonnant que nous comptions un plus grand nombre de victimes parmi les premières. Ce résultat n'a aucune valeur. Sur la population de Paris, si, à la fin de l'épidémie, la différence entre les deux sexes était considérable, on pourrait en tirer quelque conclusion, vu le nombre des personnes atteintes; mais ce ne serait là encore qu'une probabilité.

Les professions ne présentent encore à ce sujet que des données incomplètes. Si nous nous en rapportons à notre expérience, bien circonscrite relativement à un sujet aussi vaste, nous dirons que la profession de boulanger nous a paru le plus souvent atteinte, et de la manière la plus fatale.

Il est une vérité bien pénible à dire, mais c'est pour nous un devoir; c'est que les pauvres, les hommes soumis à une alimentation ou malsaine ou insuffisante, atteints par l'épidémie, succombent presque tous. Mais ceux qu'elle n'a presque jamais épargnés sont les ivrognes, les gens qui commettaient des écarts de régime. Nous en avons observé un nombre assez considérable, surtout dans les environs de Paris.

Nous avons pu constater aussi, comme circonstance aggravante du choléra, la crainte de la mort. Nous avons vu des gens que la peur a fait mourir, dans toute la force du terme; nous devons dire cependant que d'autres, qui nous paraissaient être dans la meilleure disposition morale, n'en ont pas moins été enlevés par la maladie.

Tels sont les points du pronostic sur lesquels nous avons plus particulièrement porté notre attention. Nous venons d'exposer ce que nous avons vu, ce que vous avez vu avec nous; mais il faut se garder de considérer toutes nos conclusions comme absolues et définitives. L'observation d'un plus grand nombre de malades doit nécessairement les modifier. Nous ne voulons ici qu'apporter notre tribut pour contribuer à vous faire connaître cette épouvantable épidémie.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. Champouillon.

Traitement des fièvres intermittentes par l'arsenic. Possibilité d'accidents graves d'empoisonnement.

Tout le monde sait avec quelle louable persévérance M. Boudin a expérimenté l'action de l'acide arsénieux dans le traitement de la fièvre intermittente. Après avoir fait connaître le résultat de ses nombreuses observations, M. Boudin affirme d'une manière absolue que l'arsenic administré selon sa méthode n'occasionne jamais d'accidents. C'est à cette conclusion que je viens opposer un fait recueilli au Val-de-Grâce dans le service de M. Champouillon.

G..., caporal d'infanterie, contracta en 1846, dans la province d'Alger, une fièvre tierce rebelle au sulfate de quinine, et suivie d'un engorgement volumineux des viscères abdominaux. Rentré dans sa famille pour y jouir d'un congé de convalescence, G. fut, dès son arrivée à Paris, en proie aux mêmes accès qui avaient détérioré sa constitution en Afrique. Admis au Val-de-Grâce dans le courant du mois de juin, ce malade y fut traité par les ferrugineux et le sulfate de quinine administré par toutes les voies ouvertes à l'absorption, en même temps qu'un large vésicatoire était appliqué sur la région splénique.

Ce traitement, malgré son énergie, demeura sans efficacité contre la fièvre, dont les retours étaient accompagnés de soubresauts convulsifs pendant la période algide. A bout de moyens, M. Champouillon eut alors recours à l'acide arsénieux prescrit à la dose de 1 centigr. d'abord, puis de 3 centigr. par jour. Le succès fut complet, c'est-à-dire que dès la troisième prise d'arsenic la fièvre avait disparu. Notez que le malade n'éprouva aucune sorte de malaise durant l'emploi de cet agent, qui fut continué à doses progressivement décroissantes pendant quatorze jours; mais alors survinrent tout à coup des signes visibles d'empoisonnement.

En effet, G. fut réveillé par de violentes coliques, accompagnées de vomissements et de selles presque continues. A ces premiers phénomènes succédèrent une soif intolérable, teinte rouge-foncé de la langue, de la fièvre, du délire, une proéminence remarquable du globe oculaire, et enfin un engorgement tellement volumineux des ganglions cervicaux et sous-maxillaires, qu'il y avait imminence d'asphyxie par obstacle mécanique à l'entrée de l'air dans les voies respiratoires. Tous ces accidents, qui s'étaient produits en quelques heures, cédèrent fort heureusement à l'emploi des antiphlogistiques, et trois semaines après leur apparition, le malade était guéri de sa fièvre et des effets de l'arsenic.

Y a-t-il eu ici véritablement empoisonnement? Cela ne semble guère douteux, en présence des phénomènes dont je viens de résumer l'ensemble.

Comment expliquer le fait de l'empoisonnement? A-t-il été par hasard le résultat d'une erreur de dosage? Aucunement; car M. Champouillon vérifiait scrupuleusement la quantité d'acide arsénieux que le malade prenait sous ses yeux au moment même de la visite.

Serait-ce que la quantité de 3 centigrammes d'arsenic est assez élevée pour produire des effets toxiques? Mais c'est là une dose impunément dépassée chaque jour dans le service de M. Boudin.

N'est-il pas naturel, au contraire, d'admettre que, l'élimination de l'acide arsénieux ne se faisant point chez le malade en proportion de son ingestion quotidienne, il est arrivé un moment où le poison accumulé dans l'économie y a déterminé une explosion soudaine? Je m'arrête d'autant plus volontiers à cette explication, qu'elle se trouve appuyée dans mes souvenirs par un fait analogue se rapportant à la teinture de colchique, et dont j'ai été témoin il y a quelques années dans les salles de M. le professeur Forget, de Strasbourg. Une femme que cet habile médecin traitait depuis trois semaines par le colchique succomba tout à coup aux effets de ce médicament, bien que la dose en eût été invariablement la même chaque jour.

Sans vouloir contester l'efficacité thérapeutique de l'acide arsénieux, le fait que je viens de citer prouve que cet agent peut être fort dangereux dans certains cas, dont il est d'ailleurs à peu près impossible de déterminer l'espèce. B.

HOPITAL DE NEW-YORK. — M. Gordon Buck.

Mort par le chloroforme.

Le fait suivant, qu'on trouve dans un journal de médecine de New-York, vient donner un nouvel appui aux idées exprimées dans le mémoire de M. Robert, que nous avons publié récemment. On sait que le savant chirurgien croit qu'il y a un grand danger à continuer l'inhalation lorsque les premiers symptômes produits par l'inspiration sont des phénomènes énergiques d'excitation.

John Griffin, marin, âgé de trente et un ans, entra à l'hôpital le 4 décembre 1848 pour une diarrhée chronique qu'il avait contractée dans l'armée du Mexique. Le 19 décembre, son état était beaucoup amélioré sous ce rapport, on le transporta dans le service de M. Gordon Buck, l'un des chirurgiens de l'hôpital, pour y être traité de tumeurs hémorrhoïdales qui le faisaient beaucoup souffrir, et de chancres du prépuce avec phimosis.

Le 26, le malade fut soumis sur sa demande aux inhalations du chloroforme pour pouvoir examiner le rectum. Il ne survint aucun accident, et le 19 janvier on l'y soumit de nouveau pour le débarrasser de ses hémorrhoïdes et lui pratiquer l'opération de la circoncision. Le malade fut couché sur le dos, la tête élevée; on lui mit sur la bouche et sur les narines une serviette imprégnée de chloroforme. Il ne tarda pas

à entrer dans une assez grande excitation; il remuait les membres et parlait à haute voix d'une manière incohérente; les muscles des membres et du tronc étaient contracturés. Quelques instants après, les muscles se relâchèrent et le malade parut plus tranquille. On le tourna alors sur le côté gauche, afin de pratiquer l'opération sur le fondement. Cette opération fut pratiquée rapidement : elle consista dans l'excision de deux hémorrhoïdes externes et dans la ligature d'une petite hémorrhoïde interne.

L'opération pratiquée, M. Gordon Buck dit à ses aides de retourner le malade pour pratiquer l'opération du phimosis. « En ce moment, dit-il, je m'aperçus que la face et les lèvres étaient livides, les yeux tournés en haut, tout le corps dans le relâchement et le pouls imperceptible à l'artère radiale. Après deux ou trois inspirations à longs intervalles, la respiration s'arrêta. On avait déjà retiré la serviette un moment ou deux avant de retourner le malade; la face de celui-ci s'était trouvée pendant l'opération dirigée vers son épaule gauche, de sorte que l'aide n'avait pu suivre ce qui se passait de ce côté. Je fis ouvrir immédiatement les fenêtres. Je passai de l'ammoniaque sous les narines. Je fis faire des frictions sur les membres, mais le tout sans succès. Le temps qui s'était écoulé depuis le commencement des inhalations jusqu'à la terminaison fut estimé par les assistants de cinq à dix minutes, mais pas au delà. Les phénomènes d'excitation produits par le chloroforme n'avaient pas été aussi considérables, à beaucoup près, que ceux que j'avais observés chez des personnes d'un tempérament analogue. Le chloroforme dont je m'étais servi était le même que j'avais employé la veille pour réduire une luxation de la cuisse, une fracture compliquée du bras et pour extraire un fragment d'os. M. Reid, qui l'a analysé, y a trouvé 9 p. 0/0 d'alcool. »

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Face livide. Membres contracturés. Vaisseaux de la dure-mère et de la surface du cerveau peu congestionnés. Rien de particulier du côté de la surface cérébrale. Pas de liquide dans la plèvre. Les deux poumons congestionnés et fournissant à la coupe une grande quantité de sérosité sanguinolente écumeuse. Une cuillerée de sérosité limpide dans le péricarde. Le cœur volumineux, un peu chargé de graisse, flasque et entièrement vide. Substance du ventricule gauche un peu plus molle que d'ordinaire. Pas de caillots dans les vaisseaux. Aucune trace de congestion dans les viscères abdominaux. Le cerveau et les poumons avaient une odeur particulière, presque aromatique, qui rappelait à certains égards celle du chloroforme.

Traitement du chancre phagédénique par les préparations arsenicales.

Notre honorable confrère M. Tessier nous adresse la lettre suivante, que nous nous empressons d'insérer :

Mon cher confrère,

Je reconnais très volontiers que l'observation insérée dans ma note sur le traitement du chancre phagédénique par l'arsenic n'est pas concluante; c'est même pour cette raison, parce que ce fait n'avait pas à mes yeux un caractère de certitude suffisant, qu'il n'avait point été publié à l'époque où la malade a quitté mon service, il y a quatre mois. J'ai donc eu tort de l'insérer sans faire de réserves. Cela tient uniquement à la précipitation avec laquelle la note fut rédigée, lorsque j'appris qu'on employait à l'hôpital du Midi un moyen thérapeutique sur lequel j'expérimentais depuis longtemps. En effet, il y a trois ans (de décembre 1846 au mois d'avril 1847), je traitai à l'hôpital de Lourcine deux femmes affectées depuis longtemps de chancres phagédéniques serpigineux à base œdémateuse, éléphantiaque, sur la face interne des deux grandes lèvres. Ces deux malades guérirent. La première put sortir guérie pendant que j'étais chargé du service, la seconde était arrivée à la dernière période de la cicatrisation, lorsque je fus nommé à l'hôpital Sainte-Marguerite (Hôtel-Dieu annexe). Ces deux faits m'avaient paru d'un haut intérêt pratique; je ne les publiai point, parce que l'histoire du chancre phagédénique chez la femme était controversée à l'hôpital de Lourcine, et que M. Huguier n'y voulait voir qu'un esthiomène vulvaire. L'inoculation n'ayant point été faite, il aurait pu demeurer des doutes sur la nature de l'affection. J'attendis qu'il se présentât un homme à mon observation.

Un homme adulte entra, il y a environ dix-huit mois, dans mon service, salle Saint-Benjamin ; il portait à la racine du gland un chancre phagédénique serpigineux qui s'étendait sur le prépuce et le dos de la verge. Ce chancre fut traité par la poudre d'amidon et d'arsenic. Il fut suivi jour par jour par M. Davasse, qui se chargea d'en recueillir et d'en publier l'observation. L'ulcère avait changé d'aspect aussitôt après le début du traitement et la cicatrisation la plus régulière ne s'était pas fait attendre plus de deux ou trois septenaires. Par malheur, M. Davasse avait déposé cette observation dans un carton qui contenait, outre divers papiers, une collection de précieuses gravures, et qui lui fut soustrait.

Depuis, je n'ai point eu l'occasion de traiter d'autres chancres phagédéniques chez l'homme, bien que le chancre ordinaire ne soit pas rare dans mon service.

La malade dont j'ai publié l'observation entra dans la salle Sainte-Anne au moment où le choléra commençait à sévir, et n'a pas été l'objet d'une attention assez sévère, comme cela me paraît résulter et de la critique judicieuse de M. Ricord, et des renseignements recueillis à la Maternité.

Que conclure de tout cela? Le voici, suivant moi :

C'est que depuis trois ans je m'occupe du traitement du chancre phagédénique par l'arsenic, que sur trois cas j'ai réussi trois fois, que sur un quatrième cas il y a eu erreur de diagnostic, et que par conséquent ce cas doit être éliminé de l'histoire du traitement du chancre phagédénique par l'arsenic.

M. Ricord nous fait savoir que depuis *trois mois* il emploie le même traitement, *mais* avec une formule différente.

Dans quelle intention a-t-il fait publier cette note? Est-ce pour soulever une question de priorité? Eh bien! il a fait depuis trois mois dans son service ce que je fais depuis trois ans dans le mien sans qu'il en ait eu connaissance : voilà nos affirmations réciproques.

Est-ce pour établir que l'arsenic au millième est inerte? Mais de la part de M. Ricord, qui ne l'a point employé à cette dose, cette assertion est une pure hypothèse, opposée à l'expérience d'un de ses confrères.

Est-ce pour établir que la pâte de Rousselot est une meilleure formule que la mienne? Mais M. Ricord n'en a point fait la comparaison.

Est-ce pour réfuter l'opinion unanime des praticiens sur les inconvénients de la pâte de Rousselot? Mais on ne réfute pas l'expérience universelle avec quelques cas.

Est-ce seulement pour contester la valeur du fait qui a été joint à la note? Dans ce cas, il a très bien fait, et je l'en remercie. Je le prie d'examiner avec le même soin les nouveaux faits que j'aurai l'occasion de publier.

Pour vos lecteurs, mon cher confrère, cette petite discussion prouvera qu'au fond il s'agit d'une idée thérapeutique de quelque valeur, puisque M. Ricord voudrait en être plus que le vulgarisateur.

Toutefois, si cette controverse devait s'envenimer, je cesserais d'y prendre part. Mieux vaut s'exposer à perdre une idée qu'un ami.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Sur un cas de scissure de la voûte palatine et de la lèvre supérieure (gueule de loup) avec déformation du cerveau chez un fœtus humain, par M. DAVAINE.

Dans son mémoire sur les vices de conformation du cerveau, publié en 1824 (*Journ. complém. des Sc. méd.*), Tiedemann a appelé l'attention des observateurs sur la coïncidence singulière de l'absence des nerfs olfactifs avec le bec-de-lièvre. Les trois observations qu'il rapporte sont dues à des becs-de-lièvre doubles avec double scissure de la voûte palatine. Dans ces trois cas, les anomalies les plus remarquables du cerveau consistaient dans la fusion des hémisphères cérébraux, dans l'absence plus ou moins complète de la voûte à trois piliers et dans celle des nerfs olfactifs.

Le professeur Dubreuil a rapporté une observation analogue (*Gaz. méd.*, 1835). Elle est relative à un enfant mâle venu à terme, qui vécut trois heures. Il présentait un bec-de-lièvre double avec scissure de la voûte et du voile du palais.

Les hémisphères cérébraux étaient adhérents dans l'étendue du quart antérieur de leur face interne. Le corps calleux, le *septum lucidum*, la voûte à trois piliers, les nerfs olfactifs n'existaient pas.

M. Davaine met sous les yeux de la Société un monstre de ce genre : c'est un fœtus abortif de cinq mois environ, du sexe féminin, dont le corps est bien conformé. Il porte à chaque doigt auriculaire une petite boule de chair attachée par un pédicule très mince; la partie moyenne de la lèvre supérieure et les os intermaxillaires n'existent pas; il n'y a ni voûte, ni voile du palais, ni vomer; à la partie supérieure de la cavité commune de la bouche et des fosses nasales, se voient les cornets et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Le crâne paraît plus grand que dans l'état normal et les globes oculaires plus petits.

Le cerveau était dans un état de mollesse extrême; néanmoins, M. Davaine a pu constater que les hémisphères cérébraux étaient réunis en un seul globe; que les ventricules formaient une cavité unique et très vaste relativement au volume du cerveau; enfin, que les nerfs olfactifs n'existaient pas. De plus, la lame criblée de l'ethmoïde ne présentait pas de trou et les trous optiques étaient extrêmement petits.

— M. PIPET, médecin à Issengeaux (Haute-Loire), écrit à la Société pour lui faire part d'un fait bizarre, mais dont il existe déjà quelques exemples dans la science. Une jeune chienne, venue au monde depuis cinq semaines seulement, a expulsé par ses voies génitales un fœtus paraissant avoir un mois ou six semaines de vie intra-utérine.

Revue thérapeutique.

Emploi de la conine et du leukolein dans les fièvres intermittentes et dans les typhus.

1° *Conine.* — Tout le monde sait que la conine est le principe actif du *conium maculatum*, que l'on obtient en distillant les fleurs et les graines de la plante avec des doses variables d'un alcali. La quantité de principe immédiat que l'on obtient varie en raison de l'état de croissance de la plante, de l'époque où elle a été cueillie, enfin, de l'ancienneté de la maturité au moment où la plante a été cueillie.

La conine à l'état de pureté se présente sous forme d'un liquide incolore, limpide, d'une consistance huileuse, d'une odeur pénétrante de ciguë, bouillant à + °, d'après les recherches d'Artigosa, assez soluble dans l'eau, beaucoup plus soluble dans l'alcool et l'éther. Sa formule est $C^{16}H^{16}O$.

Elle forme avec les acides des sels qui se dissolvent facilement dans l'eau, dans l'alcool et dans l'éther.

C'est ce principe, sur lequel d'ailleurs il a déjà été fait quelques expériences thérapeutiques, que G. Wertheim a essayé contre le typhus et les fièvres intermittentes; on peut l'administrer à l'état de pureté, ou uni à un acide; mais c'est la première forme que M. Wertheim a préférée. La formule qu'il a choisie est la suivante :

Conine pure.......... gr. 1/64, 1/32, 1/16, etc.
Aq. distill........... Unc. sex.

D. S., à prendre deux cuillerées à bouche toutes les deux heures.

2° *Leukolein.* — Voici maintenant les observations sur le leukolein :

Le leukolein, ou chinolin, ne se présente pas, jusqu'ici du moins, tout formé dans la nature. A. Hofmann l'a obtenu le premier comme produit de la distillation sèche du charbon de terre, mélangé avec le picolin, l'anilin et d'autres substances, dans ce qu'on a appelé le goudron minéral. Plus tard, Gerhard et Bromier l'ont obtenu tout différemment en chauffant de la quinine, de la cinchonine et de la strychnine avec une lessive de potasse aussi concentrée que possible.

Son extraction des principes de la quinine donna lieu à la dénomination de *chinolin*. Cette substance, de quelque manière qu'elle ait été obtenue, est plus lourde que l'eau, d'une consistance huileuse, complétement incolore et limpide comme de l'eau à l'état de pureté. Elle possède un pouvoir de réfraction extrêmement intense, une saveur amère pénétrante et une odeur analogue à l'acide prussique; elle est difficilement soluble dans l'eau; mais elle se dissout très bien dans l'alcool, dans l'éther et dans tous les acides étendus, avec lesquels elle forme des sels très cristallisables. Sa formule est C^{18},H^{7},O. L'auteur a toujours employé à l'intérieur la combinaison du leukolein, avec l'acide sulfurique, en dissolution dans l'eau. Cette préparation a été obtenue en faisant dissoudre le leukolein pur dans une très petite quantité d'acide sulfurique pur. Pour l'usage externe, il a employé une solution de leukolein pur dans une petite quantité d'alcool, en y ajoutant des quantités considérables d'eau. Voici la formule usitée pour l'usage interne dans les vingt-quatre heures :

Leuc. sulf.......... grains, 1/2, 1, et 1/2, etc.
Aq. distill.......... onces, six.

D. S. Toutes les trois heures, deux cuillerées à bouche.

Pour l'usage externe :

Leucol. pur........ grains, 2, 3, etc.
Alcol. Q. S.
Aqua font.......... onces, 2.

D. S. A mélanger avec un lectel d'eau pour lotions.

Voici les résultats que l'auteur dit avoir obtenus au point de vue thérapeutique :

1° L'effet le plus évident et le plus sensible de ces deux substances se fait sentir sur le pouls;

2° La conine, aussi bien que le leukolein, possède, à certaines doses dont nous allons dresser le tableau, la propriété de déprimer le pouls. Elle agit ainsi quand le pouls est plein et dur, et d'après cela quand la fièvre offre encore un caractère inflammatoire. Le leukolein, au contraire, lorsque le pouls est faible et accéléré, lorsque la fièvre prend un caractère asthénique.

Conine dans la fièvre intermittente.

Pouls plein.	Doses à administrer.	Effets qu'on dit avoir obtenus.
84—74.	1/4 gr. par jour.	Empêche le pouls de s'élever à 100 et au delà, et ne permet qu'une accélération intermédiaire jusqu'à 80.
70—60.	3/8 gr. par jour.	
56—48.	1/2 gr. par jour.	

Conine dans le typhus.

Pouls plein.	Doses.	Dépression à
124—100	1/64 gr. par jour.	84
90—80	1/8 —	64
72—68	3/8 —	56
56	1/2 —	48

Leukolein dans la fièvre intermittente.

Pouls faible.	Doses.	Effet.
84—74	1 1/2 gr. par jour.	Au moment des accès le pouls, sous l'influence du médicament, ne s'élève qu'à 80.
70—60	2 gr. —	
56—48	2 1/2 gr. —	

Leukolein dans le typus.

Pouls faible.	Doses.	Dépression à
124—100	1/2 gr. par jonr.	84
90—80	1 gr. —	64
72—68	1 1/2 gr. —	56
57	2 gr. —	48

3° Si, par l'emploi méthodique de l'une ou l'autre de ces deux substances, le pouls est revenu à son état normal, on peut, en augmentant les doses, déterminer un abaissement considérable au delà des pulsations normales.

Dans la fièvre intermittente, quarte et tierce, on peut espérer de voir l'accès s'arrêter, d'après l'état du pouls, avec 1/2 grain de conine, avec 2 1/2 grain de leukolein; dans les accès quotidiens, pour vingt-quatre heures, la dose indiquée est de 3/8 grain de conine et de 2 grains de leukolein pour couper les accès. En général, l'effet a paru d'autant plus assuré à l'auteur, sous le rapport de la manière dont les deux médicaments ont été supportés, lorsque déjà auparavant, dans les jours intermédiaires aux accès, on a donné une petite quantité de ces médicaments, en moyenne de 11/32 de grain pour la conine et de 1 grain de leukolein par jour; dans les fièvres quotidiennes, où ce temps de préparation comprend un accès, on ne donne pas le remède pendant le stade de chaleur.

Dans le typhus, dit l'auteur, la fréquence du pouls et l'intensité de la fièvre sont, en général, en rapport direct; la déprimer est donc d'une très grande importance, dans les maladies aiguës, autant pour la marche de l'affection que pour le rétablissement du malade. Lorsque le pouls est fréquent et sthénique, l'indication est d'employer la conine; s'il est petit et asthénique, on aura recours au leukolein. Une fois arrivé à l'état normal, le pouls doit encore être déprimé par des doses croissantes de médicaments, qu'on devra continuer quelque temps. Plus la maladie a débuté avec violence, plus longtemps il faudra avoir égard à ce précepte. En général, il suffit de trois jours, à partir du moment où la fièvre est tombée. Les lotions simultanées avec le leukolein ont été abandonnées par l'auteur. Rarement, et seulement dans des cas où l'estomac avait été chargé antérieurement, il a prescrit un émétique. Des applications froides sur la peau, des lotions chaudes sur le bas-ventre tendu, ont paru soulager les malades.

Au moyen de cette méthode de traitement on diminue, suivant M. Wertheim, la violence et la durée de la maladie; au début on peut parvenir à arrêter la marche de l'affection, pourvu qu'on administre les doses proportionnées à l'état du pouls.

Les observations de l'auteur portent sur 84 cas de fièvre intermittente et sur 104 de typhus.

Une nouvelle victime du choléra parmi les chirurgiens militaires.

En annonçant, il y a quelques semaines, la mort de M. Verdet, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Givet, atteint d'une attaque mortelle de choléra dans l'accomplissement de ses fonctions, nous exprimions déjà des craintes sur M. Le Gendre, qui offrait, à cette époque, des prodromes de l'épidémie. Nos craintes n'étaient que trop fondées; cet excellent confrère succombait

quelques jours plus tard aux suites de l'attaque qu'il avait éprouvée. Le 17, on lui a rendu les derniers devoirs, et, à cette occasion, M. Delmas, chirurgien-major du 23e régiment d'infanterie légère, a prononcé les paroles suivantes :

Nous sommes venus dire un dernier adieu au bon camarade, au médecin éclairé, à l'homme de bien, dont nous déplorons amèrement la perte prématurée. L'affliction profonde qui est peinte sur tous les visages, les larmes de douleur et de reconnaissance qui coulent de tous les yeux, le concours nombreux de la population civile et militaire auprès de cette tombe, tout nous dit que la mort de cet homme simple et obscur s'élève à la hauteur d'une calamité publique.

Le docteur Le Gendre (Dominique-Nicolas), né à Havanche le 29 décembre 1807, entra au service militaire le 24 mai 1830, en qualité de chirurgien-élève à l'hôpital de Metz, fut nommé sous-aide le 15 septembre 1831, d'abord à Nanci, puis à l'hôpital de Metz, et fut promu aide-major le 20 avril 1836, dans le 24e régiment d'infanterie de ligne en Algérie. C'est là que, pendant six ans consécutifs, il a partagé les fatigues et les dangers de nos braves soldats; il a bivouaqué avec eux; comme eux, il a souffert la soif et la faim; près d'eux, quand ils étaient malades; à côté d'eux, quand ils tombaient sous le feu de l'ennemi. On se souvient d'Oued-Laleg et de ce jour néfaste, où, en pleine paix, un détachement escortant la correspondance était surpris, enveloppé, sauvagement égorgé. Ce fut par cet horrible massacre qu'Abd-el-Kader donna le signal de la guerre; Le Gendre était là, prodiguant avec un zèle infatigable les secours les plus prompts et les plus paternels aux soldats mutilés. Capitaine Grandchamp, laissé pour mort sur le champ de bataille, couvert de blessures, c'est à Le Gendre, vous l'avez dit cent fois, que vous avez dû la vie. Dans maintes autres circonstances périlleuses, combien de frères d'armes n'a-t-il pas sauvés jusqu'au jour où, atteint lui-même d'une fièvre grave, il rentrait en France avec une santé profondément altérée!

Appelé le 29 janvier 1843 à l'hôpital de Givet, il a toujours été le même homme, plein de zèle pour le service, plein de bonté pour les malades confiés à ses soins. La clientèle civile qu'il ne recherchait point est venue le trouver, et il a pleinement justifié la confiance dont les habitants de Givet l'avaient honoré.

Il était sympathique à toutes les souffrances; mais celles du pauvre le touchaient davantage, et il se montrait plus empressé à le secourir, parce qu'il voyait en lui la douleur de la misère jointe à la douleur de la maladie. Sa dernière visite a été pour un pauvre cholérique de la campagne.

Un jeune sous-aide, Emile Verdet, partageait ses nobles sentiments et ses modestes labeurs. Au 1er septembre, quand le choléra éclatait avec violence et frappait à coups redoublés, on les a vus tous deux à l'œuvre, jour et nuit, auprès des malades, s'abaisser aux plus humbles fonctions, s'oublier eux-mêmes dans le danger commun et faire des efforts inouïs pour disputer à la mort ses victimes.

Malades eux-mêmes et sentant les premières atteintes de l'épidémie, ils ne se point arrêtés, leur zèle n'en a point été ralenti; pendant trois jours ils ont recueilli leurs forces pour soigner les cholériques; et ce reste de vie qu'ils auraient dû employer à se guérir eux-mêmes, ils le dépensaient avec une abnégation sublime au service de l'humanité.

Ils sont morts tous deux en héros!!!....

Emile Verdet, Dominique Le Gendre, braves camarades, dignes d'un meilleur sort, nous vous adressons ici solennellement l'expression de notre estime, de notre admiration et de nos regrets.

Une souscription est ouverte pour élever à ces deux martyrs de la chirurgie militaire un seul monument avec cette inscription :

AUX DEUX CHIRURGIENS DE L'HOPITAL,

MORTS DU CHOLÉRA EN SEPTEMBRE 1849,

VICTIMES DE LEUR ZÈLE ET DE LEUR DÉVOUEMENT,

LA VILLE DE GIVET ET LA GARNISON RECONNAISSANTES.

LE GENDRE (Dominique-Nicolas), Docteur en Médecine, Chirurgien aide-major, Né à Havanche (Moselle), le 19 décembre 1807, Mort à Givet, le 16 septembre 1849.	VERDET (Emile), Chirurgien sous-aide, Né à Vaucouleurs (Meuse), le 19 mars 1825, Mort à Givet, le 7 septembre 1849.

La *Gazette des Hôpitaux* sera heureuse de s'associer à ce témoignage de pieuse sympathie. Les souscriptions seront reçues à son bureau tous les jours de 10 à 4 heures.

NOUVELLES.

On lisait, il y a quelques jours, la petite note suivante dans un journal quotidien :

« Une vingtaine de soldats de l'armée expéditionnaire d'Italie, amputés à la suite de leurs blessures graves, sont arrivés avant-hier à Paris, et ont été installés immédiatement à l'hôtel des Invalides. »

Nous nous sommes assuré que le fait annoncé dans ces lignes était entièrement controuvé. Il n'est pas encore entré au Invalides un seul amputé de l'expédition d'Italie.

— M. Duméril, membre de l'Académie des Sciences, professeur au Muséum d'histoire naturelle, ouvrira son cours de zoologie le lundi 1er octobre 1849, à onze heures et demie très précises, dans les galeries du Muséum, et le continuera tous les jours des semaines suivantes à la même heure.

L'histoire naturelle des reptiles et des poissons fera le sujet du cours, qui sera consacré à l'étude de leur structure, de leurs fonctions, de leurs mœurs, de leurs habitudes et de leur classification.

BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN,

ou **Résumé général** de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, de toutes les monographies, de tous les mémoires de médecine et de chirurgie pratiques, anciens et modernes, publiés en France et à l'étranger; PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS, sous la direction du docteur FABRE, rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux (Lancette française). — T. IXe. *Traité des maladies du cerveau, maladies mentales, maladies nerveuses*. In-8° de 682 p. T. Xe. *Traité des maladies des yeux et des oreilles*. In-8° de 668 p. Quinze volumes grand in-8°, à deux colonnes, chacun de 700 pag. Prix du volume, 8 fr. 50 c. — Les tomes I à X, publiés, comprennent : 1° Maladies des femmes; — 2° Maladies de l'appareil urinaire; — 3° Maladies des organes de la génération chez l'homme, etc.; — 4° Maladies des enfants (médecine et chirurgie); c'est pour la première fois que la médecine et la chirurgie des enfants se trouvent réunies. Les tomes V et VI *forment le traité le plus complet qui existe* sur les maladies des enfants. Le tome VIIe comprend le *Traité des maladies vénériennes*, et résume la pratique des médecins français et étrangers sur les diverses méthodes de traitement de la syphilis. Le tome VIIIe comprend le *Traité des maladies de la peau*, et contient une exposition de la pratique des dermatophiles français et étrangers. Le tome IXe comprend le *Traité des maladies du cerveau, maladies mentales, maladies nerveuses*. Le tome Xe comprend le *Traité des maladies des yeux et des oreilles*.

NOTA. — Les cinq volumes suivants, qui compléteront l'ouvrage, seront publiés successivement et paraîtront avec rapidité.

MALADIES DE L'ESTOMAC.

Gastrite-gastralgie. Gastro-entérite, etc.; leurs causes, leur traitement.

Les médecins ont de tous temps porté leur attention sur le traitement de la *gastrite* et des diverses maladies de l'estomac. La *gastralgie*, la *gastro-entérite*, etc., etc., conséquence de l'inflammation des membranes muqueuses de ce viscère, des diverses affections, s'observent à tous les âges, et sont plus fréquentes dans le Midi que dans les pays du Nord.

Parmi les causes si nombreuses et si variées qui peuvent les déterminer, on doit surtout citer les coups, les chutes sur la région épigastrique; l'emploi de purgatifs irritants, l'ingestion d'une grande quantité d'eau froide ou de boissons glacées, l'usage d'aliments de mauvaise qualité, tels que poissons et viandes fumées, ou ayant subi un commencement de fermentation, l'irrégularité dans le régime ou l'heure des repas, les brusques variations de l'atmosphère, et enfin les affections intellectuelles, morales ou affectives.

La série des phénomènes qui caractérisent ces maladies les rend assez faciles à distinguer des maladies des organes voisins. Dans beaucoup de cas, les malades commencent à éprouver de la céphalalgie après l'ingestion des aliments; la digestion est pénible; il existe un sentiment de gonflement à l'épigastre; l'appétit est presque nul, ou bien les malades éprouvent fréquemment le besoin de manger, et quand ils l'ont satisfait, ils ressentent immédiatement de la pesanteur à l'estomac.

Souvent après un certain laps de temps, quelquefois même dès le principe, on voit paraître des vomissements, et il survient des douleurs qui se manifestent tantôt sous forme de crampes, tantôt par des élancements, ou bien par un sentiment de constriction à la base de la poitrine ou de barre *sous-sternale*, suivant l'expression de quelques malades.

Presque toutes les personnes atteintes de maladies gastriques se plaignent de faiblesse, de lassitudes spontanées; elles maigrissent presque toujours, et chez la plupart d'entre elles on observe une profonde mélancolie.

Bien que la gastrite et les diverses *maladies de l'estomac* soient parfois funestes, soit que des désorganisations profondes surviennent dans l'estomac, soit que l'organisme entier s'éteigne épuisé par le défaut de matériaux qu'une chymification trop incomplète peut leur fournir, elles cèdent le plus souvent à une alimentation convenable ou de facile digestion. On doit surtout éviter de donner aux malades aucun aliment, aucune substance irritante, comme le café et le chocolat, qui puisse mettre en jeu un peu énergiquement l'irritabilité physiologique de l'estomac, et apporter à l'organisme des matières propres à exaspérer la phlegmasie.

Des médecins éclairés et instruits recommandent dans cette circonstance l'aliment si léger connu sous le nom de *Racahout*. Par ses propriétés tout à la fois toniques et fortifiantes, cet aliment, dont l'importation en France est due à M. Delangrenier, calme l'irritation de l'estomac, et prédispose ce viscère à recevoir et à mieux digérer les autres repas.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 2 OCTOBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 115.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR. —	13 FR. —	7 FR.
DÉPARTEMENTS.	26 FR. —	14 FR. —	8 FR.
ÉTRANGER. . .	30 FR. —	16 FR. —	9 FR.

PARIS, 1er OCTOBRE 1849.

Bulletin du choléra.

Nous voilà arrivés à la fin du mois de septembre; c'est le terme que la science se plaisait à fixer à la durée de l'épidémie. L'événement n'a pas tout à fait réalisé ses espérances, mais peu s'en faut. Le chiffre auquel l'épidémie se maintient depuis huit jours équivaut à peu près à une absence d'épidémie; une moyenne de 7 entrées et de 5 décès par jour dans tous les hôpitaux civils réunis, ce n'est vraiment qu'un soupçon d'épidémie, et cette moyenne est celle des trois derniers jours. Les hôpitaux militaires n'ont eu que 2 cholériques en trois jours, et la ville une moyenne de 6 cholériques par jour. Ces nombres sont assez rassurants pour qu'il soit inutile de les commenter plus longuement.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

	Entrées.	Décès.
HOPITAUX CIVILS : Journée du 28 septembre...	9	6
— 29	10	7
— 30	4	3
HOPITAUX MILITAIRES pendant les deux jours...	2	1
Total.....................	25	17

Total des décès dans les hôpitaux..	7971
Total des décès à domicile jusqu'au 15 septembre..	10812
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie...........................	18783

ALGER. — Nous recevons les nouvelles les plus alarmantes sur l'état sanitaire d'Alger; le choléra y fait, dit-on, les ravages les plus terribles. On ne parle de rien moins que de 30 infirmiers morts dans le seul hôpital civil. Nous manquons de renseignements plus précis.

LONDRES. — L'épidémie a continué à décroître avec une grande rapidité pendant la semaine dernière; du chiffre 1,682 que la mortalité avait affecté pendant la semaine finissant le 15 septembre, celle mortalité est descendue à 839 pendant la semaine finissant le 22 du même mois.

Sur cette mortalité de 839, il y a eu 234 individus âgés de moins de quinze ans, 471 âgés de quinze à soixante ans, et 134 d'un âge au-dessus de ce dernier chiffre.

BRUXELLES. — Dans la semaine finissant le 26 septembre, voici quel a été le nombre des admissions et des décès cholériques dans les hôpitaux civils :

Admissions.	16
Décès.	8

Concours du Bureau central des hôpitaux.

Nous sommes heureux d'apprendre que les candidats de ce concours n'ont pas en vain compté sur l'esprit d'équité de l'autorité supérieure, malgré les airs, les paroles et les gestes d'un certain employé de l'administration qui tranche un peu trop du marquis; le jury n'aura que deux places à donner, et la loyauté du concours sera respectée. Nous désirons vivement que cette leçon de justice venue d'en haut soit sentie par tous les médecins, et qu'à l'avenir un jury médical ne rende pas nécessaires des réclamations pareilles à celle que les candidats ont été dans la nécessité d'adresser à l'autorité supérieure.

Nous espérons aussi que cette leçon profitera à la Faculté, relativement au concours pour la place d'aide, et que M. le doyen aura le bon esprit d'éviter de la part des candidats une réclamation qui, nous pouvons le lui prédire, aura le même succès que celle des concurrents du Bureau central. Nous croyons savoir, d'ailleurs, que les jeunes compétiteurs sont très disposés à suivre l'exemple qui vient de leur être donné.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

Cas très remarquable de production cornée.

Il n'existe peut-être pas dans la science un exemple aussi remarquable de production cornée que celui que nous offre la malade couchée au n° 25 de la salle Sainte-Marthe, dans le service de M. Cazenave, à l'hôpital Saint-Louis. Nous allons d'abord faire connaître en peu de mots l'histoire de cette malade, sur laquelle le savant praticien a appelé l'attention de ses auditeurs, et nous reproduirons ensuite les réflexions dont ce fait a été l'objet.

La nommée Bourcier, âgée de trente-deux ans, mais d'une physionomie qui en porte bien une quarantaine, cultivant et ayant toujours cultivé la terre à Brienne-le-Château (Aube), est entrée à l'hôpital Saint-Louis le 20 septembre 1849. Cette femme a toujours été très bien portante, et n'a jamais éprouvé de maladie de peau jusqu'à l'époque de son mariage ou quelques mois auparavant. A cette époque, c'est-à-dire il y a huit ans, elle commença à s'apercevoir que sa peau rougissait dans certains points, puis se recouvrait de petites pellicules blanches qui tombaient bientôt pour être remplacées par d'autres, et ainsi de suite. A mesure que la maladie devenait plus ancienne, les plaques prenaient une plus grande extension, se développaient sur un plus grand nombre de points, et mettaient un temps plus long à tomber, ce qui leur permettait d'acquérir une épaisseur de plus en plus considérable. Ces plaques ont aujourd'hui un volume supérieur à celui qu'elles ont eu précédemment; elles paraissent donc augmenter toujours. Du reste, à aucune époque de leur évolution ni des mois qui les ont précédées, la santé générale n'a été altérée. La malade a eu deux enfants, l'un qui est mort à l'âge de cinq jours, l'autre qui est âgé de neuf ans et qui est très bien portant. Elle n'a point fait de fausses couches et a eu régulièrement ses règles dans l'intervalle de ses grossesses; aujourd'hui encore l'écoulement menstruel a lieu régulièrement. La malade ne paraît jamais avoir eu aucune affection de nature syphilitique, non plus que son mari, qui est également à l'hôpital, et que l'on interroge à ce sujet.

Etat actuel. — La description suppléera difficilement à la vue dans l'affection dont nous nous occupons, et le dessin lui-même ne serait que d'un faible secours sans l'adjonction du coloris; c'est là la raison pour laquelle nous n'avons pas cherché à représenter par des figures ces singulières productions. On peut cependant s'en faire une idée à peu près juste en supposant la peau enduite par places d'une couche de pâte blanche qui n'a pas moins de 2 centimètres d'épaisseur dans certains points. La surface de la peau entourée de ces énormes squames est d'ailleurs considérable; la plus grande partie des membres inférieurs et supérieurs, presque tout le tronc et quelques points limités de la tête en sont tout couverts. A la face, on ne voit que deux plaques peu étendues, l'une sur la partie moyenne du dos du nez, l'autre sur le sourcil gauche. Ces deux plaques n'existent que depuis quelques mois; jusque-là, la face avait toujours été préservée; la peau y conserve d'ailleurs ses caractères normaux, tandis que partout ailleurs, là où n'existent point les plaques cornées, la peau est rouge écrevisse, et recouverte d'une sécrétion légèrement humide ou déjà desséchée et blanche, comme dans un simple psoriasis; c'est le premier état des plaques cornées. C'est aux mains surtout que ces plaques offrent une disposition remarquable; elles sont très épaisses, occupent presque exclusivement, mais complétement, la face dorsale du carpe et des doigts; la face palmaire n'en présente que quelques petits rudiments très peu volumineux; aux doigts, elles n'envahissent même pas les faces latérales, en sorte que l'épaisseur antéro-postérieure de chaque doigt est double de l'épaisseur latérale; et comme la surface de ces plaques est très rugueuse, fendillée, par suite des faibles mouvements que la malade peut encore imprimer à la main et aux doigts, ceux-ci ne ressemblent pas mal aux serres d'un immense oiseau. Les ongles sont également intacts, et comme sculptés sur le fond corné.

L'aspect des plaques est le même partout; elles ressemblent partout à un enduit de plâtre ou de mie de pain dont la blancheur est seulement un peu variable. La dureté de ces plaques est à peu près celle des épaississements épidermiques des cors. Dans beaucoup de points, elles adhèrent trop intimement à la peau pour pouvoir être enlevées; dans d'autres, au contraire, elles s'en détachent spontanément, ainsi que nous l'avons déjà dit. Lorsqu'une plaque est franchement détachée, on voit au-dessous la peau rouge, humide, à papilles très développées, très analogue à une surface dépouillée de son épiderme par une substance vésicante. Sur ces points, non plus qu'ailleurs, la peau n'offre aucune altération de sensibilité, soit spontanément, soit à la pression.

Toutes les fonctions s'exécutent normalement; l'appétit est parfaitement conservé, et les digestions se font sans s'accompagner d'aucun malaise. Il n'y a que les mouvements qui

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Nouvelle salle de l'Académie de médecine. — Le triomphe de Pinel.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Après vous avoir rassuré sur les craintes qu'on avait pu vous inspirer sur le sort futur de l'Académie de Médecine, il est bien juste que je vous donne quelques nouvelles de l'asile qui doit bientôt l'abriter définitivement et retentir de ses savantes discussions. Quand je dis l'asile, c'est plutôt d'un de ses plus beaux ornements que j'ai l'intention de vous parler aujourd'hui; car la *Gazette* a fait depuis longtemps, et d'une manière complète, la description et l'historique de l'asile lui-même.

Vous savez que pour orner la nouvelle salle des séances, deux tableaux ont été commandés à M. Muller, le même qui vient de recevoir, cette année, la première distinction accordée aux auteurs des plus belles toiles de l'exposition. L'un de ces tableaux doit représenter Larrey organisant les ambulances sur les champs de bataille; le second, Pinel faisant tomber les fers des aliénés. C'est cette dernière peinture qui se trouve déjà placée sur l'un des murs de la nouvelle salle, à gauche du bureau.

Je n'ai pas besoin de vous dire, car vous le savez mieux que moi, l'affligeant tableau que présentait un établissement d'aliénés avant l'arrivée du célèbre Pinel. En voyant tous ces malheureux couverts de chaînes, se déchirant souvent les membres dans leurs mouvements désordonnés, on se serait cru dans un séjour de supplice réservé aux assassins les plus féroces, plutôt que dans un asile de bienfaisance destiné au soulagement d'une des plus grandes misères humaines. Un jour, la Providence envoya Pinel, et aussitôt ces asiles, fruit d'une généreuse civilisation, prirent le caractère, la physionomie qui convient à leur véritable but. C'est le moment solennel où le bon, le grand génie de Pinel opère cette immense transformation que le peintre avait à représenter; c'est ce moment suprême qu'il a représenté dignement.

Sa vaste toile, développée sur 18 pieds de largeur et 8 de hauteur, représente trois groupes :

Au centre, un groupe de médecins, d'élèves, d'admirateurs, et en avant d'eux tous la belle et calme figure de Pinel montrant d'une main à l'artisan le dernier fer à limer, plus occupée de soulager la dernière douleur que de jouir du plus beau triomphe qui puisse embellir la vie d'un homme. A côté et à droite de l'illustre médecin se trouve un jeune élève qui devait plus tard disputer à son maître une portion de sa gloire : le jeune Esquirol, un carnet à la main, est frappé d'étonnement à la vue d'un si grand spectacle, et ne songe sans doute qu'à s'en inspirer pour en retracer un tableau fidèle.

A gauche du principal groupe se trouvent plusieurs aliénés contemplant avec un bonheur qui traverse leurs yeux égarés leurs membres meurtris par les fers, bénissant leur bienfaiteur, et montrant ainsi que la reconnaissance ne s'éteint pas toujours avec la raison. On remarque en outre au premier plan de ce groupe un brave artisan qui lime les fers d'un vieillard, et qui se retourne, entraîné par un ascendant irrésistible, pour admirer le génie, ce génie dont il est l'humble instrument.

Enfin dans le troisième et dernier groupe de gauche se trouvent plusieurs aliénés, dont les uns se livrent à la joie que leur cause une délivrance inattendue, tandis que les autres semblent poursuivre les rêves fantastiques qui dominent leur raison, et que n'a pu dissiper la science du héros de cette noble scène.

Un fond architectural grandement conçu et un ciel de Paris couronnent ces trois groupes, où le peintre a su associer la grandeur à la simplicité, la poésie à la réalité.

En cherchant à vous décrire l'expression qui anime tous les personnages de ce tableau, je crois vous avoir déjà donné une idée de son mérite. Pour juger complétement le peintre, il faudrait entrer dans un examen beaucoup plus approfondi de plusieurs particularités, et spécialement du coloris. Mais je craindrais bien qu'un tel examen ne dépassât mes moyens d'appréciation, et j'aime mieux le laisser à de plus forts que moi. Je crois vous en avoir dit assez pour vous faire désirer que le pendant de ce tableau ressemble à son aîné. Je termine en proposant pour ce tableau, auquel on a donné une dénomination bien longue, le nom que j'ai inscrit en tête de ma lettre : *Le triomphe de Pinel.*

Maintenant que j'ai rendu justice au grand génie et au pinceau qui s'en est inspiré, me sera-t-il permis de redescendre un instant sur la terre, où il faut bien revenir de temps en temps, même quand on est peintre ou poëte? Si vous me le permettez, j'en profiterai pour donner, s'il en est temps encore, un petit conseil à M. l'architecte, par l'intermédiaire de l'ordonnateur, M. le secrétaire perpétuel. J'ai trouvé que les banquettes sur lesquelles doit s'asseoir le public forment par leur ensemble un plan trop peu incliné; ceux qui seront assis sur les secondes auront la vue masquée par les auditeurs assis sur les premières, et ainsi de suite. C'est là un inconvénient sérieux, et je crains que cette disposition n'éloigne un certain nombre d'habitués de l'Académie; ce qui serait fort regrettable pour tout le monde. Si donc la chose est encore possible, j'engage M. Dubois à faire incliner davantage le plan des banquettes publiques. X.

soient difficiles par suite de la gêne mécanique, plus ou moins grande suivant les régions que la présence des plaques y apporte; ceux des doigts, par exemple, sont extrêmement bornés. Ces organes sont dans une demi-flexion constante.

Avant de présenter les quelques considérations que la vue de ce cas singulier doit naturellement suggérer, il nous paraît intéressant de dire quelques mots du mari de cette malade, qui est aussi venu, en même temps que sa femme, réclamer les secours de la médecine à l'hôpital.

Cet homme, âgé d'une quarantaine d'années, n'avait non plus jamais fait de maladie sérieuse avant son mariage; il n'avait jamais eu en particulier aucune affection de la peau. Il se rappelle qu'à l'époque même de son mariage sa femme présentait déjà quelques taches farineuses sur certains points très limités de la peau. Ce n'est que plusieurs mois, peut-être un an plus tard, et alors que ces taches s'étaient notablement accrues en étendue et en profondeur, que lui-même en présenta de semblables. Seulement les siennes n'acquirent jamais ni l'épaisseur, ni la dureté de celles de sa femme; elles ont toujours été ce qu'elles sont encore aujourd'hui, sauf l'étendue, qui est maintenant plus grande. Ces plaques sont constituées par des lamelles fines, blanches, sèches, d'une étendue de 1 à 3 ou 4 millimètres; en un mot, par de véritables squames d'un psoriasis commun. Elles occupent d'ailleurs presque toute la surface du corps, excepté la figure. Elles tombent quelque temps après s'être formées, s'accompagnent d'une certaine rougeur de la peau et d'un développement des papilles, comme celles de la femme, et comme on l'observe du reste dans tous les psoriasis. Comme dans les psoriasis également, il n'y a chez Bourcier ni prurit, ni douleur à la peau, soit dans les points affectés, soit dans les points restés sains.

Les parents des deux époux, sur lesquels ceux-ci donnent des renseignements qui paraissent exacts, n'ont jamais eu de maladie semblable ou analogue. Les malades ne connaissent non plus dans leur pays aucun exemple de maladie ayant des rapports avec celles dont ils sont affectés, et la femme Bourcier surtout passait pour un *phénomène* dans son village et les villages environnants.

Les traitements que les malades ont fait chez eux se sont bornés à quelques tisanes dont ils ne connaissent pas la composition, et qu'ils n'ont jamais prises d'une manière suivie.

Si nous avons insisté aussi minutieusement sur les antécédents des deux malades, c'est que parmi les problèmes intéressants que soulève l'histoire de leur maladie s'en trouve un qui paraissait bien résolu dans l'opinion des dermatologistes et que les deux faits précédents doivent peut-être faire soumettre à une nouvelle étude : ce problème est celui de la contagion du psoriasis. S'il y avait quelque chose qui nous parût bien démontré, c'était la propriété non contagieuse du psoriasis; M. Cazenave nous disait à propos de ces deux faits qu'il n'avait jamais vu un seul cas de psoriasis où la contagion pût être non-seulement admise, mais même soupçonnée. Dans ces deux faits, il faut le reconnaître, il y a une telle coïncidence ou plutôt une si singulière succession que l'idée de la contagion vient naturellement à l'esprit : chez le second malade, l'affection se développe après plusieurs mois de cohabitation avec la première; cette affection se développe chez le mari sans prédisposition héréditaire, sans que dans le pays existe aucun autre exemple de maladie analogue qui puisse faire croire à une influence endémique. On ne peut donc songer qu'à la contagion ou à la plus étrange des coïncidences. Toutefois, nous nous hâtons de le dire, quelque singulière qu'elle soit, cette coïncidence est néanmoins possible, et par cela même nous ne prétendons pas nous prononcer entre les deux alternatives, mais nous avons cru qu'il était utile de les signaler.

Quant à la raison qui nous fait poser la question de la contagion du *psoriasis*, c'est qu'il nous paraît parfaitement démontré par le mode de formation des productions cornées, au moins dans le cas spécial de la femme Bourcier, que cette affection n'est réellement qu'une variété de psoriasis, variété dans laquelle les squames épidermiques, étant beaucoup plus adhérentes au derme que dans les psoriasis habituels, mettent beaucoup plus de temps à tomber, s'accumulent par conséquent les unes au-dessus des autres et forment les énormes plaques que nous avons décrites. L'inspection directe permet, en effet, de voir que dans ce cas de production cornée, comme dans les cas de psoriasis, le corps papillaire est seul affecté et dans un simple état d'hypersécrétion. Cette manière de voir est encore confirmée par l'identité des phénomènes sensitifs dans les deux affections. L'identité probable de nature des affections psoriasiques et cornées est donc un second point de vue qui nous semble mis en lumière par les deux faits que nous venons de rapporter. Nous croyons que sous ce rapport aussi notre opinion est conforme à celle du savant dermatologiste dans le service duquel nous avons observé ces faits.

Il resterait maintenant, entre autres questions, à rechercher quel est le meilleur traitement à opposer à une affection qui dénature d'une manière aussi bizarre la forme et les traits humains. M. Cazenave a commencé ce traitement comme s'il croyait à un psoriasis; il s'est borné jusqu'à présent à administrer des bains simples et de vapeur. Les malades mangent comme dans l'état de santé parfaite. Jusqu'à présent l'état seul du mari a été heureusement modifié. Nous aurons occasion de faire connaître plus tard à nos lecteurs les résultats que ce traitement ou ceux qu'on pourrait lui faire succéder auront eus. G....

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Malgaigne.

De l'ecchymose brachiale dans les fractures du col de l'humérus.

Il est dans les fractures du col de l'humérus un symptôme presque constant, tout à fait constant peut-être, extrêmement frappant pour le chirurgien, et qui néanmoins ne se trouve mentionné dans aucun auteur, soit que, malgré son évidence, il ait réellement passé inaperçu, soit que, par des raisons que nous nous expliquons difficilement, les observateurs n'aient pas cru devoir en faire mention. Ce symptôme consiste dans une ecchymose brachiale que vous pouvez voir dans tout son développement chez une malade couchée au n° 3 de la salle Sainte-Marthe, et à propos de laquelle je vous fais ces réflexions.

L'ecchymose brachiale apparaît quelquefois dès le premier jour de la fracture; fréquemment, après quelques jours seulement, et, dans ce cas, le chirurgien instruit peut se donner la satisfaction d'en annoncer l'apparition prochaine et presque certaine, lorsqu'il a su constater la fracture par les autres signes habituels. Cette ecchymose peut se montrer en dedans du bras, ou en avant, ou en arrière, ou en dehors, et d'ordinaire elle occupe plusieurs de ces régions à la fois; tantôt limitée au moignon de l'épaule, d'autres fois envahissant le bras tout entier, et s'étendant même aux parois de la poitrine. Il est très rare de la voir manquer tout à fait, et je n'ai vu qu'un seul cas où la fracture s'accompagnait à peine d'une ecchymose légère, située au-dessous de la clavicule. Un fait important pour le pronostic, c'est qu'à part un petit nombre de cas où l'ecchymose était à peine sensible, j'ai vu généralement qu'elle persistait au delà du temps requis pour la consolidation, de telle sorte que les blessés sont plus tôt guéris de la fracture que de l'ecchymose.

Ce symptôme, qui aurait son importance dans toute espèce de fracture, en a davantage encore dans les fractures du col de l'humérus, où les signes habituels des fractures sont assez souvent difficiles à saisir.

Vous savez en effet, et tous les auteurs ont d'ailleurs mentionné ces faits, que, dans la fracture du col de l'humérus, le déplacement est nul ou très peu prononcé, qu'il n'existe point de mobilité anormale, et que la crépitation est elle-même obscure, difficile, quelquefois impossible à percevoir. Tout cela s'explique très naturellement lorsqu'on sait que le fragment supérieur est très court, qu'il s'engrène avec le fragment inférieur, et qu'il est, en outre, maintenu contre ce dernier par le périoste, qui est rarement déchiré d'une manière complète, et par le tendon du muscle biceps. On conçoit bien que, dans de semblables conditions, les mouvements qu'on imprime au fragment inférieur se communiquent très facilement au fragment supérieur, et que ces mouvements aient en définitive pour centre commun l'articulation scapulo-humérale, tout comme dans un cas de simple contusion de l'épaule ou de la partie supérieure du bras sans fracture. Le meilleur moyen de constater la crépitation est de saisir le coude avec une main, d'appliquer l'autre sur le moignon de l'épaule ou dans le creux de l'aisselle de manière à rapprocher le plus possible les doigts de la tête humérale et d'imprimer ensuite au bras des mouvements de rotation. En procédant ainsi, on arrive presque toujours à percevoir la crépitation et à s'assurer de l'existence de la fracture.

Mais quoique les difficultés que je viens d'énumérer aient été signalées par les auteurs, il ne faut pas croire que les chirurgiens se tiennent constamment assez en garde contre elles, et que l'ecchymose perde de son importance à cause du soin qu'on doit mettre, dans ces cas, à explorer l'état des parties. Un exemple va vous en convaincre.

Il y a quelque temps, un malade se présenta à M. Payen, praticien distingué de Paris; ce malade venait de faire une chute sur le bras et présentait d'une manière très prononcée l'ecchymose dont je viens de vous entretenir. Comme j'avais eu occasion de parler à M. Payen de l'importance de cette ecchymose, il ne lui en fallut pas davantage pour diagnostiquer une fracture, et il envoya le malade au Bureau central après lui avoir donné connaissance de ce diagnostic.

Le Bureau central n'accepta pas avec une très grande confiance l'opinion du praticen de la ville; il cassa le premier jugement et renvoya le malade chez lui sous prétexte qu'il n'avait qu'une simple contusion.

Celui-ci se rendit alors dans un bureau de bienfaisance, où on lui fit à peu près le même accueil qu'au Bureau central, dont on confirma la décision.

N'osant retourner chez M. Payen, qui ne lui inspirait plus qu'une médiocre confiance, le malade, toujours fort souffrant, s'adressa à un autre praticien de la ville. Celui-ci, qui connaissait la sévérité et la réserve habituelles de M. Payen, s'étonna que ce praticien se fût prononcé d'une manière aussi catégorique pour l'existence d'une fracture si cette lésion était réellement imaginaire; il examina donc les parties avec la plus scrupuleuse attention, et finit par découvrir la crépitation. Le malade nous fut envoyé, et nous pûmes nous assurer nous-même de l'existence de la fracture et de l'ecchymose qui avait autorisé M. Payen à porter un aussi remarquable diagnostic.

Ce serait pousser trop loin cependant l'importance du symptôme dont il s'agit que de le faire servir de signe pathognomonique à la fracture du col de l'humérus; je dois déclarer cependant que je n'ai jamais vu l'ecchymose que dans les cas de fracture ou dans les cas de contusion directe sur les parties ecchymosées.

La malade couchée au n° 3 de la salle Sainte-Marthe confirme pleinement toutes les assertions que nous venons d'émettre.

Obs. — Cette femme, âgée de cinquante-six ans, marchande des quatre saisons, était chargée d'une boîte avec laquelle elle allait faire à la halle ses provisions habituelles, lorsqu'elle fut renversée, le 20 août, par une voiture qui accrocha le fardeau qu'elle portait. Elle ne sait pas exactement comment elle tomba, mais elle éprouva au moment de sa chute une vive douleur dans l'épaule droite. Elle se rendit néanmoins à pied à l'hôpital Saint-Louis, où elle arriva à cinq heures du matin.

La fracture fut constatée, quoique les symptômes ne fussent pas plus prononcés qu'ils ne le sont d'habitude; mais on constata aussi l'ecchymose. Pour des raisons que vous devinerez facilement en songeant à l'absence presque constante, et qui avait lieu ici, de tout déplacement, on se contenta de rapprocher le bras du corps et de le maintenir dans cette position par quelques tours de bande. Ce doit être là le seul appareil à opposer à ces fractures, qui guérissent parfaitement ainsi, tout aussi parfaitement qu'en appliquant un appareil contenteur, auquel il est impossible de faire remplir le but pour lequel il est destiné.

Vous voyez en effet que, chez notre malade, la consolidation ne laisse rien à désirer; elle s'est effectuée dans une vingtaine de jours, comme on l'observe habituellement, et vous remarquerez qu'aujourd'hui, quarante jours après l'accident, *vingt* jours après la consolidation de la fracture, l'ecchymose existe encore, et, d'après les caractères qu'elle présente, existera probablement pendant une quinzaine de jours au moins. J'ai donc eu raison de dire que cette ecchymose disparaissait bien après la consolidation de la fracture.

Il n'y a chez notre malade, comme cela s'observe encore dans la grande majorité des cas, aucun déplacement, aucune déviation du membre. Mais il reste chez elle, et c'est encore là une règle générale, une roideur de l'articulation scapulo-humérale, qui rend les mouvements difficiles, douloureux, imparfaits. Ces phénomènes, produits sans aucun doute par une inflammation plus ou moins prononcée qui se communique à l'articulation, finissent habituellement par se dissiper soit sous la seule influence du temps, soit sous cette influence aidée de bains simples ou de vapeur, d'applications émollientes ou résolutives, et enfin d'une sorte de gymnastique locale et forcée, moyen qui a une si grande influence dans beaucoup d'affections articulaires. Dans quelques cas, cependant, les malades ne retrouvent jamais ni la souplesse ni l'étendue primitive de leurs mouvements, surtout quand ils approchent déjà de la vieillesse, comme c'est le cas de notre malade. Je n'ose donc pas promettre chez elle une guérison parfaite, mais seulement une guérison assez satisfaisante pour lui permettre de continuer l'exercice de sa profession.

MALADIES DES YEUX.

De la cataracte secondaire;

Par M. BAYARD, médecin à Cirey-sur-Blaise.

Parmi les causes d'insuccès de l'opération de la cataracte, il faut énumérer la circonstance des fragments de la capsule ou de la capsule entière restés en place et, par leur présence, opposant un obstacle plus ou moins complet aux rayons lumineux; obstacle d'autant plus fâcheux que, dans ce cas, l'opération offrait ordinairement toutes les chances désirables de succès.

Je vais examiner quel procédé opératoire laisse dans l'axe visuel la capsule dans son entier, quel est celui qui la laisse également mais divisée, et je dirai ce qu'on doit attendre du temps et ce qu'on doit faire dans ces deux cas.

Afin d'être bien compris, il est nécessaire de se rappeler que la moitié de l'épaisseur du cristallin est enchâssée dans le corps vitré, que ces attaches se font au moyen de deux feuillets de la membrane hyaloïde, formant par leur écartement le canal de Petit, et par les incrustations des procès ciliaires. La nature a ainsi fortement fixé cette lentille peu épaisse par un triple lien environnant sa circonférence.

La nécrose marche du centre à la circonférence; les ligaments, frappés les derniers, résistent et maintiennent encore le cristallin, mais celui-ci s'atrophiant à la longue, cessant de remplir la concavité du corps vitré: on peut, sans témérité, affirmer que, si, chez une personne atteinte de cataracte, la vie humaine se prolongeait au delà des bornes ordinaires, on verrait fréquemment des guérisons de cataracte dues à l'atrophie du cristallin ou à sa chute dans la chambre postérieure, et, dans les deux cas, à son absorption.

J'ai également dit, dans un article précédent, que la cataracte était molle ou dure, ancienne ou récente, atrophiée ou hypertrophiée; en même temps, j'ai donné les caractères propres à différencier ces variétés de cataractes.

Ces petits préliminaires posés, voyons comment la capsule, après l'opération, peut rester sur place en entier ou par fragments, et nuire au succès de l'opération.

S'il s'agit d'une cataracte récente, étoilée et avec hypertrophie, l'opération étant faite par extraction, la capsule, qui est assez résistante dans cette circonstance, aussitôt qu'elle est ouverte, laisse échapper le cristallin. Les pinces vont saisir la capsule, mais le plus fréquemment ne ramènent que sa face antérieure, la face postérieure, à cause des ligaments, ne suivant point ce mouvement d'extraction; quelquefois encore cette partie antérieure, après la sortie du cristallin, vient se juxtaposer à la capsule postérieure. Alors bien des opérateurs, vu la difficulté de saisir cette membrane, vu sa transparence, et pour éviter ensuite la sortie du corps vitré, se sont contentés de l'extraction seule du cristallin. Voici une observation qui justifie ce que je viens de dire :

Mme P..., du canton de Joinville, est opérée en 1844 de l'œil gauche par extraction. L'opération ne fut suivie d'aucun accident; mais la vue offrait peu d'amélioration. Huit mois après, elle vint me trouver. L'œil, examiné de loin, présentait toutes les conditions d'un état normal; mais, examiné de près et attentivement, il laissait apercevoir profondément une membrane entière uniformément et légèrement jaunâtre. Mon diagnostic ne pouvait être douteux; je reconnus la présence de la capsule : cette dame, d'ailleurs, avait conservé son cristallin, que j'examinai et auquel je ne pus trouver aucune trace de son enveloppe. Peu de temps après, elle fut opérée de l'œil droit par abaissement, opération qui fut suivie d'un succès entier.

La méthode par abaissement peut-elle laisser dans le champ de la pupille, après avoir déplacé le cristallin, la capsule postérieure entière ou divisée à son tiers inférieur? C'est ce que je ne crois pas, et c'est ce que je vais tâcher de démontrer, en cherchant également à prouver qu'elle peut, par le même procédé opératoire, rester sur place tout entière, mais divisée et broyée.

Je prends d'abord la condition où la capsule et le cristallin n'ont pas subi la désorganisation et l'absorption que le temps doit leur faire subir; dans ce cas, que fait l'aiguille de l'opérateur? Après avoir déchiré la capsule à sa face antérieure, elle saisit le cristallin à sa partie supérieure, et cherche à l'entraîner. Ce déplacement se fait-il verticalement ou obliquement d'avant en arrière? Il ne peut se faire de haut en bas, parce que celui qui opère craint l'iris et la pupille, et que le cristallin, qui a de 10 à 12 millimètres dans son plus grand diamètre, ne pourrait se loger dans la partie inférieure de la chambre postérieure : il le déprime donc d'avant en arrière; mais la résistance à cause de l'enchâssement étant la même partout, le déchirement ou la trouée de la capsule postérieure doit se faire au point où s'exerce la puissance, c'est-à-dire à la partie supérieure et près des attaches, là où s'appuie l'aiguille. Si le cristallin est assez solide, la capsule suit tous ses mouvements, sans laisser même de traces circulaires; c'est un déplacement parfait, solidaire et simultané de la capsule et du cristallin.

Voyons maintenant ce qui arrive dans une autre espèce de cataracte, que je nomme cataracte atrophiée, cataracte fréquente, offrant des nuances variables de désorganisation et d'absorption dépendantes de son ancienneté, car le cristallin a pu se tranformer en une bouillie floconneuse, ou en un faible noyau, ou bien se dissoudre entièrement. Dans ce dernier cas, avec ces trois nuances notées, l'opérateur ne peut que diviser et non déplacer ce corps opaque, le diviser et le broyer encore, comme le conseille Delpech, et puis laisser le tout sur place, sans faire trop d'efforts, souvent inutiles, pour jeter des fragments d'une capsule désorganisée dans la chambre antérieure ou pour chercher à les enfoncer dans le corps vitré. Abandonnant à la nature le soin de nous montrer successivement derrière la pupille une cataracte traversée par des lignes brisées en divers sens, des fragments de membrane qui, sous forme de toile d'araignée, iront constamment s'amoindrissant, offrant une trame de moins en moins serrée, des pertuis plus considérables; puis ces mêmes fragments de capsule, liés par un ou plusieurs fils qui finissent à la longue par se rompre ou plutôt par s'absorber, laisseront enfin après un long laps de temps, un an et deux peut-être, la pupille totalement libre à la lumière.

Obs. — En 1847, M. B... est un vieillard de soixante-dix-sept ans. Quinze ans auparavant, étant à la chasse et voulant viser, il s'aperçut pour la première fois qu'il ne voyait que très peu de l'œil droit. En effet, une cataracte, depuis un temps inconnu, s'était formée sur cet œil. Après de nombreuses années, l'œil gauche commença à fléchir par la même cause, et, au mois d'avril de la même année, M. B..., ne voyant plus pour se conduire, fut décidé à se faire opérer de l'œil perdu depuis longtemps.

Le disque du cristallin est uni, sans stries, d'un blanc laiteux, mais non uniforme, laissant voir des places d'un blanc moins prononcé et presque séreux. La cataracte est d'une ténuité extrême; mon aiguille ne rencontre point de corps dur, mais seulement une légère toile gélatineuse, se déchirant avec la plus grande facilité sans se laisser entraîner d'une seule pièce. Je la brise par plusieurs mouvements de mon instrument, cherchant en outre à déplacer les fragments, mais sans succès. L'opération ne fut suivie d'aucun accident, et sa réussite aurait été immédiate si des linéaments, si une trame s'affaiblissant graduellement n'eussent apporté pendant près de six mois des obstacles à la vision; enfin, au bout de ce temps, la pupille, devenue parfaitement noire, ne laissa plus rien à désirer pour le succès de l'opération.

Absence totale du cristallin, capsule désorganisée, broyée et restée dans l'axe visuel, résorbée après six mois, voici les considérations qui donnent de l'intérêt à cette observation.

Dans cette cataracte molle ou atrophiée, on ne peut donc pas dire que la cataracte secondaire soit due à la capsule postérieure restée entière ou trouée à son tiers inférieur, parce que le cristallin, qui a diminué d'épaisseur, a été labouré aussi bien et même davantage dans sa face postérieure que dans sa face antérieure; elle est donc due à la totalité de la membrane capsulaire réduite en fragments.

Si l'opération par broiement n'est suivie d'aucun succès immédiat; si elle exige souvent un temps long pour voir disparaître jusqu'aux derniers vestiges de la capsule, en revanche elle est rarement compliquée d'accidents graves, et le succès, quelque faible qu'il soit au début, va toujours croissant avec le temps.

Les trois observations de cataracte citées par M. Tavignot (*Gazette des Hôpitaux*, 9 août) étaient, suivant moi, dans les deux premiers cas, des cataractes atrophiées et qui ont été broyées sur place sans déplacement de la capsule; et, dans le troisième cas, le cristallin, déjà fortement atrophié, a échappé à l'aiguille de l'opérateur par sa petitesse; mais, dépourvu de fixité par le brisement de la capsule, il a dû finir, ainsi que les fragments de la capsule, par s'atrophier et dégager entièrement la pupille, et qu'en somme ces trois observations, pour être jugées sainement et définitivement, demandaient à être examinées après un intervalle de temps, qui n'est pas celui de trois mois, mais bien d'un an et peut-être de deux ans.

Voici donc mes conclusions :

1° La cataracte postéro-capsulaire est la conséquence de l'opération par extraction; elle n'offre d'autres chances que celle de l'opération par abaissement pour l'autre œil, si cela est possible;

2° La cataracte capsulaire ou cristallo-capsulaire qui suit l'opération par abaissement doit être abandonnée à elle-même, le temps devant achever ce qu'il avait commencé, c'est-à-dire finir par absorber ce corps nécrosé, dont la main de l'opérateur a brisé les liens qui l'unissaient à l'appareil oculaire.

Considérations sur la valeur relative de l'acide arsénieux et du sulfate de quinine.

La *Gazette des Hôpitaux* du 29 septembre 1849 rapporte une observation dont il nous est impossible d'accepter les conclusions.

Un militaire entre au Val-de-Grâce pour une fièvre tierce contractée en Afrique, *rebelle au sulfate de quinine*, et avec détérioration profonde de constitution. Il est soumis de nouveau au sulfate de quinine, ainsi qu'aux ferrugineux « *administrés par toutes les voies ouvertes à l'absorption* », ce qui suppose une consommation assez notable de médicaments. La maladie persiste avec opiniâtreté. On se décide alors, comme en désespoir de cause, à recourir à l'acide arsénieux; la fièvre, si réfractaire, cède à la troisième prise. On continue pendant quatorze jours à administrer l'acide arsénieux *à doses croissantes*, sans que le malade éprouve le moindre malaise (il eût été important d'avoir connaissance de la quantité totale d'acide arsénieux ingéré); puis tout à coup des phénomènes de nature inquiétante se manifestent.

L'auteur de cette observation se hâte de conclure qu'il y a eu empoisonnement, et que l'arsenic seul, qui n'aurait pas été éliminé, en est la cause.

Cette déduction ne résulte point rigoureusement de l'exposé du fait, et l'interprétation qu'on en donne est en contradiction formelle avec les milliers d'observations recueillies en divers temps et en divers lieux par un très grand nombre d'expérimentateurs habiles.

Le malade a pris du fer, de la quinine en très forte proportion et de l'arsenic en minime quantité; pourquoi accuser ce dernier?

De quel droit avancer une non-élimination qu'aucune expérience n'a justifiée?

De quel droit, d'après ce fait essentiellement isolé et exceptionnel, accuser l'arsenic, qui, à la dose employée, n'a jamais provoqué d'accidents?

Pour mon compte, j'ai observé plus d'une centaine de malades traités par l'acide arsénieux, et j'affirme n'avoir jamais eu l'occasion de constater de résultats funestes.

Quelle raison fait absoudre la quinine, dont la presse médicale enregistre chaque jour les phénomènes toxiques?

Nous n'hésitons pas à le dire : les accidents survenus chez le malade dont il s'agit, et qui d'ailleurs n'ont eu aucune suite fâcheuse, sont complétement étrangers à la médication arsenicale, et rien ne peut justifier l'interprétation dont cette médication est l'objet.

Ceci nous conduit à rappeler succinctement les nombreux empoisonnements, souvent suivis de mort, causés par la quinine.

M. Bretonneau, de Tours, signale deux empoisonnements survenus dans son service; le premier, chez une religieuse qui avait pris 125 centigrammes de sulfate de quinine; le second, chez un tailleur qui avait ingéré en une seule fois 3 grammes de sulfate de quinine. (Trousseau et Pidoux, *Thérapeutique*.)

En novembre 1842, un rhumatisant à l'Hôtel-Dieu (service de M. Récamier), après l'ingestion de 6 grammes de sulfate de quinine administrés en deux jours et d'heure en heure, succombe à des phénomènes d'intoxication.

A la même époque, un pareil cas d'empoisonnement par la quinine se déclare dans le service de M. Piedagnel.

La *Gazette des Hôpitaux* du 13 décembre 1842 rapporte trois cas d'intoxication dus au sulfate de quinine à haute dose, dont deux à l'hôpital Cochin et le troisième à la Charité.

Le professeur Giacomini (*Annal di universite*) mentionne un empoisonnement par 12 grammes de sulfate de quinine, pris par erreur pour de la crème de tartre.

Le docteur Ménière a souvent constaté des surdités rebelles résultant de l'emploi du sulfate de quinine. Le docteur Wilfams (*The Lancet*) en cite plusieurs observations.

M. Bazire, médecin dans la Haute-Saône, trop confiant dans le sulfate de quinine, en administre à haute dose à sa femme ainsi qu'à lui-même pour une fièvre intermittente, et tous deux sont bientôt en proie à l'action évidemment toxique de ce médicament. (Art. Quinquina, *Dict. en 30 vol.*)

Enfin, M. Frantonetti affirme que chez dix-huit malades, le sulfate de quinine, quoique administré à dose peu élevée, produisit des accidents manifestes d'empoisonnement. (*Annuaire* de Bouchardat.)

Entre la quinine qui tue, rend sourd ou aveugle, et l'arsenic qui, manié avec prudence et à dose thérapeutique, n'a pas encore à se reprocher le moindre accident, le choix ne saurait être douteux.

H. B...y.

De la compression de l'artère vertébrale.

Par M. le Dr L. Fraeys.

Les auteurs regardent généralement la compression de la vertébrale comme très difficile ou même impossible. M. Fraeys prouve, par des recherches anatomiques nombreuses et précises, qu'il est loin d'en être ainsi.

On cherche toujours trop bas le tubercule carotidien de la sixième vertèbre cervicale, où la vertébrale s'engage dans son canal osseux. Il est situé, en réalité, à 2 ou 3 pouces au-dessus de la clavicule, et dans cet espace, on comprime à la fois la carotide et la vertébrale, en plaçant les doigts entre la trachée-artère et le bord interne du muscle sterno-mastoïdien. On peut le prouver par l'expérience suivante :

« Après avoir enlevé la voûte du crâne, le cerveau et le cervelet, en ayant soin de couper les deux artères vertébrales au-dessous de leur réunion en tronc basilaire, on lie les artères axillaires et l'aorte abdominale à sa partie supérieure, et l'on fait pousser une injection d'eau par la crosse de l'aorte. Les deux carotides internes et les deux vertébrales, à la surface interne de la base du crâne, lancent au loin le liquide. Mais aussitôt qu'on exerce une compression, même légère, avec la pulpe des doigts, sur le trajet de la carotide primitive, dans l'espace de 2 à 3 pouces au-dessus de la clavicule, entre la trachée-artère et le bord interne du muscle sterno-mastoïdien, le jet s'interrompt dans la carotide interne et la vertébrale du côté comprimé, pour recommencer dès que l'on fait cesser la compression. En comprimant des deux côtés à la fois, on interrompt tous les jets. Quand on comprime avec la même force l'artère carotide immédiatement au-dessus du tubercule carotidien, en laissant libre l'espace qui est en dessous, le jet de l'artère vertébrale continue, tandis que celui de la carotide interne cesse entièrement. On s'assure ensuite, par la dissection, qu'il n'existe rien d'anormal dans la disposition des artères du cou. »

La compression de la vertébrale est donc facile, tout aussi facile que celle de la carotide, et l'on peut ainsi empêcher tout abord de sang au cerveau.

Cette compression fournit un précieux moyen de diagnostic pour les anévrismes et les plaies artérielles du cou. En effet, la lésion appartient-elle à la carotide? De suite le battement ou le jet de sang cessera par la compression pratiquée au-dessus et au-dessous du tubercule carotidien. Appartient-elle à la vertébrale? Ces signes disparaîtront par la compression au-dessous, mais la compression au-dessus sera sans effet. On saura ainsi laquelle des deux artères on devra lier, cela est essentiel; car on a vu plusieurs fois des hémorrhagies de la vertébrale dont la source avait été méconnue continuer malgré la ligature de la carotide et entraîner la mort de l'individu. (*Annales de la Société de Médecine de Gand.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er octobre 1849. — Présidence de M. Duperrey.

Statistique médicale.

MM. V. Martin, médecin à l'hôpital du Dey, et B. Folley, médecin à l'hôpital civil d'Alger, envoient un grand travail intitulé : *Histoire statistique et médicale de la colonie algérienne.*

Ce travail, qui renferme des documents extrêmement intéressants, se termine par les conclusions générales suivantes :

Les premiers travaux d'installation, aussi bien dans les villes que dans les campagnes, ont été en Algérie généralement préjudiciables à la santé des Européens.

Les causes à l'influence desquelles ils ont succombé résident les unes dans le *climat*, les autres dans le *sol*, d'autres enfin sont imputables aux *colons eux-mêmes*.

Les maladies dues au climat seul ont produit chez les Européens une mortalité peu supérieure à celle de France; mais les maladies dues au sol ont trouvé dans le défaut d'acclimatement, indépendamment même du danger de l'arrivée récente et dans les conditions matérielles et morales du colon, des auxiliaires puissants qui, en exagérant la gravité des accidents, ont porté les décès à un chiffre très considérable.

Les maladies du *climat* sont seules *permanentes*, mais celles qui ont pour cause l'*insalubrité du sol* sont essentiellement *transitoires* et *amovibles*. Contre celles-ci, les dessèchements et la culture; contre celles-là, un peu d'hygiène, et elles seront toutes prévenues ou amoindries.

La mortalité européenne a éprouvé dans sa marche depuis la conquête une décroissance progressive manifeste, quoique lente. Ce résultat, d'abord peu favorable si on ne consulte que le chiffre brut, prend une signification beaucoup plus satisfaisante si l'on a égard aux circonstances au milieu desquelles il s'est accompli.

Prétendre que le rapport de la mortalité des Européens d'Afrique à leur population restera ce qu'il est aujourd'hui ne serait pas logique; en effet, puisque l'étude et l'appréciation des faits constatent jusque dans ces dernières années une mortalité de moins en moins considérable, il est évident qu'avec la continuation des travaux agricoles, qui partout ont eu pour résultat ultérieur l'abaissement du chiffre des décès, on verra se multiplier les chances, nous voulons dire les preuves de l'*acclimatement de la race européenne*, et par conséquent l'*aptitude hygiénique de celle-ci à faire de l'Algérie une colonie agricole.*

Superfétation.

M. Velpeau fait un rapport verbal sur un cas présenté comme un exemple de superfétation, par M. le docteur Fiévet. L'honorable académicien pense que dans ce cas, comme dans tous ceux du même genre qu'on a publiés, les deux œufs ont été fécondés en même temps; mais que l'un est mort à une certaine période de la vie utérine, tandis que l'autre a continué à se développer. Ce qui fait que dans les cas de ce genre les deux fœtus, l'un mort, l'autre vivant, offrent un volume très différent au moment de leur naissance.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 19 septembre 1849.—Présidence de M. Deguise père.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

—A l'occasion du procès-verbal et de l'aspiration qui avait été faite par M. Ricord sur un opéré de trachéotomie, M. Maisonneuve fait observer que, dans les cas où l'on peut provoquer la sortie du sang ou de quelque autre corps étranger, on arrive bien mieux au résultat par des instillations d'eau dans la trachée que par les aspirations. L'eau, au moyen de l'irritation qu'elle exerce, provoque de violentes expirations qui chassent tous les objets contenus dans l'arbre aérien.

M. Robert. Le procédé dont parle M. Maisonneuve serait dangereux lorsque le malade se trouverait, par un commencement d'asphyxie, dans un état d'insensibilité qui ne permettrait pas à la surface interne de la trachée d'être irritée par le contact du liquide. La présence de l'eau ne pourrait alors que rendre l'asphyxie plus complète. M. Robert cite, à cette occasion, un enfant auquel il a fait la trachéotomie pour un croup, et qui n'avait plus la force d'expulser le sang tombé dans la trachée; il n'eut d'autre ressource que d'appliquer la bouche sur les lèvres de la plaie et d'insuffler de l'air; l'enfant reprit peu à peu la faculté de respirer, ce qui n'aurait sans doute pas eu lieu si on avait versé de l'eau dans la trachée.

M. Maisonneuve. Il faut bien remarquer que M. Robert n'apporte aucun fait à l'appui de son opinion. Pour moi, au contraire, je m'appuie sur les faits de M. Bretonneau, de M. Trousseau, et sur ceux que j'ai pu observer moi-même. On peut, du reste, s'expliquer l'efficacité de ce moyen en songeant que l'eau va, jusqu'aux dernières ramifications bronchiques, stimuler ce qui peut rester de sensibilité.

M. Chassaignac. Je combats l'opinion de M. Maisonneuve pour une autre raison; c'est que la présence des corps étrangers peut occasionner des pneumonies lobulaires. Quelqu'un a fait des expériences sur ce sujet, et a vu que les insufflations de calomel et diverses instillations étaient suivies, chez les chiens, de ces pneumonies. J'emploie, pour rétablir la respiration dans les cas dont on parle, un autre moyen; c'est l'élévation et l'abaissement alternatif des deux bras; ces mouvements entraînent nécessairement une inspiration et une expiration forcées.

M. Guersant. Pour moi, dans les cinq ou six faits de guérison que j'ai observés à la suite de trachéotomie faite pour le croup, je n'avais pas instillé d'eau dans la trachée; tous les enfants chez lesquels j'ai suivi cette pratique ont succombé. D'ailleurs M. Trousseau n'a jamais injecté une aussi grande quantité d'eau que semble le supposer M. Maisonneuve; il se contentait d'instiller quelques gouttes, et je sais qu'aujourd'hui il a renoncé à cette manœuvre, sans doute à cause des résultats obtenus par M. Miquel, d'Amboise, dans le travail auquel M. Chassaignac vient de faire allusion.

— M. Giraldès lit un rapport sur les travaux de M. Boinet, et conclut en proposant d'adresser des remercîments à l'auteur, et de l'inviter à présenter un nouveau travail. Ces conclusions sont adoptées.

— M. le docteur Gariel présente quelques appareils en caoutchouc vulcanisé. Avant de faire la description de ces appareils, il donne quelques détails sur le caoutchouc et sur le procédé nommé vulcanisation.

Il insiste sur ce point, que la vulcanisation augmente les qualités naturelles du caoutchouc, et annihile ses défauts.

Le caoutchouc vulcanisé, dit-il, est complétement imperméable.

Il est parfaitement et régulièrement élastique. (Une bande d'un demi-millimètre d'épaisseur et de 10 centimètres de longueur, à laquelle on a fait subir, un nombre indéterminé de fois, une distension de 40, de 50 centimètres, revient toujours et exactement à son point de départ).

Il a une force de cohésion immense. (Il est pour ainsi dire impossible de rompre cette même bande, quelque traction que l'on opère.)

Il est inattaquable par les agents chimiques les plus puissants (nitrate d'argent, acides nitrique, sulfurique, chlorhydrique, nitrate acide de mercure, etc.).

Les huiles, les corps gras, n'ont également aucune action sur lui.

Enfin, et c'est un point capital, le caoutchouc vulcanisé conserve toute sa souplesse, toute son élasticité sous l'influence des températures les plus opposées.

Tant de qualités réunies dans une même substance ont fait penser à M. Gariel que le caoutchouc vulcanisé devait être approprié avec avantage à la confection des appareils chirurgicaux.

Ces appareils se rapportent à cinq sections principales :

1° Instruments à traction, qui comprennent un appareil à extension et contre-extension continues pour le traitement de la fracture du col du fémur, un autre pour les déviations de la colonne vertébrale, un troisième pour le traitement du pied-bot.

2° Appareils à compression, savoir: bandes, pelotes à air pour la compression des ganglions inguinaux et des tumeurs du sein, tube avec renflement pour le tamponnement des fosses nasales, sonde avec renflement pour la compression des tumeurs des voies urinaires.

3° Appareils à contention, savoir: pelotes herniaires, coussinets pour le pansement des fractures, pessaires; tous ces instruments se distendent avec de l'air.

4° Appareils à dilatation, sondes urétrales et œsophagiennes avec ou sans renflement, suppositoire dilatateur.

5° D'autres appareils qui ne rentrent dans aucune des sections précédentes, tels que urinal, vessie destinée à recevoir de la glace, alèzes, pyxide pour le traitement des maladies du col de l'utérus par la voie sèche.

— M. Luvandovski présente un bas lacé de nouvelle invention pour les varices des jambes.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Correspondance.

Toulon, 25 septembre 1849.

Monsieur le rédacteur,

Nous sommes en plein choléra à Toulon. Depuis une quinzaine de jours on dénonçait sourdement quelques cas de loin en loin. Nous-même, à l'hôpital militaire, en avions deux bien prononcés il y a dix jours environ, quand M. Haspel, médecin en chef, nous fit savoir qu'il en avait déjà observé quatre cas auparavant. Ces quatre derniers, tous terminés par la mort, avaient pour sujet des militaires évacués d'Italie, ayant séjourné quelques jours à Marseille, et ayant contracté dans cette ville l'influence d'une maladie qui est venue les achever ici deux jours plus tard. D'après les malades observés par M. Haspel, une certaine quantité de militaires (quinze, je crois) ont succombé en six jours dans notre hôpital, offrant des signes plus ou moins prononcés de l'affection cholérique; mais étant arrivés en réalité au dernier degré de dysenterie qui se termine souvent, comme vous le savez, par l'algidité. Jusque-là, pour avoir vu quelques cas rares bien caractérisés, on pouvait présumer que le fléau ne prendrait pas une très grande extension, puisque les fortes chaleurs s'écoulaient sans qu'il parût exercer de plus grande influence.

Le premier souffle de mistral qui vint faire diversion à nos chaleurs accablantes il y a une huitaine sembla avoir exhalé dans Toulon le miasme cholérique. La température s'était refroidie, et pourtant le lendemain on observait des cholériques assez nombreux dans la ville, deux ou trois à l'hôpital de la Marine, un à l'hôpital du bagne dans l'arsenal, quatre à l'hôpital militaire, et, si nous sommes bien informé, quelques-uns dans les faubourgs. Après cet orage, les chaleurs reprirent le dessus, l'influence cholérique parut baisser, quoiqu'elle se décelât toujours par quelques cas. Depuis trois jours le vent du sud nous a amené de la pluie, tant souhaitée par tout le monde, et vainement attendue depuis quatre mois. Cette pluie, qui paraissait devoir être si bienfaisante, n'a été suivie que d'une augmentation d'intensité de la part du fléau. En effet, depuis deux jours, les cholériques sont nombreux en ville; on en observe sur presque tous les points. Les marins en rade n'en seront pas plus exempts que nous. Les malades couchés dans l'hôpital Saint-Mandrié, cet admirable édifice trop loin isolé de la ville par un bras de mer d'une lieu pour pouvoir être utilement employé, en ont subi la funeste atteinte. Nos convalescents, isolés au lazaret, à côté de Saint-Mandrié, nous ont présenté trois ou quatre cas.

En somme, dans la journée du 23 au 24, il y a eu en décès par suite du choléra :

Pour la population civile de Toulon........	27
Hôpital militaire......	3
Hôpital de la marine..........	1
Hôpital du bagne............	1
Hôpital de Saint-Mandrié..........	1
Total......	33

Ce chiffre des décès égale et dépasse même, comme vous le voyez, le maximum des proportions qui ont eu lieu à Marseille, eu égard toutefois à la population de ces deux villes.

D'après tout ce que je viens de vous dire, on peut s'apercevoir que, comme partout ailleurs, le fléau déjoue tous les calculs, et qu'on ne peut compter sur aucune influence climatérique pour espérer sa diminution ou redouter son extension. C'est pour la deuxième fois que, pour notre compte, nous assistons à Toulon à cette terrible épidémie, après avoir eu l'avantage de l'affronter en trois autres circonstances et dans des lieux bien différents.

La *Presse*, dans un de ses articles, a raconté un vrai canard, quand elle dit, je ne me rappelle plus à quelle date, en parlant de Toulon, que le tiers de la population s'est enfuie, et que les militaires se sont offerts spontanément pour soigner les cholériques. Nos braves militaires sont bien dans le cas d'une générosité aussi spontanée; mais ce qu'il y a de bien certain, c'est qu'ils ne l'ont pas fait, parce qu'il n'y avait pas lieu de le faire.

Il faut dire, à l'avantage des Toulonnais, que jusqu'à présent, s'ils ne se sont pas encore familiarisés avec le fléau, ils n'ont pas témoigné non plus de panique, et que fort peu de monde a songé à déserter la ville. Au reste, dans quel coin de terre des environs iraient-ils chercher un abri, lorsque le choléra s'élance sur tous les points sans que rien puisse faire prévoir les stations qu'il choisit dans sa marche?

Agréez, etc. Abeille.

Vaccine. — Influence sur la mortalité.

Nous recevons de l'honorable M. Carnot la lettre suivante, que nous insérons très volontiers.

Monsieur,

Je lis, dans le numéro du 20 septembre de la *Gazette des Hôpitaux*, la phrase suivante :

« M. Carnot, en comparant les résultats que la vaccine a produits » dans deux départements différents, a ouvert une voie que M. Rochoux aurait pu frayer davantage », etc...

Si M. Rochoux desire, monsieur, suivre le conseil que vous lui adressez dans un intérêt général que vous faites parfaitement ressortir, je l'engagerai, par la voie de votre journal, à se procurer les annuaires, déjà bien rares aujourd'hui, qui indiquent la mortalité *par âge*, depuis l'année 1816, dans la ville de Paris. Il y verra d'une manière *non douteuse* croître la mortalité de la jeunesse de 20 à 30 ans.

Ainsi :

	DÉCÈS		
D'après Buffon (18e siècle), il y a à Paris	526	de 20 à 30 ans	p. 10,000
Annuaire de 1818 (année 1816)	733	—	—
Annuaire de 1826 (année 1823)	1073	—	—
Annuaire de 1835 (année 1833)	1185	—	—
Annuaire de 1837 (année 1835)	1201	—	—
Annuaire de 1846 (année 1844)	1349	—	—

Ce relevé, monsieur, tout abrégé qu'il est, montre d'une manière évidente que la mortalité de la jeunesse a constamment augmenté à Paris, dans les deux sexes, et d'une manière très remarquable, depuis l'introduction de la vaccine. Le fait est là, et n'a rien de *problématique*, quoi qu'en dise M. Rochoux.

Quant à *la cause*, il ne m'appartient pas d'entrer dans cette discussion. Je me borne à réclamer, dans l'intérêt de la vérité, l'insertion de tout ou partie de cette lettre dans l'un de vos numéros prochains, et je l'attends de votre impartialité. Un million d'enfants naissent annuellement en France; un million de pères et de mères sont incertains aujourd'hui de la conduite à tenir relativement à la vaccine. Mettons les faits au grand jour de la publicité, et ne jouons pas avec *la vie des nations*, dans un puéril intérêt de vanité. Ce serait un crime envers Dieu et envers les hommes, dont certes aucun membre de l'Académie de Médecine ne voudrait être complice, même involontairement.

Veuillez agréer, etc. H. Carnot.

Loir-et-Cher. — Nous recevons de notre honorable confrère M. le docteur Pollet, maire de Selommes, les renseignements suivants sur l'épidémie de la commune de Oncques :

Envoyé par le préfet à Oncques pour y soigner les cholériques, j'ai constaté sur une population de 1,100 âmes 79 décès; sur cinq personnes que nous étions au début pour donner des secours aux cholériques, nous ne sommes restés que deux : des trois autres, l'un a eu le choléra et est en convalescence; l'autre a eu la suette; le pharmacien a eu une cholérine; le quatrième a eu une indisposition qui m'a forcé de faire le service presque seul pendant plusieurs jours.

HYGIÈNE ET THÉRAPEUTIQUE.

Maladies des enfants.

De la rougeole et des diverses affections inflammatoires chez les enfants. Moyens de les prévenir et de les combattre.

Parmi les maladies inflammatoires si communes à l'enfance, nous devons citer en première ligne la rougeole, la fièvre scarlatine, la variole, la dysenterie, etc... Résultat des causes les plus diverses, ces funestes affections s'observent le plus souvent en automne, surtout après des pluies abondantes, et frappent spécialement les enfants de la première à la deuxième dentition.

Une des principales causes qui semblent la déterminer est l'usage d'une alimentation mauvaise et peu en rapport avec la faiblesse des organes digestifs de l'enfant.

Si dans certaines circonstances ces maladies offrent de la gravité, il arrive aussi parfois qu'elles se présentent sous une forme bénigne et sans complications. Le traitement alors est d'une excessive simplicité : on se borne à tenir l'enfant au lit chaudement, mais sans le surcharger de couvertures, comme le font à tort beaucoup de personnes; on lui fait prendre des boissons mucilagineuses ou, si l'on veut, une légère infusion de bourrache, de tilleul ou de coquelicot, et on lui prescrit l'usage d'aliments légers et de facile digestion, tels que crèmes, potages légers, préparés avec le *racahout*, dans lequel entrent, comme on sait, à l'état de mucilage concret les fruits si nutritifs et si rafraîchissants de l'*hibiscus esculentus* de Linnée.

Tel est l'ensemble des moyens qui conviennent dans les cas légers; malheureusement il n'en est pas toujours ainsi : ces maladies présentent parfois un caractère de gravité tel qu'il y a chez l'enfant *battement, phlogose générale*, qui met en jeu tout le système sensible; c'est alors qu'il devient absolument nécessaire d'appeler un médecin et de recourir à l'emploi des moyens antiphlogistiques.

Les plus célèbres médecins de Paris ordonnent dans cette circonstance, comme le meilleur antiphlogistique, la préparation connue sous le nom de *sirop de nafé*. Exempt d'opium ou de toute autre substance opiacée, ce sirop, préparé avec les fruits de l'hibiscus dont les traités de médecine font le plus grand éloge, n'a aucune acidité, et ne présente aucun des inconvénients qu'on reproche avec raison aux autres sirops destinés au même usage.

On l'administre pur, à la dose d'une ou deux cuillerées à café, ou mélangé avec des tisanes mucilagineuses et adoucissantes, soit pour calmer l'*irritation*, soit pour combattre cet état de malaise, d'insomnie et de faiblesse qui accompagnent presque toujours ces funestes affections.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 4 OCTOBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 116.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS.	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER. . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 3 OCTOBRE 1849.

Bulletin du choléra.

La disparition complète de l'épidémie paraît vouloir se faire désirer encore pendant quelques jours. Le nombre des admissions dans les hôpitaux civils a éprouvé une très légère augmentation depuis deux jours; il a été de 10 le 1er octobre et de 12 le 2; les décès se sont élevés à 9 le premier jour, et à 6 le second. En revanche, les hôpitaux militaires n'ont pas reçu un seul cholérique, et la mortalité de la ville ne s'est élevée qu'à 15 pendant les deux avant-derniers jours. Nous continuons donc à nous maintenir dans les meilleures conditions sanitaires.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

	Entrées.	Décès.
HOPITAUX CIVILS : Journée du 1er octobre.....	10	9
— 2	12	6
HOPITAUX MILITAIRES pendant les deux jours...	»	»
Total........................	22	15

Total des décès dans les hôpitaux..................	7986
Total des décès à domicile jusqu'au 15 septembre..	10812
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie..............................	18798

Séance de l'Académie de Médecine.

Deux longs et bons rapports de MM. Lagneau et Gaultier de Claubry, le premier, sur le traitement des rétrécissements de l'urètre par les incisions, imaginé par M. Guillon; le second, sur la méningite cérébro-spinale; une excellente lecture de M. Grisolle sur l'influence réciproque de la grossesse et de la phthisie pulmonaire; enfin une correspondance médiocrement fournie, tel a été le butin scientifique de la séance d'hier. Evidemment, ce n'est pas là une séance de vacances, c'est une séance comme on ne peut qu'en désirer beaucoup à l'Académie.

Nous ne dirons rien du rapport de M. Lagneau, qui, malgré son mérite, avait le tort de venir dix ans trop tard; c'est plutôt maintenant un monument historique qu'une appréciation nouvelle d'une méthode nouvelle; car, appréciation et méthode sont tombées aujourd'hui dans le domaine public.

Il n'en est pas de même du consciencieux rapport de M. Gaultier de Claubry, qui avait à discuter diverses questions se rapportant à une maladie qui occupe aujourd'hui beaucoup d'esprits médicaux, et qui, si elle n'est pas nouvelle, vient au moins de prendre parmi nous une fréquence, une activité qui commandent l'attention des observateurs; mais par cela même que cette maladie commande l'attention, elle exige aussi la discussion, et nous avons regretté que M. Gaultier, qui a exposé avec beaucoup de netteté les opinions des deux médecins dont il avait à examiner les travaux, se soit borné trop exclusivement au rôle d'historien, et qu'il n'ait pas pris davantage celui de juge et d'appréciateur. Il y avait dans les mémoires de MM. Boudin et Lévy plusieurs questions agitées qui étaient dignes d'occuper sérieusement l'Académie, entre autres celles de la contagion et de l'encombrement. Du reste, M. Gaultier s'étant plaint que les mémoires qu'il avait entre les mains ne continssent que très peu d'observations précises, peut-être a-t-il pensé qu'il ne pouvait entamer ces grandes questions avec un aussi petit nombre de faits. A propos du travail que M. Boudin a publié dans les *Archives*, nous aurons sans doute occasion de revenir sur ce sujet.

Le mémoire de M. Grisolle était, au contraire, un travail composé surtout de faits, et de faits intéressants.

S'il est une opinion qui ait longtemps régné sans contradiction, c'est celle qui admettait que la grossesse suspendait, ralentissait tout au moins beaucoup la marche de la phthisie pulmonaire. M. Andral, qui avait d'abord commencé par combattre cette opinion à l'aide de quelques faits bien observés, s'y était rallié plus tard, après en avoir vu quelques autres. M. Grisolle a résolu cette question de manière à ne plus permettre le doute.

Il a montré que dans 17 cas, recueillis avec la plus grande exactitude, non-seulement la marche de la phthisie n'avait point été enrayée par la grossesse intercurrente, mais encore que la durée totale de la maladie avait été moins grande que dans la généralité des autres cas, et qu'ainsi la grossesse semblait avoir pour seule influence de hâter le terme fatal.

Quant à l'influence de la phthisie sur la grossesse elle-même, cette influence est également nuisible, et en outre la tuberculisation, lorsqu'elle est parvenue à un certain degré, s'oppose complètement à la fécondation.

Tout en étudiant l'influence réciproque de la gravidité sur la phthisie, M. Grisolle a noté ce fait remarquable, que, sur plusieurs fœtus de différents âges, et sur plusieurs très jeunes enfants, nés de mères arrivées à un degré avancé de la phthisie, il n'a jamais rencontré de traces de tubercules. On voit par là, a-t-il fait observer, que, si la phthisie est héréditaire, les enfants héritent moins de la maladie elle-même que d'une prédisposition spéciale en vertu de laquelle les tubercules se développent, et qui n'est presque jamais mise en jeu avant la première dentition. Mais nous savons que rien n'est encore moins démontré que cette hérédité de la phthisie, qui n'en est pas moins admise par la généralité des médecins comme un fait sur lequel il n'y a plus à discuter.

On voit par cette courte appréciation que le travail de M. Grisolle est un de ces travaux consciencieux, rigoureux, qui ne frappent pas par l'apparat, mais qui ont le mérite plus solide de laisser dans la science une trace qui est un progrès. Ajoutons que l'Académie a écouté M. Grisolle avec une faveur marquée.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nous aimons toujours à rendre justice aux travaux sérieux et aux hommes laborieux, que ces hommes et ces travaux soient ou non en harmonie avec nous et nos opinions. Nous nous sommes donc plu à reconnaître que le travail remarquable envoyé à l'Académie des Sciences par MM. Folley et Martin contient des documents précieux. Mais nous nous réservons toujours d'apprécier ces documents à leur véritable valeur, et nous devons constater dès aujourd'hui que les conclusions qu'en ont tirées leurs honorables auteurs, à savoir :

1° Que la mortalité due au *climat* d'Algérie est à peine supérieure, pour les Européens, à ce qu'elle est en France;

2° Que l'*acclimatement agricole* se réalisera prochainement pour les Français;

Ces conclusions, disons-nous, ne sont nullement les conséquences rigoureuses des faits constatés jusqu'à ce jour, lesquels tendent à établir tout le contraire. La coûteuse expérience qui se fait depuis dix-neuf ans, et surtout depuis un an, ne laissera bientôt plus de doute à cet égard, nous le craignons bien. C'est parce que nous attendons quelques enseignements nouveaux de la continuation de cette expérience que nous avons cru devoir garder depuis longtemps le silence sur ce sujet. Mais nous tenons à informer nos lecteurs que nous ne le perdons pas de vue.

HOTEL-DIEU. — M. VIGLA.

Œdème de la glotte. Laryngotomie dans la première période de la maladie. Guérison rapide. — Cholérine dans la convalescence. Guérison.

Les cas d'œdème de la glotte ne sont pas assez fréquents pour qu'il soit sans intérêt d'en faire connaître les exemples. Le fait suivant, qui vient de se passer dans le service de M. Rostan, remplacé par M. Vigla, mérite à plusieurs autres points de vue encore de fixer l'attention des praticiens. Le moment où l'opération a été pratiquée et la rapidité du résultat obtenu tiennent le premier rang parmi ces points de vue. Faisons d'abord connaître l'histoire de la malade traitée par M. Vigla.

OBS. — Le 16 août 1849 est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Antoine, n° 31, la nommée Miramon (Marguerite), âgée de trente ans, domestique, demeurant à Paris, rue Richepanse.

Cette malade est d'une constitution bonne; il y a deux jours, elle passa un certain temps à l'église, où elle était arrivée ayant chaud; à son retour, elle fut prise de mal de gorge; la gorge était plus douloureuse à gauche qu'à droite; la respiration devint difficile; elle s'accompagna d'étouffements, de fièvre, de céphalalgie, de douleurs dans les oreilles, de perte d'appétit. A son entrée à l'hôpital, on constate l'état suivant (17 août, huit heures du matin) :

La face est vultueuse, les yeux sont larmoyants. Les amygdales sont un peu rouges et faiblement tuméfiées. Le doigt, introduit profondément dans le gosier, sent manifestement un bourrelet de chaque côté de l'ouverture supérieure du larynx, résultat constaté par M. Vigla d'abord, ensuite confirmé par M. Roux. La déglutition est difficile, surtout à gauche; l'ingestion des boissons s'accompagne d'étouffements, qui d'ailleurs reviennent sans cette circonstance et même sans causes occasionnelles appréciables; mais pendant la déglutition, ces étouffements sont d'autant plus forts que la température des liquides est plus basse. Les fosses nasales sont saines.

La respiration est bruyante, difficile, anxieuse pendant l'inspiration; l'expiration est peu gênée, facile, comparativement à l'inspiration; la voix est faible, mais assez nette; pour exécuter les temps de la respiration, la malade est obligée de conserver la position assise; elle contracte la bouche, elle se cramponne sur son lit, elle pousse des gémissements. La toux est très rare.

A la percussion, la poitrine résonne convenablement dans toute son étendue.

A l'auscultation, faiblesse sinon absence du bruit respiratoire couvert par les bruits gutturaux. Absence de râles humides.

L'aspect général de la malade est celui d'une personne qui éprouve un commencement d'asphyxie. L'anxiété surtout est très grande. La malade, qui croit à un danger imminent, demande qu'on la laisse mourir et qu'on lui fasse grâce de tout traitement.

Les fonctions digestives ne présentent pas d'altération; le pouls est dépressible, fréquent, à 112; de temps en temps, des frissons suivis de sueurs. La malade est triste; elle redoute *les étouffements qui se succèdent à des intervalles rapprochés*. Elle est agitée; elle grince les dents; la tête est chaude, douloureuse; les oreilles sont sensibles. Il y a des fourmillements dans les mains. — *Prescription:* Mauve sucrée.

A dix heures du matin, M. Roux pratique la trachéotomie. L'opération n'a présenté aucun incident digne d'être rapporté. Un petit vaisseau a été lié.

A quatre heures du soir, le pouls est fréquent; la respiration est libre. On pratique une saignée de 400 grammes (couenne épaisse).

Le 18 août, la malade a dormi une heure et demie; à trois reprises, elle a éprouvé une douleur sternale et trachéale. Respiration remarquablement libre. Ce matin, la langue est nette, la déglutition difficile, mais à un moindre degré. Il n'y a pas eu de selles. Deux fois les urines ont été évacuées naturellement. Le pouls est égal, régulier, médiocrement développé, à 112. — Mauve; sirop *bis*.

La peau est un peu chaude; pas de sueurs; il n'y a pas eu de toux; ronchus dans la poitrine; céphalalgie légère; les oreilles sont moins douloureuses. En somme, l'état général est notablement amélioré depuis la trachéotomie. La malade éprouve un véritable bien-être. — Mauve, sirop *ter*; deux juleps diacodés; diète.

Le 19, il y a un *herpes labialis*; la langue est blanche et humide; la figure est bonne; la malade éprouve de la soif; par moments, la déglutition se fait sans douleurs. La plaie est un peu douloureuse sur les bords. La respiration est bien libre, à 25.

L'auscultation, pratiquée dans le but d'apprécier l'influence exercée par la canule sur les bruits thoraciques, car rien ne fait soupçonner une complication morbide, apprend que le bruit respiratoire normal est remplacé par une espèce de ronflement grave, un peu métallique, transmission évidente du bruit qui se produit dans la canule.

Pouls à 100; la céphalalgie est dissipée.

Le 20, la langue est bonne; la déglutition est aisée. Point de selles. — Même prescription.

Pouls à 80. La respiration est libre. La malade a eu un bon sommeil. — Deux bouillons.

Le 21, la déglutition est très facile. La respiration est bonne. Pas de selles. Pouls à 80. On retire la canule. — Lavement émollient.

Le 22, pouls à 80. Une selle. La respiration et la déglutition s'exécutent bien.

Le 23, pouls à 76. — Deux bouillons, deux potages.

Le 24, convalescence. — 1 portion.

Le 2 septembre, perte d'appétit; nausées fréquentes; diarrhée abondante; pouls petit (cholérine).

Le 3, la diarrhée persiste; le pouls est petit; la peau prend une teinte violacée aux extrémités. — Diète; glace; eau de Seltz; 1/4 de lavement laudanisé.

Le 4, la diarrhée a cessé; le pouls s'est relevé; la peau a repris sa couleur normale. — 2 bouillons; 2 soupes.

Le 5, la malade sort guérie. La plaie, suite de la trachéotomie, est presque complétement cicatrisée.

Ce qui frappe d'abord dans cette observation, c'est la rapidité avec laquelle l'opération a été décidée; on pourrait se demander si l'on n'aurait pas pu attendre sans inconvénient quelques heures de plus, et tenter d'obtenir la résolution de l'inflammation. M. Vigla en eut la pensée tout d'abord, et il avait prescrit dans cette intention une émétocatartique et une saignée; mais songeant qu'il ne pourrait voir la malade que le lendemain, et que pendant vingt-quatre heures il pouvait bien se développer des accidents mortels, convaincu qu'une plaie simple du larynx n'ajouterait pas beaucoup à la gravité d'un état tout local lui-même et qui n'était grave que par l'obstacle mécanique qu'il apportait à la respiration, mais non par une complication diathésique, ou par une inflammation viscérale; pensant enfin qu'une opération aurait beaucoup plus de chances de réussir, faite à une époque où la malade était encore dans de bonnes conditions, que lorsque l'asphyxie serait tout à fait imminente et les poumons engorgés, après avoir consulté M. Roux, M. Vigla se décida à conseiller l'opération. L'effet justifia pleinement les vues de M. Vigla; la respiration se rétablit avec une rapidité merveilleuse, et la malade marcha avec la plus grande rapidité vers la guérison.

On remarquera que cette trachéotomie n'a été suivie d'aucun point d'engorgement pulmonaire, de même que cela a lieu lorsqu'on pratique l'opération pour un corps étranger. En aurait-il été de même si l'on eût attendu pour opérer le développement des phénomènes asphyxiques? Il est au moins permis d'en douter.

Enfin on remarquera encore, et M. Vigla a insisté sur cette remarque, la facilité avec laquelle a été senti le bourrelet ariténo-épiglottique indiqué par Thuillier, par M. Vigla et par M. Roux. Ce bourrelet était tellement prononcé, que M. Vigla croyait d'abord se tromper et sentir les amygdales. Ce qu'il y a de curieux, c'est que pendant l'exploration du doigt dans la gorge, on ne déterminait aucun effort de vomissement. A ce sujet, M. Vigla faisait observer que lorsque la luette est enflammée, elle devient beaucoup moins sensible au toucher, que du moins elle perd de cette sensibilité spéciale qui provoque le vomissement.

Pour toutes ces raisons, le fait précédent est d'une grande importance pratique. G.....

HOPITAL D'AIX.

De l'autoplastie appliquée à la dénudation des testicules (oschéoplastie).

PAR M. LE DOCTEUR G. GOYRAND,
chirurgien de l'hôpital d'Aix, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc.

Les blessures du scrotum avec issue des testicules ne peuvent manquer de se rencontrer quelquefois dans la pratique. On ne trouve, dans les traités de chirurgie, aucune indication sur la conduite à suivre dans ce cas; toutefois, la thérapeutique de cet accident se trouve implicitement indiquée dans les principes généraux du traitement des plaies; et, quand le cas s'est présenté, les chirurgiens n'ont pas hésité à replacer les testicules dans les bourses; pour arriver à ce but, ils n'ont pas craint de débrider la plaie; enfin, ils ont maintenu la réduction par la suture (1). Mais un accident plus commun que celui que je viens d'indiquer, c'est la gangrène du scrotum et la dénudation des testicules à la chute des eschares. La nature possède, il est vrai, d'admirables ressources pour remédier à cette dénudation. Quel chirurgien n'a eu occasion de voir le scrotum presque entièrement reformé par la force de cicatrisation! Le plus souvent, on peut laisser à la nature le soin de cette réparation; mais dans certains cas, les choses ne se passent pas ainsi. Les bords de la plaie du scrotum se rapprochent derrière le testicule, et, au lieu de se trouver recouvert, cet organe se dégage de plus en plus à mesure que la cicatrisation s'opère. Boyer connaissait cet accident, mais n'indiquait aucun moyen d'y remédier, et se résignait à voir le testicule recouvert d'une pellicule cicatricielle (2).

M. Malgaigne a fait autrement. Dans deux cas de ce genre, il a détaché les bords adhérents du scrotum, a creusé dans les bourses une place pour le testicule délogé, et a réuni par la suture, au-devant de l'organe, les bords disséqués de la solution de continuité: ses deux opérations ont été couronnées de succès (1).

Un cas analogue à ceux de M. Malgaigne s'est présenté à moi; j'ai fait aussi l'*oschéoplastie* (je pense qu'on adoptera le nom que je donne à cette opération), et le résultat que j'ai obtenu ne laisse rien à désirer. Voici l'observation.

OBS. — *Dénudation des deux testicules par suite de la gangrène du scrotum; dissection des bords de la plaie; rapprochement de ces bords au-devant des testicules par la suture entortillée; insuccès de la suture; rapprochement secondaire au moyen du collodium; succès complet.*

Legala (Pierre), soldat au 32e régiment de ligne, passe, le 23 septembre 1838, de la salle des fiévreux de l'hôpital d'Aix à celle des blessés. Il est convalescent d'une variole grave, durant laquelle son scrotum a été frappé de gangrène, et c'est à cause de cette dernière affection qu'on l'envoie dans le service chirurgical. La chute de l'eschare a laissé les deux testicules complétement dénudés en avant. La plaie est pâle; toute la surface du corps est couverte de taches varioleuses; il y a une bouffissure prononcée; du reste, pas de fièvre.

Le malade est nourri de viandes rôties, prend du vin de quinquina; la compresse fenêtrée qui couvre la plaie est enduite de styrax; sous l'influence de ce traitement, les forces augmentent, la plaie prend une meilleure couleur; mais la peau qui limite la plaie sur les côtés et inférieurement, fixée sur un plan postérieur à celui qu'occupent les testicules, n'est plus entraînée vers le centre de la plaie par la force de cicatrisation. En haut, c'est le fourreau de la verge qui forme la circonférence de la plaie. Cette portion de la peau est amincie, brune, dentelée, décollée, et non susceptible de réunion.

Il est évident que, si la guérison de la plaie est abandonnée aux efforts de la nature, la cicatrice se fera par exsiccation, et les testicules, privés d'enveloppe cutanée, seront recouverts d'une cicatrice adhérente.

La partie du scrotum qui n'a point été détruite par la gangrène présente assez de laxité pour qu'on puisse la ramener en avant des testicules, et refaire ainsi l'enveloppe cutanée de ces organes. Je me décide à faire l'*oschéoplastie*, et je la pratique le 29 septembre.

Le malade est soumis à l'inhalation du chloroforme; en une minute, l'anesthésie est complète.

La peau est détachée des parties latérales et inférieure de la plaie; on arrive bientôt à un tissu cellulaire sain et souple. La dissection est continuée dans une étendue de 15 ou 20 millimètres, étendue suffisante pour permettre l'affrontement des bords de la plaie au-devant des testicules sans trop de tiraillement. La peau disséquée est ensuite incisée inférieurement sur le raphé, dans une étendue d'un centimètre et demi, dans le but de terminer en bas la solution de continuité par un angle aigu. Les deux bords de la plaie sont régularisés et rendus saignants dans toute leur longueur par une excision faite avec les ciseaux; enfin j'excise la peau amincie qui limite la plaie sur le pénis.

Un seul rameau de l'artère honteuse de l'extrême gauche donne du sang dans la dissection des bords; j'en fais la ligature.

Les bords latéraux de la plaie sont ensuite ramenés au-devant des testicules, et réunis sur la ligne médiane par cinq points de suture entortillée. L'angle inférieur est laissé béant pour l'écoulement du sang qui doit suinter de la plaie et du pus qu'elle ne peut manquer de fournir.

La plaie est recouverte d'un appareil simple, contenu par un suspensoir.

Tout cela se fait sans que le malade en ait conscience. Pour empêcher le retour de la sensibilité pendant les dix minutes qu'a duré l'opération, on a dû remettre deux fois la compresse imbibée de chloroforme sous le nez du malade; et, ces deux dernières fois, deux ou trois aspirations ont suffi.

Les jours qui ont suivi l'opération, le malade n'a presque pas eu de fièvre. Il a été nourri de bouillons et de potages.

Le 1er octobre, l'angle inférieur de la plaie donne une abondante suppuration; état général excellent.—Demi-quart; côtelette; vin vieux.

Le 3 octobre, les aiguilles coupent la peau; je les enlève. Les lambeaux n'ont pas contracté d'adhérence entre eux, ni, à plus forte raison, avec la surface suppurante sur laquelle ils ont été appliqués. Il est évident que, si ces lambeaux étaient livrés à eux-mêmes, l'opération serait sans résultat. Les bourses, par suite de la perte de substance qu'elles ont subie, présentent trop peu de saillie pour qu'on puisse rapprocher les lambeaux au moyen des bandelettes de diachylum dont le plein serait en arrière. J'ai recours au collodium que j'applique de la manière suivante;

Je taille deux morceaux de toile auxquels je donne la forme et les dimensions des deux lambeaux cutanés, je les imbibe de collodium, et les applique sur la surface externe des lambeaux, qui en sont recouverts dans toute leur étendue. Sur chacune de ces petites compresses, qui ont bientôt contracté avec la peau une adhérence solide, je colle avec la même substance trois rubans de fil étroits, minces et souples, qui se correspondent par paires, et sont placés, une paire immédiatement au-dessous du pénis, la seconde au milieu de la hauteur de la plaie, et la troisième vers sa partie inférieure. En nouant ensemble les rubans correspondants, je rapproche très bien les bords de la plaie. Sur ce petit appareil j'applique un plumasseau qui est renouvelé tous les matins. — Aliments donnés chaque jour en plus grande quantité; continuation du régime tonique.

Le 9, les pièces de l'appareil unissant, imbibées de pus, ont de l'odeur; je les détache. Les deux lambeaux cutanés adhèrent aux surfaces sous-jacentes; ils adhèrent aussi entre eux par leur bord libre, si ce n'est à la partie supérieure et à l'angle inférieur. Dans ces deux points existent quelques bourgeons exubérants qui sont touchés avec le nitrate d'argent. J'applique un nouvel appareil semblable au premier, que je laisse jusqu'au 13.

Ce jour-là, les deux lambeaux paraissent parfaitement réunis entre eux et aux parties sous-jacentes. L'angle inférieur de la plaie, qui suppurait encore le 9, est maintenant cicatrisé, et il ne reste de la plaie qu'une surface de dix à douze millimètres de largeur sous la racine de la verge. Je n'applique plus sur la plaie qu'un petit plumasseau de cérat.

Le 20, il existe à gauche du nouveau raphé un petit abcès qui aboutit à un point de la cicatrice supérieur au foyer; j'y fais une ponction avec la lancette.

Le 3 novembre, la cicatrice, presque toute linéaire, ne diffère du raphé qu'en ce qu'elle forme un sillon, tandis que le raphé est saillant. Il n'existe plus de cette plaie qu'une surface de la largeur d'une pièce de vingt-cinq centimes sous la racine du pénis. La cicatrisation est achevée le 10 novembre.

Le 30, nous constatons que la disposition du scrotum à l'égard du testicule est tout à fait normale; que l'enveloppe cutanée des glandes séminales est redevenue aussi mobile sur ces organes que si les bourses n'avaient souffert aucune altération. L'état général s'est amélioré; Legala a repris des forces, un appétit excellent; cependant il est encore pâle et légèrement bouffi.

Voilà un succès complet. Les avantages de l'oschéoplastie sont incontestables dans ce cas. Le malade aurait guéri sans cette opération; mais il aurait conservé une cicatrice large et adhérente sur une partie soumise à des frottements habituels, et ses testicules auraient été soustraits à l'action doucement compressive du scrotum, dont l'utilité n'est pas douteuse aux yeux des physiologistes. Je n'hésiterais donc pas à agir de même si des cas analogues à celui-ci se présentaient de nouveau dans ma pratique.

Voici, du reste, en quelques propositions, les règles à suivre dans les lésions du scrotum avec issue des testicules.

S'agit-il d'une blessure récente, on doit réintégrer immédiatement ces organes dans les bourses, sans craindre d'opérer les débridements nécessaires à la réduction.

Si le chirurgien, appelé plusieurs jours après l'accident, trouve le testicule adhérant par sa grande partie postérieure au pourtour de la blessure devenue trop étroite pour le laisser repasser dans les bourses, il doit, à l'exemple de M. Voillemier, détruire les adhérences, détacher les bords de la plaie, débrider et réduire.

Dans le cas de dénudation des testicules par la gangrène, on attendra la détersion de la plaie et les effets du travail de rapprochement qu'opère la force de cicatrisation. Le plus souvent, ce travail inodulaire suffira pour réparer le désordre et attirer la peau sur les testicules dénudés; mais s'il n'en est point ainsi, si, arrivée sur les côtés des testicules, la peau du scrotum cesse d'être attirée en avant, dès qu'il est bien reconnu que la cicatrice doit s'achever par exsiccation des bourgeons charnus à la surface des testicules dénudés, la chirurgie expectante ne convient plus, on doit recourir à l'oschéoplastie; et cette opération doit être pratiquée avant que l'exsiccation de la surface de la plaie soit commencée.

J'ai fait l'oschéoplastie comme on fait l'opération du bec-de-lièvre. Après avoir rafraîchi et égalisé les bords de la plaie, je les ai rapprochés au moyen de la suture entortillée; mais cette suture, appliquée sur une peau qui suppurait par sa face interne, aurait bien vite divisé les tissus; j'ai dû l'enlever le quatrième jour, bien que les lambeaux n'eussent pas contracté d'adhérence entre eux ni avec les parties sous-jacentes. Ce résultat aurait pu être prévu. En effet, la surface saignante de la peau était appliquée sur la surface des testicules qui était en suppuration. Des parties qui se trouvent dans des conditions vitales si différentes ne peuvent pas contracter entre elles une adhésion par première intention; et si la face profonde de ces minces lambeaux cutanés suppurait, il était bien difficile que les bords affrontés par la suture contractassent une adhésion primitive, bien qu'ils eussent été rendus saignants avant d'être affrontés.

Aussi, en pareille circonstance, modifierais-je en deux points le procédé que j'ai suivi chez Legala.

1° A moins que les bords de la plaie ne fussent fort inégaux, je ne les aviverais pas par l'excision. Il est inutile de les rendre saignants, puisqu'on ne peut pas compter sur leur adhésion primitive.

2° Je remplacerais la suture par le collodium. Cette substance pourra remplacer la suture avec avantage dans bien d'autres circonstances.

Je ne terminerai pas cette note sans signaler à l'attention des chirurgiens la prompte résolution qui, en deux mois, a ramené les liens d'adhérence du scrotum avec les testicules aux conditions du tissu cellulaire normal de cette région. Je n'ai point exagéré en disant que, le 30 novembre, l'enveloppe cutanée des testicules était redevenue aussi mobile sur ces organes qu'elle l'est à l'état normal. (*Revue Médico-chirurgicale.*)

(1) Voyez dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1846, pages 593 et 594, deux observations dont l'une déjà ancienne (1806) appartient au docteur Gaston, et l'autre à M. Voillemier; et dans la *Revue médico-chirurgicale*, 1847, tome Ier, page 116, une observation de M. Clément Ollivier, d'Angers.

(2) Tome X, page 200, édition de 1845.

(1) *Revue médico-chirurgicale*, 1847, tome Ier, page 85.

HOPITAL DE NEW-YORK.

Nouvelle disposition anatomique dans la structure anatomique des organes génito-urinaires non décrite jusqu'à ce jour. — Applications à l'histoire des abcès urineux.

Par GARDON BUCK, Jr. M.-D., chirurgien à l'hôpital de New-York.

La particularité anatomique dont il est ici question consiste dans un étui membraneux bien distinct qui enveloppe le pénis de la façon que nous allons décrire, et qui est une continuation du ligament suspensif en haut et du fascia périnéal en bas. Le meilleur moyen de nous faire comprendre est de donner une description du mode de dissection que nous avons suivi pour mettre à nu cet appendice membraneux.

Le pénis et le scrotum doivent être circonscrits par une incision circulaire faite près de leur base et à la distance de trois doigts traversant le périnée au bord antérieur du sphincter.

La dissection de la peau et des tissus cellulaires et adipeux sous-jacents doit être faite vers le pénis au niveau du *fascia lata* latéralement et du *fascia* périnéal postérieurement, et continuée soigneusement sur le corps du pénis jusqu'à la couronne du gland. Par ce moyen, le pénis et le ligament suspenseur sont dépouillés de leur enveloppe mobile.

On fera alors une incision le long du dos du pénis, exactement dans la ligne médiane, en fendant le ligament suspenseur et en s'étendant vers la couronne entre les vaisseaux dorsaux et les nerfs qui rampent parallèlement de chaque côté. Les adhérences de l'étui, le long de la face dorsale, sont intimes et exigent une dissection attentive; les vaisseaux sanguins et les nerfs étant enlevés en même temps servent de guides pour montrer la ligne de ces adhérences.

La dissection étant continuée latéralement, inférieurement et vers l'extrémité antérieure, le corps caverneux est entièrement dégagé, puisque les muscles du périnée sont enlevés avec l'étui. On pourra alors voir clairement que le ligament suspenseur et le fascia périnéal forment une membrane continue avec l'étui qui renferme le corps caverneux dans sa cavité et entoure le corps spongieux de l'urètre de deux couches qui passent l'une au-dessus, l'autre au-dessous de ce cylindre érectile.

La base creuse du gland adhère d'une manière inséparable à la surface extérieure de l'étui, qui, par sa surface intérieure, coiffe le sommet du corps caverneux.

Ses adhérences sont plus fortes à l'extrémité du corps caverneux, le long de sa face dorsale et aux insertions des muscles *érecteur* et *accélérateur*.

Cet étui est plus épais autour de la couronne, le long de la face dorsale et à l'endroit où il forme le ligament suspenseur.

Des zones de vaisseaux rampent à des intervalles réguliers dans la direction de la circonférence du pénis et vont des vaisseaux dorsaux au corps spongieux entre les couches de l'étui.

La cavité formée par la nouvelle aponévrose et occupée par le corps caverneux est limitée postérieurement par le ligament triangulaire.

La portion qui couvre les muscles périnéaux et qui a été décrite par les auteurs sous les noms de *fascia superficialis* du périnée, de fascia inférieur et de fascia ano-pénien naît latéralement des branches ascendantes de l'ischion et descendantes du pubis et jusque sur la symphyse, où les deux lames se rencontrent et forment le ligament suspenseur. Postérieurement, cette portion se continue sur les muscles transverses, et, se repliant autour de leurs bords, se prolonge en haut dans la fosse ischio-rectale.

Elle envoie aussi de sa surface supérieure une cloison membraneuse entre les muscles *accélérateurs* dans le milieu et entre les *érecteurs* de chaque côté pour joindre le ligament triangulaire; elle forme ainsi trois étuis distincts et indépendants, qui se confondent antérieurement avec l'étui commun qui enveloppe le corps caverneux.

La description donnée par M. Velpeau de ce fascia (*Traité d'anatomie chirurgicale*, 3e édition; Paris, 1837, t. II, page 214) est la plus précise et la plus exacte; il dit, outre ce que contient la description précédente, « qu'il (le fascia périnéal) se perd insensiblement en avant sur le corps du pénis. » M. T. Morton (dans son *Traité sur l'anatomie chirurgicale du périnée*; Londres, 1838, p. 12) dit « qu'antérieurement l'aponévrose passe en avant dans le scrotum, où il paraît se continuer avec le dartos. »

Colles, qui a donné la description la plus exacte de l'étui du pénis (dans son *Traité sur l'anatomie chirurgicale*, Philadelphie, 1831, p. 146), dit : « En soulevant la peau, nous trouvons une membrane ligamenteuse qui enveloppe le pénis et qui dérive du ligament suspenseur. » Il ajoute plus loin : « Ce ligament, adhérant par son bord supérieur à la symphyse pubienne, descend et se fixe par son bord inférieur au dos du pénis; mais il ne cesse pas là, car on peut le suivre jusque sur les bords du pénis et de l'urètre, et jusqu'à la base du gland où il se termine, formant ainsi une des enveloppes du pénis. »

Les autres anatomistes modernes, tels que Malgaigne, Cruveilbier, A. Bérard, n'ont aucunement ajouté aux connaissances qui nous avaient été transmises sur ces parties par les autorités déjà citées plus haut.

La description que nous venons de donner embrasse nonseulement celles de Velpeau et de Colles, mais encore elle montre les relations particulières de cet étui avec le corps spongieux de l'urètre et avec le gland, telles qu'elles n'avaient pas été jusqu'ici développées par les anatomistes; c'est du moins ce que mes recherches me font croire.

Velpeau nous a fait voir d'importantes conséquences pathologiques découlant de la structure particulière de ces parties, telles qu'il les a décrites, spécialement dans la formation d'abcès et l'extravasation de l'urine qui sort de ses voies naturelles au-devant du ligament triangulaire. Le développement plus complet de leurs rapports anatomiques, tels que nous venons de les exposer, sert à confirmer ces vues pathologiques et jette sur elles une nouvelle lumière.

Le cas d'extravasation cité ci-dessous en offre une bonne preuve.

Obs. — Charles Peak, marin, âgé de trente-quatre ans, né en Angleterre, fut admis à l'hôpital de New-York le 29 février 1848, pour une tumeur dure, saillante, de la grosseur d'une noix de Madère, située dans la partie antérieure du scrotum, couvrant et embrassant étroitement l'urètre, et s'étendant aussi de chaque côté autour de la racine du pénis, sous forme d'une bande dure et plate.

Elle était très douloureuse au toucher, et contenait un liquide, ainsi qu'il était évident par l'existence d'une fluctuation profonde. Le tissu cellulaire environnant et le scrotum conservaient leur souplesse naturelle, leur mobilité, et ne participaient en rien à l'inflammation profonde. On trouva dans la tumeur un rétrécissement de l'urètre qui existait depuis plus d'un an, et qui n'admettait qu'une bougie du plus petit modèle.

Environ trois semaines après l'admission à l'hôpital, à la suite de l'introduction d'une sonde de métal faite par le patient même, la tumeur du scrotum ne parut pas plus grosse que le bout du doigt.

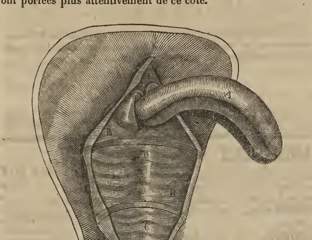
Une profonde et large incision pratiquée dans la tumeur fit sortir une quantité d'urine fétide, mêlée de pus; ensuite, pendant quelque temps, l'urine continua à s'échapper en petite quantité par la plaie, et reprit bientôt son cours naturel.

Dans cette circonstance, la rupture de l'urètre avait eu lieu dans l'étui du corps caverneux au niveau du rétrécissement, et le gonflement inflammatoire, conséquence de l'extravasation de l'urine, était ainsi maintenu dans les étroites limites déjà décrites, la communication entre l'urètre et le tissu cellulaire circumjacent étant fermée.

Livrée à elle-même, la tumeur quelquefois s'approche graduellement de la surface en s'appropriant, par l'inflammation adhésive, les couches successives de tissu cellulaire qui la couvrent; et à la fin, elle évacue extérieurement son contenu par une ouverture ulcérée. Cependant il n'en est pas toujours ainsi. Il arrive souvent que la marche ulcérative dans l'abcès va plus vite que le travail adhésif et préservatif, et ouvre une communication dans le tissu cellulaire lâche environnant. Alors, la conséquence de cette ouverture est une rapide extravasation dans toutes les directions, remplissant le scrotum, se répandant sur les pubis et s'étendant quelquefois le long de la crête iliaque, aussi haut que les fausses côtes. Il est, je crois, rare que cette grande forme secondaire d'extravasation ne soit pas précédée par la forme circonscrite ou primaire; de là l'importance de la règle de pratique établie : faire une large ouverture dans ces gonflements durs qui siégent le long de l'urètre, aussitôt que leur existence est constatée.

Une autre, mais beaucoup plus rare, conséquence d'une ouverture de l'urètre dans l'étui en question, c'est la formation graduelle d'un ou de plusieurs conduits fistuleux le long du pénis, se terminant derrière la couronne du gland, et causant une dureté et un épaississement remarquables des tissus, suivant leur trajet.

La structure anatomique que je viens de décrire donnera lieu, sans aucun doute, à d'autres rapports pathologiques et physiologiques, lorsque les recherches des chirurgiens se seront portées plus attentivement de ce côté.



Le dessin ci-dessus montre l'enveloppe qui vient d'être décrite :

A. Corps caverneux.
B. Nouvelle enveloppe se continuant avec le ligament suspenseur dont elle est l'expansion.
C. Rapports de l'enveloppe avec le corps caverneux; l'une de ses lames passe au-devant de ce corps, tandis que l'autre passe en arrière.
D. Rapports de l'enveloppe avec le gland, auquel elle adhère intimement par sa face externe, tandis que par sa face interne elle coiffe le corps caverneux.
E. Artères, veines et nerfs dorsaux soulevés avec l'enveloppe aponévrotique.

(*Transactions of the american medic. association*, t. I.)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 octobre 1849. — Présidence de M. Velpeau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance manuscrite comprend les communications suivantes :

Lait solidifié.

1° M. Renault, pharmacien, expose un procédé à l'aide duquel il est facile d'obtenir du lait solide parfaitement bon et reprenant, par sa dissolution dans l'eau, ses qualités premières. Ce moyen consiste à faire évaporer le lait dans un appareil qui agite constammment le liquide, et que, pour cette raison, on appelle *agitateur*. On obtient aussi le même résultat, mais d'une manière beaucoup moins satisfaisante, en faisant évaporer le lait dans un vase à large surface et en le remuant constamment.

Combinaisons des principes morbides. — Influence de la vaccine.

M. Bayard envoie une note en réponse à ce que M. Rochoux a dit dans son rapport sur les combinaisons morbides.

Choléra.

3° M. Pellarin envoie la suite de l'histoire de l'épidémie de Givet.

4° M. Tribes, de Nîmes, transmet quelques réflexions sur la prétendue épidémie de suette qui, dans quelques localités, règne de concert avec le choléra. L'auteur pense que les sueurs abondantes qui accompagnent le choléra de 1849 dans un bon nombre de localités, et que quelques médecins ont prises pour la suette, doivent être considérées comme l'expression morbide la plus heureuse de l'intoxication cholérique, ou mieux comme un phénomène critique favorable.

5° M. Pamard, correspondant de l'Académie, à Avignon, transmet un tableau de l'épidémie de choléra dans le département de Vaucluse. Il résulte de ce tableau, qu'à Avignon, sur une population de 35,109 habitants, il y a eu, depuis le 7 août, 34 cas de choléra et 24 décès; à Lauris, sur 1,703 habitants, 5 cas, 3 décès; à Cadenet (2,411 habitants), 3 cas, 1 décès : en tout, 42 cas et 28 décès.

L'auteur pense que, sans le voisinage de Marseille, Avignon aurait été épargnée, attendu que la première femme affectée dans cette dernière ville venait de Marseille, et que ce cas a été promptement suivi de trois autres cas, dont deux sur des malades de l'hôpital, et le troisième chez une femme de cinquante-sept ans dont la demeure n'est séparée de l'hôpital que par un jardin de 200 mètres de long.

6° M. Hanneau fait part à l'Académie de moyens prophylactiques et curatifs du choléra, qu'il serait sans intérêt de faire connaître plus amplement.

Rétrécissements de l'urètre.

M. Lagneau lit un long rapport sur le traitement des rétrécissements de l'urètre durs, chroniques, regardés autrefois comme incurables, et qu'on guérit complétement aujourd'hui par les incisions intra-urétrales de M. Guillon. Après avoir fait un éloge des brillants résultats obtenus par M. Guillon, M. le rapporteur conclut à ce que l'Académie adresse à ce praticien des remercîments pour le progrès qu'il a fait faire à la pratique chirurgicale, et qu'elle envoie le présent rapport à la commission des prix d'Argenteuil pour qu'il serve d'élément au jugement que doit porter cette commission. (Adopté.)

Influence de la grossesse sur la marche de la phthisie et réciproquement.

M. Grisolle lit un mémoire qui a un titre analogue à celui que nous avons inscrit ci-dessus. L'auteur termine ce mémoire, basé sur dix-sept observations, par les conclusions suivantes :

« Il est rare de voir la conception s'effectuer chez des femmes atteintes d'une phthisie confirmée, tandis qu'assez souvent les premiers symptômes de tuberculisation pulmonaire éclatent tout d'un coup dans le cours de la grossesse et préférablement dans les trois ou quatre premiers mois.

» Si des conditions hygiéniques défavorables, si les chagrins, le délaissement et la misère ont paru quelquefois expliquer le développement de la maladie organique, il est certain que chez la plupart la grossesse a été le seul changement observable dans l'état des femmes, et qu'elle a joué le rôle d'une cause déterminante. Mais ce n'est point la grossesse pourtant qui a produit la maladie; elle a seulement mis en jeu la prédisposition, comme aurait pu le faire tout autre changement, soit physiologique, soit pathologique, imprimé à l'économie.

» La grossesse et la phthisie, nées presque simultanément ou à peu de distance l'une de l'autre, ont marché sans paraître s'influencer.

» Cependant, j'ai prouvé par la comparaison d'autres faits que la lésion organique avait parcouru ses périodes un peu plus rapidement qu'elle ne fait dans l'état de vacuité.

» Ce qui prouve d'ailleurs l'influence fâcheuse exercée par la grossesse, c'est qu'aussitôt après l'accouchement, pourvu toutefois que la maladie ne fût pas parvenue à une période trop avancée, on avait vu assez souvent la maladie organique ralentir ses progrès ou rester du moins stationnaire.

» La tuberculisation pulmonaire, par contre, ne modifie pas, du moins dans la grande majorité des cas, la marche de la grossesse. C'est un point de doctrine déjà établi par Desormeaux et M. P. Dubois. »

M. Grisolle termine en faisant observer que, bien que ces conclusions ne soient pas basées sur un très grand nombre de faits, la grande uniformité de ces faits lui permet d'espérer qu'ils expriment réellement la vérité, et que les faits ultérieurs ne feront qu'en confirmer les conséquences. (Commissaires : MM. Louis, Moreau, Mélier.)

Méningite cérébro-spinale.

M. Gaultier de Claubry aîné lit un rapport sur deux mémoires présentés par MM. Boudin et Michel Lévy et relatifs à la méningite cérébro-spinale. Après avoir longuement ana-

lysé plutôt que jugé les opinions des deux auteurs, opinions qu'il serait impossible de faire connaître ici d'une manière complète, M. le rapporteur termine en disant qu'il croit avec MM. Boudin et Lévy que la méningite cérébro-spinale n'est nullement une maladie nouvelle, que c'est une maladie plus ou moins analogue aux affections du genre typhus, et il propose de déposer les travaux des auteurs aux archives et de leur adresser des remercîments. (Adopté.)

— La séance est levée à cinq heures passées.

Le choléra dans les départements et à l'étranger.

ALLIER. — Le choléra est en pleine décroissance dans toutes les localités du département où il s'était montré. Aucun cas nouveau ne nous est signalé sur aucun point. Ce silence autorise à croire que sous peu de jours le fléau aura complétement disparu.

ARDENNES. — L'épidémie est éteinte dans presque toutes les communes de ce département. On ne signale qu'un décès à Boult et un autre à Grandpré.

BOUCHES-DU-RHÔNE. — La mortalité cholérique, qui s'était abaissée à Marseille à 37 le 21 septembre, s'est relevée le lendemain à 45; le 23, elle est de nouveau descendue à 39; le 24, à 38; le 25, à 31; le 26, à 25; et enfin, le 27, à 15. On voit que l'épidémie est dans une décroissance marquée, et qu'elle ne tardera pas sans doute à disparaître complétement.

CHER. — Nous sommes assez heureux pour avoir à annoncer une décroissance de l'épidémie dans toutes les parties du département; en particulier, Nérondes est complétement débarrassé; Ignol, Cornusse et Dun-sur-Auron sont sur le point de l'être.

GARD. — On ne constate plus à Nîmes que 2 à 3 décès cholériques par jour. L'épidémie a également disparu de la plupart des communes du département. On signale dans l'une d'elles le touchant épisode suivant :

La petite commune de Blauzac, arrondissement d'Uzès, a perdu par le choléra, dans l'espace d'un mois, un seul homme et quatorze femmes mariées, dont cinq appartenant à la même famille. La quatorzième est morte le 24 de ce mois au bout de six heures de maladie.

Après les premiers décès, les femmes du village, craignant que ce cruel fléau ne fût contagieux, ne voulurent plus mettre les décédées dans le suaire. Une seule, nommée Sabatier, âgée de soixante-dix ans et peu aisée, entraînée par une admirable piété, s'offrit pour remplir gratuitement ce triste ministère, et elle s'en acquitta courageusement pour sept à huit défuntes; mais malheureusement elle vient de succomber à cette sublime tâche.

Nous nous faisons un devoir de donner de la publicité à cet acte d'un dévouement qui honore l'humanité.

GIRONDE. — Le choléra a disparu à Bordeaux. On évalue à 500 le nombre des victimes qu'il y a faites depuis son invasion.

MEURTHE. — Le choléra, qui a envahi jusqu'à ce jour 29 communes de ce département, est partout en voie de décroissance; le nombre total de cas constatés est de 1,646, et celui des décès de 655.

NORD. — L'épidémie disparaît partout; Lille, en particulier, ne compte plus un seul cholérique depuis plusieurs jours.

PAS-DE-CALAIS. — Quelques-unes des communes de ce département continuent à être atteintes d'une manière cruelle; parmi elles se trouvent Vaulx-Vrancourt, Mercatel, et surtout Laventie, qui vient d'être nouvellement envahie. Sur tous les autres points, le fléau a diminué et est en voie de disparaître; les villes d'Arras, de Béthune, d'Aires, etc., sont heureusement dans ce cas.

VAR. — *Toulon*. — M. Abeille a l'obligeance de nous transmettre les renseignements suivants :

Dans ma lettre d'hier, j'ai oublié de vous citer le plus touchant comme le plus triste épisode depuis que le choléra est parmi nous.

A peine avions-nous observé quelques cas sérieux sur des militaires, les uns frappés dans l'hôpital, les autres dans les casernes, que deux jeunes élèves de la marine, repris comme sous-aides à l'hôpital militaire, étaient subitement atteints au milieu des soins qu'ils donnaient aux malades et dans les conditions de la santé la plus florissante.

L'un d'eux, M. Lemauff, attaché à mon service, était pris le 10 septembre dans la nuit. Il a passé par toutes les périodes de la maladie et a été assez heureux pour en sortir vainqueur. Il est maintenant en convalescence.

L'autre, M. Campenon, jeune créole de vingt et un ans, tombé malade dans la journée du 12, expirait le lendemain 13 après vingt-quatre heures de maladie. Le choléra ne se présentait pourtant pas chez lui dans des conditions plus terribles, mais la violence a augmenté tout d'un coup, et les soins les plus empressés et les plus assidus ont été complétement impuissants.

Dans la journée du 24 au 25, nous avons reçu 11 cholériques. Nous n'avons eu que deux décès. Dans cette journée, les cas offraient moins de gravité. Nous savons qu'en ville les cas ont été plus nombreux; mais je ne puis vous préciser le chiffre.

Dans la journée du 26 septembre, le nombre des décès cholériques a été de 14, dont 4 hommes, 7 femmes et 3 enfants; celui des décès ordinaires a été de 15.

Le 27, la mortalité cholérique a été de 26, dont 12 hommes, 10 femmes et 4 enfants; mais il faut remarquer que le bagne et la population militaire, qui ne peuvent fournir que des hommes, entrent dans ce résumé pour le chiffre de 2 le 26 et de 9 le 27.

ALGER. — Voici les renseignements précis qui nous parviennent jusqu'au 24:

Du 19 au 20, il est entré dans les deux hôpitaux militaires 49 soldats, dont 28 sont morts; du 20 au 21, 70 malades, 41 morts; du 21 au 22, 53 malades, 30 morts; du 22 au 23, 37 malades, 30 morts: du 23 au 24, 24 entrées, 30 morts. Le nombre total des cas jusqu'au 24 inclusivement s'élève à 661, et celui des décès à 320.

Dans la population civile de l'hôpital et des ambulances, les décès constatés ne sont que de 12.

Un renfort de trente médecins et chirurgiens militaires a été dirigé sur les hôpitaux militaires de l'Algérie.

Un ordre du jour, publié par le *Moniteur algérien* du 25, porte qu'un supplément de trois centimes sera alloué, par homme et par jour, dans chaque corps, atelier de condamnés, pénitencier et prison militaire, pour l'amélioration de l'ordinaire.

ANGLETERRE. — *Londres*. — L'épidémie continue à suivre une décroissance rapide; la mortalité cholérique a été de 102 le 24, et de 79 le 25.

RUSSIE. — *Saint-Pétersbourg*. — Le fléau est sur le point de quitter enfin la capitale de l'empire. Le 13, il y a eu 7 cas et 3 décès; le 14, 4 cas et 4 décès; le 15, 4 cas et 3 décès; le 16, 4 malades et 3 décès; le 17, 3 malades, 2 décès; enfin, le 18, 1 seul malade et point de décès. Ce relevé comprend les hôpitaux et la ville.

GRÈCE. — Cette contrée, dominée par la crainte de la contagion, vient de prendre des mesures sanitaires qui ne la préserveront sans doute point, et qui pourront ainsi éclairer les esprits difficiles à convaincre.

Voici ce qu'on lit dans le journal officiel :

ATHÈNES, 18 septembre. — Le gouvernement vient de reprendre les mesures sanitaires à l'égard du choléra depuis qu'il a paru de nouveau sur quelques points de l'Europe. Selon une ordonnance royale du 18 de ce mois :

1° Les bâtiments provenant des pays où régnerait le choléra, ou qu'il aurait cessé avant l'expiration de dix jours après le dernier cas, seront reçus seulement dans les lazarets de Syra, d'Egine, de Skiathos et de l'îlot de Ayos Sostis situé près de Missolonghi et seront soumis à une quarantaine de trois jours s'ils ont à bord un médecin officiellement nommé et si la navigation a duré cinq ou plus de cinq jours; dans le cas contraire, les huit jours seront complétés; s'il n'y a pas de médecin à bord, la quarantaine sera de dix jours;

2° Les provenances du pays où le choléra aurait cessé après le terme susmentionné et avant l'expiration du deuxième jour ne feront qu'une quarantaine de trois jours;

3° Celles des pays distants de 150 milles seront soumises à la quarantaine de l'article 1er, de plus de 150 et pas au delà de 600, comme à l'article 2;

4° Si la navigation a duré plus de vingt-cinq jours, les bâtiments seront reçus en libre pratique. Le *spoglio* est interdit. Les passagers pourront faire leur quarantaine à bord.

NOUVELLES.

Le corps médical de Lyon, qui a déjà fait plusieurs pertes cruelles cette année, vient d'en faire une nouvelle dans la personne de M. le docteur Bottex, médecin en chef de l'asile d'aliénés, l'un de ses membres les plus honorables et les plus distingués.

— On écrit de Montluçon :

« La veille de son départ de Néris, M. le ministre de l'instruction publique, informé que la population de Nérondes était décimée par le choléra, qui y sévissait avec une intensité qui peut-être ne s'est manifestée nulle part à un si haut degré, donna des ordres pour qu'on le conduisît dans cette ville du point le plus rapproché de la route qu'il avait à suivre.

» On essaya vainement de le détourner de ce projet en cherchant à lui faire comprendre que le traitement qu'il venait de suivre à Néris le rendait éminemment impressionnable à tout changement d'atmosphère. « Eh bien! messieurs, répondit-il en souriant, pensez-vous que mourir en consolant et en fortifiant tant d'infortunés ne soit pas une mort qu'un chrétien doive désirer? » Et le lendemain M. de Falloux était à Nérondes, visitant les cholériques, secourant bien des misères, et portant à tous des paroles d'espérance!

» Au bout de quelques heures, le ministre remontait en voiture, béni de tous, mais pâle et exténué de fatigue. On sait quelle maladie l'attendait à Paris.

» Il est de ces actes qu'il faut simplement raconter, en s'abstenant de tout commentaire. »

— Par décision du 13 septembre, les officiers de santé dont les noms suivent, sont désignés pour être détachés au corps expéditionnaire de la Méditerranée; savoir :

M. Faure, médecin principal de 2e classe à l'hôtel des Invalides, à Paris;

M. Meyer, médecin ordinaire de 2e classe à l'hôpital de perfectionnement;

M. Molard, médecin ordinaire de 2e classe à l'hôpital de Maubeuge;

M. Dussonrt, médecin ordinaire de 2e classe, professeur à l'hôpital de Strasbourg;

M. Jacquot, médecin-adjoint à l'hôpital du Roule, à Paris;

M. Lacauchie, chirurgien principal de 2e classe à l'hôpital du Roule, à Paris;

M. Rozan, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Phalsbourg, détaché au Roule;

M. David, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lyon, détaché au Roule;

M. Hounan, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Bayonne;

M. Bintot, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Besançon;

M. Gleizès, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Besançon;

M. Barthet, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Besançon, détaché à l'armée des Alpes;

M. Potier, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Besançon;

M. Cazeneuve, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Perpignan;

M. Rollin, pharmacien principal de 1re classe à l'hôpital de Versailles;

M. Gillet, pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital du Gros-Caillou;

M. Capiomont, pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital d'instruction de Strasbourg.

— Par décision du même jour :

M. Collette, médecin ordinaire de 1re classe à l'hôpital de Belfort, est désigné pour les ambulances de l'Algérie;

M. Broussais, médecin ordinaire de 1re classe aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital de Maubeuge;

M. Finot, médecin ordinaire de 1re classe au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour l'hôpital de Belfort;

M. Martenet, médecin ordinaire de 2e classe au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour l'hôpital de Colmar;

M. Guerre, chirurgien principal de 2e classe à l'hôpital de Valenciennes, détaché à l'armée des Alpes, est désigné pour les ambulances de l'Algérie;

M. Malle, chirurgien-major de 1re classe au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour l'hôpital de Valenciennes;

M. Drappier, chirurgien sous-aide de 1re classe au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour l'hôpital de Montmédy;

M. Simonin, chirurgien sous-aide de 1re classe au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour l'hôpital de Besançon;

M. Odigier, pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital de perfectionnement, est désigné pour l'hôpital du Gros-Caillou.

SAMEDI 6 OCTOBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 117.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 5 OCTOBRE 1849.

Bulletin du choléra.

L'épidémie se maintient dans un état complétement stationnaire : avant-hier, le nombre des entrées dans les hôpitaux civils était de 15; mais hier il est retombé à 7, en sorte que cette légère augmentation d'un jour ne doit être considérée que comme une de ces fluctuations inévitables dans toute fin d'épidémie. Le total des deux jours est exactement le même que celui des deux jours précédents (22). Un signe qui ne laisse peut-être pas que d'être rassurant, c'est que l'épidémie semble atteindre de préférence les malades et les personnes faibles, comme au début. Ainsi, sur 4 cholériques nouveaux que l'on comptait il y a deux jours à l'Hôtel-Dieu, aucun n'était venu du dehors; la maladie les avait pris dans l'hôpital même.

Les hôpitaux militaires continuent à être à l'abri de l'épidémie. La ville fournit très peu de malades.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

	Entrées.	Décès.
HOPITAUX CIVILS : Journée du 3 octobre	15	6
— 4	7	7
HOPITAUX MILITAIRES pendant les deux jours	»	»
Total	22	13
Total des décès dans les hôpitaux		7999
Total des décès à domicile jusqu'au 15 septembre		10812
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie		18811

Notre honorable correspondant de Toulon nous avait déjà appris le grave oubli de ses devoirs commis par un de nos confrères de l'armée. Nous avions jugé à propos de ne point ébruiter cette triste nouvelle, que nous pensions pouvoir rester secrète. Il n'en a point été ainsi : M. Frébault a été puni avec une rigueur que justifie seule la gravité de la faute. Voici ce qu'on lit dans le *Moniteur* d'hier :

Monsieur le président,

J'ai l'honneur de vous proposer de mettre sur-le-champ en non-activité, par retrait d'emploi,

M. Frébault (Louis), chirurgien principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Toulon.

Cet officier de santé a commis, à l'invasion du choléra dans cette ville, un acte inouï de faiblesse en quittant son logement audit hôpital pour se retirer à la campagne, et en laissant le service entre les mains de ses subordonnés. Il a mis le comble à son indigne conduite en déclarant qu'ayant cent mille francs de fortune et se trouvant en possession des droits à la retraite, il se rendrait coupable envers sa famille s'il compromettait son existence par trop de dévouement.

Comme il importe de punir d'une manière exemplaire un si lâche oubli de ses devoirs, j'ai décidé que le chirurgien principal Frébault subirait, en outre, un mois de prison avec mise à l'ordre du jour de l'armée.

Paris, le 3 octobre 1849.

Le ministre de la guerre,
RULLIÈRE.

Approuvé :
Le président de la République,
LOUIS-NAPOLÉON BONAPARTE.

Le *Moniteur* ajoute les réflexions suivantes :

Si le ministre de la guerre s'est trouvé cette fois dans la pénible nécessité de sévir, il est heureux de constater que le fait qui a motivé cette mesure est une exception unique dans le corps des officiers de santé militaires, auxquels il se plaît à exprimer de nouveau sa complète satisfaction pour le dévouement et le zèle qu'ils ont déployés dans toutes les occasions, tant en France qu'à l'extérieur, et principalement depuis l'invasion du choléra.

Tout en regrettant vivement d'avoir à enregistrer un tel acte de rigueur, nous nous garderons bien de blâmer une sévérité qui n'est malheureusement que trop justifiée, mais dont, par une heureuse compensation, l'hôpital de Toulon a fourni l'unique occasion.

Nous sera-t-il permis, après avoir approuvé cet acte d'énergique sévérité, de faire remarquer que les ministres ne s'honorent pas moins en récompensant le mérite et le dévouement qu'en punissant les fautes, et que M. Rullière semble ne savoir accomplir, jusqu'à ce jour, que la seconde de ces obligations? Quand donc pourrons-nous le féliciter d'avoir rempli la première.

Revue clinique hebdomadaire.

Double bruit de cuir neuf dans les plèvres. Pleurésie sèche. — Quoique la pleurésie sèche ait été décrite par Laennec comme une forme d'inflammation pleurale qu'il semble croire être assez fréquente, les exemples en sont cependant assez rares pour qu'ils n'offrent pas longtemps encore un certain intérêt à l'observateur et au praticien; il n'est point fréquent non plus de percevoir au commencement des pleurésies avec épanchement le double bruit de frottement que le célèbre auteur de l'auscultation a décrit, car l'épanchement se fait habituellement avec une rapidité telle, que, si ce bruit existe réellement toujours au début, il disparaît si promptement, que le médecin ne peut que très rarement arriver à temps pour le constater. Sous ce double rapport, le fait suivant, que nous a fait observer M. Martin-Solon, mérite d'être signalé.

Un mécanicien, âgé de trente-quatre ans, entre dans le service de M. Martin-Solon, à l'Hôtel-Dieu, le 29 septembre 1849, avec un point pneumonique en bas, en arrière et à gauche. Dix ventouses et un vésicatoire sont successivement appliqués au niveau du point affecté, et le 2 octobre au soir il ne reste plus de traces de lésion dans ce point.

Le 3 octobre, à la visite du matin, on constate, et nous constatons nous-même l'existence d'une douleur assez vive dans le côté droit de la poitrine. La percussion ne fait percevoir aucune matité; mais l'auscultation permet d'entendre, dans la moitié supérieure et postérieure gauche de la poitrine, un bruit de cuir neuf très prononcé, coïncidant avec les mouvements d'inspiration et d'expiration, et à peu près aussi prononcé dans l'une que dans l'autre. Ce bruit ne masque pas tout à fait la respiration, et ne s'entend pas en avant.

Le malade éprouve dans la poitrine, et précisément dans la partie où l'on perçoit ce bruit, la singulière sensation d'un corps lamelleux, élastique, qui s'allonge dans l'inspiration et se raccourcit dans l'expiration; il sent aussi une sorte de frottement rude qui accompagne les mouvements respiratoires.

Aucun mouvement fébrile n'accompagne cet état. Le pouls est à 60, sans dureté, la peau est d'une chaleur douce, sans sécheresse; le malade a de l'appétit; point de soif anormale. Il aurait assez bien dormi cette nuit, sans la gêne un peu douloureuse que lui occasionne son vésicatoire. — On applique dix ventouses; tisane de mauve sucrée. Potages.

Le lendemain, la douleur a en grande partie disparu; le frottement existe toujours; la percussion fait constater une sonorité parfaite dans toute l'étendue de la poitrine, tant à gauche qu'à droite.

Nous ne pensons pas qu'on puisse attribuer, dans ce cas, le singulier bruit de cuir à une autre cause qu'à la formation de fausses membranes dans la partie supérieure et postérieure de la plèvre droite, et qu'on puisse méconnaître par conséquent ici l'existence d'une pleurésie sèche. Cette inflammation restera-t-elle jusqu'à la fin sous cette forme? C'est ce qu'il est assez difficile de dire; cependant cela nous semble assez probable, attendu qu'habituellement l'épanchement tarde bien moins longtemps à se faire; mais dans le cas même où l'épanchement s'accomplirait, l'état de sécheresse n'en aurait pas moins été constaté pendant vingt-quatre heures. Ce qui rend déjà ce fait assez curieux, ce qui le recommande encore à l'attention des observateurs, c'est la nature du bruit de frottement. Nous n'avions jamais constaté ce bruit dans les plèvres avec ce caractère très prononcé de cuir neuf qu'il avait ici, et qu'il est assez fréquent de lui voir revêtir au péricarde.

Des hémorrhagies utérines pendant l'âge critique. — Dire que les hémorrhagies utérines qui se manifestent à l'époque de l'âge critique, et surtout pendant la période habituelle du flux menstruel, n'ont pas la gravité de celles qui se manifestent dans des conditions différentes, ce n'est pas dire quelque chose de bien nouveau; c'est rappeler néanmoins une vérité que les praticiens, les jeunes surtout, oublient quelquefois, et qu'il importe d'avoir toujours présente à la mémoire, ne fût-ce que pour ne pas porter des pronostics trop alarmants lorsqu'on se trouve en présence d'une malade affectée de semblables pertes.

Ces réflexions nous sont inspirées par une malade âgée d'une quarantaine d'années, qui se trouve en ce moment dans le service de M. Louis, et qui, depuis plusieurs années déjà, éprouve à chaque époque menstruelle une perte assez abondante qui se prolonge, sous forme d'un liquide roussâtre, pendant dix à douze jours après la cessation de l'écoulement sanguin proprement dit. Cette femme a déjà subi de nombreux traitements sans obtenir aucune amélioration dans son état. Elle est faible, irritable, anémique, d'une teinte jaunâtre, tellement qu'à la voir, on ne serait pas étonné qu'elle fût en proie à une affection cancéreuse. Cependant, l'exploration la plus attentive des organes ne permet pas qu'on s'arrête à une semblable idée, et il faut nécessairement rapporter cet état aux pertes opiniâtres que la malade éprouve.

A propos de cette malade, M. Louis nous rapportait l'exemple de deux dames, d'une position sociale élevée, la mère et la fille, qui, toutes deux, à l'âge de quarante-trois ans, avaient été prises de pertes opiniâtres dont la durée a été de six ans. Ces deux dames, qui ont reçu successivement les soins de MM. Louis et P. Dubois, ont fait tous les traitements imaginables sans obtenir aucun soulagement à leur état; leur aspect général était celui que produit une affection organique, et, malgré l'examen attentif auquel elles étaient nécessairement soumises, les médecins se surprenaient quelquefois à douter de l'exactitude de leur diagnostic. Après six ans de durée, les hémorrhagies cessèrent spontanément, et après leur disparition revinrent le bon teint, les forces, le sommeil et tous les attributs d'une bonne santé. La mère est parvenue à un âge très avancé, et la fille promet d'en faire autant. M. Louis espère bien qu'il en sera de même de la malade qui se trouve actuellement dans son service.

Il ne faudrait point cependant se prévaloir de la terminaison habituellement heureuse de ces pertes pour se dispenser de tout traitement, au contraire : l'anémie et les autres phénomènes peuvent aller plus loin qu'ils ne sont allés chez les deux malades observées par M. Louis; ils peuvent même être portés au point de compromettre la vie. Il est donc nécessaire de s'opposer autant que possible à la persistance ou à l'abondance des pertes par l'usage des astringents locaux et généraux, par l'emploi même du seigle ergoté si l'hémorrhagie était assez abondante pour inspirer des craintes sérieuses immédiates; il faut réparer autant que possible l'effet des déperditions sanguines par l'administration des ferrugineux et par une nourriture substantielle, et même légèrement excitante, quand les excitants ne poussent pas à l'écoulement utérin. De cette façon, si l'on n'arrête pas directement les pertes, on conduit du moins les malades en assez bon état jusqu'au moment où l'écoulement cesse spontanément, et elles n'éprouvent alors aucun obstacle à recouvrer leur santé première.

Recherches microscopiques sur la circulation et sur le système vasculaire sanguin dans le canal digestif, le foie et les reins;

Par M. BOULLAND, interne des hôpitaux.

(Thèse inaugurale.)

Le travail dont nous allons rendre compte renferme des recherches qui, bien que n'étant à la portée que d'un petit nombre d'observateurs, n'en ont pas moins un intérêt qui, grâce aux figures dont notre analyse sera accompagnée, pourra être généralement apprécié.

Après avoir exposé en peu de mots les recherches déjà faites sur le même sujet, M. Boulland expose les précautions générales pour réussir complétement dans ce genre d'observations.

« La plupart du temps, dit-il, il faut humecter les tissus pour qu'ils ne se dessèchent pas et pour que la circulation du sang ne s'arrête pas. On devra se servir d'eau contenant en dissolution du sel marin ou du sucre : les globules du sang, comme on le sait, sont très avides d'eau pure; ce liquide, en pénétrant dans ces cellules par endosmose, les décolore, et la circulation du sang n'est plus perceptible si la teinte rouge de ces corpuscules disparaît.

» Il est nécessaire de faire ces observations à la clarté d'un beau jour, ou, ce qui est bien préférable, à la lumière d'une bonne lampe. Les phénomènes circulatoires seront d'autant plus visibles que la quantité des rayons lumineux qui traverseront les tissus sera plus considérable.

» Pour que ces animaux encore vivants ne déplacent pas par des mouvements leurs organes qui sont disposés sous le champ du microscope, et pour leur éviter en même temps les douleurs qu'ils éprouvent, nous les avons mis dans un état d'insensibilité complet, en les soumettant aux vapeurs d'éther ou de chloroforme. Ces deux agents anesthésiques conviennent surtout chez les reptiles, parce qu'ils peuvent rester longtemps dans cet état sans que les battements du cœur s'arrêtent.

» Nous avons tenté ce moyen sur les oiseaux et les mammifères; nous y avons renoncé ou parce que la mort arrivait trop rapidement, ou bien parce que l'insensibilité était de trop courte durée : il vaut mieux les fixer solidement sur la plaque de liége, en se servant de liens et de fortes épingles.

» Le microscope dont nous nous sommes servi est celui de M. Nachet. Les grossissements dont nous avons fait usage ont varié depuis

25 diamètres jusqu'à 500. Les lentilles à longs foyers sont préférables lorsque leurs pouvoirs amplifiants sont suffisants ; tandis que les objectifs à forts grossissements ont des foyers très courts, et sont pour cela difficiles à employer. »

Des règles à suivre pour étudier la circulation du sang dans l'estomac et les intestins.

Il faut d'abord qu'il n'y ait qu'un seul double des parois intestinales sur le champ du microscope ; pour cela, il faut inciser l'estomac ou les intestins, et en déployer un des lambeaux sous le microscope. Pour que l'incision ne produise pas d'hémorrhagie, on cautérise préalablement l'estomac ou les intestins avec un fer chauffé à blanc dans une ligne parallèle au mésentère, et l'on incise suivant cette ligne ; les eschares ferment alors l'issue au sang, et l'estomac ou les intestins sont transformés en membrane, qui se prête à l'observation de la même manière que le mésentère.

Tel est ce procédé, sur lequel reposent toutes les observations microscopiques que l'auteur a faites dans les différentes parties du canal digestif des poissons, des reptiles, des oiseaux et des mammifères.

M. Boulland décrit ensuite les précautions qu'il a prises pour observer sur le tube intestinal du cabiai ; ces précautions, qui ont pour but d'empêcher les mouvements et de prévenir l'hémorrhagie, viendront nécessairement à l'idée de tous ceux qui essaieront de répéter ces observations.

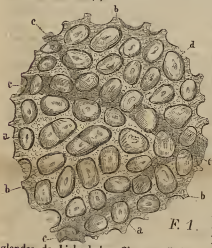
Des vaisseaux sanguins de l'estomac.

« Nous avons étudié, dit l'auteur, la circulation du sang dans cet organe, principalement chez les reptiles et les mammifères. Chez ces derniers, l'épaisseur des parois de l'estomac rend un peu obscure le cours du sang ; néanmoins, si cet organe est bien tendu et bien éclairé, on verra distinctement la circulation dans les gros vaisseaux et les capillaires.

» Pour arriver à de bons résultats, il faut se servir de l'estomac d'un cabiai ou d'un lapin âgé de moins d'un mois, parce qu'à cette époque de la vie les parois de ce viscère ont peu d'épaisseur.

» Avant de décrire la disposition du système vasculaire, nous devons, pour plus de clarté, dire quelques mots de la structure de la muqueuse, telle qu'elle apparaît à l'observateur pendant la vie.

» Nous avons soumis à ces recherches des salamandres, des batraciens, des cabiais, des lapins, des jeunes chats, etc., et il nous a été donné de constater que, chez ces différents animaux, l'estomac présentait une structure semblable : la muqueuse est, pour ainsi dire, une vaste glande membraneuse, tellement l'élément glanduleux y prédomine (1).



» A l'aide d'un faible grossissement on aperçoit en effet une foule de petites granulations sur la nature desquelles on n'est pas tout de suite fixé ; mais si on se sert de grossissements plus forts, on reconnaît que ces petites granulations sont de petites glandes simples, disposées les unes à côté des autres, dont la forme se rapproche beaucoup de celle du follicule, et qui, abstraction faite de leur volume, ressemblent beaucoup aux petites glandes de Lieberkuhn. Chacune d'elles présente, du côté de la muqueuse, une ouverture très évidente à forme ordinairement ovale ; elles ne sont séparées entre elles que par un seul vaisseau capillaire.

» D'après les mesures que nous allons donner, on verra que ces petites glandes simples ont à peu près le même volume chez des vertébrés d'espèces bien différentes. Pour le lapin, nous avons trouvé que le diamètre transversal était 0mm,033 ; pour le lézard, 0mm,025 ; pour le chat, 0mm,075 ; chez les batraciens, elles ont de 0mm,0374 à 0mm,0660. L'ouverture de ces glandes est, dans certains cas, très notable et peut atteindre 0mm,022.

» Ces glandules stomacales sont placées dans la muqueuse ; car si l'on touche cette membrane, on les déplace en totalité. Une couche d'épithélium les recouvre complètement, excepté au niveau de de leurs orifices.

» L'examen du système vasculaire sanguin démontre que les artères stomachiques sont moins nombreuses que les veines et ont un volume plus petit ; elles se divisent de plus en plus au fur et à mesure qu'elles se rapprochent de la muqueuse ; mais, avant d'y pénétrer, elles forment un réseau vasculaire sous-muqueux, dans lequel on aperçoit distinctement la circulation du sang.

» Au-dessous de la muqueuse, les vaisseaux intermédiaires aux veines et aux artères ont un volume notable ; leur diamètre est de deux à trois fois plus gros que celui des capillaires de la muqueuse elle-même. Les artères sous-muqueuses se divisent bientôt à l'infini et envoient dans cette membrane une quantité considérable de ramuscules qui forment le réseau capillaire dont la richesse est véritablement admirable.

» Les capillaires, en s'anastomosant entre eux, forment des mailles se rapprochant plus ou moins de la forme circulaire, et dans les intervalles desquelles on voit les glandules stomacales (fig. 1). Chacune de ces mailles contient un ou deux, et quelquefois trois de ces petits corps glanduleux. Il est évident que le vaisseau capillaire ne les pénètre pas, mais les circonscrit seulement. Le diamètre des capillaires des batraciens est de 0mm,0154 ; ceux du chat, de 0mm,010.

» Ces petits vaisseaux, en se réunissant, donnent bientôt naissance aux radicules veineuses qui s'enfoncent dans l'épaisseur de la muqueuse, se réunissent aux veines sous-muqueuses, et gagnent en dernier lieu la petite courbure de l'estomac.

» La circulation du sang peut-être vue dans tous les points de ces différentes parties du système vasculaire. On constate que le cours du sang est très rapide dans les artères : il arrive quelquefois, si on se sert de forts grossissements, qu'on ne peut pas suivre la marche des globules sanguins, tant sa vitesse est grande. Dans les vaisseaux capillaires, les globules marchent avec plus de lenteur, ils côtoient plusieurs glandules avant de gagner les radicules veineuses.

» Le calibre des vaisseaux capillaires est toujours relatif au volume des globules sanguins de l'animal qu'on examine ; le diamètre de leur canal est ordinairement tellement petit, que deux globules sanguins peuvent à peine y cheminer ensemble.

» Dans la muqueuse de l'estomac, le volume des capillaires est à peu près le même partout ; il diminue un peu lorsqu'un de ces vaisseaux passe dans la gouttière que laissent entre elles deux glandules stomacales. Il en résulte que si, dans ce point, deux globules sanguins cheminent à côté l'un de l'autre, ils se compriment mutuellement, s'allongent, et franchissent ainsi l'obstacle qui tendait à les arrêter dans leur course. Les globules gagnent en dernier lieu les radicules veineuses, où la circulation est moins impétueuse que dans les artères.

» Dans les artères et les capillaires, le mouvement sanguin est continu ; mais si la circulation devient languissante à la suite d'inflammation ou de quelque obstacle accidentel au retour du sang dans le cœur, on voit le sang contenu dans ces vaisseaux animé d'un mouvement isochrone aux battements du cœur, et les globules sanguins cheminer par des mouvements saccadés.

» La circulation dans l'estomac des vertébrés inférieurs ressemble beaucoup à celle qu'on observe chez les mammifères ; ils ont un réseau vasculaire moins riche, mais en compensation le diamètre de leurs capillaires est beaucoup plus considérable que chez les vertébrés supérieurs.

Du système vasculaire sanguin de l'intestin grêle et du gros intestin.

» Aussitôt après avoir franchi la valvule pylorique, la muqueuse du canal digestif perd son aspect glanduleux. On aperçoit à sa surface, chez les mammifères, les villosités intestinales, sous forme de filaments de 1/2 millimètre à 1 millimètre de longueur. Ces dernières donnent à la membrane l'aspect d'une fourrure ; leur forme est tantôt cylindrique, tantôt lamelliforme, et souvent pyramidale. Leurs extrémités ont une forme variable ; elles paraissent arrondies ou effilées, et quelquefois tronquées.

» Depuis les recherches de Rudolphi, on sait que les villosités intestinales n'ont pas d'ouverture à leur extrémité libre ; qu'elles sont creuses intérieurement et recouvertes à leur surface d'une couche d'épithélium cylindrique.

» Ces appareils si délicats possèdent, outre une membrane qui leur est propre, des vaisseaux capillaires qui ont été injectés et décrits par Dœllinger, Seiber, Lauth, etc.

» La distribution des vaisseaux dans l'intestin grêle ressemble beaucoup à celle de l'estomac tant que les vaisseaux n'ont pas pénétré dans la muqueuse. En effet, nous trouvons au-dessous de cette membrane un réseau vasculaire à mailles très larges, formé par des vaisseaux d'un calibre supérieur à celui des capillaires de la muqueuse.

» Les villosités reçoivent leurs vaisseaux du réseau sous-muqueux. On se fait difficilement une idée de la quantité de vaisseaux capillaires qui se distribuent dans la muqueuse intestinale, si on ne les a pas observés à l'aide du microscope. Les anastomoses se multiplient à l'infini, et il suffirait que la circulation se fît dans un seul de ces petits vaisseaux pour que le sang pénétrât dans tous les autres. La distribution des capillaires se fait avec beaucoup d'harmonie et se trouve soumise à certaines règles.

» On constate en premier lieu que la base de chaque villosité est entourée complètement par un vaisseau sanguin, dont le diamètre, chez le cabiai, est de 0mm,020 à 0mm,025.

» Entre deux villosités intestinales, on ne voit qu'un seul vaisseau ; aussi l'appellerons-nous, en considérant la villosité comme l'analogue de la papille cutanée, *vaisseau interpapillaire* (fig. 2, *d d d*). Ces vaisseaux s'anastomosent avec ceux qui les avoisinent, et de leurs anastomoses résultent des mailles dans l'intérieur de chacune desquelles repose la base d'une villosité intestinale (1).



» D'un vaisseau interpapillaire part un vaisseau capillaire excessivement petit, qui pénètre l'intérieur de la villosité, la parcourt de la base au sommet en décrivant des spires, puis redescend en décrivant une marche à peu près semblable, et va se jeter dans les radicules veineuses de la muqueuse (fig. 2, *b b b*).

» Ce vaisseau capillaire, qu'on peut appeler *intra-papillaire*, a, chez le cabiai, un diamètre de 0mm,0088. Nous avons toujours vu ce vaisseau sanguin se distribuer dans l'intérieur de la villosité, et non pas, comme le pensent quelques anatomistes, dans l'épaisseur de la membrane qui la constitue.

» Le système vasculaire de la muqueuse intestinale des reptiles, de la plupart des poissons et des oiseaux est d'une grande simplicité. Chez ces animaux, les villosités intestinales n'existent pas ; de simples replis de la muqueuse en tiennent place : ces replis ressemblent assez aux valvules conniventes des mammifères. Chez les reptiles, les duplicatures de la muqueuse ont une direction parallèle au grand axe de l'intestin.

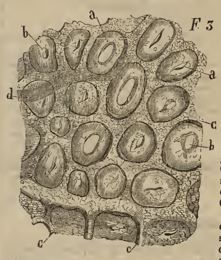
» Si on examine la distribution des vaisseaux, on voit que le centre de ces replis est parcouru dans toute sa longueur par une artère assez volumineuse, qui suit exactement les courbures et les angles que ces replis décrivent dans différents points. Des parties latérales de ce vaisseau artériel partent des artérioles d'où naissent les vaisseaux capillaires, qui bientôt, par leurs anastomoses, forment un réseau de la plus grande beauté.

» A la surface de la muqueuse, il est facile de voir les nombreuses cellules épithéliales qui la tapissent.

» Les villosités intestinales ne sont pas des organes absolument nécessaires à l'absorption des sucs nutritifs ; elles peuvent, comme on le sait, manquer chez un grand nombre d'animaux : mais ce qui caractérise principalement la muqueuse intestinale, c'est la richesse de son système vasculaire, qui est comparable à celui du poumon.

» Le gros intestin est une portion du canal digestif dans laquelle la distribution des vaisseaux sanguins se fait avec une assez grande simplicité. La membrane muqueuse est tapissée par une couche d'épithélium qui recouvre les différents éléments de cette membrane ; les vaisseaux sanguins, avant d'y pénétrer, forment, comme dans l'estomac et l'intestin grêle, un réseau d'où naissent des vaisseaux d'un plus petit calibre. Ces vaisseaux gagnent bientôt la muqueuse et forment par leurs anastomoses des mailles innombrables. Chez le lapin, ces vaisseaux ont de 0mm,0066 à 0mm,0088. Deux globules sanguins peuvent à peine y circuler de front.

» Dans différents points, on voit une grande quantité de follicules qui ressemblent beaucoup aux glandules stomacales. Ces follicules intestinaux sont très nombreux chez le chat, chez le cabiai (fig. 3, *b b*) ; ceux du lapin ont 0mm,01 de diamètre. Ces petites glandes sont simplement inscrites dans les mailles des vaisseaux capillaires et ne reçoivent à leur intérieur aucun vaisseau (1).



» Chez les vertébrés inférieurs, la muqueuse est moins riche en follicules, quelquefois même on n'en aperçoit point.

» Le système vasculaire forme un réseau à mailles plus ou moins circulaires (fig. 3). Chez les batraciens, les vaisseaux capillaires du gros intestin ont 0mm,0176, et les mailles qu'ils forment ont pour diamètre 0mm,0264.

» Avant de parler de la circulation du sang dans le canal digestif, nous devons dire quelques mots d'un phénomène bien particulier qui se passe dans les glandules stomacales, les glandes de Lieberkuhn, et les follicules du gros intestin. Chacune de ces petites glandes a un orifice qui jouit de la propriété remarquable de se dilater ou de se resserrer suivant certaines circonstances. La plupart du temps, il est à peu près complètement fermé (fig. 1, 2, 3) ; d'autres fois, il est très dilaté. Si dans ce dernier cas on vient à humecter la muqueuse avec un peu d'acide acétique, on voit l'orifice se fermer presque instantanément.

» Les mouvements de dilatation et de resserrement qui se passent à l'ouverture de ces glandes sont comparables en tous points à ceux qu'on observe dans les stomates de l'épiderme des feuilles : en effet, ces petites glandes corticales ont une espèce de bourrelet qui jouit de la propriété de se dilater ou de se resserrer sous l'influence de certains agents chimiques ou physiques. »

L'auteur fait remarquer ici les différences considérables qui existent dans la circulation du sang suivant que le tube digestif est ou non sous l'influence de l'acte de la digestion ; puis il expose ainsi qu'il suit une particularité qu'il a observée lorsque l'inflammation se produit sous l'influence des manœuvres qu'exigent ces observations :

« Le sang commence surtout à affluer dans les vaisseaux capillaires ; au bout de quelque temps, la circulation y paraît plus active ; mais bientôt ces vaisseaux sont distendus, la circulation s'y ralentit, les globules sanguins cheminent lentement, ils entrent en oscillation et finissent par s'arrêter. Les vaisseaux capillaires offrent dans cet état une injection admirable.

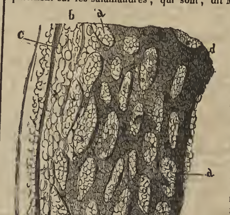
» La circulation étant ainsi complètement suspendue dans tous les capillaires de la muqueuse, on pourrait croire que, de proche en proche, les globules sanguins doivent s'arrêter de même dans tout le système vasculaire de l'intestin enflammé. Il n'en est rien ; la circulation dans la muqueuse peut être suspendue sans que pour cela elle cesse d'avoir lieu dans le réseau vasculaire sous-muqueux.

» Nous avons observé ce fait plusieurs fois ; la circulation cesse dans les vaisseaux capillaires de la muqueuse, mais au-dessous d'elle le sang circule dans l'intestin, et on voit très clairement ce liquide passer des artères dans les veines à la faveur des capillaires qui se trouvent sous la muqueuse.

» Les vaisseaux capillaires de la muqueuse ne sont donc pas indispensables à la circulation du canal digestif, puisqu'elle ne cesse pas complètement lorsqu'ils ne sont plus perméables au sang. »

Circulation du sang dans le foie (2).

Les recherches sur la circulation dans le foie ont été faites principalement sur les salamandres, qui sont, dit M. Boulland, les animaux les plus favorables à ces recherches. Après avoir signalé les précautions qu'il convient de prendre, l'auteur décrit ainsi ce qu'il a observé :



« On aperçoit dans différents points des branches assez volumineuses de la veine-porte qui se rendent vers les bords du foie en se divisant en rameaux, en ramuscules, et bientôt se convertissent en capillaires (fig. 4, *d*). Ces vaisseaux sont d'une petitesse remarquable et permettent difficilement à deux globules sanguins de circuler à côté l'un de l'autre. Les capillaires s'anastomosent tous entre eux et forment un vaste réseau à mailles excessivement petites, et dont la forme est variable. Les

---

(1) *Fig.* 1. — Estomac du cabiai. *a a a*, glandules stomacales ; *b b b*, vaisseaux capillaires qui les entourent ; *c c c*, vaisseaux profonds sous-muqueux.

(1) *Fig.* 2. — Intestin grêle du lapin : *a a a*, villosités intestinales ; *b b b*, capillaires intra-papillaires ; *c c c*, glandes de Lieberkuhn ; *d d d*, vaisseaux interpapillaires ; *e e*, vaisseau profond.

(1) *fig.* 3. — Gros intestin du cabiai : *a a a*, follicules ; *b b*, orifices à peu près complètement fermés ; *c c*, vaisseaux capillaires ; *d*, vaisseau profond.

(2) *Fig.* 4. — Bord du foie de la salamandre recouvert de plusieurs taches pigmentaires. *a a*, îlots du foie, composés de cellules ; *b b*, vaisseaux capillaires ; *c c*, globules sanguins ; *d*, ramuscule de la veine-porte ; *e*, radicule d'une veine hépatique.

unes sont rondes ou ovales, et d'autres sont un peu polygonales; c'est dans ces mailles que se trouve la substance propre du foie, sous forme de petites masses blanchâtres auxquelles M. N. Guillot a donné le nom d'*îlots*.

» Ces petites masses de tissu hépatique communiquent entre elles en se prolongeant au-dessus et au-dessous des vaisseaux capillaires. Elles sont très faciles à voir, surtout chez la salamandre, parce que les îlots sont volumineux, et que leur tissu blanchâtre contraste beaucoup avec la coloration rouge des capillaires qui les entourent (fig. 4, *a a a*).

» Si l'on se sert de forts grossissements, il sera facile de constater que ces îlots, ainsi que le bord tranchant du foie, sont composés de cellules placées sans ordre à côté les unes des autres, lesquelles se retrouvent dans le tissu hépatique de tous les animaux. Il n'est pas rare de voir dans l'intérieur de quelques-unes de ces cellules de la matière colorante biliaire qui leur donne une teinte noirâtre.

» Le diamètre des îlots varie, chez la salamandre, de $0^{mm},0264$ à $0^{mm},11$; chez les batraciens, de $0^{mm},0260$ à $0^{mm},033$. On ne trouve entre deux îlots qu'un seul capillaire, dont le diamètre est, chez ces reptiles, de $0^{mm},022$ à $0^{mm},264$.

» Les vaisseaux capillaires, après avoir formé plusieurs mailles, se réunissent et forment ainsi les radicules des veines hépatiques (fig. 4, *e*), lesquelles augmentent rapidement de volume, à cause des nombreux vaisseaux qu'elles reçoivent de tous les côtés.

» On ne voit la circulation que dans deux ordres de vaisseaux: dans les divisions de la veine-porte et dans celles des veines hépatiques. Il est probable que l'artère hépatique, en pénétrant dans le foie, s'anastomose immédiatement avec la veine-porte, car nous n'avons jamais vu de vaisseaux dont la circulation indépendante du reste du système vasculaire pût indiquer la présence de cette artère. Quant à ce qui est relatif aux canaux biliaires, l'observation ne nous a conduit à aucun résultat; il ne nous a pas même été donné de les voir.

» La circulation du sang se fait avec beaucoup de rapidité dans les vaisseaux du foie: le mouvement circulatoire se ralentit dans les capillaires, parce que la finesse de leur calibre est quelquefois telle, que les globules sanguins s'allongent pour franchir les obstacles qu'ils y rencontrent. Le sang, avant d'arriver des dernières divisions de la veine, porte aux racines des veines hépatiques, passe dans un grand nombre de capillaires, et baigne ainsi une grande quantité d'îlots.

» La direction du courant sanguin se fait toujours dans le même sens, c'est-à-dire de la veine-porte vers les veines hépatiques, en passant par les capillaires. Ce cours du sang est changé si, dans un point quelconque, en lésant le foie, on ouvre quelques vaisseaux. Les globules sanguins se dirigent tous vers l'endroit où se fait l'hémorrhagie, et la vitesse avec laquelle ils se meuvent est d'autant plus grande, qu'ils se rapprochent davantage de l'ouverture du vaisseau à travers laquelle ils vont s'échapper; les globules sanguins contenus dans les divisions des veines hépatiques reviennent sur leurs pas, regagnent le réseau capillaire, et alimentent ainsi l'hémorrhagie, qui ne cesse souvent que lorsque le lobe du foie est à peu près complétement exsangue.

» L'étude de l'influence de l'hémorrhagie du foie sur le reste de la circulation de cet organe démontre d'une manière bien évidente que tous les vaisseaux communiquent entre eux, et qu'il n'y a pas de circulation indépendante pour tel ou tel vaisseau. »

Circulation du sang dans les reins.

Les batraciens sont les seuls animaux que M. Boulland ait pu employer pour étudier cette circulation. Les précautions à prendre pour mettre les reins à découvert, sans tuer immédiatement les animaux, sont d'abord indiquées par l'auteur; puis il rend compte en ces termes de ses observations:

« En se servant de faibles grossissements, on aperçoit d'abord deux éléments distincts: les canaux urinifères et urinipares du rein, et la circulation du sang.

» Les vaisseaux volumineux, en se divisant de plus en plus, donnent naissance aux capillaires, qui, en s'anastomosant entre eux, forment un réseau assez compliqué. Au milieu de tous ces canaux organiques, on distingue les corpuscules de Malpighi sous forme de petites masses rouges isolées les unes des autres.

» Après avoir examiné le rein à l'aide de faibles grossissements, il faudra, si on veut étudier tous les détails d'une manière complète, se servir de lentilles grossissant environ 400 fois.

» Les vaisseaux des reins se divisent, surtout dans la substance corticale, en vaisseaux capillaires qui s'enroulent, serpentent autour des tubes de Ferrein, et donnent naissance, par une disposition particulière qu'ils affectent, aux corpuscules de Malpighi (fig. 5, *c c*). L'examen microscopique démontre évidemment ce que presque tous les auteurs admettent maintenant, à savoir que ces corpuscules sont formés par un vaisseau capillaire contourné sur lui-même, décrivant plusieurs circonvolutions dans un espace très limité. Ces petits corpuscules peuvent être quelquefois vus à l'œil nu ou à l'aide d'une simple loupe (1).



» Chez les batraciens, les corpuscules de Malpighi ont de $0^{mm},05$ à $0^{mm},066$; la distance qui les sépare ordinairement les uns des autres varie de $0^{mm},05$ à $0^{mm},07$. Ils sont placés dans les espaces que laissent entre eux les tubes flexueux urinipares. Les vaisseaux capillaires qui les forment ont un diamètre de $0^{mm},011$ à $0^{mm},015$; ils sont, chez ces animaux, cinq fois plus petits que les tubes de Ferrein, qui, d'après nos mesures, ont $0^{mm},055$.

» La circulation est très active dans les vaisseaux d'un certain calibre; mais, dans les vaisseaux capillaires, on voit les globules sanguins ralentir leur marche. Il en est de même dans les corpuscules de Malpighi; car le capillaire qui les constitue est tellement petit que les globules ne peuvent cheminer qu'un à un, et encore dans le sens de leur grand diamètre.

» Il est très probable que la circulation dans les reins et dans beaucoup d'autres organes doit être accrue de temps à autre, comme on l'observe dans l'intestin; car, la sécrétion urinaire étant très abondante à certains moments, comme par exemple après les repas, cette augmentation de sécrétion doit sans doute dépendre d'une plus grande activité des phénomènes circulatoires. »

Nous venons de donner une analyse exacte des faits intéressants contenus dans la thèse de M. Boulland; mais, quelque complète que soit cette analyse, elle ne pourra pas dispenser ceux qui voudraient contrôler ces recherches de lire le travail original où se trouvent indiquées avec précision toutes les difficultés de la pratique, ainsi que la manière de les surmonter.

(1) *fig.* 5. — Rein des batraciens: *a a*, tubes de Ferrein; *b b*, vaisseaux capillaires; *c c*, corpuscules de Malpighi.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 26 septembre 1849.—Présidence de M. DEGUISE père.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance. M. Rigal (de Gaillac) écrit à la Société au sujet de la communication de M. Chassaignac sur l'emploi des bandelettes de caoutchouc. MM. Maisonneuve, Robert et Larrey ayant revendiqué pour M. Rigal l'idée mère de ce procédé, et M. Chassaignac ayant cru devoir retirer sa communication, M. Rigal envoie ses titres à la priorité, et donne une observation de cancer de la lèvre inférieure, qui porte la date du 20 mai 1841, dans laquelle se trouve décrite une suture faite avec du tissu élastique.

— M. CHASSAIGNAC a la parole pour la lecture d'une observation sur un nouveau procédé pour l'opération de la grenouillette; mais avant de faire cette lecture, il croit de son devoir de rendre compte à la Société de l'opération dont elle a bien voulu s'occuper dernièrement pour une tumeur cancéreuse du voile du palais, de l'amygdale et d'une portion de la paroi du pharynx.

La malade qui fait le sujet de cette observation fut opérée le 16 août 1849, la ligature était tombée le quinzième jour. C'est sept jours après, le 6 septembre, que la malade a succombé. Voici les résultats de l'autopsie:

Presque tout le voile du palais, une portion de la voûte palatine osseuse, le pilier antérieur du voile du palais et la portion attenante de la paroi du pharynx avaient été enlevés. Il ne restait pas la moindre trace du tissu malade; il y avait cicatrisation complète des parties osseuses et de la plaie du pharynx.

Il n'y avait aucun ganglion malade sur le trajet de la carotide ni dans la région sus-claviculaire, ce qui prouve que, suivant la conjecture émise avant l'opération, les ganglions engorgés dans la région sus-claviculaire n'étaient pas cancéreux.

Dans le médiastin antérieur, existait, à quatre travers de doigt au-dessous de la fourchette du sternum, un abcès que M. Chassaignac regarde comme de nature métastatique.

Au sommet du poumon gauche, celui répondant au côté de l'opération, existaient de vastes cavernes rameuses parfaitement cicatrisées. Il y avait aussi plusieurs noyaux tuberculeux récemment ramollis.

Il y avait un abcès tuberculeux à la racine des bronches du poumon droit. La trachée, ainsi que les bronches, étaient remplies de matière purulente.

Larynx parfaitement intact. L'aphonie existant pendant la vie ne pouvait être rattachée à aucune lésion du larynx.

La carotide liée offrait deux caillots adhérents l'un audessus de l'autre, au-dessous du point sur lequel avait été appliquée la ligature. Le premier remontait jusqu'à la division de la carotide primitive en carotides externe et interne; l'autre descendait jusqu'à 1 centimètre de la concavité de la crosse de l'aorte.

Ici, nous laisserons parler M. Chassaignac: Le nerf pneumogastrique, dit-il, dans la note lue par lui à la Société, présentait une interruption dans sa continuité. Comme la ligature était tombée depuis 7 jours, et qu'un travail ulcératif s'était produit dans l'intérieur de la plaie, il me reste quelques incertitudes sur la cause de cette interruption. Est-elle due à une section du nerf lors de l'ablation du ganglion que j'avais enlevé sur le trajet de la carotide; est-elle due à ce que j'aurais compris le nerf dans la même ligature que l'artère? Voilà ce sur quoi des doutes pourraient s'élever. Mais ce qui reste pour la science, c'est que l'aphonie qui a eu lieu dans ce cas paraît incontestablement due à la solution de continuité du pneumogastrique; c'est encore que cette solution de continuité, accompagnée de ligature de la carotide, n'a produit aucun désordre dans les fonctions de l'intelligence, aucune suffocation, et, dans le poumon lui-même, aucun désordre qui puisse lui être spécialement attribué.

M. MAISONNEUVE. J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs fois des abcès du médiastin à la suite de la ligature de la carotide. Quoique l'explication de ce genre de lésion ne soit pas encore très facile à donner, je serais porté à penser que ces abcès sont le résultat d'une fusée purulente dont le point de départ serait la plaie résultant de l'opération faite à la carotide. Si je hasarde cette explication, c'est qu'elle me paraît plus plausible que celle de M. Chassaignac, qui verrait là un abcès métastatique.

M. CHASSAIGNAC. Mon attention a été portée dans le sens signalé par M. Maisonneuve; mais je ne m'y suis point arrêté par les raisons suivantes: 1° L'abcès du médiastin était totalement circonscrit; 2° il était situé à plus de quatre travers de doigt de la plaie du cou; 3° enfin, il n'existait aucune trace de trajet fistuleux ou même d'engorgement entre la plaie artérielle et l'abcès du médiastin.

M. MAISONNEUVE. Je ferai remarquer à M. Chassaignac qu'il aurait pu s'établir entre les deux points, comme cela s'observe quelquefois dans certains phlegmons, un travail inflammatoire partant de la plaie jusqu'au médiastin, et qui eût déterminé un abcès dans cet endroit sans que le trajet de communication eût nécessairement suppuré.

M. GOSSELIN. Lorsque M. Chassaignac nous entretint pour la première fois de l'opération dont il nous donne aujourd'hui les résultats, j'avais émis l'opinion d'établir une simple ligature d'attente, dans la prévision d'une hémorrhagie ou d'accidents cérébraux. Ces accidents ne sont pas survenus, il est vrai; mais la lésion du pneumogastrique, occasionnée par la constriction de la ligature, suffit à elle seule pour corroborer mon opinion. Relativement à l'abcès du médiastin, je trouve que l'explication donnée par M. Maisonneuve est très admissible. Néanmoins, ne pourrait-on pas voir là un simple ramollissement de matière tuberculeuse?

— M. CHASSAIGNAC communique un fait de kyste sublingual simulant une grenouillette, et qui était accompagné d'une fistule du canal de Warthon. M. Chassaignac tenta d'opérer le kyste en cherchant à l'énucléer des tissus environnants. La dissection fut assez facile jusqu'au point où le kyste adhérait au canal de Warthon, là où ce conduit était le siége d'une fistule. Les parois de la tumeur furent rompues vers ce point, et donnèrent passage à un liquide analogue à de la synovie. Le doigt, introduit dans la cavité du kyste, permit de reconnaître que, dans la région sus-hyoïdienne, il était tout à fait sous-cutané.

L'énucléation ayant échoué, M. Chassaignac se propose de faire ultérieurement une autre opération, et soumet les conclusions suivantes à la Société:

1° Le kyste sublingual simulant la grenouillette est assez lâchement uni à la muqueuse buccale pour pouvoir être facilement énucléé.

2° L'énucléation pourra être employée avec avantage quand on aura affaire à des kystes peu volumineux.

3° Le peu d'épaisseur des parties qui recouvrent inférieurement le kyste dans la région cervicale, quand il a acquis un certain développement, permettra de faire pénétrer l'injection iodée par la région sous-mentale, dans le but d'éviter les accidents d'intoxication qui pourraient résulter de ce mode d'opération pratiquée par l'intérieur de la bouche.

M. HUGUIER à M. Chassaignac. Pensez-vous que ce kyste, que vous avez trouvé adhérant au canal de Warthon, ne pouvait pas être une dilatation de ce canal?

M. CHASSAIGNAC. Je ne le crois pas.

M. MOREL-LAVALLÉE, dans le service duquel se trouvait la malade opérée par M. Chassaignac, annonce qu'elle est sortie ce matin, le kyste paraissant parfaitement revenu sur lui-même.

M. MAISONNEUVE. M. Chassaignac, n'ayant pu parvenir à l'énucléation de son kyste, aurait pu, ce me semble, employer un des procédés connus, celui de M. Jobert entre autres. Quant à la dissection de ces tumeurs, je la regarde comme devant être, je ne dirai pas délicate, mais presque impossible, et je ne vois aucun motif pour ne pas préférer l'injection iodée, qui constitue une opération plus facile et tout aussi sûre. M. Chassaignac redoute la présence de l'iode introduit dans la cavité des kystes sublinguaux! Ces craintes sont-elles fondées? Existe-t-il un seul fait où l'on ait noté quelques signes d'intoxication?

M. CHASSAIGNAC. Je n'ai pas voulu établir la supériorité de l'énucléation des kystes sublinguaux sur les autres procédés généralement employés; mon seul but a été d'attirer l'attention sur la dissection facile de ces tumeurs.

Le volume considérable du kyste que j'ai opéré m'a seul empêché de n'avoir point recours au procédé de M. Jobert.

M. LENOIR. Je profite de la communication de M. Chassaignac pour revenir sur la malade dont j'ai entretenu la Société il y a quelque temps et qui portait une tumeur sublinguale s'étendant à deux ou trois pouces au-dessous de la mâchoire. Cette disposition permettait très bien de percevoir une fluctuation des plus manifestes. J'ai déjà dit que j'avais pratiqué une ponction exploratrice qui avait procuré la sortie d'un liquide composé de petits granules assez semblables à de la fécule. Cette circonstance me fit présumer que la tumeur n'était pas une grenouillette, mais un kyste sous-maxillaire. Après la ponction exploratrice, j'injectai une certaine quantité d'eau chaude, qui fut suivie d'une inflammation assez vive de la cavité buccale. Pendant la durée de cette inflammation, j'introduisis dans la tumeur un séton au moyen de deux petites incisions, et je fis faire en même temps des injections détersives. Aujourd'hui, la tumeur est réduite à un pouce d'étendue à peu près; elle n'est plus constituée que par une simple poche avec un petit point fistuleux qui donne passage à un liquide ressemblant à du pus. J'espère maintenant que quelques cautérisations pourront amener la guérison.

J'ai sondé le canal de Warthon et je n'ai pu découvrir l'ouverture par où s'écoule le pus; par conséquent, je suis porté à penser qu'il n'existe aucune communication entre la tumeur et ce canal.

M. CULLERIER. Les craintes manifestées par M. Chassaignac sur l'intoxication à la suite de l'administration de l'iode sont, je crois, exagérées. Je pourrais citer une malade qui a pris une fois par erreur 40 gouttes de teinture d'iode sans qu'il en soit résulté le moindre accident. Je cautérise souvent certaines ulcérations tertiaires dans le fond de la gorge avec de l'iode caustique, et, quoiqu'il doive nécessairement en tomber dans l'œsophage, je n'ai pas encore vu survenir un seul accident.

M. MONOD. J'ai observé une fois chez un malade que j'avais opéré d'une hydrocèle une diarrhée très forte, qui apparut le lendemain de l'opération. Je m'étais servi d'une injection iodée semblable à celle qu'emploie M. Velpeau; mais, lorsque je voulus faire ressortir l'injection, elle ne revint pas. Dans l'impossibilité où je me trouvai de m'expliquer la diarrhée dont fut pris mon malade, je me demandai s'il n'y avait pas eu là une espèce d'intoxication. Mais je n'ai pu acquérir aucune preuve matérielle que mon hypothèse eût quelque fondement.

M. LENOIR. J'ai été témoin d'un fait dans lequel une demi-seringue d'iode a été laissée dans la cavité vaginale sans le plus léger accident. Seulement, la résorption du liquide se fit avec lenteur et le malade fut deux mois à guérir.

M. HUGUIER présente un kyste de l'aisselle opéré après la mort. Ce kyste, du volume du poing environ, ayant été incisé

dans toute sa longueur, on reconnut qu'il renfermait une hydatide.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

CORRESPONDANCE.

Emploi de l'acide arsénieux.

Monsieur le rédacteur,

L'acide arsénieux, administré même à petites doses, peut finir par occasionner un véritable empoisonnement. Tel est le sens d'une communication que vous avez bien voulu insérer dans la *Gazette des Hôpitaux*. Cette opinion, pour ainsi dire vulgaire jusqu'ici, et corroborée par un fait recueilli dans mon service, vient néanmoins d'être discutée et combattue par M. B...y. Permettez-moi de prendre part à cette controverse, et de répondre en quelques mots aux objections soulevées par notre honorable confrère.

Dans son appréciation des accidents observés chez mon malade, M. B...y rapporte au sulfate de quinine ce qui avait été atribué à l'acide arsénieux. Cette interprétation n'est sans doute que le résultat de l'insuffisance des détails compris dans la note publiée par mon ancien chef de service. En effet, ce qui n'y a pas été dit, c'est qu'au moment où apparurent les premiers phénomènes d'intoxication, l'usage du sulfate de quinine avait été suspendu depuis *vingt et un jours*. Quant à la quantité de ce médicament absorbée par le malade avant d'être soumis à la méthode arsenicale, c'est-à-dire du 8 au 24 juin, elle fut de 8 grammes, administrés par fractions quotidiennes de 5 décigrammes, tant par la bouche que par la peau et l'intestin.

En supposant qu'à cette dose, le sulfate de quinine soit véritablement dangereux, comment expliquer les résultats tardifs de son action délétère? Il faudrait, dans ce cas, admettre une sorte d'incubation toxique d'expiation à longue échéance. Or, je ne connais dans les annales thérapeutiques aucun fait qui justifie cette hypothèse et la rende acceptable.

Ainsi dégagée, la question se réduit à savoir si 36 centigrammes d'acide arsénieux pris en quatorze jours peuvent nous rendre raison des troubles morbides observés chez le caporal G... J'hésiterais peut-être à l'affirmer, si je ne m'en rapportais qu'à ce que j'ai vu; mais en consultant les nombreux travaux publiés en France, en Angleterre, en Allemagne, sur l'emploi médical des arsenicaux, je trouve que des proportions tout aussi minimes de cet agent ont quelquefois mis en péril la vie des malades auxquels il avait été prescrit.

N'est-ce pas ainsi que s'opère l'empoisonnement lent quand les assassins essaient d'obscurcir les investigations de la justice?

Ce serait contester l'évidence que de nier l'efficacité de l'acide arsénieux dans le traitement de la fièvre intermittente. Toutefois, du moment qu'avec lui, même en procédant avec prudence, des accidents sont possibles, je continue, sauf de rares exceptions, à lui préférer le sulfate de quinine; c'est plus cher, mais c'est plus sûr. CHAMPOUILLON.

De l'arsenic dans les fièvres intermittentes.

Nous recevons d'un de nos distingués confrères de province l'intéressante communication qui suit :

Monsieur le rédacteur,

Je lis dans votre journal du 29 septembre dernier une observation recueillie dans le service de M. Champouillon, tendant à prouver que l'emploi de l'arsenic dans le traitement des fièvres intermittentes occasionne quelquefois de graves accidents d'empoisonnement. Comme les jeunes médecins qui auraient l'intention de substituer l'acide arsénieux au sulfate de quinine pourraient être arrêtés par une crainte de ce genre, je m'empresse de vous donner connaissance des résultats que j'ai recueillis depuis deux mois, tant dans ma pratique qu'à mon petit hôpital.

Exerçant depuis peu de temps la médecine dans une petite ville de la Touraine, en contact journalier avec les habitants de la campagne, je fus frappé de l'aspect jaune, terreux, que présentait le teint d'une grande partie d'entre eux. Je ne tardai pas à avoir la certitude que leur santé était détériorée par des fièvres d'accès anciennes. En effet, l'emploi du sulfate de quinine, du vin de quinquina et des amers fut suivi d'un succès complet chez quelques-uns; beaucoup d'autres, plus soigneux de leur bourse que de leur santé, se refusaient à suivre un traitement peut-être un peu long. Sur ces entrefaites, je fis connaissance, dans votre excellent journal, avec les dernières observations de M. Boudin, et je commençai à expérimenter l'acide arsénieux, suivant exactement la méthode indiquée (d'abord 0,03, puis, quelques jours après, 0,06), me réservant seulement de donner un vomitif aux malades qui présenteraient une complication bilieuse.

Le fébricitants anciens qui se sont présentés à moi ont vu leur état s'améliorer sous l'influence de la nouvelle médication. Je n'ai point encore de guérison complète à enregistrer; mais je vous tiendrai au courant des résultats.

Quant aux fièvres intermittentes et récentes, que le pays fournit en grand nombre, et que j'ai été appelé à traiter, il m'a rarement fallu donner, en tout, plus de 4 à 5 grains d'acide arsénieux pour en triompher.

Je possède une trentaine d'observations dans lesquelles j'ai obtenu un succès vraiment inespéré; et j'ai remarqué que les cas où j'ai échoué sont ceux où il ne m'a pas été possible d'administrer moi-même le médicament. A mon hôpital, quatre malades traités dans le courant de septembre de la même manière sont sortis ces jours derniers délivrés de leur fièvre d'accès (fièvre quotidienne).

S'il m'est permis d'avoir confiance dans l'acide arsénieux comme antipériodique employé dans les fièvres d'accès simples, je suis forcé d'avouer qu'il a complétement échoué dans deux cas de fièvre grave qui se sont présentés à moi il y a peu de jours, et je suis vite revenu au sulfate de quinine, que j'ai été obligé de donner à une dose très forte (1,50 gr. et 2 gr.) pour ne pas perdre mes malades. Peut-être eussé-je obtenu le même résultat en donnant 0,10 gr. ou 0,15 gr. d'arsenic; mais, je l'avoue, j'ai manqué de courage.

Je considère l'arsenic comme destiné à rendre de grands services à la population pauvre de nos campagnes.

Agréez, etc.; A. LETERME, D.-M.-P.

Luynes (Indre-et-Loire), 1er octobre 1849.

NOUVELLES.

Notre honorable confrère M. Levillain, médecin de l'hospice des aliénés de Cadillac, a failli être victime de la dangereuse démence d'un de ses plus difficiles clients. Un coup de poignard qui lui a été porté ne lui a fait heureusement qu'une blessure sans importance.

— Nous rapportons le fait suivant, sur lequel nous appelons l'attention du comité de salubrité publique :

« Plusieurs colporteurs parcourent depuis quelques jours les barrières de la capitale avec des paniers couverts remplis de viande, la plupart de mauvaise qualité, et qu'ils offrent à bas prix. »

— On lit dans la *Gazette de Venise* :

« Le choléra, qui a fait tant de victimes les mois derniers et qui a plongé dans le deuil ici tant de pauvres familles, a disparu. Les brises fraîches et pures de l'automne, une nourriture abondante et surtout la cessation de l'épouvante et des angoisses ont contribué à faire cesser cette mortelle épidémie. Grâces en soient rendues au Dieu de miséricorde. »

— La ville de Paimbœuf vient de perdre un de ses habitants les plus honorables, M. le docteur Colomb. Le conseil municipal, se faisant l'interprète de tous, a voté à l'unanimité qu'un monument funèbre serait élevé sur sa tombe aux frais de la ville, afin de témoigner du zèle et du dévouement qu'il a déployés dans la cruelle épidémie qui vient de décimer cette malheureuse cité.

Une mort horrible. — Sous ce titre, le journal hollandais le *Kamper Courant* raconte le fait suivant, qui est sans doute, comme tous ses analogues, digne d'orner les *Ephémérides des curieux de la nature* :

« Un voyageur qui vient d'arriver d'Utrecht raconte un fait qui démontre à quels dangers on s'expose en se hâtant trop d'enterrer les morts ou ceux qui passent pour tels. Un bourgeois avait succombé au choléra après de courtes souffrances; du moins on le croyait mort. Il fut enterré aussitôt que possible, parce qu'on craignait la contagion; mais voilà que, l'inhumation terminée, on se rappelle que le défunt, peu d'heures avant sa maladie, avait reçu une somme importante en espèces avec un billet de banque de 100 fl.

» Ce dernier manquant à l'appel, et le pauvre homme n'ayant pas été déshabillé (toujours par peur de la contagion), on suppose qu'il l'avait encore dans la poche de sa robe de chambre. Aussitôt on fait les démarches nécessaires, et l'on obtient la permission de procéder à une exhumation qui eut pour effet de faire retrouver le précieux billet, mais de constater en même temps que cet homme avait été enterré vivant. Le mort (car il l'était maintenant) se trouvait dans une position oblique, et le désespoir lui avait fait manger trois doigts. »

ERRATUM. — Dans notre numéro du 2 octobre, à la ligne 14e de l'article intitulé *Considérations sur la valeur relative de l'acide arsénieux et du sulfate de quinine*, il est important de lire : *décroissantes*, au lieu de : *croissantes*.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Maladies de l'Enfance.

Du **CROUP** *et de la TOUX nerveuse chez les enfants.*

De toutes les maladies qui frappent spécialement l'enfance, l'une des plus communes et des plus funestes est, sans contredit, le *Croup*. Bien que cette affection ait été observée à toutes les époques de l'année, elle sévit plus communément en automne et au commencement du printemps, de même que dans les lieux bas, entourés de montagnes ou situés dans le voisinage des grands lacs ou des grands fleuves. Le plus souvent, elle succède à plusieurs maladies éruptives, telles que la variole, le rougeole et la scarlatine.

Les enfants élevés dans le luxe, ceux qui, au contraire, vivent exposés à toutes les vicissitudes atmosphériques, mal vêtus, mal nourris, logés dans des habitations basses, humides, sombres et malsaines, sont fréquemment atteints de cette maladie.

C'est ordinairement pendant la nuit que le Croup se manifeste. L'enfant est réveillé par un accès de toux extrêmement violent avec suffocation. L'inspiration est sonore, sibilante, anxieuse; le pouls fréquent, développé. La face présente une teinte de plus en plus livide et plombée, quelquefois d'un jaune de cire : mais c'est surtout pendant les quintes qu'elle exprime l'anxiété à laquelle le malade est en proie. La douleur du cou est vive et continuelle, et il n'est pas rare de voir alors la mort survenir par le fait d'une véritable asphyxie progressive, soit au milieu des angoisses d'une quinte violente, soit dans une agonie plus ou moins prolongée.

En présence de ces dangers qui menacent incessamment la vie de l'enfant, on ne saurait trop éveiller l'intérêt et la sollicitude des mères de famille : elles doivent bien se convaincre que souvent une simple toux détermine une irritation, qui gagne insensiblement la gorge, les amygdales et les bronches, et peut ainsi engendrer le Croup, la Coqueluche ou une toux nerveuse très tenace, contre lesquels viendront peut-être un jour échouer toutes les ressources de la médecine.

Aussi doivent-elles dès les premiers accès de toux appeler immédiatement un médecin et recourir à l'emploi de boissons lénitives édulcorées avec quelques cuillerées à café de Sirop pectoral de Nafé d'Arabie, préparé avec les fruits de l'hibiscus de Linnée, dont les propriétés sédatives ont été constatées par les médecins des hôpitaux de Paris. Elles doivent ensuite soumettre l'enfant à un régime adoucissant composé d'aliments légers et de facile digestion, parmi lesquels nous citerons le *Racahout*, approuvé par l'Académie de Médecine et prescrit chaque jour par les illustrations médicales pour l'alimentation des enfants.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 9 OCTOBRE 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 118.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 8 OCTOBRE 1849.

Bulletin du choléra.

Encore un pas, et nous sommes enfin débarrassés de cette influence épidémique qui depuis plus de sept mois pèse d'une manière si fâcheuse sur nous. Pendant deux jours, vendredi et samedi, les hôpitaux civils n'ont compté qu'un seul cholérique; mais hier ils en ont compté 5. Les hôpitaux militaires n'ont eu qu'un seul décès pendant les trois jours; enfin la ville a éprouvé dans la mortalité une amélioration proportionnelle; elle n'a eu que 2 cholériques par jour pendant les trois derniers jours de la semaine.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

	Entrées.	Décès.
HOPITAUX CIVILS : Journée du 5 octobre......	3	1
— 6	9	1
— 7	8	5
HOPITAUX MILITAIRES pendant les trois jours...	2	1
Total......................	22	8

Total des décès dans les hôpitaux...............	8007
Total des décès à domicile jusqu'au 15 septembre..	10812
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie..............................	18819

Des droits et des devoirs des experts en matière médico-légale.

Un pharmacien de Saint-Affrique (Aveyron) vient de soulever une question que nous croyions définitivement résolue, celle de savoir si un expert chimiste est obligé d'obtempérer aux réquisitions de l'autorité. Poursuivi par le parquet de cette ville, qui semble professer l'opinion affirmative, M. Limouzin-Lamothe a invoqué les lumières de la Société de chimie médicale de Paris, qui vient de répondre, après un mois d'attente, qu'elle avait besoin de s'éclairer de son conseil avant de se prononcer. Il semble donc que, pour la Société de chimie elle-même, la question est encore douteuse. Comme cette question intéresse bien plus encore les médecins que les pharmaciens et les chimistes, nous avons cru utile de rappeler en quelques mots les principes qui en renferment la solution, et que nous avions lieu de croire assez généralement connus et établis pour n'être plus mis en discussion.

La question de savoir si le médecin légiste ou un expert quelconque est obligé d'obéir aux réquisitions des magistrats a été résolue d'une manière affirmative par un petit nombre de personnes et par quelques tribunaux, parmi lesquels il est triste de compter la Cour de cassation; mais cette question est aujourd'hui résolue négativement par la presque universalité des écrivains médecins ou jurisconsultes. Un coup d'œil succinct jeté sur les dispositions législatives qu'on a voulu invoquer contre le libre arbitre des experts légistes suffira pour démontrer de la manière la plus évidente que ces derniers auteurs sont seuls dans le vrai.

Voici ces dispositions :

« Seront punis d'une amende, depuis six francs jusqu'à dix francs inclusivement .... ceux qui, le pouvant, auront refusé ou négligé de faire les travaux, le service, ou de *prêter les secours dont ils auront été requis*, dans les circonstances d'*accidents, tumultes, naufrages, inondations, incendies, ou autres calamités*, ainsi que dans les cas de *brigandages, pillages, flagrant délit, clameurs publiques ou d'exécution judiciaire.* » (*Code pénal*, art. 475, § 12.)

« Toute personne citée pour être entendue en témoignage sera tenue de comparaître et de satisfaire à la citation, sinon elle pourra y être contrainte par le juge d'instruction, qui, à cet effet, sur les conclusions du procureur du roi, sans autre formalité ni délai, et sans appel, prononcera une amende qui n'excèdera pas cent francs, et pourra ordonner que la personne citée sera contrainte par corps à venir donner son témoignage. » (*Code d'instruction criminelle*, art. 80.)

Les personnes et les tribunaux qui ont voulu voir dans ces articles l'obligation, pour le médecin légiste, d'obéir aux réquisitions des magistrats, ont évidemment confondu deux choses tout à fait distinctes; d'abord, en ce qui concerne l'article 475 du *Code pénal*, il est bien évident que cet article n'a en vue que les *secours matériels* que tout citoyen est obligé de prêter dans un cas de péril imminent privé ou public. Il faut être singulièrement aveuglé pour voir dans cet article un allusion, même la plus lointaine, aux fonctions d'un expert quelconque.

Quant à l'article 80 du *Code d'instruction criminelle*, qui ne parle que du *témoignage* et non de l'expertise, il suffit, pour en juger infailliblement le sens, de voir si la loi a confondu, si elle a pu confondre le *témoin* et l'*expert*.

Or, la loi n'a pas confondu, car :

1° Les *témoins* font serment de *dire toute la vérité* (art. 317 du *Code d'instruction criminelle*); les *experts* font, ou même souvent ne font pas serment, et *promettent* seulement de *donner leur avis en honneur et conscience.*

2° Les *témoins* parents des accusés ne sont pas entendus; d'autres peuvent être récusés; les *experts* ne sont sujets à aucune récusation;

3° Les *témoins* sont responsables de leurs assertions devant la loi, et s'ils déguisent la vérité, ils peuvent être punis pour faux témoignage; les experts ne sont responsables de leurs déclarations que vis-à-vis de leur conscience, et ne peuvent être soumis à aucune poursuite judiciaire pour le fait de leur expertise.

La loi ne pouvait pas confondre, car :

1° Le témoin est appelé à *déposer sur un fait;* l'expert n'est appelé qu'à *donner une opinion.*

2° Le témoin, et c'est là la considération majeure, *ne peut pas être remplacé; lui seul* peut témoigner de ce qu'il a vu, entendu ou fait; sans lui, sans le témoignage qu'il vient apporter, la justice pourrait rester dans le doute et être paralysée dans son action.

L'expert ne fait que ce que tout autre expert pourra faire comme lui; il n'est nullement indispensable à la justice; son refus ne peut en interrompre le cours.

3° Enfin, pour rendre un témoignage, il ne faut que jouir simplement du sens commun; pour pratiquer une expertise, il faut souvent posséder des connaissances et une pratique que tous les médecins, que tous les pharmaciens, que tous les chimistes peuvent ne pas avoir; le témoin n'a donc aucun motif fondé de refus; l'expert peut en avoir de très légitimes.

Mais, ont dit certains tribunaux, avec une pareille interprétation, il est donc possible que, par un refus unanime, les experts suspendent l'action de la justice? — Assurément, la chose ne nous paraît pas tout à fait impossible; cependant nous ne sachions pas qu'elle ait jamais eu lieu, et les lois en général ne sont pas destinées à prévenir des maux imaginaires; mais si, par la plus improbable des éventualités, il arrivait en effet que le cours de la justice fût interrompu par un défaut de concours de la part des experts, il vaudrait encore mieux subir ce grave inconvénient que de forcer, par une illégitime interprétation de la loi, un expert inhabile à faire une expertise qui n'offrirait aucune garantie. Si c'est un malheur que la justice reste inactive, ce serait, selon nous, un malheur bien plus grand encore qu'elle s'exposât à agir aveuglément. Quand on aura institué une assemblée officielle d'hommes d'un savoir éprouvé, alors, mais alors seulement, on pourra exiger que ces hommes prêtent un concours *obligatoire* à la justice. Ainsi donc, l'interprétation rigoureuse de la loi, aussi bien que la saine raison, laisse au médecin la liberté d'accepter ou de refuser la mission qu'un magistrat lui confie (1).

(1) Je n'hésite pas à me prononcer d'une manière aussi absolue avec tous les médecins légistes d'aujourd'hui, et malgré un arrêt contraire de la cour de cassation, mais repoussé par tous les jurisconsultes indépendants et capables. Nous verrons heureusement plus loin que la cour de cassation est susceptible de revenir de ses erreurs. Voici l'arrêt en question, qui porte la date du 8 août 1836 :

« ..... que les officiers de police judiciaire peuvent, en vertu de

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Un jugement de M. le professeur Forget; anecdote sur le professeur Boyer. — Désolation des dermatologistes de l'hôpital Saint-Louis. — Succès oratoire d'un médecin député. — Les voisins de la nouvelle Académie.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

J'avais bien raison de dire qu'il y a toujours de la ressource avec les gens d'esprit : M. le professeur Forget n'a pas tardé à s'apercevoir qu'il ne pouvait y avoir de brouille entre lui et le feuilleton, et il vient d'envoyer obligeamment à ce dernier une aimable réponse à une question que le feuilleton lui avait adressée. Il est inutile sans doute de vous dire combien le feuilleton se félicite du rétablissement complet d'une entente cordiale dont il a lieu d'espérer les plus heureux résultats.

« Monsieur le Rédacteur,

» Je profite d'un moment de loisir pour répondre, quoique un peu tardivement, à la question que vous m'avez adressée.

» Le problème de moralité médicale que vous avez bien voulu me soumettre dans votre feuilleton du 11 septembre dernier me paraît d'une solution si facile que je me dispenserais de vous la donner, si je n'y trouvais l'occasion de payer un tribut à la mémoire d'un de nos maîtres les plus révérés.

» Si votre petit conte est vrai (*si non e vero, e ben trovato*), il n'est pas de ceux qui font beaucoup d'honneur à la profession. En effet, il s'agit d'un praticien entreprenant une opération après boire, voulant faire une saignée sans même s'enquérir de l'indication, pratiquant trois piqûres sans rencoutrer le vaisseau, et se disculpant de ce méfait en accusant gravement le malade de n'avoir pas de sang dans les veines. Vous demandez « si cet honorable praticien a » ou non manqué aux devoirs de la profession en sauvant sa répu- » tation à l'aide d'une repartie aussi spirituelle? »

» *Réponse:* Votre *honorable* praticien est tout simplement un ivrogne, un écervelé, un maladroit et un impudent. Il a momentanément couvert tous ces vices avec un trait d'esprit, il est vrai; mais il y a beaucoup de gens d'esprit qui figurent en police correctionnelle.

» Je sais, moi aussi, un petit conte du même genre que je me permettrai de vous servir en échange du vôtre : l'extrême bonhomie qui caractérisait le vénérable professeur Boyer est de notoriété publique et appartient à l'histoire. En voici un échantillon dont je fus témoin et dont je garantis l'authenticité :

» Un matin de l'année 1828 ou 29, un malade vint consulter l'illustre chirurgien à sa clinique de la Charité. Le pauvre homme portait au pli du bras un anévrisme faux consécutif et variqueux résultant de ce qu'on appelle une saignée malheureuse. Après l'avoir examiné, Boyer lui insinua paternellement que le cas était grave, et qu'une opération lui paraissait nécessaire. Alors le patient, désolé, demanda si son accident n'était pas survenu par la faute du chirurgien qui l'avait saigné? Boyer réfléchit un instant, puis répondit avec son air de simplicité narquoise : Eh! mon Dieu non, mon ami, » ce n'est pas la faute du chirurgien, c'est plutôt celle de l'artère » qui s'est trouvée là. »

» Or, voyez quelle différence entre votre historiette et la mienne! Votre praticien, coupable au premier chef, se sauve lui-même par une saillie; tandis que, de mon côté, c'est un illustre et savant vieillard qui, ayant tous les droits à fulminer le blâme, couvre pourtant de son ineffable indulgence la faute d'un étranger qu'il ne connaît pas. Dans votre fait, le mensonge, tout spirituel qu'il est, a quelque chose d'odieux; tandis que le mot de Boyer est un de ces mensonges sublimes où la beauté de l'âme le dispute à la finesse de l'esprit.

» Agréez, etc. Prof. FORGET. »

Je n'ajouterai rien à la charmante anecdote de notre spirituel confrère, pour laquelle je lui adresse tous mes remercîments. Je lui demanderai seulement un peu d'indulgence pour mon infortuné phlébotomiste. Quoi qu'on en dise, l'esprit court si peu les rues, qu'il mérite bien quelques égards. Il nous semble d'ailleurs, et M. Forget le reconnaît, que le mot du professeur Boyer est lui-même un remarquable exemple d'indulgence.

— La désolation règne aux camps des dermatologistes de l'hôpital Saint-Louis (je dis *aux camps*, parce que vous savez bien que ces honorables confrères ne bivouaquent pas tous dans le même), et franchement il y a bien de quoi. Les tilleuls de l'hôpital Saint-Louis sont célèbres; mais ce qui méritait de ne l'être pas moins, c'étaient deux ormes plantés à la porte d'entrée de l'hôpital, et qu'on dit être des arbres de la liberté de la première république; ce n'est pas là ce qui m'inquiète; mais arbres de liberté ou de despotisme, ces deux ormes n'en étaient pas moins l'un des plus beaux ornements du magnifique hôpital bâti par saint Louis. Or l'un de ces ormes se meurt ou plutôt il est mort; et mort de quoi! J'ai honte de le dire... d'une maladie de la peau!!!

L'origine de cette maladie, non moins fatale à la réputation des dermatologues qu'à la vie de l'hôte superbe des forêts, paraît remonter aux premiers mois du printemps dernier.

A peine l'arbre, doué jusque-là d'une vigueur remarquable, avait-il revêtu sa parure printanière que ses feuilles commencèrent à pâlir, ses jeunes pousses à s'étioler; ce dépérissement, remarqué de tous les habitants du lieu, n'attira cependant point l'attention des dermatologues. Ce ne fut que lorsque l'étiolement eut fait des progrès sérieux que l'administration réclama enfin une consultation, que les médecins avaient d'ailleurs provoquée.

Mais s'il a ce droit rigoureux, s'ensuit-il qu'il doive, qu'il puisse en user sans manquer à ses véritables devoirs de conscience? A cette question on doit répondre: Non, en principe; Oui, souvent, en application.

Il est évident que, sans le secours de la science, beaucoup de questions judiciaires resteraient insolubles; or si l'administration de la justice est le premier besoin de la société, éclairer les magistrats est un des premiers devoirs sociaux; et si, dans quelques cas, ce devoir n'est pas imposé par la loi, il n'en est ni moins sacré, ni moins impérieux; il serait donc indigne d'un médecin de refuser son concours à la justice lorsqu'il en est requis; les médecins sont d'ailleurs si pénétrés de leurs obligations morales à cet égard, que, nous le répétons, le refus de concours n'a jamais, à notre connaissance, été constaté, si ce n'est pour des motifs que tout honnête homme doit approuver. Parmi ces motifs se trouvent en première ligne les scrupules scientifiques. Si le médecin commet un acte blâmable en refusant ses lumières à la justice, il fait au contraire une action digne des plus grands éloges en s'abstenant quand il sent qu'au lieu d'éclairer la conscience des juges il pourrait l'égarer. Nous louons d'autant plus cette sage réserve, que nous avons eu plus rarement l'occasion de la constater, et que nous avons vu souvent de sottes présomptions causer des malheurs judiciaires irréparables. H. DE C....

l'article 42 du Code d'instruction criminelle, se faire accompagner, s'ils le jugent nécessaire, d'une ou deux personnes présumées, par leur art ou leur profession, capables d'apprécier la nature et les circonstances du crime ou du délit à constater; que *ces personnes encourent la peine prononcée par l'article 475, n° 12, lorsqu'elles négligent ou refusent d'obtempérer à leurs réquisitions*; qu'il ne suffit point, pour échapper à cette condamnation, d'alléguer qu'elles n'ont pu y obéir; qu'elles doivent justifier de ce fait devant le tribunal saisi de la prévention; d'où il suit que celui-ci est tenu d'apprécier la preuve produite et déclarer expressément s'il les relaxe de la poursuite, lorsqu'elles se sont trouvées réellement dans l'*impossibilité* qui peut seule rendre leur refus ou leur négligence excusables. »

En lisant cet arrêt, tout médecin indépendant songera que les *impossibilités* dont parle l'arrêt peuvent être ou physiques ou morales; que, si la cour de cassation est juge des premières, lui seul, médecin, est juge des secondes; et que, pour établir son jugement, il ne relève que de sa conscience, qui passe avant tous les arrêts et tous les tribunaux du monde.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Cancer du testicule. — Singuliers effets de l'iodure de potassium. — Quelques mots sur l'opération de la castration.

Le nommé Braveau, cordonnier, âgé de quarante-neuf ans, entré le 18 août dernier dans le service de M. Gosselin à l'hôpital de la Charité, a fourni à cet habile chirurgien l'occasion de constater un fait qu'il dit avoir déjà observé, et qui est loin d'être sans importance, au point de vue pratique. Ce fait, c'est la diminution considérable des tumeurs cancéreuses du testicule sous l'influence de l'iodure de potassium. Est-ce là un fait général ou seulement un fait exceptionnel, une simple coïncidence? M. Gosselin ne se prononce pas d'une manière définitive sur cette question, quoiqu'il soit disposé à adopter la première alternative. Faisons d'abord connaître en quelques mots l'histoire du malade qui fait le sujet de ces réflexions.

OBS. — Cet homme était d'une assez bonne santé habituelle, quoiqu'il possède à un degré assez prononcé les attributs du tempérament lymphatique; il a eu en outre, il y a dix à douze ans, des abcès à la partie antérieure de la base de la poitrine du côté droit; ces abcès ont duré assez longtemps, et ont guéri six semaines après l'application d'un séton. Les cicatrices qui existent encore sont assez adhérentes aux côtes; cependant il ne paraît pas qu'il soit jamais sorti de parcelles osseuses par l'ouverture des abcès. Quoi qu'il en soit, aucun autre symptôme d'affection scrophuleuse n'a jamais précédé ou suivi la formation de ces abcès. Du côté de la poitrine, il n'a jamais existé non plus aucun symptôme qui ait pu faire soupçonner une affection tuberculeuse: point de douleurs inter-scapulaires; point de toux; jamais d'hémoptysies.

C'est donc dans des conditions de santé assez satisfaisantes qu'il y a vingt mois le testicule droit commença à se tuméfier, ou que du moins le malade s'aperçut pour la première fois d'une augmentation de volume dans cet organe.

Cette tuméfaction augmenta peu à peu et s'accompagna, au bout d'un an environ, d'élancements dans la partie malade, de douleurs de reins, et, plus tard, de douleurs de tête, de fourmillements dans les membres et d'un malaise général que le malade caractérise fort, mais dont il se préoccupe singulièrement. A l'abondance de paroles par lesquelles il cherche à peindre ses douleurs, on pourrait croire avoir affaire à un hypochondriaque. Les fonctions digestives se sont altérées depuis quelques mois, et le malade n'a pas, à beaucoup près, l'appétit qu'il avait avant sa maladie. Depuis cinq mois, son malaise et la diminution de ses forces l'ont obligé de suspendre tout travail.

Des questions réitérées touchant les antécédents syphilitiques du malade ont toujours conduit à un résultat négatif.

Aujourd'hui, le testicule a le volume du poing au moins; il est dur, bosselé à sa partie inférieure et postérieure, assez lisse dans le reste de son étendue. Il contient une petite quantité de liquide. Le cordon n'offre aucune altération; l'exploration attentive du bassin ne permet non plus d'y découvrir aucun engorgement. Toutes les douleurs déjà décrites existent encore; l'habitude extérieure du malade, sans être précisément celle d'un individu affecté de diathèse cancéreuse, est cependant un peu cachectique, comme anémique.

Malgré l'absence de tout antécédent et de tout symptôme concomitant de nature syphilitique, M. Gosselin, avant d'en venir à un autre moyen, prescrit cependant l'iodure de potassium, qui est continué pendant vingt-huit jours. Donné d'abord à la dose de 1 gramme, ce médicament est porté successivement jusqu'à 7 grammes dans les vingt-quatre heures; il prend cette dernière dose pendant sept jours. Dans les quinze ou vingt premiers jours de l'administration du médicament, la tumeur subit une diminution d'un moins un tiers de son volume; puis cette amélioration s'arrête brusquement, et, malgré l'augmentation de la dose du médicament, l'état stationnaire persiste sans modification aucune.

C'est alors que M. Gosselin se décide à pratiquer l'opération. Celle-ci n'offre aucune particularité remarquable. La réunion par première intention ne peut être obtenue; mais aucun accident ne se développe, et la plaie est aujourd'hui en bonne voie de cicatrisation. Seulement le malade se plaint toujours du même malaise général, de la même céphalalgie, des mêmes douleurs et fourmillements des membres; les douleurs de reins ont seules diminué; celles du testicule ont disparu.

L'examen de la pièce pathologique, fait à l'œil nu et au microscope, a permis de constater doublement la nature cancéreuse de la tumeur.

La particularité la plus frappante de cette observation est sans aucun doute cette diminution prompte et considérable de la tumeur sous l'influence de l'iodure de potassium. Faudrait-il expliquer ce fait singulier par un mélange de diathèse cancéreuse et de diathèse syphilitique? M. Gosselin ne le pense pas; et non-seulement les antécédents syphilitiques étaient complétement, obstinément négatifs, mais encore le gonflement testiculaire ne s'accompagnait d'aucun des phénomènes habituels qui coïncident avec le testicule syphilitique. Il faut donc renoncer à cette explication, et accepter tel quel un fait que M. Gosselin n'observait pas d'ailleurs pour la première fois.

Si cette heureuse influence de l'iodure de potassium sur les tumeurs cancéreuses était un fait plus général qu'on ne le croit, elle serait une précieuse acquisition pour la pratique; car il est bien des cas où il n'est pas indifférent d'enlever une tumeur de trois pouces ou de cinq pouces de diamètre, et dans ces cas une résolution même partielle de la tumeur serait déjà un grand avantage pratique. Il est donc important d'expérimenter l'iodure de potassium dans d'autres tumeurs cancéreuses que celles du testicule.

M. Gosselin, à propos de cette opération, a cru devoir rappeler que le procédé qui lui paraissait le meilleur pour s'opposer à l'hémorrhagie était la ligature de chaque artère en particulier dès que le testicule est détaché du cordon. Quant aux veines, il les a toujours laissées sans ligature, et constamment le sang s'est arrêté de lui-même assez promptement pour ne causer aucun embarras, aucune inquiétude. Le fait actuel vient confirmer une fois de plus la justesse de ces préceptes opératoires. M.....

De la fluxion et de l'inflammation buccales dans le cours des maladies;

Par M. le docteur DAVASSE, ancien interne des hôpitaux.

Il est un état morbide très fréquent — peu connu dans son ensemble, mal déterminé dans ses caractères — sur lequel nous voulons aujourd'hui appeler l'attention des médecins. C'est un état de la membrane muqueuse buccale caractérisé anatomiquement par la fluxion ou l'inflammation de ce tissu, et apparaissant comme expression symptomatique dans le cours des maladies.

Si l'inflammation *essentielle* de la bouche — la stomatite, maladie par elle-même indépendante de toute autre — est bien connue dans la science, il n'en est pas de même de cette inflammation *symptomatique* se développant sous la dépendance d'autres maladies. Celle-ci passe alors comme un épiphénomène inaperçu, à moins de circonstances particulières qui en font soupçonner l'existence dans quelques cas déterminés.

Ces circonstances particulières se rapportent principalement à certaines maladies chroniques — telles que la syphilis, le scorbut, l'intoxication mercurielle — dans lesquelles la stomatite ne peut manquer d'attirer l'attention des observateurs par sa prédominance habituelle. On l'a notée spécialement aussi dans quelques cas de maladies aiguës. C'est ainsi que, pour la scarlatine, on a signalé la propagation de l'inflammation angineuse de l'arrière-gorge à la muqueuse de la langue, du palais et des joues; dans la variole, le développement des pustules sur ces mêmes parties; et enfin, dans la fièvre typhoïde, différents caractères saillants et bien connus, tels que la rougeur, les ulcérations, les enduits pultacés, les exsudations couenneuses, etc... Mais nulle part n'a été formulée nettement l'expression synthétique des résultats observés.

Cet état de la bouche n'est point rare cependant. On peut le constater tous les jours dans des circonstances morbides fort diverses. Il suffit parfois du moindre trouble accidentel suscité dans l'économie, d'un mouvement fébrile qui s'allume, d'une maladie aiguë qui se déclare, pour que les diverses parties de la bouche s'affectent à un certain degré, et présentent des caractères variables depuis le mouvement fluxionnaire le plus simple jusqu'au travail inflammatoire le plus tranché. Une observation attentive nous a fait retrouver cette affection dans un grand nombre de maladies.

On s'étonnera sans doute de ce que, fréquente comme nous venons de le dire, cette affection ne soit pourtant pas mieux connue, plus complétement déterminée.

Rien n'est plus facile à comprendre en réalité.

L'absence de renseignements dans la science vient moins d'un simple défaut d'examen dans la pratique en général que de la préoccupation qui guide dans cet examen en particulier.

Dans les maladies, on s'occupe beaucoup, en effet, de l'état de la langue; mais il semble que l'observation s'arrête aux limites de cet organe, et que les autres parties de la membrane buccale ne méritent pas le même degré d'attention.

La question du diagnostic fut d'abord posée et bientôt résolue. On convint généralement que la maladie à traiter était une sorte de gale produite par la présence d'une foule innombrable de coléoptères dans la peau même de l'arbre.

Sur la question de l'étiologie on s'entendit beaucoup moins: la génération spontanée, la contagion, le chaud, le froid, le sec, l'humide, le vent du nord, le vent du sud, toute la rose des vents furent tour à tour invoqués, et l'on finit par ne rien conclure, sous prétexte que la question importante était celle du traitement.

Mais, sur cette question, les dissentiments ne furent pas moins grands: les bains simples, sulfureux, alcalins; les bains de sublimé, les bains de vapeur; les douches horizontales, ascendantes et descendantes; les arrosements toniques, astringents, arsenicaux, etc., furent tour à tour proposés sans pouvoir réunir la majorité des suffrages. L'un des consultants, voulant réhabiliter la truffe de son échec cholérique et académique, osa proposer la décoction et les cataplasmes de ce tubercule; mais un grognement général et soudain prouva très catégoriquement au malencontreux philotruffe que la cause du succulent cryptogame était définitivement perdue partout ailleurs que chez Chevet.

Enfin, après bien des pourparlers, on s'arrêta à la consultation suivante:

1° Dépouiller tout le tronc et les principales branches de l'arbre de tout son épiderme et des 9/10es des couches du derme.

2° Recouvrir entièrement les parties ainsi dépouillées d'une pommade composée ainsi qu'il suit: (nous n'avons malheureusement pu nous procurer la formule de cette pommade.)

La prescription fut exécutée ponctuellement, ainsi que vous pouvez vous en convaincre encore en faisant un pèlerinage à l'hôpital Saint-Louis. Malheureusement la maladie cutanée n'en continua pas moins ses progrès avec plus de rapidité que jamais, et vous pourrez voir quand vous voudrez le malheureux orme dépouillé non-seulement de son écorce, mais aussi de sa dernière feuille et à peu près complétement passé de vie à trépas.

Il paraît que pour sauver l'honneur de la toge, les médecins disent qu'on les a appelés trop tard; mais les chirurgiens, qui n'avaient pas été invités à la consultation, rient dans leur barbe, et affirment que si on les avait consultés l'orme serait plein de vie et continuerait à faire longtemps encore l'admiration des touristes et des savants étrangers. Je ne sais si les chirurgiens se vantent, mais on ne leur refusera pas du moins l'habileté d'avoir échappé à la consultation.

— Voici un succès oratoire qui fera envie à plus d'un de nos confrères représentants, lesquels, il faut bien l'avouer, n'ont guère brillé jusqu'à ce jour par ce genre du succès.

Si vous lisez quelquefois les séances du parlement piémontais, vous avez pu voir avec quelle chaleureuse éloquence les députés ont défendu l'honneur de la patrie dans la discussion du traité de paix avec l'Autriche; il est plus facile de le défendre à la tribune que sur les champs de bataille; l'enthousiasme en vint à ce point que les plus exaltés proposèrent de ne pas quitter la salle avant d'avoir voté sur tous les articles du traité ou tout au moins d'avoir une séance le soir. Mais, comme il paraît que les malheurs de la patrie n'empêchent pas les députés de dîner confortablement, le ministère n'était pas sans avoir des craintes sérieuses sur les incidents d'une séance après dîner; ces séances sont tout au plus sans inconvénients à Londres. Cependant, il n'était point facile de dire à la chambre qu'elle pourrait bien n'être pas tout à fait de sang-froid à huit heures du soir. Le premier ministre eut alors l'idée qu'un médecin pouvait seul le tirer d'embarras; il s'adressa incontinent à notre confrère le docteur Jacquemond, qui est membre du parlement et qui se levant aussitôt s'écria:

« Messieurs, comme médecin je dois déclarer que dans la soirée l'exaltation est plus facile et qu'il vaut mieux discuter de grand matin. »

Ce conseil hygiénique fut reçu avec acclamation et la séance fut renvoyée au lendemain à dix heures du matin.

Voilà ce qui s'appelle un succès digne d'exciter l'émulation de nos médecins représentants! Voilà où se montre le succès de la médecine! Là où tout un ministère eût certainement échoué, une simple prescription médicale triomphe sur-le-champ sans opposition! Heureux le pays où l'hygiène a une telle puissance! Permettez-moi de me reposer sur ce fait si honorable pour la profession.

— A présent que vous êtes rassuré sur le futur asile de notre Académie, vous n'apprendrez pas sans une grande satisfaction que l'administration des hôpitaux s'occupe de lui donner des voisins dignes d'elle. Vous avez pu voir depuis quelques semaines que toutes les boutiques qui se trouvent entre le temple d'Esculape et l'hôpital de la Charité sont évacuées; il paraît que l'administration destine les bâtiments qu'elles occupaient au logement des internes, qui habitent actuellement d'affreuses mansardes, et des autres employés qui ne sont guère logés plus hygiéniquement ni plus luxueusement. Pendant que l'administration se met en frais de générosité, elle devrait bien faire pour tous les hôpitaux ce qu'elle fait pour la Charité, car il n'y en a guère où l'état des lieux habités par les internes ne laisse au moins autant à désirer sous le double rapport de l'hygiène et de la propreté. X...

Hier, dans l'après-midi, une femme habitant la commune de Saint-Maur est accouchée heureusement de trois filles, qui sont toutes trois bien portantes.

Sans doute les altérations de la surface linguale, dont l'examen est l'objet de tant de sollicitudes, ne sauraient passer inaperçues comme celles des autres parties de la muqueuse; et le soin avec lequel on les recherche toujours doit donner à penser que, pour la langue au moins, ces altérations si banales sont bien et dûment déterminées. Il n'en est rien toutefois. Ici surtout l'arbitraire des hypothèses gêne la liberté de l'observation, les interprétations masquent les faits, et l'on n'examine que pour supposer.

La préoccupation absolue qui dirige les esprits relativement à l'examen de la langue — préoccupation en apparence si légitime qu'on ne songe point à la discuter, — c'est que les divers aspects de cet organe ne sont autre chose que des reflets de certaines altérations plus profondes ou plus générales supposées dans l'économie. C'est sous l'empire de cette hypothèse et sous l'influence de cette habitude que l'on traduit, plutôt qu'on ne les observe, les phénomènes morbides dont la langue est le support. Il en résulte beaucoup de données arbitraires, à la place de vérités scientifiquement établies.

Le sujet qui nous occupe est donc plus complexe qu'il ne semble au premier abord. On peut entrevoir qu'il ne s'agit pas ici d'une affaire de pure observation ou de stérile curiosité, mais d'une question qui touche en plus d'un endroit au cœur de la médecine pratique. Cette question a pour objet non-seulement de déterminer les caractères d'une affection peu connue, mais encore d'éclairer d'un jour nouveau les problèmes de séméiotique et de traitement jusqu'à présent mal posés qui en proviennent.

C'est pourquoi, après avoir établi, dans la première partie de ce travail, l'existence et les caractères divers de l'affection symptomatique de la muqueuse buccale, nous discuterons ensuite, dans la seconde partie, les hypothèses qui ont cours, et les résultats pratiques qui doivent les remplacer pour le jugement et la guérison des maladies.

§ Ier.

La fluxion et l'inflammation de la membrane muqueuse buccale se développent fréquemment sous l'influence et pendant le cours d'un grand nombre de maladies.

Les stomatites symptomatiques du scorbut, de la syphilis, de l'intoxication mercurielle, de l'état cachectique, sont connues de tous.

Dans ses recherches intéressantes sur les phénomènes de la fièvre typhoïde, comparés à ceux d'autres maladies, M. Louis, sans définir l'affection qui nous occupe, n'en a pas moins étudié isolément les principaux caractères.

Dans la pellagre, Strambio, Carral, et de nos jours M. Roussel, ont nettement indiqué l'affection inflammatoire de la bouche.

Dernièrement un médecin belge, M. Aug. Frederieq, a signalé chez les phthisiques deux caractères de l'affection buccale, savoir: le gonflement des gencives à la strie rouge de leur bord libre.

Enfin l'épidémie qui règne en ce moment parmi nous nous a donné l'occasion de voir encore cette affection comme une des expressions symptomatiques locales du choléra.

Pour nous, nous avons noté encore l'état morbide de la muqueuse buccale dans beaucoup d'autres cas, dans les névralgies de la face et de l'estomac, l'hématémèse, l'hémoptysie, certaines affections du cœur, etc. Nous l'avons vu en particulier dans les accès violents ou prolongés d'hystérie et d'éclampsie, dans les attaques de goutte, et généralement pendant la recrudescence aiguë des maladies chroniques.

Mais nous avons étudié principalement l'état de la bouche dans le cours des maladies aiguës.

Il existe au moins un certain degré de fluxion buccale dans les fièvres essentielles. On la trouve souvent très caractérisée dans la synoque, et au point de faire supposer, comme c'est l'habitude dans ces cas, quelque état saburral des premières voies. La fièvre typhoïde commune présente souvent une inflammation buccale plus ou moins marquée. Dans les fièvres éruptives, cette affection revêt des caractères tranchés et spéciaux. Enfin les fièvres intermittentes et rémittentes surtout la présentent aussi manifestement.

Dans les diverses phlegmasies, la membrane muqueuse de la bouche est également affectée le plus souvent. Nous citons ici les deux plus importantes de cette classe de maladies, savoir: la pneumonie et le rhumatisme articulaire aigu, qui présentent habituellement cette affection. Mais c'est dans l'angine et l'érysipèle de la face que la stomatite symptomatique est certainement le mieux caractérisée.

Nous pourrions citer, en outre, un grand nombre d'autres maladies, l'ictère, la fièvre puerpérale, l'urticaire fébrile, etc.; il nous suffit d'avoir mentionné les cas les plus ordinaires ou les plus importants.

Il existe sans doute une très grande variété dans les phénomènes de cette affection, sous le rapport de leur nombre, de leur degré et de leur évolution successive dans chacune de ces maladies; mais, comme une appréciation particulière pour chaque cas nous entraînerait trop loin, nous croyons devoir réunir toutes ces variétés dans une description commune et générale.

Caractères généraux.

Le premier et le plus apparent de tous les phénomènes de l'état morbide dont nous parlons est celui qui se caractérise à la surface de la langue, laquelle revêt habituellement une teinte d'un gris blanchâtre avec des nuances variées. Ce phénomène est désigné sous le nom d'*enduit.*

Cet enduit apparaît rapidement au début des maladies; mais à ce sujet nous devons poser d'abord une distinction nécessaire, celle des enduits *physiologiques.*

Tout le monde sait parfaitement que l'aspect de la langue est très variable dans l'état de santé, non-seulement suivant les individus, mais encore suivant diverses circonstances; que certains individus, par exemple, ont un enduit habituel de la surface de la langue, et en quelque sorte congénial; et que chez la plupart, le matin, après une nuit de sommeil ou après une diète inaccoutumée, rien n'est plus ordinaire que de voir à la surface de la langue une coloration blanchâtre plus ou moins prononcée. Cet aspect, qui figure chez quelques personnes l'apparence d'un enduit morbide plus ou moins épais, est un phénomène purement physiologique, une modification naturelle de la sécrétion opérée à la surface de la langue et de la bouche sous l'influence de circonstances diverses et compatibles avec la santé. Cet enduit disparaît ordinairement dès que la sécrétion buccale reprend son activité. Il suffit du plus léger repas pour que, en effet, la muqueuse linguale rentre aussitôt dans son état accoutumé.

Ce qui arrive dans l'état de santé à l'occasion du régime, de la diète, arrive à plus forte raison dans l'état de maladie, où les circonstances précédentes et d'autres encore se trouvent à la fois plus durables et plus prononcées. Aussi voit-on dans certains cas le phénomène de l'enduit de la langue se conserver pendant tout le cours de la maladie dans son état physiologique, indépendamment de toute altération de tissu.

Il y a lieu de distinguer cette modification fonctionnelle de la modification contre nature, d'où résulte les enduits *morbides* de la langue. Ces derniers sont un des effets du travail fluxionnaire ou inflammatoire dont la membrane muqueuse est le siége; leur production s'accompagne nécessairement des traces de ce travail. Aussi pendant que, dans l'état physiologique, la coloration blanchâtre d'une partie de la langue se fond insensiblement avec la coloration rosée du reste de l'organe, on voit au contraire que les enduits morbides, plus prononcés d'ailleurs dans l'état pathologique, tranchent visiblement, et sans dégradation de nuance, sur la coloration rouge des autres parties. C'est là un fait d'observation que nous avons maintes fois vérifié.

On observera donc assez souvent, en dehors de tout état morbide fluxionnaire ou inflammatoire de la muqueuse buccale, cet enduit blanchâtre à la surface de la langue. Ce phénomène n'a pas de signification morbide dans ce cas.

Un indice non douteux de la fluxion buccale, c'est la *coloration rouge* que prend la muqueuse dans ses diverses parties.

Cette coloration présente divers degrés. C'est d'abord une injection plus vive des réseaux vasculaires superficiels, comme on peut le constater à la face interne des lèvres. Plus tard, sur la pointe et vers les bords de la langue, on trouve un petit pointillé disséminé formé par le semis ecchymotique; enfin, une nuance d'un rouge uniforme peut seule se présenter.

La coloration rouge de la muqueuse est souvent très peu marquée, ce qui fait qu'elle échappe facilement à l'attention, d'autant plus qu'elle est ordinairement voilée par la présence des enduits; mais aux limites de ceux-ci, elle se retrouve avec toute son intensité. Dans d'autres circonstances, cette coloration est très facile à apprécier, surtout si on la compare à la coloration normale du tissu. Dans la rougeole et la scarlatine, les nuances rutilante et framboisée de la bouche sont connues.

Ordinairement, ce phénomène de coloration est plus marqué dans quelques parties de la muqueuse buccale, soit sur la langue, soit sur les gencives. Sur ces dernières, la rougeur est plus manifeste au collet gingival, où elle forme une sorte de strie festonnée, d'un rouge éclatant, et parallèle au rebord supérieur des gencives. Enfin, on sait que les lèvres présentent, dans certains cas, une coloration vermeille très animée.

En même temps que la couleur naturelle de la bouche devient plus intense, l'aspect général de la muqueuse change peu à peu; elle perd de son poli et de sa fraîcheur pour devenir plus terne, inégale, chagrinée, tomenteuse, parfois comme veloutée. Les glandules font une saillie légère, et les papilles de la langue sont généralement turgescentes et érigées.

A un degré plus avancé, il n'est pas rare d'observer la *tuméfaction* de la membrane buccale. Le tissu gengival est gonflé, surtout au voisinage des dents, où l'on voit le disque rouge et saillant à la circonférence de l'arcade dentaire. La surface de la langue s'étale et s'élargit. On dirait que cet organe, augmenté de volume, ne peut plus contenir dans son lit naturel; ses bords touchent et pressent de toutes parts le rebord des arcades dentaires, et les dents marquent profondément sur son tissu les traces de ce contact. Les dépressions qu'elles forment sur la muqueuse sont séparées par des élevures mamelonnées et légèrement fongueuses. La face interne des joues participe à ce gonflement inflammatoire, et subit la même impression du voisinage des arcades dentaires. Les lèvres sont parfois saillantes et projetées au dehors, distendues par une sorte d'empâtement œdémateux. Enfin, la tuméfaction est surtout sensible, pour le malade, à la surface de la voûte palatine, où les divers mouvements de la langue font apprécier le développement morbide des crêtes transversales qui sillonnent le palais.

Le gonflement, qui n'existe dans certaines maladies qu'à un degré pour ainsi dire insignifiant, est fort remarquable dans d'autres cas, comme dans l'angine et la variole. Dans la stomatite symptomatique de l'intoxication mercurielle, on sait qu'il est porté à un point extrême.

Une sorte de mollesse, de boursouflement ou de friabilité accompagne la tuméfaction de la muqueuse. Le tissu n'a plus sa consistance et son élasticité naturelles. De là, l'empreinte des dents sur la face interne des joues et les bords de la langue; de là encore cet état de flaccidité qui ne permet pas sans peine, dans ce cas, la mastication des aliments solides.

Les produits de sécrétion exhalés à la surface de la bouche subissent l'influence du travail morbide dont la muqueuse est affectée. Ces produits altérés tapissent comme une sorte de couche le dos de la langue, où ils forment les enduits morbides. Nous reviendrons, dans une autre partie de ce travail, sur la source et la valeur, et surtout sur les explications hypothétiques attachées encore aujourd'hui à la production des enduits morbides; nous nous contenterons de les indiquer en ce moment comme un des phénomènes de l'affection qui nous occupe. Toutefois, nous passerons rapidement sur celles de leurs modifications variées, suffisamment connues, pour nous arrêter à celles qui le sont moins.

Sur la langue, c'est généralement à la base que la présence des enduits se manifeste. La pointe et les bords en sont souvent exempts. D'autres fois, toute la surface de l'organe en est couverte. On peut encore les voir se disposer partiellement, soit sous forme de deux bandelettes longitudinales parallèles, de chaque côté de la ligne médiane, soit sous forme d'îlots irrégulièrement configurés sur la surface de la langue. Dans tous les cas, c'est ici le lieu de rappeler que les portions de la muqueuse dépourvues d'enduits tranchent nettement par leur coloration rouge sur la nuance diverse de ces derniers.

Ces enduits n'ont guère été étudiés que sur le dos de la langue; mais on les aperçoit aussi dans d'autres parties de la bouche, comme nous allons le montrer. Seulement, en effet, ils sont plus abondants et plus marqués à la surface linguale. Sur les gencives, il est commun de les voir sous forme de taches grisâtres commençant d'abord sur les côtés des arcades gingivales, et s'étendant de là à tout leur pourtour. Ces taches ne forment pas une couche uniforme, mais plutôt une série de disques au-dessous de la strie rouge et festonnée du collet des gencives. A la face interne des joues et sur le palais, on retrouve aussi quelquefois cette même coloration blanchâtre, terne et sale de la membrane muqueuse.

La coloration des enduits est ordinairement d'un blanc grisâtre plus ou moins terne, mais cette coloration est très variée. Il y a des enduits qui sont d'un jaune plus ou moins intense; d'autres qui ont une nuance roussâtre et brûlée, ou qui se rapproche plus ou moins d'une teinte fuligineuse et noirâtre. Ces derniers, en général, ne se montrent que dans les périodes avancées des maladies, et succèdent à ceux du début.

En même temps qu'ils acquièrent des colorations différentes en se prolongeant, les enduits forment une couche plus épaisse sur la langue, s'accumulent autour des gencives, derrière les lèvres, dans l'intervalle des dents, et forment des amas de matière pultacée dans les parties déclives de la membrane muqueuse. Ils recouvrent surtout celle-ci dans les points où des ulcérations plus ou moins profondes en creusent l'épaisseur.

Les enduits accumulés, en se desséchant, acquièrent une densité plus grande. Ils forment, dans certains cas, des croûtes plus ou moins épaisses, et revêtent d'un vernis opaque, foncé et adhérent, les diverses parties de la cavité buccale. Il en résulte sur la langue des plaques sèches, coriaces, parcourues par des fissures profondes, par lesquelles s'échappe un suintement sanguinolent qui se concrète avec les enduits.

D'autres fois, les enduits présentent un aspect membraneux bien caractérisé. Ce sont de petites pellicules foliacées adhérant à la muqueuse, faciles à observer, sur les gencives surtout, et que l'on retrouve disséminées à la surface de la langue, sur le palais et les joues. Ce sont enfin des exsudations pultacées partielles ou des couches crémeuses diphthéritiques plus étendues.

Une autre modification dans l'état des sécrétions buccales est celle qui porte sur le liquide salivaire. Au début, il n'est pas rare de voir cette sécrétion augmenter et les malades obligés de rejeter le fluide qui en résulte dans des mouvements de sputation fréquemment répétés. Plus tard, au contraire, l'humidité naturelle de la bouche diminue d'une manière notable, et les produits de sécrétion sont versés en moindre quantité. On s'en aperçoit alors à l'état de la surface linguale, qui devient collante sous le doigt, puis aride et de plus en plus desséchée. Il y a ici deux faits complexes qui existent simultanément et dont il faut tenir compte: l'acte sécrétoire et le fait de la dessiccation. Le courant respiratoire, qui traverse tout entier la cavité buccale dans quelques circonstances, augmente sans doute la sécheresse de la bouche; mais il y a aussi un phénomène d'altération de sécrétion qu'il ne faut pas oublier.

On voit également la sécrétion du tartre dentaire altérée dans sa quantité et dans ses qualités. Ce produit s'accumule dans l'intervalle des dents et sur les gencives elles-mêmes, où il forme une couche épaisse et souvent noirâtre et fétide.

Enfin, les dents perdent également de leur poli et de leur blancheur. Leur poli s'efface pour faire place à un aspect inégal, grisâtre et tomenteux.

Il est assez commun, lorsque les enduits disparaissent et tombent surtout, d'observer à la surface de la langue un phénomène assez curieux, c'est l'*exfoliation épithéliale*. Cette exfoliation est quelquefois générale, comme dans la scarlatine, et elle se fait simultanément par grandes plaques ou par furfures; ou bien elle est partielle, et il en résulte une dénudation isolée au milieu des enduits. Lorsque l'exfoliation est complète, la langue présente un aspect uniformément rouge, lisse, luisant, surmonté par le corps papillaire mis à nu.

Tels sont les phénomènes principaux de l'affection qui nous occupe.

Le travail inflammatoire dont la muqueuse est le siége peut se traduire encore par d'autres phénomènes qui, pour être plus rares à la vérité, s'observent encore quelquefois.

Ainsi, on peut observer le développement de petites *granulations* saillantes, rouges et arrondies, plus ou moins nombreuses, et en tout analogues aux granulations des autres surfaces muqueuses enflammées.

Cet aspect granuleux, que l'on peut retrouver dans toutes les parties de la muqueuse, s'observe en particulier sur la langue. Ces granulations se distinguent aisément par leur couleur au milieu des enduits. Lorsque ceux-ci n'existent pas, elles sont d'un rouge plus vif que le reste de la muqueuse.

D'autres fois, au lieu de ces saillies granuleuses, ce sont des *exulcérations* tantôt linéaires, tantôt arrondies, ordinairement superficielles, autour desquelles apparaissent des traînées vasculaires. Ces exulcérations ne doivent pas être confondues avec les fissures résultant de l'excoriation des enduits qui adhèrent à la surface muqueuse.

Dans d'autres cas, ce sont des *ulcérations* plus ou moins profondes, qui peuvent siéger dans toutes les parties de la membrane muqueuse. Lorsqu'elles se forment au collet des gencives, elles provoquent la chute des dents.

Enfin, il est extrêmement rare que la *suppuration* soit une des terminaisons de l'état inflammatoire symptomatique de la muqueuse buccale. Cependant dans quelques maladies, et dans la fièvre typhoïde en particulier, on a remarqué (1) que la pression exercée sur les gencives enflammées et détachées du col dentaire faisait suinter sans peine une suppuration jaunâtre, qui formait une couche très apparente sur le bord alvéolaire.

Quant à l'état gangréneux qui s'empare de la bouche dans quelques maladies sous une influence ordinairement épidémique, cet état appartient à une affection différente de celle qui nous occupe ici.

Les phénomènes dont nous venons de parler ne s'arrêtent pas toujours aux limites de la cavité buccale. Il est même fréquent de voir l'ondée inflammatoire s'échapper en quelque sorte au dehors de cette cavité et s'épuiser dans son voisinage. Le pharynx peut participer à l'affection de la bouche : les lèvres en portent souvent des traces à l'extérieur. Celles-ci, comme nous l'avons déjà dit, prennent une coloration rouge plus vive. Elles se dessèchent, se fendillent, s'excorient et présentent une exfoliation furfurescente. Le bourrelet labial œdémateux est projeté en avant. Enfin, diverses éruptions se développent aux commissures et dans une variable étendue aux téguments voisins.

De l'ensemble de ces altérations résultent des troubles fonctionnels correspondants. Organe du goût, la langue perd en partie le privilége de ses fonctions ; les produits morbides qui imprégnent sa surface émoussent ou dépravent sa sensibilité. Organe de mouvement, la tuméfaction, lorsqu'elle est notable, et surtout les enduits croûteux, la privent de sa souplesse dans le jeu si varié qui lui est propre. Quelques malades accusent une sensation d'ardeur générale dans la bouche ou de picotement et de cuisson dans ses diverses parties. L'haleine exhale au sortir de cette cavité une odeur fade, muqueuse, plus ou moins désagréable. Elle y contracte souvent une repoussante fétidité.

Au reste, point de phénomènes consécutifs pour l'ordinaire. Ce n'est que rarement et dans des cas de stomatite symptomatique intense qu'on a vu l'inflammation, envahissant profondément les alvéoles, déchausser les dents, les ébranler et en provoquer la chute. Enfin, nous devons signaler ce fait que cette affection, par sa répétition fréquente ou sa durée, peut devenir l'occasion, jusqu'à présent peu connue, de diverses altérations dans la substance des dents.

C'est surtout chez les jeunes enfants, et à la suite des stomatites symptomatiques des fièvres éruptives, que l'on peut observer les altérations dentaires comme accidents consécutifs.

Tels sont les phénomènes de l'affection buccale. Il est bien évident qu'ils ne se groupent pas avec le même ensemble dans les maladies, et la description générale qui précède ne se rapporte à aucune d'elles suffisamment. Il nous reste donc à présenter quelques types particuliers de cette affection.

(*La suite à un prochain numéro*).

(1) Cette observation a été faite par M. le docteur Guérard. C'est par M. Ozanam qu'elle nous a été communiquée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 octobre 1849. — Présidence de M. Duperrey.

Amaurose dans l'albuminurie.

M. Landouzy, professeur de clinique médicale à l'école secondaire de Reims, envoie un mémoire dans lequel il étudie l'amaurose comme symptôme nouveau de la maladie de Bright. Ce mémoire se termine par les conclusions suivantes :

1° L'amaurose est un symptôme presque constant de la néphrite albumineuse;

2° Elle annonce la maladie, comme signe initial, avant l'invasion des autres accidents;

3° Elle disparaît et revient en même temps que le dépôt albumineux des urines;

4° Elle porte à considérer la néphrite albumineuse comme le résultat d'une altération du système nerveux ganglionnaire.

Anatomie pathologique du choléra.

M. Coze présente une note sur ce sujet.

Il a remarqué dans tous les cadavres de cholériques qu'il a examinés que tous les organes vasculaires offraient un état général de constriction remarquable. Ainsi, il a trouvé le canal cholédoque fortement resserré à son orifice duodénal au point d'empêcher le passage de la bile; il en était de même des uretères, de la vessie, du rectum et de tout le système artériel. Ces caractères se sont montrés à lui constamment sans qu'il ait rencontré un seul fait négatif, et il ne les a jamais retrouvés dans les cadavres des sujets morts d'une maladie autre que le choléra.

M. Coze croit qu'on peut expliquer par ces circonstances anatomiques plusieurs des phénomènes caractéristiques du choléra, tels que le défaut de passage de la lymphe dans le sang, l'obstacle au cours de la bile, etc.

Traitement de la fièvre typhoïde.

M. le docteur Wanner lit un mémoire sur la guérison radicale de la fièvre typhoïde à son début, en vingt-quatre, quarante-huit heures ou six jours au plus, par l'emploi seul et incessant, de minute en minute, de la glace à l'intérieur.

L'auteur dit n'avoir jamais perdu de typhoïque depuis qu'il met cette méthode en usage.

Traitement du choléra.

Nous recevons d'un de nos confrères de la capitale, M. le docteur Wernicki, une lettre dans laquelle cet honorable praticien exalte avec tant de foi les vertus anticholériques de l'esprit de menthe, de la teinture de quinquina et de l'éther sulfurique, que nous ne croyons pas devoir nous refuser à publier sa communication, quoique le mode de traitement ne nous inspire pas tout à fait la même confiance qu'à lui. Nous croyons toutefois qu'il serait bon de l'expérimenter.

Monsieur et très honoré confrère,

Le choléra faisant encore de nombreuses victimes dans bien des localités, je crois remplir un devoir sacré d'humanité en vous priant de vouloir bien insérer dans votre estimable journal ma manière de combattre ce fléau, manière qui m'a donné un succès constant et absolu même dans les cas les plus désespérés à partir du 10 juin dernier, jour que je l'ai imaginé et appliqué pour la première fois. C'est donc avec une profonde conviction que j'engage mes confrères à s'en servir, d'autant plus qu'elle est on ne peut plus simple et plus facile à appliquer. Voici en quoi elle consiste :

On mettra dans chaque creux des aisselles un morceau de linge ou d'ouate imbibé du mélange suivant :

Teinture de quinquina.........	30	grammes.
Esprit de menthe.............	30	—
Ether sulfurique.............	15	—

M. — On aura soin de recommander au malade de tenir les bras rapprochés du corps afin de favoriser et d'activer l'absorption du médicament. On peut en mettre un pareil sur le creux de l'estomac. On remouillera ces ouates d'abord tous les quarts d'heure et ensuite de moins en moins souvent. On ne cessera ces applications qu'avec la complète disparition des symptômes.

Pendant qu'on fait ces applications, on donnera au malade, chaque fois qu'il le désirera, une légère infusion de feuilles d'oranger par petites quantités. La boisson peut être froide. On y ajoutera de temps à autre quelques gouttes du mélange ci-dessus, ou même encore mieux on donnera ces gouttes pures, attendu que la tolérance s'établit fort bien. On administrera également deux ou trois fois par jour un tout petit lavement composé d'environ un verre d'eau légèrement chaude, d'un peu d'amidon et quelques gouttes de laudanum de Sydenham, que l'on recommandera au malade de garder autant que possible. Il doit être convenablement couvert. S'il a froid aux pieds, on y mettra une cruche d'eau chaude. Si le ventre est sensible, on peut y appliquer des cataplasmes seuls ou laudanisés, si toutefois ils ne fatiguent pas par leur poids, car on peut parfaitement s'en passer. L'alimentation peut être commencée de bonne heure, par gradation bien entendu.

Quelques modifications peuvent y être introduites selon les circonstances; mais, ce dont on ne peut en aucune manière se passer, *c'est des applications sous les aisselles*, comme indiqué plus haut.

Voilà, Monsieur et très honoré confrère, le traitement qui m'a donné d'aussi constants et d'aussi heureux résultats.

Recevez, etc. Wernicky, d.-m.

Paris, le 5 octobre 1849.

Hôpitaux et hospices civils de Lyon. — *Concours, le lundi 11 mars 1850, pour la place de Chirurgien-Major de l'hospice de l'Antiquaille*. — Le Conseil d'administration des hôpitaux et hospices civils de Lyon donne avis que le lundi 11 mars 1850, à huit heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la place de chirurgien-major de l'hospice de l'Antiquaille.

Ce concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu, devant le conseil d'administration, assisté d'un jury médical, et se composera de cinq séances, ainsi qu'il suit :

Premier jour. — Question d'Anatomie et de Physiologie, à traiter de vive voix.

Second jour. — Question de Pathologie chirurgicale, à traiter par écrit, lecture des mémoires en séance publique.

Troisième jour. — Question de Médecine opératoire, à traiter de vive voix : les concurrents pratiqueront sur le cadavre une opération chirurgicale.

Quatrième jour. — Question médico-chirurgicale, à traiter par écrit, sur la syphilis ou sur les maladies cutanées ; lecture des mémoires en séance publique.

Cinquième jour. — Examen clinique de deux malades choisis par le jury, et atteints de maladies *spéciales*; les candidats émettront de vive voix, en séance publique, leur opinion sur les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies soumises à leur examen.

La question à traiter dans chaque séance sera la même pour tous les concurrents ; un d'entre eux, désigné par le sort, la tirera de l'urne dans laquelle auront été jetées les questions adoptées par le jury.

A la fin des épreuves, et après le vote du jury, l'administration nommera, s'il y a lieu, le chirurgien-major.

Conditions d'admission au Concours.

1° Les candidats devront se faire inscrire, quinze jours au moins avant le 11 mars, au secrétariat de l'administration à l'Hôtel-Dieu.

2° Nul ne pourra concourir s'il n'est Français ou naturalisé Français, et s'il n'est porteur d'un diplôme de docteur en médecine ou en chirurgie, délivré par l'une des trois Facultés de médecine.

3° En se faisant inscrire, les candidats devront déposer leur acte de naissance, leur diplôme de docteur; et s'ils ne demeurent pas à Lyon, un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

4° Avant de concourir, chaque candidat prend connaissance du règlement de l'hospice, et s'engage à remplir, en cas de nomination, toutes les obligations que ce règlement impose au chirurgien-major.

Les candidats pourront déposer au secrétariat leurs titres scientifiques, manuscrits ou imprimés, concernant la médecine ou la chirurgie : ces documents seront examinés par MM. les jurés.

Services et Honoraires.

Le Chirurgien-Major sera nommé pour six ans ; il entrera en fonctions le 1[er] janvier 1855. En attendant cette époque, il remplacerait, en qualité d'aide-major, le chirurgien-major actuel, s'il était malade ou absent.

Le traitement du chirurgien-major est de douze cents francs par an.

Le choléra dans les départements.

Bouches-du-Rhône. — L'épidémie, qui avait très notablement diminué à Marseille, vient d'éprouver une légère recrudescence. De 25 à 30, chiffre moyen de la dernière semaine de septembre, les décès se sont élevés à 38 le 1[er] octobre.

Gard. — L'état sanitaire de Nîmes est excellent; on n'a compté que 3 décès cholériques pendant la dernière semaine de septembre.

Var. — *Toulon*. — Notre honorable correspondant M. Aheille nous écrit, à la date du 2 octobre, une lettre remplie de détails intéressants, mais dont le défaut d'espace nous oblige à n'extraire que les passages suivants :

Après une légère diminution pendant deux jours, le choléra a pris une nouvelle intensité.

Dans la journée du 29 au 30, il y a eu 41 décès, dont 3 pour l'hôpital de la marine, 3 pour l'hôpital du bagne, 6 pour l'hôpital militaire, et 29 pour la ville et les hospices civils.

Dans la journée du 30 au 1[er] octobre, 39 décès cholériques : hôpital de la marine, 5 ; hôpital du bagne, 6 ; hôpital militaire, 2 ; hospices civils, 9 ; en ville, 17.

Hier, j'ai eu occasion d'observer dans mon service quatre cas de suette avec éruption pathognomonique. Quelques médecins civils disent avoir observé en ville quelques cas de suette sans éruption. Il paraît donc bien certain que la suette apparaît.

Nous verrons si cette circonstance sera ou non favorable à la marche du choléra. — Les idées de contagion produisent les plus déplorables résultats.

NOUVELLES.

M. Daullé, chirurgien auxiliaire de la marine de 2[e] classe à bord de la *Recherche*, et M. Bertrand, chirurgien de 3[e] classe à bord du *Serpent*, viennent d'être nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur, en récompense des services qu'ils ont rendus à la station des côtes occidentales d'Afrique, dans les combats du Grand-Bassin et du Rio-Nuncz.

— Voici un fait qu'un flâneur provincial envoie à un journal politique, en demandant si la science pourrait l'expliquer. Avant de chercher l'explication, la science commence par chercher la *constatation*, et sous ce rapport le fait en question, qui n'est pas d'ailleurs annoncé pour la première fois, laisse encore beaucoup à désirer. Voici la narration du fait, qui nous arrive cette fois du pays chartrain :

« Au moment où l'épidémie régnait avec le plus d'intensité dans notre ville, les nombreux corbeaux, habitants ordinaires de nos clochers, ont entièrement disparu, abandonnant leurs petits. Ils sont revenus quand le fléau a disparu. La science pourrait-elle induire quelque lumière de ce fait? »

MM. les correspondants de l'Annuaire médical et pharmaceutique de la France sont priés de vouloir bien envoyer à l'administration, 43, rue Vivienne, les adresses de leurs correspondants pour la droguerie, chez lesquels l'administration pourra faire déposer, pour plus de sûreté, les imprimés relatifs à l'*Annuaire médical et pharmaceutique*. (Ecrire sans affranchir.)

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 11 OCTOBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 119.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 10 OCTOBRE 1849.

Bulletin du choléra.

Nous n'avons aucune modification nouvelle à signaler dans la marche de l'épidémie. Le nombre des attaques et des décès se maintient toujours à un chiffre au-dessous duquel il ne pourrait descendre sans que l'épidémie ou plutôt l'influence épidémique, car il y a longtemps qu'il n'existe plus d'épidémie à proprement parler, cessât de se faire sentir complètement. Les décès se sont élevés, dans les hôpitaux civils, à 5 avant-hier et à 4 hier; les hôpitaux militaires n'ont offert aucun nouveau cas. En ville, on n'a constaté que 2 et 3 décès par jour depuis trois jours.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

	Entrées.	Décès.
HOPITAUX CIVILS : Journée du 8 octobre......	9	5
— 9	6	4
HOPITAUX MILITAIRES pendant les deux jours. . .	»	»
Total....................	15	9

Total des décès dans les hôpitaux................	8016
Total des décès à domicile jusqu'au 15 septembre. .	10812
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie..........................	18828

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie va enfin faire, ou plutôt a déjà fait justice d'une des plus grandes erreurs médicales, et surtout thérapeutiques, qui aient non-seulement encombré la science, mais aussi porté dommage à l'humanité. La doctrine (pour nous servir d'un terme parlementaire), la doctrine des engorgements chroniques de la matrice, avec tout leur appareil thérapeutique (repos horizontal, repos de l'organe malade, bains, 1/4 de lavement, pilules de ciguë, tisane de saponaire, saignées révulsives, œufs frais et légumes, etc., etc.), que la saine pratique avait déjà réduite à sa juste valeur, va être condamnée officiellement et solennellement. Nous serons redevables de cet événement à un mémoire, qui semble fort bien fait, de M. Baud, et à un rapport que M. Hervez de Chégoin a lu hier sur ce mémoire, par l'organe de M. le secrétaire perpétuel. Ce sera là le résultat le plus saillant de la séance d'aujourd'hui et de la discussion qui s'est ouverte pour se continuer dans la séance prochaine. C'est quelque chose, c'est peut-être beaucoup; mais il ne faudrait guère attendre davantage de la discussion que l'Académie a entreprise sur les maladies de la matrice, et en particulier sur les engorgements. Nous sommes assez volontiers partisan des grandes discussions académiques, lorsque ces discussions doivent porter sur des faits qu'il faut confirmer, contester ou interpréter; c'est pour cela que nous avons soutenu l'utilité de la discussion sur le chloroforme, de la discussion relative à la taille et à la lithotritie. Mais nous ne serions pas très curieux de voir se prolonger trop longtemps une discussion dans laquelle il n'y aurait que des assertions à opposer à des assertions; nous craignons que ce ne soit là le cas de celle que l'Académie a entamée hier.

Le premier vice qu'offrira la base de cette discussion semble appartenir au mémoire de M. Baud, qui, malgré son mérite, paraît ne renfermer que des vues générales et aucune analyse de faits rigoureusement observés. Le rapporteur, nonobstant le mérite également incontestable de son travail, a suivi les errements de l'auteur, et s'est contenté de substituer aux assertions de M. Baud celles que ses souvenirs lui disaient être plus exactes.

MM. Gibert et Velpeau ont suivi la même voie sans paraître se douter qu'elle ne pouvait guère conduire à aucun but scientifique. M. Malgaigne seul a signalé les incertitudes de la science sur la question pendante, le défaut d'éléments pour la résoudre, et il a déclaré, avec autant de raison que de netteté, que la discussion ne pourrait démontrer que deux choses :

1° La fausseté de la doctrine (si l'on peut lui donner ce nom) professée par un chirurgien célèbre sur les engorgements de l'utérus;

2° La nécessité absolue de livrer à de nouvelles investigations le domaine de la pathologie utérine, presque vierge encore de toute exploration véritablement scientifique.

Après ces préliminaires, d'une vérité aussi fâcheuse qu'incontestable, M. Malgaigne a cependant cru pouvoir opposer quelques assertions à celles qui avaient été émises soit par le rapporteur, soit par les deux orateurs qui l'avaient précédé. Nous devons dire que les observations faites par M. Malgaigne sont parfaitement conformes à celles que nous avons pu faire nous-même.

Ainsi, tout en accordant qu'on a fait jouer à l'engorgement un rôle infiniment trop important, nous ne saurions admettre que cet état soit, comme le dit M. Velpeau, un être de raison. Quand nous voyons un col utérin qui a jusqu'à 6 centimètres et plus de diamètre, que cette augmentation de volume s'accompagne de tous les phénomènes qu'on a attribués à l'engorgement (douleurs dans l'hypogastre et la région sacrée, pesanteur dans le bassin, compression sur le fondement, envie fréquentes d'uriner, tiraillements dans les aines, etc.); quand nous voyons que tous ces phénomènes se dissipent après deux, trois ou quatre mois de traitement, nous disons qu'il y a là engorgement; le nier, c'est, il nous semble, nier l'évidence, car nous ne pensons pas qu'il y ait un seul médecin habitué à voir des femmes qui n'ait rencontré nombre de fois l'état dont nous venons de parler.

Nous ne saurions admettre davantage, avec M. Velpeau, que toutes ou presque toutes les leuchorrées soient l'effet de l'état granulé du col; nous ne demandons à tout médecin qu'un quart d'heure de visite dans un hôpital de femmes pour lui démontrer que l'immense majorité des leucorrhées existent au contraire sans la moindre ulcération, ni granulation, et, il faut le dire aussi, sans engorgement. Le catarrhe utérin simple n'est pas plus un mithe que le catarrhe bronchique et que le catarrhe de la pituitaire. Quant à la cause première de ce catarrhe, c'est ici, nous le croyons, le lieu de rapporter, au moins très souvent, l'état local à une altération prédominante.

Comme M. Malgaigne, nous avons toujours jusqu'à présent manqué d'occasion pour constater l'existence des rétro-flexions et des anté-flexions, c'est-à-dire de la courbure de l'utérus sur lui-même. Jamais nous n'avons rien trouvé qui ait pu nous porter à l'admettre sur le vivant; jamais nous ne l'avons observée sur le cadavre. Rapporter à ce genre de lésion la plupart des phénomènes attribués aux engorgements nous paraît donc une grande erreur.

Nous avons constaté quelquefois des rétroversions; mais, comme à M. Malgaigne, ces cas nous ont paru beaucoup plus rares que ne semble le croire M. Hervez de Chégoin, assez rares pour que nous ayons cru devoir recueillir et décrire comme des raretés pathologiques le petit nombre d'exemples que nous avons rencontrés. Les versions latérales et surtout l'antéversion, nous paraissent être au contraire des états très fréquents.

Nous ne terminerons pas cette courte appréciation

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Etudes sur les eaux minérales d'Uriage; par M. Vulfranc GERDY, médecin inspecteur de ces eaux, professeur-agrégé à la Faculté de Paris, etc.

Personne ne conteste aujourd'hui l'influence des eaux minérales sur la santé et l'importance des travaux des savants sur ces puissants agents de la thérapeutique. Sans donte, on a dit que l'efficacité curative des eaux ne réside pas moins dans les principes minéralisateurs que dans les modifications qui sont le résultat des conditions hygiéniques dans le mode d'administration; en effet, aux eaux, on a une vie réglée, un genre de nourriture parfaitement déterminé, et on vit loin des embarras domestiques et sociaux; mais tout le monde sait qu'il est difficile d'imiter artificiellement certaines eaux minérales, et que, chaque établissement thermal n'exerçant son influence bienfaisante que dans un nombre restreint d'accidents morbides, il importe que chaque eau minérale soit étudiée isolément et d'une manière complète au double point de vue de sa composition chimique et de son action physiologique et thérapeutique. C'est ce que M. Vulfranc Gerdy a entrepris et exécuté avec beaucoup de succès pour les eaux minérales d'Uriage.

A cela seulement ne s'est point borné ce savant médecin. La première partie de son livre renferme des considérations générales pratiques sur l'influcnce physiologique des eaux minérales et sur les divers modes de leur emploi, et ce chapitre est sans contredit un des plus intéressants. C'est dans ces pages remarquables qu'il examine l'action de l'eau, l'influence de la composition chimique, de la température et du mode d'administration, suivant qu'on donne l'eau en boisson, en bains locaux et généraux, en douches et en bains de vapeor. Ainsi, l'auteur explique comment, par l'indigestion qui résulte de la réplétion et de la distension de l'estomac par une grande quantité d'eau pauvre en principes minéralisateurs, comment, dis-je, certaines sources ont pu acquérir la réputation d'eaux purgatives énergiques et de remèdes puissants contre beaucoup de maladies; comment la déplétion du système capillaire de la partie malade, déplétion qui suit la turgescence et la congestion obtenue d'abord, explique pourquoi les individus affectés de congestion encéphalique ont été soulagés ou guéris par les douches générales, pourquoi des douleurs ont été dissipées, des engorgements dissous par cette médication dont le premier effet est ordinairement de les augmenter. On sait que le bain russe et la douche écossaise, si utiles chez les peuples du Nord, ont présenté souvent dans nos climats des inconvénients sérieux; l'auteur, dès 1838, époque où il fit ses premières recherches sur les eaux d'Uriage, chercha à faire disparaître les inconvénients tout en conservant les avantages de cette médication, et, dans ce but, il fit construire une douche à deux températures diverses, dont il a toujours fait l'usage le plus avantageux.

M. Gerdy termine ses considérations générales en disant que les propriétés médicamenteuses des eaux sont tellement influencées par toutes les circonstances du traitement, qu'il serait difficile de faire la part de ce qui revient à la nature des eaux et de ce qui revient aux conditions accessoires; mais il n'en reste pas moins évident pour le lecteur que la méditation de ce livre fournit de vives lumières pour éclairer ce point obscur de la science des eaux minérales.

L'établissement d'Uriage, qui est situé à deux lieues de Grenoble, se compose de deux parties : de l'Uriage ancien construit par les Romains, et l'Uriage moderne où existe l'établissement thermal, qui depuis plus de douze ans est devenu pour les malades un des principaux lieux de rendez-vous. Ainsi, aujourd'hui, Uriage peut contenir à la fois plus de 800 baigneurs, et donne chaque saison de 25 à 26 mille bains ou douches.

Deux ordres de sources minérales existent à Uriage : la souree saline et sulfureuse, et des sources ferrugineuses. La première, qui est la plus importante, a principalement fixé l'attention de M. Gerdy, qui en a fait dans son livre une histoire complète, tant sous le rapport de ses propriétés physiques et chimiques que de son influence sur l'économie animale. Analysée en 1780 par le docteur Nicolas, en 1820 par M. Alb. Crepu, en 1823 par M. Berthier, membre de l'Institut, la quantité totale des principes salins et cristallisés, portée d'abord à 7 grammes, s'est élevée jusqu'à 9 grammes par litre. Plus tard, les travaux entrepris pour l'amélioration de la source permirent de trouver à l'analyse 14 grammes de sels cristallisés par litre d'eau minérale, et l'absence de mélange avec les sources voisines d'eau douce donna une température constante de 27° centigrades. Dans l'année 1846, la source fournissait 5,000 hectolitres par viogt-quatre heures; à cette époque, M. Gerdy en fit l'analyse, qui, répétée deux fois, lui donna le résultat suivant :

	SELS ANHYDRES.	SELS CRISTALLISÉS.
Carbonate de chaux........	0,20510 gr.	0,20510 gr.
Sulfate de chaux..........	1,42956	1,80454
Sulfate de magnésie.......	1.24560	2,56665
Sulfate de soude..........	1,01161	2,29911
Chlorure de sodium........	7,23617	7,23617
Iodure de calcium.........	0,00114	0,00114
Total des sels......	11,12918 gr.	14,11271 gr.

Acide sulfhydrique... 10,33 centimètrcs cubes qui représentent:
Soufre......................... 0,015046
Azote et acide carboniquc....... quantité indéterminée.

A M. Gerdy revient l'honneur d'avoir reconnu le premier dans ces eaux la présence de l'iode et d'avoir déterminé la quantité du gaz acide sulfhydrique à l'aide d'un procédé qui lui appartient, et qui a été exposé en 1843 dans son mémoire sur l'analyse des eaux sulfureuses. Par l'abondance et la variété de ses principes minéralisateurs, la source d'Uriage se rapproche des eaux de la mer et des eaux salines purgatives, en même temps qu'elle possède les propriétés des eaux sulfureuses; aussi l'eau d'Uriage est repoussante par son goût comme par son odeur, et provoque quelquefois une répugnance extrême; néanmoins on s'y habitue, car elle se digère vite et excite la soif. Elle est apéritive, stimulante et purgative à un assez haut degré. Une trop grande ingestion de cette eau dans l'estomac a souvent produit, par les purgations violentes qu'elle détermine, des accidents plus où moins graves, des gastro-entérites avec lesquelles le buveur imprudent s'en retournait plus malade qu'il n'était venu. Au total, dit l'auteur, l'eau d'Uriage est pour la plupart des individus un des meilleurs purgatifs salins déterminant en général, à la dose de quatre à six verres, des évacuations promptes, faciles, sans coliques et sans malaisc d'aucun genre, et n'exigeant le plus souvent que deux où trois heures pour que son effet soit complétement produit.

Les bains minéraux d'Uriage produisent un effet tonique et fortifiant, excitent ou réveillent les forces digestives, et exercent sur les sécrétions et les exhalations une influence remarquable. Ainsi l'urine est secrétée plus abondamment pendant et après le bain, et les individus habituellement constipés éprouvent un relâchement du veotre et une sorte de dévoiement temporaire toutes les fois qu'ils soumettent l'enveloppe tégumenteusc à l'action de cette eau minérale. La peau est modifiée aussi de telle sorte que la transpiration cuta-

sans dire un mot de la cautérisation par le nitrate acide de mercure, dont M. Velpeau n'a pas hésité de comparer l'efficacité à celle du sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes.

Nous commencerons par établir que l'état granulé du col, quelle que soit la variété des granulations, est un état en général, non pas seulement peu grave, mais encore peu rebelle aux traitements; nous poserons également en fait que les cautérisations ont une influence incontestable sur la marche et l'heureuse terminaison de cette affection; mais ce serait se préparer d'assez nombreux mécomptes dans la pratique, que d'espérer en triompher toujours en cinq ou six semaines en faisant usage une fois par semaine du nitrate acide de mercure. Ce caustique n'a nullement une action spéciale, plus favorable que le nitrate d'argent, l'acide nitrique ou chlorhydrique, et il est beaucoup moins efficace que le caustique de Vienne ou le cautère actuel, quand l'ulcération du col offre un peu de gravité et surtout qu'elle présente un aspect fongueux que l'on observe si fréquemment.

La doctrine qui rapporterait à un état général, diathésique ou autres, toutes les lésions que nous venons de passer en revue, serait par trop frappante d'exagération pour avoir besoin d'être réfutée; mais celle qui ne verrait dans les affections utérines, et spécialement dans la leucorrhée, qu'un état local, ne serait pas moins erronée. Voilà, selon nous, exprimée d'une manière très générale la véritable idée qu'il faut se faire des maladies de matrice; c'est celle que nous croyons la plus féconde en heureux résultats pratiques.

Lorsque le renvoi de la discussion à la prochaine séance a été décidé, M. Landouzy est venu exposer l'objet du mémoire qu'il a envoyé hier à l'Académie des Sciences. Le défaut d'espace nous oblige de renvoyer au prochain numéro ce que nous avons à dire de ce travail.

M. Legroux a lu ensuite un mémoire intéressant sur les accidents qui suivent la compression du nerf récurrent. L'objet tout spécial de ce travail et aussi quelques négligences de rédaction ne nous ont pas permis de nous en faire une idée assez nette pour le juger en parfaite connaissance de cause.

Enfin la séance a été close par M. Jobert, qui a présenté un exemple remarquable de fistule vésico-vaginale radicalement guérie par l'opération de l'autoplastie par glissement. Les beaux succès obtenus par l'auteur à l'aide de cette méthode commencent à devenir assez nombreux pour n'avoir plus besoin d'être comptés.

HOPITAL NECKER. — M. CIVIALE.

Lithotritie. — Expulsion facile des fragments.

Parmi les particularités qui suivent le broiement de la pierre, l'une des plus intéressantes à observer est assurément l'expulsion des fragments. Quelquefois cette expulsion offre assez de difficultés pour constituer une complication embarrassante, et qui n'est pas toujours sans dangers. Nous aurons occasion d'insister un jour sur les moyens qu'emploie M. Civiale pour rendre cette complication sans péril; aujourd'hui nous voulons seulement rapporter un fait qui s'est passé récemment dans le service de ce chirurgien, fait qui est surtout remarquable par les conditions opposées à celles dont nous avons parlé, c'est-à-dire par la facilité avec laquelle de gros fragments ont été rendus par le malade. Nous n'insisterons pas sur le magnifique résultat qu'a eu chez ce malade la lithotritie, quoique la maladie remontât à une époque très éloignée; les cas de ce genre n'offrent plus aujourd'hui rien que de très ordinaire dans la pratique de M. Civiale.

Adolphe Dubrille, serrurier, jeune homme de vingt-six ans, porteur d'un calcul vésical depuis son enfance, est entré le 28 mai dernier dans le service de M. Civiale. Ce malade, couché dans le lit n° 5 du pavillon Saint-Vincent, a donné sur ses antécédents médicaux les renseignements suivants :

Nourri par sa mère, non calculeuse, il est arrivé à l'âge de sept ans sans connaître ni la fièvre ni la douleur. C'est à sept ou huit ans qu'il a commencé à souffrir avant et pendant qu'il urinait. Il sentait de la douleur au bout de la verge et le long de son canal. Il fut sondé par un médecin, qui sentit la pierre. Il fut décidé par ses parents (tailleurs en chambre) qu'il serait taillé. Au jour dit, il fut placé sur un lit, lié, pour subir l'opération, lorsque sa mère, effrayée par l'appareil opératoire, ne voulut pas laisser continuer l'opération. Avec les années, la douleur, qui n'était pas continue, prit de l'intensité. Le canal devint plus sensible. Le dessous de la verge (en arrière du scrotum) était douloureux à la pression; la douleur se produisait également quand le malade se baissait ou s'asseyait.

Vers dix-huit ou dix-neuf ans, des douleurs se montrèrent dans les deux reins. Elles prirent très vite assez d'intensité pour empêcher tout travail. Du reste, depuis sept ou huit ans le malade était toujours obligé de se reposer quinze jours dans un mois. Après quinze jours de travail, il y avait quinze jours de souffrance. Durant les grandes douleurs de reins, le malade urine quinze, vingt ou trente fois par jour; d'autres fois, toutes les cinq minutes. Pendant ces crises, il lui est impossible de rester en place ou de dormir. Il marche courbé sans pouvoir se redresser et tient sa verge dans la main pour lui éviter des chocs. Quelquefois l'urine s'écoule involontairement sans produire de sensation. Ce liquide a toujours été transparent. Parfois, rarement, il y avait au fond du vase une cuillerée d'un dépôt blanc et collant. Le malade a été sondé à peu près trente fois par sept ou huit médecins. Tous, excepté trois, ont rencontré la pierre.

Lorsqu'il entra à l'hôpital (28 mai), le malade urinait toutes les heures la nuit et à peu près aussi souvent le jour. L'urine avait sa couleur et son odeur propres. Les douleurs vésicales et urétrales étaient supportables. Il n'était pas au temps de ses douleurs de reins.

Traitement. — Repos, deux portions, bains tous les deux jours, introduction de bougies en cire n° 13 pour habituer le canal à la présence de corps étrangers.

Le 3 juin, première séance de lithotritie, non douloureuse. M. Civiale saisit une grosse pierre avec l'instrument d'attaque : il l'écorna. Les jours suivants, un certain nombre de fragments traversèrent facilement l'urètre.

Le 10 juin, deuxième séance, douloureuse. La pierre, saisie de nouveau avec l'instrument d'attaque, fut cassée davantage.

Le 12 juin, dévoiement qui dura huit jours.

Le 14, un fragment volumineux, courbe, concave, aigu vers ses extrémités, s'engagea et s'arrêta dans la partie profonde du canal. Le malade, souffrant et ne pouvant uriner, demanda l'interne de garde. Au moyen d'une bougie en cire, le fragment fut repoussé dans la vessie. Cinq minutes après cette opération, le fragment s'engagea de nouveau, et, mieux placé, il traversa le canal sans douleur, mais avec de grands efforts de la part du malade. A la suite de ces efforts, il eut pendant vingt-quatre heures une douleur sous les fausses côtes gauches.

Le 24, troisième séance, non douloureuse. La pierre fut broyée avec l'instrument à mors plats. Les fragments nouveaux ont traversé l'urètre avec facilité.

Le 1er juillet, quatrième séance, non douloureuse. Même instrument que la dernière fois. Les fragments sont sortis sans éprouver d'arrêts.

Le 8, cinquième séance, non douloureuse. Même instrument; même facilité d'émission des fragments.

Le 15, sixième séance; pas de douleur. Première exploration avec l'explorateur; rien ne fut senti, rien ne fut rendu.

Le 22, septième séance; pas de douleur. Deuxième exploration avec l'explorateur; on ne sentit rien. Le malade ne rendit rien. Plus la pierre s'en allait par débris, meilleurs devenaient le goût, l'appétit, et avec eux toutes les fonctions.

Ce malade, qui est veuf et père de deux enfants, est parti le 16 août dernier pour Valenciennes, son pays, dans un état de santé tout nouveau pour lui.

Par suite d'une demande de secours de route, la sortie du malade a été retardée jusqu'au 16 août; il n'a cessé de se bien porter jusqu'à ce jour. P...

De la fluxion et de l'inflammation buccales dans le cours des maladies;

Par M. le docteur DAVASSE, ancien interne des hôpitaux.

(Deuxième article.)

Caractères particuliers.

Dans beaucoup de maladies, l'affection symptomatique de la bouche est bornée, pour ainsi dire, à la plus simple expression. Ainsi dans la pleurésie, le rhumatisme articulaire aigu, etc., etc.; on ne trouve le plus souvent que des caractères de fluxion buccale: — injection, rougeur, aspect tomenteux de la muqueuse, turgescence des papilles, enduits plus ou moins marqués.

Dans d'autres cas, au contraire, on constate les caractères les moins équivoques d'inflammation. Nous en donnerons pour type l'état de la bouche dans les maladies suivantes :

Fièvre typhoïde. — Dans cette maladie, la stomatite buccale a été déjà positivement indiquée par quelques observateurs. Rœderer et Wagler (1) regardaient les aphtes douloureux des gencives et de la langue comme un symptôme pour ainsi dire particulier à cette maladie : « *Satis constans symptoma est, et* huic morbo fere specificum, *excoriatio oris interni, quâ tumidula lingua et gingivæ aphtis dolentibus obsidentur.* » M. Louis (2) a retrouvé dans la même maladie la plupart des détails de cette affection, sans en caractériser l'ensemble toutefois. Nous n'aurons ici qu'à en former le tableau, — celui que l'on rencontre le plus habituellement entre toutes les variétés de la forme commune grave de la maladie.

Au début, ce sont des phénomènes d'abord peu appréciables, et qui demandent à être regardés de près; savoir : la congestion générale de la muqueuse, les arborisations de la face interne des lèvres, le piqueté de la pointe et des bords de la langue, la strie rouge des gencives. Ces enduits se manifestent bientôt, d'abord sur la langue, avec des nuances et suivant des dispositions variées. Parmi ces dispositions, nous indiquons ici la suivante comme assez particulière à la fièvre typhoïde. Les enduits recouvrent seulement la base et les

(1) Rœderer et Wagler, *Tract. de morb. muc.* Paris, 1816, page 95.

(2) Louis, *Rech. sur la gast. ent.* Paris, 1829.

née augmente, que la sensibilité est exaltée ou pervertie, et qu'il en résulte une irritation inflammatoire qui se traduit par divers phénomènes qui constituent la poussée toujours salutaire, et que M. Gerdy considère comme une sorte de crise provoquée par l'influence d'un modificateur puissant. Enfin le bain d'Uriage produit sur le mouvement circulatoire une dépression notable et possède une propriété précieuse pour la thérapeutique; nous voulons parler de celle qui excite et régularise le flux ménorrhagique au point de faire devancer de plusieurs jours l'époque habituelle de l'écoulement périodique, et de diminuer l'abondance de la menstruation chez les personnes où cette fonction est exagérée.

Par ses principes salins et sulfureux, l'eau d'Uriage réunit deux genres de propriétés qui lui donnent une efficacité puissante et qui ne se rencontrent guère ailleurs réunies; on peut conclure de là qu'elle convient à presque toutes les maladies qui réclament l'usage des eaux salines ou des eaux sulfureuses. Ainsi veut-on obtenir une excitation de la peau, une forte révulsion de la peau qui déplace des irritations internes, une stimulation tonique générale ou locale, une dérivation sur le tube intestinal, en un mot tout ce qu'on demande aux eaux qui possèdent des propriétés excitantes, dans tous ces cas, il faut chercher à Uriage le but qu'on poursuit. Si l'on veut obtenir les effets sédatifs si divers, sédatifs des affections de la peau et des muqueuses par une action analogue à celle des astringents, sédatifs du système nerveux et de la circulation, c'est encore sous l'influence des eaux d'Uriage qu'on peut les produire avec certitude.

M. Gerdy s'est aussi attaché à l'étude de plusieurs questions importantes pour le baigneur et pour un médecin d'eaux minérales; ainsi, il a recherché s'il fallait prescrire au malade une, deux ou trois saisons; il a réfuté l'opinion qui attribue une grande importance aux effets consécutifs des eaux et a démontré qu'on ne pouvait les obtenir que dans certaines conditions de durée, de température et de composition chimique. Dans un chapitre qui nous a paru très intéressant, l'auteur ne saurait admettre que les bains pris en commun dans des piscines comme à Louesche, où se trouvent réunies un plus ou moins grand nombre de personnes, offrent à la fois plus d'agréments et d'avantages réels que les bains pris séparément. Sans parler de la répugnance qu'éprouvent beaucoup de gens à se plonger dans ces piscines avec des personnes dont les maladies connues ou ignorées sont un sujet de dégoût, il y a un inconvénient encore plus grave et dont l'auteur a bien étudié l'importance, c'est l'impossibilité de graduer la température de l'eau qui doit varier avec l'âge, le sexe, les tempéraments et les constitutions. Imposer le même remède quand il s'agit d'eau minérale ne peut s'expliquer que dans les établissements où, l'action de l'eau étant peu énergique, on est obligé de compenser par la durée le peu d'intensité de cette action, et alors c'est cette durée seule qui varie avec les diverses circonstances morbides. A Uriage, où les propriétés de la source sont très énergiques, les bains pris en commun ne sauraient convenir dans la grande majorité des cas.

Dans un mémoire publié en 1844, M. Gerdy avait déjà cherché à expliquer d'une manière précise le mécanisme de l'action élémentaire de l'eau d'Uriage, et il avait établi que les eaux sulfureuses doivent leur action spéciale au soufre hydraté que les bains sulfureux contiennent tous en suspension, quelle que soit du reste la différence de leur composition. En effet ce principe, étant dans un état de division extrême, s'attache à la peau et l'enveloppe ainsi d'une atmosphère sulfureuse en fournissant à l'absorption de nombreux matériaux qui doivent être entraînés ultérieurement dans les voies circulatoires. Mais laissons de côté le champ des hypothèses que l'auteur ne s'est point occupé à parcourir et arrivons à l'énumération des maladies qui sont avantageusement traitées par les eaux d'Uriage.

Si les affections de l'enveloppe tégumentaire sont liées à un état morbide du système lymphatique, on peut présumer que l'eau d'Uriage guérira le plus grand nombre des affections de la peau. Des faits nombreux sont venus donner à cette prévision la plus ample confirmation. On trouvera dans le livre dont nous parlons plus de cinquante observations très remarquables de maladies spéciales de la peau qui avaient résisté aux moyens précédemment employés et qui, guéris à Uriage, témoignent de la puissante efficacité des eaux de cet établissement dans les affections cutanées.

La scrophule de la peau et des muqueuses est avantageusement modifiée à Uriage; mais c'est surtout dans la scrophule des os et des jointures que M. Gerdy a constaté l'influence merveilleuse des bains d'Uriage, et l'on peut dire aujourd'hui sans trop s'avancer que certaines altérations du système osseux assez graves pour faire penser à une cruelle opération peuvent trouver à Uriage les conditions d'un traitement moins rapide sans doute, mais dans le cours duquel la maladie fait ensuite de rapides progrès vers la guérison.

Le rachitis, les affections syphilitiques, nerveuses ou spasmodiques, les paralysies indépendantes des altérations graves des centres nerveux; les maladies de l'estomac, du cœur, des reins et de la matrice reçoivent des propriétés excitantes et toniques de l'eau d'Uriage les plus bienfaisantes modifications. Il nous est impossible, faute d'espace, de pousser plus loin l'analyse de ce livre; mais n'oublions pas qu'il y a aussi à Uriage une source ferrugineuse que les recherches récentes de M. Gerdy ont fait considérer comme minéralisée par le crénate de fer.

Nous recommandons aux lecteurs étrangers à la médecine le chapitre de l'hygiène des baigneurs, et si nous bornons là cet insuffisant compte-rendu, nous ne voulons pas nous séparer de cette œuvre remarquable sans exprimer combien elle témoigne du profond esprit d'observation et de la réputation de science de M. Gerdy. On peut avancer sans crainte que, s'il existait pour chaque établissement thermal un livre aussi riche que les *Etudes sur les eaux d'Uriage*, la science des eaux minérales, loin d'être dans l'enfance, serait créée : nous en trouvons le gage dans la préface de ce livre, que nous recommandons aux méditations des savants.

La médecine lyonnaise vient de faire une grande perte. M. Alexandre Bottex, médecin en chef de l'hospice de l'Antiquaille, inspecteur des asiles d'aliénés du Rhône, président de la Société nationale de médecine, membre de l'Académie, du conseil d'hygiène et de salubrité et de la Légion-d'Honneur, est mort le 16 septembre, à l'âge de 55 ans. La maladie à laquelle a succombé notre regrettable confrère était une pneumonie chronique, contractée il y a environ deux ans. Le docteur Bottex fut longtemps en proie à une oppression qui le préoccupait médiocrement. Il y a six mois environ, l'oppression augmenta, la fièvre survint, et ce ne fut qu'après de vives instances de la part de ses nombreux amis qu'il consentit à cesser temporairement ses fonctions et à recevoir leurs soins assidus et empressés. Après des alternatives diverses, on conseilla le séjour aux Eaux-Bonnes, qui produisirent un soulagement marqué. Mais cette amélioration fut de courte durée. Le retour fut marqué par une recrudescence d'intensité dans les symptômes pulmonaires. L'illusion n'était plus possible. Le docteur Bottex vit approcher sa fin avec une résignation vraiment chrétienne, et il rendit le dernier soupir dans son pays natal, entouré de ses enfants et assisté par son collègue le docteur Arthaud et par le docteur Million de Poncin, qui lui ont prodigué les soins les plus affectueux et les plus dévoués.

Dès qu'elle a eu connaissance officiellement de la mort de M. Bottex, l'administration des hôpitaux de Lyon s'est réunie et s'est préoccupée de son successeur. Le conseil a présenté à l'unanimité en première ligne M. le docteur Arthaud, qui a rempli avec distinction jusqu'à présent les fonctions de médecin-adjoint. M. le préfet du Rhône a été prévenu de cette délibération et l'a transmise à M. le ministre de l'intérieur, qui, il faut l'espérer, tiendra compte de ce vœu.

bords de la langue; en avant la pointe de cet organe reste rouge, *de manière à figurer une sorte de V*, dont l'ouverture est antérieure, et dont les deux branches se réunissent plus ou moins en arrière sur la ligne médiane. On retrouve encore la trace des enduits à la face interne des joues, où la muqueuse prend un aspect blafard, et les gencives, où se forment des taches d'un blanc grisâtre. La tuméfaction est plus ou moins intense; elle s'étend fort souvent de l'intérieur aux parties molles des lèvres, qui se fendillent, se couvrent d'éruptions diverses, et présentent aux commissures des excoriations et un état furfuracé de la peau voisine.

A mesure que la maladie marche, on peut observer d'autres phénomènes, tels que des exsudations diphtéritiques, soit en plaques membraniformes sur les gencives et sur la langue, soit en amas pultacés dans l'intervalle des gencives et des joues; quelquefois des ulcérations allongées plus ou moins profondes; enfin des dénudations partielles de l'épithélium.

Quelques malades se plaignent seulement d'éprouver de l'empâtement, de l'amertume à la bouche; le plus souvent ils y accusent des douleurs, à la langue surtout.

Après un temps variable, suivant les cas, surviennent d'autres modifications. La surface buccale perd son humidité. La langue tuméfiée semble se racornir; le tissu devient rugueux; les enduits se condensent et prennent une coloration plus foncée. La matière pultacée qui les forme revêt l'aspect d'une sorte de vernis épais, croûteux, noirâtre, adhérant plus ou moins intimement à la surface buccale sous-jacente. Sur la langue cette plaque, dure et desséchée, est fendue en divers points par des fissures et des crevasses. La bouche est totalement envahie par cette couche fuligineuse qui s'étend à la face externe des lèvres, et empiète sur la substance des dents. Dans cet état, une odeur fétide s'échappe de ces parties; la langue n'a plus le libre exercice de ses mouvements; l'articulation est presque impossible; le goût est totalement aboli.

Vers la fin de la maladie, et au moment de la convalescence, soit spontanément, soit surtout par les soins apportés à ce sujet, les enduits croûteux se détachent et laissent à nu une surface rouge encore sèche, fendillée ou même excoriée, toute dépouillée de son épithélium, qui se reforme ensuite peu à peu.

C'est dans la fièvre typhoïde que l'on a vu dans quelques cas la suppuration, l'ulcération des gencives et l'ébranlement des dents. Mais ces cas sont rares, à la vérité.

Il peut arriver que, comme toutes les affections symptomatiques de la fièvre typhoïde, la stomatite persiste encore dans la convalescence, et devienne le point de départ de phénomènes qui exigent toute l'attention du médecin.

La moindre de ces conséquences est de faire prolonger la diète d'une manière exagérée et nuisible pour les convalescents. Avec la ferme persuasion où l'on est que les enduits désignent encore quelque reste d'embarras dans les premières voies, on se refuse aux sollicitations les plus vives des malades, et on retarde outre mesure le moment de réparer leurs forces exténuées, au grand préjudice de la convalescence, et souvent même de la guérison.

Au reste, ce que nous disons là pour la convalescence de la fièvre typhoïde, nous pouvons le dire de même pour toutes les maladies aiguës.

Angine aiguë. — La stomatite est ici moins connue, et cependant elle est, dans quelques cas, très manifeste.

Elle commence d'*arrière en avant*, et se propage par l'extension du foyer inflammatoire de l'arrière-gorge. Les phénomènes les plus remarquables sont ici le boursouflement, la friabilité de la muqueuse buccale, et surtout sa tuméfaction caractérisée par l'épaississement de la langue, le gonflement de toute l'épaisseur des parties molles des joues et des lèvres d'une manière très sensible. Il existe des enduits gris ou jaunâtres, qui forment sur toute la muqueuse de la langue uniformément, et sur les autres parties, une couche limoneuse, lubréfiée par une salive visqueuse, épaisse et abondante. Celle-ci, sécrétée en plus grande quantité, et difficilement avalée par le malade, est à chaque instant rejetée au dehors.

L'inflammation se borne généralement à ces phénomènes, qui se terminent par une exfoliation épithéliale furfuracée.

Scarlatine. — La stomatite n'est pas toujours en rapport avec l'angine scarlatineuse; celle-ci étant peu marquée, nous avons vu souvent la première fort intense.

Cette affection prend ici un caractère tout spécial, tiré de la coloration de l'exanthème.

Dans la période d'invasion, la bouche prend une coloration vive. La langue reste ordinairement rouge à la pointe, pendant que les autres parties se recouvrent ou non d'un enduit blanchâtre.

C'est surtout dans la période d'éruption que ces caractères de la stomatite scarlatineuse sont bien tranchés. Les lèvres, la face externe des joues, le palais, la partie inférieure de la langue, prennent une *coloration rouge-framboisé*. La langue est quelquefois exempte d'enduits, elle est granuleuse, et on l'a vue, dans cet état, ressembler à une fraise (1). Les enduits sont fréquemment constitués par une *couche crémeuse et pultacée*, soit étendue à toute la muqueuse, soit disséminée en quelques points isolés. Des aphtes naissent à la face postérieure des lèvres, sur les gencives, et sont suivis d'ulcérations blanchâtres. La bouche est chaude, douloureuse, cuisante et baignée par une *salivation abondante*. L'odeur qu'elle exhale est très prononcée.

Dans la période de desquamation, l'inflammation cesse, les enduits se détachent, et l'épithélium *tombe en larges plaques*. La langue garde encore pendant un certain temps la coloration rouge et l'aspect lisse et vernissé qu'elle avait pris alors.

— On voit, par ces exemples que nous venons de citer, quelques-unes des différences de la stomatite, suivant les maladies dont elle est l'expression symptomatique. Nous pourrions en citer d'autres encore. Dans la variole et dans la rougeole, par exemple, elle présente d'autres particularités. On sait que dans le ptyalisme mercuriel, le scorbut, l'intoxication saturnine, certains caractères spéciaux de l'affection buccale peuvent servir à éclairer le diagnostic ou la nature de la maladie. Dans les cachexies, et surtout chez les jeunes enfants, il est enfin une stomatite très distincte, et que l'on connaît sous le nom de *muguet*.

(1) Guersant et Blache.

C'est ici le lieu de rapporter, en terminant la première partie de ce travail, le résultat des faits observés sur l'état des gencives chez les phthisiques par M. Aug. Frédéricq (1) :

« Dans le courant de 1844, dit l'auteur, je donnais des soins à une jeune fille atteinte de phthisie scrophuleuse. Les gencives de cette malade offraient un aspect tout particulier : elles étaient légèrement *gonflées* et leur couleur était normale; cependant, à une ligne à peu près du bord libre des gencives, se dessinait une *strie d'un rouge de brique*, dont la couleur tranchait brusquement avec celle de la muqueuse gingivale. Cette strie était très étroite et marchait parallèlement au bord libre des gencives; elle n'existait qu'au niveau des dents incisives et canines.

» Depuis cette époque, mon attention a été constamment éveillée sur l'état des gencives chez les phthisiques, et toujours j'ai rencontré chez eux la strie rouge en question. Il est rare qu'elle existe dans toute l'étendue de la gencive qui correspond aux incisives et aux canines; bien souvent elle n'existe que partiellement et semble être interrompue; lorsqu'elle n'est pas complète, nous l'avons toujours trouvée au niveau des deux dents incisives inférieures et médianes. Cette strie n'existe pas toujours à la même distance du bord libre des gencives; elle est quelquefois située très bas, et d'autres fois elle existe au niveau du bord libre même de la gencive : on serait tenté de croire dans ce dernier cas qu'on y a passé avec un pinceau une couleur rouge de brique très éclatante. »

Nous avons cité textuellement ce passage pour montrer que l'affection buccale de la phthisie pulmonaire a été parfaitement entrevue dans quelques-uns de ses caractères : ceci est un témoignage précieux à l'appui de notre propre observation.

§ II.

Nous avons précédemment établi l'existence et déterminé les caractères d'un état morbide qui, malgré sa fréquence dans la science, n'était pas encore dans la pratique suffisamment défini. Pour cela, nous avons exposé simplement les données de l'observation en dehors de toutes les hypothèses qui ont cours à ce sujet.

C'est maintenant le lieu 1° d'aborder ces hypothèses ellesmêmes, 2° d'en discuter les conséquences et 3° de poser les véritables solutions applicables à la médecine pratique.

1° Après l'exploration du pouls, l'examen le plus banal dans le cours des maladies est celui de la langue sans contredit. La surface de cet organe est comme un champ exclusivement réservé à la séméiotique. La plupart de ses phénomènes passent pour révéler des signes ou des indications thérapeutiques, et l'on s'abandonne de confiance aux habitudes reçues.

Parmi ces phénomènes morbides, il en est un surtout qui jouit encore d'une assez grande valeur pour les interprétations dont il est l'objet, c'est celui des enduits de la surface de la langue. On ne voit dans ce phénomène qu'un reflet d'une altération plus générale de l'économie. Chacune de ses modifications porte sa signification correspondante. Ainsi, par exemple, suivant que les enduits sont blanchâtres, jaunes ou enfin noirâtres, on suppose tour à tour un état muqueux, un état bilieux ou un état adynamique de l'économie. Et en conséquence l'indication des évacuants pour les premiers cas et des toniques pour le second semble motivée par cette signification en réalité fort hypothétique.

Il est donc de la plus haute importance de connaître exactement la valeur que nous devons accorder à des interprétations qui ont pour la pratique une semblable portée.

D'où vient d'abord cette opinion? Nous en trouvons la source dans les théories physiologiques sur lesquelles était basée l'ancienne médecine grecque.

A l'époque où l'on plaçait la cause première et la raison des maladies dans un trouble des humeurs élémentaires, ce que recherchaient les médecins, c'était l'humeur prédominante qui pouvait être accusée des accidents observés, car c'était contre cette cause qu'il fallait tourner tous ses efforts. Les humeurs se reconnaissaient à leur coloration : « *Color enim similis efflorescit humoribus* » — disait Hippocrate — « *nisi ipsi intro refluxerint* (2). » La langue, à cause de ses colorations fort apparentes, reflétait visiblement l'état des humeurs, et par chacune de ses nuances variées exprimait l'humeur correspondante. On connaît l'aphorisme : « *Lingua serum* (3) *humorum significat, linguæ virides biliosæ. Biliosum autem a pingui, rubræ a sanguine, nigræ ab atrabile; valde aridæ a fuliginosa exustione et materna parte, albæ autem a pituita.* » Galien rapporte à la texture vasculaire de la langue la facilité et la promptitude avec laquelle elle se charge des humeurs : « *Nempe lingua, quæ insignes habet venas, est quæ substantia, tum laxa, tum spongiosa, cæteris partibus quæ et duræ et densæ sunt, ad suscipiendos in se serosos humores, atque ut ab ipsis lanæ instar tingatur, promptior existit.* » (4)

Telle est la véritable source des interprétations séméiotiques encore en vogue de nos jours.

En vain la physiologie moderne a-t-elle fait justice de la théorie des humeurs élémentaires, en vain les progrès de notre temps ont-ils déclaré inconciliables avec l'état actuel de

(1) Annales de la Soc. méd. de la Flandre occidentale, novembre 1847.

(2) Traité des humeurs, p. 1.

(3) *Epidém.*, liv. VI. Dans plusieurs éditions, on trouve : « Lingua lotium significat. » Voir à ce sujet les commentaires de Galien : « Linguam ait significare qualenam sit οὖρον, id est *humorum serum*, vel proprie ita appellatum, quod singulis diebus excernimus, id est urinam, vel humorum ὀῤῥόν, id est serum. » (Gal., lib. Epid. Hipp. Lugd., 1550.)

(4) Gal. *loc. cit.*

la science ces explications de l'enfance des âges, la médecine en subit encore l'influence et ne s'aperçoit pas d'une telle contradiction. Sans doute, on ne croit plus à l'existence même des humeurs comme au temps de la physiologie grecque, mais on ne combine pas moins sous les noms d'états pléthorique, muqueux, bilieux, adynamique, les mêmes entités artificielles qu'autrefois; et on en recherche toujours les indices supposés dans les colorations diverses de la langue.

La question n'a pas changé beaucoup, en effet. Il importe peu que l'on ait restreint seulement aux premières voies ce qui était auparavant généralisé à toute l'économie, et que l'on vienne dire : — les aspects de la langue correspondent à l'état des premières voies; cet organe est à l'appareil digestif ce qu'est le pouls à l'appareil circulatoire, — la même hypothèse est toujours dans cette restriction.

En effet, ces états des premières voies, on les rapporte à l'influence de l'une des humeurs anciennement admises. C'est une sécrétion plus ou moins réelle de bile, ou de pituite (mucus), qui, par une sorte d'imprégnation imaginaire de la surface gastro-intestinale, est la cause supposée des phénomènes connus sous les noms vagues d'*embarras* ou de *saburres* des premières voies. Et l'on croit trouver les reflets de cette cause humorale existant à l'intérieur dans les enduits variés de la langue que l'on nomme *bilieux* ou *muqueux* pour cette raison.

Comme il est rare que, dans le cours des maladies fébriles, la langue ne présente pas quelques altérations et des traces plus ou moins notables d'enduits, certains médecins qui interprètent ces phénomènes ainsi que nous venons de le dire croient trouver presque partout quelque complication du côté des premières voies, et ne manquent pas d'en poursuivre à outrance l'indication; on les voit, obstinés à cette entreprise, évacuer, évacuer sans cesse la matière peccante supposée dont l'enduit de la langue passe à leurs yeux pour l'indice révélateur.

On prétend bien, à la rigueur, qu'il faut un certain concours de symptômes, tels que la céphalalgie, le malaise, la gêne ou l'anxiété épigastriques, et non pas exclusivement un seul phénomène, pour dénoter l'embarras des premières voies; mais on consulte surtout la coloration de la langue, sans s'occuper beaucoup des autres symptômes qui se lient naturellement d'ailleurs à la plupart des maladies fébriles, et il n'en faut pas davantage pour en inférer, dans beaucoup de cas, une détermination générale de traitement.

La plupart des médecins, toutefois, n'acceptent pas avec la même confiance les données de cette routine complaisante. Faisant toutes réserves sur la banalité de cette indication, ils ne se décident pas sur un point aussi vague et aussi mal déterminé. C'est donc pour nous une raison de plus de chercher à l'éclaircir. *(La fin au prochain numéro.)*

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 octobre 1849. — Présidence de M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Il n'y a point de correspondance officielle.

La correspondance manuscrite comprend les communications suivantes :

Choléra.

1° M. Réveillé-Parise écrit de Fontenay (Eure) que la maladie qu'il a observée comme complication du choléra est bien la suette miliaire, et non une simple sueur, comme a pu le penser un médecin qui avait lu sa communication.

2° Une personne étrangère à la médecine croit devoir informer l'Académie que le choléra est produit par des milliers d'insectes qui voltigent dans l'air.

3° M. le docteur Saucerotte, correspondant de l'Académie, à Lunéville, envoie la relation de la petite épidémie cholérique qui a régné dans cette ville.

Depuis le début de l'épidémie (23 juin) jusqu'à sa fin (30 septembre), il y a eu, à Lunéville, 105 cas et 41 décès. Sur ces 41 décès, 9 appartiennent à différents quartiers, et les 32 autres à un seul quartier, lequel est situé au sud de la ville, bien percé et bien aéré, et dont les dernières maisons seulement touchent à des prairies humides.

Les premiers cas se sont développés à des distances très éloignées les unes des autres, et sur des individus qui n'avaient eu aucune communication.

M. Saucerotte affirme que les statistiques publiées par l'administration sont complétement erronées.

4° M. Lecadre annonce que l'épidémie semble vouloir disparaître du Havre, et envoie diverses propositions qu'il développera dans une histoire complète de l'épidémie dans l'arrondissement du Havre, qu'il se propose d'écrire prochainement.

5° M. Limousin, médecin à Paris, attribue à la facilité de la ventilation l'immunité dont Montmorency a joui pendant l'épidémie.

— M. ROCHOUX a la parole à l'occasion du procès-verbal.

Messieurs, la lecture de l'important rapport de M. Gaultier de Claubry, commencée devant un petit nombre d'auditeurs, a fini en présence de neuf membres, y compris le bureau. Il ne pouvait donc guère y avoir de discussion. S'il s'en fût établi une, elle aurait sans doute conduit à démontrer que les principales assertions des auteurs des deux mémoires soumis à votre jugement, quoique en grande partie contradictoires entre elles, n'en sont pas moins à peu près également en dehors de la vérité. Au reste, je ne rappelle pas la manière dont a fini la séance comme m'ayant ôté une occasion de parler, mais pour dire qu'il me serait impossible de trouver une formule d'éloges applicable à la conduite par trop parlementaire de plusieurs de nos collègues.

Maladies de l'utérus.

M. FRÉD. DUBOIS lit, au nom de M. Hervez de Chégoin, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Baud, intitulé:

Déviations et engorgements de l'utérus. Moyen nouveau pour les guérir.

M. Hervez de Chégoin, analysant d'abord d'une manière complète le travail de l'auteur, dit que M. Baud attribue la plupart des engorgements à un état général qui est dominant, tandis que l'état local, loin d'être une affection primitive, comme on l'a dit trop longtemps, n'est qu'une affection secondaire qui guérit par une médication générale.

M. Hervez, tout en convenant qu'il y a beaucoup de vrai dans l'assertion de M. Baud, pense néanmoins que son opinion est trop exclusive, et il croit qu'il y a un assez grand nombre de cas où les saignées locales et les autres moyens locaux contribuent à la guérison ou même la produisent.

Arrivant aux déplacements, l'auteur pense, avec M. Baud, que ces déplacements sont une autre cause très fréquente d'engorgement. Quant à l'instrument que M. Baud a proposé pour remédier aux déplacements, M. Hervez n'a eu l'occasion de l'appliquer qu'une seule fois, et la malade n'a pu le supporter.

M. le rapporteur conclut à des remercîments à l'auteur et à la publication de la partie la plus essentielle de son mémoire dans le bulletin.

La discussion suivante ne portant nullement sur les conclusions, elles seront nécessairement adoptées.

M. Gibert croit devoir fixer l'attention des praticiens sur l'idée principale qui a dirigé l'auteur du mémoire. C'est un des épisodes les plus curieux de l'histoire médicale de notre époque, que cette importance exagérée attribuée aux moindres lésions utérines par quelques chirurgiens célèbres qui avaient cru devoir opposer à ces lésions des médications locales fort actives, quelquefois même fort dangereuses. Tandis que les grands médecins du siècle dernier ne faisaient jouer à la matrice qu'un rôle très secondaire dans les maladies des femmes, et ne regardaient le plus souvent cet organe que comme une sorte d'émonctoire dont les flux étaient sous l'empire d'une diathèse générale, on en était venu, de notre temps, à accorder à l'utérus une influence tellement prédominante, qu'il y a vingt ans à peine on aurait pu voir presque la moitié des femmes de nos salons couchées sur des canapés, soumises à l'inaction, au régime, à des médications locales très actives, et souvent tristement préoccupées de l'idée qu'une maladie très dangereuse de la matrice menaçait leur existence, même au milieu de la santé la plus florissante en apparence. Bien plus, M. Gibert a vu des femmes auxquelles on n'avait pas craint de proposer une opération aussi grave que celle de l'amputation du col de l'utérus, et qui, s'étant refusées à cette opération, ont recouvré la plénitude de leur santé dès qu'elles ont réussi à se délivrer des angoisses morales qu'avait amenées chez elles la crainte d'une maladie grave de la matrice.

Nul doute que les moyens locaux, et notamment les astringents, le froid, les douches ascendantes, les bains de siége froids, ne soient fréquemment utiles pour combattre la leucorrhée, la congestion passive du col et même les déviations ou déplacements, si communs chez les femmes qui ont subi le travail de la parturition; et il y a déjà treize ans que M. Gibert a publié ses vues à cet égard; mais les médications locales plus actives, et notamment les cautérisations soit avec les caustiques liquides ou solides, soit avec le fer rouge, que les chirurgiens de nos jours ont substituées à l'opération, sont inutiles dans un grand nombre de cas, et quelquefois même nuisibles.

Il faut d'ailleurs combattre par des médications appropriées les diathèses lymphatique, scrophuleuse, syphilitique, dartreuse, qui entretiennent la leucorrhée chez un assez grand nombre de femmes. Le point important de la question, pour le moment, était de réduire à leur juste valeur les assertions de ces chirurgiens qui, s'étant créé pour ainsi dire une spécialité au moyen de la pathologie utérine, avaient dû naturellement attacher une importance exagérée aux moindres lésions de la matrice, et se hâtaient d'opposer un traitement chirurgical fort actif à ces sortes de lésions.

Un double inconvénient était résulté de ce grave abus; d'une part on négligeait de combattre la diathèse prédominante, et de l'autre on s'exposait à employer des médications qui, sans utilité formelle pour l'état local, pouvaient aussi compromettre la santé générale et par leurs effets physiques, et par le trouble jeté dans l'esprit des femmes sans cesse préoccupées des craintes suscitées par la supposition d'une maladie dangereuse de la matrice.

M. Velpeau. La question que le rapport de M. Hervez vient de soulever est très importante, et je ne me rappelle pas qu'elle ait été discutée dans le sein de l'Académie; il en est peu cependant qui méritent autant de l'être. Je saisirai donc cette occasion pour dire quelques mots sur cette question.

Sur beaucoup de points, je me trouverai d'accord avec l'auteur du mémoire et M. le rapporteur, et je différerai avec eux sous plusieurs autres.

Je dirai d'abord qu'avant de discuter sur le traitement local ou général des engorgements de la matrice, il faudrait savoir avant tout si ces engorgements existent réellement. Or, depuis quinze ans que je demande qu'on m'en fasse voir un exemple, sur le cadavre bien entendu, car sur le vivant on voit souvent tout ce qu'on veut, on ne me l'a pas encore montré, et je l'attends. Il est bien entendu que je parle ici de l'engorgement chronique simple, et que je laisse de côté les phlegmasies aiguës, les tumeurs, les cancers, etc.

Comment donc se fait-il que pendant si longtemps, qu'aujourd'hui encore, quoique beaucoup moins, une quantité considérable de praticiens trouvent l'occasion de traiter une affection qui n'existe pas, ou qui, si elle existe, est au moins excessivement rare? Voici comment je me suis expliqué cette singulière circonstance:

Si les engorgements sont très rares ou imaginaires, les déplacements à droite et à gauche sont, au contraire, très fréquents, ainsi que les antéflexions et les rétroflexions. C'est sans doute ces affections qu'on a prises pour des engorgements chroniques; mais il est bien facile chez les femmes de peu d'embonpoint, en introduisant un doigt dans le vagin et en plaçant une main sur l'hypogastre, de circonscrire l'utérus, de le mesurer presque comme on pourrait le faire sur une table, et de voir qu'il n'est nullement augmenté de volume.

Ce que je dis me paraît important; car cela démontre que le traitement qu'on dirigerait contre un prétendu engorgement serait au moins inutile; mais, fût-il utile dans certains cas, ce que je ne nie pas absolument, il n'en resterait pas moins démontré pour moi qu'il n'a pas agi en guérissant l'engorgement.

Jusqu'ici je partage à beaucoup d'égards les opinions de l'auteur du mémoire et celles de M. le rapporteur. Je vais en différer dans ce qui va suivre.

L'auteur du mémoire et M. le rapporteur préconisent les médications générales, qui ont certainement une grande utilité; mais elles n'accordent pas une assez grande confiance aux traitements locaux qui ont aussi une très grande importance, et une importance bien plus grande encore dans les déplacements que dans les engorgements.

Il est une autre affection locale qui est également très fréquente, et d'où dépendent presque toutes les leucorrhées, c'est l'affection *granuleuse* du col de l'utérus, altération qu'on a beaucoup trop divisée et subdivisée, altération qui n'est point grave en ce sens qu'elle ne compromet pas la vie des malades, mais qui persiste presque indéfiniment quand on ne lui applique pas un traitement convenable. On peut bien quelquefois guérir cette affection par des médications générales, mais c'est le cas le plus rare; et ce n'est jamais qu'après un temps fort long, après des années, qu'on y parvient, lorsqu'on réussit. Au contraire, à l'aide d'un traitement local, on guérit en très peu de temps, et j'ai acquis à cet égard une assez grande expérience pour ne pas craindre de m'avancer.

Ce traitement local doit surtout consister dans l'application de caustiques, et, parmi eux, il en est un bien préférable aux autres; c'est le nitrate acide de mercure, qui agit aussi sûrement contre l'affection granuleuse que le quinquina contre les fièvres intermittentes, et qui ne laisse jamais attendre la guérison au delà d'un mois ou six semaines.

M. Malgaigne. Je crois, en effet, qu'il y aurait un grand intérêt à continuer cette discussion, et même à la renvoyer à une autre séance. Mais il ne faut point nous dissimuler que nous n'arriverons pas à établir une doctrine bien solide sur les maladies de la matrice. Je crois que nous tomberons tous d'accord sur la nécessité de démolir ce qui existe; mais je ne pense pas qu'aucun de nous puisse se féliciter de rattacher à son opinion l'unanimité, ni même la majorité des suffrages. Ce qui restera donc de cette discussion, c'est que la pathologie utérine est un vaste champ de recherches à faire.

Ceci bien entendu, il n'y a plus que des opinions à exposer sur la pathologie générale de l'utérus. Or, comme opinion, je dois dire que, selon moi, beaucoup d'affections de la matrice sont constituées par une lésion locale de cet organe, et qu'elles exigent un traitement local.

Quant à des points plus spéciaux, je ne saurais partager l'opinion de M. Velpeau touchant les engorgements. Si M. Velpeau a voulu parler des engorgements du corps de l'utérus, il peut avoir raison; mais quant aux engorgements du col, je pense que les nier serait nier l'évidence.

Je pense aussi qu'il y a des ulcérations auxquelles on a fait jouer un très grand rôle, tandis qu'elles ne méritent qu'une très faible attention.

L'explication de l'engorgement par les antéflexions et les rétroflexions ne me paraît pas plus fondée. J'ai fait pendant longtemps le service des pessaires au Bureau central; je vois depuis trois ans un assez grand nombre d'affections utérines à l'hôpital Saint-Louis, et jusqu'à présent je n'ai jamais rencontré un seul cas de rétroversion ou d'antéflexion. Je n'ai pas davantage rencontré de rétroversion, état que le rapport dit être très fréquent. Les deux seuls cas de rétroversion que j'ai observés se sont présentés dans ma pratique civile. Mais si les rétroversions sont rares, je crois, au contraire, que les antéversions sont beaucoup plus fréquentes que ne le pense M. le rapporteur, et je ne serais pas étonné que l'habitude, trop générale aujourd'hui, d'appliquer de prime abord le spéculum sans toucher les femmes debout n'en fît méconnaître un certain nombre.

Quant à la thérapeutique, il y aurait beaucoup à dire, beaucoup plus encore à chercher que dans les autres parties. Nous sommes tous d'accord que le traitement préconisé il y a vingt-cinq ans ne peut résister à un examen sérieux; mais je crains bien que nous ne soyons pas aussi unanimes sur celui qu'il convient de lui substituer. Pour le moment, je me bornerai à dire que, sans avoir pour le fer rouge tout l'amour de père de M. Jobert, je trouve chaque jour l'occasion de constater les services que ce caustique rend à la thérapeutique utérine.

L'Académie décide que la discussion sera continuée dans la séance prochaine.

Néphrite albumineuse.

M. Landouzy présente lui-même le mémoire qu'il a envoyé hier à l'Académie des Sciences, et relatif à l'existence de l'amaurose dans l'albuminurie.

Compression du nerf récurrent.

M. Legroux lit un mémoire relatif au diagnostic de l'état pathologique, qui est la suite de la compression du nerf récurrent avec ou sans compression simultanée du nerf récurrent.

Suivant l'auteur, ces phénomènes sont:

L'aphonie,

L'enrouement,

La toux,

La dyspnée;

Il n'y a que très rarement de la douleur. On observe presque constamment une bronchite consécutive.

Suivant l'auteur, l'enrouement et l'aphonie ont dans ces cas des caractères particuliers.

1° « L'aphonie est incomplète; la voie est basse, elle s'élève par un effort d'expiration, mais elle reste base; elle ne semble qu'à demi articulée; elle est *boiteuse*, si l'on peut ainsi parler; elle semble coupée en deux; elle est unilatérale.

2° » Ce qu'on désigne sous le nom d'enrouement est un bruit de frôlement analogue à celui que produirait un corps mobile dans le larynx; indépendant de la phonation et isochrone aux mouvements respiratoires, il est également unilatéral, et en opposition de côté avec le siége de la voix.

» Cette disposition des bruits laryngés m'a paru être un signe direct de l'hémiplégie du larynx. »

Pour compléter le diagnostic, l'auteur ajoute que « l'absence de rougeur et de gonflement vers l'orifice du larynx, l'examen que l'on peut faire extérieurement de cet organe et l'absence de douleur, gonflement ou crépitation, annonçant une altération des cartilages, viennent corroborer la valeur des deux signes précédents. »

Fistules vésico-vaginales.

M. Jobert présente une malade sur laquelle il a pratiqué l'opération de l'autoplastie par glissement pour une fistule vésico-vaginale. La fistule est remplacée par une cicatrice parfaitement solide; les urines sont retenues tout aussi longtemps que dans l'état normal.

— La séance est levée à cinq heures.

—M. le ministre de l'agriculture et du commerce vient de charger le comité supérieur d'hygiène de préparer un projet de loi sur l'exercice et la police de la médecine.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 13 OCTOBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 120.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 12 OCTOBRE 1849.

Bulletin du choléra.

L'épidémie n'a plus qu'un pas à faire pour quitter notre sol; mais ce pas, elle ne l'a pas encore fait aujourd'hui. Les hôpitaux civils ont encore reçu 4 cholériques avant-hier, et 6 hier. Ils ont eu dans ces deux jours 6 décès.

Les hôpitaux militaires continuent à être à l'abri de l'épidémie. La ville ne fournit que deux à trois décès par jour.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

	Entrées.	Décès.
HOPITAUX CIVILS : Journée du 10 octobre.	4	4
— 11	6	2
HOPITAUX MILITAIRES pendant les deux jours. . .	»	»
Total.	10	6

Total des décès dans les hôpitaux.	8022
Total des décès à domicile jusqu'au 15 septembre. .	10812
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie.	18834

Revue clinique hebdomadaire.

Cancer de la face. Cas remarquable de ligature de la carotide primitive. — Nous avons assisté il y a quelque temps à une ligature de la carotide primitive faite par M. Jobert dans les conditions les plus défavorables, et qui n'en a pas moins produit un résultat pratique des plus importants.

Mme D..., jeune femme d'une trentaine d'années, vint réclamer, au mois de juillet 1849, les soins de M. Jobert pour une tumeur encéphaloïde énorme, qui, ayant débuté par l'os maxillaire supérieur, occupait maintenant tout le côté gauche de la face, descendant au-dessous du maxillaire inférieur, de manière à empêcher de sentir cet os à travers les tissus. A son arrivée à Paris, cette malade fut placée dans la maison de santé du docteur Rochard. Dès le lendemain, M. Jobert constata un abcès assez volumineux à la partie supérieure de la tumeur; cet abcès fut ouvert, et la plaie se cicatrisa promptement sans produire d'hémorrhagie.

Des champignons encéphaloïdes se développant dans l'intérieur de la bouche et menaçant de causer des hémorrhagies, M. Jobert pratiqua plusieurs cautérisations avec le fer rouge; mais à mesure que les escharres tombaient, les champignons prenaient un nouveau développement. Ils occupaient une grande partie de la bouche, rendaient très difficile la déglutition, et menaçaient la malade de suffocation; la maladie faisait d'ailleurs de rapides progrès et vers le cou et vers le maxillaire supérieur du côté opposé, lorsque M. Jobert provoqua une consultation, à laquelle assistèrent MM. Louis et Rostan, et dans laquelle il fut décidé que l'on tenterait la ligature de l'artère carotide primitive gauche pour ralentir au moins, sinon pour arrêter les effrayants progrès du mal.

La face de la malade présentait alors l'aspect indiqué dans notre dessin; on remarquera surtout le volume des champignons qui obstruaient la bouche.

L'opération fut pratiquée le 11 août en présence de MM. Rostan, Louis, Roger, Rochard et de Castelnau, ainsi que de plusieurs élèves. Le chirurgien s'attendait à trouver des difficultés; elles furent plus grandes encore qu'il ne s'y attendait.

L'engorgement avait tellement induré et confondu tous les tissus du cou muscles, peau, ganglions, tissu cellulaire, qu'il fallait en quelque sorte sculpter dans ces tissus, qui ne se laissaient que très difficilement déplacer, pour arriver jusqu'à l'artère. En outre, des veines volumineuses rampaient dans l'épaisseur de ces tissus et venaient encore compliquer les difficultés. Après dix minutes de la dissection la plus pénible au milieu de tissus qu'il était complètement impossible de distinguer les uns des autres tant l'altération pathologique les avait défigurés, et où il était d'ailleurs presque impossible de faire pénétrer le regard, tant la plaie était profonde et ses bords difficiles à écarter, ces difficultés parurent telles à l'un des consultants, qu'il crut devoir proposer à M. Jobert de renoncer à ligature. Le chirurgien néanmoins ne se découragea pas; guidé par ses doigts plutôt que par ses yeux, il continua lentement sa dissection, tantôt avec le bistouri, tantôt avec la sonde cannelée, et il finit enfin par arriver sur l'artère, par l'isoler et par l'embrasser dans une ligature. La malade, qui avait été soumise à l'influence du chloroforme pendant la première partie de l'opération, avait parfaitement repris ses sens à la fin, et elle ne sentit néanmoins aucune douleur particulière quand on serra le fil, preuve que le nerf n'était pas compris dans la ligature. Aucune veine de quelque importance n'avait été ouverte, en sorte que la malade ne perdit que très peu de sang.



Néanmoins, après une opération aussi laborieuse, il était naturel de craindre le développement d'accidents redoutables. Il ne s'en manifesta pas l'ombre; à peine un léger mouvement fébrile s'établit-il.

La ligature tomba spontanément le vingt-septième jour (le 8 septembre), et sa chute ne fut suivie d'aucune hémorrhagie.

Mais ce qu'il y eut de remarquable, c'est que dès les premiers jours de l'opération la tumeur diminua très sensiblement; la gangrène commença à s'emparer des champignons qui obstruaient la bouche, et les réduisit tellement par des mortifications successives, qu'au bout de quinze jours la déglutition et la respiration étaient parfaitement libres. Cette amélioration presque inespérée existait encore le 30 septembre lorsque la malade voulut retourner chez elle.

Outre l'honneur que cette opération fait à l'habileté chirurgicale de M. Jobert, plusieurs conséquences pratiques en découlent naturellement. Nous noterons les suivantes :

On sait que M. Mirault, d'Angers, a proposé (le premier, si notre mémoire nous sert bien) de lier les gros vaisseaux artériels qui alimentent les tumeurs cancéreuses pour obtenir la résolution ou la destruction par gangrène de ces tumeurs. Il s'en faut assurément que les résultats obtenus aient répondu aux espérances de l'habile praticien et de ses imitateurs, et nous serions loin de conseiller, d'une manière générale, cette méthode, aujourd'hui à peu près généralement abandonnée; mais est-ce à dire qu'on doive la rejeter absolument et dans tous les cas? Le fait qu'on vient de lire nous semble suffisamment prouver le contraire. Nous n'espérons certainement pas que la diminution obtenue dans le volume de la tumeur continue et conduise à une résolution complète; nous n'espérons même pas que la marche de la tumeur soit définitivement suspendue, et qu'elle reste stationnaire au point où elle en est.

Nous sommes fermement convaincu, au contraire, que tôt ou tard cette tumeur reprendra son développement et conduira la malade au terme fatal; mais il n'en est pas moins vrai que la malade était sur le point de succomber quand elle a subi l'opération, qu'elle aurait succombé infailliblement sous peu de jours, autant peut-être par inanition que par asphyxie, et que la ligature lui a procuré au moins deux mois d'une vie très supportable, car cette femme a à peine souffert depuis son opération. Maintenant rien ne prouve que l'état dans lequel elle est ne puisse se prolonger quelques mois encore, et s'il en est ainsi, la chirurgie peut à bon droit s'enorgueillir d'un pareil succès. Ainsi donc, il est des circonstances où la ligature des grosses artères qui alimentent les humeurs cancéreuses peut rendre les plus grands services; seulement, ces cas sont très difficiles à déterminer d'avance, et le chirurgien doit surtout avoir égard aux circonstances spéciales à l'espèce pour prendre une décision.

Une particularité qui ne doit peut-être pas être perdue de vue, c'est l'état de l'artère au sein des tissus indurés, confondus les uns avec les autres. On pouvait craindre que le vaisseau, entouré de toutes parts de ce tissu, ne participât à la dégénérescence ou au moins à l'altération généralo, et qu'il ne résistât point au travail consécutif à la ligature. On avait donc tout lieu de craindre une hémorrhagie consécutive, après avoir évité les dangers primitifs de l'opération. On a vu combien l'événement dissipa heureusement ces craintes, nous enseignant par là que les circonstances d'un engorgement très considérable existant autour du vaisseau ne doivent point constituer une contre-indication à la ligature, quand d'ailleurs celle-ci reste possible, *opératoirement* parlant.

Enfin, il ne sera peut-être pas sans intérêt de faire remarquer la rapidité de la cicatrisation de la plaie faite sur des tissus déjà spécifiquement engorgés. Cette remarque a déjà été faite dans d'autres cas analogues; mais il est bon, pour l'histoire générale du cancer, de ne la point perdre de vue.

Plaie de l'artère radiale. Hémorrhagies pendant quatre jours. Cessation des hémorrhagies par la compression et la position élevée de la main. — Les plaies de l'arcade palmaire ou de la radiale à sa terminaison sont, comme tout le monde le sait, souvent assez rebelles pour que beaucoup d'auteurs aient cru devoir conseiller la ligature immédiate, soit de l'artère blessée, soit même des deux artères qui concourent à la formation de l'arcade artérielle, la radiale et la cubitale. On ne lira donc pas sans intérêt le résumé d'un fait que nous avons observé hier dans le service de M. Malgaigne, et qui montre l'heureux résultat que l'on peut obtenir, quelquefois au moins, de la compression aidée de la position élevée de la partie blessée.

Un menuisier âgé de dix-neuf ans, se donna par mégarde, le 7 octobre courant, un coup de ciseau sur la partie supérieure et interne de l'éminence thénar du côté droit. Immédiatement après la blessure, le sang s'échappa par légères saccades, mais avec assez peu d'abondance. Un pansement simple, accompagné d'une légère compression, fut appliqué sur la plaie, et le bras tenu en écharpe. Le sang cessa de couler d'abord; mais l'hémorrhagie se reproduisit bientôt, toujours modérée, cessa ensuite et se reproduisit de nouveau. Ces alternatives de cessation et d'apparition se reproduisirent ainsi pendant trois jours. Quoique l'écoulement de sang ne fût pas très abondant chaque fois, le malade commençait néanmoins à s'affaiblir, et surtout à s'inquiéter, et il se décida à réclamer son admission dans l'hôpital; il fut admis dans le service de M. Malgaigne, salle Saint-Augustin, n° 66, le mercredi 10 octobre.

A l'aide d'une double couche de compresses graduées, placées, les unes sur la face antérieure de l'avant-bras droit et sur le trajet de la radiale, les autres sur la face postérieure de cette partie, et recouvertes de deux attelles fixées par un bandage roulé, M. Malgaigne établit une compression méthodique sur la radiale. Il fit en outre coucher le malade et lui recommanda de tenir son avant-bras verticalement, demi-fléchi sur le bras, qui devait lui-même reposer horizontalement sur le lit. La plaie fut pansée simplement. Depuis l'application de cet ensemble si simple de moyens thérapeutiques, l'écoulement sanguin ne s'est pas reproduit jusqu'aujourd'hui. Le travail de cicatrisation commence déjà à s'opérer, et il est bien à espérer maintenant que la suspension de l'hémorrhagie sera définitive.

Cas remarquable de diathèse cancéreuse. — Au n° 14 de la salle Saint-Côme, à l'Hôtel-Dieu (service de M. Jobert), se trouve en ce moment un des exemples les plus curieux de diathèse cancéreuse que nous ayons observés depuis longtemps, curieux surtout par le siége qu'occupent les produits morbides. Quelques mots sur l'histoire de ce malade suffiront pour fixer l'opinion de nos lecteurs à cet égard.

Cet homme, nommé François, âgé de trente-quatre ans, est né à la campagne, qu'il a habitée jusqu'à l'âge de seize ans, se livrant aux travaux de l'agriculture. A l'âge de seize ans, il vint à Paris et entra dans un établissement d'étamage de glaces, où il travailla jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans. Vers cette époque, il fut atteint d'un tremblement mercuriel qui le força à quitter sa nouvelle profession; après quelques mois de traitement, il guérit de son tremblement et prit l'état de tourneur en bois, qu'il exerce encore actuellement.

Il y a sept ans environ, il fut atteint d'une fièvre typhoïde modérément intense, et c'est à la suite de la convalescence de cette affection qu'il s'aperçut pour la première fois de l'existence d'une petite tumeur vers l'angle supérieur et externe de l'omoplate du côté droit. Cette tumeur augmenta rapidement, et atteignit en moins d'un an le volume d'un gros œuf de poule. Elle ne faisait éprouver qu'une sensation de démangeaison, de cuisson, et gênait plutôt le malade par son volume que par la douleur qu'elle occasionnait. Il consulta alors M. le docteur Thierry, qui pratiqua l'ablation de la tumeur le 12 décembre 1843. Trois semaines après, le malade put commencer à travailler, et au bout de sept semaines la cicatrisation était complète.

Mais à peine la guérison était-elle achevée depuis quelques mois qu'une autre tumeur apparut sur l'épaule opposée, pré-

cisément sur le point correspondant à celui primitivement envahi. L'accroissement de celle-ci fut beaucoup plus lent que celui de la première; ce ne fut que l'année dernière qu'elle atteignit à peu près le volume d'un œuf de dinde. Les symptômes fonctionnels dont cette nouvelle tumeur s'accompagna furent tout à fait semblables à ceux qui accompagnèrent l'autre. Seulement celle-ci se compliqua d'une petite tumeur du volume d'une grosse noisette dans la fossette sus-claviculaire, près de l'extrémité interne de la clavicule; cette petite tumeur augmentait et diminuait par moments, mais elle ne disparaissait jamais complétement. Le malade entra à l'Hôtel-Dieu, et M. Roux lui enleva la nouvelle tumeur de l'épaule le 15 novembre dernier en respectant la petite tumeur sous-claviculaire. La plaie se cicatrisa avec la même facilité qu'après la première opération. Le malade examina cette fois l'aspect du tissu enlevé et le trouva semblable à celui « d'un morceau de lard renfermé dans une vessie. » Il entendit dire que c'était du tissu encéphaloïde.

Vers la partie inférieure interne de la seconde cicatrice, il se forma, aussitôt après la cicatrisation, un petit bouton qui fit éprouver les mêmes cuissons que la grande tumeur, et devint le point de départ d'une troisième tumeur que le malade porte encore actuellement. Cette troisième tumeur produisit exactement les mêmes symptômes que les deux premières. Il y a trois jours seulement qu'elle s'accompagna de douleurs assez vives et de rougeur à sa surface, ce qui a engagé le malade à réclamer son entrée à l'hôpital le 9 octobre courant.

A l'examen, on constate en effet, sur chaque angle supérieur des omoplates, deux cicatrices ayant environ 6 centimètres de diamètre, formées par un tissu accidentel. Sous la cicatrice droite et autour d'elle se trouvent plusieurs indurations, d'une dureté modérée, peu adhérentes à la peau ou au tissu cicatriciel qui les recouvre, ainsi qu'au tissu cellulaire sous-jacent; sous la cicatrice gauche et en dedans d'elle, une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, bosselée et assez dure à son pourtour, rouge, très sensible et un peu fluctuante à son centre, qui est élevé en cône arrondi. A l'endroit déjà mentionné, vers l'extrémité interne de la clavicule, existe une tumeur roulante sous la peau, du volume d'une noix ordinaire.

L'état général du malade est d'ailleurs assez satisfaisant; il n'a point de fièvre; il a de l'insomnie seulement depuis trois jours; il conserve à peu près son appétit ordinaire.

Sous le rapport pathologique, il est assurément fort curieux de voir la persistance avec laquelle se reproduit le tissu morbide, à mesure qu'il est enlevé par l'instrument du chirurgien. Il est curieux également de voir ce tissu affecter symétriquement les deux épaules l'une après l'autre, comme si les régions semblables se correspondaient sous le rapport pathologique, comme elles se correspondent physiologiquement.

Mais ces données sont loin d'être sans intérêt sous le rapport pratique.

S'il est un cas dans lequel il soit permis d'espérer un heureux résultat d'une ablation de cancer, c'était certainement le cas actuel au moment où la première opération a été pratiquée. Une tumeur unique, exempte de toute complication, éloignée de tout organe important, existant sur un sujet jeune et dans un assez bon état de santé générale, voilà bien des conditions de réussite pour une opération; cependant le mal a récidivé une première fois d'abord, puis une seconde, et il récidivera très probablement une troisième fois lorsqu'une troisième opération aura été pratiquée. Est-ce là une raison qui contre-indique toute nouvelle tentative opératoire? Ce n'est pas ce que nous voulons dire; nous croyons même que cette tentative doit être faite. Mais nous ne pouvons nous dispenser de dire qu'il règne sur l'opportunité des ablations du cancer des idées qui ne sont peut-être pas tout à fait conformes à une saine pratique. Nous ne pouvons développer en détail aujourd'hui cette proposition; mais nous aurons occasion de l'examiner quelque jour avec toute l'attention qu'elle mérite, et nous espérons en démontrer la justesse. Nous devons nous contenter aujourd'hui de l'émettre à la suite d'un fait qui doit servir à l'éclairer.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Chassaignac.

Suffocation produite par une angine œdémateuse (improprement œdème de la glotte). Première application de l'érigne cricoïdienne. Guérison.

L'observation fort intéressante recueillie dans le service de M. Vigla, à l'Hôtel-Dieu, et publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, donnera, nous l'espérons, quelque opportunité à la narration d'un fait analogue, mais dans lequel l'opération fut pratiquée à une période plus avancée de la maladie, et cependant avec un égal succès. Cette observation, tout en prouvant que chez certains sujets on a pu temporiser sans perdre le bénéfice de l'opération, n'affaiblit en rien la conséquence pratique la plus importante de l'observation de M. Vigla, à savoir, que l'opération faite de bonne heure, dans les cas d'œdème de la glotte, donnerait des résultats heureux. Des observations comme celle à laquelle nous venons de faire allusion, et celle que nous rapporterons tout à l'heure, ne sauraient trop se multiplier; elles ébranleraient et finiraient peut-être par détruire cette croyance préjudiciable, dans laquelle sont encore des praticiens d'un grand mérite, que, même avec l'opération faite en temps opportun, il y a dans certains œdèmes de la glotte des conditions encore indéterminées qui placent la gravité de ce genre d'affection hors de portée des ressources chirurgicales. S'il en a été ainsi dans beaucoup de cas, il faut attribuer l'insuccès de l'opération à l'époque tardive à laquelle elle a été faite et aux désordres graves déjà consommés dans l'organisation du poumon au moment où l'on a eu recours à l'*ultima ratio* de l'action chirurgicale.

Ce serait un progrès important dans la pratique que d'amener l'esprit des médecins à ne jamais temporiser quand il y a des indications suffisantes pour la bronchotomie et à apprécier de bonne heure ces indications. Nous ne sommes pas de ceux qui, parce qu'ils ne voient dans cette opération qu'une incision de peu de profondeur, s'imaginent que la bronchotomie est une opération sans gravité. La faire légèrement serait une faute; mais une fois qu'elle est indiquée, il ne saurait y avoir de comparaison à établir entre sa gravité et celle d'une temporisation mal entendue. Comme opération, il en est aujourd'hui qu'un bien petit nombre en chirurgie qui soient d'une aussi grande simplicité, d'une aussi grande sûreté que la bronchotomie depuis les perfectionnements apportés au manuel opératoire par le procédé de M. Chassaignac. Accrocher, soit à travers la peau, soit après avoir fait une mouchelure, le bord inférieur du cartilage cricoïde, toujours facile à sentir sous la peau, à tout âge et même dans le cas de gonflement œdémateux du col; une fois l'érigne cricoïdienne solidement implantée, diviser d'un seul coup la trachée et tout ce qui la recouvre; renverser immédiatement en dehors chacune des lèvres de l'incision trachéale soit avec des érignes, soit avec des pinces à fermoir, soit avec des épingles recourbées: ce sont là toutes choses qui ne dépassent pas la portée de l'éducation chirurgicale la plus élémentaire.

Le fait que nous allons rapporter tire peut-être quelque intérêt de cette circonstance qu'il y a été fait pour la première fois usage de l'érigne cricoïdienne, non pas il est vrai d'emblée, c'est-à-dire à travers la peau, mais seulement après incision préalable aux téguments.

Dans la nuit du 26 octobre 1847, deux de nos honorables confrères, M. le docteur Carteau et M. le docteur Grasset, prièrent M. Chassaignac de se rendre rue Rochechouart, cité Turgot, auprès d'un malade en proie à un état de suffocation imminente, et pour lequel une opération de bronchotomie paraissait nécessaire. Le malade était un homme de trente ans, employé à l'abattoir. Huit jours auparavant il avait souffert du mal de gorge avec altération de la voix. Le médecin habituel, M. Jules Grasset, avait proposé, dès le début, une application de sangsues, à laquelle le malade ne voulut pas se soumettre. L'indisposition ne prit pas tout d'abord une gravité marquée, puisque sept jours après le début, dans la journée du 24 octobre, le malade était sorti et avait même commis quelques écarts de régime.

Tout à coup, dans la nuit du 25 au 26, les choses prennent le caractère le plus grave; un étouffement presque continu, des accès répétés de suffocation, une anxiété excessive, se montrent sans discontinuer. Le malade ne peut exécuter la déglutition de la moindre quantité de liquide, sans qu'il ne survienne à l'instant même un nouvel accès de suffocation. On jugera de la gravité des accidents, quand nous rappellerons la série des moyens qui furent employés dans la seule journée du 26 octobre: trois saignées, 76 sangsues à la partie antérieure du cou, le tartre stibié, un vésicatoire à la partie antérieure du cou, d'autres sur les parties latérales. Il était difficile d'aller plus loin dans l'emploi des moyens médicaux proprement dits: aussi M. le docteur Carteau ayant été appelé en consultation avec M. le docteur Grasset, pensa-t-il qu'une opération chirurgicale était désormais le seul moyen auquel on dût recourir avec quelque espérance de succès.

Lorsque M. Chassaignac arriva près du malade dans la nuit du 26 au 27 octobre, voici quel était l'état des symptômes: bouche largement béante, ronflement comparable à celui que pourrait produire le passage de l'air à travers une ouverture à bords inégaux, parfois espèce de clapement analogue à celui d'une soupape qui se relève avec peine et retombe aussitôt. Le fond de la gorge, examiné avec soin, ne présente aucune trace d'exsudation couenneuse. Les amygdales n'ont que leur volume normal. En abaissant avec une cuiller la base de la langue aussi fortement que possible, on aperçoit la face supérieure ou antérieure de l'épiglotte; mais il est impossible d'apercevoir les replis arythéno-épiglottiques. M. Chassaignac, afin d'arriver par le toucher jusqu'à l'orifice supérieur du larynx, refoule fortement avec la base du doigt indicateur droit la commissure labiale droite, et diminuant par là le trajet à parcourir pour gagner la partie supérieure du larynx, atteint cette partie, sur laquelle il lui est impossible de discerner rien autre chose qu'une sorte de boursouflement velouté et assez ferme au niveau des replis arythéno-épiglottiques.

Du côté de la poitrine, la percussion donne une sonorité à peu près normale dans tous les points. A l'auscultation, on constate dans tous les points aussi un véritable ronflement, comme celui d'une grosse corde de basse; mais aucun ronchus, soit muqueux, soit crépitant; pouls petit, faible, fréquent; face non violacée, mais un peu turgide, pâle, et de cette lividité des asphyxies très lentes; les yeux un peu saillants, comme infiltrés, mais sans éclat.

L'existence d'un œdème de la partie supérieure du larynx, improprement appelé œdème de la glotte, ne semblait comporter aucun doute. Les symptômes ci-dessus mentionnés ne paraissaient pouvoir se rapporter qu'à l'une ou l'autre des trois affections suivantes: l'angine œdémateuse, l'angine couenneuse, ou enfin des accidents nerveux, c'est-à-dire le spasme des muscles constricteurs de la glotte, les dilatateurs étant inactifs ou insuffisamment actifs.

On ne pouvait s'arrêter à l'idée d'une angine couenneuse, puisque nul vestige de fausse membrane n'avait été aperçu ni sur les piliers du voile du palais, ni vers la partie supérieure du larynx. L'idée d'accidents nerveux ne se présentait pas non plus; car ceux-ci s'observent bien chez les enfants et chez les femmes, mais sont bien rares chez un adulte vigoureux; ensuite, ils ne sont pas habituellement précédés d'un état inflammatoire caractérisé, comme cela avait lieu dans le cas particulier. Enfin, l'œdème avait été senti avec le doigt porté à la partie supérieure du larynx.

L'opération fut décidée, proposée au malade et aux parents, et exécutée séance tenante. Le cou ayant été lavé avec soin (il était couvert de piqûres de sangsues et de sang coagulé), M. Chassaignac, après avoir incisé les téguments, qui avaient une certaine épaisseur, implanta un ténaculum sous le bord inférieur du cartilage cricoïde aussitôt qu'il eut reconnu d'une manière non douteuse ce cartilage au fond de l'incision faite au tégument. Le larynx et la trachée ayant été amenés en avant à l'aide du ténaculum, les trois premiers anneaux de la trachée furent divisés, et deux érignes étant implantées, l'une dans la lèvre droite, l'autre dans la lèvre gauche de l'incision faite à la trachée, l'introduction de la canule se fit avec une facilité extrême et sans le secours d'aucun autre instrument. Au moment même, la respiration se fait largement à travers la canule; une bougie approchée de la plaie était éteinte presque aussitôt.

Un grand calme succède à l'agitation qui avait précédé, et nous n'avions pas encore quitté le malade qu'il avait commencé d'éprouver le bienfait d'un sommeil réparateur.

Le lendemain 27 octobre, MM. Carteau, Grasset et Chassaignac revirent le malade. Respiration parfaite à travers la canule, point d'anxiété ni de fièvre. Les rubans attachés aux anses latérales de la canule, au lieu d'être noués derrière le cou, ce qui a l'inconvénient de faire participer la canule aux mouvements généraux du cou, furent retenus au moyen de bandelettes agglutinatives placées sur les parties latérales.

Le 28, nuit parfaite, nulle entrave à la respiration. On décide de toucher le fond de la gorge avec une solution de 30 centigrammes d'azotate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée, attouchement qui est très bien supporté par le malade. — Bouillon froid, petits fragments de glace.

Samedi 30 octobre. La fin de la journée du jeudi, toute la journée du vendredi se sont très bien passées, ainsi que la nuit du vendredi au samedi, qui a présenté un sommeil paisible. La voix commence à se faire entendre (le malade était complétement aphone au moment de l'opération). Par instants, la voix rappelle le son nasillard de la voix de polichinelle; en d'autres moments, elle produit des sons analogues à ceux de la ventriloquie. Nous remarquons qu'au moment où le malade parle, il fait entendre un souffle très prononcé à travers la canule. Quand on obture cette dernière soit avec une grosse éponge introduite dans la plaie, soit avec la petite éponge portée par une tige de baleine, la voix prend plus de force et son timbre plus de pureté. Il est survenu dans le voisinage de la plaie un peu de gonflement inflammatoire, qui est à peine douloureux, ainsi que la plaie elle-même, dont la surface est recouverte d'une croûte desséchée. — Prescriptions: Continuer à entretenir la libre ouverture de la canule, qui tend à s'obstruer par du mucus bronchique; ramollir les liens de fil qui sont roidis par du sang concrété; glace et bouillon dans la journée, purgatif au citrate de magnésie pour demain matin.

Le 1er novembre. Dans la journée du samedi, quelques heures après la visite du matin, la canule fut tout à coup expulsée dans un effort de toux. MM. Carteau et Grasset la remirent en place sur-le-champ; mais nous remarquons que, depuis sa réintroduction, sa présence est moins bien supportée. Dans les deux nuits qui suivent, il y a eu de l'agitation; cette agitation n'a été accompagnée ni de frisson, ni de fièvre; elle paraît avoir pour unique cause la gêne mécanique produite par la canule. Cette dernière, au lieu de favoriser l'expulsion des mucosités, semble plutôt y faire obstacle. Après avoir constaté:

1° Que la déglutition se faisait sans aucune difficulté, et sans que les liquides parussent pénétrer dans le larynx, comme cela avait lieu avant l'opération toutes les fois que le malade avalait;

2° Que la déglutition des liquides ne renouvelait pas, comme antérieurement, les accès de suffocation;

4° Que lorsqu'on obturait complétement la canule, la respiration pouvait se maintenir par le passage de l'air entre les parois de la canule et celles de la trachée, ce qui attestait que l'orifice du larynx était parfaitement libre; M. Chassaignac se décida à enlever définitivement la canule. La respiration n'en éprouva aucun effet fâcheux, et le malade ressentit sur-le-champ un état de bien-être.

Le 3 novembre, le malade est parfaitement bien; la plaie a diminué d'étendue; la respiration et la déglutition s'exécutent sans aucune difficulté. Aucune trace d'œdème dans le fond de la gorge. — Plusieurs potages et des bouillons.

Confié aux soins du docteur Grasset pendant toute la convalescence, le malade est revenu plusieurs mois après voir M. Chassaignac, qui a été à même de constater la persistance de la guérison et une sorte d'accroissement dans les forces et l'embonpoint.

Nous rapporterons prochainement une autre observation non moins curieuse de trachéotomie, mais dans laquelle le résultat a malheureusement été bien différent. P....

De la fluxion et de l'inflammation buccales dans le cours des maladies;

Par M. le docteur DAVASSE, ancien interne des hôpitaux.

(Troisième et dernier article.)

2° Les enduits appelés muqueux ou bilieux expriment-ils la présence anormale de la pituite ou de la bile dans les voies de la digestion, et par conséquent indiquent-ils la nécessité d'intervenir dans la pratique par l'évacuation de ces humeurs?

C'est là ce que supposaient les anciens.

Pouvons-nous le supposer aussi?

Nous n'entendons pas d'abord sous les mêmes noms les mêmes choses que les anciens médecins. Lorsque nous parlons de bile et de pituite, nous sommes bien loin des idées qu'ils avaient émises à ce sujet. C'est là ce que ne veulent pas voir ceux qui rajeunissent avec tant de complaisance aujourd'hui les théories d'autrefois. C'est pourtant par là qu'il faudrait commencer. « Pour lire avec fruit les anciens auteurs, a dit un médecin célèbre, il faut connaître leur manière de rendre les idées, les opinions et les expressions adoptées dans les différents temps et même la méthode de philosopher propre à chaque auteur de médecine. *Autrement on tombe dans de grandes erreurs.* En effet, très souvent nous employons les mêmes mots que les anciens, mais pour exprimer des idées tout à fait différentes (1). »

Il convient donc, pour ne pas tomber dans cette confusion, d'examiner comparativement les notions qu'avaient les anciens auteurs sur les humeurs en question avec l'état actuel de nos connaissances.

Prenons la bile pour ce terme de comparaison.

Qu'était-ce donc que la *bile* pour les anciens auteurs?

Ce n'était pas seulement un *produit de formation* séparé par le foie des matières grasses du chyme; c'était encore une *humeur élémentaire* générale, qui prenait aussi sa source dans les vaisseaux et concourait à la constitution du sang, dont elle était la partie la plus chaude et la plus ténue, formant ainsi par son heureux mélange la crâse de toutes les humeurs.

C'était l'humeur qui correspondait au *feu*. Sa qualité propre était la chaleur. Elle était chaude et sèche de sa nature. Elle communiquait ses qualités à toutes les parties. Les facultés de l'esprit, aussi bien que les fonctions du corps, en ressentaient l'influence. Elle en développait surtout l'activité.

Comme elle était le principe de toute chaleur dans la santé, elle devenait le germe de toute *inflammation* dans la maladie. L'inflammation était, selon Platon, l'incendie de la bile. Elle engendrait les maladies que l'on nommait chaudes. La bile exaltée produisait l'angine, la péripneumonie, la pleurésie, la frénésie, l'érysipèle, la dysenterie, les affections impétigineuses et herpétiques aiguës... La vapeur de la bile retenue dans le ventricule, montant vers la tête, produisait la céphalalgie, le vertige, le délire; attirée dans les veines désemplies, elle

(1) Stoll, Rat. méd., p. 225, t. I.

suscitait la fièvre ardente... Enfin, cause prochaine de tant de troubles morbides, aucun art n'était capable de les tempérer jusqu'à ce que cette bile fût évacuée, domptée, confondue avec d'autres humeurs.

La bile était encore une *production pathologique* complexe. Non-seulement elle formait la matière verdâtre, érugineuse, porracée des vomissements, mais on croyait la trouver encore dans la croûte inflammatoire des caillots sanguins, dans l'infiltration fibrineuse des phlegmasies, dans l'exhalation puriforme des séreuses, dans les crachats jaune - verdâtre de la péripneumonie, dans les déjections alvines de la dysenterie, dans les phlyctènes de l'érysipèle, dans les liquides de l'ophthalmie, enfin dans les enduits jaunâtres de la langue.

Cette hypothèse se reproduit partout dans la tradition. Et nous ne pouvons mieux faire pour le démontrer que de rapporter brièvement ici l'opinion d'un auteur bien connu relativement aux théories dont nous parlons. Nous avons nommé Stoll.

Voici comment l'illustre médecin de l'Ecole de Vienne définit la bile dans les premières lignes de ses écrits :

« Les modernes donnent ce nom à un *appareil de crudités*, presque toujours d'un goût amer, qui s'est formé dans l'estomac et le premier intestin. Cette humeur est ordinairement amère, quelquefois acide et même avec un mélange d'austérité... Peut-être est-il rare qu'elle provienne de la *véritable bile* amassée en plus grande quantité qu'à l'ordinaire. C'est plutôt un *amas de matières crues rassemblées de toutes parts* qui dégénèrent de la manière qui leur est propre, soit à cause de la faiblesse de l'estomac, soit parce qu'elles ont de la tendance à se corrompre (1). »

La condition, le point de départ d'un grand nombre de maladies, c'était, suivant le même auteur, l'*abdomen surchargé de bile*. Leur cause prochaine, un *stimulus bilieux enflammant le sang*, une portion de la matière morbide détachée du foyer, sa portion la plus *ténue*, celle qui en était comme la *vapeur*, qui, reçue dans le *torrent de la circulation*, et *s'égarant dans sa route*, *au lieu de se porter vers les différents émonctoires, se fixait quelque part pour y porter ses ravages* (2).

Cette humeur était la cause prochaine de beaucoup de maladies. Stoll rapportait à la bile l'érysipèle, l'ophthalmie, la frénésie, les parotides, les strumes, les angines, les péripneumonies, les pleurésies, l'hémoptysie, les douleurs rhumatiques, les tumeurs tophacées, les coliques, les diarrhées, les dysenteries, les dysuries, les fièvres continues, intermittentes, rémittentes, pétéchiales, miliaires, urticées, scarlatineuses, les paroxysmes hystériques. — Variété prodigieuse de symptômes dont l'unique cause était la bile qui se manifestait sous toutes sortes de formes (3).

Nous exposons simplement cette théorie, et nous n'avons aucun besoin de la discuter. Il suffit de montrer que la *polycholie* de Stoll n'était autre chose, en définitive, que la bile déguisée des anciens, c'est-à-dire la même idée d'un être de pure raison, véritable Protée pathologique se dérobant à toute tentative d'examen ou de démonstration.

Il n'est plus permis aujourd'hui, après les progrès de la physiologie moderne, de se faire de la bile ces idées chimériques des temps passés. Cette humeur est un simple *produit* de sécrétion, et non point un *principe* général de l'économie.

Elle subit, comme tous les produits secrétés, l'influence des maladies, mais elle n'est point la puissance occulte, la cause déguisée de leur production.

Elle n'a rien de mobile et d'exalté, d'acrimonieux et de malfaisant.

Lorsque nous nous apercevons justement de sa présence réelle dans l'économie, comme à l'occasion de l'ictère, il ne nous arrive pas d'en concevoir la moindre frayeur.

Ce que l'on appelait bile autrefois dans le caillot sanguin, nous l'appelons fibrine aujourd'hui; — la bile des exsudations séreuses est la fausse membrane pour nous; — la bile des vaisseaux, c'est notre sérosité; — la bile des crachats rouillés de la pneumonie, c'est l'expectoration sanguinolente propre à cette maladie.

Enfin, nous dirons ce qu'il faut penser des enduits prétendus bilieux de la langue.

On le voit maintenant, il y a loin de l'hypothèse des anciens à l'état actuel de la science, et c'est mal servir celle-ci que de revenir à des explications incompatibles avec ses progrès réels.

Au reste, ce que nous avons dit de la bile, nous pourrions le dire de la pituite et de toute autre *matière peccante*, sueurs rentrées, lait répandu, etc., etc... Hypothèses qui font leur temps. Il y a peu d'années encore elles avaient grande vogue dans les esprits. Le lait répandu, par exemple, était l'hydre de Lerne de l'état puerpéral. C'était la cause de tous les accidents, de toutes les maladies des nouvelles accouchées. On le retrouvait aussi dans les infiltrations inflammatoires des tissus, dans les épanchements des cavités, en circulation dans les vaisseaux, en dépôt dans les viscères, dans la couenne des saignées, partout. Qu'en reste-t-il aujourd'hui? Ces ingénieuses explications sont tombées dans le domaine du vulgaire, et il n'est pas de la dignité de la science de les relever désormais.

De cette digression il faut conclure que nous ne pouvons accepter le problème de la signification des enduits bilieux de la langue tel qu'il avait été posé par les anciens, c'est-à-dire sur une hypothèse inacceptable pour nous.

La bile de la vésicule, les mucosités de l'estomac ou des intestins ne jouent aucun rôle de causalité dans la production des enduits de la langue, et ceux-ci ne révèlent en aucune manière leur existence, et par conséquent ne sauraient impliquer la nécessité de leur expulsion.

Ces phénomènes ne reflètent pas davantage l'état des solides qui composent le tube gastro-intestinal que celui des liquides qui s'y trouvent contenus ou formés. En un mot, les colorations de la langue ne répondent nullement à l'état particulier des membranes de la muqueuse de l'estomac ou de l'intestin.

Ici, l'observation parle en souveraine, et les faits nombreux étudiés par MM. Louis, Chomel et Piorry, ne laissent pas le moindre doute à ce sujet. Nous pouvons également affirmer, d'après les résultats de nos recherches :

1° Que les altérations morbides de la bouche n'existent pas nécessairement dans les affections gastriques diverses;

2° Qu'elles se rencontrent fort souvent dans des maladies où il est impossible d'apercevoir la moindre trace d'une affection gastro-intestinale de quelque nature qu'on la suppose.

En conséquence, il n'y a aucune corrélation entre les phénomènes morbides de la langue et l'état des autres parties solides ou liquides des voies de la digestion dans le cours des maladies.

Il faut chercher ailleurs que dans cette dépendance la raison de ces phénomènes.

M. Piorry, s'éloignant des sentiers jusque-là frayés, a cru trouver la raison des phénomènes morbides de la langue dans une explication purement physique. Après avoir démontré que non-seulement la rougeur de cet organe, mais encore ses enduits divers, étaient l'objet d'interprétations mal fondées, et concluaient à une *médecine empirique dénuée de tout positivisme* — ce dont nous convenons parfaitement. — « Il faut remplacer, a dit ce médecin, les idées généralement reçues à ce sujet par des notions plus en rapport avec la valeur réelle de ce signe (1). » Partant de là, se fondant sur des expérimentations opérées sur la dessiccation de la salive à une chaleur artificielle, M. Piorry a conclu que la source des enduits de la langue est tout simplement la salive qui se dessèche à sa surface.

Mais cette cause prétendue est loin d'exister dans tous les cas où l'on trouve des enduits de la langue, et ceux-ci sont même souvent très prononcés, comme dans les stomatites mercurielle, syphilitique, sans qu'il soit possible d'en appeler plus que partout ailleurs à l'influence de la dessiccation. En outre, ces phénomènes se lient à l'existence d'un travail morbide, et il faut bien tenir compte de ce travail. Enfin, toutes ces expérimentations n'apportent pas à leurs conclusions une grande autorité. Il y a tout autre chose qu'un phénomène de physique dans une production vitale quelconque, et sans nier le fait de la dessiccation des fluides exhalés à l'intérieur de la cavité orale, il nous est impossible de ne pas voir autre chose au delà.

3° Quelle est, en définitive, la véritable signification morbide des enduits de la langue?

Si les faits que nous avons établis dans la première partie de ce travail ne nous trompent pas, nous sommes en mesure de donner cette solution. Nous reconnaissons, au reste, qu'elle a été déjà indiquée en partie par quelques observateurs modernes; et nous ne voulons pas oublier de dire que MM. Trousseau et Pidoux (2) ont nettement rapporté la production des saburres de la langue à la cause que nous allons signaler; seulement, ces auteurs, en étudiant à part ce fait pathologique, n'ont pas suffisamment apprécié toute l'étendue de la question. Il ne s'agit pas seulement, en effet, de la langue et de l'un de ses phénomènes particuliers, mais encore du reste de la muqueuse buccale et d'une affection dont cette membrane tout entière est le support.

Nous avons vu que dans le cours des maladies la bouche est le siége d'un état morbide varié que l'on reconnaît aux caractères suivants : injection des réseaux vasculaires, rougeur diffuse ou partielle, aspect tomenteux, turgescence papillaire, piqueté ecchymotique, tuméfaction, friabilité du tissu muqueux, altération des produits sécrétés, ulcérations, exsudations pseudomembraneuses, exfoliation épithéliale. Ces caractères, qu'ils existent ensemble ou séparément, en tout ou en partie, à tel ou tel degré, affirment suffisamment l'existence d'un travail morbide fluxionnaire ou inflammatoire de la membrane muqueuse de la bouche.

Nous avons vu encore que cet état morbide peut offrir des variétés particulières suivant les maladies dans lesquelles il se développe. Ainsi, il diffère dans les fièvres éruptives, dans la fièvre typhoïde, dans les angines, dans les intoxications saturnine et mercurielle, dans le scorbut, dans l'état cachectique, et sans doute encore dans d'autres circonstances. C'est à la séméiotique à tirer parti de ces faits.

Il y a donc là une affection symptomatique bien définie, importante à connaître, et en elle-même, et pour les maladies dont elle est l'expression.

C'est dans la détermination de cet état contre nature qu'est la raison de tous ses phénomènes.

Ainsi, les enduits morbides, par exemple, sont tout simplement les produits de sécrétion de la membrane buccale, qui, par le fait de la fluxion ou de l'inflammation dont la muqueuse est le siége, exhalés en plus grande abondance, transformés dans leurs qualités naturelles, se déposent et s'accumulent principalement sur le dos de la langue, retenus par les villosités turgescentes de cet organe.

Comme tous les produits sécrétés, ils offrent des différences suivant les maladies : tantôt ils sont simplement augmentés de quantité, tantôt ils présentent des transformations variables, et constituent alors soit un produit pseudo-membraneux disséminé, soit des exsudations partielles, soit des concrétions croûteuses diverses.

Et de même pour les colorations. Tout ce que l'on peut dire en dehors des explications hypothétiques, c'est que ces colorations sont variables, comme les colorations de tout produit sécrété sous l'influence des maladies. Il n'y a ici rien d'exceptionnel que l'influence de la dessiccation opérée par l'acte respiratoire, et dont il faut tenir compte pour quelques détails particuliers.

Ce qui prouve que la production des enduits est subordonnée à l'état de fluxion ou d'inflammation buccales, c'est qu'ils sont d'autant plus caractérisés que cette affection est elle-même plus intense. C'est pourquoi on trouve une couche limoneuse souvent très épaisse, non-seulement sur la langue, mais encore sur les autres parties de la bouche, dans les maladies qui altèrent particulièrement la membrane muqueuse de cette cavité. Ainsi, la fluxion vive qui résulte parfois d'une dent cariée, d'un engorgement des amygdales; l'inflammation qui se propage de l'arrière-gorge à la bouche dans l'angine simple et scarlatineuse; enfin celle qui survient autour des ulcères syphilitiques de la face interne des lèvres ou des joues, — sont les conditions les plus favorables au développement des enduits. On les trouve, dans ces cas, remarquablement développés et épais, en larges plaques sur la langue et les joues, et en amas considérables dans les points occupés par les ulcérations.

Or, dans toutes ces circonstances, ce qu'il y a de remarquable, c'est:

1° La présence manifeste de la fluxion ou de l'inflammation buccales,

2° Et, au contraire, l'absence :

De toute complication du côté des premières voies;

De toute condition physique propre à amener la dessiccation.

Il en est pour la bouche comme pour les yeux, les fosses nasales, les bronches, l'estomac, les intestins, la vessie, les reins, les enveloppes du cœur et du cerveau, qui s'affectent également d'une manière accessoire et symptomatique dans le cours des maladies — ainsi que nous le démontrerons plus tard — et forment autant de lésions particulières dignes d'un très grand intérêt. On verra par-là — s'il est possible de renfermer toute l'histoire d'une maladie dans les limites étroites d'un tissu, selon les prétentions des anatomistes — ou bien s'il n'est pas plus exact, selon nous, d'embrasser l'horizon de chaque maladie en l'étendant à ses expressions les plus diverses et les plus disséminées.

Ainsi comprise, l'affection buccale rentre dans la liste des affections dont nous venons de parler. Seulement elle est une des plus fréquentes et des plus ignorées. On en sait maintenant les raisons.

Très simple en général, cette affection ne laisse pas toutefois, dans quelques cas spéciaux, que d'avoir une certaine importance, soit par son intensité, soit par sa persistance ou ses phénomènes consécutifs, soit surtout par les idées qu'on y attache vulgairement.

En elle-même, elle n'indique rien autre que la participation particulière de la membrane de la bouche à telle ou telle maladie. Sous ce rapport, la variété de ses caractères peut bien servir d'élément au diagnostic, comme dans la scarlatine, la fièvre typhoïde, la colique de plomb ou la syphilis; mais on ne peut logiquement inférer, de son existence et de ses phénomènes divers, les signes encore en usage aujourd'hui. Sans nier en aucune manière l'efficacité des évacuants administrés dans certaines circonstances, nous nions pourtant que l'on puisse tirer des phénomènes morbides de l'affection buccale la moindre opportunité de leur indication.

Que les praticiens se rassurent donc sur la valeur de la signification des enduits de la langue, et cessent de les rapporter à une cause imaginaire qui trompe les meilleurs esprits. Il est temps que les plus importantes déterminations du traitement ne soient plus asservies à des indications banales et sans réalité. On arriverait bien vite, en suivant ces conséquences, à d'étranges abus. Purger parce que la langue est blanche ou jaunâtre, saigner parce que le pouls est plein ou dur, est peut-être la formule d'un empirisme facile, non pas, à coup sûr, une indication sérieuse de traitement.

Résumons-nous dans les conclusions suivantes :

— Les enduits de la langue ne sont nullement, comme on le croit, le résultat sympathiquement exprimé d'un état morbide quelconque de l'appareil gastro-intestinal ou de ses annexes, — ni une indication positive de traitement.

— Ils ne proviennent pas davantage du fait purement physique de la dessiccation des fluides exhalés à la surface buccale.

— Ces phénomènes sont les produits d'un acte de formation morbide opéré par la membrane buccale, sous l'influence du travail fluxionnaire ou inflammatoire qui s'empare de cette membrane, dans le cours d'un grand nombre de maladies.

Telles sont nos conclusions les plus générales. Elles suffisent pour débarrasser la séméiotique d'une hypothèse, la thérapeutique d'une illusion, — et substituer l'affirmation d'une vérité à la négation d'une double erreur.

Paris, 9 octobre 1849.

CORRESPONDANCE.

Contagion du choléra.

M. le docteur Brochard nous adresse la lettre suivante que nous nous empressons de reproduire. Notre honorable confrère a pu s'assurer plus d'une fois que nous ne faisons jamais de difficulté de publier dans ce journal les opinions qui peuvent être plus ou moins contraires à notre manière de voir, surtout lorsque ces opinions se produisent sous la forme distinguée, scientifique, pleine de convenance que sait leur donner M. Brochard. Mais, à cause même du talent que M. Brochard a mis dans l'exposition de ses arguments et de ses faits, nous ne pouvons laisser passer sa communication sans la faire suivre de quelques courtes réflexions.

Nogent-le-Rotrou, 8 octobre 1849.

Monsieur le Rédacteur,

Le numéro du 25 août de votre journal renferme le compte-rendu de la neuvième leçon de M. le professeur Rostan sur le choléra; en traitant de la contagion de cette maladie, l'honorable professeur s'exprime en ces termes :

(1) Stoll, *op. cit.*, t. I, p. 24.
(2) *Id.*, t. I, p. 229.
(3) *Ib.*, t. II, p. 271.

(1) Piorry, *Traité de diagnostic*, 1837, t. II, p. 18.
(2) *Traité de Thérapeutique*, 1837. — *Médication évacuante.*

« Et maintenant est-il nécessaire d'analyser les faits de contagion » dont on a fait si grand bruit depuis quelque temps? Des nourrices » partent de Paris, où règne l'épidémie; *elles sont en apparence* » *bien portantes*; elles arrivent chez elles à Nogent; l'une d'elles » est frappée du choléra en arrivant, puis les parents et les per- » sonnes qui l'entourent sont atteints du choléra, et par eux, de » proche en proche, la maladie s'établit dans la ville. Certes, voilà » un fait bien concluant; mais d'abord les *faits se sont-ils bien* » *réellement passés ainsi?* Et s'il est bien vrai que les rapports faits » au médecin qui a publié ces faits soient parfaitement exacts, nous » le répétons, la cause épidémique n'a-t-elle pas pu les produire? »

Le cas de contagion auquel il est fait allusion dans ce paragraphe a été communiqué par moi à l'Académie de Médecine dans sa séance du 24 avril dernier. Or, la position de M. le professeur Rostan, sa longue expérience donnent à sa parole une telle autorité que je ne puis laisser passer sans réponse l'appréciation qu'il fait de cette observation.

Permettez-moi, monsieur le Rédacteur, d'emprunter les colonnes de votre journal pour répondre à l'honorable professeur et rétablir l'exactitude de quelques faits.

Lorsque les nourrices qui ont importé le choléra à Nogent-le-Rotrou partirent de Paris avec leurs nourrissons, le 28 mars, *elles n'étaient pas bien portantes*; l'une d'elles, au contraire, avait ressenti dès le 27 tous les prodromes du choléra. Les accidents augmentèrent pendant le voyage et le choléra se déclara dans la journée du 30. Arrivée chez elle dans la nuit du 30 au 31 mars, elle succomba le 1er avril. Son nourrisson, qui avait eu une diarrhée violente pendant le voyage, fut pris du choléra le 1er avril et mourut dans la nuit.

Une autre nourrice, atteinte également de diarrhée pendant le voyage, fut prise à son arrivée chez elle d'une cholérine intense, dont elle guérit. Enfin, une troisième nourrice, dont le nourrisson avait été atteint du choléra pendant le voyage et qui avait eu elle-même de la diarrhée depuis quelques jours, arriva à Nogent dans la nuit du 30 au 31 mars. Le nourrisson mourut le 31 mars au matin. La femme B..., sa nourrice, fut atteinte le 1er avril du choléra et succomba le 2.

La femme M..., qui avait soigné la femme B..., éprouva dès le 3 avril les prodromes du choléra; elle succomba le 6. La femme D..., qui avait également soigné la femme B..., eut une cholérine intense. La veuve P..., qui avait aussi donné ses soins à la première malade, mourut quelques jours après du choléra.

Ainsi commença l'épidémie qui a frappé Nogent-le-Rotrou, épidémie dont la durée fut de quatre mois et pendant laquelle il fut presque toujours facile de suivre la filiation des malades et la transmission de la maladie d'un individu malade à un individu sain.

Certes, dit M. le professeur Rostan, voilà un fait bien concluant; mais les faits se sont-ils bien réellement passés ainsi? ajoute-t-il immédiatement.

Sans m'arrêter à ce qu'il y a de commode dans cette manière de raisonner, qui consiste à mettre en doute un fait qui contrarie une opinion et à ne pas le regarder comme digne de discussion, je ferai observer à l'honorable professeur qu'ici le doute n'est pas permis.

Le départ des nourrices, leur arrivée, leur état de santé, celui de leurs nourrissons, la succession des cas de choléra ont été notés avec une exactitude d'autant plus rigoureuse que j'ai été obligé d'en informer l'autorité supérieure. L'état sanitaire de l'arrondissement de Nogent-le-Rotrou était excellent avant l'arrivée de ce convoi de nourrices. Il n'y avait pas eu un seul cas de choléra ni même de cholérine. Des documents officiels établissent ce fait d'une manière incontestable. Comme médecin des épidémies de l'arrondissement, je suis à même de donner à ce fait capital dans la question qui nous occupe toute la valeur, toute l'authenticité possibles. Les départements voisins n'avaient offert aucun cas de choléra. Il y avait eu seulement à Chartres, à quatorze lieues de Nogent-le-Rotrou, quatre ou cinq cas sur la nature desquels l'autorité n'était pas encore entièrement fixée. Les arrondissements voisins de celui de Nogent-le-Rotrou n'offraient aucune affection diarrhéique épidémique.

Sont-ce là, monsieur le Rédacteur, des faits sur la nature desquels on puisse émettre des doutes? L'autorité administrative n'a-t-elle pas été appelée à les reconnaître, à les vérifier? Il n'y a là aucune incertitude possible.

Dans la séance de l'Académie de Médecine du 3 juillet, l'honorable M. Martin-Solon avait également émis des doutes sur la véracité de ce fait. Il avait même avancé qu'un membre de la commission du choléra affirmait que le choléra existait à Nogent-le-Rotrou avant l'arrivée des nourrices. J'ai donné à cette assertion le démenti le plus formel dans le numéro du 10 juillet de la *Gazette des Hôpitaux*, et mon démenti est resté sans réponse. Pouvait-il en être autrement, puisqu'il s'agissait d'un fait et non de l'interprétation de ce fait? Je répète donc à M. le professeur Rostan que les faits se sont passés à Nogent-le-Rotrou tels qu'il les a racontés. Je le défie d'apporter la moindre assertion à l'appui d'une opinion contraire.

En réponse à la seconde question de l'honorable professeur, je dirai que les faits que j'ai communiqués à l'Académie ne m'ont pas été connus par des rapports plus ou moins exacts. Tous ces faits me sont personnels. Je raconte ce que j'ai vu, et je le raconte comme je l'ai vu.

Maintenant, la cause épidémique seule a-t-elle pu produire ces faits, comme voudrait le faire supposer M. Rostan? Je ne le pense pas.

La première condition nécessaire au développement d'une épidémie, c'est l'existence même de la cause épidémique. Or, je conteste cette existence dans le fait qui s'est passé à Nogent-le-Rotrou; je la conteste dans beaucoup de faits semblables qui se sont passés dans différentes communes d'Eure-et-Loir et de l'Orne, où l'on n'a observé qu'un ou deux cas de choléra chez les personnes qui avaient donné des soins aux cholériques arrivant malades d'un pays infecté dans un lieu sain.

L'influence épidémique peut-elle être admise quand le choléra frappe seulement les personnes qui ont approché le malade arrivant de Paris, et qu'il n'atteint aucun autre habitant de la commune?

Ces faits, je le répète, ont été très fréquents dans les départements d'Eure-et-Loir et de l'Orne, chez des nourrices venant de Paris; et si l'honorable professeur était comme moi chargé de la surveillance médicale d'une partie de ces nourrissons, il saurait que l'erreur n'est pas possible sur un aussi grand nombre de faits qui se contrôlent les uns les autres.

Agréez, etc.

BROCHARD, D.-M.-P.
Méd. de l'Hôtel-Dieu, méd. des épidémies.

Nous avons tant de fois répété et démontré que les faits de simple coïncidence entre l'apparition du choléra et l'arrivée dans une localité de voyageurs venant de lieux infectés n'avaient absolument aucune espèce de valeur pour juger la question de la contagion, que nous nous dispenserons d'y insister de nouveau longuement.

On comprend, en effet, que, dans le mouvement perpétuel d'une population d'un lieu dans un autre, il est impossible que l'épidémie ne se développe pas dans un certain nombre d'endroits, le lendemain, le surlendemain, le jour même où un voyageur sera arrivé de Paris ou d'un autre grand centre de population. Il serait bien impossible, par exemple, que le choléra se déclarât à Lyon un jour où il ne serait arrivé dans cette ville aucun voyageur venant de Paris ou de Marseille, puisque chaque jour la première de ces villes échange plus de cinquante voyageurs avec les deux autres. Evidemment, les coïncidences en question ne pouvaient manquer d'arriver; elles sont arrivées. Mais ce qui est arrivé très souvent, bien plus souvent encore, c'est que le choléra s'est développé dans une localité alors que cette localité n'avait eu aucun rapport avec des lieux infectés; c'est que, d'une autre part, des voyageurs venus de lieux infectés soient arrivés dans les lieux non infectés sans y apporter le choléra, soit d'ailleurs que ces voyageurs aient ou n'aient pas été frappés par l'épidémie. Nous ne contesterons donc pas la véracité des faits que M. Brochard nous atteste avec tant de conviction; mais nous dirons que, ces faits étant dans la catégorie de ceux qui doivent arriver nécessairement quelquefois en dehors de toute contagion, ils n'ont absolument aucune valeur dans la question qui nous occupe.

En temps d'épidémie, où il est si difficile, et tous le épidémiologues de valeur ont fortement insisté sur ce point, de distinguer l'influence épidémique de l'influence contagieuse, deux ordres de faits peuvent seuls démontrer la réalité de la contagion; M. Brochard a parfaitement signalé l'un de ces ordres:

« L'influence épidémique, dit-il, peut-elle être admise quand le choléra frappe *seulement* les personnes qui ont approché le malade arrivant de Paris, et qu'il n'atteint aucun autre habitant de la commune? »

Nous n'hésitons pas à répondre *non* à cette question si bien posée, pourvu que le fait en question se reproduise un certain nombre de fois. Mais nous ajouterons que, contrairement à la croyance de notre honorable confrère, ce fait, non-seulement ne s'est pas reproduit un certain nombre de fois, mais qu'il n'a jamais été observé rigoureusement une seule fois, ni dans le département d'Eure-et-Loir, ni dans le département de l'Orne, ni ailleurs. Les faits de ce genre, auxquels M. Brochard fait allusion, sont absolument analogues à ceux de Nogent-le-Rotrou; ce sont de simples faits de coïncidence dans lesquels la maladie ne s'est nullement bornée aux personnes qui ont approché les malades, mais en a, au contraire, atteint plusieurs autres.

Mais il y a un autre ordre de faits bien plus convaincants, bien plus nets, d'une interprétation bien plus facile, et que nous rappellerons à satiété, puisque tous les médecins qui plaident en faveur de la contagion semblent, à dessein, les passer sous silence. Ces faits, ou ce fait général, qui suffit surabondamment pour juger de la manière la plus catégorique la question de la contagion, ce fait général est le suivant:

Les médecins, infirmiers, sœurs, gardes-malades, qui ont donné des soins aux cholériques, et qui se sont, par conséquent, trouvés en contact journalier avec eux, forment une armée de plus de 50,000 âmes, se trouvant dans une diversité aussi grande que possible de conditions hygiéniques, de tempéraments. N'est-il pas de la dernière évidence que, si la contagion existait à un degré quelconque, cette population offrirait une mortalité cholérique supérieure à celle des banquiers et des propriétaires, qui se tiennent si soigneusement à l'abri de la contagion? Eh bien! cette supériorité n'existe point. Médecins, sœurs et infirmiers, ne sont ni plus, ni moins souvent atteints du choléra que les généraux, les agents de change, ou les hommes de lettres, ou telle autre profession que ce soit; et cela non pas seulement à Paris, mais dans tous les pays du monde où le choléra a passé. Nous l'avons dit bien des fois, et nous le répéterons encore, sans promettre que ce sera pour la dernière fois, nous ne comprenons pas qu'on puisse conserver la moindre idée de contagion en présence d'un fait pareil.

Traitement du choléra.

Notre honorable confrère M. Wernicki nous prie d'avertir nos lecteurs qu'il n'a jamais employé la voie des aisselles seule pour administrer le mélange qui lui a si bien réussi; il en a toujours prescrit en même temps à l'intérieur, tantôt quelques gouttes assez fréquemment répétées, et pur, tantôt dans une petite quantité de légère infusion de feuilles d'oranger; la tolérance s'établissait fort bien, les vomissements cessaient très vite, et le médicament était parfaitement gardé. A partir de ce moment, il le donnait par la bouche de moins en moins souvent, et se contentait bientôt de la seule voie des aisselles.

Le choléra a notablement diminué d'intensité à Alger.

Voici les chiffres des entrées et des décès constatés dans les hôpitaux militaires:

Le	entrés	décès	sortis
30 septembre	18	18	13.
1er octobre	30	34	15.
2 »	11	9	7.
3 »	20	21	19.

Dans la ville et les hôpitaux civils on a constaté, le 30 septembre 7 décès, et le 1er octobre 2 seulement.

Les lettres particulières s'accordent à dire que l'épidémie ne prend pas d'intensité.

— L'état sanitaire de Londres et du reste de l'Angleterre va tous les jours en s'améliorant. La dernière semaine de septembre n'a compté que 434 décès cholériques, tandis qu'ils avaient été de 839 dans les huit jours précédents.

Nous recommandons à nos confrères une des maisons de santé les plus anciennes et les mieux tenues de Paris, celle de *Mme Barie*, rue du Faubourg-Poissonnière, 131. Située dans un des plus beaux quartiers, parfaitement aérée, avoisinée par de grands jardins, on y trouve tout le confortable que l'on peut désirer. La nourriture y est excellente, les soins parfaits; propreté, salubrité, position centrale, rien n'y manque pour la garantie et la convenance des médecins, et pour le bien-être des malades, qui y sont traités comme au sein de leur famille.

Le prix de la pension est très modéré relativement aux avantages qu'on y trouve.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 16 OCTOBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 121.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris. . . .	24 fr.	— 13 fr.	— 7 fr.
Départements .	26 fr.	— 14 fr.	— 8 fr.
Étranger. . .	30 fr.	— 16 fr.	— 9 fr.

PARIS, 15 OCTOBRE 1849.

Bulletin du choléra.

Nous touchons enfin à l'extinction complète de l'épidémie. Un seul cholérique a été admis pendant chacun des deux derniers jours. Les hôpitaux militaires n'ont reçu aucun cholérique, et la ville n'a pas eu à constater de décès épidémique. Nous n'avons plus qu'à espérer le maintien d'un tel état de choses, et tout nous porte à croire que ces espérances se réaliseront.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

	Entrées.	Décès.
Hopitaux civils : Journée du 12 octobre.	2	2
— 13	1	2
— 14	1	4
Hopitaux militaires pendant les trois jours. . .	»	»
Total.	4	8

Total des décès dans les hôpitaux.	8030
Total des décès à domicile jusqu'au 30 septembre. .	10944
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie	18974

HOTEL-DIEU. — M. Jobert.

Fistule vésico-vaginale. Perte de substance déterminée par la gangrène. Opération autoplastique par glissement. Guérison.

Nous publions aujourd'hui l'histoire extrêmement intéressante de la malade que M. Jobert a présentée à la dernière séance de l'Académie de Médecine, ainsi que les réflexions dont l'habile chirurgien a fait suivre cette observation.

La nommée Hurtaud, âgée de trente-deux ans, profession de fileuse, d'une assez forte constitution, est entrée dans mon service à l'Hôtel-Dieu le 6 juillet 1849.

Interrogée pour savoir si elle n'avait pas dans le courant de sa vie éprouvé quelque maladie sérieuse, elle a répondu négativement. Il est cependant évident que sur la surface du corps existe quelques cicatrices qui sont le résultat d'abcès ouverts par l'instrument tranchant. Quoi qu'il en soit, on ne rencontre à l'extérieur du corps aucune trace de vice de conformation, et le bassin est parfaitement conformé.

J'ai appris de cette malade que, mariée depuis deux ans ; elle est devenue enceinte; que l'accouchement a été laborieux, et qu'elle est demeurée deux jours en travail. La malade avoue cependant que l'enfant a été expulsé par les seuls efforts de la nature, et que le forceps n'a pas été appliqué. On n'a même fait l'application d'aucun autre instrument.

Après l'accouchement, la malade dit avoir pu uriner pendant deux jours de suite, absolument comme dans l'état normal. Ce n'est qu'au bout de cinq à six jours environ qu'elle s'est aperçue que les urines ne suivaient plus la voie naturelle et qu'elles inondaient le vagin. Elle n'a pas pu me dire si le liquide urinaire s'était évacué en partie par le vagin d'abord, ou si tout d'un coup il était tombé par flots dans l'intérieur du vagin, ainsi que cela arrive chez quelques malades. Toujours est-il que les urines, depuis ce moment, se sont écoulées en totalité par le vagin, quelle que fût la position que prît la malade. Ce qui me fait supposer combien graves ont été les accidents qui ont suivi l'accouchement, ce sont précisément les moyens énergiques qui ont été employés par notre confrère de Dieppe pour les combattre. D'ailleurs il suffisait, pour être convaincu de leur gravité, de réfléchir au temps pendant lequel cette malade, qui habite la campagne, est demeurée dans le lit. On sait en effet que les habitants des campagnes sont en général peu soigneux d'eux-mêmes, et que dès le huitième ou le neuvième jour les femmes se lèvent pour se livrer à leurs travaux habituels.

L'infirmité de la malade ne l'a pas empêchée de devenir de nouveau enceinte. Cette fois, il n'y a eu aucun nouvel accident, et elle est accouchée au septième mois de la grossesse.

L'état de souffrance et la triste infirmité qui tourmentait cette malade l'ont enfin poussée à entrer à l'Hôtel-Dieu pour y recevoir mes soins.

Voici dans quel état se trouvait la femme Hurtaud lorsque je l'ai examinée en présence d'un public nombreux dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, après quelques jours de repos et de préparation, le 4 août 1849.

Les parties génitales répandent une odeur forte d'urine.

Sur les grandes lèvres et au pourtour de l'anus il existe un érythème douloureux.

Quelques ulcérations se voient sur les parties génitales externes, ainsi qu'une éruption folliculaire tuberculeuse.

Les petites et les grandes lèvres sont plus volumineuses que dans l'état normal.

La muqueuse vaginale est plus rouge que dans l'état normal.

Le vagin, examiné avec soin, présente différentes particularités, que je dois noter successivement.

L'urètre est intact dans toute sa longueur.

Sur la paroi antérieure du vagin ou vésico-vaginale existe un tissu cicatriciel qui dénote l'altération qui a existé autrefois dans cet endroit. Le tiraillement que cette cicatrice a produit a provoqué la formation d'une bride qui s'étend du côté droit de la fistule aux parties latérales correspondantes. Cette bride forme une espèce de diaphragme incomplet qui cache le col de l'utérus. Ce dernier organe a été en grande partie détruit par la gangrène et présente quelques ulcérations.

La fistule vésico-vaginale occupe le bas-fond de la vessie et est située sur la ligne médiane à 4 centimètres en arrière du méat urinaire et au milieu du tissu cicatriciel. La bride l'a cependant tiraillée un peu à droite. Cette fistule est arrondie, et pourtant elle semble comme cachée par une sorte de repli valvulaire accidentel. Une grosse sonde de femme joue facilement dans l'ouverture accidentelle, et elle peut la traverser sans difficulté du vagin dans la vessie ou de celle-ci dans le premier.

Il est inutile de dire que la poche urinaire avait perdu un peu de ses dimensions, et je me bornerai à dire que les urines s'écoulaient constamment par le vagin.

Avant de subir l'opération qu'exigeait une semblable infirmité, je voulus d'abord préparer la malade et la laisser pendant quelque temps dans la salle afin qu'elle pût s'acclimater à l'air de l'hôpital. Toutes mes précautions ne l'empêchèrent pas d'éprouver l'influence des diverses maladies qui régnaient alors. C'est ainsi qu'elle fut prise de mal de gorge et de diarrhée, qui cédèrent aux moyens employés pour les combattre.

Enfin, le 31 juillet elle fut affectée d'une fièvre intermittente, qui céda à l'emploi du sulfate de quinine.

Tous ces accidents ne me permirent pas de l'opérer avant le 7 août 1849.

A l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, cette femme fut opérée devant beaucoup d'élèves et de médecins le 7 août à neuf heures et demie du matin.

La malade étant placée comme pour subir l'opération de la taille, les jambes fléchies fortement sur les cuisses et celles-ci sur le bassin, je déprimai avec le spéculum univalve la cloison recto-vaginale. Lorsque cette dépression fut complète, il me fut facile de saisir avec les pinces de Museux les restes du col de l'utérus, mis facilement ainsi à découvert par cette simple manœuvre.

Cela étant fait, je livrai les pinces de Museux à un aide intelligent, qui attira le col graduellement à l'extérieur en faisant en sorte de tendre la cloison vésico-vaginale.

Il ne fut pas possible d'attirer le col de l'utérus à l'extérieur complétement, mais ces tractions permirent d'exécuter facilement le reste de l'opération.

Dès lors, je saisis avec des pinces à dents le vagin au-dessus de son insertion au col utérin, afin de tendre celui-ci pour en rendre le décollement plus facile. Avec le bistouri, je détachai le vagin de son insertion utérine dans toute sa circonférence antérieure. Après cette incision demi-circulaire, on vit le vagin se porter en avant, et il fut facile par quelques incisions pratiquées dans le même sens de relâcher complétement la paroi vésico-vaginale.

Le vagin, détaché du col de l'utérus, représentait une espèce de valvule accidentelle qui mettait la partie antérieure du col entièrement à nu.

Par ce premier temps de l'opération, il s'écoula seulement quelques gouttes de sang.

Je procédai ensuite au ravivement des lèvres de la fistule vésico-vaginale.

A l'aide de ciseaux, d'un bistouri et de pinces prenantes, je pus rendre saignante toute la circonférence de la fistule.

La densité du tissu inodulaire ralentit un peu le ravivement.

Le troisième temps de l'opération fut promptement exécuté. Les lèvres de la fistule furent mises en contact et maintenues en rapport par trois points de suture.

Quoique les lèvres de la fistule fussent parfaitement relâchées, je ne crus pas devoir cependant laisser exister un tiraillement qui avait lieu à droite par le moyen de la bride dont il a été fait mention plus haut.

Je l'incisai dans toute son épaisseur avec un bistouri boutonné. Une petite artériole fournit du sang; tout tiraillement cessa d'exister dans les lèvres et les environs de la fistule.

Plusieurs injections d'eau froide furent faites dans le vagin, et un double tampon d'agaric fut glissé dans son intérieur dans le but de m'opposer à tout écoulement de sang.

Une petite sonde eu gomme élastique fut fixée dans la vessie.

Le soir de l'opération je retirai un tampon, et le lendemain je retirai le second.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Les spécifiques anticholériques et le prix de 100,000 fr. — Souliers anticholériques. — Une femme diplomate. — Rigoureux décret d'un maire de campagne. — Progrès de la réclame dentaire. — La rentrée de la Faculté.

A monsieur le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Quel dommage, mon cher confrère, que le choléra prenne son congé et aille planter sa tente loin de nous, à présent que les spécifiques pleuvent chaque semaine à l'Académie! Depuis l'apparition du fameux canard de 100,000 francs, à laquelle vous n'avez pas eu la bonhomie de croire, ainsi que l'ont fait quelques-uns de nos confrères les plus huppés, l'Académie n'a pas reçu moins de dix-huit ou dix-neuf spécifiques tous plus infaillibles les uns que les autres. Il est même probable qu'au moment où la présente vous parviendra ce chiffre se sera encore arrondi d'une demi-douzaine d'unités. Vous voyez que, s'il n'y a pas de prix, il ne manquera pas au moins de concurrents. J'avais d'abord résolu de ne point appeler votre attention sur ces célèbres inventeurs, de peur d'offusquer leur modestie; mais je me croirais vraiment coupable de me taire plus longtemps, au moins sur l'un d'entre eux; car le spécifique qu'il préconise n'étant pas moins efficace contre l'apoplexie, la fièvre typhoïde et les rhumes de cerveau, que contre le choléra, il y a un grand intérêt public et toujours actuel à signaler ce puissant remède à l'attention de vos lecteurs. L'invention de ce spécifique est d'autant plus merveilleuse que son auteur est complétement étranger aux études médicales, et qu'il a concentré toutes ses facultés dans des méditations profondes sur l'art de la chaussure. Ce n'est pas toutefois que les inventions de nos confrères fassent défaut et manquent de mérite, tout au contraire; les spécifiques du docteur H. Lucas, du docteur Crépinet, de Landrecies, et par-dessus tout, celui de notre remarquable confrère M. Hardy, ancien marin, ancien juge de paix, ancien médecin, ancien fondateur des sociétés de secours, ancien et nouveau locataire du n° 16 de la rue Serpente, ancien propriétaire du *Sens commun*, ces spécifiques, certes, ne sont pas du genre des inventions qu'on puisse dédaigner! Mais enfin, je trouve qu'elles sont moins extraordinaires que celle du citoyen T..., artiste en chaussures, rue ...., n° ... Des potions, des pilules, des lavements, enfin des formules quelconques anticholériques, cela court les rues; mais les souliers anticholériques ! En voilà une d'invention! Je la trouve, pour mon compte, tellement stupéfiante et renversante, que, si je n'avais fait que la voir de mes propres yeux, je n'y aurais pas cru assurément; mais cette invention m'étant attestée véridique par un journal sérieux, je ne vois pas le moyen de conserver l'ombre d'un doute. Il ne me reste plus qu'à vous indiquer la manière de s'en servir.

Il y a des souliers anticholériques de trois sortes, correspondant à trois indications différentes : les uns (n° 1) sont prophylactiques; les autres (n° 2) conviennent contre les symptômes cholériques légers et les prodromes; enfin, les troisièmes (n° 3) doivent être chaussés et triomphent dans les cas les plus graves de choléra confirmé. Vous me demanderez peut-être à quoi bon les numéros 2 et 3, puisque le n° 1 suffit pour préserver de toute atteinte cholérique? A cela, je vous répondrai que je ne suis pas chargé de vous expliquer les secrets intimes de l'inventeur. Vous pourriez me demander encore à quelle circonstance particulière ces fameux souliers doivent leurs vertus, je vous répondrais de même; le *quo modo* n'est pas ce qui m'inquiète; il me suffit que le moyen soit bon, et ceci n'est point contestable, car depuis que je porte (je vous prie de croire que je me suis hâté d'en faire emplète) des souliers anticholériques, je n'ai pas éprouvé la moindre atteinte de choléra; il est vrai que je n'en avais éprouvé non plus aucun symptôme auparavant; mais, si l'on voulait s'arrêter à de pareilles raisons, il n'y aurait pas moyen de prouver quoi que ce soit en médecine; j'ai d'ailleurs pour moi deux témoignages irrécusables : le premier, c'est que la femme d'un de nos confrères les plus célèbres, et que je ne veux pas nommer dans la crainte de troubler la paix du foyer domestique, a fait la même épreuve que moi et qu'elle s'en trouve parfaitement bien, d'autant mieux, il est vrai, que cette médication était pour elle un fruit défendu; le second, c'est que le célèbre inventeur a vu sa clientèle se centupler depuis son admirable découverte.

Je dois avouer qu'à côté du spécifique précédent tous les autres sont assez pâles, sans en excepter ceux qui nous sont venus d'Allemagne, d'Angleterre, d'Italie, etc., (et à ce propos je suis heureux et fier de vous dire que les souliers anticholériques sont français). Il en est un toutefois dont je dois vous toucher quelques mots à cause de sa haute origine. Ce précieux remède, dont la formule nous est encore inconnue, a été envoyé à l'Académie accompagné d'une lettre parfaitement tournée par la femme d'un diplomate néerlandais, Mme Brahy Ekenholm. « Je tiens ce secret, dit la spirituelle ambassadrice, d'un prince noir, qui me l'a confié en souvenir des relations intimes qu'il a eues avec..... feu mon mari. » Ne trouvez-vous pas que Sa Majesté néerlandaise aurait dû laisser dans les Indes Mme Ekenholm plutôt que d'y envoyer un diplomate en frac et en chapeau à claque? Je ne sais si vous avez toujours été comme moi

Le 8 août, il n'existait aucun symptôme de fièvre traumatique. La sonde fut changée.

Les 9, 10, 11 et 12, la malade prit du bouillon, du potage, et la sonde fut renouvelée chaque jour. Il ne se montra aucun accident.

Le 13, c'est-à-dire six jours après l'opération, je procédai à l'examen de la fistule. Je trouvai une assez grande quantité de pus à la surface du vagin. L'épithélium vaginal avait été enlevé sur plusieurs points. En réfléchissant à la facilité avec laquelle la malade suppure, je ne trouvai pas cette suppuration extraordinaire. J'enlevai, ce jour-là même, un fil d'un des angles de la plaie, et je fis plusieurs injections d'eau tiède.

Le 15, j'enlevai les deux fils qui demeuraient; je fis plusieurs injections dans le vagin, et je laissai la sonde à demeure.

Jusqu'au 20 août, la malade conserva la petite sonde en gomme élastique, et à cette époque je l'enlevai pour ne plus la remettre.

Les lèvres de la fistule me parurent parfaitement réunies chaque fois que je procédai à un examen. Toujours, depuis ce moment, la malade a très bien conservé ses urines, et elle a pu les rendre à volonté plus facilement la nuit que le jour. Elle n'a donc plus été privée de sommeil par des émissions et des douleurs vulvaires. Elle conserve ses urines pendant trois heures et davantage sans être mouillée.

Cette malade est fort heureuse d'être débarrassée d'une infirmité qui compromettait son repos.

Aujourd'hui, 8 octobre, j'ai de nouveau procédé à l'examen des organes. Voici ce que cette exploration m'a appris.

1° Les parties génitales externes ne sont nullement humides et ne sentent pas l'urine.

2° Il n'existe au pourtour de l'anus, sur les petites et les grandes lèvres, ni tubercules, ni érythème, ni ulcération.

3° Il sort de la vessie, par l'introduction d'une sonde dans son intérieur, une grande quantité d'urine limpide et transparente.

4° On ne rencontre pas d'humidité dans le vagin.

5° La vessie paraît avoir repris se capacité normale, et semble avoir perdu en grande partie son irritabilité anormale, ce qui explique sans doute la durée du séjour de l'urine dans la poche urinaire (trois heures).

6° A l'endroit où existait la fistule, on aperçoit encore une cicatrice rosée.

7° A droite, une cicatrice oblique dirigée d'avant en arrière et de gauche à droite.

8° La cloison vésico-vaginale est un peu plus relevée en arrière que dans l'état normal.

9° Au-devant du museau de tanche, dont il n'existe plus que quelques traces, on aperçoit une cicatrice demi-circulaire.

Je ne terminerai pas ce qui a rapport à cette observation sans avoir fait remarquer que cette malade a continué à être réglée, et a pu devenir enceinte malgré sa dégoûtante infirmité. C'est ce que, du reste, l'observation m'a appris sur un assez grand nombre de femmes affectées de fistules vésico-vaginales.

HOTEL-DIEU. — M. Martin-Solon.

Cas remarquable d'hépato-splénite, sans phénomènes d'intermittence.

Un petit nombre de médecins n'hésitent pas à soutenir encore aujourd'hui, malgré les nombreuses observations contraires, que la fièvre intermittente est le résultat d'une augmentation de la rate, d'une congestion ou d'une véritable inflammation splénique. Si très peu de personnes partagent cette manière de voir, un certain nombre cependant sont ébranlées dans leur opinion par l'assurance avec laquelle les partisans de cette doctrine soutiennent leurs idées, par le nombre de faits, prétendus démonstratifs, qu'ils invoquent en leur faveur, et par l'énergie avec laquelle ils repoussent les faits contradictoires qu'on leur oppose. Ce sont surtout ces circonstances qui donnent de l'intérêt à un fait que nous avons en ce moment sous les yeux, bien qu'il mérite encore une certaine attention sous quelques autres rapports.

Exposons d'abord en quelques mots l'histoire succincte du malade auquel nous faisons allusion.

Obs. — Ce malade est un jeune homme de dix-huit ans, né aux environs de Rhodez, où il a habité jusqu'à l'âge de quinze ans, occupé aux travaux des champs. Les fièvres intermittentes ne règnent pas dans son pays, et pour son compte il n'en a jamais été atteint; il a même toujours eu une excellente santé tant qu'il est resté dans son pays, et il n'a jamais gardé le lit pour cause de maladie. Venu à Paris il y a trois ans pour servir les maçons, il a continué à se bien porter jusqu'au mois d'avril dernier. Dans le courant de ce mois, après avoir transporté de l'eau pendant toute une journée et s'être beaucoup fatigué, il fut pris un soir de frissons assez intenses, suivis bientôt de sueur, de fièvre et d'une douleur assez vive s'étendant depuis le flanc gauche jusque sous l'aisselle du même côté. Il entra alors à l'hôpital Sainte-Marguerite, dans le service de M. Tessier, et y fit un séjour de quarante-huit jours.

Le traitement mis en usage contre sa maladie se compose, au dire du malade, de ventouses scarifiées et de sinapismes sur le côté douloureux. Après ce temps il quitta l'hôpital assez bien portant, mais pas assez cependant pour reprendre ses travaux.

Il resta pendant quelque temps dans un hôtel garni, et retomba malade; il entra cette fois à l'hôpital Bon-Secours, se plaignant surtout de fréquents et assez violents étourdissements, et très peu de son ancienne douleur de côté.

Le traitement qu'on lui fit cette fois consista en une saignée et en applications de glace sur la tête. Il resta vingt-quatre jours dans le service et en sortit dans un assez bon état, mais trop faible encore pour reprendre ses travaux habituels. Il s'occupa pendant un mois environ à garder une boutique et retomba malade une troisième fois.

Cette fois, il s'aperçut que son ventre s'était tuméfié, et il éprouva une douleur médiocrement intense au creux et un peu à droite de l'estomac. Il réclama de nouveau son admission à l'hôpital et fut placé dans notre service, salle Saint-Lazare, n° 13, vers la fin du mois dernier.

Nous le vîmes quelques jours après son entrée: son ventre était volumineux, et la percussion, ainsi que la palpation, permettaient de constater une très notable hypertrophie de la rate et une hypertrophie plus prononcée encore du foie; ces organes étaient d'ailleurs médiocrement douloureux à la pression et à la percussion; le point le plus douloureux se trouvait à gauche du creux épigastrique. L'auscultation faisait constater à la région précordiale gauche un bruit de frottement très prononcé, s'entendant seulement à la fin de chaque inspiration, sous forme de deux ou trois secousses assez brusques; une matité existait au-devant de la même région dans l'étendue d'au moins 9 pouces carrés; les bruits du cœur étaient sourds, profonds; il n'y avait pas traces d'impulsion précordiale. Dans le reste du côté gauche, la sonorité était à peu près normale, ainsi que la respiration, sauf toutefois dans la région splénique, où la rate produisait une matité complète et occupait un espace double au moins de l'espace normal. Le pouls était fréquent, dicrote, régulier; la peau était chaude, la soif assez vive, l'appétit presque nul. Tous ces symptômes étaient et ont toujours été continus; il n'y a jamais eu, depuis l'entrée du malade à l'hôpital, la moindre tendance à l'intermittence.

Le traitement fait jusqu'à ce jour a consisté en applications répétées de ventouses sur la région splénique et surtout hépatique de cataplasmes sur tout l'abdomen et en des boissons adoucissantes.

Aujourd'hui, les mêmes symptômes persistent encore, quoique notablement améliorés, et la tuméfaction hépato-splénique, quoique beaucoup diminuée, existe aussi à un degré très prononcé; ainsi, le bord libre du foie arrive encore à droite jusqu'au niveau de l'ombilic, et la rate dépasse les fausses côtes de plus de quatre centimètres.

Les mêmes phénomènes sont aussi perçus à la région précordiale, et le pouls a conservé les mêmes caractères; il est aujourd'hui à 110 environ. Il existe aussi une certaine douleur à l'épigastre et aussi un peu dans le côté gauche; il n'y a que très peu d'appétit, et le malade est toujours dans une assez grande prostration; il n'y a pas de trace d'ictère; point de diarrhée ni de constipation; pas de nausées ni de vomissements.

S'il était encore besoin de nouveaux faits pour démontrer l'impuissance de l'engorgement pur et simple splénique à produire la fièvre intermittente, celui qui se passe en ce moment sous nos yeux pourrait suffire. Non-seulement ce malade n'éprouve en ce moment aucun phénomène d'intermittence, mais encore il n'en a jamais éprouvé. On ne peut donc pas dire qu'il s'agit ici de ces congestions chroniques qui ont autrefois produit la fièvre, mais qui, ayant profondément modifié la texture de l'organe, lui ont enlevé sa sensibilité propre, et l'empêchent de réagir comme il le fait lorsqu'il est affecté primitivement. Loin de là, il s'agit ici d'une congestion aiguë, ou tout au plus subaiguë, tout à fait idiopathique. Mais par cela seul que cette congestion s'est manifestée sous une autre influence que les miasmes marécageux, elle n'a aucune tendance à produire des phénomènes intermittents. Dès lors, comment se refuser à admettre que, dans les cas où l'engorgement coïncide avec la fièvre périodique, cet engorgement est, comme la fièvre elle-même, le résultat secondaire de l'empoisonnement, et nullement la cause des symptômes morbides?

Il nous paraîtrait tout aussi raisonnable d'attribuer la colique de plomb à l'altération des gencives que de rapporter la fièvre intermittente à la congestion splénique. Evidemment, ce n'est point elle qui cause la fièvre, mais bien la cause spéciale dont elle n'est qu'un effet.

Ce point de doctrine une fois établi, le malade dont il s'agit mérite à quelques autres égards votre intérêt. Il n'est pas fréquent d'observer dans notre climat des affections aiguës et idiopathiques de la rate et du foie, et cela est encore plus rare à l'âge de notre malade qu'à une époque plus avancée de la vie.

Cependant nous ne pouvons admettre ici aucune cause organique, aucune intoxication, paludéenne ou autre, à laquelle on puisse rapporter les congestions que nous observons; le malade a toujours vécu en plein air, et n'offre aucun symptôme qui permette de croire à l'existence d'une diathèse cancéreuse; toute idée de cirrhose doit également être écartée, non-seulement parce que la tuméfaction splénique ne présente pas du tout la forme bosselée qu'elle affecte dans la cyrrhose, mais encore parce que nous avons affaire ici à une congestion fébrile, ce qui n'arrive jamais dans la cirrhose, maladie essentiellement chronique et apérétique. Enfin jusqu'à ce jour l'engorgement hépato-splénique ne s'est pas accompagné d'ascite; ce n'est qu'aujourd'hui que nous avons constaté la présence d'une petite quantité de liquide dans le péritoine. L'absence d'ictère est aussi un fait qui mérite d'être noté.

Quelle sera la terminaison de cette maladie? Si nous n'avions affaire qu'aux congestions du foie et de la rate, nous ne douterions pas d'arriver à une solution heureuse de ces affections; mais nous avons ici une affection qui semble disposée à passer à l'état chronique. Cette affection est ou une pleurésie partielle de la région précordiale, ou plus probablement encore une péricardite. Je n'ai pas l'intention de vous dire aujourd'hui les raisons pour lesquelles je ne me prononce pas d'une manière formelle entre ces deux inflammations. Nous aurons occasion de revenir sur ce sujet; mais ce que je ne puis me dispenser de faire remarquer, c'est que l'affection thoracique aggrave considérablement le pronostic des altérations abdominales. Vous n'ignorez point qu'une péricardite chronique peut conduire et conduit en effet assez souvent les malades à la mort. Nous devrons donc faire tous nos efforts pour prévenir ce fatal résultat, sans oser assurer que nous y réussirons. Vous savez quel traitement a été employé; nous n'avons jusqu'à présent qu'à suivre les mêmes indications. G.....

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 octobre 1849. — Présidence de M. Boussingault.

Muscles dans les valvules sygmoïdes.

M. Roux présente, au nom de M. Monneret, une *Note sur*

---

adversaire de la loi salique, mais j'aime à croire qu'après avoir lu ce petit échantillon de la correspondance de Mme Ekenholm vous partageriez mon opinion, au moins en ce qui concerne les fonctions diplomatiques.

— Vous avez eu des occasions, malheureusement trop fréquentes depuis l'invasion de l'épidémie en France, de signaler les tristes effets produits par la peur de la contagion. Dans certaines communes, la peur a été portée à un point tel que toutes ou presque toutes les maisons sont devenues désertes et que les habitants sont allés camper au milieu des champs, abandonnant à leur malheureux sort les victimes de l'épidémie. Le plus souvent les autorités, quand elles n'ont pas suivi l'exemple général, ont assisté tristement à cette désertion, à ce lâche abandon; quelquefois elles se sont contentées d'adresser de paternelles exhortations à leurs administrés. Ce n'est pas ainsi qu'a agi le maire de N..., homme d'énergie, qui a compris sur-le-champ la nécessité de proportionner la vigueur des précautions à la gravité du danger. Quand il a vu sa localité envahie par l'épidémie et menacée d'une désertion complète, il a aussitôt assemblé son conseil, et lui a proposé de faire afficher aux quatre coins de la ville la proclamation suivante:

« Le maire ...., considérant, etc......., arrête:

» Quiconque sera soupçonné d'avoir disparu du territoire de la commune sera immédiatement arrêté et conduit en prison. »

Cette rédaction énergique électrisa le conseil municipal, qui l'adopta sans discussion à l'unanimité.

Ce qui n'est pas le moindre mérite de cet acte remarquable, c'est qu'il atteignit parfaitement son but. En lisant l'affiche, les habitants rirent d'un si bon cœur, qu'ils ne songèrent plus à quitter un pays favorisé d'un magistrat aussi récréatif.

— Le grand Fattet a beau faire, il est distancé par ses confrères de la Grande-Bretagne, cette terre classique du puff qui, dans la réclame desinée comme dans bien d'autres, nous laisse toujours de plusieurs longueurs derrière elle. Nous allons rapporter, à l'appui de notre assertion, un spécimen que nous conseillons à l'illustre Fattet de ne pas lire dans un moment où il aurait quelque penchant au désespoir. Voici, à peu près textuellement, ce qu'on lit dans un journal de Londres, le *Punch*:

« Depuis que la guerre de Hongrie est allumée, il n'est question, dans le monde, que des accidents causés par la prononciation des noms bizarres et barbares de Windisgraetz, de Jellachich, de Kossuth, qu'il faut prononcer Kossouthzzz. Quelques personnes se sont démantibulé la mâchoire; beaucoup se sont fracturé les dents, et toutes celles qui portaient de faux rateliers ont vu promptement leur bouche se dégarnir de sa parure artificielle.

» Un célèbre dentiste de la capitale, M. ***, de Charles-Street, vient de trouver un moyen qui remédie à tous ces graves inconvénients. M. *** a inventé des rateliers qui bravent la prononciation la plus barbare, et des dents métalliques *prononçantes* qui rendent les noms les plus autrichiens et les plus hongrois aussi faciles à prononcer que: *good day; how are you?*

» Le *Punch*, qui a fait acquisition d'un de ces rateliers, a parlé hongrois et autrichiens toute une journée sans désemparer, et ne s'est pas trouvé autrement incommodé, le soir, que s'il avait été muet pendant vingt-quatre heures. »

Voilà ce qui s'appelle comprendre son état. O Angleterre, comme ta supériorité brille en tout et partout! La France, heureusement, possède le docteur Watbled, à qui nulle nation ne peut comparer rien ni personne.

— Malgré les agitations dans lesquelles nous vivons, malgré les orages qui menacent la Faculté, il y a encore quelques personnes, et je suis de ce nombre, qui s'occupent de ce qu'elle fait. Je m'en occupe peut-être même cette année avec plus de sollicitude que les années précédentes, parce que j'attends avec une certaine émotion le moment où je pourrai voir cette pépinière de jeunes dévouements recevoir publiquement les récompenses et les éloges qu'ils ont noblement conquis en courant au-devant du danger sérieux pour soulager leurs semblables, lorsqu'à la rigueur leur devoir ne l'exigeait pas. C'est à M. Denonvilliers qu'est échu l'honneur d'exprimer aux élèves les sentiments de reconnaissance de l'Ecole, qui seront ceux de la France entière. Nous félicitons M. Denonvilliers d'avoir eu cette bonne fortune pour son début d'orateur officiel. Nous ne doutons pas qu'il n'en profite en homme de talent et de cœur. Il aura malheureusement à traiter un autre sujet, bien fait pour comprimer tous les sentiments d'heureuse expansion que pourrait lui inspirer la belle conduite des élèves. Il aura à raconter la vie, à déplorer la mort d'Auguste Bérard, d'un maître et d'un ami prématurément enlevé à la science, qui commençait à peine à le récompenser de ses longs et pénibles travaux. Sujet trop digne en effet de méditations profondes et bien pénibles pour tout le monde, mais plus encore pour celui qui fut le compagnon de ces travaux commencés à deux, et qu'un seul devait terminer. Quoique nous désirions que M. Denonvilliers puisse rendre aux élèves le tribut d'éloges qui leur est dû, nous nous félicitons d'être de ceux qui apprécient les préoccupations du jeune professeur, et qui comprennent qu'on s'y laisse entièrement absorber. X....

la structure et la physiologie des valvules de l'aorte et de l'artère pulmonaire.

Cette note peut être résumée dans les propositions suivantes :

« Les valvules sygmoïdes sont pourvues de deux muscles distincts capables de les mouvoir, de les tendre et de concourir ainsi à la circulation.

» Le premier de ces muscles se compose de faisceaux de fibres très développés et visibles à l'œil nu. Les uns, au nombre de quatre à cinq, partent de l'angle supérieur de la valvule et descendent pour s'entre-croiser sur le raphé avec les fibres situées de l'autre côté, ou sur un second repli qui se trouve au-dessus du bord libre. Les autres fibres plus courtes se dirigent en travers dans toute la longueur de la valvule. Ce muscle a pour fonction de relever les valvules, de les rapprocher de la paroi artérielle et de les soutenir quand elles sont abaissées.

» Le second muscle, formé de fibres verticales et parallèles, s'étend du bord libre de la valvule à son bord adhérent. Les fibres sont serrées, plus fines que celles de l'élévateur, très rapprochées et nombreuses à la partie inférieure, audessous du nodule d'Aranzi. Il sert à abaisser la valvule, et contribue, avec la contraction synergique de l'élévateur, à la maintenir dans une position fixe. »

Les fibres de ces muscles, étudiées par M. Monneret au microscope sous un grossissement de 700 diamètres, lui ont paru parfaitement identiques aux véritables fibres musculaires de la vie organique, c'est-à-dire qu'elles sont lisses et cylindriques.

Les valvules sont fortement relevées par la contraction du muscle transversal, qui agit en même temps et dans le même sens que les ventricules ; il contribue activement à la propulsion du sang en expulsant la quantité de ce dernier contenu entre les valvules et l'aorte.

Le muscle abaisseur est antagoniste du précédent.

M. Magendie. Je ne vois qu'une chose nouvelle dans la communication que vient de nous faire connaître M. Roux ; c'est la description de deux muscles dans les valvules sygmoïdes. Je ne sais pas si l'auteur a fait les expériences qui seules pourraient prouver la nature musculaire des fibres décrites. On sait que les fibres musculaires se contractent encore quelque temps après la mort sous l'influence d'un courant galvanique. Si cette expérience n'a pas été faite, je serai peu disposé à croire à la nature musculaire des fibres en question, qui, *à priori*, me paraissent un contre-sens physiologique. Les valvules, en effet, sont parfaitement abaissées et relevées mécaniquement par le flux et le reflux du sang. Je ne vois donc pas ce qu'il resterait à faire à des muscles placés dans l'épaisseur de ces voiles membraneux.

M. Roux. Les expériences dont parle M. Magendie n'ont pas été faites, et je conviens qu'elles sont nécessaires pour démontrer l'existence des muscles décrits par M. Monneret. Mais l'existence des fibres seules serait déjà un fait intéressant.

Sucre dans la sueur des cholériques.

M. Poirson, interne en pharmacie à la Salpêtrière, annonce qu'il a constaté le fait signalé par M. Doyère de la présence du sucre de raisin dans la sueur des cholériques. La malade qui fournit le sujet de cette expérience, âgée de soixante ans environ, avait présenté entre autres symptômes d'un choléra des plus intenses, auquel elle succomba le lendemain, une sueur visqueuse des plus caractérisées. Cette sueur, recueillie sur les parties de la face qui n'avaient pu être en contact avec les boissons sucrées administrées à la malade, fut reprise par l'eau distillée et traitée par le tartrate de potasse et de cuivre précipité; puis, redissous par la potasse, a réduit à 100 degrés une quantité d'oxyde de cuivre assez abondante pour que le médecin du service n'ait pas hésité à penser que la viscosité pût être attribuée à la présence de ce sucre. L'expérience a été réitérée plusieurs fois sur la même solution et toujours avec le même résultat.

Traitement des anévrismes par la galvano-puncture.

M. Pétrequin adresse deux nouvelles observations d'anévrismes traités et guéris par la galvano-puncture. La première est relative à un anévrisme faux consécutif du pli du coude, l'autre à un anévrisme traumatique de l'artère temporale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 3 octobre 1849. — Présidence de M. Deguise père.

Correspondance.

M. Larrey donne lecture à la Société d'une notice d'ophthalmologie qui lui a été adressée par M. Bertherand, chirurgien aide-major de l'armée d'Algérie, et qui a pour titre : *Relation d'une névralgie oculaire épidémique*, observée en Afrique (septembre 1847). Une commission composée de MM. Lenoir, Larrey et Morel-Lavallée, est chargée d'examiner ce travail et d'en rendre compte à la Société.

M. Huguier fait hommage à la Société d'un mémoire sur l'*esthiomène*, ou *dartre rongeante de la région vulvo-anale*, extrait des Mémoires de l'Académie nationale de Médecine, et accompagné de quatre planches qui représentent les variétés de cette maladie.

Tumeurs sublinguales.

M. Larrey fait un rapport verbal sur une note qui a été adressée il y a deux mois environ à la Société de Chirurgie par M. Bertherand, déjà cité. Cette note n'est autre chose qu'un extrait de la thèse soutenue à Strasbourg en 1845 par ce jeune chirurgien militaire sur une question qui avait paru mériter l'intérêt de la Société, et qui, dans deux cas récents encore, a fixé son attention.

La thèse de M. Bertherand, intitulée *Recherches sur les tumeurs sublinguales*, a en vue de différencier les tumeurs de nature diverse susceptibles de se développer dans la région sublinguale, et qui sont souvent confondues entre elles sous le nom de *grenouillette*.

Un exposé succinct de la région sublinguale en précise d'abord les éléments anatomiques.

C'est sur cette donnée première que l'auteur établit une classification des tumeurs sublinguales, c'est-à-dire d'après les organes et les tissus aux dépens desquels se développent ces tumeurs.

Ainsi, à cet égard, elles offrent à considérer des tumeurs :

1° De la muqueuse buccale et du tissu cellulaire sous-muqueux ;
2° Des vaisseaux sous-linguaux;
3° De la glande sublinguale ;
4° Du canal de Warthon.

Les *tumeurs de la muqueuse buccale* sont ordinairement des tumeurs fongueuses, des excroissances proprement dites. Levret, Baraton, Plater, Perrault, Marochetti, Tulpius, Garriat, Faure, ont cité de nombreux exemples de ces tumeurs fongueuses, mollasses, spongieuses, insensibles, de consistance charnue, de forme allongée, irrégulière, siégeant presque toujours aux environs du frein.

L'obstruction des cryptes de la membrane muqueuse détermine leur gonflement avec ou sans inflammation ; de là des tumeurs glanduleuses multiples, peu volumineuses, indolentes, contenant soit une matière grasse, onctueuse, analogue à de la bouillie, l'athérôme, en un mot; soit une substance jaunâtre, miellcuse, ou le méliceris; soit une substance sébacée, caséeuse; soit même enfin du tissu encéphaloïde.

Fabrice d'Aquapendente, Marochetti, Tulpius, Loder, B. Bell, J.-L. Petit, Chélius, ont signalé des cas qui se rapportent à ces variétés.

Les tumeurs du tissu cellulaire sous-muqueux, observées par Frank, Aranzi, Garriot, Craigias, Malcolme, Jourdain, Petit, Ruby, sont analogues à celles du tissu cellulaire sous-muqueux des autres régions du corps, et qui revêtent les caractères de l'inflammation.

La *Gazette Médicale* de 1834 cite un cas de tumeur gangréneuse du tissu cellulaire sous-lingual.

Quant aux lipomes et aux stéatomes appartenant encore au même tissu, on en trouve de nombreux exemples rapportés par Dupuytren, Scherer, Symes, Girard. Ces tumeurs sont mollasses, sans fluctuation, et souvent bosselées à leur surface.

Si elles offrent de la transparence, des parois ténues, etc., elles sont susceptibles de disparition spontanée; si surtout leur développement est inégal, on peut croire qu'il s'agit d'un kyste séreux ou séro-fibreux. Ravaton, Dupuytren, Breschet, Larrey père, en ont cité des observations.

Goulen a rapporté enfin des cas de *kystes hydatiques* de la région sous-linguale.

Les *tumeurs des vaisseaux sous-linguaux* sont les plus rares assurément. Aëtius semble avoir observé la dilatation variqueuse des veines sous-linguales.

Le professeur Stoltz (de Strasbourg) a rencontré un exemple marqué de tumeurs érectiles de cette région.

Les tumeurs de la glande sous-linguale, très bien décrites par Garriot et Ravaton, ont présenté toutes les altérations des autres glandes analogues du corps, depuis le plus simple engorgement jusqu'à la dégénérescence cancéreuse.

Les tumeurs du canal de Warthon, assez souvent observées, ont offert les cas les plus curieux. Elles sont formées soit par la rétention de la salive dans l'intérieur des canaux excréteurs, soit par la présence de concrétions calculeuses. Dans le premier cas, la tumeur est molle, fluctuante, transparente, lentement développée, susceptible d'augmentation de volume, avec ou sans épaississement de ses parois, et offrant quelquefois la saillie des orifices des conduits. Dans le second cas la tumeur est ordinairement peu volumineuse, inégale à sa surface, de consistance dure.

D'après ces données sur le siége anatomique des tumeurs sublinguales, celles des conduits de Warthon se présenteraient le plus fréquemment à l'observation, d'après M. Bertherand, qui ne semble pas en avoir donné une preuve suffisante.

Il a indiqué dans son travail les opinions variées des chirurgiens qui, depuis l'antiquité, ont confondu les tumeurs sublinguales les plus diverses sous la dénomination de ranule ou de grenouillette, dénomination basée elle-même sur une ressemble iuforme avec la grenouille, ou sur le son de voix analogue au croassement de ce batracien.

L'auteur de la thèse répond ensuite à quelques-unes des objections adressées à la localisation de la grenouillette dans les conduits de Warthon exclusivement, et il propose en conséquence de rejeter tout à fait cette dénomination de grenouillette, qui est en effet impropre à tous égards.

Dans un exposé symptomatologique de tumeurs sublinguales, il apprécie successivement le volume, la forme, la couleur, la consistance, la sensibilité, le développement, le contenu de ces tumeurs, ainsi que les propriétés de la salive excrétée; mais cette partie de la thèse, ainsi que la question du diagnostic différentiel, manquent de développement. L'étiologie comprend des causes prédisposantes et des causes déterminantes qu'il était possible aussi d'étudier avec plus de soin.

Quant à la marche, à la durée, aux terminaisons de ces tumeurs, elles n'offrent rien de précis.

Le pronostic n'en est pas grave en général.

L'importante question du traitement est bien exposée par M. Bertherand, qui passe en revue et apprécie avec justesse quelques moyens généraux ou indirects, puis les moyens locaux ou directs. Ainsi l'ouverture de la tumeur, soit par ponction, soit par incision; la cautérisation, le séton, les injections adhésives, etc.; la formation d'une fistule artificielle, et notamment le bouton de Dupuytren ; — l'excision partielle avec renversement et suture des bords d'après le procédé de M. Jobert; la résolution par mouchetures ou scarifications; l'atrophie par compression, par ligature, par torsion, telle que M. Bertherand l'a proposée pour les tumeurs polypeuses (et telle qu'il l'a employée avec succès chez un Arabe, l'année dernière); l'ablation enfin.

Tel est en aperçu l'analyse de ce travail, qui, sans avoir une valeur originale, a cependant le mérite d'établir une classification rationnelle des tumeurs hypoglottiques, et d'indiquer ainsi les éléments d'un diagnostic trop souvent erroné jusqu'ici, en même temps qu'il semble tracer pour les observations ultérieures des indications plus précises du traitement.

En conséquence, dit M. Larrey, j'ai l'honneur de proposer à la Société de Chirurgie d'adresser une lettre de remercîments à M. le docteur Bertherand, et de l'inviter à donner à la Société un exemplaire de sa thèse.

M. Monod, après la lecture de ce rapport, rappelle qu'il a déjà été souvent question des tumeurs sublinguales dans les séances de la Société, et il fait observer que l'opinion de la plupart de ses membres semble contraire à l'idée exprimée par M. Bertherand sur la fréquence des tumeurs développées aux dépens du canal de Warthon.

M. Lenoir demande si l'auteur de la thèse cite des faits à l'appui de son idée, parce que les observations de vraie grenouillette peuvent seules décider cette question assez difficile ; et il suppose aussi que M. Bertherand, en composant son travail, ignorait sans doute l'opinion de beaucoup de chirurgiens à cet égard.

M. Larrey répond que cette thèse, malgré les recherches intéressantes dont elle a été l'objet, laisse à désirer, en effet, des observations détaillées propres à préciser mieux les caractères de la grenouillette, et à éclairer plus complétement encore ce qui reste obscur dans l'étude des tumeurs sublinguales.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Traitement des ulcères par l'eau froide.

M. R. Marjolin communique à la Société le résultat de quelques recherches faites par lui sur la thérapeutique des ulcères. Il a été souvent frappé des inconvénients des bandelettes de diachylum dans le pansement des ulcères ; et il s'est proposé de substituer à cette méthode, trop généralement usitée suivant lui, la simple application de l'eau froide. C'est d'abord un moyen de propreté essentielle à la guérison ; c'est ensuite un mode de traitement aussi prompt qu'efficace. Employée en lotions et sous la forme de fomentations froides, l'eau agit en effet comme l'un des plus puissants modificateurs des ulcères. Voici comment M. Marjolin procède au traitement : Il commence par faire prendre au malade quelques bains de propreté, puis il prescrit des cataplasmes lorsque des callosités compliquent l'ulcération, et dès que ces callosités n'existent plus, il applique sur l'ulcère des compresses imbibées d'eau froide, en ayant la précaution de renouveler les lotions aussi souvent que besoin est. Les résultats avantageux qu'il a obtenus par ce mode de traitement l'ont ainsi décidé à renoncer aux bandelettes de diachylum, qui, par les propriétés irritantes de leur composition, ou par l'effet de leur mauvaise application, ont, entre autres inconvénients, celui d'imprimer à la peau une teinte livide, en lui faisant perdre de son ressort, de sa souplesse, en déterminant quelquefois des érosions, des déchirures de son tissu, en provoquant enfin des adhérences aux tissus sousjacents ; de là de la gêne, de la roideur dans les mouvements du membre, et parfois son atrophie consécutive. Sous l'influence de l'eau froide, au contraire, l'ulcération se déterge plus vite et plus régulièrement, la peau revêt une meilleure teinte ; elle devient plus ferme, plus extensible, moins adhérente, en un mot.

M. Marjolin a employé cette méthode dans vingt-cinq cas depuis le mois de janvier ; il a fait cicatriser ainsi des ulcères assez étendus dans l'espace d'une quinzaine de jours; et après avoir recommandé aux malades de revenir à l'hôpital si leur guérison n'était pas complète, il n'en a pas revu un seul qui se trouvât dans cette condition.

Il ajoute, à la vérité, que la cicatrisation, marchant d'abord avec une rapidité surprenante, s'arrête quelquefois et devient stationnaire, alors qu'un seul point reste ulcéré. Mais ce résultat s'observe surtout dans les cas du traitement ordinaire, c'est-à-dire par l'emploi des bandelettes.

En conséquence, M. Marjolin n'hésite pas à considérer l'application de l'eau froide comme le meilleur moyen de traitement des ulcères, et il exprime le désir que ses collègues veuillent bien en faire aussi l'expérimentation.

M. Larrey, en reconnaissant l'intérêt qu'offre la communication de M. Marjolin, fait observer que le traitement des ulcères par l'eau froide n'est pas, à beaucoup près, une méthode nouvelle; et il croit se rappeler presque certainement que Lombard, ancien chirurgien militaire, qui a publié divers travaux sur les plaies par armes de guerre, avait préconisé l'emploi de l'eau froide dans la thérapeutique des ulcères.

M. Larrey ajoute qu'il a vu récemment le doyen des chirurgiens de Nantes, M. Lafon, substituer aux bandelettes de diachylum de simples bandelettes de linge qu'il fait imbiber quelquefois d'eau froide, ce mode de pansement lui ayant paru préférable à tout autre.

M. Morel-Lavallée considère deux choses dans le traitement des ulcères, quel que soit le moyen employé : c'est que, d'une part, la cicatrisation commence presque toujours assez vite, et que, d'autre part, elle s'achève lentement. Or, dans l'emploi de l'eau froide aidé du repos, quelle est l'influence de l'eau, quelle est l'influence du repos ? L'eau froide, par ses propriétés toniques, peut bien être pour beaucoup dans la guérison ; mais il ne faudrait peut-être pas lui accorder une efficacité trop grande ou du moins trop exclusive, comme M. Marjolin y semble disposé, parce que tout le monde sait que, dans quelques cas, l'effet seul du repos suffit, avec les pansements les plus simples, pour guérir des ulcères même profonds ou étendus. Cette question, enfin, ne saurait être définitivement jugée sans des expériences comparatives entre la méthode dont il s'agit et les autres.

M. Debout, après avoir remercié la Société de l'intérêt

qu'elle a bien voulu lui témoigner pendant la maladie dont il est à peine convalescent, présente quelques considérations sur le sujet de la discussion. Dans un voyage qu'il a fait l'an dernier en Angleterre avec M. Velpeau, il a vu dans les hôpitaux de Londres environ deux cents malades affectés d'ulcères et traités seulement par l'application d'une compresse imbibée d'eau froide. Cette méthode, qui lui a paru générale, comporte trois modes de pansements distincts, à savoir :

1° Une seule petite compresse mouillée pour les ulcères les plus superficiels;

2° Une compresse recouverte d'une autre plus grande humide aussi pour les ulcères plus étendus;

3° Une compresse soutenue à l'aide de bandelettes agglutinatives agissant alors aussi comme mode de compression.

M. Guersant rapporte que, lorsqu'il était chargé au Bureau central du service des ulcères, il avait pour habitude de prescrire d'abord aux malades de baigner leurs jambes dans l'eau de rivière, afin d'en diminuer l'odeur fétide. Il en obtenait par là un autre avantage, celui d'une détersion plus prompte et plus favorable au pansement. Il recommandait aussi aux malades de faire des lotions d'eau froide en se couchant et en leur permettant même de marcher; il en a vu guérir ainsi un bon nombre.

M. Giraldès prie M. Debout de vouloir bien exposer quelques indications précises sur le traitement des ulcères dans les hôpitaux de Londres, parce qu'il est variable non-seulement selon les divers hôpitaux, mais encore selon les divers chirurgiens d'un même hôpital. Ainsi, les uns emploient les bandelettes ou la compression, les autres les émollients; ceux-ci font des pansements fréquents, ceux-là préfèrent les pansements rares. On ne saurait donc attribuer à tous une méthode uniforme à cet égard.

M. Debout répond à M. Giraldès qu'il a recueilli sur ces faits-là des notes exactes qu'il s'empressera de communiquer à la Société si elle le désire. Les hôpitaux de Saint-Barthélemy, de Saint-Thomas et de Saint-Georges sont ceux où il a observé le traitement des ulcères, et les résultats lui en ont paru frappants, dignes d'attention.

M. Marjolin déclare qu'il n'a pas voulu présenter comme chose nouvelle le traitement des ulcères par l'eau froide, mais substituer dans la pratique ce moyen si simple à la méthode qui lui semble trop uniformément employée à Paris, et surtout trop insuffisante. Lui aussi a fait au Bureau central pendant quatre ans le service des ulcères, et il s'est assuré que la guérison était dans la plupart des cas trop lente et incomplète; il avait cependant pris les mêmes précautions que M. Guersant, mais il a reconnu que le repos seul ne suffisait pas, malgré l'opinion contraire de quelques chirurgiens, tels que Blandin, qui accordait à cette seule influence la plus grande part dans la cicatrisation, tandis que l'eau froide agit en définitive avec plus de promptitude et de sûreté.

M. Larrey ne conteste pas les avantages de la compression exercée avec les bandelettes, mais il croit devoir signaler l'influence fâcheuse de ce moyen qui tend à déterminer quelquefois des érysipèles. Il a même observé que la compression mal faite ou exercée trop fortement par les bandelettes pouvait déterminer au-dessus et au-dessous d'elles un engorgement du membre, et transformer un ulcère simple d'abord en un ulcère variqueux par récidive.

M. Michon objecte à cette observation l'effet ordinaire de la compression appliquée au traitement des varices comme au traitement des ulcères.

M. Larrey, en admettant comme M. Michon et comme tous les chirurgiens l'avantage de la compression méthodique dans les cas ordinaires, n'a voulu que signaler l'inconvénient de la compression mal faite ou appliquée trop fortement sur une surface étroite dans des cas exceptionnels.

— La séance est levée à cinq heures. H. L.

CORRESPONDANCE.

Nature du choléra.

Notre honorable confrère réclame avec tant d'insistance l'insertion de la lettre qu'il nous adresse que nous craindrions de paraître animé de mauvaise volonté en refusant de nous rendre à ses désirs. Nous croyons devoir lui faire remarquer toutefois que tous les hommes qui se tiennent au courant de la science étaient déjà instruits de la théorie de M. Pellarin, qui a déjà été soutenue et que la plupart tiennent pour jugée définitivement. Tel a été le seul motif qui nous a fait passer légèrement sur les diverses communications que M. Pellarin a adressées aux Académies.

Nous sommes heureux d'ajouter, d'après d'autres renseignements que nous transmet M. Pellarin, que cet honorable confrère a donné pendant l'épidémie de Givet les preuves les plus multipliées de dévouement : ce ne paraîtra que très naturel à tous ceux qui le connaissent.

Monsieur le Rédacteur,

Si je me trompe sur l'opinion que je me suis formée, à l'école des faits pourtant, sur la nature du choléra, c'est ce qu'un avenir, et un avenir très prochain, va décider. Il n'est pas possible que le doute subsiste longtemps sur la valeur de propositions aussi nettes que celles qui ont été par moi formulées, et qui sont depuis bientôt un mois soumises à l'appréciation de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine. Quoi que l'on pense encore à présent au sujet de ces propositions dans le monde médical, je pourrais dire que j'ai vu ici en quelque sorte *aspirer le choléra*.

Aussi, convaincu de plus en plus que je suis dans le vrai, je vous prie de me permettre, monsieur le Rédacteur, de reproduire dans votre feuille, sous ma responsabilité propre, bien entendu, les conclusions auxquelles m'a conduit l'observation de l'épidémie cholérique dans Givet.

1° Le choléra est un empoisonnement produit par l'absorption d'un ou de plusieurs gaz délétères exhalés des matières animales en décomposition, spécialement de celles que renferment les fosses d'aisance.

2° L'agent de l'empoisonnement ou intoxication cholérique est, suivant toute probabilité, le gaz sulfhydrique et sa combinaison ammoniacale.

3° Le choléra, dans nos pays d'Europe du moins, se contracte en général par suite de l'une ou de l'autre de ces deux circonstances : fréquentation de latrines infectes, ou bien respiration de miasmes émanés des matières rejetées par les cholériques.

4° Il n'est pas nécessaire d'avoir déjà la diarrhée pour être atteint du choléra, si l'on s'expose aux influences qui l'engendrent ou qui le transmettent.

5° La diarrhée ne constitue une prédisposition au choléra que parce qu'elle oblige les individus qui en sont affectés à se rendre fréquemment aux lieux où l'on respire l'air qui donne le choléra et parce qu'elle rend l'absorption plus active chez les sujets qu'elle a débilités.

6° La désinfection des fosses d'aisance et des matières rendues par les cholériques; l'enfouissement immédiat de ces matières dans les campagnes où il n'y a pas en général de fosses d'aisance couvertes, voilà l'essentielle mesure de préservation à mettre en usage contre le choléra.

7° L'empoisonnement cholérique porté à un certain degré est tout à fait incompatible avec la conservation de la vie.

8° L'intensité de l'attaque de choléra, en d'autres termes la rapidité, la violence des symptômes cholériques, la gravité du danger et la difficulté du rétablissement sont en raison de la quantité de gaz délétère absorbé et en raison *inverse* de la force de résistance qu'offre le sujet au moment où il subit l'intoxication.

9° Les inspirations alternatives de chlore et de vapeur d'éther (celles d'éther n'étant pas poussées jusqu'à produire le narcotisme), les boissons aromatiques, opiacées et spiritueuses, les frictions excitantes et les applications chaudes à la surface du corps pendant la période de froid sont les moyens thérapeutiques qui m'ont paru produire les meilleurs effets dans le choléra déclaré. L'eau fraîche dont les malades se montrent très avides ne m'a jamais semblé avoir les inconvénients graves qu'on lui attribue. Il importe de renouveler souvent l'air autour des cholériques, et surtout d'éloigner d'eux leurs déjections, ainsi que les linges et effets qui en sont souillés.

10° Les secours de la médecine parviennent tout au plus à sauver la moitié des cholériques. C'est à propos du choléra surtout qu'il est vrai de dire : Prévenir est facile, guérir est toujours incertain et souvent impossible.

Agréez, etc. Charles Pellarin, d.-m.-p.

Nouvelles du choléra.

Les nouvelles qui nous arrivent des départements sont presque toutes satisfaisantes. Nous ne trouvons que les suivantes qui méritent quelque intérêt.

Bouches-du-Rhône. — Quoiqu'en voie d'amélioration bien prononcée, l'épidémie continue cependant encore. Le 5 octobre, il y a encore eu 34 décès cholériques.

Gard. — L'épidémie commence à décroître à Toulon. Il y a eu 30 décès le 5, et 34 le 6.

Pas-de-Calais. — Dans presque toutes les communes de ce département si cruellement éprouvé, l'épidémie a disparu ou tend à disparaître. Quelques-unes seulement font une fâcheuse exception ; telles sont Oppry et Acheville, préservée jusqu'à ce jour et où la maladie vient de faire une brusque invasion. D'autres communes, plus heureuses, continuent à jouir d'un état sanitaire excellent, quoique environnées de toutes parts par l'épidémie. Telle est la commune de Bonny, où sur une population de 800 âmes on n'a pas compté un seul décès depuis le 31 décembre 1848.

Puy-de-Dôme. — Notre honorable confrère M. Auclerc, chef des travaux anatomiques de l'Ecole préparatoire de Clermont-Ferrand, nous annonce que depuis six semaines environ le département est dans le meilleur état sanitaire possible. La suette a régné dans plusieurs communes concurremment avec le choléra, sans paraître influencer cette épidémie, et réciproquement.

— Par décret du président de la République du 25 septembre ont été nommés à onze emplois de chirurgien-major de 2e classe, vacants dans le cadre des officiers de santé militaires, les onze chirurgiens aides-majors de 1re classe dont les noms suivent :

Choix, M. Rustan de Vérac, de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, en remplacement de M. Clède, admis à la retraite.

Ancienneté, M. Plaisant, des ambulances de l'Algérie, en remplacement de M. Ferron, décédé.

Choix, M. Andrieu, de l'infirmerie de l'école de cavalerie de Saumur, en remplacement de M. Lacger, passé à la 1re classe.

Ancienneté, M. Lelouis, de l'hôpital militaire de Lyon, en remplacement de M. Judan, passé à la 1re classe.

Choix, M. Girard, de l'hôtel national des Invalides, en remplacement de M. Dulac, passé à la 1re classe.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 18 OCTOBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 122.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 17 OCTOBRE 1849.

Bulletin du choléra.

Nous voilà enfin arrivés au jour tant désiré où la colonne des cholériques figure en blanc sur le mouvement des hospices et hôpitaux civils de Paris. Aucun cas ne s'est présenté hier dans ces établissements. Le terme de l'épidémie est donc arrivé. Il est possible cependant que pendant quelques jours on observe encore quelques cas isolés; mais nous avons le ferme espoir que l'influence épidémique ne laisse plus parmi nous que des vestiges.

La ville et les hôpitaux militaires ne comptent non plus aucun nouveau cas.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

	Entrées.	Décès.
HOPITAUX CIVILS : Journée dn 15 octobre.....	5	2
— 16	»	3
HOPITAUX MILITAIRES pendant les deux jours...	»	»
Total......................	5	5

Total des décès dans les hôpitaux..............	8035
Total des décès à domicile jusqu'au 30 septembre..	10944
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie..............................	18979

Séance de l'Académie de Médecine.

Les nombreux incidents et l'extrême intérêt de la séance d'hier nous obligent à faire un compte-rendu trop étendu pour pouvoir être inséré aujourd'hui.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Leçons cliniques sur le choléra.

(Douzième leçon.)

Du traitement du choléra (1).

Les reproches que nous avons entendus à propos de notre ignorance de la cause du choléra retentissent plus violents encore à propos de son traitement. Quels que soient les moyens thérapeutiques que l'on emploie, il faut au fléau le même nombre de victimes. Il n'y a donc pas de traitement, puisque dans tous les pays, quelle que soit la méthode employée, c'est toujours à peu près la moitié des malades qui ont succombé. Au point de vue de la statistique, c'est-à-dire de l'ensemble des individus affectés, cette manière de raisonner est juste; mais il n'en est plus de même si l'on considère les individus pris isolément. Il nous est, en effet, impossible d'admettre que l'art n'arrache pas quelques malades à la mort. Certes, les moyens actifs, énergiques, tout-puissants qu'on emploie dans la période algide, ne peuvent pas être pour rien dans la réaction qui s'opère à la suite de leur application. Nous pensons que les moyens dont on fait usage ne peuvent être les mêmes dans tous les cas, que ce qui est utile dans une circonstance est nuisible dans une autre; en un mot, pour parler plus explicitement, les moyens utiles dans une des périodes ne conviennent plus dans une autre. Le traitement de la forme inflammatoire n'est pas celui de la forme adynamique; celui des complications doit varier suivant ces complications, etc. C'est sous ces divers points de vue que nous allons bientôt étudier la question; mais avant, encore quelques mots de généralités. On nous dit, dans une multitude de cas, sinon toujours : les agents thérapeutiques sont impuissants, et les individus meurent souvent en quelques heures, malgré les efforts de la science. Ceci est incontestable, et nous sommes les premiers à le déplorer. Mais lorsqu'un boulet de canon emporte la tête d'un soldat, exige-t-on du médecin qu'il la remette, et trouve-t-on étonnant, singulier, qu'il ne guérisse pas le blessé? Vient-il à la pensée de quelqu'un de faire un reproche au chirurgien de son impuissance dans ce cas?

Non, sans doute. Le chirurgien panse et guérit (on peut le dire, malgré la modeste devise d'Ambroise Paré) les blessures qui brisent les membres, divisent les chairs plus ou moins largement, plus ou moins profondément. Sans son intervention, le malade mourrait souvent dans ces derniers cas. Eh bien! il en est de même du médecin en présence du choléra; les cas où la cause cholérifère a par sa violence *emporté la tête du malade*, le médecin n'y peut rien; ceux *où il n'a brisé qu'un membre*, etc., le médecin peut guérir. Maintenant, dans ces derniers cas, est-il indifférent d'employer tel ou tel traitement? Nous ne le pensons pas. Ici, comme ailleurs, le médecin habile obtient des résultats qui échappent au médecin ignorant. Il tombe sous le sens que des remèdes opposés ne peuvent également convenir dans un même cas, et que le même remède ne saurait réussir dans des cas opposés. Il est donc d'une haute importance de saisir l'opportunité, l'à-propos. Là est tout le talent, au reste, comme toujours en médecine. Nier ces propositions, c'est mettre la science et l'ignorance, la sagesse et la stupidité sur le même rang, c'est dire, qu'il est indifférent d'être savant, perspicace, ou ignorant et malhabile. C'est nier l'art.

Existe-t-il un remède spécifique contre le choléra? Y a-t-il pour cette maladie un sulfate de quinine, une vaccine? Hélas! nous sommes bien forcé de l'avouer, nous ne possédons pas de spécifique. Jusqu'à ce jour, ni la science, ni le hasard n'ont pu doter l'humanité d'un moyen si précieux. Nous n'avons donc pas un *remède* contre le choléra, mais nous avons des traitements divers suivant les cas.

Avant d'entrer dans ces détails, il est quelques réflexions que nous pourrions appeler de morale clinique que nous devons vous exposer, afin de tâcher de vous prémunir contre le travers que nous allons vous signaler.

Les médecins sont sujets à une singulière illusion. Ils s'imaginent toujours que les moyens qu'ils emploient guérissent leurs malades. Ils sont profondément convaincus que ce qu'ils font est beaucoup mieux que ce que font leurs confrères, que leurs agents thérapeutiques ne nuisent jamais. Aussi, lorsque quelques-uns de leurs malades succombent, ou seulement que l'état de ces malades empire, il faut voir avec quelle adresse ils en jettent la faute sur toute autre cause! Il résulte de cette disposition d'esprit, qui est générale, et dont on a bien de la peine à se défendre, quoiqu'on soit bien prévenu et que l'on soit doué de quelque philosophie et de scepticisme, que chaque médecin croit avoir trouvé le véritable traitement des maladies. Ceux qui sont pourvus d'une plus forte dose d'amour-propre ou de confiance en eux, si vous voulez, prônent leurs traitements avec plus d'activité, d'énergie et de bruit que les autres. Sans doute qu'ils croient agir pour le bien de l'humanité. C'est particulièrement dans la thérapeutique qu'éclate l'enthousiasme de quelques médecins et le fanatisme de leurs imitateurs. Ah! combien on devient plus modeste lorsque l'âge et la réflexion nous montrent enfin la vanité de nos prétentions! lorsque nous voyons les maladies guérir *pendant* l'emploi des moyens les plus variés et souvent les plus différents! Qui de nous n'a pas vu dans sa carrière médicale prôner comme infaillible tel ou tel moyen, tel ou tel traitement, qui plus tard a été reconnu impuissant et est tombé dans un profond oubli? L'énumération en serait longue de ces déceptions! Défiez-vous donc, messieurs, de toute prévention en faveur du traitement des maladies!

Nous ne voulons pas dire pour cela qu'il n'existe pas un traitement préférable à un autre dans la curation des maladies, certes telle ne peut être notre pensée; mais seulement qu'il faut être beaucoup sur ses gardes avant de se donner comme modèle.

Nous sommes tellement convaincu qu'il existe pour toutes les maladies un traitement préférable à un autre, que nous employons tous nos efforts pour chercher les bases véritables de ce traitement. Nous ne cessons de vous dire que toute la médecine, ou, si vous voulez, la thérapeutique, est dans l'opportunité; qu'elle est d'autant meilleure que le médecin la fonde d'une manière plus sûre sur une appréciation plus exacte, plus rigoureuse de toutes les circonstances qui peuvent servir d'indication; circonstances dans le détail desquelles nous allons entrer à propos de la maladie qui nous occupe.

De cette disposition d'esprit des médecins que nous venons de signaler découle le torrent des remèdes qui inondent le champ médical en toute occasion et surtout dans celle où nous nous trouvons aujourd'hui. La multitude des remèdes qu'on a proposés, tous plus infaillibles les uns que les autres, est si innombrable que la simple énumération en est impossible, et en faire la critique inutile. Nous allons donc nous borner à exposer les moyens de traitement que nous croyons préférables.

La première question qui se présente, avons-nous dit, est celle-ci : Existe-t-il un remède spécifique contre le choléra? et notre réponse a été négative; mais, si nous ne connaissons aucun spécifique, est-ce une raison pour qu'il n'en existe pas? Telle n'est pas notre opinion. Depuis bien des années nous enseignons et nous avons écrit dans nos livres que toute cause spécifique devait avoir dans la nature son remède, comme la variole, la vaccine; la fièvre intermittente, le quinquina; la syphilis, le mercure, etc.; que la logique, que le

(1) *Voir* les nos 51, 54, 60, 83, 85, 88, 91, 94, 99, 107, 114.

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Recherches sur la paralysie générale progressive;

par le docteur LUNIER.

La maladie connue sous le nom de *paralysie générale des aliénés*, et que l'auteur, par des raisons que nous ferons connaître plus bas, désigne sous celui de *paralysie générale progressive*, cette maladie est-elle, comme beaucoup le croient encore, une affection propre aux aliénés; constitue-t-elle un symptôme ou une complication d'autres maladies, ou doit-elle être considérée comme une individualité nosologique parfaitement constituée? Telles sont les principales questions que l'auteur s'est proposé de résoudre dans le travail que nous allons examiner.

Les points qu'il établit tout d'abord comme base de son mémoire sont contenus dans les propositions suivantes, déduites de l'observation de nombreux faits particuliers. 1° S'il existe, non pas chez les aliénés, mais dans les hospices d'aliénés, un nombre de paralytiques beaucoup plus considérable que dans les hôpitaux ordinaires, il n'en est pas moins vrai qu'on en rencontre parfois aussi et plus qu'on ne le pense généralement dans ces derniers établissements; 2° ces paralytiques ne diffèrent en rien de ceux des maisons de fous? 3° les lésions des facultés intellectuelles qu'on rencontre chez ces malades ne méritent pas généralement le nom d'aliénation mentale, mais consistent simplement en une diminution ou une abolition, ou, si l'on veut, une paralysie complète ou incomplète de ces facultés, comparable à la paralysie de la motilité et de la sensibilité; 4° la paralysie générale progressive constitue une maladie spéciale et bien nettement définie, qui doit être complétement séparée de la folie, au même titre que l'hystérie et l'épilepsie.

Comme preuve de ces propositions, l'auteur, dans la première partie de son livre, a rassemblé onze observations recueillies avec le plus grand soin, très détaillées, et divisées en trois séries. Dans l'une, la paralysie générale n'a été ni précédée, ni accompagnée d'aliénation mentale ou de démence. Dans la deuxième, la paralysie, sans avoir été précédée de lésions des facultés intellectuelles, a été plus tard accompagnée de démence. Dans la troisième, enfin, la paralysie a été ou semble avoir été précédée de manie ou de monomanie transformée ou non transformée plus tard en démence. Chacun des faits rapportés par M. Lunier est suivi de réflexions, dans lesquelles l'auteur signale les principales circonstances qui le rendent intéressant. Nous ne le suivrons pas dans les détails de ces observations. Nous ferons seulement remarquer avec lui que la paralysie générale atteignant rarement sa deuxième et même la fin de sa première période, sans qu'on ait pu déjà reconnaître un commencement de démence, ce n'est qu'au début de la maladie que l'on pourra ne pas trouver de lésion des facultés intellectuelles. C'est cette absence de lésions intellectuelles au début de la paralysie générale qui rend quelquefois si difficile le diagnostic de la maladie. Les symptômes de démence sont d'ailleurs les premiers que remarquent les parents et amis des malades, et quand le médecin est appelé, il est rare que la maladie ne soit pas tellement avancée que toute guérison soit impossible.

A une époque plus avancée survient la démence, non pas comme une complication, un accident, mais bien comme un symptôme à peu près constant de la maladie arrivée à une certaine période, et se rattachant à la même cause organique que les lésions de la motilité et de la sensibilité. Enfin, la paralysie générale progressive est quelquefois précédée d'une aliénation mentale, dont elle est regardée comme une complication ou une terminaison. M. Lunier pense qu'il serait plus juste de considérer la folie comme une cause prédisposante de la paralysie, dont la marche est d'ailleurs le plus souvent tout à fait indépendante de l'aliénation mentale qui l'a précédée. La démence, qui vient se joindre plus tard aux autres symptômes de la paralysie, n'est pas toujours une terminaison de l'affection mentale aiguë survenue avant la paralysie; elle manque même quelquefois alors au début de cette dernière maladie.

Des faits rapportés dans cette première partie, M. Lunier tire les conclusions suivantes : Qu'il existe en dehors des asiles d'aliénés un assez grand nombre d'individus affectés d'une maladie en tout semblable à la *paralysie générale dite des aliénés*; que cette paralysie générale progressive peut survenir sans avoir été précédée d'aliénation mentale, et que, dans sa première période, elle existe même le plus souvent sans altération aucune des facultés intellectuelles. On peut donc admettre déjà avec l'auteur que la paralysie générale progressive est non pas une complication, un symptôme d'une autre maladie, mais une individualité nosologique parfaitement caractérisée. Nous verrons plus bas à quelle modification encéphalique correspond cet ensemble symptomatique.

Dans la seconde partie, M. Lunier s'attache à démontrer que, sans en convenir ou plutôt sans avoir aperçu cette circonstance, tous les auteurs sont d'accord sur ce fait que, dans la paralysie générale, les lésions de la motilité apparaissent avant toutes les autres. Il le prouve par de nombreuses citations des auteurs qui se sont occupés de l'étude de cette maladie.

La troisième partie, enfin, est consacrée à l'examen de quelques points de l'histoire didactique et clinique de la paralysie générale. Notre confrère énumère les diverses altérations encéphaliques que l'on rencontre à l'autopsie des paralytiques de cette espèce, et pense que, dans l'état actuel de la science, on ne peut légitimement rapporter à un seul et même élément toutes ces lésions.

raisonnement faisaient admettre l'existence de moyens analogues pour toutes les maladies qui reconnaissaient une cause d'une nature analogue. Ainsi, nous ne doutons pas qu'il n'existe un spécifique pour la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, la rage, la peste, la fièvre jaune, le typhus, etc. Nous enseignons qu'un jour sans doute viendra où toutes ces maladies auront leur remède spécifique. Où, quand et comment ces remèdes se dévoileront-ils à nous ou à nos neveux? Nul ne le sait; mais dans notre profonde conviction ce moment viendra, cette merveilleuse découverte se fera. Le choléra, qui reconnaît une cause spécifique, aura donc, lui aussi, son remède spécifique. Mais ce moyen est encore à trouver.

La terreur profonde et générale que cette affreuse maladie inspire aux populations leur fait demander aussi par quels moyens on peut se préserver, se mettre à l'abri de ses atteintes. On peut répondre que, malheureusement, il n'en est aucun de certain; que, malgré les précautions les plus sages en apparence, le choléra n'atteint pas moins ses victimes; cependant, nous croyons que, lorsqu'on observe les règles d'une hygiène prudente, il y a plus de chances d'échapper au fléau.

Relativement aux individus, il est à peu près incontestable qu'un régime alimentaire modéré, c'est-à-dire ni trop abondant, ni trop ténu, ni trop excitant, ni trop relâchant, que l'abstention de toute espèce d'excès dans le boire et dans le manger diminue les chances de l'épidémie. Un grand nombre de personnes ont pensé qu'en adoptant un régime excitant, en prenant du thé, du café, du vin pur, etc., elles se mettaient ainsi à l'abri du choléra, et beaucoup de médecins ont conseillé ce régime à leurs clients. Suivant nous, c'est une erreur profonde. Nous croyons que le meilleur moyen est de ne *rien changer à son régime habituel quand on s'en trouve bien*, lorsque ce régime est sage et convenable. Certes, les ivrognes, les gourmands feront bien de renoncer à leurs excès; mais les personnes qui n'en commettent pas feront bien de ne rien changer à leurs habitudes. En effet, si l'on se trouve bien d'une manière de vivre, n'y a-t-il pas des probabilités pour qu'on s'en trouve moins bien si l'on en change? On a proscrit les fruits, les légumes, le laitage, etc., suivant nous, bien à tort : ces substances alimentaires prises modérément ne sauraient nuire.

Sans doute qu'il convient d'éviter le froid et l'humidité; mais ces ceintures, ces vêtements de laine sur la peau, ont-ils une utilité réelle? nous en doutons.

Nous croyons fort sage d'éviter les veilles, les travaux intellectuels, fatigants, et surtout les impressions morales vives autant que possible. Mais de toutes les impressions morales, celle qu'il convient le plus d'éviter, parce qu'elle est la plus funeste, c'est la peur du choléra. L'impassibilité est une des conditions les plus heureuses pour éviter cette horrible maladie. Le calme de l'âme, l'*æquus animus*, est le plus puissant des préservatifs pour les calamités physiques et morales.

Il conviendra de rechercher les distractions; mais celles que l'on prend dans une réunion nombreuse d'individus ne sont pas toujours exemptes d'inconvénients. Ainsi, sans se priver complètement du plaisir du spectacle et des réunions d'amis, on fera bien de ne pas répéter trop souvent ce genre de plaisir.

Un exercice modéré pris en plein air, à la campagne, sera toujours salutaire; mais nous ne saurions recommander la continence avec trop de soin. Nous avons vu plusieurs jeunes hommes frappés et enlevés par l'épidémie pour avoir oublié cette sage prescription de l'hygiène.

Au reste, nous ne pouvons mieux faire que de recommander la lecture de l'avis que l'Académie de Médecine a publié sur la conduite à tenir pour se préserver du choléra. Ce document, qui a été fort attaqué dans les journaux, ne mérite pas ces critiques, et les avertissements qu'il contient nous paraissent l'expression d'une haute sagesse.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

Cas remarquable de suffocation produite par un prolongement du corps thyroïde devenu cancéreux dans la trachée et l'œsophage.

En publiant dans le dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux* une observation intéressante de trachéotomie suivie de succès, nous avons fait allusion à un autre fait non moins remarquable, quoique l'opération ait eu, dans ce cas, un résultat beaucoup moins avantageux. Celui-ci est plus curieux en ce qu'il offre peut-être le seul exemple connu jusqu'ici d'une suffocation produite par un prolongement envoyé entre la trachée et l'œsophage par le corps thyroïde devenu cancéreux. La pièce anatomique offrant cette particularité remarquable a été présentée par M. Chassaignac à la Société de Chirurgie, et rend parfaitement compte de l'insuccès forcé auquel était vouée toute opération de brochotomie faite dans de pareilles conditions.

OBS. — Au mois de juin 1849, on apporta à l'hôpital Saint-Antoine, dans un état de suffocation imminente, une femme de cinquante et quelques années, grande, sèche et maigre, et qui portait un goître d'un volume assez fort, mais de beaucoup au-dessous, par ses dimensions, de ceux qu'on observe journellement, et qui existent depuis un temps plus ou moins long avec impunité pour l'exercice de la respiration. L'opération, paraissant urgente, fut pratiquée presque aussitôt après l'arrivée de cette femme. C'est sur cette malade que, pour la première fois, M. Chassaignac fit la tentative d'accrocher le cartilage cricoïde à travers la peau, sans incision préalable. Cette tentative, faite avec une érigne ordinaire, n'eut pas le succès qu'on obtient toujours avec le ténaculum. La peau glissa sous l'instrument, et ce ne fut qu'après une moucheture faite aux téguments que le bord inférieur du cartilage cricoïde fut solidement accroché, ce qui permit d'inciser avec la plus grande facilité plusieurs anneaux de la trachée, et donna un instant l'idée qu'on allait remédier, du moins pour quelque temps, à l'état de suffocation. Mais cet espoir fut de courte durée. En effet, le libre passage de l'air à travers la trachée n'existait qu'à la condition de retenir et tirer fortement en haut l'érigne implantée sous le cartilage cricoïde; dès que l'érigne cessait de relever fortement le conduit aérien, la respiration s'arrêtait. Il semblait qu'une tumeur formée par l'œsophage, ou juxta posée à ce conduit, venait faire saillie dans la trachée et mettre obstacle à l'introduction de la canule. M. Chassaignac incisa à plusieurs reprises cette tumeur, qui était rénitente, et qui, si elle eût été due à la présence d'un kyste ou d'un abcès, eût peut-être, en se vidant, permis de retirer quelques fruits de l'opération. Toutes les tentatives furent infructueuses, et ce ne fut qu'à l'autopsie que l'on constata la véritable nature de cette tumeur, qui a été montrée à la Société de Chirurgie. C'était un prolongement du volume de deux à trois travers de doigt que le goître, chose qui n'a peut-être encore jamais été observée, envoyait entre l'œsophage et la trachée.

REMARQUES. — On comprend comment, même avec un goître qui n'était pas excessivement volumineux, la suffocation avait fait des progrès si rapides, et comment, même après l'ouverture de la trachée, il y avait un obstacle invincible au rétablissement de la respiration.

Une circonstance assez curieuse de ce fait, c'est que, par suite de la tumeur post-trachéale, la trachée était devenue tellement superficielle et poussée en avant, qu'au contact de la partie antérieure du col, avant l'opération, on prit pour des productions cartilagineuses du goître les anneaux de la trachée, tant ils étaient refoulés en avant.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 octobre 1849. — Présidence de M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté après une rectification de M. Velpeau, qui dit que, lorsqu'il a nié les engorgements de l'utérus, il n'a entendu parler que des engorgements du corps.

— La correspondance officielle comprend les pièces suivantes :

1° Un mémoire de M. Bayard « sur le virus varioleux et ses conséquences relativement à la vaccine et à l'inoculation; »

2° Un mémoire de M. le docteur Germain sur la « topographie médicale et agricole de la vallée de l'Angillon (Jura) » (commission de topographie et de statistique);

3° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce demandant le rapport de l'Académie sur le mémoire du docteur Guibert;

4° Un échantillon de la source d'eau minérale d'Aulus (Ariége);

5° Un mémoire sur un nouveau mode de traitement de l'épilepsie, par un pharmacien. (Commissaire, M. Baillarger.)

— La correspondance manuscrite se compose de plusieurs communications :

Suette miliaire.

1° M. le docteur Neucourt, de Verdun, envoie un mémoire sur une épidémie de suette qui a régné dans cette ville. Ce médecin a eu surtout à se louer de l'emploi du sulfate de quinine, en ayant soin de peu couvrir les malades.

Suette et choléra.

2° M. le docteur Boinet, envoyé en mission dans l'arrondissement d'Epernay, a vu fréquemment la suette et le choléra régner ensemble dans la même maison, et même un individu être pris de choléra dans la convalescence de la première affection; mais il n'a jamais observé le contraire. Le choléra n'a pas été moins grave chez les individus affectés de suette que chez les autres.

3° M. le docteur Blaud, de Beaucaire, envoie des détails sur la double épidémie de suette et de choléra qui a régné à Beaucaire et aux environs. Cette communication ne signale aucun fait remarquable.

4° Un étudiant en médecine demande à l'Académie si l'on ne pourrait pas employer le sulfate de soude pour maintenir la fluidité du sang dans le choléra.

5° M. Robert, de Marseille, correspondant de l'Académie, écrit de Sainte-Tulle (Basses-Alpes) pour informer cette Compagnie que le choléra est produit par des animalcules microscopiques qui voltigent dans l'air.

Méningite cérébro-spinale.

M. Michel Lévy envoie une collection d'observations et des tableaux qui ont servi de base au mémoire sur lequel M. Gaultier de Claubry a fait un rapport, et il adresse à ce sujet la lettre suivante :

Paris, le 15 octobre 1849.

Monsieur le président,

J'ai eu l'honneur de lire à l'Académie un travail sur l'épidémie de méningite cérébro-spinale qui a régné au Val-de-Grâce de 1848 à 1849. Cette lecture était le résumé très succinct d'un mémoire plus volumineux, fondé sur la statistique de 99 cas qui se sont présentés au Val-de-Grâce, et sur l'analyse clinique et anatomo-pathologique de 60 cas que j'avais particulièrement observés et traités dans mon propre service. Je prends la liberté d'adresser à l'Académie les tableaux statistiques où sont résumés 60 observations de méningite minutieusement recueillies, et je tiens à sa disposition les cahiers cliniques où elles sont consignées jour par jour.

L'honorable rapporteur de mon travail n'en ignorait point l'origine laborieuse, ni la manière dont les faits de clinique médicale sont recueillis au Val-de-Grâce; car il a eu la bonté d'assister à ma visite, de voir mes cahiers, et j'ai eu l'honneur de lui montrer trois cas de méningite en traitement, et les résultats de deux autopsies. Il sait avec quel empressement j'aurais mis à sa disposition les matériaux et faits à l'aide desquels j'ai établi le travail lu à l'Académie, matériaux et détails dont je n'ai pas cru devoir fatiguer l'attention de cette savante compagnie.

C'est pourquoi j'ai dû éprouver quelque étonnement d'apprendre, à mon retour d'une mission officielle dans les départements, que mon travail a été présenté par M. Gaultier de Claubry comme « *un simple aperçu, manquant complétement de faits minutieusement exposés*, » comme une esquisse de pathogénie, tandis qu'il est en réalité l'expression analytique d'une pratique de dix-huit mois, et l'histoire sommaire de la première épidémie de méningite qui ait été observée à Paris.

Plein de respect pour l'opinion de M. le rapporteur, j'ose toutefois soumettre au jugement de l'Académie cette rectification, qui pourra être appréciée plus complétement par la très prochaine publication de mon travail.

Veuillez donner communication de cette lettre à l'Académie, si vous le jugez à propos, et agréez, M. le président, l'hommage de ma haute considération.

MICHEL LÉVY,
Médecin en chef, et premier professeur au Val-de-Grâce.

De ces altérations, aucune n'est constante; aucune ne peut par conséquent être considérée comme la cause anatomique de la maladie. Est-ce à dire, pour cela, que la paralysie générale ne doive être regardée que comme un symptôme de lésions anatomiques variables? Mais on pourrait soutenir alors que l'épilepsie, la catalepsie, la chorée, l'hystérie, ne sont pas des maladies, mais des symptômes; car il n'est aucune de ces affections que l'on puisse rapporter à une lésion anatomique constante et identique. L'auteur pense qu'il est plus rationnel de dire que la paralysie générale progressive reconnaît pour caractère anatomique constant une modification spéciale de l'encéphale, qui est elle-même le résultat soit d'une simple irritation, soit d'une phlegmasie chronique diffuse dont les lésions trouvées à l'autopsie ne sont que des produits, soit enfin d'une déperdition fonctionnelle trop considérable.

Nous signalerons en passant des pages du plus haut intérêt sur l'étiologie, la marche, le diagnostic de la *paralysie générale progressive.*

Est-il besoin d'insister maintenant sur les raisons qui ont déterminé M. le docteur Lunier à donner ce nom à la maladie qui nous occupe, plutôt que celui de paralysie générale des aliénés, etc.? Nous ne le pensons pas. L'expression adoptée par M. Lunier a été proposée par M. Requin, et nous trouvons avec ces deux pathologistes qu'elle rend assez exactement l'idée qu'on doit se faire de la maladie.

Il y a dans ce travail deux choses bien distinctes : de l'observation clinique d'abord, puis de la discussion critique. Les faits rapportés par l'auteur décèlent l'observateur habile et rompu pendant plusieurs années à la sévère expérience des hôpitaux. Nous avons suivi avec plaisir le critique intelligent et armé d'une inflexible logique dans la discussion rapide et cependant complète qu'il a faite des opinions et des écrits de ses devanciers. Des travaux de cette importance sont d'un heureux augure pour l'avenir.

Cinquième Mémoire sur la localisation des fonctions cérébrales et de la folie, par le docteur BELHOMME.

Voilà plus de quinze ans que M. Belhomme s'occupe de fixer par des faits la localisation exacte des fonctions cérébrales, et de déterminer par des observations physiologiques et pathologiques le siége probable des altérations cérébrales auxquelles on doit rapporter les diverses variétés de l'aliénation mentale.

Le travail actuel traite de la localisation de la mémoire des mots dans les lobes antérieurs du cerveau, localisation dont l'idée première appartient à Gall, et qui a depuis été développée par nombre d'autres physiologistes. C'est un des faits observés avec soin pendant la vie, et suivi d'autopsies pratiquées avec une scrupuleuse attention, que M. Belhomme appuie les propositions dont il poursuit la démonstration.

M. Belhomme n'est pas un de ces auteurs qui veulent, à tout prix, prouver ce qu'ils pensent être la vérité. Il sait que la science a, pour le moment, des limites qu'il est impossible de dépasser; il fait la part des objections qui peuvent lui être opposées.

« A cause de l'incertitude qui règne sur les faits et sur leur valeur, dit-il, je crois qu'il faut apporter la plus scrupuleuse attention dans l'observation des faits, afin de distinguer les faits de simple paralysie des organes chargés du mécanisme de la parole, de la lésion du cerveau lui-même. Dans le premier cas, il peut y avoir lésion nerveuse, indépendante des lobules antérieurs; dans le second, les mots n'étant plus fournis, pour ainsi dire, par le cerveau, la parole ne peut avoir lieu. »

Nous sommes de l'avis de M. Belhomme lorsqu'il dit qu'il ne peut y avoir de lésion fonctionnelle sans lésion d'organes. Evidemment il n'y a pas d'effet sans cause. C'est là une loi naturelle qui nous semble tellement démontrée par l'expérience des siècles, qu'elle est passée à l'état d'axiome. Reste à savoir si, dans l'état actuel de la science, il est possible de toujours apprécier la lésion organique. L'expérience et l'observation des faits prouvent encore qu'il n'en est pas toujours ainsi. Il est des altérations de nature telle qu'après la mort il est impossible d'en retrouver aucune trace, ce qui ne veut pas dire qu'elles n'ont pas existé. Il peut se passer dans le système nerveux des phénomènes semblables à ceux qui existent, comme l'a dit notre savant confrère M. Moreau, dans une corde qui vibre, par exemple. Dans des cas de ce genre, il y a déplacement, sinon absolu et permanent, au moins relatif et momentané, des molécules qui entrent dans la composition des organes, déplacement appréciable par ses effets, et qui ne laisse aucun vestige de son existence.

C'est ce qu'a parfaitement compris M. Belhomme, et l'on doit apprécier la réserve dans laquelle s'est tenu l'auteur, tout en cherchant à déduire des faits qu'il rapporte les déductions dont ils sont susceptibles. Aussi, tout en apportant les faits qu'il possède à l'appui d'une doctrine qu'il croit et qu'avec lui nous croyons fondée, a-t-il senti combien le doute est commandé en pareille matière. Après s'être livré à divers commentaires, il termine en émettant le vœu que les observations qu'il vient de rapporter se multiplient assez pour déterminer d'une manière positive les fonctions des lobules antérieurs du cerveau, et pour résoudre sur ce point le problème si difficile des rapports du physique et du moral de l'homme, problème, dit-il, qu'on n'ose aborder qu'en craignant de se tromper.

Disons donc avec le savant rapporteur qui a analysé et apprécié le mémoire de M. Belhomme devant l'Académie de Médecine qu'il y a lieu de féliciter l'auteur de la sage réserve dans laquelle il s'est tenu en terminant son mémoire; qu'il convient de l'engager à continuer des travaux dont le but est de maintenir l'étude des maladies mentales dans la marche et les données ordinaires de la pathologie, car ce n'est que depuis le moment où ces maladies ont été considérées de la sorte que l'aliénation mentale a été efficacement traitée et que les malades qui en sont atteints ont reçu les soins que réclame leur état.

Nouveau cas de mort par le chloroforme.

M. le docteur de Confevron, médecin des hôpitaux de Langres, envoie à l'Académie l'observation suivante :

Mme Labrune, âgée de trente-trois ans, mère de famille, pleine de vie, d'un tempérament nerveux très excitable, avait été soumise par moi l'an dernier, avec un plein succès, à l'éthérisation pour de petites opérations chirurgicales. Le 23 août dernier, son dentiste devait lui extraire une grosse molaire, et cette opération, présentant quelque difficulté, présageait une douleur assez intense.

Mme Labrune, qui avait éprouvé les bienfaits de l'éthérisation, ne voulut se soumettre à l'arrachement de sa dent qu'avec ce secours, et je fus sollicité par la patiente et le dentiste, celui-ci n'en ayant pas l'habitude, pour administrer les vapeurs anesthésiques. Malgré ma répugnance à employer ce moyen pour des opérations de peu d'importance, surtout depuis la publication de malheurs survenus entre des mains habiles, je crus pouvoir dans cette circonstance particulière sortir de la règle de conduite que je me suis tracée depuis dix-huit mois, et je m'y croyais autorisé par le succès de l'éthérisation précédente sur le sujet qui la réclamait de nouveau ; j'étais d'ailleurs bien décidé à ne produire que l'engourdissement le plus léger, puisqu'il ne s'agissait ni d'une opération grave, ni d'une douleur de longue durée.

Je plaçai donc sur le mouchoir de la malade un bourdonnet de coton de la grosseur d'une noisette imbibé de moins d'un gramme de chloroforme. Mme Labrune l'approcha elle-même de ses narines et le respira à quelque distance de manière à permettre complétement le mélange de l'air aux vapeurs anesthésiques. En huit ou dix secondes, l'effet se fit sentir, et je le remarquai au clignotement des paupières. J'indiquai au dentiste placé derrière la tête de la malade qu'il pouvait agir ; mais la patiente, qui avait l'expérience de l'éthérisation, ne se sentant pas suffisamment engourdie, repoussa la main de l'opérateur, et, nous faisant comprendre par signes que l'insensibilité n'existait pas encore, rapprocha son mouchoir de ses narines et fit rapidement quatre ou cinq inspirations plus larges. A cet instant, je lui retirai moi-même le mouchoir qu'elle serrait sous son nez. Je ne la quittai des yeux que pendant le temps nécessaire pour déposer ce mouchoir sur un meuble voisin, et déjà, lorsque je reportai mes regards sur elle, sa face était pâle, les lèvres décolorées, les traits altérés, les yeux renversés, les pupiles horriblement dilatées, les mâchoires contractées de manière à empêcher l'opération du dentiste, la tête renversée en arrière. Le pouls avait disparu ; tous les membres étaient dans un état complet de résolution, et quelques inspirations éloignées furent les seuls signes de vie que la malade nous donna.

Sans perdre une seconde, tout ce qu'il est possible de faire en pareil cas fut mis en œuvre pendant plus de deux heures et sans aucun succès : stimulation des narines avec l'ammoniaque, mouvement des bras et du thorax, insufflation répétées d'air dans la poitrine, que je fis respirer artificiellement pendant quelque temps, frictions sur le thorax, puis sur tout le corps avec l'ammoniaque, cautérisation sur la région précordiale avec des charbons incandescents ; enfin, courant galvanique au moyen d'une forte pile de Volta qui se trouvait fonctionner dans le voisinage et qu'on mit promptement à notre disposition, rien ne put conjurer une mort à laquelle je ne pouvais croire.

Depuis le mois de février 1847, je pratique journellement l'éthérisation et dans nos hôpitaux et dans une clientèle nombreuse ; et jamais je n'ai employé de doses plus faibles, et jamais je n'ai mis plus de prudence dans le mode d'opération.

Le chloroforme avait été respiré à l'air libre, sans appareil, de la manière la plus favorable, puisque l'air atmosphérique fut largement mélangé aux vapeurs anesthésiques ; enfin, rien ne manquait pour rendre cette opération parfaitement innocente. Je savais d'ailleurs que ma cliente n'avait aucune maladie organique qui la contre-indiquât. Je dois dire pourtant, et pour n'omettre aucune circonstance, ce que j'ignorais au moment de l'opération, que Mme Labrune avait eu de vives émotions dans la journée ; mais tout cela n'expliquait pas un accident si foudroyant. L'examen microscopique pouvait peut-être nous donner quelque satisfaction.

J'obtins de la famille l'ouverture du corps, qui fut pratiquée 38 heures après la mort avec l'aide de mes collègues MM. Montrol et Faure. Voici quel en fut le résultat.

Les membranes du cerveau, et particulièrement les veines de la base du crâne étaient gorgées de sang noir et fluide. Les sinus de la dure-mère en étaient remplis. La substance du cerveau incisée était piquetée, et les vaisseaux capillaires ouverts par l'instrument laissaient suinter du sang noir en gouttelettes ; cette substance était intacte et d'une consistance normale. De la sérosité en assez grande abondance se trouvait à la base du crâne, et remplissait le canal vertébral. Dans toutes les veines de la base du crâne, même celles d'un calibre très médiocre, nous avons trouvé une *notable quantité de bulles d'air* interceptant le liquide et faciles à déplacer.

Le cœur était flasque, et une ponction pratiquée à l'oreillette gauche laissa échapper du sang noir, fluide, accompagné d'un dégagement d'air par bulles. Il n'existait pas de caillots dans les cavités. Les grosses veines du tronc contenaient également une grande quantité de sang noir et fluide.

Les poumons, parfaitement crépitants dans toute leur étendue, offraient une teinte gris-ardoisé qu'on retrouvait en les incisant. L'abdomen était distendu par des gaz. Les intestins n'ont pas été ouverts.

Cette observation toute seule aurait, par elle-même, un haut degré d'intérêt ; mais elle n'aurait que la force d'un fait isolé, et l'on pourrait la ranger au nombre de ces faits malheureux dont la science ne tire qu'un médiocre enseignement. On serait en droit de dire que c'est un de ces cas extraordinaires et inexplicables où la mort survient instantanément et sans cause connue, et dont les observations abondent dans les auteurs anciens et modernes. Rapprochée, au contraire, de celles dont MM. Robert, Barrier et Gorré ont récemment entretenu l'Académie, elle acquiert une importance immense, et doit amener, selon moi, d'autres conclusions.

Disons d'abord que les faits de cette nature se sont multipliés de manière à ce qu'il ne puisse plus venir à l'idée de personne de les attribuer à une autre cause que la chloroformisation, en laissant de côté tous ceux qui n'ont pas été recueillis avec la même exactitude, et dont les détails nous manquent, et en nous bornant à l'examen de ceux que je viens de citer, il me semblerait difficile d'arriver à une autre conclusion. Le malheur survenu à Langres peut donc être assimilé à ceux de Paris, de Lyon, de Boulogne ; l'analogie qui existe entre eux est frappante. Dans tous, les symptômes qui ont précédé la mort, comparés aux lésions microscopiques, prouvent que l'extinction de la vie est due à l'action délétère spéciale du chloroforme sur le cerveau et à une véritable asphyxie.

Dans notre observation, comme dans celle de notre confrère de Boulogne, la rapidité de la mort a été foudroyante, malgré la petite dose de chloroforme employé et de la même manière. Pour le malade de Lyon, une compresse à tissu très clair avait eté étendue au-devant du visage, et 6 à 8 grammes de chloroforme ont été employés. Cette différence dans le procédé n'explique pas mieux l'accident ; et, quant à la dose, j'en ai usé bien des fois d'aussi fortes, et dans des appareils qui exigent l'occlusion des narines, sans qu'aucun accident soit survenu, Pour la malade de M. Gorré comme pour la mienne, moins d'un gramme de chloroforme a été aspiré. Le bourdonnet de coton dont je me suis servi ne pouvait, en raison de son petit volume, occuper toute la largeur des narines, et encore moins la bouche ; il était d'ailleurs tenu à distance de ces ouvertures, excepté pour les quatre ou cinq dernières inspirations. Je crois donc que par aucun procédé on ne pouvait obtenir un mélange plus certain de l'air aux vapeurs chloroformiques.

Ce qu'il y a de plus frappant et de plus incompréhensible dans ce fatal événement, c'est que, loin de nous avoir prévenu, comme M. Gorré, par une plainte quelconque de l'effet de suffocation ou d'asphyxie, la malade a pu nous indiquer que l'anesthésie n'était pas complète, qu'elle n'en ressentait aucune action pénible, et que quatre à cinq inspirations faites avec une sorte de plaisir ont suffi pour amener le plus haut degré d'insensibilité. Et quand même je n'aurais pas eu cette indication positive donnée par la malade, l'éthérisation portée un peu loin ne devait-elle pas amener la résolution des membres, et le mouchoir ne devait-il pas quitter naturellement la bouche ? J'enlevai ce mouchoir quand la main le tenait encore sous les narines. Cette circonstance ne prouve-t-elle pas que jusqu'à ce moment l'anesthésie n'était pas entière, et que l'effet du chloroforme s'est produit encore après la cessation de l'inhalation ? Cette remarque avait été faite par le professeur Sédillot. Il pense qu'en suspendant l'usage de l'éther, on coupe court aux accidents ; mais il n'en est plus de même avec le chloroforme, dit-il ; la pâleur, la petitesse du pouls, la faiblesse des inspirations, le refroidissement, vont en augmentant d'une manière alarmante après qu'on en a cessé l'emploi.

Deux fois M. Sédillot s'est vu sérieusement effrayé de cette annihilation imminente de la vie. D'après cela, quel serait le moment où l'on devrait cesser l'inhalation ?

C'est sans doute celui où commence la résolution musculaire ; c'est du moins l'opinion générale, c'est celle de M. Sédillot, qui se fonde sur des expériences. Mais l'on voit que dans le cas malheureux qui m'occupe ce thermomètre de la chloroformisation eût été bien infidèle, puisque cette résolution des membres n'était pas obtenue, que déjà la vie était menacée d'une manière irrémédiable. Faut-il consulter l'état du pouls ? Mais dans l'observation de M. Barrier, de Lyon, deux aides très habiles et très habitués à la chloroformisation exploraient le pouls aux radiales. Ce pouls est resté d'une régularité parfaite ; une secousse agite les membres, et en moins d'un quart de minute l'un des aides annonce que le pouls a cessé de battre, et presque immédiatement la mort est arrivée, malgré la cessation de l'inhalation, malgré l'administration des secours les plus empressés et les plus énergiques. Mêmes phénomènes dans l'observation de M. Robert. L'insensibilité n'avait pas été portée bien loin, puisqu'après le premier coup de bistouri le malade commençait à se réveiller. Pour prolonger l'anesthésie, on prescrit une nouvelle inhalation ; mais un quart de minute s'est à peine écoulé que les accidents surviennent et que le malade succombe avant la fin de l'opération, dans une syncope qu'il faut surtout attribuer au chloroforme. Faut-il croire, avec M. Robert, que la disposition morale particulière de nos malades les ait prédisposés à ces accidents ? Je le croirais ; mais je suis plus porté encore à penser, avec M. Sédillot, que l'éther est préférable au chloroforme, en ce que le degré d'anesthésie produit par le premier peut se prolonger sans s'aggraver, tandis qu'il augmente avec le second quand on a cessé l'inhalation. Ajoutons encore que dans les accidents survenus par suite de l'emploi de l'éther, les symptômes n'ont été que consécutifs à l'hétérisation, ainsi que le prouvent les observations de M. Jobert, et que si on a eu des malheurs à déplorer, les malades n'ont jamais été frappés d'une manière foudroyante ; ils ont succombé à des congestions cérébrales, et plus ou moins lentement. Cette question intéresse à un haut degré l'humanité et la science, et je désire que mon malheureux événement serve du moins à la faire résoudre.

Examinons maintenant à quel genre de mort nos malades ont succombé. L'instantanéité foudroyante avec laquelle elle s'est produite l'avait fait comparer par M. Gorré à l'introduction de l'air dans les veines, et l'autopsie semblait justifier cette idée, qu'un développement spontané de fluide aériforme s'opère dans le système circulatoire par une action spéciale et encore inexpliquée des éthers sur le sang.

Cette explication, ingénieuse autant que neuve, ne pourrait être admise qu'après des expériences directes pratiquées sur les animaux vivants. Malgré donc les lésions identiques fournies par l'examen nécroscopique de ma malade, je ne puis les regarder comme la cause immédiate de la mort.

En effet, n'est-il pas plus naturel d'expliquer la présence de l'air par les fortes insufflations que j'ai pratiquées moi-même pour établir une respiration artificielle quand déjà la victime ne donnait plus signe de vie ? Explication mieux fondée sans doute que celle qui l'attribue à une rupture des veines pulmonaires dans de fortes inspirations faites par la malade avant sa mort. Peut-être M. Gorré trouverait-il la même cause que moi, un même phénomène cadavérique ; si je n'eusse pratiqué moi-même ces insufflations d'air dans la poitrine, j'aurais volontiers admis avec M. Velpeau que la présence du gaz dans le système circulatoire n'était que le résultat d'une décomposition putride, quoique chez ma malade la putréfaction fût peu avancée eu égard au long temps qui a séparé la mort de l'autopsie et à la chaleur de la saison.

Quant aux autres lésions cadavériques, elles sont dans toutes les observations les mêmes, celles de l'asphyxie : par tant des congestions de sang noir et fluide, et notamment dans le cerveau, dans les sinus de la base du crâne, sang fluide annonçant une profonde altération de l'hématose, action primitive des éthers qui n'agissent sur les organes de la sensibilité que par un intermédiaire, le sang, dont ils ont empêché l'*artérialisation*, c'est-à-dire qu'ils ont rendu inapte à nourrir, à stimuler, à vivifier ces organes ; partout donc le sang remarquablement noir et fluide est la preuve évidente de l'asphyxie, de l'altération primitive de la fonction de respiration. Telle est la cause immédiate de la mort dans l'éthérisation. Les expériences directes de M. Amussat, confirmées à Rouen, ne prouvent-elles pas en effet la transformation du sang artériel en sang noir dès le moment où l'animal commence à devenir insensible ?

En résumé, dans l'observation que je publie la mort ne peut être attribuée qu'à l'action délétère du chloroforme, et, selon moi, c'est à tort qu'on a cherché à donner une autre explication aux catastrophes du même genre que je lui compare.

Dans toutes la mort est le résultat d'une asphyxie particulière, dont les principaux phénomènes se passent au cerveau pour y détruire le principe de la vie.

Loin de moi d'attaquer le bénéfice de l'éthérisation et de diminuer ses merveilles : je suis un de ses premiers partisans.

La suppression de la douleur dans les opérations chirurgicales est une conquête que ni la science ni l'humanité n'abandonneront jamais.

Des faits isolés, fussent-ils plus nombreux, ne peuvent y porter atteinte ; comme la vapeur qui a causé tant de sinistres, comme les libertés dont l'abus a fait tant de victimes, elle restera une des conquêtes les plus glorieuses de notre siècle, et, malgré la triste épreuve que je subis, je serai encore son champion. Mais est-on arrivé sur ce point aux limites de la science et de l'expérience ? Ne peut-on pas espérer la rendre plus profitable ? Et faut-il dire d'une manière absolue que, malgré ces événements fâcheux, on ne doit rien changer ? C'est ce que je ne puis admettre.

Les moyens d'éviter de semblables malheurs, rares à la vérité, mais foudroyants et si promptement irrémédiables, n'étant point encore fournis par la science, je me range à l'avis de M. Gorré pour conclure qu'il est de la plus haute imprudence de se servir de chloroforme, comme cela se pratique trop souvent, pour des opérations insignifiantes. Quant à moi, je le proclame pour l'instruction de mes confrères et dans l'intérêt de l'humanité, il me restera toujours un regret profond et déchirant, celui d'avoir cédé aux instances de la victime pour une opération si légère.

Pourtant ma conscience ne me reproche rien, ni quant au procédé employé, ni pour la dose du médicament. J'avais d'ailleurs toute l'expérience désirable d'un agent que j'ai l'habitude de manier tant dans les hôpitaux que dans une clientèle nombreuse ; j'avais de plus la prudence que donne la crainte. Mais, en me mettant à l'écart dans cette grave question, si de tels sinistres se répètent ; s'ils surviennent entre les mains des plus habiles et des plus sages ; si les hommes les plus attentifs et les mieux secondés n'ont pu ni les prévenir ni les conjurer, alors il faut dire hautement qu'il y a danger pour l'humanité, et c'est à celui qui lui a voué ses soins et ses veilles de la prévenir du danger. C'est avec cet esprit de conscience que je donne toute la publicité possible au malheur qui est survenu entre mes mains, persuadé qu'en le confiant à l'examen de l'Académie de Médecine j'ai trouvé le meilleur moyen de le faire profiter à la science et à l'enseignement de tous mes confrères.

Nouvel agent anesthésique.

M. LE PRÉSIDENT. A propos de cette observation, où il n'est pas possible de douter que la mort n'ait été produite en effet par le chloroforme, l'Académie ne sera peut-être pas fâchée d'apprendre qu'on fait en ce moment des tentatives pour remplacer les agents anesthésiques par un autre moyen moins dangereux. Les résultats déjà obtenus sont de nature à donner quelques espérances. Le nouveau moyen proposé n'est autre que la réfrigération à l'aide d'un mélange de sel et de glace. En appliquant ce mélange sur la peau, on la rend parfaitement insensible, j'ai pu faire ainsi des incisions sur cette membrane sans que le malade éprouvât aucune douleur ; mais lorsque j'arrivais au-dessous du tissu cellulaire sous-cu-

---

Le mémoire de M. Belhomme est suivi du résumé de la discussion qui à ce propos s'est élevée au sein de l'Académie.

Le volume dont nous rendons compte renferme, outre cet intéressant travail, une note égalcment présentée à l'Académie sur deux cerveaux d'aliénés morts affectés de paralysie générale ; M. Belhomme apporte ces deux faits à l'appui de l'opinion qui veut que dans la grande majorité des cas (il l'a trouvé 14 fois sur 17) la paralysie générale dépende d'un ramollissement des centres encéphaliques.

Puis viennent des réflexions sur l'emploi de l'éther et du chloroforme, une dissertation sur l'identité du fluide électrique et du fluide nerveux, des considérations lues au Congrès scientifique de Reims sur les systèmes phrénologiques de Gall et de Spurzheim, et un travail sur la terminaison de la folie par la fièvre intermittente.

En résumé, on lira avec intérêt le volume de M. Belhomme ; il est l'œuvre d'un bon observateur, d'un homme convaincu et qui ne cherche que la vérité.

Dr A. FOUCART.

NOUVELLES.

On nous annonce la mort de M. le docteur Frébault frappé récemment d'une mesure disciplinaire si rigoureuse. Cependant cette triste nouvelle ne nous est pas donnée comme absolument certaine.

— M. A. Devergie commencera sa clinique d'hiver sur les maladies de la peau le samedi 20 octobre, à 8 heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Louis, et la continuera les samedis suivants.

— M. le docteur Deville, prosecteur des hôpitaux, commencera son cours d'anatomie chirurgicale, à l'amphithéâtre de Clamart, le mardi 23 octobre. La première séance sera consacrée à des généralités sur les diverses branches de l'anatomie.

tané, la sensibilité reparaissait à peu près comme à l'état normal.

— M. Malgaigne a la parole à l'occasion du procès-verbal. J'ai dit dans la dernière séance que nous ne pourrions tous que gagner beaucoup à la discussion sur les maladies de l'utérus. Pour mon compte, j'en ai déjà retiré des fruits. Ayant examiné plus attentivement encore que je ne l'avais fait jusqu'ici quelques femmes venues dans mon service pour des maladies de matrice, j'ai constaté trois cas de rétroflexion dont je n'avais jamais constaté d'exemple auparavant.

— A la même occasion, M. Piorry écrit qu'il est complètement étranger, quoique membre de la commission, au rapport lu par M. Gaultier de Claubry sur un travail de M. Michel Lévy, et qu'il ne peut s'associer au jugement et aux expressions qu'il renferme.

M. Bégin. A l'appui de la réclamation que vous venez d'entendre, je dois dire à l'Académie que le rapport qui lui a été fait sur le travail de M. Lévy est l'œuvre toute personnelle de notre honorable collègue M. Gaultier de Claubry. Il n'a été ni communiqué aux autres commissaires, ni par conséquent discuté par eux. Je n'ai pas à m'occuper des doctrines exposées dans ce rapport; je m'étonne seulement qu'elles soient présentées au nom de la commission, qui n'a pu leur donner son assentiment.

Je dois relever un passage du rapport, dans lequel notre honorable collègue indique des erreurs possibles de diagnostic dans les observations rassemblées par M. Lévy. La possibilité de l'erreur est sans doute toujours admissible; mais les médecins en chef de nos grands hôpitaux sont toujours choisis parmi des hommes assez distingués, et, dans le cas particulier, celui du Val-de-Grâce est assez connu par la sévérité de sa méthode d'observation pour qu'il ne soit permis d'exprimer de pareils doutes qu'avec une réserve extrême, et peut-être même ferait-on mieux de s'en abstenir.

En ce qui concerne les conclusions du rapport, elles semblent en contradiction avec le rapport lui-même, et je ne saurais les approuver. On comprend difficilement qu'après avoir indiqué et apprécié les observations sur lesquelles s'appuie M. Lévy, l'honorable rapporteur présente le travail de ce médecin comme un aperçu, plein de mérite sans doute, mais manquant complétement de faits cliniques minutieusement observés. Il faut se rappeler que la communication de M. Lévy n'a été présentée que comme le résumé d'un mémoire plus étendu qui aurait dépassé les bornes assignées à une lecture, et que l'auteur a mis à la disposition du rapporteur. Je me résume, en répétant que le rapport est l'expression de l'opinion personnelle de l'honorable collègue qui l'a présenté à l'Académie, et que, quant aux conclusions, si j'avais été appelé à les formuler, elles eussent été différentes.

M. Gaultier de Claubry. J'ai procédé, pour faire mon rapport, comme procèdent, je crois, à peu près tous les rapporteurs; je crois donc que je n'ai pas à me justifier à cet égard. Quant aux expressions et au jugement contenus dans le rapport, je ne crois pas qu'il y ait rien à en retrancher, et je les prends très volontiers sous ma responsabilité.

M. le président. Les usages académiques sont que, lorsqu'un auteur ne veut lire que le résumé d'observations nombreuses qu'il serait trop long de faire écouter à une académie, il dépose ces observations à l'appui du résumé qu'il en a fait. Si M. Lévy n'a pas fait ce dépôt, je ne pense pas qu'on puisse faire un tort à M. Gaultier d'avoir porté un jugement sur les seuls documents qu'il avait entre les mains.

Discussion sur les engorgements et les déviations de l'utérus.

M. Moreau. Je ne dirai que peu de mots dans cette discussion. Les rétractations de MM. Malgaigne et Velpeau détruisent les exagérations émises dans la dernière séance, et que je me suis proposé surtout de combattre. Je ne crois pas, en effet, qu'il soit possible de nier raisonnablement non-seulement les engorgements du col, qui sont par trop fréquents et par trop évidents, mais même ceux du corps. On a demandé des preuves anatomiques sur le cadavre. Hélas! j'en ai vu une sur le vivant qui n'est que trop suffisante. On avait pratiqué l'ablation d'un utérus qu'on croyait cancéreux, et quand l'organe fut sur la table, on s'assura qu'il était simplement engorgé. Je n'en dis pas davantage.

Je dirai également un mot sur l'antéversion et la rétroversion, sur lesquelles je suis en opposition complète avec M. Malgaigne. Je crois que la première est très rare, tandis que la seconde est très fréquente. Si l'on pense généralement le contraire, c'est qu'on ne réfléchit pas que la position normale de l'utérus est suivant l'axe du détroit supérieur du bassin, et que par conséquent il faut, pour qu'il y ait antéversion, que la matrice soit horizontalement couchée sur sa face antérieure, ce qui est excessivement rare; il est, au contraire, fréquent de la voir couchée sur sa face postérieure.

M. Jobert. *A priori*, je ne vois pas sur quelles raisons anatomiques on pourrait se fonder pour nier les engorgements de l'utérus; on ne voit pas surtout pourquoi il n'y aurait pas d'inflammation chronique dans cet organe, lorsque personne n'y conteste l'existence d'inflammations aiguës.

Je ne crois pas qu'il soit plus possible de les nier *à posteriori*: il y a dans le col des ramollissements, des indurations, des abcès, des fistules; à quoi attribuer toutes ces lésions, sinon à des inflammations chroniques, à des engorgements? Evidemment les engorgements existent; ils existent comme symptômes d'autres affections; mais ils existent aussi comme affections locales indépendantes. Si, dans le premier cas, les médications générales suffisent quelquefois pour produire la guérison, dans le second, il faut nécessairement avoir recours à des modificateurs locaux, sinon exclusivement, au moins concurremment. C'est dans ces cas que les cautérisations avec le fer rouge sont indiquées, et parviennent souvent à modifier de la manière la plus favorable la modification des tissus.

Quant aux déplacements, il est une distinction importante à faire et qu'on paraît avoir négligée: c'est que ces déplacements sont tantôt congénitaux, tantôt accidentels. Quand ils sont congénitaux, ils tiennent à de véritables arrêts de développement de certaines parties de l'organe et de ses annexes, à une sorte d'atrophie partielle avec laquelle les tissus environnants se mettent dans un rapport parfait de développement. Les déplacements de ce genre ne produisent aucun accident, et quand il y a des troubles morbides dans les organes du bassin, ce n'est certainement pas aux déplacements qu'on doit les attribuer.

Il en est tout autrement des déplacements accidentels. Mais quoique ces déplacements soient des phénomènes en apparence tout locaux, il ne faut pas espérer les guérir à l'aide de moyens mécaniques, pas plus par celui proposé par M. Baud que par ceux qui sont dus à d'autres praticiens. Les déplacements dans ces cas tiennent à des modifications soit du tissu propre de l'utérus, soit des tissus environnants; il faut donc ramener ces tissus à l'état normal si l'on veut obtenir une guérison définitive, et pour cela les moyens mécaniques ne peuvent être que de faibles auxiliaires. Je me contenterai de poser ces principes généraux, car les détails me conduiraient beaucoup trop loin.

— M. Robert lit une note sur un point spécial de pathologie utérine. Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer son discours au prochain numéro.

— M. Huguier renonce à la parole parce qu'il est trop tard.

M. Rochoux. Messieurs, puisque, suivant M. Malgaigne, la pathologie de l'utérus en est encore à l'état de *recherches*, il doit, à plus forte raison, en être de même de la thérapeutique. Cela me met fort à l'aise dans ce que j'ai à vous dire sur ce sujet.

L'engouement pour le traitement antiphlogistique, dont M. Gibert vous a tracé un tableau exact et fort animé, ne me semble pas aussi surprenant qu'à lui: il a été le résultat de cette crédulité innée, de cet entraînement vers des espérances chimériques dont les médecins ne sont pas plus à l'abri que les autres hommes. Tous nous rêvons plus ou moins un pays de cocagne. Sénèque pensait qu'un temps viendrait où de semblables travers d'esprit disparaîtraient, et cela lui faisait dire: *Sanabilibus ægrotamus malis*. Je crains bien que la vérité ne soit dans l'opinion opposée. Au reste, on peut très bien, sans décider cette question, assurer que les merveilleux succès obtenus par les médecins du dernier siècle, en traitant les affections de l'utérus d'après les indications générales, ont été fort exagérés. En voici, suivant moi, la preuve. Ces médecins ne nous ont rien laissé de vraiment estimable sur la pathologie de l'utérus; ils ne devaient pas être beaucoup plus avancés par rapport à la thérapeutique des affections de cet organe dont je vais parler brièvement.

A l'époque où je pratiquais la médecine, j'ai cru, dans plusieurs cas, avoir constaté l'existence d'engorgement de l'utérus. Cependant, j'avoue que, si je n'avais rien de mieux à invoquer que mon expérience personnelle, je n'hésiterais pas à l'abandonner devant les assertions si positives de M. Velpeau. Mais tant de médecins m'ont dit avoir constaté au spéculum l'existence de l'engorgement chronique du col utérin, que jusqu'à nouvel ordre j'y croirai. Je parlerai aussi, comme en ayant vu un exemple, de l'ulcération traumatique de l'utérus à l'état de vacuité. Dans le cas soumis à mon observation, une vaste plaie ulcérative du col s'est promptement et parfaitement cicatrisée.

Maintenant un mot de physiologie. M. Baud considère l'utérus comme étant à peu près inerte dans l'état de vacuité; mais on ne saurait admettre cette opinion quand on songe aux cas très nombreux d'accidents très variés et très graves produits par de simples déplacements de l'utérus, qu'un traitement purement local a fait complétement disparaître. Je verrai également une preuve de relations très actives de l'utérus avec toute l'économie dans ce fait très remarquable, que presque toutes les ablations de matrice pratiquées jusqu'à ce jour ont été suivies de mort au bout d'un temps plus ou moins court. Je sais bien qu'on attribue ce résultat à la péritonite; mais je pense que l'enlèvement d'un organe important par ses fonctions a dû y être pour quelque chose. D'après cela, si j'étais forcé de choisir entre l'opinion des anciens et la nouvelle, je renoncerais à celle-ci, non parce qu'elle est trop ou simplement exclusive, c'est le propre de toute proposition vraie, puisque évidemment la vérité est exclusive de l'erreur; mais l'opinion moderne me semble inexacte, et je la rejette à cause de cela. Au reste, je suis à cet égard très disposé à me ranger à celle de M. Bérard dès qu'il nous l'aura fait connaître. En attendant, il est une assertion du rapport que dès à présent je dois combattre, *proprio motu*, dans toute la rigueur du terme.

M. Hervez de Chégoin vous a dit qu'il se faisait quelquefois vers l'utérus des flux séreux comme vers le cerveau. A cet égard, je dirai n'avoir jamais vu ni lu un seul exemple de sérosité infiltrant le cerveau. Je sais bien que, dans ces derniers temps, on a souvent parlé de l'œdème du cerveau; mais cet œdème, si mal dénommé, consiste tout simplement dans une infiltration séreuse de la pie-mère. Le tissu cérébral n'est jamais infiltré alors, comme l'est réellement le poumon affecté d'œdème. Si M. le rapporteur a entendu par afflux de sérosité vers le cerveau ces épanchements aigus de sérosité dans les ventricules, si improprement décorés du nom d'apoplexie séreuse, je lui ferai observer qu'en pareil cas le cerveau est aussi exempt de mal que l'est le testicule dans l'hydrocèle.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Par décret du président de la République du 25 septembre, ont été nommés aux emplois de chirurgien-major de 2e classe:

Ancienneté, M. Lenoir, du 7e d'artillerie, en remplacement de M. Dortholan, admis à la retraite.

Choix, M. Hahn, du 6e d'artillerie, en remplacement de M. Mansuy, passé à la 1re classe.

Ancienneté, M. Vielle, du 2e escadron du train des équipages, en remplacement de M. Guelt, passé à la 1re classe.

AVIS. — MM. les professeurs particuliers qui désirent faire un cours dans l'un des amphithéâtres de l'Ecole pratique sont invités à se trouver à la réunion qui aura lieu mardi prochain, 23 octobre, à midi, à la Faculté de Médecine, pour la distribution des amphithéâtres.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 20 OCTOBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 123.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 19 OCTOBRE 1849.

Séance de l'Académie de Médecine.

Depuis longtemps l'Académie n'avait pas eu une séance d'un intérêt aussi grand, aussi longtemps soutenu que celle de mardi dernier; il est fâcheux qu'elle ait commencé par un incident que, malgré toutes nos sympathies pour ce corps savant, nous ne devons point passer sous silence.

Que deux membres d'une commission viennent réclamer contre les termes et les conclusions d'un rapport fait en leur nom par un troisième et dernier membre de cette même commission, c'est déjà un petit scandale qui ne peut guère faire honneur à l'Académie, qui ne peut guère ajouter à la dignité et à l'autorité de ses délibérations; mais que le rapporteur ainsi attaqué par une double dénégation cherche et trouve une justification dans les habitudes de l'Académie, voilà, suivant nous, où est le grand mal. Nous ne saurions trop le regretter ni trop le signaler. Comment l'Académie veut-elle que les travailleurs sérieux lui envoient leurs travaux et attachent du prix à son jugement, quand ils voient le sans-façon avec lequel on les traite, lorsqu'ils voient qu'une commission ne se donne même pas la peine de se réunir pour les apprécier? Une telle manière de procéder n'est pas seulement un manquement sérieux à ses devoirs, c'est un défaut de convenance confraternelle. Nous n'avons pas besoin de dire que c'est bien à regret que nous faisons ces réflexions; mais elles sont dans le véritable intérêt de l'Académie, et il importe plus qu'elle ne croit peut-être qu'elles portent leur fruit.

Cela posé, nous avons hâte d'arriver aux affaires sérieuses de la séance, et d'abord d'adresser un large tribut d'éloges à un modeste confrère de province, à M. de Confevron, dont la science ne se savait pas encore en possession, et qui vient de se révéler par une de ces rares communications où la précision des détails, la délicatesse de l'observation, la droiture du jugement, le disputent à la convenance, à l'élégance, nous dirions volontiers à l'éloquence de la rédaction. Certes, nous n'avions besoin d'aucun fait nouveau pour corroborer les convictions que nous avons toujours manifestées sur les dangers du chloroforme, tout en accordant à la découverte de l'éthérisation les éloges qu'elle mérite. Nous n'avions pas besoin de faits nouveaux pour convaincre l'immense majorité de nos lecteurs des erreurs flagrantes d'observation et de jugement dans lesquelles l'esprit de système jetait nos adversaires sur cette question; mais, nous aimons à le proclamer hautement, nous nous estimons très heureux de compter aujourd'hui dans notre camp un observateur aussi exact, un esprit aussi droit et aussi impartial, un écrivain aussi distingué que M. de Confevron. Et qu'on ne croie pas que l'opinion de notre confrère influe sur celle que nous exprimons à son égard. Nous n'hésitons jamais à reconnaître le mérite chez nos adversaires, et nous ne le reconnaissons pas toujours chez nos amis. Nos lecteurs le savent trop pour ne pas être convaincus que les qualités seules de la communication de notre confrère de Langres dirigent notre plume.

Quant aux conséquences de l'observation de M. de Confevron, il les a tirées lui-même avec tant de logique et de netteté, il a si bien su porter la conviction dans l'Académie, et nous-même d'ailleurs nous avons eu si souvent l'occasion de les exposer, qu'il nous semble parfaitement inutile d'y insister davantage. Nous ne pouvons que renvoyer ceux qui n'auraient pas nos arguments présents à l'esprit à la communication même de notre distingué confrère.

Ajouterons-nous maintenant un faible reproche à tous ces éloges si mérités? Il le faut bien, puisque notre impartialité l'exige. M. de Confevron attribue à l'insufflation artificielle des poumons pour rétablir la respiration les gaz trouvés dans le système vasculaire. C'est là une erreur qui, à la vérité, lui est commune avec M. Malgaigne et quelques autres observateurs moins distingués; mais les erreurs des hommes distingués n'en sont pas moins des erreurs, et celle-ci est de celles qu'on ne devrait plus commettre quand on a pu lire les expériences directes et les arguments irréfutables à l'aide desquels nous l'avons démontrée.

Quand la lecture de la remarquable communication dont nous venons de rendre compte a été terminée, l'Académie a repris la discussion sur les maladies de l'utérus. M. Malgaigne l'a ouverte d'une manière assez inattendue, en déclarant qu'en y regardant de plus près qu'il n'avait encore fait, il avait constaté trois cas de rétroflexion depuis la précédente séance, tandis que dans cette même séance il avait déclaré n'en avoir jamais vu. A moins qu'en y regardant de plus près encore M. Malgaigne ne trouve plus de rétroflexion, nous sommes forcé de reconnaître que le hasard produit des rencontres bien singulières. C'est le cas de dire avec le poëte : *O sort, voilà bien de tes coups !*

Du reste, M. Velpeau avait lui-même ouvert la séance en déclarant qu'il n'avait entendu nier que les engorgements du corps de l'utérus, ce qui doit modifier considérablement l'appréciation de son discours.

M. Moreau, qui se proposait de combattre les exagérations professées de part et d'autre, s'est trouvé assez embarrassé en présence de ces deux rétractations; il n'a donc usé de la parole que pendant quelques instants, assez longtemps pour dire quelques bonnes choses et pour avancer une exagération non moins outrée que celles qu'il se proposait de combattre. Pour lui, les antéversions sont extrêmement rares, et pour qu'il y ait antéversion, il faut, suivant M. Moreau, que la face antérieure de l'utérus soit couchée horizontalement, c'est-à-dire perpendiculaire à l'axe du corps. Nous ne sommes pas étonné que, d'après cette manière de voir, M. Moreau ait trouvé les antéversions extrêmement rares; mais nous n'avons pas été peu surpris qu'en exigeant les conditions opposées pour admettre la rétroversion, c'est-à-dire en exigeant que l'utérus fût couché horizontalement sur sa face postérieure, l'honorable professeur ait trouvé cette déviation *très fréquente*. Nous avouons que cette assertion nous paraît tout aussi inexplicable que la découverte de M. Landouzy dont nous entretenons plus loin nos lecteurs. M. Moreau avait cependant commencé par poser nettement les termes de la question en rappelant qu'on pouvait prendre pour des antéversions l'inclinaison normale de l'utérus en avant, inclinaison qui est telle que l'axe de l'utérus est parallèle à celui du détroit supérieur. Après avoir établi ce fait anatomique, il semblait bien naturel d'appeler antéversion ou rétroversion toute inclinaison qui serait au delà ou en deçà de l'axe du détroit supérieur; mais M. Moreau n'a pas su tirer les conclusions d'une prémisse si nettement et si justement posée.

M. Jobert a apporté dans la discussion un élément nouveau sur lequel il n'a peut-être pas assez insisté, vu sa grande importance pratique. Après avoir cherché à démontrer par des considérations anatomiques et physiologiques que les engorgements de l'utérus devaient exister comme les engorgements de tous les autres organes, après avoir affirmé que l'observation en démontrait la réalité, il a fait remarquer que les déplacements devaient être divisés, au point de vue pratique, en deux catégories très distinctes : l'une qui se compose de déplacements congéniaux, qui coïncident souvent avec d'autres vices de conformation, et qui, dans tous les cas, s'accompagnent de modifications correspondantes dans les tissus environnants, contre lesquels par conséquent il n'y a aucune médication à tenter, car cette médication échouerait nécessairement et ne pourrait produire que des désordres; l'autre catégorie se compose de déplacements accidentels, lesquels sont constamment précédés et suivis réellement ensuite de phénomènes morbides. Ce sont ces derniers déplacements seuls qu'il convient de traiter. La justesse et l'importance de cette distinction n'échapperont à aucun homme pratique; mais peut-être désirera-t-on que M. Jobert eût mieux indiqué les moyens d'établir au lit des malades la distinction qu'il a faite si justement.

M. Robert a lu une note intéressante et pratique que nous publions aujourd'hui, mais qui ne se rattachait qu'indirectement au sujet en discussion.

Enfin M. Rochoux, après avoir donné une petite et très spirituelle leçon de modestie à son collègue M. Hugnier, a fait une courte et peut-être un peu sévère critique de l'état de nos connaissances sur la pathologie de l'utérus, et a redressé une erreur anatomo-pathologique du rapport de M. Hervez de Chégoin.

Le discours de M. Rochoux terminé, l'Académie s'est séparée à cinq heures et demie, tout étonnée de se trouver encore en nombre à une heure aussi avancée.

Il ne nous reste qu'à lui souhaiter beaucoup de séances semblables.

Revue clinique hebdomadaire.

De l'amaurose dans l'albuminurie. — L'observation attentive ou un heureux hasard révèle quelquefois un fait nouveau si frappant, d'une telle évidence, qu'on est en quelque sorte stupéfait lorsqu'on songe qu'il a pu échapper pendant des siècles à l'œil des observateurs. Nous ne croyons pas qu'il y ait personne, plus que nous, convaincu de cette vérité; personne, par conséquent, qui soit moins disposé à s'étonner de ce genre de surprises.

Malgré cette disposition d'esprit, nous avouons franchement que la communication de M. Landouzy, faite coup sur coup à deux académies, ne nous avait pas médiocrement dérouté. Qu'un symptôme aussi saillant que l'amaurose, qui, même à un léger degré de développement, préoccupe si vivement les malades; qu'un pareil symptôme, dis-je, existe presque constamment (M. Landouzy dit l'avoir trouvé 13 fois sur 15) dans l'albuminurie, et qu'il ait pu passer complètement inaperçu jusqu'à ce jour, quoique tous les médecins aient maintenant observé un nombre plus ou moins considérable de néphrites albumineuses, et quoique une dizaine d'observateurs très attentifs, tant en Angleterre qu'en France et en Allemagne, en aient fait une étude spéciale, cela dépassait un peu la dose de surprise à laquelle notre esprit était préparé. Nous nous sommes donc trouvé très disposé, après avoir entendu la présentation du mémoire de M. Landouzy à l'Académie des Sciences, à douter fortement de l'exactitude de ses observations. Cependant, il nous semblait si étrange, d'un autre côté, qu'un homme sérieux, qu'un observateur même qui n'est pas sans quelque autorité, vînt affirmer un fait aussi facile à constater, si ce fait reposait sur des illusions inexplicables, que nous retardâmes de quelques jours l'expression de nos doutes, afin de nous donner le temps de les dissiper s'ils n'étaient point fondés, et de les corroborer dans le cas contraire.

Nous commençâmes d'abord par relire toutes les observations particulières d'albuminurie qui sont consignées dans les auteurs que nous avions à notre disposition, ainsi que dans plusieurs recueils scientifiques. En quelques jours, nous avons pu parcourir l'histoire détaillée de plus de cent cinquante faits.

La première conséquence qui est résultée de notre lecture, c'est qu'en effet l'amaurose, à un degré quelconque, n'a jamais été notée par les observateurs. Mais là ne s'est pas borné, il est vrai, le résultat de nos recherches : en même temps que nous constations le silence des auteurs sur le symptôme oculaire, nous constations aussi qu'un grand nombre de malades exerçaient des professions qui exigent une intégrité à peu près parfaite de la vue (bijoutiers, horlogers, cordonniers, couturières, etc.), et que ces malades avaient cependant pu continuer à travailler plus ou moins longtemps après l'apparition des autres symptômes d'albuminurie, que jamais même ils n'avaient été obligés de quitter leur travail par suite d'un affaiblissement de la vue.

Ce premier résultat n'était pas de nature à dissiper nos doutes, loin de là. Nous ne nous en contentâmes point, et nous eûmes recours au grand livre de la nature. En quelques jours, nous avons pu voir deux malades atteints d'albuminurie. Nous allons rapporter succinctement leur histoire, d'autant plus que ces deux observations, la dernière surtout, ne manquent pas d'intérêt à d'autres points de vue que celui qui nous occupe spécialement.

La première a pour sujet un jeune homme de vingt-un ans, nommé Chiaumont, cordonnier, couché au n° 48 de la salle Saint-Lazare, à l'Hôtel-Dieu (service de M. Martin-Solon), où il est entré le 27 août dernier. Voici les principaux antécédents de ce malade :

Dans le courant du mois de juin de cette année, il s'aperçut que ses pieds enflaient le soir, surtout quand il avait travaillé beaucoup dans la journée. La nuit, l'enflure disparaissait pour revenir le lendemain, et ainsi de suite; mais après quelques semaines, le gonflement gagna la partie supérieure des membres et du tronc, et devint assez considérable pour empêcher tout travail. Le malade entra à l'Hôtel-Dieu le 1er juillet, et sortit à peu près complètement désenflé le 17 du même mois. Mais l'amélioration éprouvée ne fut pas de longue durée; aussitôt qu'il eut recommencé à travailler, l'œdème reparut à peu près sur toutes les parties du corps à la fois, mais

surtout aux membres inférieurs, et devint excessivement considérable. Le malade rentra de nouveau à l'hôpital à l'époque déjà indiquée.

Il fut saigné une fois après son entrée, et l'on constata que le sérum du sang ne contenait que 22 de matières solides albumineuses au lieu de 28, qu'il renferme à l'état normal. Après la saignée, on lui administra d'abord des mercuriaux, de l'extrait de ciguë, puis de l'iodure de fer, qu'il prend encore aujourd'hui.

Dans les premiers jours de son entrée, la tuméfaction générale continua à augmenter, et parvint à un degré considérable; puis diminua peu à peu et disparut en grande partie; cependant elle existe encore aujourd'hui assez prononcée sur les membres inférieurs et sur les parois abdominales, très faible sur les membres supérieurs et au thorax. Le côté gauche de la face est assez fortement enflé, ce que le malade attribue à une fluxion dentaire qui existerait depuis environ deux mois, et qui n'aurait pas disparu depuis qu'elle s'est produite. De ce côté, il existe en effet une dent cariée; le côté droit est exempt de toute tuméfaction.

Depuis cinq semaines, il s'est manifesté un dévoiement qui n'a pas cessé depuis, et qui fait aller le malade à la garde-robe six à huit fois dans les vingt-quatre heures.

Le malade n'a jamais éprouvé de douleurs dans la région des reins ni ailleurs; la peau seule était le siége de picotements assez pénibles dans le moment où elle était le plus enflée. Le malade a toujours conservé son appétit normal, ou à peu près; et aujourd'hui encore, il croit qu'il mangerait autant qu'en santé s'il contentait sa faim.

La peau des membres inférieurs, de l'abdomen et un peu des membres supérieurs est criblée de vergetures tout à fait semblables à celles des femmes qui ont eu plusieurs enfants.

L'urine renferme une quantité considérable d'albumine.

Nos investigations ayant principalement porté sur l'état du sens de la vision, nous nous sommes convaincu de la manière la plus positive que ce sens n'a jamais éprouvé la plus légère altération. Quand le malade a cessé de travailler, il y a été contraint par l'enflure, mais il ne s'est jamais aperçu que sa vue ait éprouvé le moindre affaiblissement. Aujourd'hui, nous nous assurons qu'elle est intacte en faisant lire au malade des lignes d'écriture à une distance où il nous est impossible de les lire nous-même. Le moindre doute ne peut donc être conservé sur le résultat de l'expérience.

On voit que ce premier fait n'est guère conforme aux observations faites par M. Landouzy. Le suivant ne concorde pas davantage avec elles; il est d'ailleurs digne d'intérêt à d'autres égards.

Choléra et maladie de Bright. — La nommée Hutin, journalière, demeurant depuis longtemps rue Dauphine, à Paris, forte et bien constituée, et d'une très bonne santé habituelle, fut prise d'un choléra intense vers la fin du mois de juin dernier. Elle fut soignée chez elle, et resta plusieurs fois, dit-elle, entre la vie et la mort. Néanmoins la convalescence se déclara et marcha assez promptement pour permettre à la malade de se lever trois semaines environ après l'attaque. Mais dès les premières promenades qu'elle fit elle éprouva des douleurs dans les chevilles des pieds, et s'aperçut en même temps que ces parties étaient le siége d'une légère tuméfaction. Presque aussitôt, dit-elle, les dates ne sont pas bien précises dans son esprit, de la bouffissure apparut à la face ainsi que sur le tronc et les membres. En même temps, des douleurs se firent sentir autour de l'ombilic, mais non dans les reins ni ailleurs. L'œdème ayant augmenté d'une manière notable en peu de temps, elle entra à l'hôpital de la Charité le 30 juillet, et, se sentant promptement soulagée, en sortit le 14 août complétement désenflée.

Ce ne fut là malheureusement qu'une amélioration passagère : dès la fin du mois d'août, l'œdème reparut à peu près dans toutes les régions à la fois, et la malade rentra de nouveau le 7 septembre à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Joseph, n° 3, dans le service de M. Cruveilhier.

Aujourd'hui 18 octobre, tous les symptômes que nous avons indiqués, c'est-à-dire l'œdème dans toutes les régions et les douleurs péri-ombilicales, existent à un degré modéré; l'urine renferme une quantité considérable d'albumine.

L'organe de la vue, que nous avons exploré avec un soin minutieux concurremment avec notre excellent maître et confrère M. le professeur Cruveilhier, n'offre pas le plus léger trouble; la vision présente toute la netteté de l'état normal.

Que conclure en présence de ces deux faits? Faut-il croire que nous sommes tombé tout d'abord sur deux cas exceptionnels ou bien faut-il admettre que M. Landouzy aura lui-même rencontré treize exceptions ou treize coïncidences singulières? L'une et l'autre de ces alternatives, nous devons l'avouer, nous paraissent également improbables. Nous sommes donc conduit forcément à attribuer l'étrange découverte de notre honorable confrère à des illusions dont il nous est impossible pour le moment de deviner la cause.

De l'emploi thérapeutique du sulfate de quinine et des préparations arsenicales. — Empoisonnements causés par la quinine. — Innocuité de l'arsenic convenablement manié.

Un préjugé, généralement répandu, consiste à admettre l'innocuité du sulfate de quinine et le danger thérapeutique des préparations arsenicales. Ce préjugé a le double inconvénient de multiplier des accidents souvent irrémédiables qu'il serait facile de prévenir avec un peu plus de réserve dans l'emploi de la quinine, et de détourner les praticiens de l'usage des préparations arsenicales qui, à l'efficacité thérapeutique, joignent le grand avantage du bon marché, et dont l'administration convenablement dirigée n'a fourni jusqu'ici que les plus heureux résultats. Les faits suivants sont destinés à élucider cette double question :

I. Action toxique de la quinine.

Gastralgies. — Dans une discussion académique, M. Bégin s'élève contre la prétendue innocuité de la quinine en rappelant qu'il a souvent eu occasion de la voir produire de violentes gastralgies et d'autres accidents sérieux (1). Les observations de M. Alquié, pendant son séjour en Afrique, sont en tout point conformes à cette opinion.

Paralysies. — Le sulfate de quinine a donné lieu chez plusieurs malades de M. Récamier à des céphalalgies opiniâtres et même à des *paralysies* (2). De semblables effets ont été constatés par M. Saint-Laurent dans le service de M. Husson à l'Hôtel-Dieu.

Accidents épileptiformes. — Un homme atteint de céphalée reçoit pendant trois jours de M. Jolly du sulfate de quinine sans le moindre inconvénient; ce n'est que *quelques jours plus tard* que des accidents d'intoxication, convulsions épileptiformes, insensibilité et coma, se manifestent (3).

Délire et coma. — Ces phénomènes morbides sont observés à la suite de l'administration du sulfate de quinine chez un malade de l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, et chez un autre de la Charité (4).

A Tours, une religieuse prend 1 gr. 25 centigr. de sulfate de quinine prescrit par M. Bretonneau; elle est bientôt en proie à une folie maniaque.

Après avoir administré 50 grains de sulfate de quinine à un asthmatique, M. Trousseau voit son malade pris de délire et de surdité (5).

Dix-huit cas analogues sont relatés par M. Frantonetti d'une manière assez circonstanciée (Ann. cité).

MM. Mêlier et Caventou disent avoir observé souvent l'*ivresse quinine*.

Surdité. — De très faibles doses de sulfate de quinine peuvent produire cet accident, même avec le quinquina, au rapport de Morton (6).

M. Chalupt est un des premiers qui l'ait remarqué sur lui-même (7).

Un médecin de Beaucaire, M. Blaud, a été à même de l'observer plusieurs fois dans une épidémie de fièvre intermittente en 1825 (8).

En 1843, un jeune homme soigné par M. Nacquard éprouve, après avoir absorbé 2 gr. de sulfate de quinine, de l'*aphonie* en même temps que de la surdité et du délire (Mém. cité).

Six observations de surdité à la suite d'un traitement par le sulfate de quinine sont détaillées par MM. Miquel et Willams dans le *Bulletin de thérapeutique*, t. XIX, p. 382.

Itard, entre autres inconvénients dus à la quinine, cite le cas d'une *surdi-mutité* incurable survenue chez un jeune enfant (9).

Les docteurs Ménière, Saint-Laurent et Husson ont plusieurs fois constaté des surdités rebelles causées par le sulfate de quinine.

Amaurose. — Plusieurs des malades de M. Briquet, traités par le sulfate de quinine, sont atteints de cette infirmité.

Des cas nombreux d'ambliopie sont, indépendamment de divers autres accidents, signalés par M. Piorry comme résultant de l'usage du sulfate de quinine (10).

Mort. — On sait que plusieurs milliers de nos soldats meurent chaque année en Afrique par fièvres ou par suite de fièvres traitées par la quinine. Mais non-seulement ce médicament laisse mourir, il a aussi l'inconvénient grave de tuer.

Déjà, en 1837, Alibert soutient dans un examen que le sulfate de quinine à un gramme peut causer la mort.

Quatre cas de mort dus à la quinine sont signalés dans les hôpitaux de Paris.

Premier cas. — Un jeune homme à l'Hôtel-Dieu, service de M. Récamier, prend du sulfate de quinine; bientôt après il tombe dans le délire, le coma, et meurt (11).

Deuxième et troisième cas. — Deux rhumatismes traités à l'hôpital Cochin, dans les salles de M. Briquet, par le sulfate de quinine, meurent empoisonnés (12).

Quatrième cas. — Un malade de M. Piedagnel (hôpital Saint-Antoine) succombe à des signes visibles d'empoisonnement dû au sulfate de quinine qui lui a été administré. (Mém. cité.)

Un autre *cas de mort* causée par la quinine est très bien détaillé par le professeur Giacomini (13).

Six décès à la suite de fièvres intermittentes traitées par le sulfate de quinine ont lieu dans la pratique de M. Piorry, qui les consigne lui-même dans son *Traité de Médecine iatrique* (14).

M. Guersant (art. Quinquina, *Dict. de Méd.*) rapporte qu'un médecin de la Haute-Saône, après s'être administré à lui-même, ainsi qu'à sa femme, du sulfate de quinine pour une fièvre intermittente, succombe promptement à des phénomènes d'intoxication; tandis que sa femme ne mourut pas, grâce à la maladie de son mari qui fit interrompre le traitement, mais elle resta toujours *sourde et aveugle*.

Douze cas de mort, constatés la plupart dans les hôpitaux de Paris, à la suite de l'administration du sulfate de quinine pour des maladies d'une issue le plus ordinairement heureuse, sont chose grave, et méritent au plus haut degré de fixer l'attention des thérapeutistes.

Il y a plus : quand le sulfate de quinine, administré par des médecins du plus haut mérite, cause des effets aussi délétères, des infirmités ou la mort, n'est-il pas naturel de supposer que des accidents de même nature ont dû se produire assez souvent dans la pratique de médecins moins éminents, qui n'ont pas osé leur donner une publicité qui eût pu nuire à leur position?

II. Innocuité des préparations arsenicales.

Les préparations arsenicales administrées a dose médicinale, et selon la prosologie nettement formulée dans ces derniers temps, sont à la fois d'une puissance thérapeutique incontestable et complétement exemptes de danger; des milliers de faits recueillis par un très grand nombre de praticiens de tous les pays déposent en faveur de cette opinion.

Depuis la réhabilitation de la médication arsenicale en 1840, plusieurs membres de l'Académie de Médecine de Paris, des professeurs de la Faculté, notamment MM. Trousseau, Cazenave, Beau, Gibus, Rayer, Martin-Solon, Guéneau de Mussy, l'ont expérimentée avec un succès marqué, et sans qu'il en soit jamais résulté le moindre accident.

Plusieurs professeurs de Montpellier, MM. Lordat, René, Chrestien, Poujol, etc.; MM. Teissier, de Lyon (1), et Leterme, de Luynes (Indre-et-Loire) (2), se servent dans leur pratique journalière des préparations arsenicales, et tous proclament leur innocuité thérapeutique.

De plus, l'arsenic a subi comme médicament l'épreuve des lieux, puisque son emploi a réussi d'une manière complète en Corse, en Italie, au Brésil, etc.

Ainsi, tous les praticiens qui ont convenablement manié l'arsenic sur une large échelle sont unanimes pour reconnaître l'efficacité et l'innocuité de cet agent thérapeutique : c'est là une vérité irrévocablement acquise à la science.

M. Champouillon, néanmoins, dans un article inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* du 6 octobre 1849, soutient la possibilité d'accidents graves par l'arsenic à dose minime, et il ajoute que c'est là *une opinion vulgaire*. Mais nous n'accordons de valeur réelle à l'*opinion vulgaire* qu'autant qu'elle s'appuie sur l'expérience, Or les faits nombreux ci-dessus mentionnés prouvent surabondamment que, contrairement à l'opinion vulgaire, l'acide arsénieux *à dose thérapeutique* ou *médicinale* n'est susceptible d'aucun accident. Laissons à ce sujet parler M. Trousseau : « L'usage de l'arsenic est-il dangereux? Oui, si les doses sont peu mesurées; non, absolument non, si le médecin donne l'arsenic comme un praticien expérimenté peut le donner. C'est donc un appel que nous faisons à nos confrères de province, à ceux surtout qui, exerçant dans les campagnes, sont chaque jour spectateurs oisifs d'une maladie qui fait tant de victimes, ôte à l'agriculture tant de bras, enlève à leurs familles leurs plus vigoureux soutiens. Ils pourront, ils *devront* donner gratuitement un médicament sans valeur vénale. Ils éclaireront aussi une question de thérapeutique immense, en même temps qu'ils rendront au pays un service important » (3).

Quant au fait observé par M. Champouillon, il ne saurait détruire les témoignages si probants des expérimentateurs de tous les temps et de tous les lieux. En effet, un homme atteint de fièvre intermittente rebelle à la quinine est traité par l'arsenic, et il guérit; alors surviennent des accidents passagers, comme cela arrive souvent, comme cela est probablement arrivé à plus d'un individu qui n'avait pris que de la guimauve.

Après avoir donné des détails qui paraissent peu concorder avec la première version de son chef de clinique, M. Champouillon *hésite* à conclure si 0,36 d'acide arsénieux pris en quatorze jours ont causé ces accidents passagers. Pour nous, il n'est pas douteux que l'arsenic y est complétement étranger. D'abord, nous ne trouvons aucun fait authentique, soit en France, soit en Angleterre, soit en Allemagne, qui soit l'analogue de celui-ci. Il nous est difficile aussi d'admettre qu'entre les seules mains de M. Champouillon l'arsenic *à dose médicinale* provoque des inconvénients.

Pour expliquer l'action toxique de ce médicament, M. Champouillon, abandonnant l'hypothèse de non-élimination établie par son ancien chef de clinique (4), admet que l'arsenic s'est comporté à la manière d'un *poison lent*. Cette objection a été très souvent reproduite. Nous laissons à M. Cazenave le soin de répondre : « Il est très facile de dire *que la transformation possible des préparations arsenicales en un poison lent* n'est que trop justifiée par la connaissance de leurs effets, d'autant plus que ce sont des phrases toutes faites qui revoient le jour deux ou trois fois par siècle. C'est d'ailleurs ce que l'on a dit de tous les agents thérapeutiques un peu actifs. Pour moi, qui, je l'avoue, ne comprends pas ce poison lent qui permet de se porter, quand on en a pris, tout aussi bien et même encore mieux qu'auparavant, et dont la généreuse tolérance peut se prolonger indéfiniment, en théorie, je regarde cet argument comme un rêve; et si, par hasard, j'étais tenté d'y trouver même la moindre probabilité, je la croirais impitoyablement détruite par une étude tant soit peu attentive des faits (5). »

Il résulte de toutes ces considérations que l'arsenic convenablement manié n'est nullement nuisible, tandis que la quinine est souvent toxique. Aussi nous dirons, avec M. Champouillon, que ce dernier médicament *est plus cher* que l'arsenic; mais il nous est impossible d'admettre qu'il *est plus sûr*. Tout, au contraire, nous donne la conviction qu'il est moins sûr.

Nous persistons donc à répéter cette proposition déjà émise par nous (6) qu'entre la quinine qui rend infirme, laisse mourir ou tue, et l'arsenic qui, employé avec prudence et à dose médicinale, est toujours efficace sans être suivi du moindre résultat fâcheux, le choix ne saurait être un instant douteux.

H. B....y.

(1) *Bulletin de l'Académie*, t. VIII, p. 636.
(2) *Bibl. médic.*, 1827, t. I, p. 127.
(3) *Mémoires de l'Acad.*, t. X. — M. Mêlier.
(4) Bouchardat, *Ann. de thérap.*, 1843, p. 172.
(5) *Thérapeutique de Trousseau et Pidoux*, t. II, p. 301, troisième édition.
(6) Barbier, *Mat. médic.*, Quinquina.
(7) *Thèse sur les convulsions*, 1824, p. 67.
(8) *Bibl. médic.*, avril 1825.
(9) Mérat et Delens, *Dict. de mat. médic.*, art. Quinine.
(10) *Traité de médec. iatrique*, Piorry, t. VI, p. 145 et 146.
(11) *Examinateur médical*, 15 février 1843.
(12) *Journal de Médecine* de M. Beau, février 1843.
(13) *Annali universali di medicina*, mars 1841.
(14) *Traité de Médecine iatrique*, Piorry, t. VI, p. 150, 516 et suiv.

(1) *Revue médico-chirurgicale de Paris*, août 1848.
(2) *Gazette des Hôpitaux*, 6 octobre 1849.
(3) *Gazette des Hôpitaux*, 12 mai 1842. — *Clinique de l'hôpital Necker*, Trousseau.
(4) *Gazette des Hôpitaux*, 29 septembre 1849.
(5) *Dict. de Méd.* en 25 volumes, art. Arsenic, Cazenave.
(6) *Gazette des Hôpitaux*, 2 octobre 1849, art. Considérations sur le sulf. de quin. et l'ac. arsén.

Addition à la séance de l'Académie de Médecine du 16 octobre.

Lecture de M. Robert sur les altérations de la membrane interne de l'utérus.

Depuis l'impulsion donnée à l'étude des maladies de l'utérus, on a rattaché à l'engorgement de cet organe presque toutes les altérations autres que les cancers, les polypes, les corps fibreux, et certaines lésions spéciales du col utérin ; mais nulle part on n'a tenu compte des lésions dont sa membrane interne peut être le siége. Une telle manière de voir tient sans doute à ce que pendant longtemps on a contesté l'existence de cette membrane, ou qu'on ne l'a que très imparfaitement connue. Mais aujourd'hui que les travaux de MM. Weber, Krause, etc., en Allemagne, de MM. Coste, Robin, Libert, en France, nous en ont révélé la structure, il n'est plus permis de l'oublier dans l'étude des maladies de l'utérus.

Si donc je prends la parole dans cette discussion, c'est surtout pour établir que divers états pathologiques de cette membrane sont importants à connaître ; que l'on peut les confondre avec l'engorgement du tissu propre de l'utérus ; que cette erreur est préjudiciable aux malades : car les altérations dont il s'agit réclament un traitement local bien différent de celui des engorgements de l'utérus proprement dits.

L'altération la plus importante, et sur laquelle je désire surtout fixer l'attention de l'Académie, consiste dans la présence de petites tumeurs, de granulations plus ou moins confluentes, développées sur la membrane interne du corps de l'utérus. Signalées d'abord par M. Récamier, elles ont été observées depuis par divers praticiens ; moi-même j'en ai fait, il y a quelques années, l'objet d'un travail inséré dans le *Bulletin de Thérapeutique*. Irrégulières et variables pour le volume entre celui d'un grain de millet et celui d'un pois, elles sont tantôt denses, blanchâtres, demi-fibreuses ; tantôt, au contraire, molles, vasculaires et semblables à un détritus de placenta. Rarement elles occupent toute la surface du corps de l'utérus. En général, elles existent seulement dans une petite étendue, et siégent principalement sur la face postérieure de l'organe et dans le voisinage des trompes. M. Récamier a observé que la cavité utérine acquiert plus d'ampleur, et que le tissu de l'utérus lui même semble s'amincir et s'amollir quelquefois au niveau des parties affectées. J'ai vu il y a quelques années, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de ce médecin, une jeune femme atteinte de semblables granulations occupant presque toute la paroi postérieure de l'utérus, laquelle pouvait être facilement sentie à travers le rectum et le vagin, où elle formait une saillie remarquable, molle et très douloureuse.

M. Robin, dont tout le monde connaît l'habileté en fait de micrographie, a reconnu que ces granulations ont la même structure fondamentale que la membrane muqueuse de l'utérus, et que ce sont de simples excroissances de cette membrane. Elles sont formées, suivant lui, de tissu cellulaire en petite quantité et d'éléments fibro - plastiques encore plus abondants que ceux de la muqueuse grise à l'état normal. Quelques-unes, parmi les plus petites, sont tapissées d'une couche épithéliale semblable à celle de l'utérus ; la plupart sont, en outre, parcourues par un assez grand nombre de vaisseaux capillaires. (*Archives de Médecine*, 1848, t. XVII, p. 412.)

Il y a peu de jours, je présentai à M. Libert plusieurs de ces granulations d'un médiocre volume, sans lui dire à quel organe je les avais enlevées. Après quelques minutes d'examen sans le microscope, il me dit qu'elles provenaient du corps de l'utérus, et qu'elles contenaient un grand nombre de follicules hypertrophiées. Il ajouta que, sans aucun indice de ma part, il n'hésitait pas à se prononcer sur la nature de ces tumeurs, parce que les follicules de la membrane muqueuse du corps de l'utérus ont une forme toute spéciale, et qu'on ne peut les confondre avec celles d'aucun autre tissu.

Il m'a été facile de voir dans le champ du microscope que ces glandes étaient en forme de tubes curvilignes, telles qu'elles ont été décrites par MM. Coste et Robin.

On voit, par le résultat varié de ces recherches, que les granulations utérines peuvent contenir les divers éléments de la membrane muqueuse du corps de l'utérus, et qu'elles consistent en une hypertrophie locale de ces éléments.

Quelques praticiens ont élevé des doutes sur leur existence, en se fondant sur ce qu'elles n'ont pas encore été constatées sur le cadavre, et que jusqu'à présent elles n'ont été recueillies qu'au moyen d'une espèce de râclage exercé sur l'utérus à l'aide d'une curette. Ils ont ajouté que, par ce procédé opératoire exercé sur la membrane muqueuse, les prétendues granulations ne sont autre chose des débris de cette membrane. A cela on peut répondre qu'en effet les granulations utérines n'ont été constatées jusqu'à ce jour que chez la femme vivante, parce qu'elles ne sont pas du nombre de ces lésions qui font périr les malades, mais que cependant l'éradication de ces tumeurs opérée au moyen du râclage de l'utérus est, à proprement parler, une véritable autopsie, et une autopsie concluante; car on a beau pratiquer sur le cadavre cette même opération, comme je l'ai plusieurs fois essayé, on n'obtient jamais que des débris amorphes et très peu volumineux, si la membrane interne de l'utérus est saine.

Le développement de ces granulations paraît avoir lieu quelquefois sous l'influence des causes générales qui déterminent la leucorrhée ; mais il se manifeste surtout à la suite de l'accouchement. Les malades qui en sont affectées éprouvent des douleurs hypogastriques ou lombaires et un écoulement utérin mucoso-purulent. Vers le milieu des époques menstruelles, les douleurs deviennent plus vives et s'accompagnent d'un écoulement sanguin plus ou moins abondant, qui se prolonge parfois jusqu'à l'époque suivante. J'ai observé, il y a quelque temps, à l'hôpital Beaujon, une jeune femme qui depuis quatre ans avait des hémorrhagies presque continuelles, à tel point qu'elle était réduite à un état extrême de pâleur et d'anémie.

Les symptômes auxquels les granulations utérines donnent lieu sont semblables à ceux que l'on attribue généralement à l'engorgement chronique de l'utérus. Il n'est donc pas étonnant que ces granulations aient été fréquemment méconnues ; souvent ce n'est qu'après avoir vainement employé les moyens propres à combattre ce que l'on supposait être un engorgement de l'utérus que l'on est conduit à explorer la cavité de cet organe et à rechercher l'état de sa membrane interne. Les moyens généraux, si utiles dans le cas d'engorgement, n'obtiennent que peu de succès quand il s'agit de granulations ; il faut ici, comme on le pratique pour les affections granuleuses des autres régions, et de l'œil en particulier, attaquer la maladie par des moyens locaux; détruire d'abord tout ce qu'on peut attaquer par l'abrasion, et modifier profondément ensuite la membrane muqueuse par l'emploi de la cautérisation.

Je ne prolongerai pas davantage cette discussion : la science a besoin d'être revisée en ce qui concerne les engorgements de l'utérus. Je crois avoir suffisamment démontré que la surface interne du corps de cet organe peut devenir le siége de granulations dues à l'hypertrophie locale de la membrane muqueuse; que ces granulations se développent le plus souvent sous l'influence des hypérémies actives dont l'utérus est fréquemment le siége; qu'elles donnent lieu à des troubles fonctionnels analogues à ceux que l'on attribue à l'engorgement chronique du tissu propre de l'utérus; que cependant il importe beaucoup de les en distinguer, parce que le traitement général est insuffisant pour les guérir; qu'il faut par des moyens directs les détruire le plus possible, et modifier par la cautérisation la membrane muqueuse qui leur donnait naissance.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 10 octobre 1849.—Présidence de M. Deguise père.

Traitement des ulcères.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. Larrey revient sur ce qu'il avait dit relativement à l'emploi de l'eau froide dans le traitement des ulcères. Il a vérifié l'exactitude de la citation qu'il avait faite au sujet de Lombard, qui, en effet, dès 1785, préconisa l'eau froide pour la cure des ulcères.

« Elle a, dit ce chirurgien (1), la propriété de calmer les douleurs, de tempérer l'acrimonie des fluides et d'entretenir l'écoulement des matières. »

Lombard, comme l'indique d'ailleurs M. Richet, son neveu, dans une thèse pour l'agrégation (2), avait été devancé, en cela, par d'autres, et, pour ne citer que deux ou trois noms, Galien, le premier, employa l'eau froide contre les ulcères; et longtemps après, le même moyen fut conseillé aussi, notamment par Fallope, en 1563, et en 1742, par un célèbre chirurgien militaire prussien, par Théden. Percy, dans les mêmes cas, conseillait l'eau froide chargée de sel commun; et Lisfranc, l'eau froide chlorurée. M. Malgaigne a employé l'eau blanche, et M. Desruelles l'eau de guimauve froide ; mais ce dernier, dans les ulcères syphilitiques spécialement. M. La Corbière (3), qui a bien apprécié l'influence du froid et de la compression dans le traitement des ulcères, signale aussi l'utilité des réfrigérants. M. Velpeau enfin rapporte (4) que les paysans de son village atteints d'ulcères exposent chaque jour leur membre malade dans un courant d'eau froide.

« Il serait possible, ajoute M. Larrey, de multiplier les citations de ce genre, mais celles-là doivent suffire. »

M. Chassaignac est porté à croire que ce qu'a dit M. Marjolin du traitement des ulcères par les bandelettes n'est pas rigoureusement exact, et qu'il ne saurait fonder une bonne appréciation de l'emploi de ce moyen sur les résultats seulement obtenus à la consultation du Bureau central.

« En effet, dit-il, outre la négligence des soins qui leur sont prescrits, les malades reçoivent d'ordinaire le sparadrap dont ils ont besoin pour se panser eux-mêmes, sans que le chirurgien de service ait le temps ou prenne la peine de le faire. »

Il faudrait, selon lui, juger comparativement les deux méthodes chez un certain nombre de malades réunis dans un même hôpital et placés dans des conditions analogues, afin de décider si l'avantage appartiendrait aux bandelettes ou à l'eau froide.

M. Chassaignac a traité dernièrement un femme dont les deux jambes se trouvaient presque dépouillées de téguments par des ulcères syphilitiques. Les bandelettes de diachylum furent appliquées avec un succès si rapide aidé du repos, qu'il n'hésite pas à considérer ce moyen comme excellent, à condition d'être bien employé. Il croit enfin utile de protéger les bandelettes par un pansement extérieur.

M. Maisonneuve veut faire observer à M. Chassaignac qu'il n'accepte pas, pour sa part, le reproche adressé par lui aux chirurgiens du Bureau central, au sujet du traitement des ulcères par les bandelettes. Il a fait, lui, ce service à peu près constamment, et avec beaucoup de soin, pendant ses quatre années d'exercice, tandis que M. Chassaignac semble avoir rarement fait ce genre de pansement. Il partage d'ailleurs son opinion sur les résultats satisfaisants que l'on est en droit d'accorder à la méthode des bandelettes dans le traitement de la majorité des ulcères.

M. Chassaignac déclare qu'il est prêt à rétracter ce qu'il a dit de trop général, d'après des renseignements sans doute inexacts, et il s'empresse d'en donner satisfaction à M. Maisonneuve.

(1) Lombard, *Opuscules de chirurgie*.

(2) Richet, *De l'emploi du froid et de la chaleur dans le traitement des affections chirurgicales*.

(3) La Corbière, *Traité du froid*.

(4) Velpeau, *Médecine opératoire*.

M. R. Marjolin ne sait pas si M. Chassaignac a bien entendu le procès-verbal, et il regrette que son honorable collègue n'ait pas assisté à la dernière séance, parce qu'il aurait mieux apprécié le sens de sa communication. Ainsi, M. Marjolin a précisément essayé l'emploi comparé des bandelettes et de l'eau froide avant de se prononcer pour une méthode qu'il croit trop oubliée; et il avait déjà reconnu, en faisant le service du Bureau central, l'insuffisance et les inconvénients des bandelettes dans bon nombre de cas. On a, selon lui, accordé jusqu'à ce jour une faveur trop grande à la méthode préconisée surtout par M. Philippe Boyer, qui ne l'a cependant pas imaginée.

M. Marjolin a entendu son père citer dans ses cours un médecin qui avait acquis une certaine réputation par l'emploi des bandelettes agglutinatives dans le traitement des ulcères. Ce médecin établissait deux classes d'ulcères : les ulcères des gens riches, développés sous l'influence de la mollesse, de l'oisiveté, de la bonne chère, et les ulcères des gens pauvres, déterminés par la misère, par la fatigue, par la mauvaise alimentation; de là des conditions hygiéniques et des indications diverses de traitement. Aux riches, il prescrivait la marche et le régime; aux pauvres, le repos et une nourriture saine.

M. Giraldès reprend la question relative au traitement usité en Angleterre, et rappelle qu'il a prié M. Debout de citer non-seulement les hôpitaux, mais les chirurgiens auxquels il faisait allusion en parlant de l'emploi de l'eau froide. Cette méthode n'est pas aussi généralement usitée à Londres que le suppose M. Debout. Ainsi, le chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy, M. Skey, conteste l'avantage de la compression, et cependant il emploie des bandelettes qu'il recouvre d'un bandage roulé; mais le traitement interne est le plus essentiel, selon lui; il attribue, par exemple, à l'emploi de l'opium des modifications notables dans l'état des ulcères, et il ne juge la méthode des bandelettes comme mauvaise que parce qu'elle est généralement mal employée.

M. Giraldès ajoute que M. Critchet, chirurgien de London Hospital, préconise la compression avec les bandelettes, en donnant le conseil de commencer l'application par l'extrémité libre du membre.

M. Debout déclare qu'il n'a pas plus précisé l'hôpital Saint-Barthélemy que tout autre dans sa communication sur l'emploi de l'eau froide, mais qu'il a généralisé le fait pour les hôpitaux de Londres, sans rien dire de plus.

Correspondance.

M. Giraldès écrit à M. le président pour réclamer un mémoire présenté par lui à la Société sur *l'anatomie chirurgicale de la région mammaire*. Il demande à disposer de ce travail, qui n'a reçu aucune destination; et parce que, d'une part, le rapporteur n'a pas le temps de s'en occuper; parce que, d'autre part, la même question a été le sujet de recherches récentes à la Société de Biologie, ainsi qu'au Collége des chirurgiens de Londres. Il s'agit surtout, dans ce travail, des idées émises par lui sur les tumeurs fibreuses du sein ; c'est pourquoi il désire en reprendre possession.

Une discussion s'engage à ce sujet entre plusieurs membres, les uns proposant l'application du règlement envers le rapporteur, les autres déclarant qu'il n'y a pas lieu de l'obliger à faire son rapport; la majorité, enfin, s'accorde à reconnaître comme très légitime la réclamation faite par M. Giraldès, et propose d'insérer son travail dans l'un des prochains fascicules des mémoires. En conséquence, M. le président décide qu'une lettre sera adressée à M. Nélaton, qui devait faire ce rapport, pour l'inviter à envoyer le mémoire de M. Giraldès au comité de publication.

Rétraction des doigts consécutive à une plaie des tendons des muscles extenseurs de la main.

M. Chassaignac présente un jeune homme qui s'est blessé avec un instrument tranchant à la face dorsale de la main droite, vers le niveau de la partie supérieure du métacarpe. Les tendons des muscles extenseurs des doigts indicateur, médius et annulaire ont été divisés ; la plaie s'est cicatrisée à peu près entièrement, et l'extrémité tronquée des tendons est appréciable à travers la peau, de telle sorte que la cicatrisation isolée de leurs deux bouts les sépare tout à fait. Ce résultat fâcheux s'explique par le mauvais pansement qui a été appliqué tout d'abord en faisant fléchir la main sur l'avant-bras, au lieu de la maintenir dans l'extension. De là, par conséquent, une rétraction des doigts produite par l'action des fléchisseurs que ne contre-balance plus celle des extenseurs.

M. Chassaignac se propose de remédier à cette infirmité par une opération dont il rendra compte ultérieurement.

Plusieurs membres de la Société, en examinant le malade, émettent des opinions que le trouble occasionné par cet incident ne nous permet point d'apprécier.

Ostéo-myélite aiguë de l'humérus; désarticulation du bras.

M. Chassaignac fait une seconde communication : c'est une pièce d'anatomie pathologique relative à une altération de l'humérus, pour laquelle il a pratiqué la désarticulation du bras.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans entré à l'hôpital Saint-Antoine pour un engorgement du coude droit, avec tuméfaction considérable et tension douloureuse, résistante, sans aucun point de fluctuation superficielle. Des incisions multiples furent faites jusqu'à l'os, et produisirent un dégorgement assez sensible, en même temps qu'elles donnèrent issue à une certaine quantité de pus amassé sous le périoste. L'amélioration cependant ne fut pas durable; les accidents se reproduisirent plus tard avec assez d'intensité pour faire craindre une résorption purulente. Ainsi l'articulation du coude, douloureusement engorgée, semblait distendue par le relâchement des ligaments et envahie par le pus qui fluait tout autour d'elle. C'est dans de telles conditions que M. Chassaignac se décida à pratiquer la désarticulation du bras à l'épaule.

L'examen anatomique fit découvrir, par une section longitudinale de l'humérus, les altérations suivantes :

Le pus occupant l'articulation du coude avait pénétré dans

le canal médullaire jusqu'à la tête humérale; le périoste était décollé à la face externe de l'os, qui offrait une couche de pus sur le point correspondant. Il y avait raison ainsi, selon M. Chassaignac, de désarticuler le membre. Cette amputation, faite depuis neuf jours, a eu jusqu'ici un résultat satisfaisant.

M. Morel-Lavallée se rappelle avoir rapporté dans sa thèse sur l'ostéite une observation semblable que M. Nélaton lui avait communiquée.

Calcul vésical formant obstacle à l'accouchement; taille vaginale suivie de l'application du forceps.

M. Monod fait connaître à la Société un fait dont voici les principales circonstances. Il fut appelé il y a huit huit jours, dans la soirée du 3 octobre, à la Maternité, pendant l'absence de MM. Paul Dubois et Danyau, pour une femme âgée d'une quarantaine d'années, enceinte pour la première fois et parvenue au terme de sa grossesse. Le travail avait commencé, et la poche des eaux s'était rompue le matin; mais, malgré la fréquence des douleurs, l'accouchement n'avançait pas. La sage-femme de la maison, en pratiquant le toucher, avait reconnu d'abord l'existence d'une tumeur dure, saillante, dans le vagin, et en explorant la vessie avec une sonde, malgré une déviation de l'urètre, elle avait constaté ensuite que cette tumeur était formée par un calcul assez volumineux, déprimant la paroi antérieure du vagin et mettant obstacle à l'accouchement.

M. Monod, prévenu qu'il s'agissait d'un calcul, s'était muni d'instruments dont il n'eut pas à faire usage, et procéda simplement à l'opération de la manière suivante. Il porta le doigt indicateur de la main gauche dans le vagin, au-dessous de la tumeur, et faisant de la main droite glisser un bistouri sur ce doigt, il fit sur la tumeur une incision directe qui donna lieu à une hémorrhagie veineuse assez abondante, mais sans gravité. Les tenettes trop volumineuses ne purent saisir le calcul mis à découvert, mais M. Monod parvint à l'extraire avec les doigts. Cette pièce, pesant 86 grammes, est assez volumineuse, et représente la forme d'une boule déprimée, rugueuse à sa surface, et très dure de consistance.

Immédiatement après cette opération le forceps fut appliqué par Mme Charrier au détroit supérieur, où la tête se trouvait encore; mais un malheureux accident, la pression exercée par le forceps sur le cordon qui formait une anse autour du cou de l'enfant, contribua peut-être à déterminer sa mort.

Il n'est point survenu d'accidents chez la femme, dont la sensibilité avait été paralysée par l'emploi du chloroforme, et qui semble devoir guérir sans fistule. En effet, dès le lendemain de l'opération, l'urine a repris son cours par l'urètre, et aujourd'hui il ne s'en écoule plus par le vagin.

M. Danyau, qui a repris le service, pourra rendre compte à la Société du résultat définitif de cette opération.

M. Chassaignac, en reconnaissant combien ce fait est remarquable, approuve M. Monod d'avoir suivi un parti sage plutôt que d'avoir tenté une opération plus régulière. Mais il demande ce qui serait arrivé si on n'avait pas pu agir ainsi. Des tumeurs analogues en agissant de même, des exostoses, par exemple, ont déterminé quelquefois la rupture de l'utérus; ou bien, dans la supposition du cas actuel, la vessie aurait pu se déchirer en livrant passage au corps étranger poussé lui-même au dehors par la tête du fœtus. C'est, du reste, une conjecture seulement.

Quant à la sortie de l'urine par l'urètre dès le lendemain de l'opération, c'est là une circonstance curieuse dont on doit sans doute attribuer la cause au gonflement des bords de la plaie.

M. Morel-Lavallée ne pense pas qu'il soit nécessaire de revenir à l'explication donnée par M. Chassaignac pour se rendre compte du résultat, et il fait observer que la position déclive du corps de la femme a pu, ainsi que le gonflement des parties divisées, empêcher l'urine de sortir par la plaie; car les femmes qui ont des fistules vésico-vaginales et qui dans la station debout rendent l'urine par le vagin la conservent, au contraire, dans la vessie, et peuvent s'en débarrasser par l'urètre dès qu'elles sont couchées.

M. Morel se souvient qu'en faisant une dissection à l'Ecole pratique, il rencontra sur le cadavre d'une vieille femme une double tumeur assez volumineuse saillante entre les cuisses: c'était, d'une part, l'utérus déformé, et, d'autre part, une cystocèle contenant plusieurs calculs. Il donna cette pièce à M. Breschet, qui a dû la déposer dans le Musée Dupuytren.

M. Larrey rapproche de ces deux cas un fait qu'il a vu récemment dans le Musée anatomique de l'hôpital d'Angers: c'est une pièce d'un volume considérable, dont la forme s'était presque moulée sur la vessie et dont l'existence fut méconnue pendant la vie de la femme, qui l'avait portée sans doute fort longtemps, car elle était avancée en âge. M. Larrey cite ce fait pour savoir de M. Monod si chez la malade opérée par lui on avait reconnu la présence de la pierre avant la grossesse.

M. Monod, reconnaissant qu'il avait omis de parler de cette circonstance, répond que la femme était malade depuis une quinzaine d'années, mais sans avoir ni supposé quelle pouvait être la nature de son mal, ni consulté de médecin à cet égard, parce que ses douleurs, étant tolérables, lui avaient permis de continuer ses travaux de jardinière jusqu'à la veille même de son accouchement.

M. Monod ajoute que ce qui a préservé cette femme de rendre de l'urine par la plaie, c'est l'étroitesse de l'incision, dont les bords plus ou moins contus par la pression des doigts et par le passage de l'urine se sont tuméfiés au point de se rapprocher et d'empêcher ainsi par leur contact l'écoulement de l'urine.

M. Huguier fait ressortir tout ce que ce cas offre de curieux; et il exprime le désir que, si la guérison s'opère sans fistule, un dessin exact en soit fait et l'observation publiée.

Calculs du périnée.

M. Michon présente plusieurs calculs urinaires d'assez petit volume, de forme régulière, à facettes, de consistance dure, et qu'il a extraits du périnée chez un homme opéré de la taille latéralisée par Lisfranc il y a une quinzaine d'années. Le malade, depuis cette époque, a souvent souffert de cette région; des abcès s'y sont formés; ils se sont ouverts, et ont donné issue à des calculs. Le malade en avait extrait un lui-même, et fut admis enfin dans le service de M. Michon, qui constata la présence de nouvelles concrétions calculeuses contenues dans une poche accidentelle, à laquelle aboutissait un trajet fistuleux. Une incision faite sur les parois de ce foyer en mit l'intérieur à découvert, ainsi que les calculs dont il s'agit.

« Il y a, dit M. Michon, des exemples analogues à celui-là sans doute, mais il reste à déterminer si la fistule pourra être cicatrisée. »

L'heure avancée ne permet pas d'insister sur cette communication.

— La séance est levée à cinq heures et demie. H. L.

Nouvelles du choléra.

Le bulletin du choléra n'ayant plus aujourd'hui, grâce à la persistance d'un excellent état sanitaire, que l'intérêt d'une simple nouvelle, nous nous contenterons de lui accorder désormais une place dans cette partie du journal.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

	Entrées.	Décès.
Hopitaux civils : Journée du 17 octobre....	2	3
— 18	»	»
Hopitaux militaires pendant les deux jours...	»	»
Total..................	2	3

Total des décès dans les hôpitaux...............	8038
Total des décès à domicile jusqu'au 30 septembre..	10944
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie..............................	18982

— Une lettre de Philippeville du 8 octobre nous annonce que le choléra vient d'y faire plusieurs victimes. Cependant, les seules personnes atteintes jusqu'à ce jour sont des soldats et des colons qui étaient déjà à l'hôpital.

M. le chirurgien aide-major Tirard, du 38e de ligne, atteint des premiers par l'épidémie, vient d'entrer en convalescence.

Par décret du président de la République du 25 septembre ont été nommés aux emplois de chirurgien-major de 2e classe :

Choix, M. Marit, de l'hôpital de perfectionnement, en remplacement de M. Pujade-Anjon, passé à la 1re classe.

Ancienneté, M. Piéraggi, du 1er d'artillerie, en remplacement de M. Mestre, passé à la 1re classe.

Choix, M. de Santi, des ambulances du corps expéditionnaire de la Méditerranée, en remplacement de M. Mery, passé à la 1re classe.

Est rappelé à l'activité,

Tour de la non-activité, M. Jourdan, chirurgien sous-aide en non-activité par retrait d'emploi, en remplacement de M. Cuisinier, nommé aide-major.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 23 OCTOBRE 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 124.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

HOPITAL MILITAIRE DE TOULON.

Quelques considérations sur un point de physiologie pathologique dans le choléra ;

Par M. ABEILLE, Médecin adjoint.

M. le professeur Rostan dit dans sa dixième leçon sur le choléra (n° 107 de la *Gazette des Hôpitaux*) que l'albuminurie, pour ne pas être un signe pathognomonique de cette maladie, n'en a pas moins une grande valeur, tant il l'a rencontrée fréquemment ; puis il ajoute que, si des médecins très habiles et très recommandables d'ailleurs ne l'ont jamais rencontrée, cela constitue à ses yeux une singulière anomalie, et lui fait faire un appel à de nouvelles observations.

Le fait est que l'albumine ne se décèle pas toujours dans les urines d'après le même moyen d'analyse. M. Becquerel et d'autres avant lui ont conseillé dans certains cas, lorsque l'acide azotique ne donne pas de précipité, de les soumettre à l'action du calorique. — Quoiqu'il ait été admis en principe que l'albumine se coagule à une température de 70 degrés, j'ai eu à constater, au Val-de-Grâce, que des urines contenant de l'albumine ne fournissaient aucun précipité albumineux après avoir séjourné deux minutes dans de l'eau à 90, thermomètre à la main, et que, quand la température dépassait 100, les mêmes urines présentaient, au bout d'une minute, des flocons albumineux en suspension dans la colonne de liquide, et qui ne tardaient pas à se précipiter par le refroidissement.

Positivement renseigné par ces circonstances, nous n'avons donc rien négligé dans nos recherches sur les urines des cholériques que nous avons eu à observer à Toulon. Nos investigations n'ont porté que sur 22 malades arrivés à l'état algide et ayant tous les symptômes bien caractérisés du choléra. M. Haspel, médecin en chef, s'étant chargé plus tard et exclusivement du service des cholériques, nous n'avons plus eu l'occasion de poursuivre nos recherches.

Sur ces 22 cas, où nous avons pu recueillir quelques gouttes d'urine, trois fois il y a eu absence complète d'albumine. Dans deux, l'albumine n'ayant point été coagulée par l'acide nitrique, les urines ont été soumises à une température de 80 degrés sans plus de résultat ; ce n'est que lorsque la température de l'eau a été portée au-dessus de 100 que les flocons albumineux ont commencé à poindre et ont donné ensuite, par le refroidissement, un beau précipité. C'est devant les pharmacien et médecin en chef et quelques sous-aides que nous avons vérifié ce résultat.

Notre savant maître M. Lévy, qui a découvert le premier ce signe d'une haute importance dans la maladie qui nous occupe, a trouvé l'albuminurie 511 fois sur 697 cas, c'est-à-dire un peu plus de 16 sur 22. M. Rostan, sans préciser des proportions, dit qu'il est tenté d'émettre quelques doutes sur la nature de la maladie lorsque l'albuminurie ne se montre pas, ce qui prouve qu'il l'a observée au moins aussi souvent que nous. Le choléra offre donc à Toulon les mêmes phénomènes qu'à Paris.

Deux questions se présentent à élucider maintenant :

1° Quelle est la cause de la cessation complète ou de la diminution si grande de la sécrétion urinaire ?

2° Quelle est la cause de l'albuminurie ?

La rapidité avec laquelle s'effectue la circulation peut être appréciée d'après les expériences tentées à ce sujet, et qui consistent à injecter dans la jugulaire d'un cheval un acide qu'on retrouve, quelques secondes après, dans la saphène. Cette rapidité de la circulation a fait illusion à quelques physiologistes anciens qui n'avaient pas craint d'émettre l'existence d'un canal de communication entre l'estomac et la vessie pour expliquer la promptitude avec laquelle les urines se chargent de l'odeur de quelques aliments tout récemment ingérés, comme les asperges, etc.

Aujourd'hui plus d'illusion n'est possible, et ce phénomène est suffisamment expliqué par la rapidité avec laquelle la circulation s'effectue.

Ce fait une fois bien constaté, il en résulte que les reins, chargés de faire un triage parmi les matériaux d'une quantité de sang qui les traverse dans un temps donné, sécrètent pendant ce temps telle quantité d'urine, toutes choses égales d'ailleurs. — Supposons donc qu'à l'état normal, et dans l'espace de dix minutes, ces organes soient traversés par dix kilogrammes de sang, et qu'ils sécrètent dans ce même temps 30 grammes d'urine : il doit arriver nécessairement, si par une cause quelconque la circulation se ralentit, et qu'au lieu de dix kilogrammes les reins n'en reçoivent plus que cinq dans le même temps donné ; il doit arriver, disons-nous, que la sécrétion urinaire diminue d'autant, c'est-à-dire de moitié ; et si nous supposons la circulation encore plus enrayée dans sa marche, la sécrétion urinaire diminuera davantage ; ainsi de suite jusqu'à la suspension complète de l'une comme de l'autre fonction, qui sont dans un rapport mutuel.

Or, que se passe-t-il dans le choléra bien confirmé et arrivé à l'état algide, où on observe une immense diminution dans la sécrétion urinaire et quelquefois absence complète ? La circulation sanguine est profondément enrayée ; le pouls, rapetissé, filiforme, se suspend quelquefois entièrement et pendant des heures ; le cœur offre des pulsations faibles, sourdes et impuissantes à communiquer le mouvement à l'onde sanguine. Si l'on ouvre alors la veine, on a la plus grande difficulté à obtenir quelques gouttes de sang qu'il faut exprimer du vaisseau par des pressions successives. Donc le défaut de circulation du sang est la première et la plus importante cause de la suspension de sécrétion urinaire. Aussi, quand la circulation se rétablit librement, ne tarde-t-on pas à voir reparaître les urines. La composition du sang, qui a perdu une partie de son sérum et qui a acquis une plus grande quantité d'albumine, comme nous allons le prouver, prête aussi à la suspension de la sécrétion urinaire, puisque les reins, ayant à choisir dans les matériaux du sang, ne trouvent plus en eux les mêmes proportions, et que celui de ces matériaux qui fournissait le plus à leur action, le sérum, est diminué et vicié par l'addition d'une plus grande quantité d'albumine.

Si l'on veut bien se rappeler maintenant ce que nous apprend la physiologie pathologique, savoir : que l'augmentation subite d'une sécrétion ou exhalation a lieu quelque peu aux dépens d'une autre sécrétion ou exhalation qui diminue ; ou, en d'autres termes, que la première exerce une influence sur la seconde, on comprendra que ces selles et ces nombreux vomissements qui ont lieu dans le choléra peuvent bien exercer quelque influence aussi sur la suspension de la sécrétion urinaire. En effet, quoique ce ne soient pas les selles et les vomissements qui font baisser le sérum du sang, puisque le même phénomène a lieu dans le choléra qui ne se manifeste pas par ces symptômes, choléra qu'on a appelé sec avec quelque raison, il n'en est pas moins vrai que ces énormes déperditions par la muqueuse gastro-intestinale ajoutent à ce premier effet produit sur le sang, c'est-à-dire la diminution de son sérum, et entrent pour quelque chose dans la suspension ou diminution de l'action sécrétante des reins.

Enfin, tous les organes qui jouissent de la contractilité, ou même d'une simple rétractilité élastique, se trouvent, pendant le choléra et à certaines périodes, dans un état de rétraction permanente. C'est la rétraction de tous ces tissus qui donne promptement au corps cet aspect d'amaigrissement cadavérique, plutôt que les déperditions nombreuses par les selles et les vomissements, auxquelles plusieurs auteurs ont voulu rattacher cet état. M. le professeur Lévy avait saisi ce phénomène avec son intelligence ordinaire quand il nous expliquait de la sorte la cadavérisation aussi prompte, aussi prononcée dans le choléra sec que dans le choléra humide. Il résulte donc que le rein, sillonné par une foule de vaisseaux et de radicules, éprouve cette rétraction qui, dans les capillaires les plus ténus, forme un nouvel obstacle au cours du sang, devient une cause secondaire de congestion, de stase sanguine, et partant se surajoute aux causes déjà susénoncées de l'anéantissement de la sécrétion urinaire.

2° Quelle est la cause de l'albuminurie ?

Si l'on peut parler de plusieurs causes plus ou moins probantes, il en est une qui domine certainement toutes les autres. Il y a albuminurie dans le choléra, parce qu'il y a un très grand excès d'albumine dans le sang, parce qu'il y a formation spontanée d'albumine par le fait de l'intoxication, n'importe aux dépens de quelle partie du sang. Cette proposition doit être rigoureusement prouvée.

Toutes les analyses faites jusqu'à ce jour sur le sang des cholériques, soit en France, soit en Angleterre, nous montrent les matériaux solides du sérum, et par conséquent l'albumine, à un très grand excès, tandis que l'eau est au-dessous de l'état normal. D'où peut donc provenir cet excès des matériaux solides? Serait-ce, par hasard, la partie aqueuse du sérum qui, en diminuant, laisserait les matériaux solides dans un excès relatif? Mais cette opinion n'est pas admissible, puisque, si la partie aqueuse diminue, l'albumine s'échappe, elle aussi, à travers les matières des selles et des vomissements, à travers les urines. Les pertes éprouvées par l'albumine équivalent donc, si elles ne les dépassent, à celles éprouvées par la portion aqueuse. L'albumine devrait donc se trouver, d'après ces pertes et à l'analyse, au-dessous de l'état normal, ainsi que cela arrive pour la maladie de Bright, d'après trois

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Un rapport savant et curieux. — Rectification relative à la rentrée de la Faculté.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Si vous fréquentez un tant soit peu l'Académie, vous avez pu voir dans les antichambres, il y a quelques mois, un meuble aussi utile qu'élégant, que son inventeur avait soumis à l'appréciation de la savante compagnie. Ce meuble, auquel je suis assez embarrassé de trouver un nom poétique, était un fauteuil-lit-chaise percée inodore et désinfectant. C'est vous dire assez quels pouvaient être les avantages d'une telle invention. L'Académie, toutefois, ne les sentit pas très bien, et, sous le prétexte, un peu fallacieux peut-être, que l'examen des meubles de ce genre n'entrait pas dans ses attributions, elle fit au ministre un rapport qui n'était qu'une fin de non-recevoir. Ce dédain pour ce qui touche à une fonction, peu poétique il est vrai, mais qui n'en est pas moins très physiologique, hygiénique, et par conséquent médicale, a été très sévèrement reproché à l'Académie par un organe de la presse très versé dans ces sortes de questions ; il se pourrait bien que cet organe eût parlé juste cette fois ; mais ce n'est pas ce que je veux examiner ici. Ce que je veux vous dire, c'est qu'un certain conseil a été moins bégueule que l'Académie, et qu'il s'est livré avec le plus vif intérêt à l'examen de l'invention ingénieuse qu'on a soumise à son appréciation ; des expériences nombreuses ont été faites par tous les commissaires isolément, puis par le conseil en corps, et l'on est généralement convenu que le meuble tenait au-delà de toute espérance toutes les promesses faites par l'inventeur. Il ne s'agissait plus que de mettre sur le papier un rapport digne de l'invention. Cette tâche fut confiée à M. N..., qui s'en est acquitté avec toute la science et toute la conscience qu'on pouvait attendre d'un homme aussi savant, d'un esprit aussi distingué.

Pour bien apprécier l'invention nouvelle, M. N... n'a pas hésité à remonter jusqu'aux pyramides de Chéops ; il a trouvé parmi les hiéroglyphes de l'une d'entre elles la représentation d'un appareil sinon tout à fait semblable, au moins très analogue à l'invention du fauteuil-lit. Les livres sacrés contiennent aussi un passage où il est facile de reconnaître l'appareil en question. Mais une période historique sur laquelle l'auteur s'est arrêté avec complaisance est le règne de Dagobert ; d'après les recherches minutieuses auxquelles s'est livré M. N..., il n'est guère permis de douter que le fauteuil du grand roi ne fût une chaise en question portée à un degré de perfection à peine imaginable. C'est à tel point, que l'illustre monarque pouvait se mettre à table, se promener, monter à cheval même sans quitter le précieux meuble, et le faire fonctionner dans toutes ces positions sans que les assistants y sentissent autre chose que du feu. C'est donc sous le règne du célèbre contemporain de saint Eloi que la science des lits-fauteuils-chaises acquit son apogée. Depuis lors, l'art n'a fait que décliner jusqu'au moment où l'invention nouvelle a été produite ; c'est ce qu'établit clairement le rapport. L'invention nouvelle consacre donc un progrès marqué, mais qui est loin encore de celui auquel le génie de l'homme s'est élevé il y a quelques siècles. C'est là la seule conclusion que le rapporteur ait songé à tirer de ses recherches, entraîné sans doute par la question exclusivement scientifique. Le conseil a chaudement applaudi aux savantes investigations de M. N... ; mais comme il lui fallait une conclusion pratique, il a renvoyé le rapport à la commission. Une fois la conclusion pratique formulée, le rapport sera livré à l'impression. On m'en a promis deux exemplaires ; je ne manquerai pas de partager avec vous.

— La lettre suivante, que je m'empresse de publier, terminera ma correspondance d'aujourd'hui. X....

Monsieur le Rédacteur,

Puisque vous avez bien voulu vous occuper de la rentrée de la Faculté, permettez-moi de rectifier quelques inexactitudes qui se sont glissées dans les informations qu'on vous a transmises, et de remplacer celles-ci par des renseignements dont je crois pouvoir vous garantir l'authenticité.

C'est bien, en effet, M. Denonvilliers qui est chargé de prononcer le discours de rentrée ; mais ce n'est point l'éloge de notre regrettable et habile professeur Aug. Bérard que M. Denonvilliers est chargé de faire ; c'est celui de Blandin, comme son collègue si prématurément enlevé à la science. L'éloge d'Aug. Bérard a été fait par M. Dumas avec une vérité et un talent auxquels il ne reste rien à ajouter ni pour la mémoire de Bérard, ni pour l'honneur de la Faculté.

Je ne pense pas non plus que M. Denonvilliers soit chargé dans son discours d'apprécier la noble conduite des élèves de notre Ecole pendant la triste épidémie qui a décimé une partie de la France. Notre digne doyen voudra sans doute se charger d'une si honorable mission, lui qui a dirigé avec tant de zèle, avec tant d'empressement pour les malades et tant d'intérêt pour les élèves les jeunes dévouements qui se mettaient à sa disposition. A ce sujet, permettez-moi de rectifier aussi une nouvelle qui s'est répandue dans le public : on a fait circuler le bruit que la proclamation des noms de tous les élèves qui avaient reçu une récompense serait faite dans la séance solennelle de rentrée. Je ne doute pas que ce projet ne fût entré dans l'esprit de M. le doyen et ne fût parfaitement conforme à ses sentiments ; mais ce projet serait très difficile à réaliser. La séance solennelle est naturellement fort longue pour une cérémonie de ce genre ; ce qu'on y trouve de long, c'est surtout l'énumération de cette longue liste d'élèves de l'Ecole pratique, qui ne peut être que très fastidieuse après la lecture d'un ou deux discours. Ajouter à cette liste deux cents noms au moins, ce serait risquer de répandre l'ennui sur l'auditoire sans utilité pour ceux à qui la société doit un si grand témoignage de reconnaissance. Il me semble donc plus convenable de consacrer une séance spéciale à la distribution des récompenses, et je crois que telle est aussi l'intention de M. le doyen et celle de la Faculté. J'aime à croire, d'ailleurs, que la publicité ne fera pas plus défaut à cette séance qu'à la séance solennelle.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur, etc.

UN ÉLÈVE DE L'ECOLE.

analyses fournies par M. Andral et trois autres qui nous sont propres, et cependant elle est en excès. Il y a mieux : c'est que, si les évacuations nombreuses qui ont lieu dans le choléra doivent aider à la diminution de la portion aqueuse du sang, dans le choléra sec les évacuations n'ont pas lieu, l'albuminurie, au contraire, n'en filtre pas moins dans les urines, et, dans ces cas comme dans les autres, l'albumine se trouve en excès à l'analyse.

Nous sommes donc forcé de convenir que dans le choléra il y a formation spontanée d'albumine.

En est-il de même des globules? Non; les globules restent ce que la constitution et l'état antécédent du sujet permettent de supposer ce qu'ils étaient. En un mot, la chute du sérum établit bien un excès relatif de la part des globules par rapport à l'eau, mais ne fait pas que les globules montent au-dessus de leur moyenne ordinaire. Il en est de même pour la fibrine; l'albumine seule franchit cette règle, et s'élève à des proportions considérables, malgré les pertes. Donc, pendant le choléra, il se forme une nouvelle albumine dans le sang. La nouvelle albumine a-t-elle lieu aux dépens de la portion aqueuse qui diminue subitement?

Voici le résultat de la seule analyse de sang que nous ayons eu occasion de faire jusqu'à présent sur les cholériques à Toulon. Il s'agit d'un artilleur qui avait eu la dysenterie pendant un mois; il avait apporté cette affection d'Italie. Il en était guéri depuis quatre jours quand il fut pris du choléra. Durant l'algidité, il avait une telle constriction thoracique avec étouffement, que, malgré une application de trois ventouses scarifiées et la faiblesse du sujet, je lui fis pratiquer une saignée qui fournit à peine une centaine de grammes de sang. Ce malade a guéri.

Fibrine	2 83
Globules	88 31
Matières solides	151 94
Eau	756 92
	1,000 00

Quelques auteurs, M. le professeur Rostan entre autres, prétendent que dans le choléra l'albuminurie est le résultat de la congestion comme des autres altérations consécutives des reins. Mais on peut objecter de suite que, dans les cas bien avérés où l'albuminurie manque, les reins sont tout autant congestionnés que dans ceux où elle existe. On peut citer ensuite beaucoup d'autres maladies, les scarlatines entre autres, où les reins sont aussi fortement hypérémiés que dans le choléra, et dans lesquelles cependant on n'observe pas d'albuminurie. Il y a, par contre, des cas d'albuminurie très prononcée et de plus ou moins longue durée, dans lesquels on trouve pour toute altération des reins un commencement d'anémie, lorsque les substances de ces organes s'éloignent de leurs conditions normales. Tels sont les deux cas d'albuminurie que nous avons rencontré, en un mois, au Val-de-Grâce, sur des sujets frappés de pourriture d'hôpital. Il eût été curieux de pouvoir analyser le sang dans ces deux circonstances.

Enfin, il s'en faut de beaucoup que les reins soient toujours hypérémiés, et surtout hypérémiés au même degré dans le choléra.

Il n'est donc pas probable que l'hypérémie, pas plus que l'altération bien plus grave, l'augmentation de la substance corticale avec transformation jaunâtre qui en est presque la conséquence, soient les causes de l'albuminurie. Ces hypérémies, comme toutes les autres qu'on rencontre, sont la conséquence d'un fait primordial, la stase sanguine, qui elle-même reconnaît une cause plus élevée, dans laquelle l'augmentation de l'albumine joue un rôle très important. L'albuminurie, qui a lieu même dans quelques cholérines, découle de la même source en partie que la stase sanguine, apparaît avec le choléra, et ne saurait être, en aucune façon, le résultat de l'hypérémie des reins, pas plus que dans les selles elle n'est le résultat de l'hypérémie intestinale; mais elle relève d'un fait bien supérieur, de l'augmentation considérable de l'albumine dans le sang, ainsi que le prouvent les analyses.

Il nous fallait ces circonstances pour prouver que l'albuminurie, étant, dans quelques cas, les maladies de Bright, le résultat d'une altération spéciale des solides, est, dans un bien plus grand nombre d'autres, le choléra en tête, la conséquence d'une altération du liquide sanguin.

MALADIES DES YEUX. — M. TAVIGNOT.

De l'iritis sympathique et du traitement qui lui est applicable.

On a donné le nom *de sympathique* à l'iritis qui survient d'un côté à la suite d'une lésion traumatique de l'œil du côté opposé, parce qu'on admet rationnellement que la blessure de l'œil malade a retenti sur l'œil sain par une sorte de solidarité organique que le mot *sympathique* sert à exprimer, mais qu'il n'explique en aucune façon.

Voici dans quelles circonstances cette variété d'iritis survient :

A la suite d'une plaie, le plus souvent contuse et déchirée, de la cornée, de l'iris et particulièrement du cercle ciliaire, l'œil s'enflamme, et, dans les cas surtout où un corps étranger est resté dans son intérieur, il devient bientôt le siége de désordres plus ou moins graves qui le rendent impropre à la vision; puis un, deux ou trois mois après l'accident, rarement plus tard, il survient, sans causes appréciables, une iritis de l'autre œil. Néanmoins Wardrop a cité un cas dans lequel l'iritis sympathique ne s'est développée qu'au bout d'une année; chez un autre malade traité par Lawrence, la maladie qui nous occupe n'est apparue que cinq ans après l'accident; ces faits doivent être considérés d'ailleurs comme exceptionnels. C'est là ce que l'observation nous apprend; mais on ignore encore les conditions spéciales qui provoquent le développement de l'iritis dans tel cas et non dans tel autre.

En effet, j'ai observé depuis douze ans un assez bon nombre de lésions traumatiques des yeux; et, ne parlant que de celles qui étaient assez graves pour vider l'œil immédiatement ou pour produire des désordres incompatibles avec les fonctions de l'organe et tout à fait incurables, je dirai que, même parmi les malades de cette catégorie, on voit rarement survenir l'iritis sympathique.

La présence et le séjour prolongé dans l'œil d'un corps étranger, quoique éminemment propres à faire naître la maladie qui nous occupe, sont loin de provoquer dans tous les cas son développement. Je pourrais citer un certain nombre d'observations à l'appui de ce que j'avance; mais il me suffit de rappeler ici quelques faits seulement.

M. de Castelnau a publié en 1842 une observation très remarquable en ce genre. Un morceau d'acier du poids de 0,75 a pu rester trois ans et demi dans l'œil sans produire de douleurs accusant sa présence. Les douleurs n'ont existé qu'à trois époques différentes : lors de l'accident, deux ans plus tard et à l'époque de l'extraction; à aucune de ces trois époques il n'est survenu d'iritis sympathique.

J'ai moi-même donné mes soins à un forgeron qui avait reçu dans l'œil un éclat de fer; le corps étranger, très petit d'ailleurs, paraît s'être logé primitivement dans l'appareil cristallinien. Il est survenu des accidents inflammatoires très violents; l'œil est devenu impropre à la vision; puis le malade n'a plus rien éprouvé; ce n'est que dix ans plus tard, à propos sans doute d'un déplacement du corps étranger, qui est venu se mettre en contact avec l'iris, qu'il est survenu une très violente névralgie ciliaire; les douleurs dans l'œil et autour de l'orbite ont duré plusieurs mois lors de l'accident et dix ans plus tard; il n'est pas survenu néanmoins d'iritis sympathique chez mon malade, pas plus que dans le cas précédent.

Dans le fait que je rapporte plus loin, on verra qu'il n'existait aucun corps étranger, que le moignon oculaire avait cessé de provoquer des douleurs autour de l'orbite depuis trois semaines environ lorsque survinrent les symptômes d'une iritis sympathique.

« Je pense, dit Mackenzie (p. 425), que l'ophthalmie sympathique a plus de tendance à être excitée si la plaie a produit une hernie de l'iris et une cicatrice de la cornée et de la sclérotique disposée de telle sorte qu'elle tienne le reste de l'iris dans un état permanent de tension. Si la plaie a été assez étendue pour diviser ou déchirer la rétine, l'inflammation sympathique aura encore plus de tendance à se manifester. »

Cette assertion du chirurgien de Glascow n'est pas exacte de tous points, car l'observation démontre que les plaies de l'iris, la hernie de cette membrane à travers une ulcération ou une solution de continuité traumatique de la cornée ne donnent pas lieu à l'iritis sympathique, quoique l'iris éprouve une tension plus ou moins grande dans le dernier cas. Mackenzie lui-même reconnaît un peu plus loin l'exactitude de ce fait, que l'on rencontre tous les jours. Il finit par admettre que la lésion traumatique de l'œil qui provoque d'ordinaire le développement de l'iritis sympathique est celle du corps ciliaire, surtout s'il existe en même temps une déchirure et une hernie de l'iris.

Nous nous rangeons volontiers à cette dernière opinion, qui paraît, en effet, plus en rapport avec l'examen attentif des faits observés jusqu'à présent.

Quoi qu'il en soit, l'iritis sympathique est une affection à part; par ses symptômes, sa marche, sa tendance à récidiver, son pronostic le plus souvent fâcheux, elle est tout à fait distincte de l'iritis ordinaire. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point; mais ils cessent de l'être lorsqu'il s'agit de se rendre compte de cette gravité tout exceptionnelle. Mackenzie dit que l'ophthalmie sympathique est une inflammation de *mauvaise nature*, mais il ne va pas plus loin. Personne n'est plus explicite.

Pour nous, nous n'hésitons pas à formuler très catégoriquement notre opinion sur la nature de cette affection : la maladie que les auteurs ont appelée *ophthalmie sympathique*, *iritis sympathique* n'est autre chose qu'une *névralgie ciliaire* développée par sympathie, laquelle a produit une congestion, puis une inflammation de l'iris.

Ce résultat de la névralgie ciliaire n'a rien d'insolite; je l'ai déjà signalé à différentes reprises à propos de la névralgie ciliaire (voy. *Traité clin. des mal. des yeux*, p. 34), et au chapitre des affections glaucomateuses (p. 105). Et de même que l'on voit survenir dans le glaucome soit une kératite, soit une iritis ou une périphakite, etc., de même on peut observer dans l'iritis sympathique ces diverses complications. Les faits publiés par Mackenzie lui-même viennent encore confirmer mon opinion sur la nature propre de la maladie en question.

L'iritis sympathique n'est donc autre chose qu'une *névralgie ciliaire sympathique*, et cette affection est de même espèce que la première variété de glaucome que j'ai admise (*glaucome névralgique*); elle n'en diffère que par l'acuité, en général assez grande, de la névralgie dans l'iritis sympathique, et par sa chronicité plus fréquente dans l'affection glaucomateuse.

Le traitement de l'iritis sympathique deviendra sans doute beaucoup plus efficace qu'il ne l'a été jusqu'à présent, une fois connue la nature propre de la maladie.

Toutefois, il ne faut pas oublier qu'il entre dans la question thérapeutique qui nous occupe deux éléments distincts.

Sans doute il faut songer d'abord à la cause première des désordres matériels survenus dans l'œil, à la névralgie ciliaire; mais il ne faut pas oublier cependant que l'inflammation de l'une des parties importantes de l'œil, telles que l'iris, la cornée, l'appareil cristallinien, etc., une fois développée, peut avoir des conséquences irréparables si elle n'est combattue en temps opportun. Or dans le cas particulier, l'acuité même de la maladie est on ne peut plus favorable au succès de ce traitement. Il n'en est pas de même, comme on le sait, dans les affections glaucomateuses, où l'on observe à peu près les mêmes complications, mais revêtues du fatal cachet de la chronicité.

Ainsi traitement de la névralgie ciliaire primitive et de l'iritis consécutif : telles sont, pour nous, les bases d'un traitement rationnel.

C'est à lui que nous devons la guérison du malade dont on va lire l'observation.

Observation d'iritis sympathique. Guérison.

M. C....., âgé de trente ans, fermier aux environs de Dreux, est venu me consulter dans les circonstances suivantes :

Le 25 juillet, M. C..... était occupé à arranger l'une de ses charrues, lorsqu'un coup de marteau mal appliqué fit sauter dans l'œil droit un morceau de fer assez gros, connu sous le nom de *goulon*.

La violence avec laquelle le projectile était lancé fut telle, que l'œil fut ouvert par l'instrument contondant dans une grande étendue. Je constate en effet par la cicatrice du moignon que la plaie, verticalement dirigée, comprend non-seulement toute l'étendue de la cornée, mais qu'elle empiète encore en haut et en bas sur la sclérotique. L'iris, le cercle ciliaire, l'appareil cristallinien, ont été profondément lésés par la cause vulnérante.

Au moment de l'accident, le malade ressentit une douleur des plus violentes, puis l'œil se vida; un quart d'heure après il eut des nausées.

Pendant huit jours M. C..... n'éprouva rien de particulier; mais vers le 2 ou le 3 août il survint des douleurs très vives dans le moignon et au pourtour de l'orbite. Ces douleurs ont cédé à l'action de quatorze sangsues et d'un vésicatoire au cou.

Le malade se trouvait bien, et commençait à se consoler du malheur qu'il avait eu, lorsqu'il éprouva un obscurcissement de la vue d'abord, puis du côté gauche de la tête des douleurs assez violentes.

C'est le 26 août que survinrent ces symptômes d'une affection nouvelle, par conséquent juste un mois après l'accident.

Les douleurs circumorbitaires augmentèrent; l'œil devint rouge, sensible à la lumière, douloureux; la vue se troublait de plus en plus. — Traitement à peu près nul; collyre au nitrate d'argent, faible dose.

Le 11 septembre, M. le docteur Fortin, d'Evreux, consulté par le malade, conseilla un collyre au nitrate d'argent à dose plus élevée que le précédent. Au rapport du malade, l'emploi de ce dernier collyre amena une aggravation manifeste de son affection, et il y renonça bientôt.

La maladie allait de mal en pis, et M. C....., se voyant menacé de devenir aveugle, alla, le 18 septembre, consulter à la Trappe (Orne) un officier de santé, qui conseilla au malade un séton à la nuque, des fomentations belladonées et un collyre à l'eau de roses.

Le 26 septembre, l'affection oculaire faisant toujours des progrès, le malade vint se confier à mes soins.

Etat actuel. — Injection réticulée de la conjonctive oculo-palpébrale, masquant d'une manière complète la sclérotique. Cornée et chambre antérieure à l'état normal; aspect brillant de l'œil; iris d'un gris rougeâtre, manifestement congestionné; pupille médiocrement rétrécie, mais immobile et déformée; larmoiement; photophobie; vision distincte à peu près nulle. Toutes les nuits, douleurs excessives dans l'œil, le front et la tempe gauche, qui empêchent le malade de dormir.

L'œil droit est réduit à un moignon offrant les deux tiers de volume d'un œil ordinaire. Il n'est pas douloureux, est insensible à la lumière, et tout indique qu'il n'est le siége d'aucun corps étranger. — Calomel, 1 gramme; extrait de belladone, 0,10 pour six paquets; à prendre un paquet toutes les deux heures. De plus, frictions autour de l'orbite avec l'onguent mercuriel belladoné. Soins hygiéniques, etc.

Le 27 et le 28, même traitement.

Le 29, début de la salivation. Les douleurs circumorbitaires ont diminué d'une manière très notable. L'œil est moins injecté; on commence à pouvoir distinguer le cercle radié de la sclérotique. — Même traitement.

Le 30, je suspends le calomel, et prescris une bouteille d'eau de Sedliz; gargarisme aluminé.

Le 1er octobre, l'amélioration de l'œil qui a coïncidé avec la salivation se continue. Les douleurs n'ont pas reparu; l'œil n'est presque plus larmoyant, et à peine sensible à la lumière. La pupille est légèrement dilatée; elle est déformée par des adhérences qui la fixent à la capsule d'une part, en bas et en dehors, et d'autre part, en bas et en dedans. Le tissu de l'iris, qui était d'un rouge foncé, a repris sa teinte grisâtre normale; le cercle radié de la sclérotique est moins accentué. Le malade voit et distingue les objets un peu volumineux. Il se plaint de la bouche; cependant la salivation est très modérée.

Le 4 octobre, à peine un peu d'injection palpébrale; le globe oculaire est à l'état normal; la pupille, redevenue un peu contractée, reste néanmoins déformée. Il faut noter que l'iris est encore à demi paralysée par l'action de la belladone, que j'ai continuée jusqu'à présent, associée à l'onguent mercuriel, sous forme de pommade.

La vue est aussi bonne que possible. M. C..... voit l'heure à ma montre, lit couramment les caractères ordinaires. Je lui prescris de nouveau un purgatif. Lunettes bleues, régime, etc.

Le 5, il retourne chez lui.

Le 12, l'état de la vue, m'écrit-on, est aussi satisfaisant que possible. L'inflammation n'existe presque plus. Le malade a un érysipèle qui s'est développé autour du séton et a gagné la figure, le dos et la poitrine; mais il n'en est résulté aucun accident.

Le 16, pour prévenir une rechute, je prescris le traitement suivant, comme le plus propre à éviter le retour de la névralgie ciliaire, cause première de l'ophthalmie sympathique :

1° Prendre tous les matins à jeun une pilule composée de 0,15 d'iodure de fer;

2° De temps en temps, surtout s'il survenait quelques douleurs dans le front et la tempe, faire des frictions autour de

l'orbite avec une pommade composée d'axonge, 30 grammes; camphre, 4 grammes; vératrine, 1 gramme;

3° Repos de l'œil.

Continuer ce traitement pendant six semaines à deux mois.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 octobre 1849. — Présidence de M. BOUSSINGAULT.

Choléra.

M. Dumas présente, au nom de M. Doyère, une note dans laquelle l'auteur annonce que, sous le rapport de l'air expiré et de la calorification, le choléra présente deux périodes essentiellement distinctes, l'une qui comprend toute la période algide et celles qui la précèdent; et dans laquelle l'acide carbonique de l'air expiré tombe à 10 ou 20 pour 1,000; et l'autre la période de réaction ou même la période mortelle, dans laquelle la proportion d'acide carbonique revient à la proportion de 25 pour 1,000.

Dans la première période, la température du corps s'abaisse; dans la seconde, elle s'élève, même quand les individus doivent mourir et même quelquefois après la mort. Chez une femme morte depuis six heures l'intérieur du bassin offrait une température de 41° 7, c'est-à-dire supérieure à l'état normal.

— M. Côze envoie de nouvelles raisons à l'appui de l'opinion qu'il a émise sur la rétention du chyle dans le canal thoracique comme lésion essentielle du choléra.

Fécondation.

M. Delfraysse envoie une note dans laquelle il rend compte d'expériences qui prouveraient que plus l'accouplement est répété, plus les petits ressemblent au mâle.

Amputations.

M. Sédillot, de Strasbourg, correspondant de l'Académie, présente un mémoire sur les amputations des membres, dont la première partie a déjà fait l'année dernière l'objet d'une autre communication.

J'avais établi, dit M. Sédillot, la possibilité de sauver un plus grand nombre d'amputés par une méthode et des principes dont la théorie et l'expérience m'avaient démontré la supériorité.

Cette opinion, je l'avais appuyée sur des faits.

La mortalité des amputés a été estimée aux deux tiers, à la moitié ou seulement au tiers des opérés dans les statistiques les plus favorables.

Je citais douze cas d'amputation sur lesquels je n'avais eu qu'un revers.

Ces douze cas comprenaient:

1 amputation de cuisse;
6 — de jambe;
1 — du pied en totalité;
1 — du bras;
1 — de l'avant-bras;
1 — métacarpo-phalangienne;
1 — du gros orteil.

Afin de m'assurer que ces succès ne tenaient pas à un heureux hasard, j'ai dû tenir compte des résultats que j'obtiendrais ultérieurement.

J'ai pratiqué dix amputations pendant l'année scolaire 1848-1849.

Ces opérations ont été ainsi réparties:

2 de cuisse,
2 de jambe,
1 de bras,
2 d'avant-bras,
1 partielle du pied,
2 de phalanges.

Sur ce nombre je n'ai perdu qu'un malade, l'amputé du pied, mort d'infection purulente; les neuf autres ont été sauvés.

Si je récapitule actuellement les résultats de ces deux années de ma pratique, je trouve:

22 amputations;
20 guéris, 2 morts.

Cette mortalité a porté sur les amputations réputées généralement le moins graves.

16 amputés, dont 3 de la cuisse, 8 de la jambe, 2 du bras, 3 de l'avant-bras, ont guéri; tandis que sur 6 amputés de la main et du pied, 2 ont succombé.

Traitement des anévrismes.

Le même membre présente un second mémoire qui a pour but de réhabiliter l'ancienne méthode pour lier les artères anévrismatiques.

Ce mémoire se compose de deux parties: l'une thérapeutique, l'autre clinique.

Dans la première, l'auteur trace l'historique de la méthode, et en a étudié les avantages sous les trois rapports principaux qui suivent:

1° Supériorité d'un procédé dont le mode d'exécution met le plus sûrement à l'abri des fautes et des erreurs opératoires;

2° Fréquence moindre des hémorrhagies;

3° Facilité plus grande de remédier à cet accident lorsqu'il n'a pu être évité.

La deuxième partie se compose d'observations cliniques au nombre de vingt-trois. Les observations ont été pratiquées par des chirurgiens divers, et les succès ont été constants. Onze de ces ligatures ont été faites par l'auteur.

Les observations d'hémorrhagies mortelles à la suite de la méthode de Celse, dit M. Sédillot, ont dû être fort rares, ou n'ont pas été publiées; car je n'en ai trouvé que deux exemples signalés par Lisfranc, qui n'en a pas même indiqué la source.

CORRESPONDANCE.

Des varices anévrismales de la voûte du crâne.

Monsieur le Rédacteur,

Dans la dernière séance de la Société de Chirurgie, mon honorable collègue M. Maisonneuve nous a présenté une observation extrêmement intéressante de varice anévrismale des branches de l'artère temporale. Ayant eu à faire une thèse sur les *tumeurs de la voûte du crâne* dans le dernier concours pour la chaire de clinique chirurgicale, je me suis livré à des recherches aussi bien sur les tumeurs anévrismales que sur les autres tumeurs de cette région. Ces recherches sont demeurées peu connues en France, où je pense que la chirurgie est beaucoup moins avancée sur ce point que sur beaucoup d'autres. J'espère donc que vos lecteurs pourront trouver quelque intérêt pratique à rapprocher de l'importante discussion qui ne peut manquer d'avoir lieu à propos de l'observation de M. Maisonneuve les plus curieux des faits analogues que j'ai rassemblés et les réflexions de thérapeutique chirurgicale auxquelles j'ai été conduit par une étude attentive de ces faits.

Ma première remarque à l'égard de la dilatation variqueuse de l'artère temporale se rapporte à cette tendance singulière qu'ont les diverses artères de la voûte du crâne à se *solidariser* dans leurs affections, et surtout dans leurs affections anévrismales. Une artère temporale devient anévrismatique, et par ce seul fait, l'occipitale, la frontale, l'auriculaire le deviennent consécutivement. A quoi tient un fait aussi singulier? Est-ce, comme on pourrait d'abord le penser, à la multiplicité et à l'ampleur des anastomoses? Mais ce motif ne saurait suffire, car je ne sache pas qu'à la main, par exemple, les anastomoses soient moins directes et moins multipliées qu'aux parois du crâne, et cependant la présence d'un anévrisme à l'une des artères de la main n'entraîne pas l'évolution anévrismale ou la dilatation variqueuse de toutes les autres artères de la même région. Il y a donc là un phénomène dont l'explication est encore à trouver. Les artères de la voûte du crâne ont bien ceci de commun entre elles, et de différent eu égard à tout autre réseau artériel de la même étendue, d'être placées au contact d'une surface osseuse; mais quel rapport peut-on saisir entre cette circonstance et le fait pathologique sur lequel nous venons d'appeler l'attention?

Cette variété curieuse de tumeurs dues à un développement pathologique de l'artère temporale tient de l'anévrisme faux en ce que ses causes sont souvent des violences traumatiques; elle tient un peu des tumeurs érectiles par la forme de la tumeur: aussi les a-t-on quelquefois désignées sous le nom de tumeurs pulsatiles du cuir chevelu.

Pelletan, dans sa *Clinique chirurgicale*, rapporte deux cas qui se rattachent à cette affection. Un des malades était une jeune fille de dix-huit ans, chez laquelle on essaya la compression, qu'elle ne put supporter. Il lia alors l'artère temporale, mais la malade ayant succombé, on trouva à l'autopsie la tumeur formée d'artères tortueuses et dilatées.

Le cas suivant appartient au docteur Maclachlan, l'un des chirurgiens de l'infirmerie royale de Glascow. Il a été publié par lui dans le premier numéro du *Journal médical de Glascow*.

OBS. — Le malade, soldat congédié, âgé de trente ans, s'adressa au docteur Maclachlan pour une tumeur située au côté gauche des téguments du crâne et présentant les caractères suivants: Des tumeurs molles, pulsatives, un peu élastiques, d'aspect variqueux, occupaient le trajet des artères temporales, l'auriculaire postérieure et occipitale, ainsi que leurs principales branches, chaque branche se terminant par une extrémité tortueuse. Ces tumeurs étaient susceptibles de disparaître en partie par la pression, mais, abandonnées à elles-mêmes, elles reprenaient leur premier volume. Elles étaient pulsatives dans toute leur étendue, et les battements étaient isochrones à ceux du cœur. La compression de la carotide primitive suspendait toute pulsation dans les tumeurs, et, en interceptant le cours du sang dans la temporale ou l'auriculaire postérieure, les battements étaient interrompus dans la partie correspondante de ces tumeurs. Elles n'étaient pas douloureuses à la pression, mais le malade se plaignait beaucoup de la torture que lui causaient depuis deux mois leurs battements; il passait souvent plusieurs nuits de suite sans reposer, et son existence était devenue insupportable. Les téguments avaient conservé leur coloration normale; seulement, aux points les plus saillants, ils présentaient une légère teinte rougeâtre.

Cette tumeur arborescente commença au-devant de l'oreille, immédiatement au-dessus de l'apophyse zygomatique, et, prenant un accroissement rapide, elle acquit le volume d'une moitié de citron placée transversalement au-dessus de l'oreille.

Elle en voyait en avant, vers le front, un prolongement communiquant par une extrémité tortueuse avec l'artère sus-orbitaire, branche de la carotide interne; un prolongement considérable en haut vers le sommet de la tête; et en arrière du corps même de la tumeur il y avait une communication avec les dilatations des artères auriculaire postérieure et occipitale, ce qui donnait lieu à l'aspect variqueux du cuir chevelu sur le côté gauche de l'occiput.

La partie la plus volumineuse de la tumeur se trouvait immédiatement au-dessus de l'oreille: en ce point les battements étaient très violents et les téguments très minces et très saillants, de façon que leur rupture était imminente.

Dix ans auparavant, l'artère temporale avait été blessée et un petit anévrisme s'était formé sur le trajet du vaisseau. On chercha à le faire disparaître en coupant le vaisseau en travers, mais ce fut sans succès; on appliqua alors une ligature. La petite tumeur disparut pour un temps, mais elle revint ensuite, ne donnant lieu d'ailleurs, pendant les cinq premières années, qu'à peu d'incommodités. La pression avait déjà été employée, mais le malade ne voulut pas s'y soumettre de nouveau, il désira qu'on lui liât la carotide.

Cependant, le docteur Maclachlan proposa de lier séparément les vaisseaux qui nourrissaient la tumeur et si cela échouait de lier la carotide primitive. En conséquence, assisté par le professeur Towers et le docteur Anderson, il mit à découvert l'artère temporale au point où elle émerge de la parotide, et il trouva le vaisseau plus gros qu'une plume d'oie, ayant ses tuniques plus minces et plus transparentes que celles d'une veine et battant avec beaucoup de violence. Une ligature fut appliquée sur l'artère avec une compresse et une bande pour plus de sûreté. Les battements cessèrent dans la partie antérieure et moyenne de la tumeur, qui devint flasque et empâtée; mais le docteur Maclachlan, n'étant pas satisfait de l'état du vaisseau, se détermina à lier la carotide, ce qui fut fait le jour suivant en présence des professeurs Burns et Towers et des docteurs King et Anderson, le 10 juillet. Nous ne décrirons pas les différents temps de l'opération; mais nous dirons que, immédiatement après qu'elle fut achevée, les tumeurs de la tête devinrent flasques et perdirent leurs pulsations, bien qu'éprouvant seulement une faible diminution de volume.

Le jour suivant, le malade fut pris de symptômes de pleurésie, et, malgré deux saignées, un purgatif, un vésicatoire et la teinture de digitale, il succomba le 14 à cinq heures après midi.

Autopsie cinquante heures après la mort. — La température étant très élevée, la putréfaction avait fait des progrès. Il y avait un peu de pus dans le médiastin antérieur et environ une pinte de matière muco-purulente grisâtre dans la cavité droite de la plèvre; un peu d'extravasation sanguine dans la gauche. La plaie s'était réunie par première intention, mais elle s'était rouverte partiellement par suite de la putréfaction. La carotide, le long du cou, paraissait tout à fait saine; de petits caillots s'étaient formés au-dessus et au-dessous de la ligature, et l'artère était plissée à cause de dépositions récentes de lymphe plastique; ses tuniques internes étaient divisées, l'externe intacte, mais au-dessous de la ligature la tunique interne avait une teinte rouge, de même qu'à l'aorte thoracique; la crosse aortique, entre le cœur et l'origine de la carotide gauche, était saine. La temporale et les autres branches de la carotide, à la tête, avaient dégénéré en tubes dilatés d'une minceur et d'une transparence très grandes. Ils étaient allongés, contournés et roulés sur eux-mêmes de manière à constituer, par ces espèces de duplicatures, de circonvolutions, les tumeurs qui constituent cette lésion remarquable.

Dans l'observation suivante, que nous extrayons du journal anglais *Medico-chirurgical Review*, on trouve avec les caractères cette singulière affection que l'on serait tenté d'appeler une hypertrophie des artères de la voûte du crâne. En effet, il n'y a pas dégénérescence comme dans le cancer; la poche anévrismale, quand il en existe une, semble n'être que le point de départ, la cause en quelque sorte occasionnelle de la maladie et assurément son élément le moins grave. Ce n'est pas non plus une tumeur érectile, car il n'y a nullement la texture du tissu érectile, qui d'ailleurs bien rarement se développe comme suite d'une lésion traumatique. Il y a donc, comme dans les varices veineuses, hypertrophie des tubes artériels seulement, en même temps que la longueur des artères devenues tortueuses et arborescentes est considérablement augmentée; quelquefois l'épaisseur de leurs parois reste ce qu'elle était, si même elle ne diminue pas.

OBS. II. — J. Nowlan, âgé de vingt-deux ans, fut admis à Panton-Square pour une tumeur pulsatile du pariétal gauche au niveau de l'artère temporale postérieure. Cette tumeur pouvait être vidée par la pression, mais une large branche de communication venait de la tempe opposée, et, passant transversalement sur le sommet de la tête, contribuait à y rétablir la circulation. Le crâne paraissait avoir subi au-dessous une destruction par absorption considérable, et les téguments étaient bleus et prêts à s'ulcérer; l'artère temporale avait été liée, mais sans succès.

Le lendemain de l'admission du malade, l'artère carotide primitive fut liée par M. Wardrop. On éprouva beaucoup de difficulté à passer l'aiguille autour de l'artère, et une hémorrhagie abondante eut lieu. Les battements cessèrent, mais la tumeur ne s'affaissa pas, et le jour suivant un tressaillement fut de nouveau perceptible. Le cinquième jour il y eut beaucoup de fièvre; saignée jusqu'à syncope. Le septième jour, une hémorrhagie très abondante, partie veineuse, partie artérielle, eut lieu, et le malade fut de nouveau saigné jusqu'à défaillance. Le neuvième, il fut encore une fois largement saigné: une hémorrhagie veineuse avait lieu chaque jour depuis l'opération; la plaie n'était pas disposée à se réunir, et la tumeur était manifestement pulsative. Le onzième jour, douleur dans le globe de l'œil et dans l'orbite avec surdité, assoupissement, trouble des idées; ces symptômes devinrent plus prononcés. Le 12, coma, pupilles contractées. Le treizième jour, il était mieux, mais on trouva le globe de l'œil très saillant, ce qui fut attribué, par MM. Lawrence et Wardrop, à une forte compression sur le cerveau, exercée par un état anévrismatique des vaisseaux de la dure-mère communiquant à travers le crâne avec la tumeur extérieure.

La saillie du globe de l'œil continua cependant à s'accroître, la sclérotique devint fongueuse, les humeurs de l'œil s'échappèrent; la ligature tomba le 25, et la plaie se cicatrisa rapidement.

Le 26 octobre, le fait fut exposé à la Société médicale de Westminster par M. Duncan. Après avoir détaillé l'observation, il demanda l'opinion des membres de la Société sur le traitement à suivre; car à cette époque le malade n'était pas beaucoup mieux qu'avant l'opération. M. Mayo proposa l'excision de la tumeur; le docteur J. Johnson recommanda de la circonscrire par une incision circulaire et de lier les vaisseaux qui la nourrissaient directement, ainsi que ceux qui l'entretenaient par anastomoses. On n'entendit plus parler de ce cas jusqu'au 4 janvier, où le malade fut admis à l'hôpital de Middlesex, avec des abcès lombaires et dans un fort triste état. Il mourut le 21.

La tumeur était alors volumineuse. Elle était le siége de battements très forts.

Autopsie. — On trouva l'artère temporale postérieure divisée en deux branches, l'une marchant comme d'habitude sous la peau, l'autre perforant l'aponévrose de l'occipito-frontal, et alors considérablement dilatée, s'entrelaçant, se roulant et se contournant sur elle-même, et ressemblant, quand elle fut injectée, à une veine variqueuse, autant qu'il est possible à un vaisseau qui n'a pas de valvules de ressembler à un vaisseau qui en est muni. A l'examen du cou, on vit la carotide primitive oblitérée et convertie en une corde celluleuse précisément jusqu'à sa bifurcation. Tandis que la veine jugulaire était à peu près dans le même état de transformation depuis le point d'application de la ligature jusqu'à la division des carotides, et depuis ce point jusqu'à la base du cerveau, elle était remplie par ce caillot. Il y avait beaucoup de pus à la base du crâne et autour de la commissure des nerfs optiques; il était placé entre la pie-mère et l'arachnoïde, et se continuait en bas, entre ces membranes dans toute la longueur du cordon médullaire. Le crâne était un peu évidé au-dessous de la tumeur, mais le péricrâne était intact et la face interne de l'os parfaitement polie et égale. (*Medic. chir., Rev.*, t. VIII, p. 497.)

Les deux seules propositions qui nous paraîtraient applicables dans un cas pareil sont celles de MM. Mayo et Johnson, l'excision ou la circonscription de la tumeur par une incision; la seconde est certainement moins formidable que la première et me semble mériter la préférence. Si le mal présentait trop d'étendue pour qu'on pût tracer une complète circonvallation, on pourrait lier les branches qui arrivent à la tumeur ou en émergent, et cela d'autant plus facilement que leur volume est habituellement augmenté. Du reste, cette méthode est, en principe, la même que celle qu'on applique chaque jour aux blessures des artères, et consistant à empêcher tout afflux du sang dans les artères malades par des ligatures placées au-dessus et au-dessous.

Aux exemples qui viennent d'être mentionnés, on peut ajouter celui de M. de Noter (*Bullet. de la Soc. de Gand*, 1836, p. 192), qui montre toutes les artères extérieures du crâne transformées en énormes varices.

Cherchons maintenant à tirer de ces faits des conséquences thérapeutiques.

Dans tous les cas de cette affection qui ont été publiés, la compression a échoué à cause de la douleur qu'elle occasionnait.

La ligature de la temporale a été essayée; mais bien qu'elle ait causé une amélioration temporaire, elle ne semble pas avoir jamais produit une guérison. Cela pouvait être prévu; car, bien que le corps de la tumeur fût formé par les circonvolutions d'un seul tronc artériel (la temporale), les anastomoses de celle-ci avec la temporale du côté opposé, aussi bien qu'avec l'occipitale et même la sus-orbitaire, sont plus que suffisantes pour permettre au sang de pénétrer librement dans la tumeur. Si ce raisonnement s'applique à la ligature de l'artère qui nourrit immédiatement la tumeur, ne doit-on

pas l'appliquer *à fortiori* à la ligature du tronc principal qui ne la nourrit que d'une manière secondaire et indirecte? En liant la carotide, vous espérez en oblitérer les branches temporales dilatées. Et pourquoi? Parce qu'une semblable opération à l'artère fémorale guérit un anévrisme poplité? L'analogie n'est pas heureuse. Entre le lieu de la ligature et le sac anévrismal, dans ce dernier cas, il ne naît de l'artère aucune branche de quelque importance. Une ou deux des articulaires peuvent naître précisément au-dessus du sac, mais elles sont petites et, à tout prendre, elles s'anastomosent en bas de façon à ne pas compromettre l'oblitération dans le sac lui-même. La nouvelle circulation a lieu principalement par les branches de la fémorale profonde et non par les branches de l'artère liée.

Pour la carotide, c'est exactement le contraire. D'abord, il y a ici la division de l'artère en interne et externe, et avant la terminaison définitive de celle-ci en maxillaire interne et temporale, il en naît huit branches ayant toutes des communications plus ou moins larges et nombreuses entre elles. N'est-il pas évident qu'en face d'une pareille disposition anatomique on ne peut espérer raisonnablement d'oblitérer la dilatation d'une branche terminale de l'artère?

La conséquence de la ligature de la carotide primitive est simplement celle-ci: que le vaisseau doit être oblitéré à peu près aussi haut que le point où il se divise en carotides interne et externe, mais pas une ligne plus haut, car au-dessus, la circulation dans les vaisseaux, par les anastomoses de la thyroïdienne supérieure du côté malade avec la thyroïdienne inférieure du même côté et la supérieure du côté opposé, se rétablirait aussi bien que les inosculations avec les branches de la carotide interne. S'imaginer qu'on peut oblitérer la temporale par la ligature de la carotide primitive, c'est presque admettre qu'on pourrait aussi oblitérer l'artère du gros orteil par la ligature de la crurale au pli de l'aine.

Je vais essayer de confirmer par une seule observation, qui est peut-être la plus curieuse que l'on possède en ce genre: 1° l'inutilité de la ligature des troncs artériels à distance; 2° l'avantage de l'ablation complète de ces tumeurs, ou du moins d'une espèce de circoncision qui les prive de tous leurs éléments d'existence.

Obs. III. — *Anévrisme par anastomose; ligature des deux carotides primitives.* Observation par M. R.-D. Mussey, professeur d'anatomie au collége de Darmouth. — J. Pattee, garçon de ferme, âgé de vingt ans, vint me consulter au mois de septembre 1827 pour une tumeur pulsative, d'un rouge foncé, située sur le sommet de la tête, et dont la base avait environ 5 pouces de diamètre, et faisait une saillie de 1 pouce 1/2 à 2 pouces. Cette maladie existait depuis l'enfance de Pattee; mais elle avait considérablement augmenté pendant les trois dernières années. La tumeur présentait à son sommet une ulcération indolente d'un pouce de diamètre, qui avait commencé deux ans auparavant, s'était élargie lentement, et qui, pendant le printemps et l'été précédents, avait laissé échapper du sang, une fois même jusqu'à la quantité d'environ deux livres. L'artère et la veine temporale gauches, au-devant de l'oreille, paraissaient, à travers les téguments, avoir acquis un calibre d'à peu près cinq huitièmes de pouce. Ce cordon vasculaire, dans son trajet tortueux sur la région temporale, même jusqu'à la base de la tumeur, faisait une saillie telle, qu'on en pouvait apercevoir les pulsations à distance de quinze pieds. Une veine qui de la tumeur descendait sur le front était dilatée au point de présenter un demi-pouce de diamètre; et lorsqu'on eut rasé la tête, on aperçut plus d'une vingtaine d'artères se portant vers la tumeur, et qui même à travers la peau paraissaient avoir le volume d'une plume d'oie. Tous ces vaisseaux présentaient des pulsations très actives. Je liai, le 20 septembre, la carotide primitive gauche. La tumeur, après cette opération, était un peu moins tendue et moins livide; mais les battements des nombreuses artères du côté droit de la base de la tumeur montraient évidemment que le sang y arrivait encore librement. Douze jours après cette première tentative j'appliquai une autre ligature sur la carotide primitive droite. Immédiatement après, la face présenta une grande pâleur; mais ce à quoi on était loin de s'attendre, c'est que les fonctions du cerveau ne parurent point sensiblement troublées. Il ne survint ni nausées, ni syncope; le malade se leva seul de dessus le lit où il avait été opéré, et non-seulement se tint parfaitement sur ses jambes, mais encore il remit tranquillement son gilet, son habit et sa cravate; il descendit ensuite deux étages, monta dans une voiture et se fit conduire chez lui, sans éprouver le moindre symptôme de faiblesse ou même de malaise. Après cette opération la tumeur fut recouverte de compresses trempées dans une dissolution d'alun et maintenues par un bandage disposé de manière à exercer une légère pression. Elle diminua progressivement; mais au bout d'un mois environ elle sembla rester stationnaire, et même cinq ou six jours après augmenter un peu; sa couleur était un peu plus foncée et on pouvait sentir de temps en temps, dans l'artère temporale gauche, un léger frémissement isochrone aux pulsations des autres artères.

Je me décidai alors à faire l'extirpation de la tumeur. Je pratiquai cette opération le 22 novembre, environ six semaines après l'application de la seconde ligature. Je circonscrivis la tumeur par une incision de la peau, et je disséquai ensuite la masse morbide aussi vite que possible pour la détacher du péricrâne. Je mis plus d'une heure à pratiquer l'incision circulaire, et cela pour éviter une grande perte de sang. Je ne divisais pas plus d'un pouce et demi des téguments à la fois, et, aussitôt après la section, je faisais comprimer fortement les bords de l'incision et je liais avec soin les vaisseaux artériels: le nombre des ligatures que je fus obligé d'appliquer sur toute la circonférence fut de plus de *quarante*. Néanmoins, malgré ces précautions, le malade perdit environ deux livres de sang durant l'opération; il éprouva une grande faiblesse, qui persista pendant plusieurs heures. Le péricrâne, mis à nu dans une étendue considérable, se couvrit de bourgeons charnus, et au bout de deux mois cette vaste plaie était presque cicatrisée. Il fallut cependant encore plusieurs mois pour que la cicatrice acquît une solidité convenable. Au mois d'avril suivant, Pattee, parfaitement guéri, reprit ses travaux habituels, qu'il a toujours continués depuis sans accident. (*The American journal of the medical sciences*, février 1830.)

Je me hâte de reconnaître que cette manière de faire la chirurgie, qui consiste à permettre à un malade opéré d'une ligature de carotide de retourner chez lui en voiture, me paraît tenir un peu du merveilleux. Mais ce que j'étudie dans ce fait, ce n'est pas le côté extraordinaire, c'est l'application d'une méthode, la seule rationnelle à mes yeux en pareil cas, c'est-à-dire la circoncision suivie d'une ablation complète quand la tumeur n'est pas trop volumineuse.

Si dans certains cas analogues, siégeant à la voûte du crâne et non dans l'orbite, la ligature de la carotide a eu d'heureux résultats, il est possible, ainsi que je vais le démontrer, d'attribuer ceux-ci à quelque circonstance accidentelle autant qu'à la ligature d'un gros tronc artériel. Ainsi dans l'observation suivante, où la guérison a eu lieu après la ligature de la carotide primitive, l'accident de rupture de la tumeur et les modifications qui s'ensuivirent ne doivent-ils pas être admis à partager avec la ligature les honneurs du succès?

Obs. IV. — *Nœvus maternus développé à la tête, guéri par la ligature de la carotide.*

Un homme, qui portait depuis sa naissance plusieurs *Nœvi* sur diverses parties du corps, se heurta violemment la tête et froissa l'une de ces tumeurs qui était située dans la région temporale droite. Dans l'espace de deux heures, elle s'accrut prodigieusement; on appliqua sur l'artère carotide, à un pouce et demi au-dessus de la clavicule, deux ligatures distantes l'une de l'autre d'un demi-pouce. Pendant l'opération, la tumeur s'ouvrit spontanément et donna issue à huit livres de sang environ: le lendemain, elle était complétement affaissée. On incisa alors une partie de la peau, douze artérioles environ furent soigneusement liées et la plaie pansée simplement. Le seizième jour, les ligatures de la carotide se détachèrent, et les deux plaies furent cicatrisées complétement en peu de temps. (Wardrop, *Transact. méd. chir. de Londres*, t. IX, part. 2.)

Je crois résumer et interpréter rationnellement les faits qui précèdent en concluant ainsi:

Si j'avais à traiter une tumeur érectile ou une varice artérielle d'un certain volume à la voûte du crâne (je dis d'un certain volume, parce que c'est dans de pareilles conditions que la tumeur offre de véritables difficultés chirurgicales), après avoir pendant quelques jours cherché à obtenir par les applications de glace aussi soutenues que faire se peut sans amener la gangrène le plus de réduction possible dans le volume de la tumeur, je ferais la ligature des principales branches artérielles qui s'y rendent; puis, ces opérations partielles étant faites, je procéderais immédiatement à l'extirpation de la tumeur.

Veuillez agréer, etc.

E. Chassaignac,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

— Un journal publie la statistique suivante sur les richesses des principales bibliothèques d'Europe. Il serait curieux de faire la même statistique pour les principales bibliothèques médicales.

1	Paris.	Bibliothèque	nationale	824,000
2	Munich.	—	royale	600,000
3	Pétersbourg.	—	impériale	446,000
4	Londres.	British	museum	435,000
5	Copenhague.	Bibliothèque	royale	412,000
6	Berlin.	—	—	410,000
7	Vienne.	—	impériale	313,000
8	Dresde.	—	royale	300,000
9	Madrid.	—	—	200,000
10	Wolfenbuttel.	—	ducale	200,000
11	Stuttgard.	—	royale	187,000
12	Paris.	—	de l'Arsenal	180,000
13	Milan.	—	Bréra	170,000
14	Paris.	—	Sainte-Geneviève	150,000
15	Darmstadt.	—	grand-ducale	150,000
16	Florence.	—	Magliabecchi	150,000
17	Naples.	—	royale	150,000
18	Bruxelles.	—	—	133,000
19	Rome.	—	casanate	120,000
20	La Haye.	—	royale	100,000
21	Paris.	—	mazarine	100,000
22	Rome.	—	du Vatican	100,000
23	Parme.	—	ducale	100,000

La bibliothèque nationale de Paris, les bibliothèques royales de Madrid, Munich, Berlin, Copenhague, Naples, Bruxelles, La Haye, la bibliothèque impériale de Vienne, celles de Bréra à Milan, de Magliabecchi à Florence, du British museum à Londres, et grand-ducale à Parme, ont droit, d'après la loi, à un exemplaire de tous les ouvrages publiés dans les pays auxquels elles appartiennent. C'est à ce privilége qu'elles doivent une grande partie de leur supériorité sur les autres.

Nouvelles du choléra.

Deux nouveaux cas vendredi et un hier témoignent de la persistance de l'influence épidémique, en même temps qu'ils démontrent combien elle est faible et sur le point d'une extinction complète.

MOUVEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HOPITAUX.

	Entrées.	Décès.
Hopitaux civils: Journée du 19 octobre	2	1
— 20	»	»
— 21	1	»
Hopitaux militaires pendant les trois jours	»	2
Total	3	3

Total des décès dans les hôpitaux	8041
Total des décès à domicile jusqu'au 30 septembre	10944
Total général des décès depuis le commencement de l'épidémie	18985

— Nous recevons d'Alger des détails qu'il nous est impossible de publier, mais qui démontrent heureusement une grande amélioration dans l'état sanitaire de cette ville.

La distribution des prix a eu lieu aujourd'hui au Val-de-Grâce. M. Mounier a lu un exellent discours. L'espace nous manque pour faire connaître les détails de cette intéressante séance.

NOUVELLES.

Concours pour la place d'aide d'anatomie à la Faculté. — Nous n'avions pas trop présumé de l'esprit de justice qui préside à tous les actes de notre digne doyen. L'irrégularité que nous avons signalée récemment pour le concours d'anatomie n'était le résultat que d'un malentendu bureaucratique. La Faculté est parfaitement disposée à éviter les fâcheuses conséquences de ce malentendu, soit en rouvrant le registre d'inscription si les règlements ne s'y opposent pas formellement, soit en ouvrant un nouveau concours dans le cas contraire.

Nous félicitons hautement M. Bérard d'avoir ainsi compris ses devoirs.

Le docteur Delabarre vient de faire une découverte importante; c'est celle d'une substance qui, incorporée dans un sirop qu'il a appelé *Sirop de dentition*, a la propriété, lorsqu'on en frotte les gencives des enfants qui font des dents, de les calmer, de faciliter la sortie de ces organes et, par conséquent, de les préserver de convulsions.

Il est fâcheux que le docteur Delabarre n'ait pas publié la formule de son médicament.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 25 OCTOBRE 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — No 125.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

Séance de l'Académie de Médecine.

Les séances, comme les jours, se suivent et ne se ressemblent pas. Ce n'est pourtant pas que celle d'hier ait été dénuée d'intérêt. Un second rapport de M. Hervez de Chégoin, encore lu par M. Fr. Dubois, a donné à M. Moreau l'occasion d'émettre son avis sur l'utilité des ceintures hypogastriques, qu'il considère comme nuisibles huit fois sur dix cas dans les déplacements de l'utérus. Cette opinion a manqué de soulever une discussion incidente dans la grande question des engorgements et des déplacements utérins; et il y aurait véritablement à regretter que cette discussion n'ait pas eu lieu, si elle ne devait pas revenir plus tard dans le cours de celle qui se poursuit en ce moment. *A priori*, on est tenté, en songeant à la compression que doivent exercer sur les viscères du bassin toutes ces ceintures hypogastriques, à l'augmentation du déplacement qu'elles doivent par conséquent produire, on est tenté de partager l'opinion de M. Moreau. Cependant, si ces ceintures font mal quelquefois, il est incontestable aussi qu'elles produisent un soulagement marqué dans certaines circonstances, et il serait du plus grand intérêt de pouvoir déterminer à l'avance quels sont les cas favorables ou défavorables à l'application des ceintures. Nous n'insisterons pas davantage pour aujourd'hui sur ce sujet, dans l'espoir que le cours de la discussion actuelle nous y ramènera. Nous exprimerons seulement le désir que M. Hervez assiste à la séance lorsque la question sera agitée, et nous ferons remarquer, en principe, qu'il serait assez convenable qu'un rapporteur fût au moins présent s'il ne peut lire lui-même son rapport.

Le petit débat soulevé par le nouveau rapport une fois vidé, l'Académie a repris la discussion sur les engorgements et les déplacements, par l'organe de M. Huguier.

M. Huguier est un travailleur si opiniâtre et si consciencieux, il a une mémoire si riche de faits, et de faits importants, que nous serions heureux de reconnaître dans notre savant confrère, outre tous ces mérites, celui d'orateur disert, d'académicien consommé; mais, nous sommes forcé de l'avouer, l'apprentissage de M. Huguier, sous ce rapport, n'est pas encore complet. Il a tout ce qu'il faut pour soutenir avec succès une discussion; il ne lui manque que de savoir faire un choix dans la masse de ses matériaux.

Hier, par exemple, M. Huguier s'est cru obligé d'entrer dans les détails anatomiques et microscopiques les plus minutieux pour apprendre à l'Académie ce que c'était qu'un engorgement; puis, il a exposé comme quoi il avait constaté sur l'utérus tous ces détails anatomico-microscopiques, et il a fini par conclure que sur 2,527 cas de maladies utérines il avait trouvé 131 fois un engorgement. Si M. Huguier avait commencé son discours au point où il l'a terminé, il peut être certain que la discussion et lui-même y auraient gagné. Si M. Huguier voulait absolument définir l'engorgement avant de décider s'il existe ou non, il pouvait le caractériser en quelques mots; car en supposant qu'il n'ait pas été défini par les auteurs, ce qui n'est pas exactement vrai, il est certain que l'usage a donné à ce mot une signification à laquelle personne ne se trompe.

Nous croyons d'ailleurs que la statistique de M. Huguier est l'expression assez fidèle de la fréquence relative de l'engorgement, et ses chiffres, basés sur des observations dans l'exactitude desquelles on peut avoir foi, ont une véritable importance.

Quant aux maladies avec lesquelles M. Huguier croit qu'on peut confondre les engorgements, nous pensons qu'il est tombé dans une erreur au moins aussi grande que celle de M. Velpeau. Nous croyons en effet que l'engorgement du col est une des maladies sur le diagnostic desquelles on se trompe le moins, car la vue suffit seule ici pour donner à ce diagnostic toute certitude. Il faudrait supposer que ceux qui se trompent ne font pas usage du spéculum, et nous ne pensons pas qu'il existe aujourd'hui beaucoup de praticiens qui se permettent de porter un diagnostic sur une maladie de l'utérus sans avoir préalablement fait usage de ce moyen d'exploration. Nous ne saurions donc admettre que l'engorgement soit *souvent* confondu avec les kystes de l'ovaire et avec la grossesse; nous pensons au contraire que c'est là une erreur extrêmement rare.

Encore un mot, qui sera pour notre excellent confrère un avis de bonne confraternité. M. Huguier donne à son débit une intonation trop professorale. Quand il a dit hier, à propos de la définition de l'engorgement : « Ce que notre président n'a pas fait, moi je vais le faire, » il a prononcé cette phrase de la même façon qu'on pourrait prononcer celle-ci : « Ce que notre président n'a pas pu faire, moi je vais le faire moi-même. » C'est à tel point que l'Académie s'y est presque méprise. Nous sommes parfaitement certain que l'intonation de M. Huguier n'était nullement en rapport avec ses intentions. Mais il faut éviter de donner à son discours même les apparences de la prétention. Les académiciens sont faits pour s'éclairer et pour redresser leurs mutuelles erreurs, mais non pour se donner des leçons.

Après M. Huguier, qui n'a pu terminer son discours, se trouvait inscrit M. P. Dubois, que nous n'entendrons qu'à la prochaine séance. Ceux qui veulent prendre une leçon de *dissertation* académique n'ont qu'à se trouver mardi prochain à l'Académie.

Distribution des médailles au Val-de-Grâce.

Comme nous l'avons annoncé, la distribution des médailles, au Val-de-Grâce, a eu lieu lundi dernier.

Les solennités de ce genre n'ont pas, quant à la pompe extérieure, le charme de l'imprévu. Ce sont toujours les mêmes tentures, les mêmes fauteuils, les mêmes costumes, les mêmes fanfares. Cette année encore, il nous a été donné de contempler, dans toute la majesté de son laborieux alignement, le bataillon des soldats-infirmiers avec armes et bagages, enrichi d'un tambour prêt à battre; innovation due aux instincts guerriers du nouveau comptable.

Les préposés à la comptabilité des hôpitaux militaires aiment généralement à jouer aux soldats. Ce goût ne serait qu'un enfantillage, s'il n'avait pour inconvénient très grave, fécond en résultats fâcheux ou même funestes, de distraire les infirmiers de leurs véritables occupations, et de leur faire perdre un temps qui appartient aux malades. Les infirmiers n'ont d'autre raison d'être que la nécessité de soigner les malades. Ce principe, si simple qu'on ne devrait pas avoir besoin de le poser, doit régler l'emploi de leur temps. C'est lui qui doit régler aussi leur subordination, en les plaçant sous l'impulsion et le contrôle immédiats des hommes le plus directement intéressés, ou même, à proprement parler, les seuls intéressés à la guérison des malades, c'est-à-dire sous les ordres des médecins. Il y a deux manières de considérer les infirmiers : par rapport au matériel ou par rapport aux malades. Jusqu'ici on les a considérés par rapport au matériel, et alors on les a mis dans les attributions des employés du matériel. Mais s'il y a une raison pour guider les hommes, cette anomalie aura un terme. Tout ce qui est passif dans un hôpital, murs, ustensiles, lits et ce qui s'y rattache, est de la compétence des administrateurs. Tout ce qui est actif ne doit employer son activité que par la volonté du médecin et doit dépendre du médecin.

Il ne faudrait pas aussi que l'amour intempérant du commandement entraînât les agents des hôpitaux à blesser sciemment des hommes qui, par leur position, par leurs services, par l'estime dont ils sont entourés, devraient être à l'abri de pareilles atteintes. Quoi! voilà un grand établissement qui est autant une école qu'un hôpital. Là sont des professeurs pleins de dévouement, qui durant la période scolaire, prisonniers volontaires, passent leur vie dans leurs cabinets. Hé bien! le croirait-on? on entreprend de leur interdire la vie de relation, en refusant l'entrée aux personnes du dehors qui désireraient communiquer avec eux. Certes, un hôpital ne peut être ouvert indistinctement à tous. Il faut une discipline; il faut une surveillance. Les médecins y sont aussi intéressés que qui que ce soit, car le défaut de discipline, de surveillance, aurait des inconvénients très préjudiables aux malades. Mais en tout, il y a une mesure que les gens de bon sens et de bonne foi ne dépassent pas. Qu'à propos d'un malade atteint d'une affection rare ou obscure, à l'occasion d'un fait anatomique intéressant, d'un renseignement scientifique à demander ou à fournir, un professeur de Faculté, un médecin, un savant quelconque, ne puissent avoir accès dans l'école sous la responsabilité du professeur auquel ils s'adressent, voilà qui est inconcevable et intolérable. Ce n'est pas là de la régularité; c'est le désir de froisser, de faire sentir son importance, de jouer à l'autorité aux dépens d'hommes dont la valeur est une cause de petites jalousies et de petites impatiences. C'est pourtant bien assez des difficultés et des conflits qui se lient naturellement à l'exécution d'un service compliqué, sans qu'il en naisse du caractère d'un individu quelconque dont l'idiosyncrasie disciplinaire pourrait être utilisée ailleurs que dans un établissement hospitalier, au contact d'hommes distingués par leur éducation et leur savoir.

A l'Ecole d'Alfort, le ministre de l'agriculture et du commerce assiste à la distribution des prix. Ce n'est pas l'usage que le ministre de la guerre assiste à celle du Val-de-Grâce. Si l'usage avait été autre, ce n'est pas l'honorable général Rulhière qui y aurait manqué; lui qui dernièrement, à peine convalescent d'une violente attaque de choléra, témoigna en termes parfaits son estime et sa bienveillance aux officiers de santé militaires, dans une visite longue et minutieuse au Val-de-Grâce; lui qui, il y a quelques jours, ne dédaignait pas de présider à la distribution des prix au Gymnase musical.

La lancette et le bistouri méritent bien les mêmes égards que le fifre et la clarinette!

Donc la cérémonie a été présidée par un délégué du ministre, l'intendant de la division nouvellement nommé, M. Delaunay, qui avait à sa droite M. le général Neumayer, commandant de la division, et à sa gauche M. l'inspecteur général Bégin. Tous les membres du conseil de santé étaient présents, à l'exception de M. Alquié, en mission à Rome pour le plus grand bien de nos pauvres soldats de l'armée des Alpes.

C'était plaisir de voir les élèves de la dernière promotion radieux sous leurs uniformes tout neufs. Nobles jeunes gens, avides d'occasions de vous dévouer, pénétrez-vous bien de cette maxime de saint Paul : « Notre gloire, c'est le témoignage de notre conscience; » et de cette autre de Sénèque : « La récompense d'une bonne action, c'est de l'avoir faite. » Vous en aurez besoin dans la carrière dont vous venez de franchir le seuil.

On a remarqué avec peine que la Faculté de médecine n'était aucunement représentée. A pareille époque, l'Ecole du Val-de-Grâce avait l'honneur de recevoir M. Orfila, lorsque le savant créateur de la science toxicologique dirigeait les travaux de la Faculté, et M. Bouillaud, pendant son court décanat, s'est plu à continuer cette tradition.

M. le professeur Mounier a prononcé un discours dont le sujet est indiqué dans le passage suivant : « Les conquêtes scientifiques formant l'apanage de la médecine militaire ne sont pas moins remarquables par le nombre que par l'importance. Loin de vous les rappeler toutes, ce qui me conduirait au delà des limites du temps qu'il est d'usage de consacrer à cette solennité, je me bornerai à choisir, dans cet immense inventaire, ce qui se rapporte spécialement à la *chirurgie...* »

Il était assez difficile de mettre ce sujet en bon ordre; mais l'anatomiste est venu en aide à l'orateur, et, après avoir esquissé à grands traits les progrès que les médecins militaires ont réalisés dans l'histoire et le traitement des plaies d'armes à feu, M. Mounier a parcouru successivement les cavités splanchniques et les membres.

A propos des plaies de tête, il a cité longuement M. Gama, et ses paroles ont été couvertes d'applaudissements lorsqu'il a dit : « Puisse ce faible mais sincère hommage rendu aux talents d'un maître aussi savant que modeste aller le trouver dans sa retraite et lui prouver que ses anciens élèves conservent pour leur digne chef la mémoire du cœur! »

Au sujet des lésions chirurgicales de la poitrine, M. Mounier a mentionné la thèse de M. Sédillot « ce robuste athlète de la science » sur l'empyème. Que de travaux recommandent le professeur de Strasbourg à l'estime du public médical, depuis ses études sur les luxations jusqu'à ce bel ouvrage sur la pyoémie, si riche d'expériences et d'observations cliniques, qu'il vient de publier!

Nommer les morts illustres, Paré, Percy, Larrey, Sabatier; citer les absents, MM. Scoutteten, Cornuau, Bonnafont, Gayral, Philippe, et d'autres: ce n'était pas le difficile. Ce qui était épineux, c'était de dire en face à M. Bégin, à M. Baudens, combien ils ont fait pour la science et pour l'art. M. Mounier s'en est tiré avec bonheur, et il a mérité d'être applaudi en disant que l'éloge des maîtres ne devait pas être considéré comme un acte de complaisance; que, loin de là, il fallait y voir l'effet d'une sorte de piété filiale.

L'orateur a rappelé dans les termes suivants, à propos des amputations, plusieurs hauts faits de la chirurgie militaire :

« Si notre illustre Larrey est parvenu à sauver la vie des neuf dixièmes des blessés dont il a désarticulé le bras, il n'est pas moins glorieux pour lui d'avoir réussi deux fois dans l'effrayante et redoutable désarticulation de la hanche. Cette opération, qui a pour conséquence une si grande mutilation de l'individu, a été répétée avec un égal bonheur par les honorables chefs de trois de nos écoles, MM. Baudens, Sédillot, Hénot, et il n'a pas dépendu du modeste autant qu'habile chirurgien en chef de Lille que son dernier opéré n'ait aussi survécu. »

M. Mounier a fait œuvre de bon confrère et de bon collègue en ne négligeant point les travailleurs qui ne prétendent pas au premier rang : MM. Barthélemy (de Saumur), Serrier, etc.

Nous aurions voulu donner une idée plus complète de la lecture de l'habile professeur ; mais la feuille avare nous refuse l'espace. Les dernières pages du discours renferment d'utiles conseils aux élèves. *Studium sine calamo somnium*, a dit M. Mounier, qui a parlé, comme il convient, de la nécessité de la discipline, et qui ne pouvait mieux terminer qu'en rappelant ces belles paroles d'un sage : que la perte du temps est la pire des prodigalités.

M. Mounier a été simple, substantiel, équitable. Il ne s'est pas proposé de faire de la rhétorique. Sans chercher les effets, il en a trouvé. Des applaudissements réitérés ont dû l'en convaincre. L'approbation, la satisfaction, ont été générales.

M. l'intendant militaire, président, a pris la parole ensuite. Il a rendu justice au dévouement des officiers de santé militaires dans la récente épidémie. « Les moins esclatantes occasions sont les plus dangereuses, » a dit Montaigne. Cette sentence semble avoir été écrite pour les médecins en temps d'épidémie. L'exception douloureuse qui a si vivement préoccupé le public ne paraît pas encore bien connue. Peut-être faudra-t-il revenir en quelque chose sur le jugement qu'on en a porté. Le chirurgien qui est en cause, chargé d'un service de blessés, n'avait pas, dit-on, un seul cholérique dans ses salles. Notre intention n'est pas de l'excuser. En cas pareil, celui-là est coupable qui peut seulement faire naître le soupçon de pusillanimité; mais il y aurait là une circonstance atténuante. On ne saurait d'ailleurs qu'être péniblement impressionné lorsqu'on rapproche de l'éclat avec lequel un acte de faiblesse a été puni le refus des honneurs militaires à la dépouille de Pelletier, sous aide-major, mort du choléra contracté en soignant des cholériques.

On a trouvé généralement que M. Delaunay a été dur envers les nombreux élèves qui ont échoué au concours, d'autant plus dur, que ces échecs sont certainement imputables en très grande partie à la mauvaise organisation de l'enseignement. On va, malgré tout, fonctionner encore dans les mêmes conditions, et l'on peut présager les mêmes conséquences finales. Sera-ce uniquement la faute des élèves ?

Les lauréats proclamés sont : pour le grade de chirurgien aide-major, M. Baizeau ; pour celui de pharmacien aide-major, M. Coulier ; pour celui de sous-aide-major, M. Duffour.

HOTEL-DIEU. — M. Louis.

Affection douteuse de l'estomac.

Il y a quelques années, on n'aurait guère été embarrassé pour caractériser une maladie comme celle que nous présente la malade couchée au n° 28 de la salle St-Landry. La gastrique aiguë ou chronique rendait compte alors de symptômes morbides auxquels l'estomac était parfaitement étranger ; à plus forte raison aurait-elle expliqué ceux qui semblent réellement avoir l'estomac pour siége. Grâce aux efforts qui ont été faits pour se dépouiller d'une doctrine exclusive et erronée, efforts auxquels nous sommes heureux d'avoir concouru pour notre bonne part, nous sommes aujourd'hui plus difficile, et nous ne demandons les éléments de notre diagnostic qu'à l'observation attentive et impartiale du malade, à l'examen minutieux de tous les organes. Malheureusement il arrive que, malgré l'exploration la plus rigoureuse, nous ne parvenons pas toujours à lever tous les doutes, et que nous éprouvons souvent plus d'embarras à nous prononcer que ceux qui, autrefois, se contentaient du coup d'œil le plus superficiel. C'est là, du reste, une conséquence naturelle de notre disposition d'esprit; quand on est difficile sur les preuves, on hésite souvent; quand on est dans le cas contraire, on ne doute jamais.

Ces réflexions, que vous aurez l'occasion de faire plus d'une fois au lit du malade, nous viennent à propos de la malade que nous avons en ce moment sous les yeux, et chez laquelle nous constatons les phénomènes et les antécédents suivants :

Obs. — Durand, âgée de cinquante-quatre ans, journalière; est entrée hier dans mon service, salle St-Landry, n° 28.

Cette femme raconte avoir toujours joui d'une bonne santé, et n'avoir jamais eu d'autre maladie qu'un ictère il y a quatre ans, époque de la cessation de ses règles. A cette même époque, elle eut pendant quelques mois un écoulement blanc qui cessa bientôt, sans laisser après lui aucune douleur, aucun malaise vers les organes du bassin.

Cette femme a eu cinq enfants, et n'a éprouvé d'accidents à aucune de ses couches.

C'est à six mois environ que la malade fait remonter les premiers symptômes de sa maladie; mais c'est surtout deux mois plus tard que ces symptômes prirent une certaine intensité. Une douleur médiocrement vive se faisait sentir à l'épigastre. Cette douleur augmentait sensiblement après avoir mangé; l'ingestion des aliments causait des battements douloureux dans l'estomac; et ces battements ont toujours augmenté depuis, et se sont produits entre autres sous l'influence de la marche et de la fatigue. Un certain dégoût pour les aliments et une amertume prononcée de la mouche ont suivi de près les douleurs épigastriques, ce qui faisait croire à la malade qu'elle avait besoin d'être purgée. Ce dégoût a augmenté et s'est transformé peu à peu en une abolition presque complète du sens gustatif. Quand la malade mange, elle ne trouve aucun goût aux aliments.

Depuis environ six semaines, à tous ces symptômes s'est jointe une assez grande faiblesse; les pieds et le bas des jambes enflaient vers le soir; la malade a été obligée de renoncer à tout travail. Enfin, outre les battements, elle éprouvait des étouffements assez intenses quand elle montait les escaliers.

Elle n'a fait d'autre traitement que de prendre quelques tisanes rafraîchissantes. Ce n'est que mardi dernier qu'elle est allée demander une consultation à l'hôpital Cochin ; on lui a fait une saignée et on lui a prescrit, le lendemain, quinze sangsues à l'épigastre, qui n'ont point été appliquées. La saignée n'a apporté aucun soulagement dans son état. Elle s'est enfin décidée à réclamer son admission à l'hôpital.

L'examen de la malade, entre tous les symptômes que nous venons d'énumérer, permet de constater l'état suivant :

Les fonctions des organes encéphaliques et du bassin n'offrent aucun trouble appréciable; les fonctions intestinales elles-mêmes ne présentent d'autre modification qu'une constipation qui s'explique très bien par la diète presque absolue que garde la malade.

La région épigastrique, au contraire, est le siége d'une douleur très modérée, qui n'augmente d'une manière bien prononcée par la pression que lorsque celle-ci est assez forte et pratiquée sur la région pylorique, où l'on sent profondément comme un corps aplati, dur, paraissant avoir la forme d'une pièce de dix centimes, qui serait bombée, épaisse, arrondie sur ses bords. Lorsque les doigts arrivent sur ce corps, la douleur paraît devenir beaucoup plus vive ; mais il faut déprimer si fortement les parois très maigres de l'abdomen pour y arriver, qu'on ne sait pas bien si c'est à l'énergie de de la pression ou à la palpation spéciale du corps en question qu'on doit attribuer l'augmentation de la douleur produite.

La bouche est amère; il y a un sentiment de dégoût très prononcé, sans préférence pour aucune substance alimentaire ou autre; la langue ne présente aucun caractère particulier. Aucun point, soit autour de l'épigastre, soit dans les espaces intercostaux, ne présente de sensibilité spéciale à la pression de l'extrémité d'un seul doigt.

Le cœur offre des battements assez forts et une légère impulsion, mais sans bruit anormal ; sa matité est sensiblement normale. La respiration est partout normale ; mais dans les moments rapides de progression, dans les efforts, lorsque la malade monte les escaliers, il paraît y avoir des palpitations et des étouffements très prononcés. Pouls à 67, assez large. Amaigrissement assez prononcé, ayant commencé il y a trois mois, et augmentant de jour en jour. Pas d'infiltration dans les membres inférieurs ni ailleurs. La peau est pâle, mais sans teinte particulière.

A quelle affection rapporter ces phénomènes, qui semblent d'une nature si douteuse, et dont l'existence cependant ne saurait être mise en doute, tant sont évidents les effets d'un état morbide bien caractérisé? Faut-il croire à une affection organique de l'estomac? Nous ne serions pas éloigné de nous arrêter à une semblable idée, si les résultats de la palpation étaient mieux dessinés ; mais évidemment ce corps arrondi que l'on sent vers la région pylorique n'y est senti qu'à l'aide d'une pression telle, qu'il ne nous semble nullement improbable qu'il ne consiste dans une disposition anatomique normale. Ce peut être ou la capsule surrénale, ou l'épiploon, ou les parois mêmes du duodénum, épaissies ou non, et placées au-devant de la colonne vertébrale. Ces suppositions sont d'autant moins improbables, qu'à gauche de la ligne médiane on sent l'aorte ventrale battre presque sous ses doigts.

Devons-nous reconnaître enfin l'existence de cette gastrite chronique si fréquente naguère, si rare maintenant ? Nous ne ferions aucune difficulté pour l'admettre, en effet, si, outre les symptômes déjà mentionnés, nous trouvions un mouvement fébrile, quelque léger qu'il fût; mais l'absence de ce symptôme dans une inflammation me paraît rendre celle-ci au moins excessivement douteuse.

C'est donc par exclusion au diagnostic d'une simple gastralgie que nous serions conduit; il n'est pas rare, en effet, de voir, même dans cette affection, la douleur augmenter par la pression, augmenter par l'ingestion des aliments. Mais il ne faut pas se dissimuler non plus qu'une altération générale de l'économie aussi prononcée que celle que nous observons est rarement le résultat d'une gastralgie. On voit beaucoup plus souvent la santé générale contraster d'une manière singulière avec la gravité apparente des symptômes locaux.

Toutefois, ce dernier diagnostic est celui qui nous paraît le plus probable, et c'est à lui que nous nous arrêtons provisoirement, en vous engageant à suivre, comme nous le ferons nous-même, les diverses phases de ce cas difficile ; car c'est par l'observation attentive de ces faits qu'on devient un véritable clinicien.

Dans l'idée d'une gastralgie, nous prescrivons d'abord à notre malade l'eau de Vichy, un bain alcalin (avec 250 gr. de sous-carbonate de soude), des cataplasmes émollients sur l'épigastre et des potages.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Gibert.

Observation de syphilide pustuleuse simulant une affection dartreuse.

Le sujet de cette observation (salle Saint-Charles, n° 6) s'était présenté à M. Gibert muni d'une lettre ainsi conçue, adressée par le médecin du pays où il habitait :

« J'ai l'honneur de vous adresser un jeune homme, nommé Larue (Prosper), sortant du service, affecté depuis plus de six mois d'un impétigo chronique situé aux jambes. Ce jeune homme, à son arrivée du service au mois de janvier dernier, a été pris de fièvres intermittentes quotidiennes, qui n'ont pas résisté longtemps à l'action du sulfate de quinine : mais elles n'ont pas tardé à être remplacées par une céphalalgie violente et intermittente, contre laquelle j'ai employé la saignée et le sulfate de quinine. Pendant l'existence de ces affections, il s'est développé une assez grande quantité de boutons enflammés, semblables aux boutons d'ecthyma, sur tout le corps et surtout aux jambes : des applications émollientes, un purgatif salin ont été ajoutés au traitement antifébrile; une amélioration notable a suivi ce traitement, et la disparition de la céphalalgie me le fait perdre de vue. Ce n'est qu'avant la moisson que je le rencontrai en passant occupé à baigner ses jambes avec de l'eau camphrée. Les jambes alors étaient recouvertes, comme aujourd'hui, de croûtes jaunâtres, au milieu desquelles on voyait encore beaucoup de pustules pogdraciées, et au pourtour des taches rouges de la peau indiquant la guérison d'anciennes pustules. Je lui fis prendre des bains généraux, des boissons d'orge avec addition d'acide tartrique. A cette époque, la teinte bronzée des taches qui entouraient le mal me donnant quelques soupçons, malgré les dénégations du malade, j'ajoutai au traitement des pilules de sublimé. Une amélioration sensible suivit l'emploi de ces moyens ; mais, la moisson survenant, le malade cessa le traitement à peine commencé, et je le revois seulement aujourd'hui amené chez moi par une conjonctivite compliquée d'iritis dont il a été pris depuis deux jours. Il paraît, d'après le malade, qu'il a eu plusieurs ophthalmies dans le cours de sa maladie. Affligé de le voir dans l'impossibilité de suivre chez lui le traitement actif que réclame une maladie si tenace et de le trouver couché dans une cave dans les conditions hygiéniques les plus défavorables, je vis qu'il m'était impossible de traiter convenablement ce mal et je songeai à vous l'envoyer immédiatement. »

Ce malade, admis à l'hôpital le 1er septembre, avait en effet les membres inférieurs couverts de pustules croûteuses. Les pustules, assez rapprochées et recouvertes de croûtes sèches et obscures devenues confluentes dans plusieurs points, offraient un aspect assez analogue, au premier abord, à celui de la *dartre crustacée* d'Alibert (*impetigo scabida*); mais quelques pustules isolées et assez volumineuses, entourées d'une auréole cuivrée laissant après la dessiccation une maculature au centre de laquelle se voyait une cicatricule ronde et déprimée, manifestaient clairement les caractères de *l'ecthyma syphilitique*. Aussi, malgré les dénégations dans lesquelles persistait le malade, malgré l'absence de toute trace de syphilis primitive (ces sortes d'éruptions sont ordinairement séparées par un long intervalle des symptômes primitifs), M. Gibert prescrivit son *sirop de deuto-iodure-ioduré* (1) et des onctions avec la pommade au proto-iodure de mercure. Une amélioration rapide se manifesta, et aujourd'hui 18 octobre, après environ six semaines de traitement, la guérison complète de l'éruption a été obtenue.

Ecthyma syphilitique succédant à huit années d'intervalle à une simple chaudepisse.

Le nommé Dezinjeou, âgé de vingt-huit ans, roulier, est entré à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Gibert, salle Saint-Charles, n° 23, pour se faire traiter d'un ecthyma syphilitique qui lui a envahi le front et un peu aussi le cuir chevelu. Ces pustules, groupées en assez grand nombre, diffèrent de l'ecthyma simple par l'auréole cuivrée qui les entoure et les petites cicatrices arrondies qu'elles laissent après elles. Le malade, huit ans au moins avant l'époque du développement de l'éruption, avait contracté une chaudepisse qui fut très intense avec tuméfaction et induration de l'urètre, qu'il caractérise lui-même sous le nom de chaudepisse *cordée*. Cette blennorrhagie dura de huit à douze jours sans qu'il fît aucun traitement, faisant alors le voyage de Montpellier à Nîmes; il n'en continua pas moins de boire suivant son habitude. Arrivé à Nîmes, son attention fut éveillée par de petites vésicules, qui s'étendirent, après avoir été excoriées par lui, sur tout le pourtour du gland; il brûla lui-même ces vésicules avec du nitrate d'argent qu'il se procura, et depuis écoulement et excoriations ont disparu. Depuis lors, et jusqu'à la fin de l'année dernière, le malade n'a rien aperçu qu'il pût attribuer à une affection syphilitique. Il ressent quelquefois, surtout pendant la nuit et principalement au niveau des pariétaux et du frontal, puis dans les jambes le long du tibia, des douleurs ostéocopes. Vers la fin de l'année dernière, le malade eut une éruption de boutons à la base du thorax et sur le haut de l'abdomen; il alla trouver un charlatan, qui lui ordonna une tisane dont il ne sait pas dire le nom et des pilules qu'il prit jusqu'à concurrence de trente.

Pendant le traitement, le malade n'a pas eu de salivation. A la suite de ce traitement, les boutons disparurent.

A l'hôpital Saint-Louis, M. Gibert le mit à l'usage de son sirop de deuto-iodure-ioduré et des bains de vapeur. Une résolution rapide de l'éruption fut obtenue et complétée par l'invasion de la *cholérine*, qui fit cesser le traitement. Ce malade sortit convalescent de cette dernière affection et guéri de la syphilide le 16 août dernier, après seulement vingt-quatre jours de séjour à l'hôpital et à peine dix-sept à dix-huit de traitement spécial.

On remarquera dans ce fait la mention de légères et superficielles *excoriations* survenues sur la face interne du prépuce et sur le gland douze jours après l'invasion de la blennorrhagie. C'est là un de ces exemples d'inflammation eczémateuse aiguë qui ne sont pas rares

(1) On sait que ce sirop s'administre par jour à la dose d'une à deux cuillerées représentant pour chaque un centigramme de biiodure de mercure et cinquante centigrammes d'iodure de potassium en solution dans 25 grammes d'eau distillée. Ce sirop est le remède antisyphilitique que M. Gibert préfère à tous les autres.

dans le cours des blennorrhagies inflammatoires et qu'il serait bien peu rationnel de confondre avec les phénomènes propres à la syphilis.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. Baudens.

Considérations pratiques sur la thérapeutique des fractures par armes à feu de l'avant-bras, extraites des conférences cliniques de M. Baudens.

par M. le Dr SERRIER, médecin-adjoint au Val-de-Grâce.

(Premier article.)

Les événements du 13 juin dernier ont amené dans les salles de l'hôpital de perfectionnement un voltigeur du 62e de ligne grièvement blessé par le même coup de feu à l'avant-bras gauche, aux parois thoraciques et au moignon de l'épaule droite. M. Baudens a mis en pratique chez ce militaire le précepte de l'extraction immédiate de toutes les esquilles, auquel il doit de si beaux succès, et l'a soumis à l'application de sa méthode réfrigérante. Aussi la guérison a-t-elle été très rapide.

Nous allons exposer avec détails l'observation de ce malade, et nous la ferons suivre de quelques faits analogues qui viendront à l'appui des règles thérapeutiques spécialement applicables à la cure des fractures par armes à feu de l'avant-bras, que le chirurgien en chef du Val-de-Grâce a exposées dans ses conférences cliniques.

Première observation. — *Coup de feu atteignant l'avant-bras gauche, les parois thoraciques et les parties molles du moignon de l'épaule droite. — Fracture du cubitus dans son quart inférieur. — Extraction immédiate de quinze esquilles. — Application de la glace. — Elimination spontanée le trentième jour des extrémités des fragments du cubitus. — Guérison complète, le quarante-huitième jour, avec intégrité parfaite des mouvements de l'avant-bras et de la main, malgré une perte de substance osseuse de 5 centimètres intéressant le cubitus.*

Le 13 juin 1849, à trois heures du soir, on amena au Val-de-Grâce le nommé Gruveilhier, âgé de vingt-cinq ans, voltigeur au 62e de ligne, qui venait d'être blessé dans le quartier Saint-Martin. Il fut conduit jusqu'à la porte de l'hôpital dans une voiture de place, et il put de là se rendre à pied dans la salle qui lui fut désignée (salle 30, n° 29). Il a été atteint au moment où, l'avant-bras gauche élevé au niveau de la tête, *il apprêtait son arme* et se disposait à faire feu. Nous le dépouillons immédiatement de tous ses vêtements avec précaution, et nous constatons:

1° Ouverture d'entrée de la balle parfaitement ronde et régulière, et pouvant aisément permettre l'introduction du doigt indicateur; siégeant à la face dorsale et près du bord cubital de l'avant-bras gauche, à 4 centimètres au-dessus de l'articulation du cubitus avec le carpe.

2° Fracture comminutive du cubitus en ce point. Le doigt explorateur passe facilement entre le fragment huméral et le fragment carpien de la fracture. La portion du cubitus ainsi détruite par le projectile a une étendue de 5 centimètres environ. On sent dans le trajet de la plaie un grand nombre de petites esquilles les unes parfaitement libres, les autres plus ou moins adhérentes au sein des parties musculo-tendineuses dilacérées.

3° Ouverture de sortie irrégulière, et à travers laquelle apparaissent des lambeaux musculo-tendineux appartenant aux muscles antibrachiaux; siégeant à la face palmaire de l'avant-bras, également près de son bord cubital et absolument à la même hauteur que l'ouverture d'entrée; cette ouverture a un grand diamètre verticalement dirigé suivant l'axe du cubitus, de 4 centimètres de long, et 1 diamètre transversal de 3 centimètres.

4° Après avoir ainsi traversé de part en part l'avant-bras gauche (dont il faut bien se rappeler la position au moment où Gruveilhier a été blessé), la balle, poursuivant son trajet horizontal, pénètre dans l'épaisseur des parois thoraciques droites, à 2 centimètres au-dessous de la clavicule et à 3 centimètres en dehors du bord droit du sternum; parcourt sous la peau toute l'étendue du diamètre transverse droit du thorax, et va s'arrêter et faire saillie sous la peau à la partie externe du moignon de l'épaule droite. Le chirurgien-major du régiment a extrait le projectile sur le champ de bataille, à l'aide d'une incision faite en ce point suivant la direction des fibres moyennes du deltoïde. Le même officier de santé a également pratiqué, immédiatement après l'accident, une seconde incision dans l'interstice musculaire pectoro-deltoïdien pour donner issue à une assez grande quantité de bourre qui faisait saillie sous la peau.

En résumé, donc, le blessé entre au Val-de-Grâce avec cinq solutions de continuité; trois produites par le projectile, dont deux à l'avant-bras et une à la poitrine, et deux faites par le bistouri pour extraire les corps étrangers, une à la poitrine, et la seconde au moignon de l'épaule.

Après avoir examiné ces blessures, Gruveilhier se plaignant d'une grande lassitude, on applique un pansement simple, et on place un appareil réfrigérant, que nous décrirons plus bas. On administre une potion antispamodique; on ordonne du tilleul pour boisson, et à dix heures du soir, sept heures après l'accident, on pratique une saignée de 500 grammes.

Le 14, agrandissement avec le bistouri des plaies d'entrée et de sortie de l'avant-bras, et extraction de toutes les esquilles mobiles et encore adhérentes. Ces esquilles sont au nombre de quinze; elles appartiennent toutes à l'extrémité inférieure du cubitus, le radius ayant été pleinement respecté par le projectile.

La plus volumineuse a 1 centimètre 1/2 de long sur 1 de large;

Quatre ont également 1 centimètre 1/2 de long et de 2 à 5 millimètres de large;

Quatre ont 1 centimètre de long et de 1 à 5 millimètres de large;

Cinq ont de 5 à 8 millimètres de long et 1 millimètre de large;

La quinzième, enfin, a 2 millimètres de long et 1 de large.

La plaie ainsi *simplifiée*, on applique sur les deux ouvertures un linge fenêtré cératé, un gâteau de charpie mollette, et l'avant-bras est placé sous la glace. M. Baudens agrandit ensuite légèrement l'ouverture d'extraction de la balle faite au moignon de l'épaule, et, après s'être assuré de l'intégrité de l'articulation scapulo-humérale, fait également appliquer sur cette région et sur les plaies des parois thoraciques un pansement simple recouvert de glace. L'état général est excellent. — Soupe au lait; limonade, 150 gram.; lait sucré.

Le 15, plusieurs heures de sommeil dans la journée; douleurs de la partie blessée depuis la main jusqu'au coude, qui augmentent dès qu'on met de l'interruption dans l'application de la glace, et cessent dès qu'on l'applique exactement. Température normale de l'avant-bras et du bras; température générale au même degré. Pouls à 80. Langue normale. Pas de selles depuis l'accident. Pas de douleurs dans les plaies de poitrine. Les parties molles environnant les ouvertures d'entrée et de sortie de l'avant-bras sont gonflées et légèrement rouges, surtout à la face palmaire; celles qui environnent les ouvertures des parois thoraciques sont le siége d'une violente ecchymose et d'une tuméfaction notable, malgré l'emploi de la glace. — Soupe, pruneaux, limonade, lait sucré, lavement huileux.

Le 16, température de la peau normale; pouls à 96. Le lavement de la veille a occasionné deux selles... A trois heures du soir, M. le président de la République visite le Val-de-Grâce; il remet de sa main au blessé la croix de la Légion-d'Honneur. Gruveilhier éprouve une vive exaltation morale, et M. Baudens se hâte de rassurer M. le président, qui s'en inquiète. Détente de la région thoracique, pus abondant; M. Baudens n'hésite pas à rapporter les accidents précités à la présence d'un corps étranger.

Le 17, il réunit à l'aide d'une longue incision la plaie d'entrée thoracique avec la plaie faite pour extraire la bourre dans l'intervalle musculaire pectoro-deltoïdien, et retire un morceau de drap laissé dans la plaie. Pouls à 80. — Aliments légers.

Le 18, pouls à 84; sommeil tranquille dans la nuit; absence complète de douleurs dans les plaies, qui sont recouvertes d'une épaisse couche d'eschares grisâtres et fétides. On enlève à l'aide d'un coup de ciseaux un lambeau musculaire mortifié qui pend en dehors de la plaie de sortie de l'avant-bras. On lave les blessures avec de l'eau chlorurée pour les panser ensuite avec la poudre de quinquina. La lotion chlorurée détermine une vive cuisson dans le trajet creusé par le projectile dans l'épaisseur de l'avant-bras; cette cuisson est immédiatement apaisée par l'introduction d'un petit glaçon dans la blessure. Pas de selles depuis deux jours. — Soupe au lait, lavement purgatif.

Le 19, accumulation d'un liquide purulent fétide dans l'espèce de cloaque formé par la plaie de poitrine, lequel n'a pas moins de 3 centimètres de profondeur, et dans lequel on pratique des injections chlorurées. Hier, à six heures du soir, le malade a éprouvé un violent frisson qui a duré un quart d'heure, et pendant la durée duquel la face a été pâle et grippée. Pouls à 92. Plaie de l'avant-bras couverte d'eschares fétides, dont on excise deux lambeaux longs de deux pouces; on voit pourtant apparaître à son fond quelques bourgeons charnus d'un beau rouge. — Charpie imbibée d'eau chlorurée; continuation de la réfrigération; administration du quinquina à l'intérieur.

Le 20, le frisson n'a pas reparu.

Le 21, le malade a passé une bonne nuit, et a été cependant réveillé quelquefois par des soubresauts dans l'avant-bras blessé; pouls à 96. Travail d'élimination de l'eschare de la plaie de poitrine; cette dernière est toujours pansée avec la poudre de quinquina.

Le 22, pouls à 88. La plaie de poitrine continue à offrir un aspect satisfaisant. L'eschare qui tapisse l'ouverture de sortie de la plaie de l'avant-bras, étant entièrement détachée de cette dernière, est vermeille et donne une suppuration de bonne nature. L'ouverture d'entrée est encore noire et couverte d'eschares; il en sort une petite esquille d'un centimètre de long sur deux millimètres de large.

Le 23, l'eschare de la plaie de poitrine continue à s'éliminer; la suppuration est de bonne nature; chute de l'eschare de la plaie d'entrée de l'avant-bras, qui dès ce moment est vermeille et bourgeonne parfaitement.

Le 24, pas de selles depuis trois jours (lavement avec l'huile de ricin). L'eschare de la plaie de poitrine est presque entièrement détachée; des bourgeons charnus reparaissent à la moitié interne de la surface de cette dernière. Pouls à 80. Suppression de l'application continue de la glace. La plaie de l'avant-bras est encore un peu douloureuse. On la recouvre de glace, à trois reprises seulement dans la journée, au moment les douleurs sont le plus intenses; ces dernières cèdent presque à l'instant même dès que le moyen réfrigérant est appliqué.

Le 25, toutes les plaies sont arrivées à l'état de belles solutions de continuité vermeilles.

Le 27, on aperçoit depuis deux jours, au fond de la plaie d'entrée de l'avant-bras, l'extrémité nécrosée des fragments supérieur et inférieur du cubitus. Ces deux extrémités tombent le 13 juillet (*un mois après la blessure*), et, à dater de ce moment, les plaies marchent si bien vers la cicatrisation que, le 1er août (48 *jours après l'accident*), la guérison est parfaite. L'avant-bras a son volume normal, sauf une légère dépression au point où existe la perte de substance cubitale (4 centimètres); la pronation et la supination s'effectuent comme à l'état normal, et les mouvements des doigts, encore un peu gênés aujourd'hui, recouvreront sous peu toute leur liberté.

Il importe de noter que l'espace laissé libre par la perte de substance osseuse est comblé par un tissu d'apparence cartilagineuse destiné à rétablir la continuité entre les fragments. Dans les mouvements de pronation et de supination, on reconnaît aisément qu'il existe là, entre les fragments, une fausse articulation. Les mouvements rotatoires sont restreints, et l'articulation cubito-carpienne, quoique libre, ne fonctionne plus aussi largement. Il paraît évident que la fonction articulaire est répartie par moitié entre elle et la pseudarthrose, et, chose remarquable! sans qu'il y ait préjudice pour les fonctions de l'avant-bras examinées dans leur ensemble.

(*La suite à un prochain numéro*).

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE.

Séance du 23 octobre 1849. — Présidence de M. Velpeau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend:

1° Une lettre de M. le doyen de la Faculté, qui invite l'Académie a nommer cinq de ses membres pour siéger comme juges du concours de médecine opératoire qui doit s'ouvrir le 15 novembre prochain à la Faculté de médecine de Paris;

2° Trois lettres du ministre de l'agriculture et du commerce, dont deux sont relatives à des réclamations de rapports, et la troisième à l'envoi d'un mémoire sur une épidémie de fièvre muqueuse observée à Saint-Vit et à Pouilly par M. le docteur Monnot.

La correspondance imprimée se compose des communications suivantes.

Vaccine.

M. Delfrayssé croit devoir avertir l'Académie que, pour ne jamais éprouver d'insuccès dans les vaccinations, il faut faire de quinze à vingt piqûres aux aines et aux aisselles.

Choléra.

M. Dufay, de Blois, annonce que de nouvelles observations l'ont confirmé dans l'opinion qui reconnaît au choléra la propriété contagieuse.

— M. Pellarin envoie quelques nouveaux détails sur la fin de l'épidémie cholérique de Givet.

— M. Brochard envoie de nouveaux faits et de nouvelles réflexions qui confirment les idées qu'il a déjà émises sur la propagation du choléra par contagion. Nous aurons occasion de dire quelques mots de cette communication à l'occasion d'une lettre que nous avons reçue de notre honorable confrère, et que le défaut d'espace nous a empêché de publier jusqu'à ce jour.

Eaux minérales.

M. le docteur Germain, médecin de l'hôpital de Salins, envoie un troisième mémoire sur les propriétés médicales des eaux-mères de la saline de Salins.

Chloroforme.

M. Delabarre fils envoie de nouvelles réflexions sur les accidents produits par le chloroforme et l'éther. Pour éviter sûrement ces accidents, il faut, suivant l'auteur,

1° N'éthériser jamais des malades affectés de maladies dans des organes importants (cœur, poumons, etc.);

2° N'éthériser que dans l'état de vacuité de l'estomac, c'est-à-dire au moins six heures après le repas;

3° N'employer que les agents parfaitement purifiés;

4° Se servir d'une éponge et ne la mettre jamais en contact avec les narines, mais bien la tenir à distance;

5° Enfin si des accidents se manifestent, porter le malade au grand air, lui faire inspirer de l'ammoniaque, et lui titiller la luette avec les barbes d'une plume.

Albuminurie.

M. Michel Lévy informe l'Académie qu'ayant dans ce moment dans son service trois cas d'affection granuleuse des reins, deux de ces malades n'éprouvent absolument aucun trouble de la vue, et que chez le troisième il existe depuis quelque temps seulement un trouble très léger qui n'a commencé que bien longtemps après ce début.

Remèdes secrets.

M. Gaultier de Claubry lit trois rapports, dont les conclusions sont défavorables, sur des remèdes secrets.

Appareils en gomme élastique (pessaires, ceintures, bas).

M. Fr. Dubois lit, au nom de M. Hervez de Chégoin, un rapport sur des ceintures hypogastriques, sur des bas et autres appareils analogues, construits avec un tissu de gomme élastique tissé d'une manière particulière, c'est-à-dire avec des fils de caoutchouc autour desquels s'enroule un fil de chanvre ou de soie, au lieu d'être tissé, comme les tissus fabriqués jusqu'à ce jour, avec des fils de caoutchouc et de chanvre parallèles, ces derniers bornant dans ce cas l'élasticité des premiers.

M. le rapporteur conclut que ce nouveau tissu remplit mieux le but auquel sont destinés les appareils médicaux dont il s'agit que les tissus qu'on trouve habituellement dans le commerce.

M. Bégin. Il me semble que les conclusions du rapport sont bien favorables pour une invention dont les avantages me paraissent assez douteux. Nous avons tous vu dans le commerce des tissus de caoutchouc qui sont parfaitement élastiques, et je ne sais pas trop si celui qu'on nous présente l'est beaucoup plus, et je ne sais pas surtout dans quelles limites il est nécessaire d'avoir un tissu plus élastique que celui généralement connu.

M. Dubois. Il suffit de comparer la manière dont les tissus généralement connus et celui-ci sont construits pour s'assurer que l'un doit être beaucoup plus élastique que les autres. En effet, dans les anciens tissus, les fils de caoutchouc et les fils de chanvre sont parallèles, tandis que dans le tissu nouveau

les fils de chanvre sont enroulés autour du fil de caoutchouc et ne peuvent par conséquent en gêner l'élasticité.

M. Moreau. Il y a dans les conclusions deux questions distinctes : l'une qui se rapporte au procédé de fabrication, à l'industrie; l'autre qui a trait aux applications médicales.

Je ne m'inquiéterai pas de la première. Mais, quant à la seconde, je crois que l'Académie aurait grand tort de la résoudre conformément au rapport, d'autant plus qu'elle servirait mal à propos d'enseigne industrielle et que nous ne manquerions pas de voir son approbation figurer tous les jours à la quatrième page des journaux.

En effet, s'il s'agit de bas contre les varices, j'ai toujours entendu dire à nos maîtres, et cela semble assez logique, que les meilleurs sont ceux qui sont formés de tissus solides et inextensibles, comme le coutil ou mieux encore la peau de chien. Un tissu très élastique ne me paraît donc nullement remplir l'indication.

Que si, au contraire, il s'agit de ceintures hypogastriques, je dirai que toutes ces ceintures ne sont bonnes absolument à rien, si ce n'est à augmenter les déplacements utérins quand ils existent, ce qui se conçoit d'ailleurs facilement en songeant à la compression que ces ceintures produisent sur les viscères abdominaux. Sur dix femmes qui se présentent à moi avec de semblables ceintures, il y en a au moins huit qui se trouvent beaucoup mieux une fois que je les leur ai fait quitter. Du reste, il est facile de comprendre aussi que, si ces ceintures étaient réellement utiles, elles ne le seraient qu'à la condition de bien contenir les parois abdominales, et que par conséquent elles vaudraient d'autant moins qu'elles seraient plus élastiques.

Pour toutes ces raisons, je voterai pour la modification des conclusions.

M. le rapporteur n'étant point présent, l'Académie décide que l'adoption des conclusions sera ajournée.

Discussion sur les engorgements et les déviations.

M. Huguier. Notre président a nié l'engorgement du corps de l'utérus et a considéré comme très rare celui du col. Mais, avant de discuter sur l'engorgement, il aurait peut-être fallu définir ce qu'il faut entendre par ce mot. M. Velpeau n'a pas commencé par là; ce qu'il n'a pas fait, je vais essayer de le faire.

L'orateur entre ici dans des détails grammaticaux, anatomiques et physiologiques pour déterminer ce qu'il faut entendre par engorgement; puis il trouve que toutes les conditions qui constituent cet état peuvent se rencontrer dans l'utérus, et il trouve que ces conditions sont les suivantes, qu'il a maintes fois constatées soit à l'œil nu, soit au microscope :

1° Muqueuse utérine épaissie, ramollie, présentant souvent des excroissances, des exubérances, des végétations et des érosions;

2° Follicules ou plutôt *lacunes* utérines remplies d'un liquide louche au lieu d'un liquide transparent;

3° Tissu cellulaire ayant ses lames plus nombreuses, plus épaisses et tout à la fois plus transparentes;

4° Capillaires plus flexueux;

5° Tissu fibreux propre plus développé;

6° Vaisseaux artériels plus dilatés;

7° Péritoine épaissi, blanchâtre, vasculaire.

Sur 2,527 affections utérines dont je possède les observations écrites, ajoute M. Huguier, j'ai rencontré 131 fois l'engorgement avec les caractères que je viens de décrire.

Il dit ensuite qu'il peut y avoir non-seulement des engorgements du col et du corps séparément, mais des engorgements du col et du corps à la fois, des engorgements comprenant le tissu cellulaire péri-utérin, des engorgements œdémateux, etc.

Il ne croit pas que ce soit avec l'antéflexion et la rétroflexion que l'on confond généralement l'engorgement, ainsi que l'a avancé M. Velpeau; les médecins sont aujourd'hui trop instruits pour cela; mais bien avec les déviations et surtout avec les tumeurs utérines et ovariques (polypes fibreux, kystes, etc.), de même qu'avec la grossesse.

L'auteur s'arrête ici et renvoie à la prochaine séance ce qu'il a à dire sur les déplacements.

M. P. Dubois, inscrit après M. Huguier, renonce à la parole pour aujourd'hui.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Choléra. Guérison à la suite d'un accouchement provoqué artificiellement.

Par M. le docteur DELARUE.

Le 3 septembre dernier j'ai été appelé rue du Cadran pour donner mes soins à une dame en proie à tous les symptômes du choléra asiatique, tels que suppression des urines, extinction de la voix, diarrhée blanche, vomissements de même nature, crampes, froid de la langue, et commencement de cyanose.

Cette femme est âgée de trente ans, et a eu six enfants. En explorant le ventre, je m'aperçois qu'elle est enceinte pour la septième fois. La malade me dit qu'elle pense accoucher dans une douzaine de jours, et que depuis la veille elle ne sent plus remuer son enfant. J'applique mon oreille sur l'abdomen, et je n'entends pas les bruits du cœur ni le souffle placentaire. Je me décide immédiatement à provoquer l'accouchement d'une manière artificielle. Pour cela j'introduis un morceau d'éponge préparée dans le canal utérin, que je trouve légèrement dilaté; les douleurs se développent au bout de quelques heures. Alors j'administre un gramme de seigle ergoté, qui est assez bien supporté, et ma malade accouche dans la nuit d'un enfant mort. A dater de ce moment, Mme X. est allée de mieux en mieux, et a parfaitement guéri de son choléra.

Je crois pouvoir conclure de cette observation que les douleurs de l'enfantement ont produit un effet dérivatif puissant bien préférable à tous les moyens thérapeutiques possibles.

REVUE THÉRAPEUTIQUE,

Chimique et pharmacologique.

De la glairine des eaux minérales, par M. Bonjean.

Bordeu, qui le premier paraît l'avoir remarquée, comparait la substance gélatinoïde des eaux minérales au blanc de l'œuf, et la regardait tantôt comme une matière graisseuse, tantôt comme une matière bitumineuse; Boyer reconnut qu'elle donnait des produits empyreumatiques à la distillation; Vauquelin déclara que c'était une substance animale analogue à l'albumine et à la gélatine.

Quelques auteurs ont varié le nom de cette substance selon le nom de l'eau où ils la rencontraient; c'est ainsi qu'ils la nommèrent barégine, plombiérine, etc. Mais Anglada, ayant reconnu son identité, ajoutons et son existence dans toutes les eaux thermales, lui donna le nom de glairine dans le but de rappeler ainsi le caractère le plus saillant de ce produit, son aspect glaireux.

En faisant l'étude de ce corps, M. Bonjean a eu occasion d'observer une variété qu'il désigne sous le nom de glairidine, et de découvrir un nouveau produit azoté de couleur violette, qu'il a nommé, pour ces considérations, zoïodine (1).

D'après M. Duby, savant botaniste genevois, qui a fait, à l'instigation de M. Bonjean, l'examen microscopique de la glairine, cette substance serait, non un produit chimique, mais un être organisé, une plante extrêmement ténue, à tissu extraordinairement fin, onduleux, se repliant sur lui-même et ayant l'apparence d'un détritus animal. Elle serait produite par l'action immédiate de l'air sur l'eau minérale.

Des expériences de M. Bonjean il résulte que la glairine : 1° contient très peu d'azote; 2° ne renferme pas d'iode en combinaison; 3° se dissout en petite quantité dans l'eau, l'alcool, l'essence de térébenthine, et un peu plus dans les acides concentrés, d'où les alcalis les précipitent en flocons bleuâtres; dans tous les cas, la chaleur augmente la force dissolvante du liquide; 4° elle est tout à fait insoluble dans l'éther; 5° elle se colore rapidement en gris dès qu'on la sort de l'eau; mais il suffit de la mettre en contact avec les acides azotique, chlorhydrique, ou bien le brome ou le chlore liquide, pour lui rendre sa blancheur naturelle; l'acide sulfurique, loin de la décolorer, lui fait prendre une couleur lie-de-vin; 6° les alcalis concentrés la verdissent à chaud; 7° dans l'eau, elle a peu d'odeur; mais hors de ce liquide, elle en acquiert une fort repoussante; 8° elle devient inodore par sa dessiccation à l'étuve, après quoi elle prend un aspect corné et se trouve réduite de 1/10 de son poids; 9° l'acide chlorhydrique, en décolorant la glairine, prend lui-même une teinte jaune due à la formation d'un parsel de fer, et qui démontre que la glairine contient du fer en combinaison; l'iode la colore en rouge briqueté.

La glairidine diffère de la glairine en ce qu'elle est naturellement grise au lieu d'être blanche; qu'elle reste inodore même au contact de l'air; qu'elle se dessèche sous l'influence de cet agent; qu'elle n'est pas décolorée par les acides ou le chlore; qu'elle n'est verdie ni à chaud, ni à froid par les alcalis; qu'elle ne devient pas cornée par dessiccation, mais friable; qu'elle contient des traces d'iode.

Cette matière se produit à l'époque du mélange des eaux étrangères avec les eaux sulfureuses.

Quand on sort la glairine de l'eau où elle s'est formée et qu'on la met à égoutter sur un filtre, la première eau qui passe est un peu blanche et laisse déposer, au bout de trois ou quatre jours, des paillettes d'un beau violet, fortement érisées. Ce nouveau corps est la zoïodine, substance inodore, insipide, inaltérable à l'air, insoluble dans l'eau, que les acides rougissent et que les alcalis brunissent. Par la calcination, elle donne une odeur de corne brûlée.

Il est bon de dire que l'on a reconnu dans des analyses de terres diverses (marnes, dolomies, chaux carbonatée, etc.) un produit organique analogue à la glairine, d'où il résulterait que cette substance existerait aussi dans le règne minéral.

(*Journal de Chimie médicale.*)

Falsification de la quinoïdine par l'asphalte; par M. C. Ohme, à Wolfenbuttel.

L'auteur, s'étant procuré dernièrement de la quinoïdine d'une maison de commerce très honorable, trouva, en la soumettant à l'analyse, qu'elle était falsifiée avec 30 pour 100 d'asphalte. En apparence cette matière paraissait pure; la cassure en était un peu brillante et opaque vers les bords; par le broiement, elle dégageait une odeur de pétrole très pénétrante; en la traitant par l'alcool, l'asphalte restait en majeure partie insoluble; mais l'alcaloïde se laissait mieux séparer de l'asphalte au moyen du traitement par l'acide sulfurique dilué. C'est de cette manière, et après précipitation ultérieure par l'ammoniaque, que M. Ohme obtint 70 pour 100 de quinoïdine pure.

NOUVELLES.

Nomination de deux médecins du Bureau central. — Le concours pour deux places de médecin du Bureau central des hôpitaux s'est terminé samedi dernier par la nomination de MM. Bouchut et Bourdon. Cette nomination satisfait généralement l'opinion de ceux qui ont suivi attentivement les péripéties de ce concours.

— On lit dans les journaux de Marseille :

M. le docteur Mathieu, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu, et membre de l'intendance sanitaire, a succombé hier matin à une attaque de choléra. Jeune encore, M. Mathieu sera regretté de tous ceux qui ont pu apprécier l'aménité de son caractère et ses qualités privées.

(1) Nous pensons que ce produit avait été entrevu par M. Régnier dans les eaux de Vichy.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 27 OCTOBRE 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — No 126.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements .	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger . . .	30 fr.	16 fr.	9 fr.

Revue clinique hebdomadaire.

De l'amaurose dans l'albuminurie. — La découverte de M. Landouzy ne paraît pas jusqu'à présent faire une grande fortune; on a pu voir dans notre dernier compte-rendu de l'Académie de Médecine que M. Michel Lévy avait ajouté aux deux faits que nous avons publiés dans notre dernière Revue clinique trois autres faits, dans un desquels seulement on a constaté un léger trouble de la vue, qui ne s'est produit que longtemps après le début de l'albuminurie. Nous allons nous-même joindre bientôt un troisième exemple aux deux que nous avons déjà rapportés, et qui offrira ceci de particulier, c'est qu'il expliquera jusqu'à un certain point l'erreur dans laquelle a pu tomber M. Landouzy. Mais d'abord, comme nous cherchons avant tout et dans toutes les questions la vérité, nous ferons connaître une observation intéressante qui nous a été transmise par notre distingué confrère M. Perrin, de Pontvallain (Sarthe), et qui a été recueillie par lui.

Voici ce que nous écrit M. Perrin :

« Si l'amaurose dans l'albuminurie est loin d'être aussi fréquente que tendraient à le faire croire les observations communiquées dernièrement à l'Académie de Médecine par M. Landouzy, je ne puis cependant pas attribuer à des illusions, ni même à une simple coïncidence, la découverte bien réelle de notre honorable confrère.

» Il est certain pour moi que l'amaurose doit quelquefois s'observer comme complication possible et dépendance véritable de la maladie de Bright, ou mieux de l'anasarque qui l'accompagne toujours.

» L'observation suivante, à mon sens, ne permet pas de ne voir dans l'existence simultanée de ces deux maladies sur le même individu le fait d'une pure coïncidence.

» Observation. — D..., âgé de vingt ans, cultivateur, d'une bonne santé habituelle, d'un tempérament lymphatique très prononcé, à cheveux blonds, à peau fine et blanche, ayant eu dans son enfance des engorgements strumeux du cou non ulcérés, à squelette très développé, d'un embonpoint marqué, était malade depuis près de quatre mois quand il me fit appeler, dans les premiers jours d'avril, pour lui donner mes soins.

» Il est atteint d'une anasarque, qui a commencé, sans autre dérangement notable dans sa santé, par de l'œdème aux cuisses, et successivement aux jambes et aux pieds. Plus tard, la face, les mains, les organes génitaux, les parois abdominales devinrent le siége d'un gonflement œdémateux, variable, mobile, de tout le tissu cellulaire sous-cutané de ces diverses régions. L'abdomen lui-même se remplit en dernier lieu d'une abondante sérosité.

» Les urines, rares, déposent par la chaleur ou à l'aide de l'acide nitrique un précipité albumineux tellement abondant qu'elles se convertisseut immédiatement en un liquide blanc, laiteux, d'une consistance épaisse et presque égale à celle de la crême.

» D..., qui jusqu'à l'époque de sa maladie avait toujours joui d'une vue parfaite, se plaint amèrement de l'affaiblissement toujours plus marqué de cette fonction. Nous examinâmes avec soin l'organe de la vue chez notre malade, et voici ce qu'il nous a été donné de constater avec la plus grande exactitude.

» *Etat physique de l'organe.* — Regard amaurotique caractéristique; les paupières sont à peine œdématiées, mais l'infiltration séreuse porte particulièrement sur les conjonctives oculaires. Celles-ci, en effet, sont boursouflées, d'une blancheur remarquable, sans trace aucune du plus petit vaisseau capillaire, et forment autour de la cornée un bourrelet chémotique très prononcé. Cet état d'infiltration de la conjonctive donne à notre malade un regard limpide, larmoyant, très singulier. Pupilles larges et dilatées, peu mobiles, sans adhérences de l'iris, transparence parfaite des milieux intra-oculaires.

» *Etat physiologique de l'organe.* — Affaiblissement graduel de la vision et ayant coïncidé avec l'apparition de la bouffissure de la face et des conjonctives. Les objets ne sont distingués qu'à travers un brouillard épais, et complétement méconnus à une distance de quelques mètres. Ainsi, le malade ne reconnaît pas les voisins qui entrent dans sa chambre si en même temps ils ne lui adressent la parole. Il y a en outre myodepsie ou vision de mouches, de toiles d'araignée voltigeantes. La vision est plus nette ou moins embrouillée par un temps sombre ou à la chute du jour.

» Jusqu'au 19 mai, aucune médication n'avait apporté d'amélioration dans l'état de D.... Ce jour-là, il se leva comme à l'ordinaire, mais moins en train que les jours précédents. Vers les onze heures il fut pris de nausées. Il se coucha. Mais bientôt, le malaise général augmentant, il fut pris de convulsions générales avec perte complète de connaissance, qui, jusqu'à minuit, se renouvelèrent jusqu'à six fois, et le mirent en un tel danger que les assistants en vinrent à allumer le cierge mortuaire, croyant qu'il n'existait plus.

» A la suite de ces convulsions, notre malade ne recouvra complétement l'intelligence qu'au bout de quarante-huit heures, pendant lesquelles il est resté assoupi et abattu. Mais, quand il revint ainsi tout à fait à lui-même, le malheureux s'écria en pleurant qu'il ne voyait plus, qu'il était devenu complétement aveugle. En effet, il ne peut plus distinguer que le jour de la nuit. Les yeux restent beaux et complétement semblables à ceux des amaurotiques. Et cependant les conjonctives oculaires, à part leur décoloration, sont revenues à l'état normal et n'offrent plus le bourrelet chémotique signalé plus haut. Mais les yeux paraissent plus saillants, plus gros, comme si de la sérosité épanchée les distendait outre mesure, ou bien encore comme s'ils étaient légèrement projetés en avant par suite d'une distension œdémateuse du tissu cellulaire abondant, sur lequel repose l'œil au fond de l'orbite.

» Le 13 juin, nouvelles convulsions épileptiformes dans la nuit; coma; perte de connaissance se prolongeant bien au delà des accès. La vision reste abolie, et le malade ne fait toujours que distinguer le jour de la nuit.

» Le 25 juillet, anasarque générale prononcée; oppression considérable; étouffements; distension énorme de l'abdomen par l'épanchement de sérosité qu'il renferme; paracentèse abdominale; évacuation de dix litres d'une sérosité verdâtre légèrement trouble : soulagement immédiat, qui continue les jours suivants.

» Le 9 août, nouvelle ponction palliative. Cinq litres d'une sérosité sanguinolente sont évacués par cette opération, que je n'ose pousser jusqu'à évacuation complète du liquide.

» D... a succombé, deux mois après cette dernière ponction, aux progrès naturels de son affreuse maladie, sans convulsions nouvelles, comme sans aucune amélioration dans l'état de la vision. Il est mort complétement aveugle.

» S'il nous était permis, à l'occasion d'un seul fait, et dans l'ignorance où nous sommes encore des observations recueillies par M. Landouzy; s'il nous était permis, disons-nous, de caractériser l'espèce d'amaurose que nous venons de signaler comme possible dans l'albuminurie, nous la rangerions au nombre des amauroses par cause compressive, par hydropisie. Dans cette supposition, l'amaurose dépendrait plutôt de l'anasarque qui accompagne toujours la maladie de Bright, et surtout de la facilité avec laquelle l'œdème se déplace soit de la peau sur la peau, soit de cette membrane aux organes intérieurs, que de l'albuminurie proprement dite. D'où il résulterait, et l'observation paraît affirmative sur ce point, que cette amaurose, comme au reste toute autre lésion fonctionnelle d'un autre sens, doit également s'observer dans les autres suffusions séreuses, à mobilité très grande, qui accompagnent quelquefois ou compliquent certaines maladies, telles que la variole, la rougeole, la scarlatine et l'éclampsie des primipares infiltrées pendant leur grossesse. »

Nous ne ferons pas de longues objections à la théorie que notre honorable confrère semble disposé à adopter et qui se trouverait en opposition complète avec la théorie et les observations de M. Landouzy, pour qui l'amaurose, loin d'être due à l'hydropisie, constitue au contraire un phénomène initial de la maladie de Bright, c'est-à-dire préexistant à l'infiltration. Avant de discuter la valeur de cette objection et de plusieurs autres, il faut d'abord s'efforcer de déterminer les conditions dans lesquelles l'amaurose peut se montrer pendant l'albuminurie, afin de déterminer s'il y a réellement rapport de causalité ou simple coïncidence entre les deux affections.

Voici un fait qu'on rapprochera avec intérêt de ceux que nous avons déjà publiés.

Fouassier (Louis), âgé de quarante-deux ans, journalier, entre le 16 octobre 1849 dans le service de M. Martin-Solon, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Lazare, no 12.

Il y a trois mois que cet homme, d'une bonne santé habituelle, vit ses pieds et ses jambes enfler, et son aptitude au travail diminuer; l'enflure fit des progrès assez rapides, de telle sorte qu'au bout d'un mois elle avait envahi l'abdomen et aussi un peu la face; les forces diminuèrent aussi avec assez de rapidité, ce qui engagea le malade à entrer à l'hôpital vers le milieu d'août. Il fut admis à l'hôpital Sainte-Marguerite. Il remarqua, à cette époque, que lorsqu'il se baissait sa vue se troublait, et qu'en se levant il restait quelque temps sans voir parfaitement clair; mais l'intégrité de la vue se rétablissait ensuite. Il ne fit qu'un séjour d'une dizaine de jours à l'hôpital, pendant lesquels on constata plusieurs fois la présence de l'albumine dans l'urine, et en sortit presque entièrement désenflé, pensant que l'amélioration qu'il avait éprouvée continuerait dehors.

Ce fut le contraire qui arriva; au bout de six semaines l'enflure était plus considérable qu'elle ne l'avait jamais été. Dans la rechute, il n'éprouva pas, du côté de la vue, les mêmes symptômes que lors de l'invasion de la maladie.

Jamais d'ailleurs il n'a éprouvé de douleurs ni vers les reins, ni ailleurs. Son appétit était normal; son sommeil était

FEUILLETON.

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

COURS D'ANATOMIE CHIRURGICALE;

Par le docteur A. DEVILLE, prosecteur.

Première séance. — 23 octobre 1849.

Messienrs,

Ainsi que l'affiche a dû vous l'annoncer, je vais traiter cette année, comme il y a deux ans, de l'*anatomie chirurgicale*. Mais, avant d'entrer en matière, j'ai l'habitude, tous les ans, de vous exposer dans une séance préliminaire quelques points fondamentaux un peu différents des opinions généralement reçues. Cette année, un double motif me porte à les examiner avec un peu plus de détails. D'abord ces idées, que j'étais pour ainsi dire le seul à professer, commencent à se répandre. D'un autre côté, des idées plus ou moins analogues germent dans d'autres têtes, et, comme toute chose nouvelle, n'ont pas acquis, à mon avis, dans les quelques publications récentes où il en est question, la précision que peuvent leur donner une étude prolongée et de longues méditations. Il me paraît donc nécessaire d'insister aujourd'hui plus que jamais sur la manière dont je crois qu'il faut envisager l'anatomie en général, et l'anatomie chirurgicale en particulier.

DE L'ANATOMIE EN GÉNÉRAL.

L'anatomie humaine, la seule dont j'aie à m'occuper, est tout d'abord une *science*; car elle se compose d'un ensemble de faits dont un grand nombre viennent aujourd'hui se grouper autour de certains faits généraux, de certains faits principes. Il n'y a pas longtemps, il faut l'avouer, qu'elle mérite réellement de porter le nom de science, et ce grand progrès est dû à l'école de l'illustre Geoffroy Saint-Hilaire, en particulier au chef de cet établissement, au savant professeur Serres, qui ont découvert ces grandes lois devenues aujourd'hui la base d'une bonne partie de l'anatomie.

La science anatomique est la science de l'organisation. Pour que la définition soit bonne, il faut encore lui ajouter un commentaire; c'est la science dans laquelle on s'occupe de l'organisation des êtres vivants, de l'homme, par exemple, envisagée au point de vue de l'agencement de ses éléments matériels. Le même commentaire est présenté sous une autre forme dans une autre école; les êtres vivants, dit-on, peuvent être considérés sous deux points de vue : 1o à l'état statique, c'est-à-dire dans cet état où ils sont prêts à agir; 2o à l'état dynamique, c'est-à-dire lorsqu'ils sont en action. Alors on définit l'anatomie : la science qui s'occupe d'examiner les conditions statiques des êtres vivants. C'est faire entrer dans la définition des mots obscurs, ayant singulièrement besoin eux-mêmes d'être définis pour être acceptés. Aussi je préfère en revenir à la première définition, que voici dans son intégralité :

L'anatomie humaine est la science de l'organisation de l'homme, envisagée au point de vue de l'agencement de ses éléments matériels.

Ainsi définie, l'anatomie humaine est *science une*, dont il est possible de réunir aujourd'hui sans trop de difficultés les fragments épars. Pendant une certaine période, dont nous n'avons pas à examiner ici ni à discuter la nécessité, on a dû en étudier isolément les diverses parties, afin de mieux en saisir les détails. Mais il sera bientôt temps de ne plus envisager, comme on l'a fait, cette science sous plusieurs points de vue, desquels résulte sa séparation en anatomie descriptive, générale, topographique, de développement, etc. Il faut qu'elle soit étudiée et enseignée dans son ensemble, depuis les premiers éléments jusqu'aux derniers; car alors seulement elle sera constituée d'une manière définitive à l'état de véritable science; alors seulement on pourra juger du degré de perfection auquel elle est parvenue, et la classer comme il convient dans le cadre général des connaissances humaines.

Une école récente, à laquelle se rallient en ce moment quelques-uns des plus sérieux travailleurs de Paris, ne croit pas devoir accepter cette dernière réserve. Avec une précipitation qui me paraît contredire sa prétendue tendance au positivisme, elle a créé d'emblée une classification complète des sciences constituées ou non constituées, et dans cette classification, fort incomplète à mon sens, elle range l'anatomie parmi les branches d'une science plus générale, décorée du nom de biologie.

Que diriez-vous, Messieurs, d'un naturaliste qui, se trouvant en présence d'un animal nouveau, aurait la prétention de lui assigner tout de suite sa place dans le groupe naturel auquel il appartient, sans en avoir étudié l'organisation, sans avoir même presque réfléchi sur ses formes extérieures? A coup sûr, vous hésiteriez tout de suite à reconnaître chez ce naturaliste les caractères d'un esprit positif. Eh bien! c'est justement là ce que fait l'école soi-disant positive lorsqu'elle veut assigner définitivement son rang parmi les sciences humaines à une science non encore constituée, telle que l'anatomie.

Et puis, ce mot de *biologie*, tant prodigué depuis quelque temps, que peut-il signifier? J'avoue chercher inutilement l'idée nouvelle qu'il peut exprimer, et qui en rendait nécessaire la création ou plutôt l'exhumation. L'a-t-on adopté à cause de l'étymologie? Mais alors il s'appliquerait bien mieux aux sciences morales qu'aux sciences naturelles. Peut-être a-t-on voulu désigner sous ce mot l'histoire naturelle des êtres vivants. Mais pourquoi créer un mot nouveau, alors qu'il y en a un accepté par tous depuis que les sciences existent, et qui ne blessent en rien? Pourquoi surtout scinder aussi violemment en deux fragments une même science, l'histoire naturelle des êtres organisés et celle des êtres organiques qui ont l'une avec l'autre tant de points de rapprochement? Dans quelle classe pourra-

un peu moins bon, et surtout ses forces considérablement diminuées. L'impossibilité de travailler l'a fait rentrer à l'hôpital.

Tous les symptômes ci-dessus mentionnés persistent aujourd'hui à un degré très prononcé. On note d'une manière spéciale un dépôt albumineux considérable dans l'urine et l'intégrité parfaite du sens de la vue.

Il n'est pas besoin de faire remarquer que dans ce fait encore, comme dans les deux autres que nous avons publiés déjà, la règle posée par M. Landouzy se trouve en défaut, si, joint ces trois faits aux trois cas analogues communiqués par M. Michel Lévy à l'Académie, et dont un seul a offert quelques phénomènes du côté de la vue, on voit combien doit être exceptionnel le fait signalé par l'honorable professeur de Reims. Mais nous devons signaler en deux mots cette particularité qui s'est présentée chez Fouassier, c'est qu'il a éprouvé, quelque temps après le début de la maladie, un certain trouble de la vue que beaucoup de personnes éprouvent dans l'état de santé, mais qu'éprouvent souvent surtout les individus affaiblis, anémiés par la maladie ou autrement. Si M. Landouzy n'avait pas décrit aussi minutieusement toutes les phases de la prétendue amaurose albumineuse, nous pourrions penser que des circonstances comme celles qui se sont présentées chez notre malade ont pu l'induire en erreur; mais, nous l'avons déjà dit, et nous le répétons, telle qu'elle est présentée, cette erreur nous paraît inexplicable, à moins d'invoquer plus étrange des coïncidences.

On nous a demandé plusieurs fois comment il pourrait se faire que M. Rayer, en présentant à l'Institut le mémoire de M. Landouzy, ne l'eût point accompagné de quelques réflexions. Est-ce que par hasard, disait-on, M. Rayer aurait assez peu de foi dans les 72 observations d'albuminurie qu'il a répandues dans son ouvrage pour ne pas oser se permettre une opinion sur la valeur de la nouvelle découverte? On comprend facilement que nous n'avons aucun moyen de répondre à ces questions, et que nous ne sommes nullement en mesure d'expliquer les réticences de M. Rayer.

Avant de quitter ce qui concerne la maladie de Bright, il ne sera peut-être pas inutile de faire remarquer que l'anasarque a commencé par les membres inférieurs chez nos trois malades et chez celui de M. Perrin, contrairement à la règle établie par tous les auteurs, et qui dit que l'anasarque commence presque toujours par la face. Plusieurs faits observés à une autre époque nous avaient déjà fait révoquer en doute cette prétendue règle. Plus que jamais nous pensons aujourd'hui qu'elle est sujette à révision.

Application de la glace comme agent anesthésique et thérapeutique. — Il est rare qu'une découverte, qu'une application nouvelle soit faite sans qu'immédiatement une foule d'esprits aventureux cherchent à en étendre démesurément les conséquences. C'est en ce moment le froid et la glace qui sont un remède à tous les maux. Nous avons eu l'occasion de voir depuis quelques jours dans les hôpitaux deux applications de ces agents, ou plutôt de cet agent unique appliqué à des degrés variables d'intensité, et nous pouvons dès aujourd'hui en apprécier les effets.

Dans la première de ces applications, on a voulu faire du froid un agent anesthésique local. Les épreuves auxquelles nous avons assisté ne sont pas encourageantes; elles peuvent se résumer dans ce que M. Velpeau a dit dans l'avant-dernière séance de l'Académie et dans ce que l'on pouvait, du reste, soupçonner ou plutôt affirmer *à priori*.

Lorsque la glace ou un mélange réfrigérant de glace et de sel est appliqué pendant quelques minutes, la peau est bien rendue insensible, mais les couches sous-jacentes conservent encore leur sensibilité; si l'on prolonge davantage l'action du froid, pendant 15, 20 ou 30 minutes, par exemple, suivant les parties, la peau se congèle avant que le tissu cellulaire soit insensible; c'est ce que nous avons observé sur un malade chez lequel on avait employé le mélange réfrigérant comme escharotique. L'eschare a été produite avec facilité; on l'a incisée immédiatement, et l'on a pu s'assurer qu'au-dessous d'elle les tissus avaient encore une certaine sensibilité. Nul doute que, si l'on eût pénétré plus profondément, on n'eût retrouvé la sensibilité complétement normale. Lorsque l'on compare ce résultat clinique aux principes de physique les plus élémentaires et au degré de conductibilité et de vitalité des tissus animaux, on n'a pas besoin d'autres expériences pour être parfaitement édifié sur la valeur définitive de la glace comme agent anesthésique. Peut-être, en employant de l'eau à une température de quelques degrés au-dessus de zéro, parviendrait-on, par un très long contact, à rendre les tissus insensibles sans les mortifier; mais on comprend qu'il faudrait pour cela un temps qui rendrait l'application d'une pareille méthode à peu près impossible.

Traitement des ulcères par la glace. — De l'anesthésie au traitement des ulcères la transition est un peu brusque; mais quand on veut suivre les pérégrinations capricieuses des panacées, on est exposé à ne pas suivre toujours les voies régulières de l'ordre logique. C'est donc du traitement des ulcères par la glace que nous allons dire quelques mots.

Les expériences auxquelles nous avons assisté ne sont guère plus favorables à la glace que les épreuves anesthésiques.

Le premier malade que nous avons observé est un homme de cinquante-deux ans, couché au n° 4 de la salle Saint-Jean à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Désormaux. Il est vrai que ce malade n'était peut-être pas dans les meilleures conditions possibles pour faire honneur à la méthode.

Cet homme, exerçant la profession de cocher, porte à la jambe gauche un ulcère dont l'origine remonte à une dizaine d'années, et qui s'est cicatrisé et ouvert plusieurs fois dans les premiers quatre ans. Mais depuis six ans il n'a éprouvé que des alternatives de mieux et de pire, sans jamais se fermer complétement. Il est vrai que le malade s'empressait toujours de sortir de l'hôpital dès que la plaie allait assez bien pour lui permettre de marcher sans difficulté. Dans le courant de l'été dernier cette plaie s'étendit plus qu'elle n'avait jamais fait, et le malade entra à l'hôpital le 26 juillet 1849.

Depuis cette époque jusque vers le 10 de ce mois, c'est-à-dire pendant environ deux mois et demi, les bandelettes de diachylum, l'onguent styrax, les cautérisations avec l'iode, l'acide nitrique concentré, le fer rouge, etc., ont été tentés sans succès; l'ulcère ne s'est jamais fermé et n'a même éprouvé que de très légères et peu durables améliorations. C'est dans ces conditions qu'on a mis en usage l'application de vessie contenant de l'eau avec des fragments de glace. Depuis plus de quinze jours que ce traitement est employé, les bords de l'ulcère sont devenus un peu rouges. C'est la seule modification qu'on ait obtenue; elle s'est produite du reste dès les premiers jours, et ne s'est en aucune façon améliorée depuis.

Chez le second malade, que nous avons observé dans le service de M. Nélaton à l'hôpital Saint-Louis, on n'a appliqué que de l'eau froide au-dessus de zéro. Les résultats ont été nuls jusqu'à présent.

Nous ne voulons pas juger la méthode d'après ces deux seuls faits; nous savons que celui qui en est l'inventeur, M. Arnott, dit en avoir obtenu une foule de succès très remarquables; toutefois, en songeant à la difficulté avec laquelle toutes les plaies se cicatrisent en hiver, nous ne voyons pas trop comment l'influence du froid artificiel pourrait avoir plus d'avantages que l'influence du froid naturel; à moins d'admettre que, dans la méthode de M. Arnott, le froid est employé seulement comme modificateur local; mais alors en quoi ce modificateur pourrait-il être préférable à tous ceux qu'on met généralement en usage? On ne le voit guère. Toutefois, nous ne manquerons pas les nouvelles occasions de juger expérimentalement cette méthode, parce que nous n'ignorons point qu'en fait de thérapeutique les raisonnements en apparence les plus rigoureux peuvent tromper, et qu'à l'expérience seule il appartient de juger en dernier ressort.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons cliniques sur le choléra.

(Treizième leçon.)

Du traitement du choléra (1).

Sans trop nous préoccuper des moyens si nombreux qu'on a proposés contre le choléra, nous allons exposer principalement ce que nous croyons utile de faire.

(1) *Voir* les nos 51, 54, 60, 83, 85, 88, 91, 94, 99, 107, 114 et 122.

Les divisions, les distinctions que nous avons admises pour faciliter la description de la maladie qui nous occupe n'ont pas seulement un intérêt graphique, elles en présentent un plus grand encore, c'est celui de fournir des indications thérapeutiques particulières. Il tombe tout d'abord sous le sens que le traitement du choléra ne saurait être le même, suivant

Ses périodes;
Ses formes;
Ses complications;
La prédominance de certains symptômes;
Les circonstances individuelles;
Les suites de la maladie, etc.

Nous avons ajouté une grande importance à ces distinctions, parce que, à défaut de traitement spécifique, uniforme pour tous les cas, elles devaient diriger le médecin dans le choix des moyens thérapeutiques. Nous avons dit de quel intérêt était la période prodromique, et combien il importait de la saisir et de la combattre. Il est bien exact de dire que l'on a pu, en quelque sorte, faire avorter le choléra dans un assez grand nombre de cas, en combattant les premiers accidents.

Voici les moyens qui nous ont le mieux réussi, et ces moyens sont ceux dont l'expérience de la plupart de nos confrères a démontré l'efficacité.

Nous n'avons pas besoin de vous retracer les symptômes de cette première période. Dès son début, nous administrons une infusion légèrement aromatique, telle que l'infusion de mélisse, de menthe, de sauge, de camomille, de thé, etc. Nous administrons ces infusions dans presque tous les cas, parce que nous reconnaissons dans la maladie une nature septique, adynamique, qui ne tarde pas à se traduire par des phénomènes alarmants, et qu'il faut se hâter de prévenir. Dans le même but et dans celui de diminuer la sécrétion intestinale, nous donnons une potion composée ainsi qu'il suit:

Infusion de tilleul	125	grammes.
Eau de fleurs d'oranger	16	—
Extrait gommeux d'opium	10	centigr.
Sirop de gomme	30	grammes.
Ether sulfurique	2	—

A prendre par cuillerées à bouche tous les quarts d'heure.

Lorsque les évacuations alvines sont très abondantes, nous donnons les décoctions de riz, de racine de grande consoude, de cachou, de ratanhia, etc.; le diascordium, la thériaque, l'extrait de ratanhia; des lavements composés ainsi qu'il suit:

Décoction de riz	1	litre.
Amidon	8	grammes.
Gomme adragante	2	—
Laudanum liquide de Sydenham	20	gouttes.

Pour être pris toutes les six heures par fraction de 150 à 250 grammes, et pour être gardés.

Ce mélange nous a paru jouir d'une grande efficacité pour arrêter les évacuations alvines. Déjà, nous avions eu à nous en louer dans l'épidémie de 1832.

Nous associons à ces moyens l'emploi des bains, dont nous avons eu à nous féliciter presque constamment. Ce moyen a été blâmé par quelques médecins. Mais il nous paraît évident que quelques coïncidences malheureuses ont pu seules leur inspirer cette répulsion. Le bain d'une température un peu plus élevée que le bain ordinaire, c'est-à-dire d'environ + 30° R., suivant la tendance du malade au refroidissement, est très propre à combattre les phénomènes nerveux, l'abondance de la sécrétion intestinale, en appelant une fluxion vers la peau et en prévenant le refroidissement si redoutable. C'est un moyen rationnel, s'il en fut jamais. Nous pensons que, donné à une température très élevée, il est aussi d'une très grande utilité dans la période algide; mais n'anticipons pas.

On a préconisé un grand nombre d'agents dans cette première période; ceux qui comptent le plus grand nombre de partisans sont les évacuants, les vomitifs, les purgatifs et les saignées. Nous les avons employés quelquefois, mais avec assez peu de succès. Il serait peu sage de les proscrire dans tous les cas. Nous pensons, au contraire, que, s'il existait des indications particulières, on devrait y recourir; mais on doit se garder d'en faire une panacée. Ainsi, pour ce qui est de la saignée, si un malade était jeune, fort, robuste, d'un tempérament sanguin, s'il présentait des phénomènes de congestion viscérale, sans doute on devrait pratiquer quelques évacua-

---

t-on mettre, dans ce cas, l'histoire naturelle des êtres inorganiques? Sera-ce dans la physique, dans la chimie? Et enfin, Messieurs, que dites-vous de cette prétendue science de la vie qui est décomposée en quatre autres sciences, dont une seule s'occupe réellement de la vie, tandis que dans les trois autres on examine les êtres organisés indépendamment de la vie qui les anime?

Je le répète, classer aujourd'hui l'anatomie dans son rang convenable, au milieu des connaissances humaines, est au moins prématuré, puisque l'anatomie n'est pas une science constituée, bien qu'elle soit près de le devenir; elle ne pourra être constituée que lorsqu'on aura sérieusement commencé à l'étudier dans son ensemble.

Il faut dire, à l'honneur de l'école positive, qu'elle cherche, elle aussi, à formuler l'unité dans les sciences. Mais elle n'y parviendra pas; et ce qui l'en empêchera, c'est que la base même de ses doctrines la conduit inévitablement à un matérialisme absolu. La *loi d'unité*, au contraire, cette loi de Dieu qui régit tout et toutes choses, conduit inévitablement au spiritualisme le plus élevé. Pour comprendre ceci, rappelez-vous bien qu'*unité* n'est pas *uniformité*, suivant une confusion si généralement répandue. Unité est une série dont tous les termes sont reliés harmoniquement les uns aux autres. Or en appliquant la loi d'unité, la loi sériaire à l'anatomie, il serait facile de démontrer que cette belle science, contrairement à l'opinion reçue, peut fournir les preuves les plus solides en faveur du spiritualisme. Je n'insiste pas davantage sur cette question si grave, que nous retrouverons d'ailleurs devant nous dans plusieurs occasions, même au milieu des descriptions en apparence les plus vulgaires. Revenons à l'anatomie humaine envisagée dans son ensemble.

L'ordre régulier à suivre dans l'étude de l'anatomie humaine envisagée dans son ensemble est des plus naturels. Il faut d'abord examiner les premiers éléments de l'organisation, puis les suivre dans leurs développements, dans leurs complications successives jusqu'à ce qu'ils arrivent à constituer l'ensemble de l'être qu'on cherche à connaître. Voici, par exemple, un plan conçu d'après l'ordre régulièrement sériaire, et dans lequel, à part peut-être quelques imperfections faciles à faire disparaître, viendraient se ranger assez aisément toutes les parties isolées de l'anatomie.

Des notions précises sur la *matière* en général étant supposées connues, l'anatomiste doit commencer par examiner la *matière organique* dans ses propriétés et ses caractères. Peu lui importe d'où elle vient, comment elle se forme. Ces questions si intéressantes sont du ressort d'une autre science, la physiologie. Pour l'anatomiste, il suffit, dès que cette matière apparaît, d'en constater l'existence et de l'étudier en elle-même. C'est là l'élément essentiel, fondamental de la série anatomique que nous allons suivre maintenant.

I. Dès qu'elle tend à revêtir une forme limitée, la matière, qui est alors à l'état liquide, prend des caractères plus spéciaux, se dispose de manière à constituer des liquides particuliers, au sein desquels apparaîtront les premiers linéaments de l'organisation. Ces liquides, qu'on a comparés à juste titre aux eaux-mères des minéraux, portent alors le nom de *blastèmes*. Bien que l'étude des blastèmes considérés isolément soit fort peu avancée, on possède déjà sur eux des notions assez satisfaisantes, dont il est permis d'espérer que le nombre s'accroîtra rapidement dès que l'attention de quelques investigateurs se trouvera fixée sur ce sujet. Réduit à exposer l'état peu avancé de la science, l'anatomiste doit cependant connaître ce qu'il y a de fait sur cette question, et cette étude doit suivre immédiatement celle de la matière organique.

II. Au sein des blastèmes, d'abord complétement liquides, apparaissent bientôt des formations solides qui sont de deux ordres principaux, les unes amorphes, les autres constituées par la cellule. Elles attirent alors l'attention de l'anatomiste, dont les études jusque-là se confondaient volontiers avec celles des chimistes et des physiologistes.

Les *premières formations solides qui n'aboutissent pas à la constitution d'une cellule* sont dues à une condensation, à une sorte de coagulation de tout ou partie du blastème qui leur donne naissance. L'anatomiste les examine en général, puis en particulier, étude facile, vu le petit nombre et la simplicité de ces formations, et les grandes analogies qu'elles ont les unes avec les autres.

Il n'est pas aussi simple d'étudier les *formations* dont le caractère réside dans l'apparition de la *cellule*. Quelque nombreuses que soient les recherches faites sur cette question dans ces derniers temps, à quelque précision que l'on soit déjà arrivé, il reste tant à examiner encore qu'on est parfois effrayé de la multiplicité des travaux à entreprendre. Presque tout est à revoir en ce moment : origine des cellules, — leur mode de formation, — leurs rapports avec les granulations élémentaires, cette espèce remarquable de premières cellules avec les noyaux et les enveloppes, — multiplication des cellules, — leur accroissement, — leurs transformations, — leurs caractères particuliers, etc., — voilà autant de sujets d'étude longs, pénibles, mais qui promettent d'être des plus fructueux pour les investigateurs. Néanmoins beaucoup de choses ont été faites et dites avec une rapidité et une justesse d'appréciation bien remarquables, lorsqu'on songe au peu d'années qui viennent de s'écouler depuis que la théorie cellulaire a été nettement formulée.

C'est que cette théorie est toute récente, et il faut que vous sachez bien à qui doit être rapporté tout l'honneur de l'invention. Raspail, le premier, a non pas seulement pressenti que presque toutes les formations solides organisées commençaient par des cellules, mais, bien plus, démontré la réalité de ce grand fait dans une foule de cas. Ce ne sont donc ni Schwan, ni Schleiden, ni plusieurs autres dont les noms sont dans toutes les bouches qu'il faut nommer à propos de la théorie cellulaire. Cette découverte, je la revendique pour mon pays : c'est à Raspail que nous la devons, à Raspail l'illustre savant dont les beaux travaux à ce sujet ont été trop longtemps méconnus, et auquel nos corps savants rendront tôt ou tard justice.

(*La suite à un prochain numéro*).

tions sanguines; mais gardez-vous de saigner dans tous les cas, comme ont cru malheureusement devoir le faire quelques médecins.

Les vomitifs ont été beaucoup vantés; qui, l'émétique; qui, l'ipécuanha. Cette méthode thérapeutique ne nous a jamais paru rationnelle; cependant, lorsqu'il nous a paru qu'il existait des phénomènes d'embarras gastrique, nous avons administré ces évacuants; mais nous devons le dire, toujours avec peu d'avantages. Nous devons en dire autant des purgatifs. Bien entendu que le malade doit être soumis à l'abstinence, rien n'étant plus dangereux que la continuation d'un régime trop abondant. Tel est le traitement de la période de prodromes. Quelques autres moyens sont mis en usage : ainsi l'eau de Seltz, la potion de Rivière, la glace, le bismuth, le colombo, etc. Mais nous nous réservons de parler de ces agents en parlant du traitement des périodes suivantes.

La deuxième période, qui n'est autre que la première de la plupart des auteurs, n'est guère que la persistance avec aggravation des symptômes de la période de prodromes. Pour établir un traitement rationnel de cette période, il est important de se rappeler que nous la séparons de la période algide, contre laquelle il convient de diriger des moyens spéciaux. Cependant cette deuxième période faisant présager les accidents asphyxiques cyaniques, on conçoit que, dans une maladie qui marche avec une si fatale rapidité, il ne soit pas permis d'attendre le développement et même l'apparition des phénomènes que l'on redoute, et que l'on doive employer dès le principe toutes les puissances thérapeutiques dont on peut disposer pour les prévenir.

Ainsi plusieurs des moyens qui seront encore mis en usage dans la troisième période sont employés dans celle-ci. N'oublions pas que nous avons affaire à une affection essentiellement adynamique.

C'est dans la deuxième période qu'on a surtout préconisé les évacuants. On a pensé que les propriétés diaphorétiques de l'ipécacuanha pouvaient être utilement employées. On a proposé de le donner à doses soutenues et fractionnées, c'est-à-dire d'en administrer d'abord 0,50 c., puis 0,10, de deux en deux heures. Des médecins très recommandables affirment que, sous l'influence de ce moyen, les matières des vomissements et des selles ont changé de nature, sont devenues bilieuses, moins abondantes, et ont cessé complétement. Nous n'avons jamais rien observé de pareil dans le petit nombre de cas où nous avons fait usage de cette substance. La poudre de Dover, dans laquelle figure cette racine dans une proportion notable, a été aussi fort préconisée, et par les mêmes raisons.

Parmi les évacuants purgatifs, nous devons mentionner le calomel, le citrate de magnésie, les eaux de Pullna, de Sedlitz, de Marien-Baden, le sulfate de soude, etc. La première de ces substances a été considérée par quelques médecins, et particulièrement par les médecins anglais, comme jouissant de propriétés, sinon spécifiques, du moins toutes spéciales. Notre expérience n'est nullement conforme à cette manière de voir, et nous nous abstenons du calomel comme des autres purgatifs. C'est encore une idée théorique qui a conduit à l'administration de ces moyens. C'est encore pour chasser hors de l'organisme l'*humeur peccante* (qu'on nous pardonne cette expresion de l'ancien humorisme), ou, si vous l'aimez mieux, de la cause toxique contenue dans les intestins, que l'on a donné les évacuants, comme si la cause cholérifère résidait uniquement dans l'intérieur du canal digestif et non dans l'ensemble de l'économie animale?

D'après la conviction où nous sommes de la nature essentiellement hyposthénisante du choléra, on ne sera pas surpris de nous trouver opposé à l'emploi des émissions sanguines, plus encore dans cette période que dans la précédente. Il faut ici des indications bien précises pour autoriser l'emploi des saignées locales ou générales.

Nous nous garderons bien d'envelopper l'opium dans une semblable proscription. C'est, suivant nous, un excellent remède. C'est à peu près le seul que tous les médecins de tous les pays s'accordent à mettre en usage. Tous aussi s'accordent à le donner à des doses beaucoup plus élevées que dans d'autres affections; la quantité d'opium donnée par les médecins indiens passe toute croyance. Pour nous, nous avons rarement dépassé 0,20 centigrammes dans les vingt-quatre heures. On peut cependant donner des pilules contenant 0,03 centigrammes aqueux d'opium toutes les deux heures.

Diascordium.............. 6 grammes.
Extrait gommeux d'opium... 0,50 centigrammes
pour 20 pilules.

Toutes les préparations opiacées peuvent être administrées avec avantage. Le laudanum de Sydenham nous a rendu de véritables et nombreux services, donné de toutes les manières, par en haut, en lavement, en applications extérieures.

Dans le principe de l'épidémie, frappé de la plasticité du sang chez les cholériques, du peu de parties fluides qu'il contenait, nous avions pensé que les alcalins, dont l'une des propriétés est de dissoudre l'albumine, pourraient produire de bons effets. Nous prescrivîmes à nos malades de l'ammoniaque liquide, de l'eau de chaux, de la magnésie décarbonisée; mais nous n'avons pas insisté longtemps sur cette médication, dont nous n'avons pas retiré d'effets bien évidents. M. Bandrimont, ancien agrégé à la Faculté de médecine, avait eu la même pensée et conseillé les mêmes moyens.

La nature asthénique de la maladie doit conduire à prévenir les phénomènes adynamiques en prescrivant les toniques et les excitants de très bonne heure. Nous avons déjà suivi ces errements pour la période prodromique. Plus voisin dans celle-ci de la période de collapsus, nous devons employer des moyens plus excitants encore. Ainsi, non-seulement nous donnons les infusions de thé, de café, de menthe poivrée, mais nous y joignons déjà le vin, et même les alcooliques. Parmi les vins, ceux du Midi méritent la préférence. Les vins d'Espagne et de Portugal, les vins de Chypre, de Constance, sont les plus convenables. Dans nos hôpitaux, nous avons au service des pauvres le vin de Bagnols, qui remplit bien les indications. On peut dès à présent ajouter dans les potions toniques quelques alcooliques, tels que les alcoolats de menthe, de mélisse.

Le camphre et l'éther ont été fort employés par nous. Nous persistons à croire que l'éther sulfurique, donné à la dose de plusieurs grammes dans la journée, n'est pas sans utilité pour prévenir l'adynamie et produire la réaction, lorsque la prostration a paru.

Le *stachys anatolica*, dont on a fait un spécifique, n'agit pas autrement que les autres toniques stimulants.

M. Willemin, médecin sanitaire en Egypte, ayant guéri du choléra après avoir pris du *hachisch*, a attribué à cette singulière substance un pouvoir merveilleux. N'ayant point expérimenté le hachisch, nous ne pouvons en rien dire; il est possible que cet agent, qui exerce une grande influence sur les centres nerveux, ne soit pas sans effets dans les cas où des phénomènes nerveux fatiguent le malade. Nous y reviendrons en parlant de ces prédominances. Mais la reconnaissance n'a-t-elle pas influé sur les éloges que M. Willemin a donnés au hachisch?

Quelques autres moyens, nous pourrions dire un très grand nombre, ont été dotés de vertus surprenantes; mais, hélas! le prestige s'est promptement évanoui devant l'implacable expérience.

Le sel marin, qui avait produit, disait-on, des merveilles, a échoué dans nos mains. Nous pouvons en dire autant du nitrate d'argent administré en lavement.

Le *charbon* est une substance inerte qui ne mérite pas les éloges qu'on lui a donnés.

Il n'en est pas de même de l'*acide carbonique* contenu dans l'eau de Seltz ou dans la *bière*, que nous donnons avec avantage.

Nous parlerons encore de ce moyen, ainsi que de la glace, de la poudre de colombo, de l'oxyde blanc de bismuth, lorsque nous nous occuperons des moyens dirigés spécialement contre divers symptômes.

On a imaginé d'employer le *chloroforme*; mais, ce moyen ne nous paraissant pas rationnel, nous ne l'avons pas expérimenté.

Dans la période qui nous occupe, la chaleur n'ayant pas encore abandonné le malade, il ne peut être encore question des moyens de calorisation; nous en parlerons bientôt; mais nous devons répéter que les bains un peu chauds produisent d'excellents effets; qu'ils calment les accidents nerveux et s'opposent à la réfrigération. Les cataplasmes laudanisés appliqués sur le ventre calment les douleurs et les spasmes. Dans la période suivante, nous verrons que les sinapismes et les vésicatoires sur l'abdomen ont souvent fait obtenir d'excellents résultats. C'est là que les rubéfiants de toute espèce sont surtout utiles. Nous les ferons connaître dans notre prochaine leçon.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE, 6.

Séance du 17 octobre 1849.—Présidence de M. Deguise père.

Lithotomie vaginale.

M. Danyau, à l'occasion du procès-verbal, donne des nouvelles de la malade opérée de la pierre par M. Monod, et accouchée en même temps à la Maternité. Cette femme continue d'aller très bien, quoiqu'elle ait été souffrante de douleurs gastro-intestinales, indisposition qui n'a offert, du reste, aucune gravité. Quant à l'état local ou essentiel de la maladie, il est fort satisfaisant; l'urine s'écoule par l'urètre seulement, sans laisser suinter la moindre goutte par l'incision vaginale, qui semble entièrement cicatrisée. M. Danyau s'en est assuré le matin même par le toucher, en reconnaissant que la cicatrice était complète et linéaire.

M. Huguier, en raison de l'importance et de l'intérêt que l'on doit accorder à ce fait, reproduit sous forme de proposition le désir exprimé par lui dans la dernière séance; à savoir, que l'observation de M. Monod soit publiée avec un dessin de la pierre dans le prochain volume des Mémoires de la Société.

M. le Président met aux voix cette proposition, qui est adoptée.

M. Debout offre à la Société de lui donner la planche du dessin qu'il fait faire pour lui-même, et son offre est acceptée.

M. Lenoir demande que l'observation de M. Monod soit rapportée très complétement, et il signale neuf cas analogues réunis par M. Puchelt dans une thèse soutenue à Heidelberg (1). Sur ces neuf cas de calculs vésicaux compliquant la grossesse ou mettant obstacle à l'accouchement, deux fois seulement la lithotomie vaginale fut pratiquée, et deux fois la guérison eut lieu.

(1) Puchelt, *De tumoribus in pelvi partum impedientibus.*

Tumeur blanche du genou. Amputation de la cuisse. Examen anatomique de l'articulation.

M. Chassaignac annonce qu'il a pratiqué, il y a deux jours, une amputation de cuisse chez une jeune fille pour une tumeur blanche du genou, et il expose le fait à peu près ainsi :

Cette malade, âgée de vingt ans, affectée depuis longtemps d'un engorgement du genou, avait été traitée différentes fois dans plusieurs hôpitaux. La résolution de l'engorgement avait paru s'effectuer, mais ce résultat ne fut que temporaire, et depuis quatre mois des accidents sérieux, des douleurs vives dans les mouvements de l'articulation, un gonflement plus notable, s'étaient déclarés. Depuis cette époque aussi, la malade se trouvait à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Chassaignac, qui, pour éviter l'amputation et afin d'assurer l'immobilité du membre, lo fit placer dans une gouttière. Mais dès lors les douleurs se renouvelèrent avec intensité, et l'amputation différée devint nécessaire; elle fut demandée même par la malade avec instance. M. Chassaignac se décida à la pratiquer, et l'opération, faite à lambeaux, ne présenta rien de notable.

L'examen anatomique de l'articulation ne fit point reconnaître de gonflement dans les extrémités osseuses, mais démontra une destruction des cartilages articulaires, avec érosion des surfaces osseuses, du fémur, du tibia et de la rotule, ainsi qu'une subluxation du tibia en dehors, dépendant de cette usure. La section du fémur semblait offrir un ramollissement du tissu osseux dans le point où avait porté la scie, et c'eût été une circonstance bien fâcheuse, mais cette lésion n'était qu'apparente; car les parois du cylindre osseux étaient intactes. Enfin, il n'y avait aucune trace d'épanchement ou d'infiltration de pus dans le genou, et M. Chassaignac ajoute qu'ayant vu beaucoup d'articulations malades, il a toujours rencontré de la suppuration, tandis qu'ici, et pour la première fois, il n'en a point trouvé.

M. Morel-Lavallée indique qu'il a parlé de faits analogues d'après Brodie (1), et il rappelle que Sanson (2) a décrit sous le nom de carie sèche une altération superficielle des extrémités articulaires, notamment dans la coxalgie comparable à celle qui vient d'être décrite.

M. Giraldès, en examinant cette pièce pathologique, fait remarquer que le cylindre osseux semble avoir pénétré dans la substance spongieuse, comme cela s'observe quelquefois dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius; et cette disposition lui paraît être le résultat d'une lésion traumatique. Il demande dans quel état se trouvait la membrane synoviale.

M. Chassaignac répond qu'elle était saine, et cette circonstance ajoute, selon lui, de l'intérêt à ce fait rare d'une telle maladie articulaire, sans aucune trace de pus.

M. Huguier pense, comme M. Giraldès, qu'un accident mécanique a pu déterminer cette lésion, à en juger d'après l'examen de la pièce anatomique, et d'après l'analogie qu'elle offre aussi avec les fractures du fémur par pénétration.

M. Monod considère deux faits à signaler ici : 1° le fait probable de la lésion mécanique; 2° le fait démontré de l'érosion du tissu osseux sans suppuration, et il croit que ce second fait ne doit pas être considéré comme rare. Il a vu, pour son compte, deux cas analogues. Ainsi, dernièrement, il s'est trouvé dans la nécessité d'amputer la cuisse à un confrère pour une lésion articulaire du genou offrant quelque similitude avec celle-là; et chez un autre malade, il a rencontré une altération semblable sur l'extrémité scapulaire de l'humérus avec résorption cartilagineuse et sans suppuration.

M. Larrey, appréciant à un autre point de vue l'influence des causes mécaniques sur certaines altérations des os, pense que l'on pourrait comparer cette usure des surfaces articulaires ainsi dépouillées de leurs cartilages avec l'érosion des os dénudés de leur périoste par le contact dur ou prolongé de certaines tumeurs.

M. Morel croit également que le mécanisme de la lésion osseuse dont il s'agit mérite d'être recherché, et il prie M. Chassaignac d'interroger avec soin sa malade, afin d'apprendre d'elle si elle n'aurait pas été atteinte antérieurement de quelque violence extérieure.

M. Debout a connaissance d'un ouvrage publié en Angleterre par Smith (3), dans lequel on trouverait sans doute beaucoup de faits analogues à celui-là. Smith les désigne sous le nom d'arthralgie rhumatismale.

M. Guersant demande si la malade éprouvait des douleurs, et en apprenant qu'en effet les plus légers mouvements faisaient pousser des cris à cette jeune fille, il compare aussi ce fait à deux autres de sa pratique : c'était, dans l'un et l'autre cas, une tumeur blanche du genou chez des enfants, auxquels il dut amputer la cuisse, moins à cause des lésions apparentes que des douleurs atroces éprouvées par les deux malades.

M. Maisonneuve dit que cette lésion n'est pas très rare, qu'elle est bien connue, surtout depuis les travaux de Brodie, qui l'a décrite sous le nom d'usure ou d'érosion des cartilages.

M. R. Marjolin attache de l'importance à une appréciation exacte des antécédents de la malade amputée par M. Chassaignac; et il se demande si cette jeune fille, depuis longtemps atteinte de cette affection du genou, n'était point parvenue à la période de guérison lorsqu'elle a été opérée. On voit dans les hôpitaux des cas analogues par le fait, variés par la forme, et des résultats quelquefois favorables : ainsi des redressements de membres déviés, tels qu'il en a vu un exemple remarquable chez un petit garçon dont les deux talons s'étaient graduellement portés vers les fesses et qui furent redressés ensuite.

M. Chassaignac trouve judicieuse la remarque faite par M. Marjolin, et cette remarque lui rappelle une circonstance qu'il a notée chez sa malade : c'est que la gouttière pour redresser le membre ayant été placée sans effort, les douleurs ont augmenté, et lorsque la gouttière a été enlevée, les douleurs n'en ont pas moins persisté.

M. Larrey, en écoutant la citation faite par M. Maisonneuve sur l'usure ou l'érosion des cartilages, rappelle que l'opinion de Brodie diffère à cet égard essentiellement de celle de la plupart des chirurgiens et des anatomo-pathologistes. Pour eux en effet, pour M. Cruveilhier notamment, l'usure ou l'érosion des cartilages représente l'altération décrite par le célèbre chirurgien anglais sous le nom d'ulcération des cartilages, et cette ulcération ne saurait être admise aujourd'hui comme formant une lésion spéciale, ni comme exprimant une idée exacte.

M. Giraldès appuie cette réflexion critique, et conteste absolument la validité de l'opinion soutenue par Brodie. Aston-Key (4) l'a réfutée aussi d'une manière démonstrative. Quant aux pièces anatomiques, M. Giraldès les a vues à l'hôpital Saint-Georges; et c'est précisément d'après ces pièces qu'il n'est plus possible d'admettre l'opinion de Brodie. Ces prétendues ulcérations des cartilages n'ont lieu que lorsque la

(1) Brodie, *Traité des maladies des articulations.*
(2) Sanson, *Thèse sur la carie et la nécrose.*
(3) W. Smith, *Traité des fractures au voisinage des articulations, etc.*
(4) Aston-Key, *On ulceration of joints.* (Mémoire inséré dans les *Transactions médico-chirurgicales.*)

membrane synoviale est malade, et c'est là ce que M. Aston-Key a prouvé de la manière la plus évidente.

M. Morel ajoute à ce qui vient d'être dit que les altérations des cartilages ont été en effet mal appréciées par Brodie, et qu'elles succèdent le plus souvent à des altérations plus profondes, à des maladies des os articulaires.

M. Maisonneuve demande l'ajournement de cette discussion sur l'état des cartilages, parce qu'il la considère comme étrangère au sujet.

M. Giraldès soutient, au contraire, l'à-propos de la question, qui, pour lui, est précisément en rapport avec le fait présenté à la Société; mais il a dit ce qu'il voulait dire quant à présent.

Ablation d'un polype fibreux du pharynx par la résection de l'os maxillaire supérieur.

M. Robert communique le fait suivant : « Tous les chirurgiens, dit-il d'abord, savent combien il est difficile d'extraire les polypes du pharynx, lorsque ces polypes envoient des embranchements dans les cavités olfactives. On ne peut reconnaître alors les points d'implantation du pédicule, et on opère presque au hasard et sans règle fixe. Si on lit les anciens auteurs, les observations de Ledran, par exemple, et celles rapportées par Levret, on assiste pour ainsi dire à des mutilations hideuses. »

M. Robert a vu Dupuytren faire de ces sortes d'opérations, et il en a conservé l'impression la plus triste. On s'efforçait alors de faire de nombreuses incisions pour fendre le nez, les lèvres, les joues, afin de mettre toutes les ramifications du polype à découvert, et le succès même n'était obtenu qu'au prix d'une grande difformité.

Il y a quelques années, M. Flaubert fils eut à opérer un malade qui avait déjà été opéré par son père, M. Flaubert (de Rouen). Il s'agissait d'un polype fibreux du pharynx, récidivé avec un développement considérable, et complication d'embranchements dans les cavités voisines. M. A. Flaubert, pour éviter une opération trop difficile, crut préférable d'enlever l'os maxillaire supérieur, afin de séparer sûrement le pédicule du polype. Le succès répondit à son attente; mais cette opération fut assez mal accueillie alors par les chirurgiens, et critiquée dans les journaux de médecine.

Il y a un an ou un peu plus, M. Michau (de Louvain) eut affaire à un cas semblable; il procéda aussi à l'ablation du maxillaire supérieur, et communiqua le très heureux résultat de son opération à l'Académie de médecine de Belgique.

M. Robert enfin annonce que récemment le même cas s'est présenté à lui, et qu'il n'a pas hésité à agir de même. La résection, facile en principe, a été simplifiée depuis l'emploi de la scie à chaînette, de même que l'incision des parties molles a été simplifiée en une seule incision, presque toujours suffisante.

M. Robert signale l'innocuité remarquable de cette opération malgré les parties enlevées, et il ajoute que dans sept ou huit cas de sa pratique il n'a perdu aucun malade. Voici le fait dont il veut parler aujourd'hui.

C'est un jeune homme de dix-neuf ans chez lequel un polype s'était développé dans la narine gauche depuis plusieurs années, et avait repullulé après avoir été enlevé à diverses reprises. L'accroissement de la tumeur la rendit sensible dans plusieurs points; le voile du palais fut refoulé par elle; la joue gauche devint saillante par sa présence, et elle parut appréciable jusque vers le larynx. M. Huguier examina cette tumeur avec M. Robert, et tous deux reconnurent un polype fibreux semblant implanté dans les hauteurs du pharynx, et inaccessible ainsi aux procédés opératoires anciens.

M. Robert, s'étant donc décidé à pratiquer l'ablation de l'os maxillaire supérieur, a fait cette opération samedi dernier sans vouloir se servir du chloroforme, à cause de la position assise nécessaire pour le malade et de la prolongation présumée de l'opération.

Une seule incision fut faite aux parties molles, commençant à la commissure des lèvres et aboutissant à l'os de la pommette. La tumeur, mise à découvert, fut disséquée et reconnue de nature fibreuse; elle avait une racine sous la fosse zygomatique. L'apophyse malaire et l'apophyse montante de l'os maxillaire, ayant été divisées par la scie, permirent de détacher la masse polypeuse, dont la portion inférieure fut énucléée avec facilité, comme un corps fibreux. Son implantation sur la face supérieure du pharynx vers la colonne vertébrale, par un pédicule assez adhérent, fut détaché avec les ongles. L'artère maxillaire interne fut cautérisée, ainsi que le point d'implantation du polype aux vertèbres.

M. Robert présente ce polype fibreux dans son entier, offrant des embranchements multiples qui s'étendaient dans la fosse zygomatique, dans les fosses nasales, et dont la portion la portion la plus longue parvenait jusqu'au niveau du larynx. La dissection d'une pareille tumeur eût été impossible sans les plus grands dangers.

M. Robert convient cependant que l'opération a été affreusement douloureuse et a duré plus d'une demi-heure. Le pansement n'a été fait que cinq heures après l'opération, et la plaie a été réunie à l'aide de six points de suture. De la glace a été appliquée sur la tête et maintenue dans une vessie en caoutchouc vulcanisé (de M. Gariel).

L'état du malade après l'opération fut assez grave; mais le pouls, élevé d'abord, s'abaissa ensuite, les points de suture ont été enlevés au cinquième jour, aucun accident n'est survenu depuis, et la guérison est très probable.

M. Marjolin propose de faire faire un dessin de ce cas intéressant, et d'en publier l'observation dans les Mémoires de la Société.

Cette proposition est adoptée, et M. Robert, qui a fait commencer le dessin, s'empressera d'y joindre l'observation détaillée.

M. Lenoir demande des renseignements exacts sur l'implantation du polype, car il ne s'explique pas comment il pouvait prendre naissance de la colonne vertébrale sans refouler en avant la paroi postérieure du pharynx.

M. Robert répond qu'il s'est fait la même objection; il croit que le pédicule était un peu sur le côté, en admettant d'ailleurs qu'il y avait usure, destruction des tissus autant que refoulement.

M. Lenoir insiste sur son objection, et déclare que cette implantation d'un polype à la colonne vertébrale est sans exemple à lui connu.

M. Robert réplique que M. Gerdy a cité un cas de ce genre, et il ne saurait d'ailleurs en donner d'autre explication.

Tumeur variqueuse artérielle de la surface du crâne. Ligatures successives des artères carotide externe, primitive et interne. Hémorrhagies consécutives. Accidents cérébraux. Mort. Autopsie.

M. Maisonneuve présente une pièce anatomique relative à une tumeur variqueuse artérielle ou varice artérielle distincte de la tumeur érectile proprement dite. Cette tumeur s'est développée chez une femme de trente et quelques années, d'une bonne constitution, qui en a reconnu l'existence il y a environ deux mois. Cette tumeur siégeait au côté gauche de la tête dans la région temporale : elle fit de rapides progrès en déterminant de vives douleurs, et laissait craindre l'envahissement du côté droit de la tête.

En conséquence, M. Maisonneuve, qui avait reçu la malade à l'hôpital Cochin, rechercha quelle opération il aurait à faire, et se décida pour une ligature d'artère. Mais, en réfléchissant aux insuccès des ligatures de la carotide primitive pratiquées pour des tumeurs semblables, il dut renoncer à cette opération, qui avait échoué presque toutes les fois pour des tumeurs extérieures du crâne. Quelle autre méthode pouvait être tentée? M. P. Bérard avait proposé de lier d'abord la carotide primitive et ensuite la carotide interne; mais sa proposition n'a pas été appliquée en fait et aucune observation ne l'a suivie. « Une autre opération qui a été conseillée aussi, ajoute M. Maisonneuve, la ligature de la carotide externe, n'a, que je sache, jamais été pratiquée, sauf dans des lésions traumatiques. » Cette ligature, proposée par M. Velpeau, est celle que M. Maisonneuve s'est décidé à employer. L'opération, prompte et simple, fut exécutée à cinq ou six lignes de l'origine de cette artère; la thyroïdienne supérieure fut liée aussi pour plus de sûreté en même temps que la carotide externe. Immédiatement après, la tumeur cessa de battre et diminua ensuite, et la malade alla bien. L'opération fut sans accidents pendant seize jours : alors, le fil de la ligature tomba, la suppuration devint plus abondante; quatre jours encore se passèrent assez bien; mais, au cinquième jour, une hémorrhagie survint par la plaie, hémorrhagie à la vérité peu considérable. Pour l'arrêter, on se contenta de la compression, qui suffit pendant deux jours; mais, l'hémorrhagie consécutive s'étant renouvelée deux fois, M. Maisonneuve fendit la cicatrice, mit à découvert le tronc carotidien primitif, et en fit la ligature avec assez de difficultés. Malgré cette nouvelle ligature, la persistance de l'hémorrhagie le décida encore à mettre à nu la carotide interne pour la lier aussi; mais il n'y parvint qu'avec peine, et, ne pouvant faire qu'une dissection incomplète, il appliqua seulement à l'artère une ligature médiate. Il avait évité de comprendre dans l'anse de fil le nerf pneumogastrique; mais, à son insu, il serra le nerf grand sympathique. Aussitôt après, la malade fut frappée d'une hémiplégie faciale gauche, qui augmenta rapidement, fut complète le lendemain en s'étendant au côté correspondant du corps, et au troisième jour elle était morte.

L'autopsie fut faite vingt-trois heures après, et démontra les altérations suivantes :

Tout le lobe droit du cerveau se trouvait sphacélé. La ligature faite au niveau de la carotide externe ne laissait plus de trace de sa bifurcation; la ligature de la carotide interne comprenait un rameau du grand sympathique, et la ligature du tronc carotidien avait aussi serré le même nerf.

Quant à la tumeur, elle était formée par un amas de petites artères entrelacées, dilatées, augmentant plus ou moins de volume et constituant une sorte de varice artérielle avec des renflements vasculaires rapprochés les uns des autres.

« C'est, dit M. Maisonneuve, un fait remarquable d'artériostasie des artères temporales, » et il ne connaît pas d'exemple de l'opération faite par lui pour la première fois. Il ajoute que son résultat funeste prouve encore la gravité de la ligature de la carotide primitive. Sur cent vingt et quelques observations de cette ligature, il a trouvé dans les auteurs vingt et quelques cas de mort par suite d'hémiplégie et de ramollissement cérébral, survenus, selon lui, par gangrène du cerveau.

M. Robert, en raison de ce fait important et de l'heure avancée, propose d'ajourner la discussion à la séance prochaine. Cette proposition est adoptée.

Instrument pour l'opération de la circoncision.

M. Larrey présente un instrument imaginé par un jeune chirurgien militaire, M. Chauvin, pour rendre l'opération de la circoncision plus facile et plus régulière. Cet instrument, confectionné d'abord en cire par son auteur, et reproduit en acier par M. Charrière, se compose de quatre branches susceptibles de se rapprocher pour pénétrer dans l'ouverture rétrécie du prépuce, et de s'écarter ensuite pour le distendre. Ces branches sont terminées chacune par un petit crochet qui fixe la membrane et la peau du prépuce sur le même niveau. Une petite tige en bois, terminée par une rondelle métallique, glisse entre les branches écartées et refoule le gland; le prépuce se trouve ainsi régulièrement distendu, et des ciseaux forts, en l'excisant d'un seul trait, coupent en même temps la tige de bois (qu'il est facile de remplacer pour une autre opération).

M. Larrey, en faisant cette communication, reconnaît que l'ingénieux instrument de M. Chauvin est sans doute un peu compliqué pour une opération simple, et qu'il ne serait pas absolument applicable à certains cas particuliers de phimosis; mais l'essai qu'il en a fait lui-même sur le vivant dans un cas ordinaire lui a démontré que ce moyen d'opérer assure le résultat le plus satisfaisant et la cicatrisation la plus régulière.

— La séance est levée à cinq heures et demi. H. L.

Nous sommes enfin assez heureux pour pouvoir annoncer la cessation complète de l'épidémie. Aucun nouveau cas n'a eu lieu depuis deux jours ni dans les hôpitaux, ni dans la ville.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 30 OCTOBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 127.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

Les ateliers étant fermés le jour de la Toussaint, la GAZETTE DES HÔPITAUX ne paraîtra pas jeudi prochain.

PARIS, 29 OCTOBRE 1849.

Il vient de se passer à l'Hôtel-Dieu un fait qui malheureusement ne se présente pas pour la première fois, et qui mérite au plus haut point de fixer l'attention des médecins, de l'administration et même, au besoin, de l'autorité supérieure.

Il y a quelques jours, une femme placée dans le service de M. Roux, et enceinte de huit mois et demi, fit une chute grave sur la tête. Des symptômes cérébraux se manifestèrent bientôt et affectèrent une marche qui ne laissa bientôt plus d'espoir sur l'issue de la maladie qui avait succédé à la chute. Dans la nuit d'avant-hier, les symptômes prirent un tel caractère, que l'interne de garde considéra la mort comme très prochaine. Malgré l'état si grave de cette femme, l'auscultation permettait de percevoir les battements du cœur du fœtus parfaitement normaux et très prononcés. Dans ces circonstances, l'interne dut nécessairement songer à sauver la vie de l'enfant dès que celle de la mère serait éteinte. Mais, ne voulant pas prendre sur lui seul de pratiquer l'opération césarienne, il crut devoir demander l'autorisation du directeur, qui la refusa, à moins que l'interne ne se fît assister d'un docteur de la ville. Comme, dans ces circonstances, les choses pressaient beaucoup, on dut renoncer à l'espoir de voir un médecin arriver en temps opportun, et par conséquent, à l'idée de pratiquer l'opération. On laissa simplement l'enfant mourir dans le sein de sa mère.

Quels peuvent être, pour un directeur, les motifs d'une pareille atteinte à la conscience et à la responsabilité médicale? Ces motifs, ou plutôt ce motif unique, le voici :

Un article du règlement dit que les internes ne pratiqueront aucune opération en l'absence du chef de service, que les directeurs remplacent au besoin, et de leur propre chef, par un docteur étranger à l'administration.

En faisant abstraction de tous les graves inconvénients qu'entraînerait l'application rigoureuse et absolue de cet article, qui heureusement n'est faite nulle part, on ne saurait, en aucune façon, l'appliquer au cas dont il s'agit sans lui donner l'interprétation la plus inhumaine et la plus inintelligente.

Le règlement, ou du moins les usages de l'administration laissent aux internes le soin de constater les décès; et c'est sur leur seule déclaration que les décès sont enregistrés à la municipalité et que les inhumations sont opérées. Or, dans le cas dont il s'agit, l'interne avait déclaré le décès, et c'est sur ce corps déclaré mort qu'un directeur refuse de laisser faire une opération qui peut sauver un être vivant! On ne saurait guère, comme on le voit, pousser plus loin l'inintelligence des textes et de ses devoirs.

Que serait-il advenu dans ce cas si l'interne, n'écoutant que les injonctions de sa conscience, avait pratiqué l'opération et sauvé l'enfant, malgré la défense du directeur? L'administration aurait-elle eu le courage, à l'exemple de Manlius Torquatus, de le punir d'un tel acte d'insubordination? On dit qu'il y a un exemple d'une pareille sévérité.

Nous espérons que l'administration voudra bien prendre en considération les réflexions que nous lui soumettons; et si elle ne croyait pas devoir y faire droit, nous serions assuré de trouver une plus juste interprétation des règlements chez le ministre, qui a déjà donné plus d'un gage de son esprit de justice et de haute impartialité.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. BONNET.

De l'incision d'avant en arrière des rétrécissements du canal de l'urètre, qu'on ne peut dilater au delà de trois millimètres de diamètre à l'aide du scarificateur perforé de M. Bonnet (de Lyon). Nouvelles observations.

Dans le courant du mois de septembre 1848 je fis paraître dans ce journal un mémoire qui avait pour principal titre : *De l'incision d'avant en arrière des rétrécissements du canal de l'urètre à l'aide du scarificateur perforé de M. Bonnet.* J'insistais surtout, dans ce travail, sur les avantages que peut offrir ce nouvel instrument lorsqu'on se trouve en présence de rétrécissements dont la dilatation ne peut être portée au delà de trois millimètres de diamètre.

Après avoir démontré 1° qu'il est des cas où, malgré les ménagements que l'on emploie, le temps qu'on y consacre, il est impossible de dépasser un degré insuffisant de dilatation pour en faire la section d'arrière en avant à la faveur des scarificateurs connus; 2° que les instruments qui divisent d'avant en arrière ne peuvent être utilisés dans ces circonstances; car pour le faire pénétrer d'une manière sûre à travers ces coarctations, il faut que celles-ci possèdent au moins 4 millimètres de diamètre. Je fis suivre la figure et la description de ce nouveau scarificateur perforé de deux intéressantes observations, qui confirmaient d'une manière complète ses avantages et sa supériorité. La première se rapportait à un rétrécissement avec fistules nombreuses au périné, qu'on ne put élargir, après trois mois et demi de dilatation temporaire et progressive, au delà de trois millimètres de diamètre, et dont on se rendit maître en l'incisant d'avant en arrière avec cet instrument ingénieux. La seconde faisait connaître l'histoire d'une coarctation de l'urètre coïncidant avec une fausse route qui empêchait de faire pénétrer à travers elle la plus petite bougie, difficulté qui fut heureusement vaincue par l'introduction dans son intérieur d'une tige métallique très fine qui servit à diriger d'après les mêmes principes une section d'avant en arrière.

La pratique vient encore aujourd'hui appuyer les précieux avantages de ce nouvel instrument. En effet, M. Bonnet l'a depuis lors utilisé plusieurs fois, et tout le monde a pu voir dans cinq cas traités publiquement l'année dernière à la clinique chirurgicale de Lyon les heureux résultats qu'il en obtenait.

Qu'il me soit permis de citer ici, avant de publier sur ce sujet un long article auquel je travaille, deux nouvelles observations qui s'y rapportent et que je viens de recueillir dans la pratique de ce chirurgien.

Afin de mettre le lecteur parfaitement au courant de cette nouvelle méthode opératoire, je vais tout d'abord donner une idée de ce scarificateur perforé en conseillant à celui qui voudrait en savoir davantage de consulter sur cette matière mon premier travail inséré dans les numéros du 5 et du 7 septembre 1848 de la *Gazette des Hôpitaux*.

Pour résoudre les problèmes difficiles que présentent les cas de rétrécissement qu'on ne peut dilater au delà de 3 millimètres de diamètre, M. Bonnet a imaginé le procédé suivant : il se sert d'un scarificateur, qui consiste en une lancette de forme olivaire placée à l'extrémité d'une tige de 20 centimètres de longueur, renfermée, ainsi que la lancette, dans une canule ouverte et aplatie en forme d'olive à son extrémité vésicale. Cet instrument rappelle, comme on le voit, l'ancien scarificateur de M. Reybard; mais il en diffère en ce sens, et c'est là la partie la plus essentielle, que la lancette et la tige qui la supporte sont perforées dans leur centre et dans toute leur longueur pour pouvoir donner passage à un stylet métallique très fin de 60 centimètres de long, qui sert à conduire le scarificateur entouré de sa gaîne jusqu'à l'entrée du rétrécissement et l'empêche par ce moyen de s'égarer.

Voici, en général, la manière de s'en servir :

Après avoir obtenu la plus grande dilatation possible de la coarctation, on la traverse ou bien on la pénètre, quand il y a impossibilité matérielle de la franchir, avec une sonde en gomme élastique percée à ses deux extrémités et qui renferme le stylet métallique qui doit diriger plus tard l'instrument. Il ne s'agit plus alors, pour inciser le rétrécissement sans crainte de se fourvoyer, que de retirer la sonde en gomme élastique (le stylet restant toujours en place) et d'introduire le bout de cette tige métallique qui reste au dehors dans le canal médian que présentent la lame et la tige du scarificateur, et de pousser ce dernier entouré de sa gaîne jusqu'à l'entrée de la coarctation; la verge étant alors tendue par un aide et le stylet conducteur fortement maintenu par la main gauche de l'opérateur, celui-ci fait sortir la lancette de la partie olivaire qui l'abrite et la pousse profondément à travers le rétrécissement le long du stylet qui l'empêche de s'égarer. La section finie, on referme l'instrument, on enlève la tige conductrice et l'on peut, à l'aide de la canule du scarificateur et surtout de la tête olivaire qui la surmonte, s'assurer si le canal est assez élargi.

OBS. I. — *Rétrécissement du canal de l'urètre consécutif à un phimosis congénital; impossibilité de le traverser avec une bougie quelconque après un an de traitement. Tentatives préalables de dilatation; insuccès. Incision de la coarctation d'avant en arrière à l'aide du scarificateur perforé. Guérison.*

M. de B..., du Puy, jeune homme âgé de vingt ans, vint

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Une ère nouvelle. — Miracles du magnétisme et autres méthodes non foudroyantes. — Une question physiologique délicate et intéressante.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Allah! Allah! mon cher confrère! Dieu est toujours Dieu, mais Mahomet n'est plus son prophète! Ce n'est même pas Fourier, Cabet, ni Pierre Leroux. Le seul, le vrai, le grand prophète, c'est Ravot, D.-M.-P. Qu'a fait Fourier? Il a dit qu'un jour viendrait où le genre humain serait orné d'une queue avec un œil au bout, et n'aurait qu'à désirer pour être servi. Mais entre dire et prouver il y a tout un monde : quel est le paltoquet ou le visionnaire qui n'aurait pas pu dire avant Christophe Colomb qu'il y avait encore la moitié du monde à découvrir? Dire, ce n'est rien; prouver, c'est tout; entre ce visionnaire et l'immortel navigateur, il y a tout le chemin du génie à l'imbécilité. Arrière donc Fourier, et gloire à Ravot, D.-M.-P.! Je sais bien qu'il y a de par le monde un certain colonel Du Couret qui a annoncé à l'Académie l'existence en Afrique de la race des Ghilânes, laquelle serait (les mâles du moins) pourvue d'un appendice caudal de 10 à 12 centimètres de long; je sais bien qu'un autre voyageur a envoyé à la même Académie la description d'une femme asiatique favorisée du même ornement. Mais toutes ces communications portaient sur des on dit; les auteurs n'avaient rien vu de leurs propres yeux, et, par-dessus tout, ces rudiments de queue de contrebande ne portaient pas le signe de la grande régénération sociale, le miraculeux organe anti-cyclopéen. Donc, foin du colonel Du Couret; gloire à Ravot, D.-M.-P.! Gloire à celui que Dieu a choisi pour voir et pour décrire la première véritable queue ornée du premier véritable œil, qui ait été donnée à l'homme ou, pour mieux dire, à la femme! Lisez plutôt le texte précis dans lequel le D.-M.-P. Ravot annonce l'apparition de ce phénomène au monde émerveillé. Remarquez surtout en lisant cette narration, d'une simplicité et d'une grandeur tout à fait bibliques, que c'est dans l'humble asile du pauvre, dans la ferme de la *Combe-aux-Vaches*, que le phénomène s'est produit, preuve évidente que ce phénomène, comme la naissance du Christ, est le signal d'une rénovation sociale. Remarquez encore, pour plus de certitude, que le prophète D.-M.-P. Ravot s'est contenté d'annoncer la merveille nouvelle sur une feuille sans éclat, dans le modeste *Messager de la Haute-Marne*.

Voici le nouvel évangile selon saint Ravot, D.-M.-P.

Au Rédacteur du MESSAGER DE LA HAUTE-MARNE.

« Monsieur,

» Il y a quelques jours je fus appelé pour un accouchement à la ferme de la Combe-aux-Vaches, faisant, je crois, partie de l'arrondissement de Langres. La jeune fermière, après un travail des plus douloureux et qui n'a pas duré moins de vingt-quatre heures, a mis au monde un enfant du sexe féminin parfaitement constitué, mais portant à l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale une sorte d'appendice charnu d'une longueur de 12 à 15 millimètres environ, et terminé par un œil véritable recouvert d'une épaisse paupière.

» Ce n'est que dix jours après la naissance du sujet que j'ai pu constater l'existence de cet œil phénoménal. La pupille, très peu dilatée, m'a paru douée d'une grande sensibilité. Au simple contact du cheveu le plus délié, la prunelle se recouvre à l'instant d'une membrane contractile. J'ai constaté qu'il n'existe aucun rapport entre les deux yeux de la tête et cet œil anormal, qui peut rester ouvert pendant que les autres sont fermés, *et vice versâ.*

» Il n'a pas été possible de cacher longtemps à la mère l'existence d'une telle monstruosité; heureusement elle ne s'en est point affectée autant qu'on pouvait le craindre.

» Elle nous a fait l'aveu que, pendant sa grossesse, elle avait lu un ouvrage dont elle ne se rappelait ni le titre ni l'auteur, ouvrage où il était dit qu'un jour les hommes auraient tous un prolongement de l'épine dorsale en forme de queue avec un œil au bout, que cette idée l'avait fort occupée, et qu'elle en avait même désiré la prompte réalisation en vue des immenses avantages qu'on pourrait en retirer. Nul doute qu'un vif désir de cette jeune femme, joint à une imagination active, n'ait produit ce phénomène surprenant.

» Pour moi, j'ai toujours pensé, bien que je ne sois en aucune façon partisan des idées phalanstériennes, que le désir et le besoin sont les seules causes de la génération des organes, ainsi que l'a prétendu notre grand naturaliste Lamarck. J'ai cru, monsieur le Rédacteur, qu'il était bon de porter à la connaissance du public un fait aussi extraordinaire, qui prouve combien la nature est bizarre dans ses productions.

» Veuillez agréer, etc. RAVOT, D.-M.-P. »

Pourriez-vous, mon cher confrère, douter encore, après avoir lu ces paroles, de l'existence d'une vraie queue ornée d'un vrai œil! Je ne le pense pas. Quant à moi, je m'incline avec bonheur devant la *bonne nouvelle*, et je m'écrie, non plus : Vive Jésus, vive sa croix! mais bien, abjurant mon passé : Vive Ravot, vive sa queue!

Comme tous les grands hommes, Ravot ne s'est point borné à décrire ce qu'il a vu; il y a encore ajouté des commentaires pour le bonheur et l'édification du genre humain.

Par exemple, vous n'apprendrez pas sans une grande satisfaction que « le désir et le besoin sont les seules causes de la génération des organes! » Quelle bonne découverte! Mais je crains que notre vénéré confrère n'ait pas tout dit sur ce sujet; je me rappelle parfaitement d'avoir désiré ardemment pendant mes quinze premières

consulter M. le professeur Bonnet au commencement du mois de juillet 1849 pour un rétrécissement consécutif à un phimosis congénital, et qui avait résisté à un traitement par la dilatation, poursuivi sans relâche pendant une année entière. Cette coarctation, qui impressionnait plutôt fâcheusement son moral qu'elle ne portait obstacle à l'émission des urines, se trouvait située à 13 centimètres de profondeur, et était constituée par une série de rétrécissements en forme d'entonnoir, et dont la disposition fut reconnue par le porte-empreinte. M. Bonnet essaya de la traverser avec des sondes métalliques en commençant par une de 3 millimètres de diamètre, et, malgré tous ses efforts, il ne put jamais, à leur faveur, ni la franchir, ni même la pénétrer. Il se décida à user alors de la dilatation temporaire et progressive avec des bougies en gomme élastique; mais telle était la nature de ce rétrécissement que, tantôt le bec d'une de ces sondes coniques de 3 millimètres de diamètre pénétrait à travers la coarctation sans jamais cependant la franchir, et d'autres fois l'on restait cinq à six jours sans pouvoir retrouver la bonne voie qui devait conduire la sonde dans l'intérieur du rétrécissement.

Dans cette situation aussi pénible pour le malade que fatigante pour l'opérateur, et qui rendait la dilatation impossible, M. Bonnet songea à faire l'incision de ce rétrécissement d'avant en arrière avec son scarificateur perforé. Dès qu'il put introduire, le 4 août, dans cette coarctation, à la faveur d'une sonde en gomme élastique percée à ses deux extrémités, un des bouts du stylet conducteur de l'instrument, il s'en servit pour diriger une section d'avant en arrière de toute la portion de la coarctation, dans laquelle s'était engagée l'extrémité du fil conducteur.

Le malade ne fut pas très fatigué des suites de cette opération; il survint de la fièvre, mais elle disparut bientôt. Cinq jours après, on en vint à la dilatation temporaire et progressive; et comme il restait encore une partie du rétrécissement qui n'avait pu être sectionnée, on en fit l'incision le 5 septembre d'après les mêmes principes que précédemment. Cette section, beaucoup plus étendue que l'autre, fut accompagnée d'une hémorrhagie assez abondante qui persista deux jours. Quelque temps après, on reprit la dilatation avec les sondes de Mayer; le malade la supporta très bien, et prit congé de M. Bonnet le 8 octobre, pouvant librement uriner et introduire dans sa vessie une sonde de 8 millimètres de diamètre.

Obs. II. — *Rétrécissement du canal de l'urètre situé à 12 centimètres 1/2 de profondeur. Traitement par la dilatation. Insuccès. Incision de la coarctation d'avant en arrière. Guérison.*

M. L..., chef d'escadron, âgé de quarante-huit ans, était affecté depuis bon nombre d'années d'un de ces rétrécissements du canal de l'urètre qui, par leur étroitesse, leur longueur et la densité de leurs parois, résistent à toutes les méthodes de traitement généralement mis en usage. M. L... s'était mis, en effet, entre les mains de chirurgiens habiles, et, malgré toutes leurs tentatives, ils n'avaient jamais pu franchir le rétrécissement qu'à l'aide de bougies en gomme élastique excessivement fines. L'urine ne coulait qu'avec beaucoup de difficulté, et il fallait à ce malade un temps énorme pour débarrasser sa vessie de la quantité de liquide qu'elle contenait.

M. Bonnet, après s'être assuré par le porte-empreinte que cette coarctation siégeait à 12 centimètres 1/2 de profondeur, essaya inutilement de la franchir avec des sondes en gomme élastique. Il ne fut même jamais assez heureux pour la pénétrer avec une bougie de 3 millimètres de diamètre. La dilatation ne pouvant être exécutée avec avantage, puisque, répétée chaque jour pendant un mois, elle n'avait donné aucun bon résultat, M. Bonnet, sollicité d'une autre part, par M. L..., qu'un congé près d'expirer forçait à partir, résolut d'en faire l'incision à l'aide de son scarificateur.

Le 8 mai, la section fut opérée d'après le procédé décrit plus haut, et immédiatement après une sonde de 8 millimètres de diamètre pénétra dans la vessie. Les suites de cette opération ne furent nullement graves; l'hémorrhagie fut très peu abondante, et la fièvre qui en résulta ne fut pas de longue durée. On procéda peu de jours après à la dilatation graduée suivant les principes de Mayer, et M. L... put aller rejoindre son régiment le 25 mai, urinant avec une grande liberté et introduisant facilement dans sa vessie une sonde de 8 millimètres de diamètre.

— Les deux observations que je viens de rapporter sommairement prouvent assez, ce me semble, l'inefficacité, dans quelques cas, des méthodes ordinaires de traitement. En effet, la dilatation, tentée dans ces deux faits pendant un temps considérable, a toujours été infructueuse; et l'incision, exécutée avec les scarificateurs connus, ne pouvait être accomplie, puisque jamais on n'a pu introduire dans leur intérieur des instruments métalliques aussi petits que possible. On aurait eu, je crois, beaucoup de peine à guérir ces malades par les procédés généralement mis en usage; et, sous ce rapport, ces deux faits, ajoutés à ceux que j'ai déjà fait connaître, montrent qu'à l'aide du scarificateur perforé on peut vaincre des difficultés probablement insolubles avec les instruments connus.

R. Philipeaux,
Interne à l'Hôtel-Dieu.

HOPITAL DES PHTHISIQUES DE LONDRES.

M. Thompson.

Sur l'utilité du trisnitrate de bismuth dans la diarrhée qui accompagne la phthisie.

Parmi les complications de la phthisie pulmonaire, la diarrhée est une des plus fréquentes et des plus fâcheuses, aggravant matériellement les souffrances et accélérant la fatale issue de cette maladie; et, comme elle n'offre en revanche aucune utile compensation, il y a lieu de chercher dans tous les cas à la mitiger ou à la guérir. Les moyens ordinaires de traitement ne sont toutefois satisfaisants en aucune manière, les plus doux échouant souvent à modérer et les plus actifs à faire disparaître le désordre; bien plus, quand la diarrhée cède à leur usage, il peut s'ensuivre les inconvénients d'une constipation opiniâtre, ou même de plus grands périls encore, comme lorsqu'on a prescrit l'acétate de plomb, le plus puissant de tous ces moyens.

C'est donc avec une grande satisfaction que j'ai à relater les effets d'un remède que j'ai employé habituellement dans ces douze derniers mois sans avoir observé dans aucun cas le moindre inconvénient de son usage. Ce remède est le trisnitrate de bismuth. J'ai conservé les notes de 21 cas dans lesquels il a été administré; sur ce nombre, il y avait 18 phthisies à divers degrés et 3 bronchites. Chez 15 de ces malades, la diarrhée a été entièrement dissipée; chez 4 autres, il y a eu un bénéfice temporaire, et le remède n'a été trouvé inefficace que dans deux cas. Dans l'un de ces deux cas, les évacuations n'offraient aucune apparence de bile; dans l'autre, un cas de phthisie au dernier degré, la diarrhée durait depuis deux ans.

Dans les cas où le soulagement a été seulement temporaire, les déjections étaient pour la plupart noires et irritantes.

Enfin, dans les 15 cas de succès complet, la durée de la diarrhée variait de six jours à trois mois, et le nombre des selles était par jour de trois à treize. Une amélioration marquée se manifestait d'ordinaire dès la deuxième dose, et la diarrhée était presque invariablement dissipée en moins d'une semaine.

Dans quatre de ces cas où le remède montra son efficacité, les forces des malades avaient été rapidement en déclinant. Chez le premier, la bouche était aphtheuse. Le second était un enfant d'un an, chez lequel la diarrhée avait persisté un mois, et qui mourut trois semaines après qu'on l'eut arrêtée. Le troisième était un enfant de trois ans; la diarrhée, qui datait de plusieurs mois, fut rapidement enlevée par le bismuth; mais le petit malade succomba à la phthisie environ quinze jours après. Le quatrième cas concerne une jeune femme de dix-neuf ans qui avait la diarrhée depuis un mois. Le trisnitrate de bismuth en vint à bout: la malade ne survécut que deux mois. On peut raisonnablement présumer que, dans plusieurs cas, il y avait des ulcérations dans les intestins; mais, comme la plupart des sujets étaient des malades du dehors. je ne pus vérifier cette présomption par l'autopsie.

J'administrai le remède aux adultes à la dose de 5 grains, ordinairement combinés avec 3 grains de gomme arabique et 2 grains de magnésie, et à des intervalles de quatre à six heures. On peut en donner sans crainte de plus fortes doses, et réussir avec les doses moindres; mais je considère la dose de 4 à 5 grains comme la mieux appropriée à l'indication.

Le nitrate de bismuth a été, si je ne me trompe, introduit pour la première fois dans la pratique il y a une cinquantaine d'années, comme un remède pour la gastralgie, par Odier et de La Roche, de Genève, qui pensaient qu'il exerçait une action sédative sur les nerfs de l'estomac. Les observations de ces médecins furent confirmées par Baumes, Méglin, Laënnec, Guersant et d'autres en France, et par Gumprecht Reil, Kopp et Schmiptmann en Allemagne. Mais nonobstant les recommandations de Bardslen et de Clarke, il s'écoula un temps considérable avant que son utilité, dans cette affection, fût appréciée en Angleterre.

En 1831, le docteur Léo, de Varsovie, a employé le bismuth comme un remède contre la diarrhée et les vomissements dans le choléra. Son exemple fut suivi en diverses parties du continent, mais avec des résultats douteux. A Posen, par exemple, on dit qu'il a été utile, tandis qu'à Dantzig il aurait échoué.

Un compte-rendu signé Constant, dans la *Gazette médicale* de 1833, où l'on trouve 2 cas de diarrhée opiniâtre non fébrile chez des enfants heureusement traités par Guersent, est le document le plus récent que je connaisse sur cette propriété du bismuth. Il n'a cependant pas fixé l'attention d'une manière spéciale, et j'aurais probablement différé des essais suivis sur ses vertus thérapeuthiques, sans les opinions qui m'ont été exprimées sur ce sujet par mon ami le docteur Lombard, de Genève. Son expérience favorable à l'emploi de ce médicament dans le traitement général du relâchement des intestins m'a déterminé à vérifier son efficacité dans la diarrhée qui accompagne la phthisie, et le résultat de mes essais est la conviction que c'est la forme de diarrhée à laquelle le bismuth est spécialement applicable, et que, sous le double rapport de l'efficacité et de l'innocuité, il l'emporte sur les remèdes le plus généralement adoptés dans cette affection. En retardant cette communication, j'aurais pu traiter ce sujet avec plus de détails, déterminer quelques-unes des conditions qui indiquent l'emploi du bismuth, et hasarder mes conjectures touchant son mode d'action, mais les motifs de mon opinion favorable paraissent assez forts pour m'engager à ne pas perdre de temps pour recommander à mes confrères l'essai d'un remède qui, s'il réussit aussi bien entre leurs mains qu'entre les miennes, sera appelé à rendre des services tout particuliers dans une maladie des plus affligeantes. (*Medico-chirurg. transactions*, et *Revue médico-chirurgicale*.)

Considérations sur les engorgements de l'utérus.

Par M. HUGUIER.

Nous publions aujourd'hui toute la partie pratique du discours de M. Huguier, dont il nous avait été impossible de saisir à la simple audition les détails minutieux.

Après avoir résumé succinctement les discours des précédents orateurs et avoir montré que les auteurs n'ont pas nettement défini ce qu'il faut entendre par engorgement, M. Huguier décrit ainsi cet état :

Si les auteurs ne nous ont pas dit ce que l'on doit entendre par engorgement, expression dont ils se servent cependant très souvent, les anatomo-pathologistes de nos jours ont, par une sorte de consentement tacite, désigné sous ce nom l'état d'un organe dans lequel depuis un temps assez long la forme est plus ou moins altérée, la consistance augmentée ou diminuée; le volume plus considérable; les membranes épaissies, ramollies ou indurées; les vaisseaux artériels, veineux ou lymphatiques dilatés ou oblitérés dans certains points, développés jusqu'à l'exubérance hypertrophique; dans d'autres, le tissu propre, lorsqu'il en existe un, plus ou moins hypertrophié, quelquefois atrophié et ramolli, le tout réuni par un tissu cellulaire dont les lames sont épaissies, opaques, blanchâtres, et les aréoles remplies d'une sérosité souvent opaque, lactescente ou d'un jaune roussâtre et en général plus épaisse qu'à l'état normal, état qui existe sans réaction directe bien prononcée sur le reste de l'économie.

Altération idiopathique consécutive ou concomitente; d'au-

---

années, passées assez tristement dans les tourelles d'un vieux castel, d'avoir, dis-je, désiré posséder des ailes, au risque même de les voir se fondre au soleil comme celles d'Icare, une fois que je serais transporté quelque part où je pusse humer un peu d'air et de liberté. Malheureusement j'ai épuisé en vain tout ce que j'avais d'ardeur désirante ; il ne m'est pas poussé le moindre vestige de l'organe tant convoité. Il doit évidemment y avoir une certaine manière de désirer pour obtenir la génération des organes, et non moins évidemment le prophète Ravot, n.-m.-p., doit connaître cette manière. Je le supplie humblement, au nom du bonheur public, de vouloir bien nous la faire connaître.

Autre question non moins importante, et sur laquelle je serais bien heureux que le nouvel élu de Dieu voulût bien s'expliquer.

Il existe une fille à queue phalanstérienne, voilà qui est bien. Mais cette fille suffira-t-elle, soit avec le concours, soit sans le concours d'un bipède sans queue, pour perpétuer la race fouriériste ? Ou bien sera-t-il nécessaire qu'elle attende l'arrivée d'un mari caudifère. On comprend combien il importe pour le public d'être édifié sur ce point; car enfin, de la réponse à cette question dépend la réalisation immédiate du rêve doré de Fourier et notre bonheur à tous.

— Que vous dirai-je, mon cher confrère, après vous avoir entretenu d'un fait aussi important pour l'avenir de l'humanité ! Oserai-je vous parler des cures sans pareilles dont les *célébrités médicales* de Rome et d'Amiens nous envoient la relation par l'intermédiaire du *Constitutionnel* ? Sans doute, ce sont encore là des merveilles ; mais il est des degrés à tout, ainsi que le disait le président des assises de Rouen à M. Al. Dumas, et l'on ne peut se dissimuler que la guérison de quelques malades est vraiment bien peu de chose en comparaison d'une queue phalanstérienne. Ce n'est pas cependant que ces guérisons n'aient produit à Rome une grande sensation, puisque le correspondant du *Constitutionnel* en parle dans les termes suivants : Après avoir fait l'énumération des acteurs, des joueurs d'orgues et autres bateleurs dont Rome jouit en ce moment, le correspondant ajoute,

« Il se trouve ici, depuis quelques jours, le célèbre magnétiseur, M. Ch. Lafontaine. Il a donné avant-hier une séance de magnétisme curatif appliqué aux organes de l'ouïe, et après une courte injection du fluide magnétique, il est parvenu à faire percevoir très distinctement des sons à deux sourds-muets, l'un âgé de trente-trois ans et l'autre de trente. Toutes les célébrités médicales de Rome s'étaient donné rendez-vous dans son salon. L'autorité ecclésiastique s'est opposée à ce qu'il donnât une séance publique. »

Si le correspondant avait été plus au courant des talents du célèbre magnétiseur, il aurait ajouté qu'à Paris l'illustre guérisseur rendait complétement l'ouïe et la parole à tous les sourds-muets qui se présentaient à lui, et ce même correspondant se serait étonné que le magnétisme, à Rome, eût borné ses succès à rendre un peu sensible l'oreille de deux infirmes. Il paraît, néanmoins, que les *célébrités médicales* de la ville éternelle ont été très satisfaites de la représentation.

Qu'aurait-ce été si elles avaient assisté aux exploits qu'un journal de la Somme nous annonce aujourd'hui en ces termes :

« Pendant son séjour dans notre ville, M. le docteur Mène, rue Jacob, n° ..., à Paris, a rendu l'ouïe à plusieurs sourds de naissance et même d'avant la naissance. »

On ne dit pas à l'aide de quels moyens ces grrrrands succès ont été obtenus ; mais si ce n'est pas à l'aide du magnétisme, je plains sincèrement M. Ch. Lafontaine, et j'aime à croire que les célébrités médicales de Rome exprimeront à leur hôte illustre leurs condoléances et les miennes.

Voilà, mon cher confrère, des faits qui, dans tout autre temps, mériteraient au plus haut point notre admiration, mais qui, en présence de la queue phalanstérienne, ne méritent même pas d'être mentionnés ; aussi ne vous en parlerai-je pas davantage.

— Je vous demanderai, par exemple, votre avis sur un point de physiologie assez intéressant, car ceci est de la science, et la science, même sous le règne de la queue cyclopéenne, ne doit jamais perdre ses droits. Cette question a d'ailleurs été posée déjà dans un journal d'une autre spécialité, et je ne fais que la reproduire ici, dans la crainte qu'elle ne soit pas tombée sous les yeux des hommes compétents. Voici d'abord les faits qui l'ont provoquée :

Pour si peu que vous alliez à l'Opéra-Comique, vous avez certainement admiré cette charmante sirène qui a nom Mme Ugalde, et vous a été étonné et charmé tout à la fois de ces vocalises ravissantes qui semblent être un merveilleux défi jeté au roi des rossignols. Mais ce que vous ne savez peut-être pas, c'est que Mme Ugalde, au lieu du soprano que vous lui connaissez, possédait jadis un contr'alto non moins remarquable dans son genre. Une nuit de noces a opéré cette transformation étonnante, à laquelle heureusement le public n'a rien perdu. Mme Ugalde s'endormit ou ne s'endormit pas contr'alto et se réveilla ou se leva soprano. Voilà pour la première phase du phénomène.

La seconde, qui n'est pas moins curieuse, est tout à fait inverse. Il paraît que, depuis quelque temps, le soprano de Mme Ugalde passe au contr'alto à grands pas, sans qu'aucune raison apparente vienne rendre compte de cette curieuse transformation.

Je serais donc très curieux de savoir si les secrets de la physiologie pourraient expliquer un phénomène aussi intéressant.

Je dois vous avouer que je me suis fait là-dessus une petite théorie qui me semble fort gentille ; mais comme je n'ai pas une autorité suffisante en physiologie, je ne me permettrai pas de la mettre au jour ; et j'aime mieux faire appel aux connaissances pratiques et expérimentales de mon savant ami Longet, qui a étudié avec tant de sagacité tous les courants électro-magnétiques, ou à celles de M. le docteur Segond, qui est si familier avec les ressorts les plus cachés de la voix.

X...

tres lésions, telles qu'ulcères, fistules, rétrécissements, tubercules, varices, lymphite, etc., etc., et qui est plus ordinairement accompagné d'une augmentation de sécrétion.

Or, si nous pouvons prouver que cette altération complexe et intermédiaire à l'inflammation chronique et à l'hypertrophie simple existe sur l'utérus, nous aurons démontré l'engorgement de cet organe.

Mais, avant d'entrer en matière et de démontrer matériellement l'existence de l'engorgement, disons deux mots des dispositions anatomo-pathologiques qui favorisent le développement de cette affection.

Ici l'orateur entre dans des détails nombreux sur les conditions anatomiques et physiologiques de l'utérus et de ses annexes, sur leur développement, et, après avoir montré comment ces conditions diverses doivent favoriser l'engorgement, il continue ainsi :

Ces préliminaires posés, entrons dans le cœur de la question.

Notre honorable collègue M. Velpeau a dit qu'il n'alt l'existence de l'engorgement du corps de l'utérus, parce qu'il n'en avait jamais observé et qu'il défiait qu'on lui en montrât un exemple sur le cadavre.

C'est là, Messieurs, une manière d'envisager les questions scientifiques qui peut mener à beaucoup d'erreurs; où en serait la science si les hommes, même les plus expérimentés, comme l'est M. Velpeau, se croyaient en droit de nier les faits les mieux constatés par cela seul qu'ils ne les ont pas observés? Il vous faudrait dès aujourd'hui rayer de vos cadres nosographiques près d'un tiers des maladies sur l'existence desquelles on ne peut établir de doutes; mais, dit notre savant collègue, montrez-moi un exemple sur le cadavre? A cela, nous répondrons :

1° Que l'engorgement utérin ne fait pas mourir et qu'il est à cause de cela très rare de le rencontrer sur le cadavre;

2° Qu'existât-il, à moins que la mort ne soit très rapide, comme nous en avons observé des cas, l'engorgement de l'utérus disparaît dans les derniers instants de la vie, semblable en cela aux engorgements durs et hypertrophiques des lèvres buccales, du nez, des oreilles, des lèvres vulvaires, du prépuce, du scrotum et des jambes, que déterminent souvent les eczéma chroniques, le lupus, le lichen agrius, les ulcères atoniques et variqueux, les chancres indurés et les engorgements des ganglions lymphatiques; disparition qui est souvent si complète qu'arrivé à l'amphithéâtre on se demande si le cadavre que l'on a sous les yeux est bien celui de l'individu auquel on a donné des soins; et, pour le cas particulier qui nous occupe, plusieurs fois il m'est arrivé, quelques jours avant la mort, de mesurer les dimensions de col et de corps d'utérus engorgés dans les précipitations complètes ou presque complètes, et à l'autopsie j'ai trouvé une diminution de plus d'un tiers dans toutes les dimensions; la couleur et la consistance des parties étaient presque redevenues normales, et cependant je ne pouvais douter de l'état d'engorgement des parties, puisqu'elles avaient été exposées pendant longtemps sous mes yeux et soumises à tous mes moyens d'investigation.

Rien n'est commun comme l'engorgement de la totalité de l'utérus et même de ses ligaments dans les descentes et précipitation de la matrice.

Si j'eusse connu le défi fait à la science par M. Velpeau, eu cas si malheureusement remarquable rapporté par M. Moreau j'en eusse ajouté plusieurs autres, dont quatre ont été conservés dans l'alcool; les voici : ils furent recueillis, deux sur deux femmes qui moururent dans mon service à l'hôpital de Lourcine, l'une d'apoplexie, l'autre d'une double pneumonie.

Disons maintenant quelles sont les altérations que la dissection et les recherches microscopiques nous ont fait rencontrer sur des utérus partiellement ou totalement engorgés, soit que les pièces aient été trouvées sur le cadavre, soit que nous les ayons enlevées sur la femme vivante; pour mettre plus d'ordre et de précision dans cette énumération, nous allons passer successivement en revue chacun des tissus qui composent l'organe.

1° Membrane muqueuse.

Cette membrane est souvent épaissie, injectée, plus rouge et ramollie; quelquefois même elle est devenue fongueuse et présente des excroissances comparables à ces fongosités mollasses et cellulo-vasculaires qui naissent du fond des vieux cautères. Elle offre quelquefois une foule de petites tumeurs de nature très différente, qu'on a désignées sous la dénomination vague de granulations; dans d'autres circonstances, principalement lorsque l'utérus est abaissé vers l'ouverture vulvaire, elle est plus épaisse, plus dense, moins vasculaire, au moins à la surface.

Son épiderme est fréquemment détruit, surtout sur le col et au niveau de l'orifice vaginal; c'est au point, avons-nous dit, que tous les auteurs d'anatomie descriptive, sans en excepter le dernier, M. Cruveilhier, ont cru qu'il cessait d'exister en cet endroit; c'est là une des raisons qui font que la moindre pression, le moindre frottement sur le col de l'utérus atteint d'engorgement sont souvent suivis d'un suintement sanguin, non parce que la muqueuse est ulcérée, mais seulement excoriée. Il se passe là ce qu'on observe tous les jours à la surface des vésicatoires.

Ses follicules et ses lacunes cylindriques sont plus développés, forment une saillie souvent très prononcée à sa surface; ils sont hypertrophiés, irrités et sécrètent en plus grande abondance; leur orifice, visible à l'œil nu, est souvent très agrandi et ulcéré; la cavité des follicules est dilatée par son mucus; enfin, ceux-ci sont quelquefois véritablement enflammés, bien que la muqueuse ne le soit pas.

Les fibres du tissu cellulaire proprement dit qui entre dans la composition de cette membrane sont plus souples, plus pâles, comme empâtées; elles sont rouges, moins régulièrement disposées en faisceaux onduleux.

Les fibres du tissu fibro-plastique, qui, par une exception toute particulière, comme l'a démontré M. Robin, entre pour près de la moitié dans la composition de cette membrane, ainsi que leurs noyaux, ont pour la plupart augmenté de volume; elles sont plus pâles et plus transparentes.

Le système capillaire de cette membrane est visible à l'œil nu.

Tissu propre ou charnu. — En général, plus épais, moins pâle, légèrement rosé, plus mou, ne crie plus sous le scalpel; il est comme légèrement infiltré; ses fibres sont plus distinctes, moins serrées, moins étroitement unies; la ligne de démarcation qui le sépare de la muqueuse est plus tranchée.

Vaisseaux. — Les artères sont généralement plus développées; il en est même qui offrent des dilatations très visibles à la loupe au niveau de leurs flexuosités; mais les principaux changements s'observent dans les veines; la plupart sont largement agrandies; plusieurs offrent çà et là des rétrécissements et des dilatations dans lesquelles on trouve du sang fluide coagulé ou de véritables concrétions fibrineuses.

Les vaisseaux lymphatiques eux-mêmes sont plus fluxueux, offrent plus de volume et se rendent dans des ganglions légèrement engorgés, plus développés qu'à l'état normal; c'est ce que nous avons pu constater sur les malades dont nous avons fait les autopsies.

Tissu cellulaire. — Celui que l'on trouve autour du col, le long des parties latérales du corps, autour des trompes, est le plus souvent altéré; ses lamelles sont plus épaisses, blanchâtres, ont perdu leur transparence; ses mailles, remplies d'une sérosité qui, au lieu d'être terne, incolore et transparente, est plus épaisse; couche blanchâtre, rosée ou jaunâtre, quelquefois même gélatineuse. Celui qui unit le péritoine aux corps est plus épais et d'un blanc grisâtre, ce qui donne à l'utérus un aspect fallacieux; car ce n'est qu'après l'avoir incisé et enlevé qu'on s'aperçoit de l'état hypérémique de l'organe. Le péritoine lui-même est plus épais.

Enfin, la *matière organique amorphe*, composée de granulations moléculaires, matière qui non-seulement réunit entre eux les divers tissus qui composent l'utérus, mais encore les éléments organiques de ces tissus, est beaucoup plus abondante que dans l'état normal et que dans les parties simplement enflammées. Somme toute, l'augmentation de volume dans l'engorgement de l'utérus ou de l'une de ses parties tient à plusieurs causes :

1° A l'augmentation de la matière amorphe, de la sérosité contenue dans les mailles du tissu cellulaire, du mucus accumulé dans les cavités de l'organe et des follicules même qui le produisent, de la lymphe et du sang contenus dans les vaisseaux lymphatiques et sanguins;

2° A la présence de concrétions fibrineuses dans ces derniers, mais plus particulièrement dans les veines;

3° A un certain degré d'hypertrophie de la plupart des tissus qui le composent.

Pour ne pas fatiguer l'Académie, je passerai sous silence les altérations concomitantes des annexes.

Cette altération complexe, qui existe en quelque sorte d'une manière idiopathique sur les divers éléments anatomiques de l'organe gestateur, sans chaleur, sans douleur dans l'utérus, sans réaction directe sur le reste de l'économie, ne peuvent que prendre le nom d'engorgement, qui ne préjuge, rien qui ne peut jeter le praticien dans une fausse voie thérapeutique, et qui le met si bien sur la trace du mécanisme de son développement; car, il faut bien le reconnaître, si l'engorgement de l'utérus n'est pas l'inflammation de cet organe, il en est souvent la conséquence, surtout lorsque celle-ci est passée à l'état chronique et a récidivé plusieurs fois, ce sont deux états qui n'ont pas de limites bien tranchées, et qui se compliquent souvent l'un l'autre. L'engorgement de l'utérus est à la métrite ce qu'est l'engorgement du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau aux parties qui ont été souvent le siége d'érysipèle, de lymphite et de phlébite capillaires.

Sur un total de 2,527 malades que j'ai soignées, tant à l'hôpital de Lourcine qu'à Beaujon, et dont je possède les observations, sans y comprendre les malades de la consultation, qui n'ont fait que passer sous mes yeux, ni celles de ma clientèle particulière, j'ai trouvé sur ce total, dis-je, de 2,462 observations de maladies de femmes, 131 cas d'engorgement de l'utérus seul, bien constatés, ainsi répartis :

Engorgements du corps et du col...	8
Du corps seul...	13
Du col seul...	106
Cas indéterminés...	4

Mais ce ne sont pas les seules espèces que l'on doive admettre d'après l'étendue, l'engorgement peut sortir des limites de l'utérus et envahir les annexes, comme nous avons pu nous en convaincre par notre propre observation, par celles de Dugès et de madame Boivin, sous le nom de fixité de l'utérus, engorgement qui succède souvent à la métrite, qui a été si bien décrite par M. Chomel sous le nom de métrite post-puerpérale, et par M. Nonat sous celui d'inflammation des tissus péri-utérins.

Non-seulement pour être dans le vrai il faut admettre des engorgements du col, du corps, de la totalité de l'organe, du corps et des tissus péri-utérins, mais encore des engorgements qui varient suivant le tissu principalement altéré et la nature de la cause qui les détermine. Ainsi il faut reconnaître, et cela parce que les faits l'ont démontré, des engorgements :

1° Complexes;
2° Fongueux;
3° Œdémateux;
4° Variqueux,

qui ont tous les caractères propres que nous ne pouvons décrire ici, n'ayant pas la prétention de faire à l'Académie une leçon sur les engorgements utérins.

Suivant la nature de la cause, il faut reconnaître des engorgements :

1° Essentiels;
2° Syphilitiques;
3° Dartreux;
4° Diphthéritiques.

Sans parler de ceux qui sont concomitants et consécutifs de diverses lésions de l'utérus, que nous passerons sous silence pour ne pas sortir des limites des débats, existe-t-il des engorgements de l'organe? sont-ils fréquents?

A cet égard, je poserai la proposition suivante, presque inverse à celle de M. Velpeau : les engorgements de l'utérus, mais principalement ceux du col, sont, après la métrite subaiguë, la métrite chronique et la folliculite utérine, les affections les plus fréquentes de cet organe dans les grandes villes.

Diagnostic d'avec les autres maladies de la matrice.

Ce ne sont pas, comme on le dit, les déviations, et surtout les incurvations de l'utérus, antéflexion, rétro-flexion, qui ont été prises le plus souvent pour des engorgements utérins; l'anté et la rétroflexion sont pour cela des maladies trop rares comme nous le démontrerons dans la prochaine séance.

Quant aux déviations de l'utérus, anté et rétroversion, il est possible qu'à cause de leur fréquence, elles aient été quelquefois prises pour l'engorgement utérin et traitées comme telles; mais soyez convaincus que cette erreur n'a pas été faite aussi souvent qu'on le dit. Les caractères de ces affections sont tellement différents de ceux de l'engorgement qu'il faut plus que de la légèreté pour la commettre.

Savez-vous quelles sont les maladies que les jeunes praticiens, ou ceux qui n'ont pas une grande expérience à cet égard prennent pour l'engorgement? ce sont toutes celles qui forment tumeur, surtout lorsqu'elles siégent vers l'union du col avec le corps, et que ces deux parties se trouvent développées. Ce sont, en un mot, l'hyperthrophie locale ou générale de l'organe, les polypes, les tumeurs fibreuses, les kystes muqueux intra-utérins ou extra-utérins, lorsqu'ils existent en assez grand nombre sur le col: les kystes séreux sous-péritonéaux, péritonéaux et tubaires, quelquefois les kystes avariques; les rétentions dans l'utérus du sang liquide coagulé, ou des concrétions fibrineuses de la matière tuberculeuse; la rétention du mucus dans les cavités du col ou du corps, des tumeurs hydatiques, des grossesses extra-utérines, etc., toutes affections qui, prises isolément, sont plus rares que les déviations de l'utérus, mais dans leur ensemble sont plus fréquentes, et surtout ressemblent beaucoup plus à l'engorgement.

Une disposition de l'organe gestateur que l'on prend plus souvent qu'on ne le pense pour un engorgement, c'est l'état de l'utérus pendant les deux ou trois premiers mois de la grossesse, lorsque les femmes ont ou croient avoir intérêt à la cacher.

On confond encore assez souvent le cancer squirrheux ou l'encéphaloïde à leur début avec l'engorgement du col ou du corps; mais ici ce n'est pas toujours par ignorance, mais bien à cause des difficultés du sujet, difficultés que l'on peut lever en enlevant une petite portion de la tumeur pour l'étudier au scalpel et au microscope.

CORRESPONDANCE.

Contagion du choléra.

Nous publions aujourd'hui, malgré son étendue, la lettre de notre honorable confrère M. Brochard, auquel nous tenons à donner une nouvelle preuve de notre impartialité. Nous espérons, toutefois, qu'il nous permettra de terminer là une discussion qui ne pourrait plus produire que la répétition des mêmes arguments, et par conséquent rien apprendre de plus à nos lecteurs.

Nous ne discuterons pas phrase par phrase toute la lettre de notre distingué confrère; nous avons déjà eu le tort d'être trop long la dernière fois.

Nous nous contenterons de lui rappeler que tous les épidémiographes impartiaux ont insisté sur l'immense difficulté de distinguer, dans les faits particuliers, l'influence épidémique de l'influence contagieuse; ce n'est que par l'étude des faits généraux que l'on peut espérer d'établir nettement cette distinction. Or, ces faits sont ici de la plus lumineuse évidence. Rien que dans les grandes capitales de Paris, de Londres, de Berlin, de Vienne et de Saint-Pétersbourg, les personnes, médecins, sœurs et infirmiers qui ont donné des soins assidus aux cholériques forment une population de près de 20,000 âmes; eh bien! cette population de 20,000 âmes a offert exactement la même proportion de cholériques que toute autre classe d'individus, propriétaires, banquiers, militaires, etc. La dernière phrase de la lettre de M. Brochard semblerait insinuer qu'il en a été différemment cette année. Nous démontrerons prochainement, par des relevés exacts, que ce fait, qui s'est produit en 1832, s'est renouvelé exactement en 1847, 1848 et 1849.

Prétendre maintenant que les médecins, les sœurs et les infirmiers ne s'imprègnent pas d'une dose suffisante de miasme cholérique, c'est, selon nous, se retrancher dans une hypothèse qui nous semble complétement inadmissible. Si, ce que nous n'admettons nullement, cette observation était juste en ce qui concerne les médecins, qui voient des cholériques toute la journée, mais qui restent peu de temps avec eux, nous ne croyons pas qu'il soit possible de l'appliquer aux sœurs et aux infirmiers. Si quelqu'un s'imprègne de miasmes cholériques, c'est assurément les individus de ces deux catégories.

Pour nous, en présence de ce fait général, qui s'est produit à deux époques diverses et dans des pays si divers, des faits particuliers ne peuvent absolument rien prouver; ils ne peuvent servir qu'à embrouiller une question qui est parfaitement claire, quand on l'envisage à son véritable point de vue.

Maintenant, M. Brochard nous adresse beaucoup de pourquoi, entre autres : pourquoi le choléra a-t-il envahi la ville de Nogent, et non pas les environs? Nous n'avons pas la prétention d'en savoir à cet égard plus que notre distingué confrère lui-même. Nous lui ferons seulement remarquer que nous pourrions lui répondre par d'autres pourquoi non moins embarrassants que les siens, sans pour cela avancer d'un pas la solution du problème. Pourquoi, par exemple, en 1832, les environs de Pontoise ont-ils été ravagés par le choléra, et l'hôpital de la ville a-t-il été encombré de cholériques des environs, sans que la ville même ait offert un seul cas de maladie? Ce

pourquoi et beaucoup d'autres analogues ne prouvent absolument rien, si ce n'est qu'en s'en tenant à des faits particuliers, pour résoudre une question de contagion en temps d'épidémie, on ne peut que se fourvoyer plus ou moins complétement.

Quant aux faits qui se sont passés dans l'Orne et l'Eure-et-Loir, il est très possible que les renseignements recueillis par M. Brochard soient plus exacts que les contre-renseignements transmis à l'Académie. Mais, en fût-il ainsi, ces faits particuliers ne sauraient prouver, selon nous, autre chose que l'existence de coïncidences qui ne sont ni plus ni moins singulières, ni plus ni moins inexplicables que les faits observés à la Salpêtrière de Paris, au Pénitencier de Tours, à l'Asile d'aliénés de Clermont, etc., etc.

Nogent-le-Rotrou, 16 octobre 1849.

Monsieur le Rédacteur,

Vous avez mis tant d'obligeance à insérer ma réponse à M. le professeur Rostan que j'aurais mauvaise grâce à ne pas accepter le débat que nécessitent les réflexions dont vous faites suivre ma lettre. Vous me jetez d'ailleurs le gant avec trop de courtoisie pour que je ne m'empresse pas de le relever.

Il était bien loin de ma pensée d'aborder la question de la contagion du choléra dans un journal scientifique aussi haut placé; mais, comme vous terminez vos réflexions en disant que vous ne comprenez pas qu'on puisse conserver la moindre idée de contagion en présence des faits que vous avez cités et que moi je crois tout à fait le contraire, il me semble que je ne puis garder le silence. Si, en effet, je me taisais, monsieur le Rédacteur, vos nombreux lecteurs pourraient croire que j'accepte vos raisons, et telle n'est pas ma pensée. Je n'ai d'ailleurs nulle envie de rester sous le coup de cette phrase que l'honorable M. Rochoux a prononcée à l'Académie de Médecine le 1er mai : « On observe mieux dans les grandes villes » et surtout à Paris que dans les petites localités; en outre, on y » conclut plus logiquement. » (*Bulletin de l'Académie*, 1849, page 764.) Si j'en crois, monsieur, les communications qui me viennent de tous côtés, je ne serais pas seul de mon opinion et beaucoup de médecins de province ne penseraient pas comme l'Académie. J'espère qu'ils me viendront en aide : je fais ici un appel public à leur complaisance et à leurs lumières.

Vous avez, dites-vous, tant de fois répété et démontré que les faits de simple coïncidence entre l'arrivée du choléra et l'arrivée dans une localité de voyageurs venant de lieux infectés n'avaient absolument aucune espèce de valeur pour juger la question de la contagion que vous vous dispenserez d'y insister de nouveau longuement.

Je vous demande pardon, monsieur le Rédacteur, de vous faire sortir de la réserve que vous vous étiez imposée; mais, en vertu probablement du principe posé par M. Rochoux, je n'ai pas encore compris vos raisons. Tâchons donc de bien poser la question; ne nous disputons pas sur des mots; précisons les faits, et peut-être ma logique arrivera-t-elle à la hauteur de celle d'un habitant d'une grande ville !

Comme vous, monsieur, je comprends que, dans un grand mouvement de population d'un lieu dans un autre, il est impossible qu'il n'y ait pas de ces faits de simple coïncidence qui ne prouvent rien du tout en faveur de la contagion. Il est impossible, en effet, que le choléra éclate à Lyon un jour où il ne serait arrivé aucun voyageur venant de Paris ou de Marseille, puisque les relations entre ces deux villes sont continuelles; et, le cas échéant, *on aurait tort, selon moi comme selon vous, d'invoquer la contagion*. Il y aurait mille à parier contre un que ce ne serait là qu'un simple fait de coïncidence, et je ne sache pas avoir commis une telle erreur.

Je suis tout à fait de votre avis, et sur ce point encore mes observations viennent confirmer les vôtres, lorsque vous dites qu'il est arrivé très souvent que le choléra s'est développé dans une localité sans que la localité ait eu le moindre rapport avec les lieux infectés, et que d'une autre part des voyageurs venant d'un lieu infecté sont arrivés dans des lieux infectés par le choléra sans y apporter cette maladie, soit que ces voyageurs aient été ou n'aient pas été frappés par l'épidémie. Tout ceci, monsieur, est de la dernière exactitude, et nous y voyons l'un comme l'autre. Si ce n'était le plaisir que j'ai eu à vous lire jusqu'ici, je me demanderais pourquoi vous cherchez à prouver une chose que je ne conteste pas, que je n'ai jamais contestée. M'avez-vous entendu dire quelquefois : « Le choléra se propage toujours par voie de contagion, et ne se propage jamais par voie épidémique? » Renversez le sens de cette phrase, et vous aurez ma pensée fidèlement exprimée; car je crois que le choléra est une maladie épidémique, qui, par conséquent, se propage par voie épidémique; mais je crois aussi que le choléra est contagieux, et que dans des circonstances données, qui sont loin d'être rares, il se propage par voie de contagion.

Ainsi donc, monsieur le Rédacteur, j'accepte tous les faits que vous venez de me citer; je les tiens pour exacts, je les explique comme vous par la marche épidémique du choléra. La contagion n'a rien à faire là; mais vous m'accorderez qu'ils ne prouvent rien contre la contagion.

Malheureusement les réflexions qui suivent font naître une grave dissidence dans nos opinions respectives. Vous ne contesterez pas, dites-vous, la véracité des faits que je cite, mais vous les rangez dans la catégorie de ceux qui doivent arriver nécessairement quelquefois en dehors de toute idée de contagion, et vous trouvez qu'ils n'ont aucune valeur dans la question qui nous occupe. Oh ici, monsieur le Rédacteur, je vous arrête; il faut que nous marchions pas à pas sans nous faire la moindre concession de part et d'autre; c'est le moyen de bien nous comprendre.

Vous reconnaissez comme moi la nécessité de bien distinguer l'influence épidémique de l'influence contagieuse, et en effet toute la question est là. Dans tous les cas que vous venez de citer, l'influence épidémique seule a été mise en jeu; et si le choléra ne s'est pas toujours développé là où sont arrivés des cholériques, c'est que cette maladie n'est pas contagieuse d'une manière absolue, et que d'ailleurs sa contagion ne s'exerce pas nécessairement toujours. Pourriez-vous, monsieur, me citer beaucoup de maladies qui soient contagieuses d'une manière absolue, et dont la contagion s'exerce nécessairement toujours? Où en serait le corps médical?

Eh bien, monsieur, je vais vous faire une concession : je suppose que l'invasion du choléra à Nogent-le-Rotrou soit le résultat de la marche progressive de l'épidémie, et j'admets pour un instant qu'elle ne soit pas le résultat immédiat de l'arrivée des nourrices infectées. Examinons les faits : Le premier cas de choléra se déclara à Nogent le 1er avril, et les autres cas se succédaient avec rapidité dès la première semaine. On aurait remarqué en ville, antérieurement, je crois, quelques cas de cholérine. Il me semble, en effet, que la cholérine est un signe précurseur du choléra; car je suis de ceux qui pensent que le choléra ne débute jamais sans prodromes. Aucun cas de cholérine, aucune diarrhée épidémique n'existaient en ville, ni même dans l'arrondissement. Tous les médecins de Nogent, réunis à la sous-préfecture le 1er avril, ont attesté ce fait d'une manière officielle; il peut donc être acquis à la science. Mais comme il existe des esprits sceptiques, et que vous me paraissez vouloir adopter cette opinion, vous pourriez, et vous en avez le droit, nier cette donnée scientifique, et ne pas m'accorder que le choléra et la cholérine sont deux affections identiques, et que, par conséquent, il n'est pas établi que l'une doive nécessairement précéder l'autre; je vais vous donner une raison qui vous paraîtra peut-être plus convaincante. Vous devez remarquer, monsieur le Rédacteur, que je vous fais bien des concessions.

Si l'invasion du choléra à Nogent-le-Rotrou a été, comme vous le disiez tout à l'heure, le résultat immédiat de l'influence épidémique, je vous demanderai pourquoi il a frappé la ville sans frapper les environs; pourquoi il s'est déclaré chez la nourrice arrivant de Paris et dans le quartier le plus voisin de la ville, quartier dans lequel il n'y a pas eu un seul cas de choléra pendant le cours d'une épidémie de quatre mois; pourquoi les secondes personnes atteintes ont précisément été celles qui avaient donné des soins à la première malade? Je vous demanderai pourquoi le premier cas de choléra a eu lieu dans la commune de Brunelles (Eure-et-Loir), chez une nourrice et un nourrisson arrivant de Paris, et pourquoi la sœur de la nourrice, qui l'a soignée, a *seule* été atteinte dans la commune? Je vous demanderai pourquoi le premier cas de choléra a eu lieu à Condé (Orne), chez une femme qui a lavé le linge provenant d'un cholérique de Nogent? Je vous demanderai pourquoi le premier cas de choléra à Bellême (Orne) a été celui d'une femme arrivant de Paris, et pourquoi le deuxième cas a été celui de son père, qui lui avait donné les soins les plus assidus? Je vous demanderai pourquoi, à Authon (Eure-et-Loir), le fait est de 1832, le premier cas de choléra a eu lieu chez une femme arrivant de Paris; le deuxième chez la femme qui lui avait donné des soins, et ainsi de suite. Il y eut alors dix-huit décès, et on a pu observer la transmission chez tous les individus malades sans qu'il y ait eu la moindre épidémie, avant ou après, dans les environs.

Me direz-vous que toutes les personnes affectées secondairement étaient dans les conditions les plus favorables pour subir l'influence de l'épidémie? Mais vous ne voudriez pas soutenir, parce que ce serait absurde, que ces personnes étaient les seules plus disposées à contracter le choléra dans la commune. Les personnes atteintes secondairement l'ont donc été parce qu'elles avaient vécu avec des cholériques.

Vous convenez, monsieur le Rédacteur, que l'influence épidémique ne peut pas être admise quand le choléra frappe seulement les personnes qui ont approché le malade arrivant de Paris, et qu'il n'atteint aucun autre habitant de la commune. Vous ne vous apercevez donc pas, monsieur, que vous me donnez gain de cause, et que le fait de la contagion est prouvé désormais par vos propres paroles. Il est vrai que vous vous empressez d'ajouter : « que ce » fait ne s'est pas reproduit un certain nombre de fois, qu'il n'a » jamais été observé rigoureusement une seule fois ni dans le dé» partement d'Eure-et-Loir, ni dans le département de l'Orne, ni » ailleurs. Les faits de ce genre, selon vous, sont de simples faits » de coïncidence dans lesquels la maladie ne s'est nullement bornée » aux personnes qui ont approché les malades, mais en a, au con» traire, atteint plusieurs autres. »

J'ignore, monsieur le Rédacteur, à quelle source vous puisez vos renseignements : permettez-moi de vous dire que l'on vous a grandement induit en erreur. Ma réponse sera bien simple, mais elle sera catégorique. La voici : Le fait dont vous parlez s'est reproduit un certain nombre de fois dans le département d'Eure-et-Loir, dans le département de l'Orne et ailleurs. Je donne à l'assertion contraire le démenti le plus formel; j'ai les preuves de ce que j'avance, je compte sur les vôtres.

Si le fait que je vous ai cité de la nourrice de Brunelles était un fait unique, isolé, rare, on pourrait à la rigueur invoquer la coïncidence; mais lorsque ce fait se répète un certain nombre de fois, lorsque toujours il se répète de la même manière, et toujours dans des circonstances parfaitement identiques, alors il acquiert une grande valeur.

J'arrive enfin, monsieur le Rédacteur, à ce fait que vous prétendez que l'on passe toujours sous silence parce qu'il prouve surabondamment la non-contagion du choléra : Les médecins, infirmiers, sœurs, garde-malades, n'offrent pas une mortalité cholérique supérieure à celle des autres classes de la société. Je crois, monsieur, que ce fait ne prouve rien du tout contre la contagion, et je me demande comment, avec le talent qui vous distingue, vous avez pu mettre en réserve un argument aussi faible !

Ai-je dit quelque part que le choléra fût contagieux par le contact? Non. Ceci n'a, je crois, jamais été soutenu. Le choléra est contagieux quand on vit dans la même atmosphère, quand on y séjourne longtemps; quand, selon l'expression si juste de M. Roche, on s'imprègne d'une dose suffisante de poison. Ajoutez à cela qu'il est contagieux dans des circonstances données, c'est-à-dire que les prédispositions jouent ici un très grand rôle. Or les médecins ne vivent pas continuellement dans une atmosphère cholérique, ils vont de chez un malade chez un autre; ils n'ont pas peur, et la peur est une prédisposition funeste. Je pourrais vous prouver qu'à Nogent la moitié des personnes qui ont soigné des cholériques ont été atteintes. Votre argument, d'ailleurs, vient à l'appui de mon opinion. Examinez les pertes qu'a faites cette année le corps médical. Le choléra n'a-t-il pas toujours frappé d'admirables jeunes gens qui, fidèles à leur devoir, avaient été de garde le jour et la nuit dans un hôpital infecté de miasmes cholériques? Pour me servir, monsieur, de vos propres expressions, je ne comprends pas qu'on puisse conserver la moindre idée de non-contagion en présence d'un fait pareil.

Agréez, etc.

BROCHARD, D.-M.-P.,
Méd. à l'Hôtel-Dieu, méd. des épidémies.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 1er ET SAMEDI 3 NOVEMBRE 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 128.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris. . . .	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements .	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger . . .	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 2 NOVEMBRE 1849.

Séance de l'Académie de Médecine.

Un auditoire nombreux s'était rendu à cette séance, dans laquelle on n'espérait entendre rien moins que MM. Velpeau, Amussat et Dubois. Mais le public avait compté sans M. Roux. On sait que lorsque le juvénile professeur prend la parole, il ne la quitte pas facilement; il a aujourd'hui justifié pendant cinq quarts d'heure ses habitudes et les prévisions du public. Nous voudrions pouvoir ajouter qu'il a aussi bien satisfait aux besoins de la discussion Mais si les précédents orateurs ont perdu de vue et le mémoire de M. Baud, et le rapport de M. Hervez de Chégoin, on comprend que ce n'est pas M. Roux qui pouvait resserrer un cercle que tout le monde s'était plu à étendre. Le savant professeur a donc parlé un peu de tout, de Pibrac, de Baudelocque et d'Alphonse Leroi, de Delpech, d'Astley Cooper, de M. Piorry, d'un voyage en Angleterre, et même des engorgements et des déviations de l'utérus.

Pour être juste, nous dirons qu'à travers ce *voyage où il vous plaira,* M. Roux a émis des idées fort justes sur les engorgements et sur les déviations; il est fort regrettable que ces idées n'aient pas été concentrées dans un discours de dix minutes ou d'un quart d'heure. Mais M. Roux, dont la mémoire est si ornée de toutes sortes de connaissances, et en particulier de littérature, M. Roux n'a pas assez médité cet aphorisme du législateur du Parnasse :

Qui ne sut se borner, ne sut jamais..... parler.

Il a dissous les bonnes choses qu'il a dites dans un tel dédale de phrases incidentes, d'historiettes, de synonymes, de paraphrases et de soubresauts, que ce n'est qu'à grand'peine que nous avons pu extraire de son allocution le passage que nous rapportons au compte-rendu de la séance.

Il est rare que M. Roux fasse un long discours sans y glisser une confession : il a été aujourd'hui fidèle à cet usage; il a avoué avoir pratiqué deux fois l'extirpation de l'utérus avec très peu de succès, avec d'autant moins de succès dans l'un de ces cas que l'organe n'était qu'engorgé simplement. En présence d'aveux aussi loyaux, il est bien difficile de se laisser aller à des récriminations. Cependant, si l'on était un peu plus circonspect dans l'accueil qu'on fait aux innovations, n'éviterait-on pas ces confessions qui honorent la conscience du chirurgien et qui glorifient peu la chirurgie? Nous sommes assez disposé à répondre par l'affirmative.

M. Roux s'était borné à la question pathologique; M. Hervez de Chégoin, dans une note que M. Fr. Dubois a lue à l'Académie, a surtout insisté sur la question thérapeutique, tout en répondant aux reproches dont son rapport avait été l'objet. Malheureusement l'auditoire était un peu fatigué quand la lecture de M. Dubois a pu être commencée; et malgré la vive accentuation que l'honorable secrétaire perpétuel sait si bien donner à tout ce qu'il lit, la note de M. Hervez de Chégoin a eu le tort d'arriver trop tard. Cette note nous a d'ailleurs paru être conçue dans un très bon esprit pratique.

M. Huguier avait apporté à l'Académie de nombreuses et intéressantes pièces d'anatomie pathologique, où se montrait de la manière la plus évidente l'engorgement du col et même du corps de l'utérus; on ne lui a pas laissé le temps de les montrer à la tribune.

En résumé, c'est à la prochaine séance que sera reporté le principal intérêt de la discussion. Il est probable que MM. Amussat, Velpeau et P. Dubois trouveront le temps de parler tous les trois dans cette séance.

Dans la soirée du 25 octobre, vers six heures et demie, une explosion formidable est venue porter l'effroi dans le quartier du faubourg Poissonnière. Une fuite s'était déclarée, sans que personne s'en fût aperçu, dans le réservoir du gazomètre, rue Richer, lorsqu'une personne, entrant avec une bougie dans un appartement inoccupé, communiqua le feu au gaz aggloméré dans cet endroit. Une commotion électrique se propageant de maison en maison par la suite de l'explosion qui se manifesta simultanément dans tout le quartier compris entre la rue Bergère, la rue Trévise, la rue Poissonnière, la rue de l'Echiquier, le passage Violet et la rue Bleue, dans plusieurs habitations des meubles furent renversés, des glaces se fendirent, et dans presque tout le quartier les vitres furent brisées.

En somme, deux personnes seulement ont été blessées d'une manière sérieuse; mais nous apprenons que les principaux habitants du quartier se sont concertés pour signer immédiatement une pétition tendant à demander aux autorités compétentes que le réservoir du gaz soit éloigné du centre d'un quartier aussi populeux que l'est celui du faubourg Poissonnière. C'est, depuis un mois, la seconde fois qu'un accident semblable vient désoler Paris. Il est temps que le préfet avise.

Nous ferons remarquer à ce sujet que l'administration se montre beaucoup trop tolérante pour les établissements insalubres de l'intérieur de Paris. Il en est une foule qui, sans être aussi dangereux que celui de la rue Richer, incommodent très sérieusement les habitants du voisinage, et devraient être relégués hors des murs de la ville. Nous citerons entre autres des fabriques de noir animal qui, pendant l'été, infectent plusieurs quartiers et en rendent l'habitation insalubre et insupportable. Si la législation actuelle ne donne pas à l'administration l'autorité suffisante pour faire transporter ces fabriques hors la ville, nous croyons qu'il serait urgent de demander au pouvoir législatif une nouvelle loi qui ne serait certainement pas refusée.

HOTEL-DIEU. — M. Vigla.

Choléra. Vomissements bilieux consécutifs opiniâtres.

Dans les leçons de M. Chomel, que nous avons publiées, l'honorable professeur a signalé une suite assez rare du choléra, ce sont les vomissements opiniâtres qui persistent ou se manifestent même dans la convalescence de l'attaque. C'est sur un exemple très curieux et malheureusement funeste de cette singulière affection, que M. Vigla a appelé récemment l'attention de ses nombreux auditeurs. Voici l'histoire succincte de ce fait curieux :

La nommée Gaudichard (Charlotte), âgée de vingt-trois ans, couturière, d'une constitution moyenne, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Antoine, le 7 août 1849.

Cette malade a été prise, il y a un mois, de malaise, d'inappétence. Les digestions étaient mauvaises; les selles, rarement régulières, étaient marquées par des alternatives de constipation et de diarrhée. La respiration était normale. Pas de palpitations; céphalalgie, éblouissements, tintements d'oreilles.

Il y a trois jours, est survenue une diarrhée abondante.

Hier, des nausées le matin; le soir, vomissements blanchâtres, selles cholériques, froid aux extrémités inférieures, crampes à plusieurs reprises.

Le 7 août, la face est grippée, les yeux sont cernés, la langue est froide.

Nausées, hoquet, vomissements blanchâtres. Douleur à la région épigastrique. L'abdomen est sensible. Les selles sont blanchâtres, très fréquentes, involontaires.

Les urines sont supprimées.

La peau est froide; la face offre des plaques de cyanose; les extrémités supérieures et inférieures sont cyanosées dans presque toute leur étendue.

Il y a de la céphalalgie. Les crampes sont violentes, très rapprochées. Pas de troubles de la vue, de l'ouïe. Le pouls est petit. Les battements du cœur sont peu développés.

Le 8, les vomissements sont moins abondants; selles blanchâtres, fréquentes. La peau est un peu chaude. Le pouls s'est un peu relevé. Céphalalgie. Les crampes sont plus rares. L'urine vient en petite quantité.

Le 9, les vomissements sont bilieux. Pas de selles depuis hier. La peau est chaude. Le pouls est à 70, convenablement développé. Plus de crampes. Urines normales.

Le 10, les vomissements bilieux persistent.

Depuis cette époque, chaque jour il survient deux ou trois vomissements bilieux, qui résistent successivement à l'administration de la glace, de l'eau de Seltz, de l'eau de Spa, de l'ipécacuanha, d'aliments toniques.

Le 14 octobre, mort à neuf heures du matin.

Le 15, *autopsie.* — L'œsophage, l'estomac sont sains, ainsi que les deux tiers supérieurs de l'intestin grêle. Le tiers inférieur de l'iléon, la valvule iléo-cœcale et le gros intestin offrent une injection de toutes leurs tuniques; la membrane muqueuse est épaissie; le tissu cellulaire qui la supporte est induré. Sur la muqueuse, nous voyons des plaques dures, jaunâtres, irrégulières, de 0m,002 à 0m,003 d'épaisseur, fort nombreuses.

Le foie ne présente pas d'altération de volume; mais, à la coupe, il est gras. Les reins sont décolorés : ils ont leur volume normal.

Les poumons, le cerveau, le cœur ne sont pas altérés.

Au moment où je pris le service, cette jeune malade, bien constituée, paraissait hors de danger. Un seul symptôme persistait, le vomissement, mais peu abondant, bilieux, répété deux ou trois fois par jour.

Les forces de la malade, sa constitution, son âge, l'absence de fièvre, de douleurs, le bon état de la langue ne me laissaient guère douter que je dusse triompher. Il en a été autrement cependant.

La malade a succombé par l'impossibilité de conserver et de digérer une quantité suffisante d'aliments : c'est une mort par inanition.

Dans les derniers temps de sa vie (huit à dix jours) a reparu la diarrhée jusque-là absente depuis la cessation des symptômes du choléra, autre que le vomissement. Faut-il admettre que les altérations intestinales ne remontent pas à une époque plus éloignée que la diarrhée? C'est peut-être le plus raisonnable? En tout cas, l'absence de *gastrite* est importante à constater; l'entérite, admise comme plus ancienne, ne permettrait guère d'expliquer les vomissements sans coïncidence de diarrhée.

Il est bon de noter que dès l'apparition de la diarrhée l'affaiblissement augmenta dans une progression effrayante. Avant son apparition, la malade nous paraissait encore capable de supporter un voyage en chemin de fer, et nous attendions la réponse de l'administration pour envoyer notre jeune fille à son pays, espérant obtenir du changement d'air ce que la thérapeutique médicinale nous refusait.

Quelle que soit la nature de ce vomissement, nerveux ou autre, il y a là une influence du choléra importante à étudier. Existe-t-il beaucoup d'autres faits semblables dans l'épidémie récente?

Lithotritie par M. le docteur Amussat.

Des avantages du chloroforme dans la lithotritie. Calcul d'oxalate de chaux (pierre murale) *chez un jeune homme de dix-huit ans; trois séances de lithotritie pendant l'inhalation du chloroforme; sonde à demeure. Guérison.*

(Observation recueillie par M. le docteur LEBLED.)

M. M***, âgé de dix-huit ans, d'un tempérament nerveux et d'une excessive sensibilité, a commencé à ressentir, vers l'âge de six ans, des coliques qui avaient leur siége dans les reins et l'empêchaient quelquefois de marcher. A treize ans, ces coliques sont revenues trois ou quatre fois avec plus de violence, surtout pendant l'hiver, et elles étaient accompagnées de vomissements et de délire; à cette époque, M. M*** a rendu par l'urètre quelques graviers. Depuis trois ans, il n'a plus eu de coliques; mais de temps en temps des douleurs à l'extrémité de la verge se faisaient sentir, surtout en urinant.

Son père a rendu plusieurs fois des graviers par l'urètre, sans avoir jamais eu de coliques néphrétiques.

Au mois d'août 1848, après avoir fait quelques excès de table et de femmes, M. M*** a éprouvé les symptômes suivants : envies fréquentes d'uriner, douleurs très vives à l'extrémité de la verge pendant l'émission de l'urine, qui ne sortait que goutte à goutte ou par un jet quelquefois intermittent.

Consulté par le malade, je soupçonnai la présence d'un calcul dans la vessie; mais, pour plus de certitude, je l'engageai à se laisser sonder. Je ne parvins à pratiquer le cathétérisme qu'après l'avoir anesthésié avec le chloroforme, et le choc de l'instrument contre un corps dur ne me laissa bientôt plus le moindre doute sur l'affection dont il était atteint. Dès que M. M*** sut d'une manière positive qu'il avait un calcul et qu'il ne pouvait en être débarrassé sans une opération, des idées de suicide s'emparèrent de son esprit et ne cessèrent de le poursuivre que lorsqu'il eut acquis la certitude de pouvoir être opéré sans souffrir.

Au mois de septembre 1848, j'engageai M. M*** à se confier aux soins de M. Amussat, qui, après avoir constaté de nouveau la présence du calcul à l'aide du chloroforme, se

proposa de le détruire par la lithotritie ; en effet, après quelques jours de préparation par des bains, des boissons rafraîchissantes, une légère purgation, cette opération fut pratiquée en présence de MM. Levaillant, Thévenot, A. Amussat et Remondet.

Le malade est placé sur le bord de son lit, le dos soutenu par des oreillers, les cuisses écartées et les pieds soutenus par deux aides.

Habituellement M. Amussat, qui a déjà plusieurs fois employé avec de grands avantages l'éther ou le chloroforme pour la lithotritie, ne commence l'inhalation qu'après avoir introduit une sonde dans la vessie; mais, comme le malade est très pusillanime, qu'il redoute beaucoup même le contact de l'instrument; je suis obligé de le soumettre tout d'abord à l'inhalation du chloroforme.

Dès que la sensibilité me paraît complétement abolie, M. Amussat introduit une sonde d'argent dans la vessie, fait pratiquer une injection d'eau tiède dans cet organe, et place ensuite son brise-pierre ordinaire; après quelques recherches, le calcul est saisi : il marque douze lignes; sa dureté est très grande, et, pour le briser, on est obligé de pratiquer une très forte percussion. Plusieurs fragments sont ensuite saisis et broyés par le même procédé.

Pendant cette opération, qui a duré trois ou quatre minutes, le malade n'a rien senti ; immédiatement après, M. Amussat introduit une sonde élastique qu'il fixe à demeure dans la vessie, et le malade prend un bain d'une heure environ.

Les jours suivants, il ne survient aucun accident ; mais le troisième jour, la sonde étant sortie de deux centimètres environ, M. M*** éprouve pendant la nuit de vives douleurs à l'extrémité du gland; ces douleurs étaient probablement produites par quelques graviers engagés dans le col de la vessie, car il m'a suffi de réintroduire la sonde pour les faire cesser. Le 6 octobre, deuxième séance de lithotritie; pendant le sommeil et l'insensibilité survenus par l'inhalation du chloroforme, M. Amussat saisit et broie quatre fragments de calcul assez volumineux au moyen du brise-pierre ordinaire, puis il le retire et introduit un autre instrument dit *ramasse-gravier*, avec lequel il saisit plusieurs autres petits fragments qu'il broie, et dont une partie est retirée dans la cavité que forment les deux cuillers de l'instrument.

Le malade prend ensuite un grand bain ; il y reste une heure.

On ne peut obtenir d'introduire à demeure une sonde élastique, ainsi que cela avait été fait après la première opération. Pendant quatre jours M. M*** n'éprouve aucun accident; il rend quelques petits graviers avec un peu de mucus chaque fois qu'il urine.

Le cinquième jour, il éprouve de violentes douleurs au bout de la verge pendant toute la journée; il urine très-difficilement et goutte à goutte, en souffrant beaucoup. Ces symptômes cessent après la sortie d'un gros gravier hérissé d'aspérités.

Le 12 octobre, troisième opération, toujours avec le secours du chloroforme; sept ou huit fragments sont broyés avec le brise-pierre à cuiller, que l'on introduit quatre fois, et qui est toujours rempli de détritus du calcul lorsqu'on le retire.

Bain. Pas de vomissements. Le lendemain, symptômes d'irritation au col vésical; vomissements. On applique au périnée 15 sangsues, qui saignent beaucoup. On place à l'épigastre un emplâtre de thériaque, et on donne l'eau de Seltz.

Deux jours après le malade rend une grande quantité de petits graviers et deux fragments plus gros, anguleux, qui le font horriblement souffrir. J'extrais un de ces fragments avec des pinces de la fosse naviculaire, où il a séjourné plus de douze heures.

Enfin, au bout de six ou sept jours il n'existe plus aucune douleur; l'urine est limpide, sans graviers ni mucus, et l'appétit revient rapidement.

Quelques jours après, à la suite d'une violente indigestion, tous les symptômes d'une fièvre typhoïde bien caractérisée, mais peu grave, se développent, et cette nouvelle affection dure une vingtaine de jours, après lesquels M. M*** est complétement guéri. Alors le cathétérisme, pratiqué à l'aide du chloroforme, par M. Amussat, permet de constater qu'il n'existe plus de calculs dans la vessie; et d'ailleurs il n'y avait plus depuis longtemps aucun symptôme du côté des organes génito-urinaires.

Notons, avant de terminer cette observation, que les plus gros fragments qui ont été expulsés par l'urètre avaient tous un de leurs côtés hérissé de mamelons assez volumineux, séparés par des sillons profonds, et divisés eux-mêmes en mamelons beaucoup plus petits. L'analyse chimique a montré que le calcul était formé en grande partie par de l'oxalate de chaux mêlé avec une faible proportion d'urate et de phosphate calcaires.

Cette observation confirme les avantages de l'inhalation de l'éther ou du chloroforme pour pratiquer la lithotritie. Dans ce cas, il s'agissait d'un jeune homme de dix-huit ans; pusillanime comme un enfant, tremblant à la seule idée de l'introduction d'une sonde dans l'urètre, et que par conséquent il eût été impossible de débarrasser de son calcul par la lithotritie, si on n'eût pas pu recourir au chloroforme, car il eut des idées de suicide dès qu'il apprit qu'on ne pouvait le débarrasser de sa pierre que par une opération. Mais par l'inhalation du chloroforme, qui a été parfaitement supportée, trois séances ont suffi pour le débarrasser de son calcul, qui était, comme nous l'avons dit, formé presque en totalité par de l'oxalate de chaux.

Cette composition chimique du calcul confirme la théorie établie par M. Magendie, et basée sur l'influence de l'oseille, car M. M*** en a de tout temps mangé une assez grande quantité.

Cette observation constate aussi les avantages de l'instrument lithotriteur à cuillers, dit ramasse-gravier, que M. Amussat emploie toujours lorsque le calcul a été divisé en fragments de volume moyen par l'instrument ordinaire. En effet, ces avantages résultent de la possibilité de retirer avec le ramasse-gravier des fragments dont l'expulsion, difficile, se fait quelquefois longtemps attendre, et de pouvoir introduire cet instrument plusieurs fois dans la même séance, enfin d'abréger la durée du traitement.

Une autre remarque que nous devons faire aussi est relative aux sondes élastiques que M. Amussat place à demeure dans l'intervalle des séances de lithotritie. Par ce moyen, on empêche l'engagement des fragments de calcul dans le col de la vessie, cause de douleurs, et quelquefois de cystite. On s'oppose aussi aux rétentions d'urine, qui surviennent quelquefois, et on diminue les contractions de la vessie, fort douloureuses alors, parce que les parois de l'organe viennent se mettre en contact avec les fragments anguleux du calcul; car on a pu remarquer, en lisant cette observation, qu'après la première séance il n'y avait pas eu de douleurs produites par l'engagement des fragments, tandis que M. M*** avait beaucoup souffert, après la troisième, de la sortie de fragments trop gros que j'avais été obligé d'extraire; ce qui n'aurait pas eu lieu s'il eût permis qu'on lui laissât une sonde dans le canal, comme après la première opération.

Enfin, pour compléter cette observation, nous dirons que ces jours derniers, comme on le lui avait recommandé, M. M*** est revenu à Paris pour s'assurer qu'il n'existait plus rien dans la vessie. Mais malgré les instances de M. Amussat et les miennes, il a été impossible de le sonder sans le secours du chloroforme. On avait commencé à introduire la sonde lorsqu'il l'a arrachée. Une exploration attentive faite avec l'aide du nouvel agent anesthésique a permis de constater qu'il n'existait aucun corps étranger dans la vessie.

Exploration scientifique de la ville de Nantes pendant l'épidémie cholérique;

Par M. BALLY, membre de l'Académie nationale de Médecine.

Le Congrès scientifique avait, suivant l'usage, terminé la scizième session en dix jours, et avait adopté Nancy pour 1850 et Amiens pour 1851. J'allai à Nantes pour continuer mes investigations sur l'épidémie régnante, muni de nouveaux documents que m'avaient communiqués le professeur Amussat et le docteur Baudouin, président de la section des sciences médicales, deux praticiens distingués.

Nantes est une ville de 100,000 âmes; sa latitude est de 47° 13′ 7″ ; il y a, de Paris à Nantes, ouest-sud-ouest, 392 kilomètres (98 lieues métriques) ; elle est divisée en trois quartiers principaux, distinction indispensable à établir pour l'appréciation des causes et des mesures hygiéniques. Ces quartiers sont : la colline, la partie de la plaine comprise entre la colline et la rive droite de la Loire; enfin, ce que l'on nomme les Ponts, espace qui, en diamètre, a un développement de 3 kilomètres, dû aux nombreuses branches du fleuve liées par vingt-trois ponts. Ainsi sont formées plusieurs îles, dont les principales sont la Madeleine, Feydeau et la Gloriette.

On prétend que le périmètre de Nantes est de 20 kilomètres, en suivant les nombreuses sinuosités. La température y est plus douce qu'à Paris; et cela se comprend, avec 1° 36′ de moins au nord. Les neiges ne sont point abondantes; on les estime à 15 millimètres, épaisseur moyenne. Les hivers sont pluvieux, et il tombe annuellement de 60 à 65 centimètres d'eau. Les vents dominants sont l'ouest et le sud-ouest, qui soufflent pendant près d'un tiers de l'année; ils transportent avec eux les vapeurs de l'Océan, et contribuent, avec l'évaporation constante des nombreux cours d'eau, à entretenir l'humidité de l'atmosphère. Outre les branches du fleuve, la ville est encore entourée d'autres rivières, telles que l'Erdre, la Sèvre, navigables; le Sail et la mystérieuse Chésine, qui se perdent dans la Loire.

C'est à la douceur de la température, à l'humidité, à ces vents chargés de vapeur que l'on doit l'acclimatement d'un grand nombre d'arbres exotiques, et notamment du magnolia grandiflora, dont on voit de magnifiques allées dans le jardin de botanique. Le château de la Maillardière, à 9 kilomètres de Nantes, renferme encore le doyen de ces arbres, apporté de la Caroline en 1731. Il fut brûlé en 1773; et, mieux que le phénix, il est réellement né de ses cendres.

Les eaux potables sont estimées. Il y a une source ferrugineuse à la Chapelle-sur-Erdre, à 10 kilomètres au nord de Nantes. On les prescrit pour certaines affections des voies digestives, la chlorose, etc.

De tout ce qui précède il ne faut pas conclure que l'humidité soit excessive; elle l'est incomparablement moins qu'à Rome.

Ainsi qu'on peut le supposer, le quartier le plus sain est celui de la colline, qui ajoute à l'aspect riant de la ville. C'est là aussi que sont les belles constructions, les grandes rues bien alignées; les vastes places, et qu'habite la population la plus aisée. Cette région est bien ventilée, l'air y est pur. On aura une idée de l'élévation de ce quartier par l'élévation de la base de la cathédrale au centre de ce quartier, à 19 mètres au-dessus du niveau de la mer.

La partie de la plaine qui est entre la colline et la rive droite de la Loire (considérée sous le rapport de la salubrité) ne diffère pas beaucoup de la précédente. Il n'en est pas de même de la région dite des Ponts. L'administration s'étudie chaque jour à l'assainir; elle y parviendra sûrement, mais cet assainissement laisse encore beaucoup à désirer. L'île de la Madeleine est assez insalubre pour que la grande rue des Jolivettes ait pu recevoir l'épithète de Petit-Pontin, à cause de l'influence d'une prairie marécageuse qui occupe un grand espace. Le fossé que l'on a creusé au centre pour faciliter l'écoulement des eaux stagnantes ne suffit pas, parce que cette prairie est au-dessous du niveau du sol voisin. Un jour peut-être on comprendra la nécessité de faire rehausser le sol en y jetant des décombres; c'est le seul moyen praticable et vraiment utile. Le même moyen d'assainissement devrait s'étendre à la prairie de l'Hôtel-Dieu, île Gloriette. A cette prairie, qui lui appartient, l'hôpital est redevable de son insalubrité. Elle m'a paru enfoncée à deux ou trois mètres au-dessous de la grande rue qui la longe Dans ces entreponts, les fièvres intermittentes sont communes, et la maladie asiatique y a plus sévi que sur la colline. Cependant, il ne faudrait pas attribuer uniquement à l'humidité du sol ou à la présence des nombreux bras du fleuve cette aggravation; car nous trouverons tout à l'heure une autre colline, dont on ne saurait accuser l'humidité, qui a eu proportionnellement plus de victimes que le quartier des Ponts.

L'Hôtel-Dieu est un grand établissement civil où de belles salles sont réservées pour les malades de la garnison. Il est bien entretenu, parfaitement administré par un conseil où siége un médecin d'une grande capacité, le docteur Gély. Mais l'emplacement est mauvais, et il sera peut-être un jour question, comme à Rennes, d'en fonder un autre sur quelque point élevé.

Lors de mon passage, il y avait eu en tout 800 décès dans Nantes. La garnison y comptait pour 53. Mais, chose étrange! la caserne, située sur la Sèvre, non loin de son embouchure dans la Loire, n'avait fourni que 3 de ces sujets; les 50 autres avaient été atteints dans l'hôpital, où ils étaient entrés pour d'autres maladies. J'avoue que, pour moi, la cause épidémique seule n'explique pas cette singularité.

Le docteur Gély, qui reconnut là une source manifeste d'infection zootique, jugea sagement qu'il y avait nécessité et urgence d'espacer les lits et de transporter les malades dans un autre local. Le docteur Bonamy a observé, dans la même division, que les fièvres typhoïdes dégénéraient facilement en *choladrées lymphatiques* (1) ; il en fut de même des fièvres intermittentes. Mais alors il est probable que quelques-uns d'entre elles devaient à cette addition le caractère pernicieux. Ceci me rappelle un fait très prononcé de fièvre intermittente quotidienne, ou mieux double tierce, qui a présenté tous les phénomènes attribués à la maladie asiatique: Un domestique de trente-trois ans, frotteur au Muséum d'histoire naturelle, eut trois accès, dont le premier et le troisième étaient accompagnés de crampes. Peau froide et bleue; face décomposée; déjections alvines blanches, excessivement abondantes; vomissements. Le deuxième accès, peu prononcé, avait trompé l'observateur; au retour du troisième, il se proposait d'administrer le sulfate de quinine, lorsque le malade fut enlevé par ce même accès.

A l'ouest-sud-ouest, la ville est limitée par le faubourg de l'Hermitage ou Miseri. Il est sur une colline à pente rapide qui aboutit à une plate-forme nue, à 27 mètres de hauteur au-dessus des basses eaux de la Loire. La constitution géologique de ce monticule est entièrement granitique. La roche, dans les rues, affleure le sol; elle y est même en saillie. Bien que sa composition renferme partout les trois éléments essentiels, elle se divise en roche dure et en roche à faible cohésion. Celle-ci, de couleur jaunâtre, facile à tailler, occupe la partie supérieure et sert aux constructions ; sa puissance peut être estimée à 8 ou 10 mètres. La roche dure, de couleur bleue, occupe la partie inférieure et s'enfonce dans le sol. Ce granit est exploité uniquement pour le beau pavage de la ville, à reflet rendu étincelant par le mica lorsque le soleil frappe dessus. Aussi point de doute sur cette formation plutonique et sur l'impossibilité des exhalaisons méphitiques dans cette localité; et cependant ce faubourg, si bien situé, si élevé, si aéré, fut le plus maltraité de la ville, et peut-être le point de départ de l'infection qui se répandit ensuite dans l'intérieur. En effet, le premier malade sortit de la rue de la Piperie, et tout ce quartier, voisin du port, est habité par des marins et des ouvriers qui y sont entassés. Ceci n'est qu'un soupçon sur la cause première; il sera plus aisé d'apercevoir, dans ce qui suit, la raison de cette calamiteuse différence.

La rue principale qui, je crois, se nomme rue de l'Hermitage, est large, bien exposée sur la pente est-nord-est; mais la construction des maisons destinées aux logements, et où l'entassement est considérable, réveille des sentiments pénibles, tant tout cet intérieur paraît misérable. La ligne de gauche, en montant la rampe, a des escaliers fort étroits où l'on arrive par des couloirs infects à de petites cours au-dessous de ces mêmes couloirs ; c'est autour de ces cours sans air, et dans une espèce d'encaissement, que sont construits la plupart des logements. Dans de pareils antres, sur un sol compacte, non poreux, qui n'absorbe rien, l'encombrement d'individus oublieux de toutes les règles hygiéniques, surajoute évidemment puissamment aux causes premières et spécifiques. La série des maisons à la droite est tout aussi repoussante.

Au milieu de cette rampe s'élève un vaste bâtiment à triple étage, autour d'une grande cour carrée, destiné au nombreux personnel de la douane. Les appartements sont convenables, la propreté bien entretenue. Ce bâtiment est construit dans les proportions hygiéniques les mieux entendues. Aussi, bien qu'il soit placé au centre d'un foyer d'infection qui frappait toute la population, il n'a eu à déplorer que la perte d'un brigadier et d'une femme: preuve nouvelle de la nécessité de faciliter la circulation de l'air, d'éviter l'encombrement et d'écarter toutes les causes d'insalubrité intérieure.

Cependant voici la contre-partie, car il est dit que dans la marche de cette épidémie tout est et sera contradictoire. Du sommet de l'Ermitage on aperçoit au sud-ouest, à douze ou quinze cents mètres, la jolie commune de Chantenay, située plus bas que le faubourg. « Elle renferme bon nombre de belles habitations, d'établissements industriels, de chantiers de construction, et plusieurs fabriques de conserves alimentaires. Toutes les primeurs viennent de cette commune, où règne l'aisance... » et la maladie asiatique a dévasté la population de ce quartier.

Les localités qui ont le plus souffert après les précédentes, sont le quartier Saint-Léonard et les entre-ponts. On cite particulièrement le n° 9 de la rue Saint-Léonard, qui a offert une

(1) La maladie asiatique n'est pas un *flux de bile, choléra* ; c'est un flux de l'eau du sang ou lymphe. Je la désigne indifféremment par ces expressions : *choladrée lymphatique* ou *hydrocholadrée*, écoulement de l'eau du sang par le tube digestif. C'est si peu un choléra qu'aussitôt que la bile reparaît la vraie maladie indienne n'est plus.

singularité fort remarquable. Le premier et le troisième étage sont restés intacts; mais au second, où demeuraient huit personnes entassées dans une chambre et un cabinet, il y eut six décès sur huit attaqués.

Ceci confirme les idées du professeur Piorry sur les dangers de l'encombrement, et les miennes sur la nécessité d'admettre la présence d'un agent spécifique, agent intoxiquant, dont l'infection locale et l'encombrement ne sont que des auxiliaires.

Après avoir traversé la longue ligne des ponts, on arrive au faubourg Saint-Jacques, au delà duquel se déploie le vaste emplacement de l'Hôpital général. La vieillesse, hommes et femmes un hôpital succursale et la division des aliénés sont parfaitement et distinctement établis dans cette localité.

Il y a pour les aliénés un grand développement de constructions faites sur un plan donné par Esquirol. C'est dire qu'il ne laisse rien à désirer, que la surveillance est facile, qu'il n'y a plus de loges-prisons, que toutes les sections sont séparées par des cours, des jardins; et si l'on ajoute qu'un homme remarquable, le docteur Bouchet, est en même temps médecin et directeur, qu'il a tout pouvoir pour faire le bien, et qu'il y consacre toutes ses facultés, on comprendra que cet asile n'a rien à envier aux plus parfaits des autres contrées: et au milieu de ces heureuses conditions, tant hygiéniques que médicales, l'épidémie, qui ne respecte rien, qui se joue de nos combinaisons les plus merveilleuses, a sévi de la manière la plus affreuse sur toutes les classes que renferme cet asile. N'était-ce pas de même dans cette Salpêtrière, admirable hospice, dirigé par les médecins les plus illustres, les plus dévoués, les plus humains?

Ce fut le 9 juin que la choladrée lymphatique, ou hydrocholadrée, fit son invasion dans le quartier des aliénés de l'hospice Saint-Jacques, et au 13 septembre il y avait 37 morts sur 45 malades. Deux employés avaient succombé.

Dans le quartier des vieillards et des orphelins, être malade, c'était mourir. 62 décès sur 69 invasions, et le 13 septembre il en restait encore trois en traitement. Parmi les servants il y eut 6 décès; 3 sœurs, 3 domestiques, sur 8 malades.

Dans l'hôpital succursale, l'invasion date du 9 juin, époque de l'entrée d'un hydrocholadréique, transporté du quartier des Ponts. 48 cas, 36 décès et 6 guérisons; 6 étaient encore en traitement.

Ainsi, en totalité, l'hospice Saint-Jacques eut 545 malades, 357 morts; 36 étaient encore en traitement. Sur les 545 malades, 275 prirent naissance dans l'établissement.

Où pouvait être la source de tant de désastres? Point d'encombrement, point d'émanations malfaisantes; tout y est espacé, sainement entretenu: les bâtiments sont neufs; il n'y a ni mares ni flaques d'eau; le sol ne recèle aucune source d'infection. Nous recherchâmes avec soin, M. Bouchet et moi, si la constitution géologique pouvait donner quelques indices. Partout du granit, du micachiste, des phyllades ferrifères, et quelques amas micacés mêlés d'asbeste.

Non, dirais-je, malgré les nobles et généreuses paroles d'un spirituel professeur (1), il n'est point de méthode de traitement connu pour combattre ce fléau. Il est utile, il est indispensable d'avouer que tous les procédés sont et ont été jusqu'ici impuissants, et qu'il est indispensable de s'adresser à de nouvelles voies pour faire pénétrer les médicaments dans l'appareil de la circulation, et prévenir ainsi la décomposition du sang, ou même sa séparation en deux parties distinctes, la lymphe et le cruor.

Thérapeutique. — La ville de Nantes renferme une pépinière d'excellents médecins, et nous venons de voir qu'ils n'ont pas été plus heureux que tous nos confrères de notre planète. On a beaucoup employé le laudanum que Sydenham avait mis à la mode pour une affection de tout autre genre: résultat fâcheux de l'identité de nom et de l'obstination des praticiens les plus capables à maintenir une confusion si vicieuse dans la nomenclature.

Les boissons aromatisées, alcoolisées; les moyens caléfacteurs et presque constamment un large vésicatoire sur l'épigastre accompagné de sinapismes aux extrémités, tels ont été en général les agents énergiques mis en usage. Si l'algidité n'était pas trop prononcée, on employait la glace à l'intérieur. Enfin, le docteur Bonamy, médecin des épidémies et de l'Hôtel-Dieu, lorsqu'il n'avait affaire qu'à une simple diarrhée, a fait usage de lavements avec 20 centigrammes d'azotate d'argent dans 125 grammes d'eau.

Impressions et enseignements. — Voici les impressions que j'ai reçues de mes recherches à Nantes:

1° L'Hospice général a été décimé sans qu'il soit permis d'accuser ou même de soupçonner l'infection de la localité.

2° Coïncidence ou non, la choladrée lymphatique n'a fait invasion à l'hôpital succursale qu'après l'entrée d'un malade qui y fut transporté du quartier des Ponts.

3° Les vieillards et les aliénés résistent moins bien aux atteintes de cette épidémie que les autres personnes.

4° Dans la division des militaires, 9 vénériens ont été attaqués malgré le traitement antisyphilitique et 5 ont succombé. Nouvelle preuve à ajouter à d'autres sur le peu de confiance que l'on doit avoir dans certains antidotes.

5° Voici un fait important qu'il importe de signaler et qui mériterait d'être imité partout. On a eu dans l'Hôpital général l'attention de désinfecter le linge des hydrocholadréiques avec le chlorure de calcium, et *aucune femme n'a été atteinte dans la buanderie.* Comparez ce fait avec ce qui s'est passé à Rennes et avec ce que j'ai publié sur l'hôpital de Carignan, à Gênes, dans le 14e volume des *Mémoires de l'Académie.* J'ai dit ailleurs que le linge des malades devrait être plongé sur-le-champ, lorsqu'on les change, dans un baquet plein d'eau souvent renouvelée. Ceci n'a pas besoin d'explication, et d'ailleurs la recevra à l'article Orléans.

6° On ne limitera jamais la propagation du fléau dans un local réunissant un grand nombre d'individus qu'après avoir enlevé les portes, les fenêtres, les rideaux. Ce procédé, rigoureusement observé, aurait, ce me semble, sauvé bien des individus à la Salpêtrière.

7° En somme, les courants d'air, l'absence de toute clôture qui en gêne la circulation, l'extrême propreté et la tempérance constituent les meilleures garanties.

8° Les procédés ordinaires, bien qu'habilement employés, sont sans efficacité, ce que prouve la mortalité à peu près égale partout et bien au-dessus de la moitié. Mon savant collègue Isidore Bourdon, qui a fait un dépouillement de plus de 200 mémoires manuscrits, affirme que l'on a perdu les deux tiers des malades. J'avais calculé jadis que dans la fièvre jaune, typhus d'Amérique, la mortalité atteignait les trois cinquièmes.

9° Si donc ces méthodes n'aboutissent à rien; si les procédés les plus héroïques ailleurs sont sans résultat; si les drogues, les recettes les plus vantées sont sans action efficace, il faudra bien renoncer aux voies ordinaires, et chercher avec persévérance une ressource dans l'inhalation fractionnée.

10° En avril 1832, j'avais porté à l'Hôtel-Dieu deux piles de Volta et employé avec énergie la galvano-puncture. Un instant, je me flattai de quelque espoir. Mais bientôt les déceptions vinrent m'avertir de l'inutilité de mes tentatives.

11° La population aisée, à Nantes comme ailleurs, a été en général épargnée. Ce qui est dû évidemment à l'observance plus exacte et plus scrupuleuse des règles hygiéniques.

Je termine en disant que peu de villes réunissent autant d'institutions de bienfaisance et de charité que Nantes. Les crèches, les salles d'asile, les écoles d'enseignement mutuel, de chant, d'hydrographie, d'apprentissage industriel y sont en progrès. Il y a de nombreuses institutions appropriées à toutes les classes de la société; des bibliothèques, des musées, de beaux monuments, de magnifiques quartiers, un jardin de botanique vaste orné de grandes serres, une école de médecine, etc.; la présence d'une nombreuse marine marchande, la multiplicité des usines, celle des constructions nouvelles, la généreuse sollicitude de l'autorité municipale, qui ne néglige aucune occasion d'assainir et d'embellir, afin de procurer du travail à l'ouvrier, tout concourt à adoucir les mœurs et à maintenir dans cette importante cité la paix et l'harmonie.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 18 octobre.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 octobre 1849. — Présidence de M. Velpeau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance officielle comprend six lettres de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi de rapports sur des épidémies de variole, de suette et de *fièvres intermittentes*. Ce dernier rapport est présenté par M. Thiriat, médecin cantonal du département des Vosges.

— La correspondance manuscrite se compose d'une lettre de M. Michel Lévy, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine, et de plusieurs réclamations qui n'ont rien de scientifique.

Lait solidifié.

M. Chevalier lit un rapport sur une pâte formée de lait d'ânesse solidifié par l'évaporation dans le vide, à l'aide d'un appareil particulier. Les commissaires ont été unanimes pour reconnaître que cette pâte délayée ne peut nullement remplacer le lait d'ânesse. (Adopté.)

Suc de réglisse purifié considéré comme aliment.

Le même membre lit un rapport sur un procédé particulier pour préparer le suc de réglisse purifié, que l'auteur considère, non comme un médicament, mais comme un aliment.

Les commissaires ont trouvé dans la note jointe à l'échantillon de suc des formules qui démontrent que cette préparation doit être considérée comme un remède secret, et renvoyée à la commission spéciale nommée pour examiner ces remèdes. (Adopté.)

Préservatif et spécifique contre le choléra.

M. J. Guérin lit un rapport sur deux formules présentées par M. le docteur Guibert, comme prophylactique et spécifique contre le choléra.

La commission conclut que la communication en question n'offre aucun caractère scientifique et ne mérite en aucune façon d'attirer l'attention.

Discussion sur les engorgements et les déviations de l'utérus.

M. Roux. L'orateur commence par un préambule dans lequel il fait observer que la discussion s'est considérablement écartée des termes où l'avaient posée le mémoire de M. Baud et le rapport de M. Hervez de Chégoin. Je me bornerai donc, dit-il ensuite, à examiner les points traités dans le rapport, et je commencerai par l'engorgement chronique.

Je déclare tout d'abord que ce nom d'engorgement n'a peut-être pas toute la netteté désirable; je déclare qu'en le prononçant j'ai bien souvent souhaité qu'on pût le remplacer par un meilleur, et qu'en général, on pût employer en pathologie des mots qui indiquassent d'une manière précise l'état des organes malades; mais c'est là un vœu auquel il faut renoncer, et je défie le génie tentateur de M. Piorry lui-même d'éclairer par une simple nomenclature l'histoire des maladies, et en particulier celle de l'engorgement chronique de l'utérus. Il est certain que cet engorgement existe, et ce qui est non moins certain, c'est que le mot est encore celui qui convient le mieux pour désigner un état qui est plus que la simple hypertrophie, qui est moins que l'inflammation, et qu'on ne saurait vraiment mieux désigner que par le nom d'engorgement. Je ferai d'ailleurs remarquer en passant que l'hypertrophie simple est fort rare partout, et spécialement dans l'utérus.

L'orateur entre ici dans des considérations anatomiques et physiologiques pour démontrer que l'utérus possède tous les éléments, toutes les conditions propres à devenir le siége d'un engorgement.

Il se demande ensuite si l'analogie doit, *à priori*, faire admettre ou rejeter la possibilité de l'engorgement utérin, et il trouve que la prostate, que les testicules, que la rate (particulièrement dans les fièvres intermittentes) peuvent être dans un état qui n'est point l'hypertrophie, qui n'est point l'inflammation, qui n'est point une dégénérescence organique quelconque, et qui est cependant un état pathologique incontestable, cet état, c'est l'engorgement. Pourquoi donc, s'il existe dans tous ces organes, n'existerait-il pas dans l'utérus? Il serait vraiment étrange qu'il en fût autrement.

Je sais bien que l'esprit réfractaire de M. Velpeau ne se contentera pas de ces affirmations, de ces analogies, et qu'il demandera des faits. Je ne doute pas qu'on ne trouve une occasion prochaine de le satisfaire à cet égard; mais, en attendant, je puis au moins lui en citer un qui, j'espère, le satisfera.

J'ai pour habitude d'accueillir assez favorablement les innovations, contrairement à beaucoup de chirurgiens et d'hommes de science, qui n'admettent guère que le progrès puisse s'étendre au delà de l'horizon que leur vue a embrassé. Séduit par le succès qu'avait obtenu M. Récamier, j'ai pratiqué deux fois l'extirpation de l'utérus. Dans le premier cas, l'organe était cancéreux, et je pus, avec assez de raison, attribuer l'issue fatale de l'opération à la nature et à la période avancée de la maladie.

Dans le second cas, je voulus appliquer un principe alors très en faveur, et qui est de ne pas attendre, pour enlever les tumeurs cancéreuses, qu'elles aient fait de trop grands progrès. Dès que le diagnostic fut porté, je me hâtai donc d'extirper la matrice; mais quel fut mon étonnement quand je trouvai, non pas un utérus sain, mais un utérus simplement tuméfié, engorgé, et n'offrant pas la moindre trace de dégénérescence organique!

M. Velpeau. Nous examinerons le fait ensemble.

M. Roux. Comment! nous examinerons le fait ensemble?

M. Velpeau. Non pas celui que vient de raconter M. Roux, mais le premier qui se présentera. (Rire général auquel participe M. Roux.)

Une voix. Vous ne nous avez pas dit ce qu'est devenue la malade.

M. Roux. *Obiit.* C'est d'ailleurs pour la dernière fois que j'ai pratiqué l'extirpation de l'utérus.

J'aborde maintenant la question des antéflexions et des rétroflexions. Je dois déclarer tout d'abord que je n'ai jamais rencontré de ces flexions autres que celles qui sont inséparables des antéversions et des rétroversions. J'ajoute qu'*à priori* je conçois difficilement comment elles pourraient avoir lieu, à moins d'exister comme malformations. Si le col de l'utérus s'allongeait, comme Lallement l'a observé quelquefois, alors on s'expliquerait que ce col pût se courber sur le corps; mais dans l'état normal de l'utérus, on ne comprend pas comment pourrait s'opérer une flexion de l'organe. Il faut donc admettre les cas de flexion dans des cas de malformations, assez rares d'ailleurs.

Il est une malformation plus fréquente et plus importante, c'est le rétrécissement du col de l'utérus. Ce rétrécissement est une cause fréquente de stérilité, et j'ai pu un certain nombre de fois rendre fécondes, en pratiquant avec des sondes la dilatation du col, des femmes qui étaient mariées depuis plusieurs années sans avoir pu devenir enceintes.

— M. Dubois (d'Amiens) lit, au nom de M. Hervez de Chégoin, un discours sur la discussion dont son rapport a été l'occasion.

Après avoir fait observer que notre ignorance sur les maladies de l'utérus est moins grande que ne l'ont dit quelques académiciens, M. Hervez dit que l'antéversion est beaucoup plus fréquente que la rétroversion (laquelle ne survient que dans des cas spéciaux, lorsque le sacrum est excavé), mais qu'elle est moins grave.

La réduction de ces deux déviations est toujours facile et prompte par l'instrument dont il est question dans le rapport, lorsqu'il n'y a pas de complications qui s'opposent à son application.

L'auteur entre ensuite dans des détails circonstanciés sur les symptômes et le diagnostic de la rétroversion. Il termine en citant quelques exemples où l'instrument *redresseur* a produit des guérisons durables, après s'être justifié toutefois de n'avoir pas produit dans son rapport même des faits de ce genre qu'il avait cru inutile de rapporter tant ces faits lui avaient paru communs.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 octobre 1849. — Présidence de M. Boussingault.

M. Becquerel lit un mémoire sur les moyens de détruire l'insalubrité de la Sologne. Des longs détails dans lesquels entre l'auteur, il résulte que la durée moyenne de la vie est beaucoup moindre en Sologne que dans le reste de la France. Le principal moyen que propose M. Becquerel pour assainir ce pays est de creuser un canal dans lequel s'écouleraient toutes les eaux des nombreux marais qui existent à la surface du sol.

— M. Pellarin envoie de nouveaux documents sur le choléra de Givet.

REVUE THÉRAPEUTIQUE,

Chimique et pharmacologique.

Falsification du cachou brun, par M. H. Reinsch.

Depuis que le cachou est employé en teinture, on lui fait subir des falsifications qui pourraient le rendre dangereux s'il venait à figurer dans l'officine des pharmaciens. M. Reinsch, qui dans ses recherches antérieures a découvert que le cachou brun-foncé produi-

sant les plus belles couleurs brunes résultant d'un mélange artificiel du cachou jaune avec un centième de bichromate potassique, vient de nous faire connaître qu'il y a dans le commerce des échantillons de cachou brun renfermant 5 p. 100 d'alun.

On conçoit qu'une pareille falsification est très facile à déceler. En effet, l'examen des cendres du produit suspecté met bientôt l'opérateur à même de reconnaître la présence de l'alun.

Falsification de l'eau de Seltz.

Parmi les scènes de désordre, heureusement assez rares cette année, produites dans la capitale à l'occasion du choléra, il s'en est produit une à l'une des barrières, qui, de même que toutes les scènes du même genre, avait pour cause un prétendu empoisonnement des boissons vendues par un marchand de vins, le nommé L... Celui-ci, blessé dans ses intérêts, crut devoir faire citer devant le tribunal correctionnel l'un des tapageurs qui s'étaient montrés le plus acharnés contre lui le jour de l'invasion de sa maison.

C'était le nommé G. C. qui comparaissait, il y a quelques jours, devant le tribunal sous l'inculpation de propos calomnieux et diffamatoires, et comme ayant porté atteinte à l'honneur et à la considération du plaignant.

G. C. a été condamné à trois jours de prison; mais, ce qu'il y a de singulier dans cette affaire, c'est qu'il est résulté des débats la démonstration que L... prépare de l'eau de Seltz avec de l'huile de vitriol (acide sulfurique), et que cette dangereuse boisson pouvait bien avoir rendu malades un grand nombre de personnes. — L..., dans sa défense, a prétendu qu'on ne faisait pas autrement l'eau de Seltz, et que son fils tenait cette recette d'un savant (1).

G. C. a été condamné, et la vindicte publique est satisfaite sous ce rapport; mais le gargotier qui, contrairement aux lois, préparait un produit qui n'est qu'une falsification d'une boisson employée tout à la fois comme médicament et comme boisson, n'a pas même été traduit devant la justice correctionnelle. Il est grandement à regretter que le ministère public se montre aussi tolérant pour des fraudes aussi coupables.

Moyen d'éprouver le beurre.

Un moyen prompt et facile pour découvrir le caséum contenu encore dans du vieux beurre consiste à agiter dans une bouteille contenant de l'éther une quantité déterminée de beurre; l'éther dissout le beurre et laisse précipiter la partie caséeuse.

Nouvelles du choléra.

PARIS. — La cité continue à jouir du meilleur état sanitaire. Les hôpitaux n'ont reçu aucun nouveau cholérique pendant toute cette semaine. Un seul cas a eu lieu en ville; il s'est terminé par la mort en quelques heures. Ce sera sans doute le dernier vestige de l'influence épidémique.

MARNE. — *Suippes.* — Nous recevons de notre honorable confrère M. le docteur Seure une lettre, d'où nous extrayons ce qui suit :

« Au moment où il était permis d'espérer que le choléra-morbus allait disparaître tout à fait du département de la Marne, la petite ville de Suippes, qui, au mois de juin avait été légèrement effleurée par l'épidémie, a été envahie de nouveau dans les premiers jours d'octobre. Jusqu'ici vingt-trois personnes en ont été atteintes, et sur ce nombre, douze ont succombé. Avec le choléra nous est venue la suette, qui jusqu'à présent s'est montrée assez bénigne.

» Mais, monsieur le Rédacteur, le but de cette lettre est moins de vous entretenir de l'opiniâtre persistance du choléra dans nos contrées que de vous parler d'un moyen que j'emploie avec beaucoup d'avantages dans la période algide, et qui, je crois, n'a pas encore été conseillé : ce sont des bains chauds, entiers, à + 32° ou 33° Réaumur, dans lesquels je fais dissoudre 1,000 à 1,500 grammes de carbonate de soude ou de potasse. La durée du bain est de une à deux heures, et je le renouvelle une seconde et une troisième fois à de courts intervalles, si la réaction ne s'opère pas assez vite. Sous l'influence de ce moyen, les crampes cessent presque immédiatement, de même que les vomissements et les selles, et bientôt arrive la réaction, dont j'active la marche à l'aide de cataplasmes saupoudrés de farine de moutarde, et que je promène sur le ventre et les extrémités inférieures. »

ALGÉRIE. — *Bone.* — Le choléra s'est déclaré le 3 octobre à Bone, par deux cas dans la Casbah, située sur le lieu le plus élevé et le plus salubre de la ville. Depuis cette époque il y a eu en tout 13 cas, sur lesquels on compte 6 morts. Sur les 7 restants à la date du 15 octobre, 4 sont hors de danger. On n'a pas encore observé un seul cas en ville. Ceux qui ont été frappés étaient tous des soldats d'une mauvaise santé, et qui étaient entrés déjà trois ou quatre fois à l'hôpital.

Le colonel Eynard, commandant la place de Bone, a pris de suite toutes les précautions hygiéniques nécessaires, et, pour diminuer les chances d'infection résultant de l'encombrement, il a fait partir, pour être employés aux travaux des routes, tous les militaires disponibles.

(1) Le *Droit*, 30 août 1849.

NOUVELLES.

Faculté de Médecine. — La séance de rentrée de la Faculté aura lieu le lundi 5 novembre, à une heure. — Le registre des inscriptions sera ouvert depuis le 2 jusqu'au 15 inclusivement.

— Le registre des inscriptions de l'Ecole de pharmacie sera ouvert le 2 novembre prochain, et clos le 15.

L'Ecole tiendra sa séance de rentrée le mercredi 7, à une heure.

Concours pour la chaire de médecine opératoire. — Le concours ouvert devant la Faculté de Médecine de Paris commencera le jeudi 15 courant.

Les juges nommés par la Faculté sont :

MM. Andral, Bérard, Cruveilhier, Denonvilliers, Dubois, Gerdy, Laugier, Moreau, Roux et Velpeau.

Les juges désignés par l'Académie de Médecine sont :

MM. Bégin, Jobert, Gimelle, Baffos et Huguier.

Enfin les candidats, au nombre de dix, sont :

MM. Chassaignac, Gosselin, Jarjavay, Lenoir, Maisonneuve, Malgaigne, Nélaton, Richet, Robert, Sanson.

— M. le professeur Piorry commencera ses leçons cliniques le 7 novembre prochain, à sept heures et demie du matin, à l'hôpital de la Pitié, et les continuera tous les jours, le dimanche et le jeudi exceptés. — La leçon se fera à huit heures et demie. — Les élèves seront dirigés dans la pratique du plessimétrisme.

Cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfants. — M. P. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, continuera, à dater de novembre :

1° Les visites à huit heures du matin;

2° Les leçons et opérations tous les jeudis, de huit à dix heures du matin;

3° Les consultations tous les jours à neuf heures, excepté le jeudi et le dimanche.

— Notre collaborateur M. le docteur A. Foucart vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur. Cette distinction est une juste récompense de ses travaux et des services qu'il a rendus dans diverses missions qui lui avaient été confiées lorsque la suette et le choléra sévissaient si cruellement dans les départements de la Somme, du Pas-de-Calais et de l'Oise.

— M. le docteur Hédouin vient d'obtenir la même distinction à la suite de plusieurs missions qu'il a également remplies avec un dévouement digne des plus grands éloges.

Plusieurs autres décorations ont été décernées à des confrères dont nous ne connaissons pas encore les noms.

Bureaux et commissions. — On a distribué aujourd'hui à l'Assemblée un contre-projet sous forme d'amendement qui tiendrait lieu d'un projet présenté par M. de Falloux sur l'instruction publique. Ces divers amendements réunis dans ce contre-projet ne sont autres que ceux qui ont été déjà isolément présentés par leurs auteurs MM. Sainte-Beuve, Paulin Gillon, Salmon (Meuse), Athanase Coquerel, Barthélemy Saint-Hilaire.

Les dispositions principales que consacrerait le contre-projet sont les suivantes :

L'organisation actuelle de l'Université de France est maintenue; le conseil de l'Université est rétabli sur les bases du décret de 1808. A l'Université seule appartient la collection des grades; aucun certificat d'études ne sera exigé pour le baccalauréat ès lettres.

— La commission municipale de la ville de Paris a délibéré dans sa dernière séance sur les propositions de M. le préfet relatives à la donation faite par M. Simonin à l'administration de l'assistance publique.

Déjà en 1847 M. Simonin, ancien horloger de Paris, avait fait don d'une somme de 150,000 fr. pour la création de 15 lits dans les hospices d'incurables, et cette donation avait été acceptée par décret du gouvernement provisoire le 23 avril dernier. Aujourd'hui, M. Simonin, voulant augmenter son œuvre de bienfaisance, se dessaisit de presque toute sa fortune amassée laborieusement, et, malgré son grand âge, dispose d'une somme de 90,000 fr. pour la fondation de 10 nouveaux lits, se réservant toutefois, sa vie durant, le droit de nomination.

La commission municipale a émis l'avis qu'il y avait lieu à accepter cette nouvelle donation en souscrivant aux conditions réservées par le donateur, et a consigné dans sa délibération l'expression unanime de sa gratitude pour M. Simonin.

— Par arrêté du 22 de ce mois, le conseil de perfectionnement des Ecoles vétérinaires est ainsi composé : MM. le chef de division de l'agriculture; l'inspecteur général des Ecoles vétérinaires; Lefebvre-Sainte-Marie, inspecteur général d'agriculture; Rendu, id.; Perrot de Thannberg, inspecteur général des haras; le directeur de l'Institut national agronomique; Rayer, de la section d'économie rurale et vétérinaire à l'Académie des Sciences; de Béhague, membre du conseil général d'agriculture; Barthélemy aîné, membre de la Société nationale et centrale d'agriculture; Riquet, vétérinaire principal; Bouley jeune, vétérinaire, membre de l'Académie nationale de médecine.

— Le fait suivant, qu'on lit aujourd'hui dans un journal, est de nature à prévenir un grand nombre de nos pauvres habitants des campagnes sur le danger qui résulte de faire usage de la chair des animaux domestiques dont le genre de mort n'a pu être publiquement connu ou constaté. Une vache meurt dans la commune de Taulé, au bourg de Guiclan (Finistère). Les dépeceurs, après avoir retiré la peau de cet animal, en livrent les chairs à quelques femmes, qui s'empressent de les faire cuire et de s'en nourrir. Quelques jours après, deux de ces femmes sont atteintes au bras par des pustules qui présentent le caractère d'une affection charbonneuse. Les médecins consultés, après avoir examiné les restes putréfiés de la vache si imprudemment consommée, reconnaissent que cet animal est mort de la maladie connue vulgairement sous le nom de *charbon.* L'une des malades, conduite à l'hospice de Morlaix, y a reçu le traitement nécessaire et se trouve aujourd'hui convalescente; l'autre, moins gravement affectée, a été guérie au bout d'une semaine.

— Les chirurgiens sous-aides nouvellement nommés ont reçu les destinations suivantes :

A l'hôpital de Corté, M. Tedeschi.
— de la Rochelle, MM. Gallery, Gaultier de Migny.
— de Nancy, MM. Gasté, Michaux.
— de Lyon, MM. Clozel, Gey, Humel, Coronat.
— de Colmar, M. Widal.
— de Toulon, MM. Molinier, Delune.
— de Marseille, MM. Jallaguier, Rostan, Dusevel.
— de Calais, M. Lefebvre.
— de Thionville, M. Mathieu.
— de Longwy, M. Friant.
— de Bordeaux, MM. Dezon, Alezais.
— de Montlouis, MM. Larbès, Bal.
— de Belle-Isle, MM. Foucault, Darrieux.
— d'Ajaccio, M. Fournier.
— de Toulouse, M. Bezard.
— de Givet, M. Henry.
— de Montmédy, M. Didion.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 6 NOVEMBRE 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — No 129.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 5 NOVEMBRE 1849.

Séance de rentrée de la Faculté de médecine.

Nous venons d'assister à la solennité par laquelle la Faculté de Médecine inaugure chaque année le cours de ses travaux, et nous avons constaté avec une vive satisfaction que l'empressement des élèves et même des sommités médicales n'a pas été moindre cette année que les années précédentes. Nous en avons conclu, avec raison nous aimons à le croire, que, malgré l'agitation des temps, l'amour de l'étude n'avait rien perdu de son ardeur. Grâces en soient rendues à notre jeune génération qui comprend si bien que sans études sérieuses, sans travaux laborieux, il ne saurait y avoir ni grandeur pour un peuple, ni progrès pour la civilisation!

Le programme de cette fête médicale est, on le sait, fort simple : un discours officiel auquel la faulx de la mort donne malheureusement presque toujours pour thème une oraison funèbre et la proclamation des noms de quelques lauréats, tel est ce programme. M. le doyen y a joint cette année une petite allocution qui en a vivement rehaussé l'intérêt.

Ainsi que nous l'avons annoncé récemment, l'orateur désigné par la Faculté était M. Denonvilliers et le sujet du discours l'éloge de M. Blandin.

Le rôle que Blandin a rempli dans la science, malgré sa grande utilité, n'a point été de ceux qui excitent de grandes émotions, qui laissent des impressions profondes dans la mémoire du monde savant. L'histoire de ce rôle ne se prêtait que médiocrement à ces mouvements oratoires qui suspendent un auditoire aux lèvres d'un orateur. Mais cette histoire se prêtait admirablement à une étude sérieuse; elle était féconde en exemples utiles, en enseignements précieux pour les élèves et même pour beaucoup de maîtres. C'est ainsi que semble l'avoir compris M. Denonvilliers, et il a borné son ambition à le faire comprendre à son auditoire. Il a parfaitement réussi : l'éloge de Blandin n'est pas un éloge ordinaire, c'est une étude approfondie non-seulement de l'homme et de ses travaux, mais encore des circonstances dans lesquelles les travaux et l'homme se sont produits. Il serait injuste cependant de dire que le discours de M. Denonvilliers soit dépourvu de mérite littéraire. Les applaudissements chaleureux de l'auditoire lui ont prouvé plus d'une fois qu'il n'était pas étranger à l'art d'émouvoir les cœurs, d'allumer les passions généreuses. Nous aimons à joindre notre sincère approbation à celle du public.

Quant à l'allocution de M. Bérard, elle a été ce qu'on pouvait attendre du savant panégyriste de Haller et de Broussais.

Peut être aurions-nous quelques remarques à présenter sur ce qui a été dit relativement au concours par M. Denonvilliers, et à l'enseignement par M. le doyen; mais nous sommes sortis de cette séance trop satisfait pour mêler même une simple objection à nos trop justes éloges.

Ce n'était pas assez de l'innovation de M. Bérard; l'intérêt de la séance s'est accru d'un incident tout à fait imprévu, et qui s'est produit pendant la séance même.

La fortune nouvelle (si, par le temps qui court, on peut donner ce nom à l'événement auquel nous faisons allusion) de M. Dumas l'ayant empêché d'assister à la séance d'aujourd'hui, il a eu la délicatesse de s'en justifier par la lettre suivante, écrite de sa main :

Mon cher doyen,

Si quelque chose pouvait me consoler d'un changement de situation aussi imprévu que celui qui vient de m'enlever à mes études de prédilection, c'est l'examen des premiers documents que le courant des affaires a amenés sous mes yeux.

Ils m'ont si bien prouvé ce que je savais déjà, combien la conduite de nos jeunes élèves à l'occasion du choléra a été courageuse, ferme, digne et éclairée, que je m'étais fait un devoir, ce dont je suis malheureusement empêché, d'aller les remercier, au nom du gouvernement de la République, d'un concours qu'il essaiera de récompenser, mais dont il ne croit pas pouvoir s'acquitter envers eux.

C'est dans le sentiment du patriotisme le plus élevé, de l'honneur bien compris de la profession, de l'abnégation la plus chrétienne et de la charité la plus ardente qu'ils ont trouvé leurs inspirations; c'est aussi là seulement qu'ils trouveront leur vraie récompense.

Cependant, je me sens heureux d'avoir à prendre part, pour mes premiers actes, à des mesures destinées à leur témoigner tout ce que la reconnaissance de la France désirerait faire pour eux. Il ne m'est pas défendu, en les préparant, de me souvenir que je suis toujours leur professeur et leur ami.

Veuillez agréer, monsieur le doyen, l'expression de tout mon attachement. DUMAS.

On trouvera sans doute que M. Dumas n'a été que juste envers des élèves aux applaudissements desquels il a dû de si nombreuses et de si douces émotions. Nous qui louons chez tout le monde la mémoire du cœur, nous l'apprécions plus encore chez les ministres.

Après la lecture de cette lettre, couverte d'unanimes applaudissements, M. Laugier a proclamé les lauréats dont les noms suivent :

PRIX MONTYON (*Mémoire sur les maladies régnantes de l'année.*)

Prix : M. Simonin-Empis, de Paris.

Médaille d'argent : M. Botrel (Jacques-Pierre), de Plendihen (Côtes-du-Nord).

Mention honorable : M. le docteur Thore, médecin à Paris.

PRIX CORVISART (*Clinique*).

M. Blain des Cormiers, de Paris.

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

Grand prix (médaille d'or) M. Dyonis des Carrières (Achille-Victor), de Courtenay (Loiret).

Premier prix : M. Laboulbène (Alexandre-Joseph), d'Agen (Lot-et-Garonne).

Deuxième prix : M. Hamilton (Robert), de Cork (Irlande).

PRIX DES ÉLÈVES SAGES-FEMMES.

Premier prix : Mademoiselle Laborey (Eléonore-Catherine), de Paris.

Deuxième prix : Mademoiselle Guillet (Marie-Antoinette), de Néron (Drôme).

Discours de M. Denonvilliers.

Messieurs,

La cérémonie annuelle que nous célébrons aujourd'hui est chère a la Faculté de médecine de Paris. C'est pour elle un beau jour que celui où elle se retrouve, après deux mois de dispersion et d'absence, au milieu de ses élèves; où elle voit se presser dans son enceinte, à côté des vieux amis, des confrères qu'elle est fière d'avoir formés, ces hôtes nouveaux, ces conscrits de la science, qui vont à leur tour devenir ses enfants, et pour qui elle s'est parée de ses habits de fête. Quel plus touchant spectacle, quelle plus religieuse inauguration des travaux de l'année qui commence, que cette réunion de la grande famille médicale, assemblée pour assister à l'entrevue solennelle des professeurs et des élèves, aux premières victoires des jeunes debutants, au funèbre et dernier triomphe des maîtres tombés glorieusement sur le champ d'honneur de la science! quelle source d'émotions pour tous! et, pour tous, quelle source d'enseignements!

Déjà les couronnes sont préparées; bientôt seront proclamés les noms des lauréats; et le bruit des applaudissements va réveiller dans plus d'un cœur d'anciens et précieux souvenirs, allumer dans de jeunes imaginations le feu de l'espérance et de l'émulation. Ce n'est pas nous, chers élèves, qu'on verra les dernier applaudir à des succès qui sont en quelque sorte les nôtres Pardonnez cependant si notre joie n'est pas entière, et s'il s'y mêle quelque amertume. Pourrions-nous, dans un tel anniversaire, oublier celui qui vint aussi un jour, aux applaudissements de ses amis pleins d'espoir et de confiance, recevoir au pied de cette tribune le prix de son travail, celui qui vous était si sympathique, qui ne manquait jamais cette fête de famille, et dont la place est vide aujourd'hui pour la première fois! Vous avez perdu dans le professeur Blandin un maître affectueux et dévoué; la Faculté de médecine regrette en lui un de ses membres les plus laborieux et les plus utiles.

Homme de concours et d'enseignement, de méditation et de pratique, professeur, écrivain, savant, clinicien, Blandin ne fut étranger à aucune des études, à aucun des mérites, à aucune des gloires et des misères dont se compose l'existence du médecin. Pour dérouler sous vos yeux le tableau d'une vie si remplie, si agitée, si instructive, si propre à vous montrer la carrière médicale sous tous ses aspects, bien d'autres dans cette Faculté eussent mieux convenu que moi. Quel intérêt n'eût pas pris, sous la plume d'un de ceux qui s'y sont mêlés, le récit de ces grands tournois scientifiques, dont Blandin fut un des plus intrépides jouteurs! Avec quelle émotion n'eussions-nous pas entendu le professeur dont les classiques leçons ont depuis quarante ans ouvert la voie à tant de générations médicales, dont le nom est parmi vous si populaire et si vénéré (1), nous raconter les actes, nous dire les qualités de l'homme qu'il avait choisi parmi tant d'autres pour en faire son élève de prédilection! Quels transports n'eussent point accueilli celui dont la voix a depuis longtemps le privilége de nous charmer (2), s'il fût venu, dans ce beau langage qui lui est familier, nous parler de son ami, nous dévoiler le fond et les ressorts cachés de cette âme qui était pour lui sans mystère! Hélas! ceux dont la présence eût le mieux adouci le sentiment de nos pertes nous manquent aussi! Une trop longue maladie les tient éloignés de nous; et chaque journée, chaque circonstance nouvelle nous fait plus cruellement sentir combien ils nous étaient nécessaires!

Qui pourrait déplorer leur absence plus que celui qui se présente en ce moment devant vous, orateur encore novice, que ne soutiennent ni l'autorité de l'expérience et de l'âge, ni le prestige de l'éloquence, ni même cette faveur qui s'attache au rival racontant avec impartialité les luttes qu'il a partagées, à l'ami louant avec l'entraînement de la passion celui qu'il a aimé! Je n'ai, croyez-le bien, ni recherché ni désiré le dangereux honneur pour lequel la Faculté m'a désigné plutôt que choisi : je l'ai accepté, sans empressement, et comme un devoir; mais ce devoir, j'ai tenu à le remplir avec conscience. Je me suis attaché à étudier l'homme que je devais vous faire connaître; je ne me suis pas contenté de lire, j'ai écouté, j'ai interrogé; j'ai scruté sa vie, sondé sa pensée, pesé ses actions; et c'est le résultat de ce libre et complet examen que j'apporte ici, avec une inquiétude de plus, car je me suis pris d'affection pour Blandin à mesure que je l'ai mieux connu, je voudrais vous faire partager ce sentiment, et je crains maintenant, pour sa mémoire si digne d'être honorée plus que pour moi-même, je crains que ma faiblesse ne trahisse ma volonté et que mes forces ne me laissent trop au-dessous de ma tâche!

Philippe-Frédéric Blandin est né, le 3 décembre 1798, à Aubilly, petite ville du département du Cher, au sein d'une famille plus honorable que riche. Son père, contrôleur des contributions directes, était un homme d'ordre et de prévoyance, qui avait compris qu'il pouvait laisser à ses enfants plus et mieux que de la fortune en les dotant par ses épargnes des bienfaits d'une éducation libérale. Sa mère, femme d'une raison supérieure et tout à fait digne de s'associer à de telles pensées, ne voulait pas seulement que ses enfants fussent instruits, elle voulait surtout qu'ils fussent élevés : aussi prit-elle la résolution de donner elle-même à ses deux filles et à ses trois fils, avec l'éducation maternelle, les premiers éléments de l'instruction générale. Cette tâche, que l'excellente mère s'était imposée comme une obligation, devint bientôt pour elle un bonheur: tel fut son dévouement à l'accomplissement de son œuvre généreuse qu'on la vit se mettre à l'étude du latin, afin de pouvoir l'enseigner à ses chers élèves et prolonger ces rapports et cette intimité confiante, dont le prix était également senti par la maîtresse et par les écoliers.

Ce fut, il en faut convenir, une heureuse et facile entrée dans la vie que celle de ce jeune enfant, grandissant ainsi au milieu d'un cercle de frères et de sœurs tendrement unis, sous les yeux, sous l'inspiration, et dans le commerce continuel d'une sainte femme, aussi distinguée par les qualités du cœur que par la force de l'âme, la solidité du jugement, et les agréments de l'esprit! Les premières impressions ne s'effacent jamais, et Blandin garda jusqu'à la fin la trace de cette éducation domestique et l'empreinte de cette main de femme qui l'avait saisi dès sa naissance. L'esprit de famille vivait en lui; le souffle maternel l'animait comme un feu divin, et se faisait sentir à mille signes visibles; on le reconnaissait à la solidité des principes, à l'honnêteté des penchants, à la foi dans les idées et dans les croyances, à l'opiniâtreté dans les convictions, à l'amour du foyer domestique, à l'aménité du caractère, à la douceur et à une certaine grâce, modeste et bienveillante à la fois, dans les manières et la physionomie.

Des études commencées sous de si favorables auspices devaient s'achever heureusement. C'est au collége de Bourges que Blandin termina ses classes, et il en sortit à l'âge de dix-huit ans, après s'y être distingué par son application, pour venir prendre sa première inscription dans notre Faculté. Ses premiers débuts furent loin de faire présager le sort brillant auquel il était réservé. Abandonné à lui-même, sans guide et sans modérateur, au milieu des innombrables moyens d'études et d'instruction qui abondent à Paris, ce jeune vainqueur tout fier encore de ses succès de collége et déjà ambitieux des triomphes de l'École, c'était l'exposer aux séductions les plus irrésistibles, aux entraînements les plus dangereux, parce qu'ils sont les plus honorables et les moins redoutés. Dans son ardeur inexpérimentée, Blandin ne fait point le calcul de ses forces, et se livre sans réflexion aux instincts de sa laborieuse nature. Six mois d'un travail passionné, de fatigues extrêmes et de privations continuelles, épuisent cette constitution dont la vigueur ne répond pas à son courage, et le forcent à retourner dans sa famille pour y chercher le calme et la guérison.

Croyez-vous, messieurs, qu'un tel avertissement sera entendu et que Blandin nous reviendra plus prudent? Ce serait le connaître bien peu. Cette expérience ne lui servira ni dans le présent ni

(1) Le professeur Marjolin.
(2) Le professeur Royer-Collard.

dans l'avenir ; vainement elle se renouvellera plusieurs fois dans le cours de sa vie, jamais elle ne l'arrêtera : il épuisera jusqu'au bout sa destinée; il s'immolera à cette ardeur insatiable de travail qui le pousse en avant, sans lui laisser jamais ni trêve ni repos. A peine rétabli, le voici déjà de retour, prêt à reprendre sa course, comme si rien ne fût arrivé.

De 1816 à 1819, trois années se sont écoulées, trois années entièrement consacrées aux premières études : le matin, visites dans les hôpitaux; le jour, dissections ou cours; le soir, lectures, analyses, conférences. Le moment est enfin venu d'user de ces armes, depuis longtemps préparées pour le jour du combat. En 1819, Blandin se présente au modeste concours de l'externat, début inévitable de quiconque se destine à la pratique de notre art. L'année suivante, il devient interne. Son nom est en même temps proclamé à chaque distribution de la Faculté parmi ceux des lauréats de l'Ecole pratique, à côté des noms d'Andral, de Bouillaud, de Bouvier, de Velpeau et il reçoit en 1821 les prix d'anatomie pathologique, de clinique externe et d'opérations, dans cette mémorable séance où Dupuytren profita du discours de rentrée pour prononcer en faveur du concours un éloquent manifeste, et pour réclamer publiquement le rétablissement complet de cette institution et son application aux chaires de professeurs. Dans l'immense auditoire devant lequel fut prononcé ce remarquable discours, personne assurément n'écouta avec plus d'attention et de faveur que les jeunes émules qui allaient recevoir du concours leurs premières couronnes Quelle influence exerça la voix imposante du grand chirurgien sur leur esprit, et par suite sur leurs résolutions et sur leurs destinées? Nul ne le sait, et il est permis de croire que le concours n'avait besoin pres d'eux, en ce moment du moins, ni de défenseur ni d'apologiste. Comment pourtant ne pas admirer cette singulière combinaison de circonstances, ce fatal enchaînement, ce hasard providentiel, qui, le jour même où un homme éminent se fait l'avocat du concours après en avoir été le héros, jette sur son passage tous ces hommes de talent, acquis à la même cause, dont ils doivent devenir plus tard les confesseurs et les plus fervents apôtres !

Quoi qu'il en soit de cet incident, c'est dans le cours de cette même année 1821 que Blandin gagnait au concours la place d'aide d'anatomie. En 1824 il emportait sa nomination de prosecteur, et soutenait presque aussitôt sa thèse pour le doctorat, dans laquelle se trouvent déposées en germe quelques idées importantes, dont nous aurons plus tard à suivre le développement. Le titre de docteur en médecine lui donnait accès aux concours plus sérieux du bureau central et de l'agrégation L'occasion d'user de ce droit ne se fit pas longtemps attendre. En 1825, une place de chirurgien au bureau central devient vacante; il concourt, et l'obtient. En 1827, s'ouvre le concours de l'agrégation en chirurgie; nouvelle lutte, nouveau triomphe. Ainsi, dix années seulement le séparent de ses premiers essais, il n'a point encore atteint l'âge de trente ans; et déjà, par son seul mérite, il a conquis, dans les hôpitaux et dans la Faculté, cette position que beaucoup d'hommes distingués prennent pour but et pour dernier terme de leur ambition; déjà il touche les limites de la carrière du concours, et il ne lui reste plus, pour arriver à la fortune la plus élevée, qu'à fixer, par des travaux sérieux, l'opinion attentive et favorablement excitée des corps savants et de la Faculté. C'est là une nouvelle mission à laquelle Blandin ne manquera pas, et que ses goûts, comme ses aptitudes, lui rendront agréable et facile.

Dans le cours de l'année 1828, il est appelé à l'hôpital Beaujon en qualité de chirurgien adjoint, et il a la bonne fortune d'y trouver pour chef un de ces hommes rares, qui aiment leurs propres succès sans détester ceux des autres, qui savent accepter les rivaux, et comprennent qu'il est mieux d'avoir ses successeurs pour amis que de s'en faire des ennemis. Le patronage du professeur Marjolin lui fut promptement acquis, et sous la direction de ce guide expérimenté, dont la présence fut souvent pour lui une protection et une sauvegarde, jamais une entrave ou un obstacle, Blandin avança rapidement dans la pratique. Les services des hôpitaux étaient alors moins nombreux qu'ils ne le sont aujourd'hui; les spécialistes n'avaient pas encore imaginé de faire concurrence à nos établissements hospitaliers; la réputation de l'hôpital Beaujon était d'ailleurs établie depuis longtemps, et la renommée de son chirurgien en chef contribuait encore à y attirer les malades : aussi les faits intéressants se pressaient-ils dans le service dont Blandin partageait le fardeau. Tous ces faits étaient soigneusement étudiés, décrits, rapprochés, commentés; et déjà de nombreux et importants mémoires, attestant l'activité, le savoir et l'habileté du nouveau chirurgien d'hôpital, faisaient pressentir que le jeune collègue de Marjolin ne tarderait pas à prendre rang à côté de son illustre maître.

Sur ces entrefaites, arrive la révolution de 1830. Dans la Faculté de médecine va s'accomplir un grand acte de réparation, les professeurs chassés de leur chaire en 1822 vont être rappelés et réintégrés dans leurs fonctions; mais, parmi ces proscrits d'une autre époque, la mort a fait des victimes; d'autres ont vieilli et préfèrent aux laborieux honneurs de l'enseignement le repos et les doux loisirs : plusieurs chaires vont devenir vacantes. Comment seront-elles remplies? Conservera-t-on l'élection, en faveur de laquelle témoignent quelques choix heureux? Reviendra-t-on au concours, à ce mode de nomination à peine employé, et qui a pourtant donné à la Faculté Dupuytren et Désormeaux? Le public s'émeut; la presse fait entendre ses mille voix; les ambitions s'agitent; les prétentions sont en présence. De quel côté vont se ranger ces lauréats de la Faculté, ces anciens prosecteurs, ces agrégés, arrêtés sur le seuil même de l'école, d'où ils entendent la voix de leurs maîtres et de leurs amis qui les invite à entrer? Verra-t-on ces élus des concours renier leur origine pour garder l'avantage de leur position, et sacrifier aux intérêts du moment leurs convictions de toute la vie? Rassurez-vous, messieurs, les généreuses institutions inspirent les généreuses pensées. Comment ces esprits logiques pourraient-ils comprendre et admettre que le même moyen qu'on trouve bon pour choisir des agrégés, c'est-à-dire des remplaçants de professeurs, ne convînt plus du moment qu'il s'agit de nommer les professeurs eux-mêmes? Aussi est-ce, parmi cette ardente jeunesse, un véritable enthousiasme en faveur du concours, et la plus louable des émulations, celle du désintéressement. Au milieu de ce mouvement général des esprits, Blandin ne fut pas des derniers à se signaler : en même temps qu'il renonce, avec tous les autres agrégés, au bénéfice de la loi, qui les autorisait seuls à fournir les candidats pour les chaires de professeurs, il adresse au ministre, de concert avec MM. Bérard, Bouillaud, Rochoux et Velpeau, une pétition qui réclame le rétablissement immédiat du concours. Une semblable pétition était pour ceux qui l'avaient signée une sorte d'engagement : c'est bien ainsi qu'ils l'avaient compris, et vous savez s'ils ont fait honneur à leurs signatures.

Le concours fut donc rétabli, grâce aux efforts de tous et de ceux-là surtout dont il traversait le plus les projets et les espérances. Alors commença pour Blandin cette lutte formidable, qui ne dura pas moins de dix ans, pendant laquelle il n'est presque aucune année où le combat ne se soit renouvelé sous des formes diverses, et qui devait aboutir, après tant de vicissitudes, au triomphe le plus éclatant et le plus solide.

En ce moment où la barrière du concours, jadis entr'ouverte, tombait enfin complétement, et pour ne se relever jamais, ce fut un beau spectacle offert au monde scientifique, que celui de ces hommes d'élite, réserve de vingt générations médicales, se précipitant à l'envi dans la carrière nouvelle qu'ouvrait devant eux l'esprit d'indépendance et de justice. Où donc étaient alors ces observateurs, qui depuis ont tant de fois accusé le concours d'éloigner les hommes mûrs, à expérience consommée, à réputation établie, et de les sacrifier à de jeunes et téméraires ambitions? Où étaient-ils, eux qui, dans leur sagesse contemplative, voyaient déjà fléchir l'autorité du professeur sous le souvenir des échecs subis par le concurrent? Que n'ont-ils assisté, comme nous, à cette brillante série de concours qui est l'orgueil de la faculté de Paris! ils auraient vu, sur les bancs réservés aux compétiteurs, siéger pêle-mêle les hommes les plus inégaux par leur origine, leur âge, leurs études, leurs travaux, leurs services, leurs talents, leur renommée, tous confondus pourtant dans un sentiment commun de respect pour cette institution du concours, à laquelle ils venaient se soumettre et rendre ainsi le plus public comme le plus solennel des hommages. Ils y auraient vu le savant pur à côté du praticien; le chirurgien vieilli dans les services de l'Hôtel-Dieu, de la Charité, de la Pitié, à côté du chirurgien du bureau central, hier encore son élève; et, près d'eux, le professeur du Val-de-Grâce, ou le chirurgien de quelque hôpital de province; l'agrégé de Paris faisant à celui de Montpellier l'accueil le plus fraternel; le prosecteur ou le simple docteur, coudoyant le membre de l'Académie de Médecine ou de l'Institut. Oui, c'est l'éternel honneur du concours d'être également accessible à tous; mais, parce qu'il n'interdit pas tout espoir au mérite qui s'annonce, fallait-il l'accuser de repousser celui qui s'est déjà manifesté!

Pourquoi le ciel nous a-t-il depuis quelque temps infligé de si douloureuses pertes? Pourquoi nous manquez-vous tous deux, nobles émules mûris au feu des concours, vous dont la destinée offrit tant de rapports, et que j'aime à associer dans un tribut commun de souvenirs et de regrets? Qui mieux que vous, qui mieux qu'Auguste Bérard, que Blandin, eût pu répondre à de si injustes suppositions? N'étaient-ils pas un jour descendus dans cette arène avec tous les avantages que donnent la jeunesse, l'espérance enthousiaste, l'habitude encore récente des études théoriques et des luttes de paroles? Ne possédaient-ils pas, avec une solide instruction, les principales qualités du concurrent aussi bien que du professeur, une mémoire éprouvée, de la méthode, de l'assurance, du sang-froid? Quelle fatalité a donc retardé leur marche dans cette voie pour laquelle ils semblaient si bien faits? Quel malheur a si longtemps éloigné d'eux le succès, tant promis à la jeunesse aventureuse? Auraient-ils par hasard faibli dans l'action? Leur mérite se serait-il tout à coup démenti sous les yeux des juges? Non, messieurs, non. Bérard et Blandin pouvaient être égalés, peut-être surpassés; ils ne pouvaient pas être abaissés, ils ne le furent jamais. Ils eurent des insuccès, mais point d'échecs. A la suite de chaque concours infructueux, on les vit se relever plus courageux et plus forts. Leurs débuts avaient été des coups de maître; et, s'ils parurent ensuite arriver tardivement, c'est qu'ils avaient depuis longtemps habitué le public à la promptitude de leur succès, c'est que chaque nouveau combat les avait grandis dans l'opinion, et que leur victoire paraissait de jour en jour plus imminente et plus désirable. Que leur avait-il donc manqué pour arriver? rien, si ce n'est d'avoir commencé plus tard; rien, si ce n'est cette maturité du talent, cette autorité des titres et de la position, qui est le privilége de l'âge et de l'ancienneté, parce qu'elle ne s'établit qu'avec le temps et les services; rien, en un mot, si ce n'est l'ensemble de ces conditions, dont le concours ne tient, dit-on, aucun compte, et qui fit pourtant un jour pencher la balance de leur côté, après avoir été jadis invoqué contre eux au profit de leurs célèbres devanciers, des Cloquet, des Breschet, des Sanson.

C'est en 1831 que Blandin disputa pour la première fois une chaire de pathologie externe, et c'est à propos de ce concours qu'il dut tracer, dans sa thèse, le plan d'un cours de chirurgie. En 1833 eut lieu un second concours de pathologie externe, dans lequel il ne manqua la nomination que d'une seule voix, et qui nous valut une bonne dissertation sur les plaies d'armes à feu des articulations. La mort, en frappant successivement Boyer et Dupuytren, fit vaquer deux chaires de clinique chirurgicale, l'une en 1834, l'autre en 1836. A chacun de ces concours se rattache un travail important de Blandin : au premier, un parallèle plein d'intérêt entre la taille et la lithotritie; au second, la monographie de l'autoplastie la plus complète qui eût encore paru. Avant la fin de l'année 1836, s'ouvre le concours pour la chaire d'anatomie : pour la cinquième fois, depuis cinq ans, notre infatigable jouteur entre en lice, et dote la science d'un excellent résumé des travaux français et étrangers sur la structure et le développement des dents. Il est ici, plus que jamais, sur son terrain, car l'anatomie a toujours été sa science de prédilection; mais son savoir et ses travaux en anatomie descriptive et chirurgicale, les connaissances précises qu'il montre dans toutes les épreuves du concours, ne peuvent contre-balancer la réputation européenne de Breschet : l'érudition triomphe de l'habileté, et le savant l'emporte.

Après tant de fatigues et d'émotions, Blandin va-t-il enfin jouir d'un peu de repos? Les circonstances sont favorables : le personnel chirurgical s'est presque entièrement renouvelé à l'Ecole, et il n'est pas probable qu'une chaire vienne de sitôt à vaquer. Il est vrai que la nomination de Breschet laisse libre la place de chef des travaux anatomiques : mais c'est un concours de second ordre, dans lequel un homme qui a cinq fois disputé la chaire de professeur a tout à perdre et bien peu de chose à gagner. C'est un de ces concours qui conviennent surtout à la jeunesse, où les épreuves manuelles dominent, où l'adresse du prosecteur joue un grand rôle, où le maître peut craindre de se trouver compromis en face de ses élèves, dans lequel enfin il faut dépenser beaucoup de peines et de temps. Ces raisons, qui avaient écarté les rivaux de Blandin, et dont la moindre eût suffi pour arrêter tout autre que lui, ces raisons mêmes ne font qu'enflammer son ardeur. En vain ses meilleurs amis s'efforcent de le retenir : il concourra, parce qu'il sent sa valeur et sa force, parce qu'il veut que les juges et le public en soient assurés comme lui-même, parce qu'il n'est pas de moyen plus direct de faire cette démonstration dont il a besoin, parce qu'il a compris qu'il ne sera plus possible de refuser une chaire au nouveau chef des travaux anatomiques. Je ne sais si je m'abuse, messieurs, mais il me semble que c'est là une de ces actions décisives, qui marque dans l'existence d'un homme et qui suffirait à elle seule pour le juger, parce qu'elle suppose en celui qui la fait un grand discernement, beaucoup de résolution et de fermeté, de la droiture, et une véritable noblesse de sentiments.

Sa résolution une fois prise, Blandin la soutint jusqu'au bout avec une énergie qui ne faiblit pas un instant. Il a dit depuis que cette époque avait été la plus pénible de toute sa vie, et vous allez le comprendre. Il lui fallut en effet revenir à des exercices d'élève depuis longtemps abandonnés, et reprendre pendant trois mois entiers ces manipulations anatomiques confiées d'ordinaire aux soins des aides et des préparateurs. Ceux qui fréquentaient alors les pavillons de l'Ecole pratique ont pu voir chaque jour le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, le membre de l'Académie de Médecine, le praticien répandu, arriver en courant vers une ou deux heures, monter à pas précipités dans son laboratoire, et s'y enfermer pour ne le quitter qu'à une heure avancée. Que se passait-il pourtant dans le secret de ce cabinet solitaire? Comment le chirurgien d'hôpital, l'académicien, le praticien, allait-il se tirer de ce pas difficile? C'est ce que chacun se demandait avec curiosité. Le moment arrive enfin où sont produits au grand jour les résultats de ce travail forcé; j'assistais à cette exhibition, et je n'ai pas encore oublié ma surprise et mon admiration à la vue de ces magnifiques préparations de vaisseaux lymphatiques, qui auraient suffi pour faire la réputation d'un nouveau venu, et que vous pouvez contempler dans notre Musée d'anatomie, où elles attirent encore aujourd'hui les regards des connaisseurs. Est-il besoin d'ajouter que Blandin fut nommé chef des travaux anatomiques?

Cet événement lui ouvrait les portes de l'Ecole. Effectivement, en 1841, après un septième concours, dans lequel il soutint une bonne thèse sur les accidents des opérations, il arriva à la chaire de médecine opératoire, laissée vacante par la mort du professeur Richerand. Ce ne fut pas néanmoins sans lutte qu'il triompha. Au terme de ses tribulations, la fortune jalouse lui devait bien cette satisfaction. Il eut le bonheur de trouver des rivaux dignes de lui, et le bonheur plus grand de l'emporter sur eux. Tout le monde convint que dans ce dernier combat il s'était surpassé lui-même, et qu'il n'obtenait qu'après l'avoir méritée la chaire illustrée par Sabatier et par Dupuytren.

A voir ces nombreux concours et ces luttes à peine interrompues, dans lesquelles Blandin consuma tant d'années, qui ne s'attendrait à trouver en lui un de ces hommes que la nature semble avoir formés pour les joutes scientifiques, et à qui elle a donné, avec l'instinct et le goût de la discussion, les armes nécessaires pour la soutenir? Il n'en est rien pourtant. Ne cherchez, dans Blandin, ni l'athlète, aux formes imposantes, au maintient superbe, au geste emphatique, à la parole grave et doctorale; ni le lutteur, au front d'airain, au ton tranchant et décidé, à la voix stridente, à l'ironie acerbe, au trait sarcastique; ni le sophiste, à l'esprit délié, au raisonnement captieux, aux paradoxes audacieusement avancés et plus audacieusement soutenus, aux arguments imprévus, aux ressources inépuisables; ni le bel esprit, au sourire malicieux, a la répartie vive et accentuée, au discours semé de sentences et d'épigrammes, de réticences calculées, de saillies apprêtées et de savantes négligences; ni le phraseur, aux regards assurés, à la contenance satisfaite, à la parole redondante, aux poumons infatigables, au débit pompeux et cadencé : Blandin n'est rien de tout cela. C'est un homme de manières agréables et modestes, d'une physionomie ouverte et prévenante, qui se contente de dire avec simplicité, sagesse et méthode, ce qu'il a appris, ce qu'il a vu, ce qu'il a pensé, ce qu'il a fait. Plus solide que brillant, c'est par la précision et l'étendue de ses connaissances qu'il se recommande, non par l'expression dont il les revêt. Il n'est point orateur; son langage est sans élégance, et son débit trop uniforme; l'expression se fait quelquefois attendre, et ne sort qu'après un temps d'arrêt et avec une certaine hésitation. Ne vous y trompez pas, cependant; sous cette forme un peu indécise se cache un fonds d'idées bien arrêtées et un caractère très ferme. S'il hésite, c'est que, susceptible lui-même, il comprend et respecte la susceptibilité d'autrui; c'est que sa douceur et son urbanité naturelles lui font désirer de ménager tout le monde, et qu'il cherche l'expression qui lui permettra de rester dans l'indépendance de son opinion sans blesser celle des autres. Mais qu'on le presse un peu, qu'on l'attaque avec quelque vivacité, et l'on verra, à mesure qu'il se dégagera de cette réserve obligeante qui est une habitude de son esprit, sa parole se réveiller et s'animer. Moins il aura de ménagements à garder, et plus la transformation sera rapide et complète. Deux fois, dans ses concours, l'occasion lui fut offerte, deux fois on put le voir réagir contre l'offense avec toute l'impétuosité du premier mouvement, et les témoins de ces deux scènes peuvent dire si l'expression lui fit défaut lorsqu'il s'agit de repousser des attaques imméritées.

Il s'agissait, la première fois, d'un de ces bruits d'école; d'une de ces vagues rumeurs, qui sortent on ne sait d'où, se propagent insensiblement, grossissent en allant, et finissent par perdre, s'ils n'y prennent garde, ceux à qui elles s'attaquent. On accusait Blandin d'avoir abusé de sa position à la cour pour se faire recommander aux juges par une auguste personne Il est informé de cette calomnie au moment même où il en ressent les premiers effets, et où, montant en chaire pour faire une leçon, il se voit accueilli par le silence désapprobateur du public. Indigné, il prend la parole pour protester avec chaleur contre une attaque si perfide et si déloyale Jamais, dit-il, il n'a compté que sur ses propres efforts et sur l'appréciation impartiale du jury. L'estime des élèves est son plus grand bien, et il y renoncerait plus difficilement qu'à la chaire même qu'il poursuit par la voie la plus honorable. Il espère que cette estime ne se retirera pas de lui, et ne sera pas même ébranlée par des imputations calomnieuses, dont il renvoie tout l'odieux à ceux qui les ont imaginées. A ces généreuses paroles, l'auditoire répond par d'unanimes applaudissements.

La seconde fois, c'était au concours même qui lui valut la chaire de médecine opératoire. Oubliant un instant les égards que se doivent des rivaux et cette politesse qui ajoute de l'éclat au talent et du poids à la raison, oubliant surtout l'autorité que donnaient à Blandin l'ancienneté de ses services et l'éclat de ses nombreux concours, un des compétiteurs, homme de mérite d'ailleurs, s'était laissé aller, dans la chaleur de la discussion, jusqu'à traiter en écolier cet homme qui comptait déjà autour de lui bien des générations d'élèves. Je ne sais si cette scène est encore présente à la pensée de ceux qui m'écoutent; quant à moi, je n'en perdrai jamais le souvenir. Je vois encore Blandin; il était là, dans cette chaire, sur ce siége; je le vois pâlir sous l'offense, puis se lever tout à coup, comme s'il eût voulu faire tomber le châtiment de plus haut Son geste, sa pose, sa physionomie, tout en lui était saisissant d'expression. Il parle, et chacun admire et s'étonne. Pas de plaintes, pas de récriminations. Il accepte le débat sur le terrain où l'a porté son adversaire et dans les termes où il lui a plu de l'établir. Sa réponse sera simple, les faits parleront pour lui; et à l'instant les observations sont produites, avec tous leurs détails. Nom, âge, sexe des malades, numéros des lits, jusqu'à la place qu'ils occupaient dans la salle, tout se retrace à sa mémoire; les mots arrivent sans effort; et la parole, suivant le mouvement de la pensée, sort avec abondance,

tour à tour imposante, calme, réservée, ou mordante, incisive, écrasante. Ce n'est plus le concurrent qui se défend dans une argumentation scolastique; c'est le professeur qui prend possession de la chaire, et rétablit les rôles un moment intervertis. Jamais triomphe ne fut plus complet, et les applaudissements partis de tous les bancs vinrent, une fois de plus dans l'histoire des concours, montrer combien est dangereux cet imprudent système de provocation, lors même qu'il s'attaque aux hommes les plus inoffensifs.

Les détracteurs systématiques du concours se sont fait un thème, qu'ils développent avec complaisance, et qu'ils cherchent à accréditer par de vaines déclamations. A les entendre, le concours aurait le fatal privilége d'amoindrir et de paralyser tout ce qu'il touche, en développant certaines facultés outre mesure et aux dépens de toutes les autres. N'attendez rien de sérieux, vous diront-ils, de l'homme possédé de cette manie; ne lui demandez ni inventions, ni découvertes, ni travaux, qui supposent quelque originalité ou quelque suite dans les idées; ne voyez-vous pas qu'il est nécessairement condamné à la stérilité? Si vous le prenez avant le concours, il est occupé à recueillir ses souvenirs, à composer des cadres et des tirades à effet pour ses leçons, à accumuler des matériaux pour ses thèses, à cultiver les fleurs de son éloquence; il n'a pas le temps de réfléchir. Si vous attendez que le succès soit arrivé et la saison des concours passée, il n'est plus temps; le malheureux succombe, écrasé sous le fardeau de sa science d'emprunt, victime de ces travaux d'Hercule que lui a imposés l'imprévoyance de la loi: il ne produira plus rien, il est frappé à mort. Tout au plus lui restera-t-il la force de remplir pendant quelques années ces fonctions à la poursuite desquelles il a sacrifié sa santé, son repos, son avenir et son génie; puis vous le verrez disparaître dans une complète obscurité, trop heureux encore s'il n'y laisse pas la vie et ne succombe pas avant le temps. Qui de nous, messieurs, pourrait, dans cette image à la fois grotesque et sombre, reconnaître une des plus sages et des plus nobles institutions des temps modernes? Loin de moi, cependant, la pensée de répondre à toutes ces rêveries, et d'avouer ici une discussion sur le concours: cette tâche me serait trop facile, après la vigoureuse et spirituelle réfutation publiée naguère, au nom de la Faculté de Paris, par le professeur qui préside cette séance. Le concours n'a pas besoin, d'ailleurs, de défenseur officieux; il se défend assez par lui-même. C'est un ministre de l'instruction publique qui l'a dit, avec autant de bon sens que de vérité : « Le concours est dans » l'esprit de nos lois, dans nos mœurs, dans nos idées. Il est dé» sormais maître du terrain, qu'on ne saurait lui disputer. C'est » une de ces institutions qui, une fois introduites, ne peuvent » plus être ébranlées, parce qu'elles reposent sur les sentiments » les plus intimes de la nature humaine, sur les sentiments les » plus profonds de la société française, ceux qui tiennent à l'idée » d'égalité. » Non, l'institution du concours ne peut être ébranlée, et n'a pas besoin d'être défendue. Mais quand la critique remonte des principes aux personnes, n'est-il pas permis et même nécessaire de lui opposer l'autorité des faits? N'est-ce pas mon droit et mon devoir de vous en signaler les écarts, au moment même où je trace sous vos yeux l'histoire d'un homme qui dut aux concours une partie de son illustration et dont la vie entière fut une protestation contre de si étranges imaginations?

Blandin avait compris de bonne heure que l'enseignement est la meilleure école du concurrent, et en même temps le mode le plus sûr d'acquérir cette instruction profonde sans laquelle il n'est point de succès réels et durables. Aussi, dès 1821, à peine sorti de la foule par sa nomination aux places d'interne et d'aide d'anatomie, il débutait dans l'enseignement particulier. Depuis cette époque jusqu'au moment où il fut nommé professeur, il ne se passa pas un hiver qu'on ne le vît, dans un des amphithéâtres de l'Ecole pratique, faire un cours complet d'anatomie descriptive, auquel il joignait souvent, pendant la belle saison, des démonstrations d'anatomie chirurgicale et d'opérations ou des leçons de chirurgie. Pour lui, la carrière du professorat avait donc commencé presque en même temps que la carrière médicale, et jamais, pendant cette longue période de vingt années, son enseignement volontaire ne demeura suspendu. Il y avait trouvé, dans les premiers temps, une ressource et un moyen d'alléger les dépenses de sa famille. Lors de son entrée à la Faculté en qualité d'agrégé, il crut devoir à la dignité de sa nouvelle position le sacrifice de ces avantages : ses leçons devinrent donc publiques et gratuites, mais n'en furent pas pour cela faites avec moins de soin et d'assiduité. C'est lui qui, lors de sa nomination à la place de chef des travaux anatomiques, institua librement le cours d'anatomie, devenu depuis un des devoirs de ce fonctionnaire. En rendant ce cours obligatoire, la Faculté n'a fait qu'accomplir le vœu de celui qui en avait été le fondateur.

Dans son enseignement anatomique, Blandin se distinguait par une bonne méthode d'exposition, par la clarté et l'exactitude des descriptions, et par une tendance éminemment pratique. On ne trouvait dans ses leçons ni grands effets oratoires, ni vues générales, ni étalage d'érudition ou de nouveautés. Blandin faisait peu de cas des minuties anatomiques, de ce qu'il appelait l'anatomie de cabinet; il avait plus de goût pour l'anatomie usuelle, pour celle qui s'apprend avec le scalpel, autour d'une table d'amphithéâtre, et sert chaque jour au médecin. Ce n'est pas qu'il n'eût pu, comme bien d'autres, se parer de ses connaissances en anatomie fine, car toutes les délicatesses de l'art de l'anatomiste lui étaient familières; mais, quoiqu'il sût bien le parti qu'il eût pu tirer, pour sa réputation, de cette sorte d'exhibition, dans un cours professé devant des élèves encore inhabiles à distinguer le brillant du solide et l'ombre de la réalité, il réservait tout ce luxe de science pour quelque auditoire plus mûr et mieux préparé, et n'en faisait que rarement usage dans son amphithéâtre de l'école pratique. C'est qu'il tenait moins à enlever les suffrages qu'à être vraiment utile à ceux qui lui avaient accordé leur confiance : tel était à ses yeux le premier devoir du professeur. Il se fût fait un scrupule de servir les intérêts de sa renommée aux dépens de l'avenir de ses élèves, et de les entraîner, pour la satisfaction de son amour-propre, dans une voie qu'il ne croyait pas la meilleure. Il n'avait non plus qu'une faible estime pour tous ces moyens artificiels, imaginés dans le but de rendre l'étude de l'anatomie plus facile et moins rebutante. Les méthodes agréables d'enseigner les sciences peuvent suffire aux amateurs, mais ne conviennent pas à ceux qui doivent les approfondir et les pratiquer. Il faut que la jeunesse se le persuade bien, l'on ne devient anatomiste que par la pratique de l'anatomie, et rien ne peut tenir lieu des dissections. Voilà ce que Blandin ne cessait de répéter à ses élèves, ce qu'il faisait mieux que leur dire, car il prêchait d'exemple, et prenait souvent part à la préparation des pièces anatomiques destinées à son cours. Tant de soins ne furent pas perdus : les élèves sentent parfaitement qui les sert avec amour et dévouement. La faveur publique s'attacha au cours d'anatomie de Blandin; son amphithéâtre était toujours rempli, et son nombreux auditoire se plaisait à lui témoigner sa reconnaissance par ces applaudissements spontanés, si agréables à l'oreille du professeur, dont ils sont l'encouragement le plus plus puissant et la plus douce récompense.

Au milieu des préoccupations sans cesse renaissantes des concours, malgré le temps absorbé par un enseignement non interrompu, par les exigences de la clientèle, les devoirs de l'Ecole et le service de l'hôpital, Blandin cultivait cependant la science, et lui payait largement son tribut. Il laisse plusieurs ouvrages et une foule de mémoires, d'articles de dictionnaires, et d'autres écrits, dans lesquels, dit-il modestement lui-même, il croit avoir déposé quelques vérités nouvelles et quelques préceptes utiles.

Ses premiers travaux en anatomie datent du temps où il était encore sur les bancs. A cette époque remontent : 1° ses recherches sur la distribution des deux nerfs laryngés, qui jetèrent, comme on sait, un grand jour sur la physiologie de la glotte; 2° une note à l'appui des idées de Ch. Bell, dans laquelle il établit avec précision le volume relatif des racines antérieures et postérieures des nerfs rachidiens dans les diverses régions du rachis, et démontre que ce volume suit, dans ses proportions, les mêmes variations que celles de la sensibilité et de la myotilité dans les points du corps où les nerfs se distribuent; 3° un mémoire remarquable, destiné à faire connaître la texture de la langue, et surtout le cartilage médian, la membrane glosso-hyoïdienne, les deux glandes linguales et leurs conduits excréteurs, toutes parties découvertes et pour la première fois décrites par lui.

Ces travaux et ceux qu'il publia plus tard sur les aponévroses du périnée, les valvules des veines, le tissu fibreux jaune élastique, les communications des lymphatiques et des veines, etc., vinrent se fondre dans le *Traité d'anatomie descriptive* qu'il fit paraître en 1838. Ce grand ouvrage, dans lequel se trouvent réunis tous les résultats de recherches poursuivies pendant près de vingt années, était destiné, dans la pensée de l'auteur, à former la partie principale et comme le corps d'un cours complet d'études anatomiques, dont le commencement et la fin existaient depuis longtemps. Le commencement, c'était l'*Anatomie générale de Bichat*, avec les savantes annotations dont il l'avait enrichie. La fin et le couronnement de l'œuvre, c'était son *Traité d'anatomie topographique ou des régions du corps humain*, dont la première édition parut en 1826.

Blandin n'a jamais écrit un livre où se soit mieux manifesté que dans celui ci son esprit positif et pratique. Son but est de préparer à la chirurgie et surtout aux opérations par l'anatomie. Sa prétention est d'instituer une science qui apprenne au chirurgien à diriger le bistouri au sein des parties profondes avec autant de certitude que si ces parties étaient transparentes. Pour cela, il décompose le corps en régions ou groupes naturels de parties dont il étudie chacune à part comme un organe spécial, qui a sa forme, son étendue, ses limites, sa structure, son développement, ses variétés, ses fonctions. C'était là une idée heureuse et riche, qu'il développa avec verve et talent. Cet ouvrage lui fit beaucoup d'honneur et mit en quelque sorte le sceau à sa réputation, ou plutôt la commença et l'établit du même coup, car il suivit de très près sa thèse de docteur.

Peut-être, messieurs les élèves, aurez-vous quelque difficulté à concevoir le retentissement qu'eut dans l'Ecole et dans le monde savant la publication de cet ouvrage, vous qui savez à peine distinguer l'anatomie appliquée de l'anatomie descriptive, tant ces deux branches d'une même science se sont confondues, tant cette partie de l'enseignement est aujourd'hui passée dans le domaine commun; vous qui, parmi les divers traités d'anatomie chirurgicale qu'ont vus naître ces dernières années, n'avez que l'embarras du choix; songez qu'il n'en fut pas toujours ainsi. Beaucoup moins vieille que son nom, l'anatomie chirurgicale est née, dans les premières années de ce siècle, des essais partiels de Scarpa, d'A. Cooper, de Langenbeck, d'Allan Burns, de Colles, de Dupuytren. C'est un de nos plus illustres collègues, M. le professeur Roux, qui eut la gloire de l'enseigner pour la première fois dans son ensemble vers 1817 ou 1818; Béclard lui donna une place dans son enseignement officiel de l'année 1821, et fut bientôt imité par les prosecteurs de cette Ecole, qui se nommaient alors Blandin, Bouvier, Gerdy, Velpeau. Pour que l'anatomie chirurgicale fût définitivement fondée, que manquait-il? Un livre, qui rassemblât et fixât ces notions, jusque-là éparses dans les amphithéâtres, et fugitives comme la parole du professeur. Alors parut le traité de M. Velpeau d'abord, puis celui de Blandin, qui engagèrent l'anatomie dans la voie nouvelle. L'impulsion donnée, tout le monde suivit, et les efforts universels amenèrent ces progrès dont nous jouissons aujourd'hui. Jouissons-en, messieurs, mais sans oublier ceux qui eurent sur la marche de la science une influence si décisive : ce serait nous montrer peu dignes de tels bienfaits que de n'en pas faire remonter la reconnaissance jusqu'à leur première source.

S'il pouvait se trouver dans cet auditoire quelqu'un d'assez étranger aux choses de notre temps et de notre profession pour ignorer le nom et les services de Blandin, ne croirait-il pas, à entendre ce qui se dit ici depuis quelques instants, que nous sommes réunis pour célébrer la mémoire de quelque grand anatomiste? Et pourtant ces travaux, qui eussent en effet suffi pour illustrer un savant en anatomie, ces travaux sont ceux d'un chirurgien! Que cela ne vous étonne point, messieurs. L'anatomie est le flambeau de la chirurgie : c'est à sa lueur que nous avançons dans les sentiers obscurs de la pratique. Plus sa clarté est vive, et plus notre marche est certaine; qu'elle vienne à manquer, et nous retombons à l'instant dans l'hésitation, et nous n'avançons plus qu'au hasard. Voilà pourquoi les études anatomiques sont tellement en honneur parmi les chirurgiens, pourquoi l'on n'en citerait peut-être pas un seul de quelque renom qui n'ait excellé dans l'anatomie. Rendons toutefois à Blandin cette justice que nul ne sut mieux que lui allier la culture des deux sciences et féconder l'une par l'autre. S'il parle anatomie, à l'instant même l'application vient animer le sujet et révéler le praticien. Prenez ses travaux et ses recherches de chirurgie, partout vous retrouvez la trace des idées et des méthodes anatomiques, partout vous sentez l'anatomiste.

J'ouvre le Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, qu'il a rempli d'excellents articles de chirurgie et de médecine opératoire. Le sujet auquel je m'arrête est important, c'est l'histoire générale des amputations. Voici qu'après les avoir décrites, l'auteur compare entre elles les amputations dans la continuité et les désarticulations. Ecoutez, et prenez une idée de sa manière de procéder. Il commence par en appeler à l'observation, et il trouve que, loin d'être aussi graves qu'on l'avait dit, les désarticulations exposent, toutes choses égales d'ailleurs, à moins de dangers que les amputations. Cela suffit sans doute au praticien : mais le clinicien, le savant, le professeur ne sera satisfait qu'autant qu'il aura trouvé et fait toucher au doigt les causes de ces résultats; il ne lui suffit pas de vous convaincre, il faut qu'il vous persuade. Or, ces causes, il les découvre dans la disposition anatomique des parties. Ne voyez-vous pas, d'une part, au centre de masses musculaires volumineuses, excellents aliments pour la suppuration, cette surface osseuse, dure, anguleuse, meurtrie par l'action de la scie, privée d'une partie de ses moyens de nutrition; cette cavité médullaire largement ouverte; ces innombrables vaisseaux divisés, béants, et tout préparés pour une inflammation féconde en funestes conséquences; de l'autre, au contraire, peu de parties molles, la peau, les téguments, quelques membranes et quelques tendons seulement, presque point de vaisseaux intéressés, des surfaces osseuses nullement altérées dans leur vascularité et revêtues encore de leurs cartilages, sorte d'enveloppe de protection qui ne les abandonnera qu'après que la plaie extérieure sera fermée? Tout s'explique ainsi: d'un côté, abondent les éléments de trouble et d'inquiétude; de l'autre, les éléments de réparation et de sécurité.

S'agit-il de porter un jugement sur quelque question plus spéciale; c'est la même méthode, ce sont les mêmes procédés d'analyse anatomique qui le conduiront à la solution. Plusieurs cas de déviations accidentelles des doigts avec adhérences vicieuses se présentent à lui. En même temps qu'il les opère et les guérit, il en fait la dissection et en trace la description anatomique. Il note l'état des surfaces articulaires, des vaisseaux et des nerfs, des tendons et des ligaments, et arrive ainsi à établir une distinction légitime et bien tranchée entre les déviations en arrière et celles en avant, et à faire comprendre pourquoi les dernières sont d'une guérison plus facile et plus sûre.

En 1828, à la séance annuelle de la Société anatomique de Paris, il lit un mémoire sur les amputations médio-tarsienne et tarso-métatarsienne, et donne la préférence à la premiere de ces opérations sur la seconde, malgré l'avantage qu'a celle-ci de conserver une portion plus longue du pied. Quelles sont donc ses raisons? Vous les trouverez dans l'examen comparatif des deux articulations: d'un côté, c'est une membrane synoviale simple, et bornée à l'articulation ouverte; de l'autre, une membrane anfractueuse, prolongée jusqu'aux articulations supérieures, et disposée de la manière la plus favorable au développement de ces arthrites traumatiques et de ces suppurations articulaires, si habituellement mortelles. Ne craignez rien de ce renversement du pied en arrière, dont vous menace la théorie et que fait redouter la division de tous les tendons fléchisseurs du pied sur la jambe : la dissection a appris à Blandin que ces tendons contractent des adhérences solides avec la cicatrice du moignon, et que l'équilibre entre les deux ordres de muscles se trouve ainsi rétabli.

Dès 1818, M. Roux avait imaginé d'enlever le premier métacarpien en respectant le pouce, de façon à maintenir l'intégrité de cette admirable pince vivante qu'on appelle la main. Blandin rappelle le fait, et s'autorise de l'exemple de son premier maître en chirurgie pour opérer de la même façon un dompteur de chevaux, qui peut au bout de quelque temps reprendre l'exercice de sa profession fatigante. Mais bientôt il va plus loin : il montre par de bonnes raisons, déduites de l'anatomie et de la physiologie, l'avantage qu'il y aurait à généraliser cette opération et à l'appliquer aux autres métacarpiens ainsi qu'au métatarsien qui supporte le gros orteil, et fait sentir le parti qu'on devra tirer de la conservation du ligament transverse pour soutenir les doigts ou l'orteil conservés. Plusieurs opérations, faites par lui, ne tardent pas à confirmer ces idées.

A peine la rhinoplastie avait fait son apparition en France, et déjà elle fixait l'attention de Blandin. Il pratique plusieurs fois cette opération, et modifie heureusement le procédé en taillant le pédicule de manière à garder dans son épaisseur les deux artères frontales, et en renonçant à en faire la section consécutive. Ces deux modifications ont pour effet de conserver au lambeau ses moyens d'alimentation et, par suite, sa vitalité, sa chaleur et sa couleur normales, et de donner à l'organe restauré plus de force, de solidité et de régularité. Le précepte de conserver toujours dans le pédicule les vaisseaux les plus considérables qu'il soit possible, et de tourner celui-ci du côté par où arrivent ces vaisseaux, fut plus tard étendu par Blandin de ce cas particulier d'autoplastie à tous les autres, et devint la règle et la formule universelle pour l'établissement des lambeaux réparateurs.

La lithotritie lui fournit également l'occasion de judicieuses réflexions et de sages conseils. Dès ses premiers pas, cette belle découverte s'était trouvée arrêtée par la difficulté de fabriquer des instruments courbes comme l'urètre. Il eût été bien plus commode que ce canal fût droit: un anatomiste se rencontra pour établir qu'il l'est en effet, et qu'on avait jusque-là très mal apprécié sa direction. Ainsi se trouva levée la difficulté, et la lithotritie, affranchie de cette entrave anatomique, s'arma d'instruments droits et fit désormais des progrès rapides. Ne blâmons pas trop sévèrement une exagération, commise à bonne intention, et qui eut, après tout, d'utiles résultats. Il eût été plus juste sans doute de dire que la courbure de l'urètre n'empêche pas absolument d'y introduire des instruments droits : c'est ce que Blandin ne manqua pas de faire remarquer, et il démontra de plus que la courbure de l'urètre est invariable et ne peut jamais, quoi qu'on fasse, être effacée, que par conséquent le cathétérisme rectiligne ne peut s'opérer sans violence. Il ajouta avec raison que le bon sens et la bonne chirurgie commandent de modeler les instruments sur la forme du conduit qui doit les recevoir, et non pas de plier de force les parties vivantes à la forme des instruments. Il fit enfin sentir tous les avantages qui résulteraient de la disposition des instruments recourbés pour la recherche et la préhension des calculs, et conclut en exhortant les lithotriteurs à diriger leurs recherches d'après des idées plus conformes à l'anatomie et à la physiologie. C'est ainsi qu'il contribua pour sa part aux progrès et qu'il influa sur la destinée singulière de cette opération, condamnée à ne pas naître s'il ne se fût accrédité une erreur anatomique touchant la direction de l'urètre, condamnée à rester stationnaire et privée de ses perfectionnements les plus importants si cette même erreur n'eût été rectifiée.

Il me serait facile de multiplier ces citations, si je ne craignais d'abuser de vos instants. Je ne saurais pourtant quitter ce sujet sans vous rappeler les belles recherches de Blandin sur la phlébite, dans ses rapports avec l'infection purulente et les abcès métastatiques. Pour en bien apprécier la valeur, il faut se reporter par la pensée au temps qui les a vus naître. Les idées de Pinel et de Bichat régnaient alors sans partage; l'altération des humeurs, l'infection du sang étaient des termes oubliés, des opinions surannées; l'humorisme avait succombé sous le ridicule; l'école était livrée au solidisme. Boyer lui-même, ordinairement si fidèle aux traditions, le sage et prudent Boyer avait subi cette influence; la chirurgie tout entière y avait cédé avec lui. Dans les amphithéâtres les plus célèbres, dans les cliniques les plus suivies, ces collections purulentes qu'on trouve si souvent, après la mort, dans les poumons ou le foie des opérés, nous étaient présentées comme des masses tuberculeuses préexistantes et ramollies : c'est là ce qu'on nous enseignait encore il y a vingt ans. On en était presque arrivé à se consoler de la perte des malades, car il ne s'agissait, après tout, que de pauvres phthisiques dont le terme fatal avait été avancé de quelques jours; ou, si

l'on gémissait, c'était seulement sur la faiblesse et l'incertitude du diagnostic médical, qui ne savait pas encore reconnaître l'existence de si redoutables altérations. Convenez, messieurs, qu'il ne fallait manquer ni de hardiesse ni d'indépendance pour oser secouer le joug, et réagir contre des préventions si universellement et si complétement acceptées. La phlébite fut le terrain sur lequel se livra cette bataille et s'opéra cette conversion. Blandin partage avec Ribes, Dance, Maréchal, Velpeau, la gloire d'avoir été l'un des premiers promoteurs de ce grand mouvement scientifique, qui devait trouver parmi les professeurs de cette Faculté ses plus puissants appuis, et aboutir enfin à la réforme des doctrines médicales, ramenées des exagérations du solidisme le plus exclusif aux idées plus saines et moins intolérantes d'un humorisme rationnel.

C'est ainsi, messieurs, que Blandin préludait au concours; c'est par ces recherches savantes, par ces découvertes utiles, qu'il se préparait à aborder la chaire du professeur. Sont-ce là, je vous en fais juges, ces exercices puérils d'un esprit servile qui s'enchaîne volontairement et s'épuise à tourner sans cesse dans le cercle des idées communes? Sont-ce là ces préparations énervantes, ces travaux sans résultats, véritables ouvrages de Pénélope, sans cesse repris, sans cesse effacés, pour n'aboutir en définitive qu'au désespoir de ceux qui les entreprennent? Qu'eût-il donc fait de plus, si, libre de tout autre soin que celui de sa gloire, il se fût abandonné aux seules inspirations de son génie? ou plutôt, je me trompe, que de choses n'eût-il pas omis de faire? N'eussions-nous pas été privés de ces excellentes thèses de concours sur les accidents causés par l'accès de l'air dans les veines, sur la lithotomie et la lithotritie, dont il a si bien pesé les avantages et les inconvénients respectifs, sur l'autoplastie, dont il tracé de main de maître les lois et les règles générales? N'eussions-nous pas eu à regretter ces précieuses monographies, dont la chirurgie s'honore, et qui sont dignes de figurer à côté de celles que vous connaissez tous et que vous nommeriez comme moi, à côté des thèses célèbres de Dupuytren sur la taille, de Roux sur les résections, de Marjolin et de Cloquet sur la hernie crurale, d'Auguste Bérard sur le diagnostic chirurgical et sur les tumeurs de la région parotidienne, de Velpeau sur la contusion; chefs-d'œuvre, nés dans des circonstances pareilles, et qui sont la justification écrite et ineffaçable du concours?

Enfin est arrivé le moment où Blandin, proclamé professeur de médecine opératoire, monte dans cette chaire, si longtemps poursuivie. C'est ici que je l'attendais, c'est ici que vous l'attendiez comme moi; car il lui manquait cette dernière épreuve, cette épreuve des grands succès, si fatale à la médiocrité, si difficile à supporter, et où viennent trop souvent se briser les résolutions les plus fermes, les caractères qui semblaient le plus éprouvés, et les volontés qui avaient jusque-là paru indomptables. En s'élevant dans la hiérarchie médicale, Blandin ne descendit pas dans l'opinion publique. C'est qu'il était de ceux qui ne savent pas seulement mériter les emplois, mais qui savent, chose plus rare! les remplir. La chaire était le terme de son ambition, mais non de ses travaux; ou plutôt son ambition s'était élevée avec lui, et il voulait désormais faire voir qu'il était digne de sa nouvelle fortune.

Combien sont belles, mais difficiles et pénibles, les fonctions si enviées de l'enseignement médical! Recueillir les opinions de tous les temps, réunir les faits épars dans tous les livres, posséder la science dans son ensemble et dans ses détails, tâche immense déjà! faible partie cependant de l'œuvre imposée au professeur! Car ce ne sont là que des matériaux, une argile à pétrir, une pierre brute à tailler! Ne faut-il pas que ces opinions soient examinées et jugées; que ces faits soient pesés, rapprochés, comparés, coordonnés, traduits en conclusions, en règles de conduite, en doctrines? Ne faut-il pas que ces résultats du travail fertilisé par la raison et la pensée soient ensuite transmis du maître aux élèves? dans ce vaste amphithéâtre, en présence d'un auditoire nombreux et varié, qui réunit toutes les intelligences, tous les degrés d'instruction, depuis le débutant à peine initié aux notions les plus élémentaires et tremblant à la seule idée d'un examen jusqu'au brillant émule des concours qui vient chercher ici des inspirations et des exemples, jusqu'au docteur qui veut se retremper aux sources mêmes de la science, que d'art et d'étude sont nécessaires au professeur pour arriver à être compris de tous, pour trouver la formule qui convient à chacun, pour intéresser les uns sans fatiguer ou dérouter les autres, pour appeler ces esprits si divers à se développer dans la sphère d'action qui leur est propre, pour les entraîner tous dans un mouvement commun dont il est le centre, pour se faire, en un mot, l'âme de ce monde intellectuel qui gravite autour de lui! Ah! c'est un beau rôle sans doute que celui de l'homme qui sait comprendre et remplir ainsi ses devoirs! et combien il s'élève encore, lorsque, non content d'enseigner la science telle qu'il l'a trouvée faite, il la devance en quelque sorte en lui traçant la route qu'elle devra suivre dans l'avenir, lorsqu'il sait à propos soulever des doutes, signaler des lacunes, indiquer des aperçus nouveaux, exciter les imaginations, inspirer à la jeunesse l'amour du travail et des recherches, déposer dans l'esprit de ceux qui l'écoutent les germes de vérités et de découvertes, qu'ils feront peut-être éclore un jour, sans se souvenir de la main qui les a semés! Oui, c'est un beau rôle; mais que de labeurs il exige! que de qualités il suppose! Ne vous étonnez donc pas, messieurs, si l'on voit rarement se réaliser ce type du professeur accompli. Du moins est-il possible d'en approcher, et c'est là que doivent tendre tous les efforts de ceux qui se dévouent à l'enseignement.

Pourquoi dissimuler les imperfections de Blandin? Le mérite n'a pas besoin qu'on le flatte; il est trop riche pour recourir à l'emprunt, trop fort pour craindre la lumière, et le plus digne éloge qu'on en puisse faire, c'est de le présenter dans toute sa vérité. Blandin ne possédait pas, nous le savons, cette grâce de langage, cette facilité d'élocution qui ajoute à la science le charme et l'agrément, mais sous lesquelles peut aussi se dissimuler l'absence ou la faiblesse des idées. C'était pour lui une obligation de s'attacher davantage au fond des choses; aussi, sous ce rapport, son cours ne laissait-il rien à désirer. Ses leçons, bien nourries, fortement travaillées, offraient le tableau le plus fidèle et le plus complet de l'état actuel de la chirurgie, le récit le plus exact des phases par lesquelles elle avait dû passer pour atteindre ce point. L'enseignement de la médecine opératoire a des exigences qui lui sont propres : aucune autre branche des sciences médicales n'est plus riche de faits, plus encombrée de détails, moins arrêtée dans ses progrès; chaque jour apporte aux méthodes et aux procédés une foule de modifications, dictées, soit par les nécessités du moment et des cas particuliers, soit par la fantaisie ou la convenance personnelle des opérateurs. Au milieu de ces innombrables matériaux et de ces mille prétentions, le difficile est d'éviter les omissions ou la confusion, d'assigner à chaque chose sa place et sa valeur, et de tenir la balance d'une main ferme et impartiale. C'est à quoi Blandin réussissait parfaitement, grâce à son esprit méthodique, juste, conciliant et modeste. Personne ne faisait moins que lui parade de ses propres découvertes; on le voyait, au contraire, attentif à signaler et à faire valoir celles de ses confrères, comme s'il eût senti qu'il prenait en quelque sorte sa part dans les inventions des autres en les comprenant bien, en les appréciant, et en contribuant avec plaisir à en assurer la publicité.

La médecine opératoire tient à la fois à l'anatomie, dont elle procède, et à la chirurgie, qu'elle complète et caractérise. Anatomiste, chirurgien, opérateur, Blandin réunissait toutes les conditions nécessaires au professeur de médecine opératoire. Chacune de ses démonstrations était précédée d'une bonne exposition de la région sur laquelle il opérait, éclairée par des exemples tirés de sa pratique. Ce n'est pas tout : depuis qu'il occupait la place de chirurgien de l'Hôtel-Dieu, il avait ouvert son service au public. Une fois nommé professeur, il ne suspendit point ses leçons; loin de là, il leur donna plus de développement, fit de son enseignement clinique le commentaire de son cours officiel, et convia les élèves à venir chercher à l'hôpital et dans l'observation des malades la confirmation pratique des préceptes théoriques qu'il leur exposait avec tant de soin dans l'amphithéâtre de la Faculté.

Blandin faisait un excellent chirurgien d'hôpital. Bien qu'il n'eût pas été l'élève de Dupuytren, il appartenait à son école. C'était la même exactitude, la même activité, la même sollicitude pour les malades, les mêmes exigences et la même sévérité dans le service. Il arrivait toujours à l'hôpital à la même heure, de bon matin, et ne se dispensait jamais d'y venir. Pour lui, pas de jours de fête, pas d'obstacles, pas de fatigues, lorsqu'il s'agit de se rendre dans ce temple de l'art et du devoir. Il semblait que l'hôpital fît partie de son existence : on lui avait entendu dire que, du jour où il cesserait sa visite, il serait perdu. Jamais il ne fit revenir, jamais il ne laissa repartir seul le messager de l'Hôtel-Dieu, lorsqu'il venait le chercher la nuit, soit pour quelque cas grave de chirurgie, soit même pour un accouchement difficile. S'il était appelé en province pour une opération qui dût le retenir plus de vingt-quatre heures, il faisait sa visite de très bonne heure, partait aussitôt après, voyageait jour et nuit, et venait, au retour, descendre à son hôpital avant de rentrer chez lui. Les difficultés et les dangers ne l'arrêtaient pas. Dans les occasions trop fréquentes fournies à la chirurgie par les révolutions et les émeutes de nos dernières années, il était toujours à son poste. En 1830, non content des services qu'il rendait aux blessés de l'hôpital Beaujon, il était parti pour Rambouillet avec le peuple de Paris, accompagné de ses internes, et pourvu de linge, de charpie et d'instruments, dans la prévision d'un combat qui fut heureusement évité.

En 1832, à la suite d'une maladie très grave, occasionnée par une piqûre anatomique, il avait demandé un congé pour achever sa convalescence, il venait de l'obtenir, et se disposait à partir : le choléra se déclare à Paris; à l'instant, il renonce à son congé, et reprend, tout souffrant qu'il était encore, son service d'hôpital.

C'est au milieu de la fusillade qu'il se rendit à l'Hôtel-Dieu au mois de juin 1848, et il dut, pour y arriver, franchir une barricade qui venait d'être prise sous ses yeux.

A sa visite, Blandin était grave, digne, actif, exclusivement occupé des malades, auxquels il n'eût pas voulu enlever un instant du temps qu'il passait dans les salles. Il voyait tout, et faisait beaucoup par lui-même. Pour peu qu'un pansement eût d'importance, il se le réservait, et mettait dans l'exécution peu de coquetterie, mais une attention et un soin extrêmes. Vous auriez cent mille livres de rente, disait il souvent aux pauvres blessés de l'hôpital, que vous ne seriez pas mieux traités; et cela était vrai, car il n'établissait aucune différence entre eux et les malades de sa riche clientèle.

Sévère pour lui-même, Blandin avait acquis le droit de l'être pour les autres : aussi veillait-il à ce que le service fût bien fait par tout le monde, et particulièrement par les élèves; aussi ne craignait-il pas d'adresser des reproches sévères à ceux qui manquaient à leurs devoirs ou qui mettaient peu d'empressement à les remplir. C'est surtout près des opérés qu'il redoublait lui-même de zèle, et exigeait davantage de tous. Les revers, comme les succès, lui étaient très-sensibles, et il n'y avait point de sacrifices qu'il ne fût prêt à faire pour aider à la guérison. Avait-il pratiqué quelque opération grave, un malade de son service était-il en danger; il revenait à l'hôpital dans la journée, une fois, deux fois, s'il le jugeait utile. Il ne se fût pas pardonné la moindre négligence; il ne la pardonnait point aux autres : malheur à l'élève qui eût alors oublié une prescription, manqué de vigilance ou de précautions dans un pansement! Il n'est pas jusqu'au malade qui n'eût sa part dans les réprimandes, quand il ne s'était pas exactement conformé aux avis de son chirurgien. En ville, il en était de même; et cet homme qu'on trouvait si doux, si affable, presque timide, dans le commerce ordinaire de la vie, savait, dès qu'il s'agissait du malade, prescrire avec autorité tout ce qui convenait, blâmer avec vigueur les omissions ou les imprudences. C'est qu'il avait foi dans la chirurgie, c'est qu'il avait l'amour de son art. La guérison du malade n'était pas seulement pour lui une bonne action à accomplir, c'était aussi une victoire à remporter. A côté du sentiment de charité qui le poussait à chercher le salut ou le soulagement de son semblable, perçait l'irritabilité passionnée du chirurgien, qui veut avant tout le triomphe de l'art, et voit dans une omission ou une négligence plus qu'un malheur, c'est-à-dire une faute, un dommage pour l'art, une offense envers la science.

Dans la pratique, Blandin alliait la décision au bon sens, la hardiesse à la prudence, la promptitude à la réflexion. Il aimait le progrès, soit qu'il vînt de lui, soit qu'il vînt des autres; et cependant il ne courait point après les innovations, mais il ne les repoussait pas non plus. Dans l'expérimentation des nouveautés, il mettait beaucoup de réserve, dirigeait les essais avec sagesse, et jugeait les résultats avec indépendance. On se souvient qu'il fut, parmi les chirurgiens de Paris, un des premiers à pratiquer la lithotritie et la rhinoplastie. Il contribua aussi beaucoup à multiplier les applications des appareils inamovibles, à accréditer dans nos hôpitaux l'amputation sus-malléolaire, et à répandre l'excellent usage de faire, après les opérations, le premier pansement au bout de 24 heures.

A sa clinique, il se montrait homme de pratique et de faits plutôt que savant ou érudit. Il en bannissait toute digression, trop persuadé de l'importance et de la difficulté de l'observation pour en distraire ses auditeurs. Il s'attachait surtout aux phénomènes anatomiques. Ses conclusions étaient rigoureusement déduites et solidement établies; il pensait et disait que rien n'est long et difficile comme la production d'une vérité clinique. Il réussissait mieux dans ces communications un peu familières que dans l'enseignement plus apprêté de l'École, et rendait ses leçons attachantes par la clarté de l'exposition, par l'animation et la chaleur du débit. Nul doute que la Faculté de Médecine n'eût un jour trouvé en lui un bon professeur de clinique.

Blandin n'avait point pour les opérations ce goût exagéré, qu'on a quelquefois reproché aux chirurgiens qui excellent à les pratiquer. La conservation des membres, écrivait-il dès 1833, cinq ans seulement après avoir été nommé chirurgien d'hôpital, la conservation des membres est le triomphe de l'art. Dans un autre passage, il condamne les opérations de complaisance, et se demande si le chirurgien ne serait pas autorisé à refuser en pareil cas son ministère, malgré les instances des malades. Enfin, parmi les opérations, il préfère celles qui réparent, comme l'autoplastie, à celles qui mutilent, comme les amputations. On se tromperait fort, si l'on concluait de là qu'il fût chirurgien timide. En face de ces lésions terribles et profondes, qui résistent aux moyens ordinaires, et qui paraissent au-dessus des ressources de la médecine opératoire elle-même, il ne s'arrêtait qu'à regret. Son esprit était continuellement tendu, ses efforts dirigés de ce côté; et, s'il s'offrait à sa pensée quelque chance de salut, il la saisissait avec empressement et ne reculait alors devant aucune opération, quelque hardie qu'en fût la conception, quelque périlleuse qu'en parût l'exécution. C'est ainsi qu'il venait tout récemment de faire la ligature du voile du palais, et celle des amygdales affectées de cancer, sauvant par cette audacieuse entreprise des malades voués à une mort certaine.

La pratique des opérations était un jeu pour Blandin. La ligature des artères ressemblait entre ses mains à une préparation anatomique. Les manœuvres les plus délicates, les dissections de tumeurs dans les régions les plus riches en organes importants lui devenaient faciles grâce à l'étonnante précision de ses connaissances en anatomie. Il est évident pour quiconque l'a vu opérer qu'il faisait violence à sa sensibilité naturelle pour oser infliger à son semblable la torture d'une opération; mais ce sentiment qui l'honore ne lui faisait rien perdre de son sang-froid, et ne nuisait ni à la sûreté de son coup d'œil, ni à la fermeté de sa main, ni à l'intrépidité de sa résolution. Il reconnaissait sans doute, comme Haller, dans l'opération une action grave, capable d'inspirer à celui même qui la fait une sorte de sainte terreur, mais il était parvenu, mieux que le grand physiologiste, à dominer cette instinctive répugnance. Il savait que la pitié virile du chirurgien doit se traduire en actes, et non s'exhaler en plaintes stériles; et sa volonté inflexible étouffait en lui toute autre pensée.

Parmi les chirurgiens qui m'écoutent, peut-être n'en est-il pas un qui ne se soit quelquefois demandé avec effroi ce qu'il ferait s'il se voyait condamné à porter lui-même le fer sur quelque personne aimée, sur un père, une mère, un enfant. Eh bien! cette terrible question, à la seule idée de laquelle l'imagination s'épouvante et dont la solution suppose un courage surhumain, cette question s'est trouvée un jour posée devant Blandin et il est sorti à son honneur d'une aventure peut-être unique dans les fastes de la chirurgie. J'avais bien lu autrefois, dans J.-L. Petit, que ce grand chirurgien avait eu le courage d'opérer lui-même sa femme d'un kyste développé dans la région cervicale; mais il avait pour cela réuni autour de lui ses plus habiles confrères, et il était d'ailleurs alors dans la force de l'âge et du talent et dans tout l'éclat de sa réputation. Ce fut sur sa mère que Blandin, très jeune encore, pratiqua seul et sans aucun aide sa première opération. Voici comment la chose arriva :

Madame Blandin portait, depuis plusieurs années, au bas de la nuque une tumeur, dont elle avait toujours caché l'existence, jusqu'au moment où les progrès rapides du mal lui inspirèrent de légitimes appréhensions. Elle fit alors venir son fils pour le mettre dans sa confidence et prendre son avis. Blandin ayant déclaré que la tumeur devait être enlevée, sa mère se montra disposée à y consentir, mais à la condition formelle qu'il se chargerait lui-même de l'opération, et qu'il ne prendrait d'autre aide qu'un de ses frères. Après une vive et inutile résistance, persuadé qu'il n'y avait pas d'autre moyen de salut, Blandin immole ses répugnances à ce qu'il regarde comme l'accomplissement d'un rigoureux devoir. Le jour arrive; tout est prêt; l'opération commence : au premier coup de bistouri, au premier sang qui coule, l'aide s'évanouit, et l'opérateur se trouve seul. Sa mère était, nous l'avons dit, une femme pleine d'énergie, et elle en donna bien la preuve en cette circonstance : elle ne bougea pas, et laissa tranquillement agir le chirurgien. La tumeur était volumineuse, mais superficielle; l'opération s'acheva facilement : mais alors, plusieurs artères donnant à la fois, Blandin se trouva fort embarrassé. Le ténaculum était à peu près inconnu en France, et l'usage des pinces à ressort peu répandu. Que faire cependant? Tout seul et avec des pinces ordinaires, il n'y avait pas à songer à la ligature. Le tamponnement de la plaie et la compression avaient l'inconvénient d'être douloureux et d'exposer à l'érysipèle. Blandin fit coucher la malade, rapprocha les parties, et couvrit le tout d'un gâteau de charpie, qu'il soutint lui-même pendant plusieurs heures, en ayant soin d'appuyer légèrement avec les doigts sur les points correspondants aux plus gros vaisseaux. L'hémorrhagie fut ainsi arrêtée, et toute chance d'accidents évitée. On conçoit la profonde impression produite par une telle opération sur une âme naturellement aimante, sur un fils attaché à sa mère par les liens de l'affection la plus tendre et la plus reconnaissante. Aussi, plus tard, le professeur se plaisait-il à en rappeler le souvenir et à en raconter les détails à sa clinique de l'Hôtel-Dieu.

Ce n'était pourtant pas la seule cure que Blandin eût opérée dans sa famille. Si sa mère avait été le sujet de sa première opération, ce fut son père qui lui fournit l'occasion de sa première consultation; et cette fois aussi la chose vaut qu'on la raconte. C'était au temps où notre collègue n'était encore riche que de jeunesse et d'avenir. Un jour que, tranquille dans sa petite chambre d'interne, il se délassait en causant avec quelques camarades de leurs travaux communs, de leurs espérances, de leurs succès passés, de leurs luttes à venir, arrive, avec un petit paquet, une lettre paternelle à l'adresse de Blandin. Or, voici de quoi il s'agissait. Tourmenté depuis plusieurs mois par une affection cutanée, le père du jeune étudiant venait le prier de passer chez M. le professeur Alibert, dont la réputation était alors à son apogée, afin de solliciter du célèbre dermatologue une consultation, dont le prix était joint à la lettre. Parmi les assistants, se trouvait un des plus brillants élèves de cette Faculté, Maréchal, dont le nom était destiné à une juste célébrité, si la mort ne l'eût moissonné avant le temps. La lettre lui est communiquée. « Bon, dit-il après en avoir pris connaissance, ton père se moque-t-il? Aller demander conseil à un étranger, quand il a un Esculape dans la famille! Si tu veux m'en croire, Alibert ne verra ni la lettre, ni ce qui l'accompagne. Les renseignements sont précis, le cas est clair et simple; la consultation partira d'ici; et, quant aux honoraires, eh bien! n'est-il pas juste que celui qui aura pris la peine reçoive le salaire? Si tu es embarrassé de l'emploi, adresse-toi à nous, demande-nous à ton tour une consultation, et celle-là, je m'en charge. » Le conseil fut goûté, la consultation rédigée séance tenante, cachetée, et envoyée. De l'emploi qu'on fit des honoraires, je n'ai rien à vous dire; vous l'aurez, je pense, deviné. Le meilleur de l'affaire, c'est que la consultation était excellente, et que, deux mois après, une nouvelle lettre annonçait la guérison complète du malade, qui ne tarissait pas

SUPPLÉMENT.

sur l'éloge du savant docteur Alibert. Sa reconnaissance ne s'arrêta pas là : appelé dans la suite à Paris pour le mariage de son fils, il voulut consacrer sa première visite à son sauveur. Soit oubli, soit calcul, soit indifférence, Alibert accepta les remercîments, de sorte que, s'il n'eut pas les profits de la cure faite en son nom, il en recueillit du moins tout l'honneur.

Après sa nomination à la Faculté, Blandin cessa presque complètement d'écrire. Il ne faudrait pas conclure de là qu'il eût abandonné le culte de la science et laissé son esprit languir dans l'inaction. C'est qu'il se préparait dans le recueillement à faire profiter le public des travaux journaliers que lui imposait son cours et des résultats de sa vaste expérience : déjà les matériaux étaient rassemblés et mis en ordre ; encore quelque temps, et il nous donnait un grand traité de médecine opératoire. Ses élèves publiaient d'ailleurs, soit dans les journaux de médecine, soit dans leurs thèses, les opérations intéressantes qu'il faisait à l'hôpital, les aperçus originaux dont il semait ses leçons, les modifications et les perfectionnements qu'il apportait dans la pratique des opérations et de la chirurgie. A cette époque correspondent beaucoup d'inventions utiles, dont nous ne rappellerons ici que les plus remarquables : sa sonde à résection, ses attelles immédiates pour la fracture du fémur, modelées d'après la figure même de cet os ; son procédé pour la contre-ouverture des abcès profonds de la mamelle, l'excision d'une partie du sphincter de l'anus substituée à la simple excision des plis cutanés pour remédier à la chute du rectum ; la ligature de la langue par un procédé particulier ; celle du voile du palais, des amygdales et du col utérin affectés de cancer ; la résection du cornet inférieur hypertrophié ou dévié ; l'ablation d'une partie de la cloison des fosses nasales, dans les cas de bec-de-lièvre double compliqué de saillie du tubercule médian ; enfin, la section sous-muqueuse du sphincter anal, innovation heureuse qui enlève à l'opération créée par Boyer tous ses dangers sans lui rien faire perdre de ses avantages.

Membre de l'Académie de Médecine depuis 1836, Blandin se montrait fort assidu aux séances de cette illustre compagnie, et ce n'était pas simplement par convenance qu'il s'y rendait, ou pour chercher dans la conversation de ses confrères un délassement et une diversion aux préoccupations et aux fatigues de la pratique et de l'enseignement. Partout et toujours, il prenait ses devoirs au sérieux. Toutes les discussions le trouvaient attentif, et il ne manquait jamais de s'y mêler, quand les sujets étaient de sa compétence. Parmi les questions importantes d'anatomie, de physiologie, ou de chirurgie, agitées dans l'Académie depuis douze ans, il n'en est pas une que Blandin n'ait contribué à éclairer et à résoudre. On se rappelle la part active qu'il prit aux discussions sur les causes des difformités congénitales, sur l'introduction de l'air dans les veines, sur la taille et la lithotritie, sur les propriétés des nerfs rachidiens, sur les tumeurs fibreuses d'un caractère équivoque, et, en dernier lieu, sur les plaies d'armes à feu et sur les agents anesthésiques. Il est telle de ces discussions, qui se prolongea pendant des mois entiers, et dans le cours de laquelle il prononça plusieurs discours étendus et remplis de faits et d'indications utiles. Il se distinguait dans ces occasions par la précision de ses connaissances, la sûreté de son jugement, la chaleur de ses convictions et en même temps son respect pour celles de ses collègues, la ténacité avec laquelle il défendait ses opinions et cependant la modération et la convenance parfaites de son langage !

En songeant aux devoirs nombreux que Blandin s'était imposés, aux travaux considérables qu'il a menés à fin, on a peine à concevoir comment il pouvait suffire à tant de choses. C'est qu'il savait régler l'emploi de ses journées ; c'est que, pour lui, le jour commençait de bonne heure, et finissait tard. Dès cinq heures du matin, il était levé, et, lorsqu'il entrait à l'hôpital, déjà il avait visité quelque malade de sa clientèle, rédigé quelque fragment de ses livres, préparé ou passé en revue les matériaux de sa leçon du jour. Au milieu des occupations qui lui plaisaient le plus, il ne lui arrivait jamais de s'oublier ; et ce qui dominait toujours, c'était le désir de ne pas perdre un instant. S'il fallait à l'hôpital consacrer à un pansement un quart d'heure ou une demi-heure, il le faisait volontiers ; mais on ne le voyait jamais employer une seule minute en propos oiseux, et il se fâchait contre l'auteur du plus léger retard. Pendant les opérations, il tenait à ne faire aucune fausse manœuvre et à mettre dans l'exécution toute la promptitude possible. Il portait ce sentiment partout, et imprimait à ses plaisirs même ce caractère d'activité qui marquait toutes ses actions. Il semblait qu'il eût toujours présent à l'esprit cette maxime d'un de nos moralistes, que celui-là seul est digne de la gloire qui connaît le prix du temps.

Lorsqu'un homme arrive à dépasser le niveau commun, il est à la fois curieux et instructif de rechercher les causes de son élévation. Bien des gens vous diront que la carrière de Blandin fut heureuse, qu'il eut du bonheur : doctrine commode, à l'usage de ceux qui ne réussissent à rien, et qui croient se justifier en rejetant la responsabilité sur la Providence. Oui, Blandin eut du bonheur, si l'on entend par là qu'il sut tourner à son profit les circonstances, et qu'il ne laissa jamais passer l'occasion, faute d'être préparé à la saisir ; mais convenons aussi qu'il savait bien aller la trouver, quand elle ne venait pas assez vite, et courir après la fortune, lorsqu'elle lui tournait le dos. Dans toutes les carrières, dans la carrière médicale autant que dans aucune autre, les hommes capables d'un tel bonheur sont rares, et c'est ceux-là sans doute qu'avait en vue un célèbre cardinal-ministre, lorsqu'il exigeait des hommes qu'il voulait mettre dans les emplois, non pas seulement qu'ils fussent réputés habiles, mais encore et surtout qu'ils eussent la main heureuse.

Blandin n'était point de ces esprits puissants qui se jouent des difficultés ou plutôt ne connaissent pas de difficultés, qui s'assimilent la science sans efforts et si naturellement qu'ils semblent la deviner ou l'inventer : mais, avec des facultés intellectuelles ordinaires, il avait reçu de la nature une grande force de volonté ; don précieux, qualité rare, qui ne tarda pas à faire de lui un homme d'un talent et d'un mérite incontestables, et à l'élever au-dessus de bien d'autres, dont les dispositions étaient peut-être plus heureuses, mais qui manquaient de cette ténacité et de cet esprit de suite, éléments indispensables des grandes réussites. Le secret du bonheur, disons mieux, de la supériorité de Blandin, vous le connaissez aussi bien que moi, messieurs : c'est le travail, le travail opiniâtre et jamais interrompu ; c'est cette foi ardente, qui lui inspira des efforts inouïs et persévérants ; c'est cette constance intrépide, qui lui faisait braver tous les dangers, supporter tous les revers, endurer toutes les fatigues, et qui le ramenait sans cesse sur la brèche plus ferme, plus actif et plus résolu ; c'est enfin cet amour enthousiaste de ses devoirs et de son art, qui ne cessa de l'animer jusqu'à sa dernière heure.

Aucune carrière ne fut mieux remplie que la sienne ; nous le savons, car il nous avait appartenu tout entier. C'est à l'ombre de cette Ecole que s'est écoulée sa vie, dans des luttes qui l'ont conduit de succès en succès jusqu'au faîte des honneurs, dans des travaux qui ont placé son nom à côté de ceux des plus grands chirurgiens, et jeté du lustre jusque sur la Faculté dont il avait reçu les premiers enseignements. C'était un de ces hommes courageux et infatigables, qui ne demandent leurs succès qu'à l'étude ; qui préludent à la pratique par les exercices anatomiques, à l'enseignement officiel par l'enseignement particulier ; qui, formés dans le rude noviciat des hôpitaux, des amphithéâtres et des concours, n'arrivent aux dernières luttes qu'avec les qualités des maîtres déjà éprouvés : génération libérale et vigoureuse, en qui les habitudes de l'enseignement classique et des formes didactiques sont loin d'avoir éteint l'esprit d'invention et d'initiative, qui jouit enfin depuis longues années et qui jouira longtemps encore, c'est du moins notre espérance, du privilége de fournir à la Faculté des professeurs instruits et dévoués, qui font sa gloire et sa force.

Tel fut le professeur Blandin ; tel nous avons pu le voir et le juger : ce fut là le côté le plus éclatant de sa vie, non peut-être le plus méritoire et le plus beau. Chez lui, les qualités de l'homme ne le cédaient en rien à celles du savant. Il était simple, modeste, affable, prévenant, affectueux et bon. Les regrets déchirants de sa famille, de ses proches et de ses amis, nous ont appris combien il était apprécié dans le cercle intime où se montraient le plus librement ses qualités aimables. Il s'était fait du monde médical une seconde famille. Les médecins de Paris trouvaient en lui un confrère plein d'obligeance, de douceur, et de cette facilité familière qui efface les distances et rend le mérite agréable : aussi les sentiments qu'il inspirait autour de lui étaient-ils ceux de la confiance et de l'affection plus encore que ceux de l'estime et du respect. Hors du service, il accueillait les élèves, non pas en maître, mais en camarade. Il aimait la jeunesse, et savait tendre la main au mérite naissant. Loin de redouter le talent, il le cherchait, l'attirait à lui, et prenait plaisir à l'aider de ses conseils, de son appui, de son influence, et de ses bienfaits. Heureux de rendre à d'autres cette assistance et cette protection qu'il avait lui-même reçues de plusieurs hommes éminents, il se complaisait dans ce patronage qui est l'honneur du maître et de l'élève.

Qui peut se flatter d'échapper à la critique ? Blandin fut accusé d'aimer l'argent. Serait-il vrai, messieurs, que celui dont la vie était si simple, à qui le travail tenait lieu de plaisirs, et qui avait si peu de besoins, eût mérité le reproche d'avidité ? Serait-il vrai que celui qui prodiguait ses soins à la souffrance avec tant d'empressement, d'attention et de dévouement, eût déshonoré ces vertus professionnelles par la bassesse de leur motif ? Triste mystère du cœur humain, qu'hésite à sonder une main humaine ! Honteux problème, éternellement posé entre le médecin et le malade, entre le service et la reconnaissance ! Question dont je ne veux pas chercher la solution, car je ne pourrais justifier Blandin sans rejeter sur d'autres la cruelle accusation d'ingratitude ou d'envie ! Ce que je veux seulement vous dire, c'est l'emploi qu'il savait faire de sa fortune laborieusement acquise ; ce que je veux vous montrer, c'est la main secourable de cet homme avide allant au-devant de toutes les misères, s'ouvrant à toutes les infortunes.

« Voici mon oraison funèbre sur Blandin, a dit dans un de ses spirituels feuilletons un de nos confrères que vous reconnaîtrez sans qu'il soit besoin de le nommer ; voici mon oraison funèbre. Elle sera courte, mais vous la trouverez bonne, j'en suis sûr. Il faut, hélas ! que la tombe se soit fermée sur les deux acteurs de cette histoire pour qu'il me soit permis de la raconter.

» C'était en 1836, et pendant le concours pour la chaire d'anatomie. Parmi les concurrents s'en trouvait un, pauvre, obscur jusque-là, mais que les épreuves avaient élevé au premier rang. On venait de tirer les sujets de thèses. Le plus difficile n'est pas de faire ma thèse, s'écrie ce compétiteur au milieu d'un groupe d'amis, mais bien de la faire imprimer. Blandin entend ce propos, et s'informe avec intérêt, près d'un des assistants, de la position de son rival. Le lendemain, de très bonne heure, celui-ci recevait d'une main inconnue un rouleau contenant 300 fr. en or, avec un billet dont voici le sens, sinon le texte : Considérez l'envoi qui vous est fait comme une avance, qui vous sera réclamée quand vous serez en mesure de la rembourser. Pas de signature. Mis dans la confidence de ce fait, je reconnus, sans pouvoir en douter, l'écriture de Blandin. Cet acte de délicatesse et de générosité est d'autant plus remarquable qu'à cette époque du concours le compétiteur à qui il mettait ainsi les armes à la main avait des chances très sérieuses de succès ! »

Ne trouvez-vous pas, ajoute notre confrère, que cette action vaut un beau livre ? C'est ainsi que Blandin savait obliger. Nul ne pratiquait mieux que lui cette charité intelligente, qui s'exerce sans tyranniser la reconnaissance, et double le prix du bienfait par la grâce qui l'accompagne. Que de pauvres médecins, que d'élèves nécessiteux, entrés dans son cabinet le désespoir dans l'âme, et qui y ont retrouvé, avec le secours qui éloigne la misère, le courage, la confiance, et la foi dans l'avenir ! Sa mort seule a permis de connaître ces actes d'une bienfaisance d'autant plus louable qu'elle avait voulu rester ignorée. Si la parfaite probité est, comme on l'a dit, de faire sans témoins aussi bien qu'on ferait devant tous, de quel nom appeler la conduite de celui qui agit en secret mieux qu'il n'agirait en public !

Blandin était plus que généreux ; il était compâtissant. Il ne donnait pas seulement son bien, il courait de sa personne au secours des malheureux, et leur prodiguait son temps, la chose qu'il estimait le plus, la seule dont il pût être avare. Combien de confrères sont venus réclamer près de lui, pour l'indigent, la faveur gratuite de son talent et de ses soins ! En est-il un seul qu'il ait jamais repoussé ? et les malades qu'il a secourus ainsi ont-ils pu s'apercevoir, autrement que par le témoignage de leur propre cœur, qu'ils fussent ses obligés ? Il n'attendait rien d'eux, et se trouvait assez payé par la conscience du bien qu'il avait fait ; mais le moindre signe de reconnaissance lui était précieux plus, précieux que la plus riche récompense.

Au commencement même de cette année, venait de lui arriver une de ces aventures dont on aime à conserver le souvenir. Une jeune femme, mariée à un ouvrier de Paris, et récemment accouchée, était venue à la consultation de l'Hôtel-Dieu, pour un abcès du sein, qu'il ouvrit séance tenante, puis elle était retournée chez elle ; mais, à peine arrivée, elle s'aperçut que la plaie fournissait du sang qu'elle ne pouvait arrêter : elle envoie aussitôt à l'Hôtel-Dieu. Probablement quelque branche de l'artère mammaire externe avait été divisée. Blandin eût très bien pu se décharger sur un de ses aides du soin de remédier à un si petit accident ; il préféra, dans son zèle, y aller lui-même, et il mit tant de bonne grâce dans sa visite que la pauvre femme ne savait comment lui témoigner sa reconnaissance. Elle avait reçu un peu d'éducation ; elle imagina de lui adresser ses remercîments en vers. J'ai vu cette pièce, que Blandin eût gardée toute sa vie. Les rimes ne brillent, ni par la richesse, ni même par l'exactitude ; mais l'expression des sentiments est touchante et vraie. Permettez-moi, messieurs, de vous en lire quelques fragments.

Quel éloge plus véridique du bienfaiteur, que l'éloge prononcé par celui même qui a reçu le bienfait ?

« . . . . Au souvenir
D'une bonne action on se sent rajeunir.
Dans vos instants d'ennui, dans vos jours soucieux,
Sur ce modeste écrit daignez jeter les yeux ;
Il vous dira le bien que vous avez su faire.
. . . .
Pour moi, je me souviens, je n'oublierai jamais
Tout ce que je vous dois. Vous êtes désormais
Au nombre des mortels qu'en mon cœur je révère,
Et que le ciel envoie en exemple à la terre.
Vous êtes bienfaisant ; votre cœur généreux
Accueille avec douceur, même le malheureux,
Et vous avez compris qu'une bonne parole
Au pauvre fait du bien. . . . . .
. . . . Vous m'avez conservée
A mon époux si tendre, à ma famille en pleurs ;
Et toujours votre nom sera cher à nos cœurs.
A mon petit enfant, qui vous devra sa mère,
Je le dirai bientôt, pour que, dans sa prière,
Elevant vers le ciel ses innocentes mains,
Il implore pour vous le père des humains !
Dieu toujours exauça la prière des anges ;
Leurs voix montent vers lui pures de tous mélanges ;
Il entendra mon fils, et longtemps ici-bas
Sèmera le bonheur et la paix sous vos pas. »

Blandin était professeur de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de Médecine, officier de la Légion d'honneur, praticien célèbre ; une belle famille l'entourait de son affection ; de nombreux amis se pressaient autour de lui ; la fortune l'accablait de ses dons. Au milieu d'une prospérité qui lui promettait de longs jours de bonheur, qui n'eût regardé comme superflu le vœu de la pauvre malade reconnaissante ? La Providence a des vues supérieures aux nôtres, et devant lesquelles nous ne pouvons que nous incliner ! Le vœu de la pauvre femme ne devait pas s'accomplir ici bas ! Déjà la santé de Blandin s'était depuis quelque temps dérangée : il avait ressenti l'influence épidémique, sans suspendre pour cela ses occupations. Son cours achevé, il céda aux instances de ses amis, et partit pour la campagne ; mais il était trop tard : il fallut revenir à Paris, où il se trouva entouré des conseils et des soins les plus éclairés. Vains efforts ! inutile résistance ! Une bronchite capillaire aiguë s'était déclarée ; bientôt survinrent des phénomènes cérébraux ; les progrès du mal ne purent être arrêtés, et notre infortuné collègue succomba, à l'âge de cinquante et un ans, le 16 avril 1849. Dans le délire qui remplit les deux derniers jours de sa vie, sa pensée était incessamment fixée sur l'exercice de l'art auquel il devait sa renommée ; il se croyait à l'Hôtel-Dieu, au milieu de ses élèves, occupé à faire des opérations et des pansements. Ce n'est qu'au moment suprême qu'il recouvra l'entière liberté de son esprit, pour reconnaître, encourager d'un calme sourire, et remercier dans un dernier embrassement sa femme, ses enfants, les parents et les amis dévoués qui entouraient son lit de mort. Tel est le récit fidèle des derniers instants de Blandin, dans lesquels, ainsi que l'a si bien dit un de nos collègues, se résume sa vie tout entière : passion pour son art, affection profonde et tendre pour les siens.

Lorsque la mort enlève à sa famille, à ses amis, à la science et à la société, un de ces hommes qui tiennent au monde par tant de côtés, c'est du moins, au moment où tous ces liens se rompent à la fois, un allégement à la douleur universelle, et une consolation dernière, que de penser qu'il ne descend pas tout entier dans la tombe, qu'il nous laisse la meilleure partie de lui-même, et continue à servir l'humanité par la tradition de ses travaux et de ses exemples.

Si parfois quelqu'un d'entre nous, collègues de Blandin, sentait fléchir son courage et défaillir ses forces dans la voie si rude de l'enseignement médical, qu'il se rappelle alors tant d'hommes illustres qui nous ont précédés dans cette noble et pénible carrière, qu'il reporte sa pensée sur celui-là même dont nous honorons ici la mémoire ; qu'il songe à cette solennelle séance, terme fatal auquel nous devons tous arriver, afin que, dans ce jour de justice, aucune plainte, aucun reproche, ne puissent s'élever de la foule et troubler le pieux recueillement de l'assistance, afin que, devant la famille, les amis, les maîtres et les élèves réunis, celui qui portera la parole puisse, comme je le puis en cet instant, demeurer libre dans sa conscience, n'ayant rien à taire, rien à dissimuler, rien à atténuer.

Et vous, jeunes amis, qui couvrez les bancs de cette école, vous qui êtes encore aujourd'hui nos élèves, et qui serez bientôt nos successeurs, apprenez, par la contemplation de cette vie laborieuse, tout ce que vous pouvez vous promettre du travail et de la persévérance. Ne perdez pas de vue qu'il n'est pas de but trop élevé à qui sait rassembler d'avance et de loin ses efforts, pas de chemin trop long à qui marche sans cesse et en droite ligne. Que ceux d'entre vous qui se sentent vigoureux et résolus prennent donc courage et confiance ! Devant eux, comme devant Blandin, s'ouvrent, dans les hôpitaux et dans la Faculté, deux belles routes, toujours parallèles et souvent confondues, conduisant par des étapes successives jusqu'aux grades les plus élevés dans la pratique et dans l'enseignement. Qu'ils s'arrêtent pourtant, avant de s'engager dans ces voies redoutables autant que glorieuses, qu'ils s'arrêtent un instant devant la tombe à peine fermée de cet homme qui s'est fatigué à les parcourir, et qu'ils mesurent bien leur intelligence, leurs forces et leur volonté, car ils savent maintenant à quel prix la renommée vend ses faveurs et par quels sacrifices on acquiert, dans notre profession, la possession des honneurs et des dignités.

C'est une rude tâche que celle de se faire un nom, et il n'y a que le petit nombre à qui soit réservée une telle destinée ; mais, ce qui est à la portée de tous, ce que chacun peut ambitionner, c'est de se concilier, dans le cercle modeste où devra se passer sa vie, l'estime et la considération générales, et de conquérir, par l'exercice des vertus sociales et la pratique des devoirs professionnels, cette réputation de médecin utile, probe et charitable, qui n'a pas autant d'éclat sans doute, mais qui ne pèse pas moins dans la balance du bonheur. En est-il un seul parmi vous qui renonçât volontairement à cette espérance ? N'êtes-vous donc pas ces braves jeunes gens que nous venons de voir, dans le cours de cette triste année, se jeter à travers les dangers d'une épidémie meurtrière, rivalisant de zèle, d'intrépidité, d'abnégation et de générosité, avec les médecins les plus aguerris, et débutant comme bien d'autres seraient heureux de finir ? Qu'il m'eût été doux de faire succéder à l'éloge du maître celui des élèves ; de retracer ici quelques-unes de ces actions que vous avez accomplies si simplement qu'elles semblaient vous être naturelles ; de montrer au pays quel inépuisable trésor il possède dans cette intelligente et courageuse jeunesse, que nous sommes fiers de conduire ; de vous montrer à vous-mêmes, dans

ce que vous avez su faire déjà, le gage et la promesse de ce que vous saurez faire encore! Tant d'honneur ne m'était pas réservé. Vos bienfaits vous seront rappelés par une voix plus connue et plus chère. La Faculté a voulu faire passer ses félicitations par la bouche même de son doyen; et elle ne pouvait assurément choisir un plus digne interprète. A qui appartenait-il de faire le récit de vos bonnes œuvres, si ce n'est à celui qui les a partagées, au savant éminent et modeste qui vous a guidé dans la voie du bien, et qui, après vous avoir tous aidés, soutenus, encouragés dans cette épreuve, s'est ensuite oublié lui-même et n'a songé à ses propres fatigues qu'après avoir appelé sur votre conduite l'attention du gouvernement, et obtenu pour vous, comme pour les autres membres du corps médical, ces récompenses méritées, qui honorent à la fois ceux qui les reçoivent et ceux qui les accordent!

Discours de M. Bérard.

Messieurs,

Un discours prononcé par l'un de vos maîtres, la proclamation des prix par le secrétaire du conseil des professeurs, tel est le programme habituel de la séance de rentrée de la Faculté. Les paroles de mon digne collègue vous ont fait pressentir que j'y ajouterais quelque chose.

Si le désir d'honorer la conduite que vous avez tenue en face d'une épidémie désastreuse n'eût pas suffi pour justifier cette innovation, elle m'eût été conseillée par un événement que vous avez tous présent à l'esprit.

Récemment élevé au décanat, je saisis la première occasion qui se présente de me mettre publiquement en rapport avec vous; je viens vous faire connaître en peu de mots les sentiments et les vues que j'apporte dans l'accomplissement de la mission qui m'a été confiée.

Et, puisque je parle de sentiments, laissez-moi vous dire celui dont j'ai été pénétré d'abord. Il ressemble beaucoup à celui qu'exprimait, à deux cents ans d'intervalle, un doge de la République de Gênes et l'un des plus célèbres auteurs dramatiques de notre pays. Ce que l'un disait de Versailles, ce que l'autre disait du *fauteuil académique*, je le répéterai à propos du décanat : « *Ce qui me surprend le plus, c'est de m'y voir.* »

Comment, au milieu d'hommes éminents que leur réputation européenne désignait au choix du pouvoir, est-on allé prendre un professeur dont le nom avait franchi à peine les murs de cette enceinte? Voilà ce qui a dû me causer quelque étonnement, bien que nous vivions à une époque où de semblables coups du sort ne sont pas rares, et où, comme au temps d'Horace, la fortune semble se complaire dans ces brusques vicissitudes que le poëte a si heureusement exprimées :

> ..... Vel imo tollere de gradu
> Mortale corpus, vel superbos
> Vertere funeribus triumphos.

Il n'appartient à personne peut-être de se déclarer exempt de toute ambition. La mienne s'était renfermée jusqu'ici dans un scrupuleux accomplissement des devoirs du professorat, et je n'entends pas dire par là qu'elle eût été modérée. Quel plus noble but à atteindre en effet, quelle tâche plus belle à remplir que d'introduire à l'étude de la vie, que d'initier à l'art de guérir une jeunesse intelligente et généreuse qui vous sait gré des efforts tentés en sa faveur!

En m'imposant de nouveaux devoirs, le décanat allait éveiller chez moi une ambition nouvelle, et en même temps la crainte, trop fondée peut-être, de rester au-dessous de ma position.

La bienveillance dont j'ai été entouré a soutenu mes premiers pas.

Des encouragements affectueux, des conseils dictés par l'expérience, des avertissements utiles, sans mélange d'opposition systématique, voilà ce que j'ai trouvé près de mes collègues; qu'ils reçoivent ici l'expression publique de ma reconnaissance! Ceux d'entre eux qui ont concouru à ma nomination (je l'ai su depuis) ont voulu sans doute, en aplanissant devant moi toutes les difficultés, me persuader que je n'étais pas impropre aux fonctions auxquelles ils m'avaient fait appeler et justifier ainsi leur ouvrage.

Et vous, messieurs les élèves, pourrais-je oublier combien votre amour de l'étude, votre respect de la discipline, vos bons sentiments pour moi ont facilité ma tâche? Dans des temps beaucoup moins agités que les nôtres, on avait vu les orages elevés au sein de l'Ecole domptés à peine par la voix d'un doyen jouissant près de vous d'une faveur justement acquise. De semblables épreuves m'ont été épargnées; à vous donc aussi mes remercîments et mes félicitations.

Je sens combien d'efforts me sont commandés par ces témoignages de sympathie, et mon émulation s'accroît encore au souvenir des grandes choses opérées par l'une des administrations qui ont précédé la mienne. Je serais heureux de donner suite aux améliorations matérielles auxquelles je viens de faire allusion, et cependant il m'est interdit de m'y livrer aujourd'hui. Il est des circonstances où les administrations, comme les particuliers, subissent la contrainte de ce que les anciens appelaient *res angusta domus*; vous me comprenez, et je n'ai pas besoin de pousser plus loin mes confidences à cet égard.

Mais il est d'autres devoirs sur la satisfaction desquels un doyen de Faculté doit aspirer à exercer une légitime influence : ils se rapportent à l'enseignement et à l'exercice de la médecine.

Que de fois depuis vingt-cinq ans n'a-t-on pas dit que nos institutions médicales ne répondaient ni aux intérêts généraux de la société, ni aux intérêts particuliers des médecins! Que de fois n'a-t-on pas dû ajourner des espérances que l'annonce d'une révision prochaine de ces institutions avait fait naître! Que de délibérations dans les congrès médicaux, les Académies, les Ecoles préparatoires, les associations médicales, les Facultés! Que de savants rapports qui sont allés s'enfouir dans les bureaux! Que de projets de loi qui n'ont point abouti! Le moment semble s'approcher enfin où ces délais trouveront un terme.

Si les doyens des Facultés ne sont pas appelés à voter cette loi, objet d'une si longue attente, ils sont consultés du moins pour en préparer les éléments. Sur les questions qui touchent à l'enseignement et à la pratique de la médecine, les opinions de la Faculté sont connues. La publicité officielle qui leur a été donnée me dispense de les rappeler ici et de montrer leur heureuse conformité avec celles que venait d'exprimer l'élite des médecins français réunis à Paris dans le mémorable congrès de 1846. Croyez, messieurs, que je ne déserterai la défense d'aucun des principes tutélaires qui furent proclamés alors et qu'avait trop légèrement sacrifiés la chambre des pairs. Je combattrai pour la cause sacrée du concours dont vous venez d'entendre l'éloquente apologie, et que menacent encore les mêmes adversaires sous les coups desquels il a momentanément succombé. Je demanderai à la loi de protéger les praticiens honnêtes contre cette plaie hideuse de notre profession, le charlatanisme, qui couvre nos murailles de ses sales affiches et nos feuilles périodiques de ses annonces mensongères. Etranger depuis longtemps à la pratique civile, je ne puis éprouver aucun préjudice personnel de ces manœuvres que la législation actuelle ne saurait ni réprimer ni punir. Mon intervention ici sera donc désintéressée. Elle ne le sera pas moins sur les deux ordres de médecins en France. Président des jurys médicaux, je demanderai leur suppression.

Je sais, et je le déplore, je sais que la suppression du second ordre portera un coup funeste à nos écoles préparatoires de médecine, si dignes d'intérêt par les services qu'elles rendent et le personnel qui les compose; mais j'ai l'espoir que certaines compensations leur rendront la viabilité que cette mesure leur enlève. Sorti moi-même d'une de ces écoles, je n'ai point oublié les moyens d'instruction que j'y ai rencontrés, et au sentiment de reconnaissance qui me fait désirer leur maintien, se joint, chez moi, le conscience de leur utilité.

Encore une fois, sur les points que je viens de toucher et sur beaucoup d'autres, la Faculté a déjà manifesté ses vues. La révolution de février et le texte de la Constitution, qui proclame la *liberté de l'enseignement*, ont fait surgir des questions nouvelles. Devançant, à certains égards, les prescriptions de la loi, la Faculté a depuis longtemps ouvert ses amphithéâtres à l'enseignement libre, qui y a pris un développement remarquable. L'anatomie y compte plusieurs professeurs; la physiologie expérimentale y est démontrée. De jeunes docteurs y exercent les élèves à la pratique des opérations chirurgicales. Des cours sur la médecine proprement dite et sur plusieurs branches spéciales de l'art de guérir y doublent ou y complètent l'enseignement de la Faculté. Quelles entraves a-t-on mises à cette forme de l'enseignement libre? Aucune, messieurs, tout individu muni du diplôme est encore admis aujourd'hui à donner des leçons sur ce qu'il sait ou croit savoir. Parfois même on a oublié d'insister sur la justification du diplôme, et quelques-uns se sont faits professeurs qui n'avaient pas cessé d'être élèves. On se demande, en présence de ces faits, si la loi qui doit réglementer l'enseignement libre de la médecine peut lui offrir des libertés nouvelles et s'il n'y a pas plutôt lieu de craindre qu'elle ne diminue son essor?

De nos jours, et torturant peut-être le texte de la Constitution, certains esprits se montrent cependant plus exigeants. La *scolarité*, la *collation des grades*, voilà le terrain sur lequel ils se placent, et d'où ils réclament, pour l'enseignement libre, des priviléges qui leur seraient peut-être contestés. Messieurs, le diplôme français est tenu en singulière estime dans toutes les parties du monde, et de toutes les parties du monde nous voyons accourir dans nos écoles des hommes désireux de se perfectionner dans l'art de guérir. Si tous ne suivent pas, chez nous, la carrière complète du doctorat, tous sont jaloux de produire aux yeux de leurs compatriotes le certificat ou l'inscription qui atteste leur séjour dans une Faculté française.

A quoi tient cet hommage unanime rendu à notre pays? A ce qu'une forte scolarité pour les élèves, une certaine exigence de la part des examinateurs, ont fait monter plus haut, chez nous que partout ailleurs, le niveau des études médicales. Voudriez-vous porter la hache sur de telles institutions? Oh! non, messieurs, perfectionnons-les, mais ne les détruisons pas. Mais c'est vous arrêter trop longtemps sur ce qui me concerne, et j'ai hâte de parler de vous.

Si la terrible épidémie qui, parcourant le globe, avait touché la France en 1832, et y avait laissé des traces si douloureuses de son passage, ne nous avait rien appris de sa nature et de sa cause, elle nous avait donné, du moins, un avertissement utile et dont il fallait profiter. Le choléra ayant de nouveau quitté l'Inde, recommencé sa marche en Europe, plus rapide cette fois que la première, et pénétré déjà dans la Grande-Bretagne, il était hors de doute que nous allions le voir reparaître parmi nous. Dans la prévision de cette triste éventualité (si cela pouvait encore porter le nom d'éventualité), l'assistance publique s'était émue, et, longtemps avant que le fléau ne fît invasion chez nous, on avait arrêté les dispositions qui devaient modérer ses ravages et assurer des secours aux malheureux qu'il allait atteindre.

Cette mission de prévoyance charitable avait été confiée aux soins du conseil de salubrité, qui reçoit toujours au nombre de ses membres le doyen de la Faculté de Paris.

Le but et la forme des délibérations auxquelles je venais assister m'avaient pénétré de respect. C'est un spectacle touchant et digne d'un pays civilisé que celui d'une réunion d'hommes animés du sentiment divin de la charité, cherchant les moyens d'adoucir les maux qui dans un avenir prochain vont fondre sur une population, tandis que celle-ci, joyeuse encore, imprévoyante, goûte sans souci du lendemain chacun des jours de bonheur que la Providence lui a comptés!

Tout avait donc été préparé de longue main, lorsque vinrent les mauvais jours de l'épidémie. A la vérité, le défaut de concours des personnes que nous faisions figurer dans l'organisation des bureaux de secours ont pu paralyser et frapper de stérilité les dispositions votées par le conseil de salubrité. Mais qui aurait osé supposer que les étudiants de cette Ecole resteraient sourds à l'appel qui allait être fait à leur courage et à leurs sentiments d'humanité? Le doute à cet égard eût été une injure! J'étais parfaitement rassuré.

Des listes sont ouvertes au secrétariat de la Faculté pour l'inscription des élèves qui se proposent de faire le service des bureaux de secours, à l'instant même elles se couvrent de signatures; et quand vient le moment de se rendre à ces postes périlleux, pas un des signataires ne manque à l'appel de son nom. L'épidémie, bornée d'abord à quelques arrondissements de Paris, se propage avec rapidité dans tous les autres, les demandes de secours se multiplient; mais l'élan généreux qui avait porté les élèves à s'inscrire s'était propagé avec plus de vitesse encore dans l'Ecole que l'épidémie dans Paris. Nos listes suffisent à tout, et en quelques jours les 48 postes médicaux de la capitale, presque toutes les communes de la banlieue et quelques villes de la province reçoivent le contingent d'élèves qu'ils avaient demandé.

Dans ce mélange de bien et de mal, de dévouement sublime et de froid égoïsme qui composent la physiologie humaine, il est cependant un trait qui la caractérise et qui l'élève à mes yeux. C'est qu'en présence d'une grande calamité, la première impulsion de l'homme est toujours généreuse et compatissante; la réflexion vient ensuite, conseillère moins désintéressée, qui, trop souvent éteint ce premier feu qu'un noble instinct avait allumé, hésite devant les sacrifices ou le danger, et met les sentiments personnels à la place de l'abnégation.

Ces timides suggestions de la prudence, vous n'avez pas permis qu'elles eussent accès près de vous, tout ce que vous aviez offert d'abord, vous l'avez donné; tout ce que vous aviez promis, vous l'avez tenu et au delà.

Et cependant, que de circonstances menaçantes, que de pénibles épreuves auraient pu ébranler un dévouement moins affermi que le vôtre! alors que le moindre changement dans les habitudes de la vie pouvait avoir des conséquences si funestes; quitter sa demeure pour s'installer en permanence au centre d'un quartier ravagé par l'épidémie, et de là, sans repos, sans relâche, de jour comme de nuit, sous une chaleur tropicale et, bientôt après, sous des pluies torrentielles, courir partout où le mal vient de frapper un nouveau coup, pénétrer, pour y porter des secours, jusque sous les combles des habitations, dans ces réduits étroits, insalubres, où le fléau destructeur trouvait pour auxiliaires, hélas! trop redoutables, l'encombrement et la misère.

Voilà, messieurs, ce qu'il fallait braver, vous l'avez fait sans crainte et sans ostentation; ni d'excessives fatigues, ni la privation de sommeil, ni, pour quelques-uns de vous, les premières atteintes du mal qui sévissait avec tant de fureur, n'ont pu vous détourner un seul instant de la mission périlleuse et sainte que vous aviez acceptée. Grâce à Dieu, aucun de vous n'y a laissé la vie; et les cruelles appréhensions dont je ne pouvais me défendre lorsque, songeant à vos parents, je signais les commissions qui allaient mettre vos jours en danger, ne devaient pas être justifiées. Pourquoi faut-il qu'à cette pensée consolante, et sur laquelle il me serait si doux de me reposer, vienne s'asseoir le souvenir des pertes que nous avons faites parmi vos condisciples des hôpitaux? Eux aussi, et sur un autre théâtre, ont donné un nouvel exemple de ce qu'on peut attendre du corps médical dans les temps de calamité.

Berlier! Londe! nobles victimes du plus courageux dévouement! Puisse la voix qui proclame ici vos noms, pénétrant jusqu'au sein de vos familles désolées, y porter, pour adoucissement à leurs peines, les témoignages de notre sympathie et la certitude que nous partagerons leurs regrets. Je ne croirais pas avoir payé ma dette envers vous, messieurs, si je passais sous silence certains traits que votre modestie a tenus secrets et que la reconnaissance a révélés.

Appelés par le service des bureaux de secours à contempler pour la première fois peut-être le spectacle de la misère; émus de ces douleurs sans nombre qui forment le cortége du dénûment, plusieurs de vous, aux soins touchants de la médecine, ont ajouté une autre forme de la bienfaisance.

Ici de pauvres malades ne peuvent acheter les médicaments qu'on leur a prescrits, mais le jeune praticien fouille dans sa bourse, et assure l'exécution de ses ordonnances.

Ailleurs, où un crédit a été voté pour la table des bureaux de secours, nos excellents jeunes gens vivent de peu, s'imposent des économies, et mettent à la disposition des indigents la portion du crédit qu'ils n'ont pas dépensée.

Qui ne serait touché de ce mouvement de charité compatis-

sante qui porta l'un de vous à déchirer le vêtement qui couvrait sa peau pour en employer les lambeaux à frictionner le corps engourdi d'un pauvre cholérique! Ah! messieurs, pardonnez-moi, si je suis fier d'être à la tête d'une école dont les élèves donnent de tels exemples à leurs condisciples.

Je voudrais faire passer sous vos yeux les témoignages écrits de la reconnaissance des communes où nos élèves ont porté leurs secours. Là le maire, le conseil municipal réunis en séance extraordinaire, délibèrent, votent, en leur nom et au nom de la population tout entière, des adresses de remercîments aux jeunes délégués de la Faculté. Le maire d'une commune rurale m'écrivait: « Aujourd'hui, notre population, heureuse d'avoir recouvré la santé, bénit le jeune médecin que la Faculté de Paris a bien voulu lui envoyer. » Un membre de la commission sanitaire du 1er arrondissement dit, en parlant d'un de nos élèves : « Il a su tellement captiver l'affection des malheureux, et attirer leur confiance, qu'ils viennent chez moi me demander à mains jointes de leur continuer ses soins » Je lis dans une lettre du maire de la ville de Meaux : « Vous n'auriez pu, assurément, monsieur, faire de meilleurs choix pour nous; grâce à vos élèves, les soins n'ont pas une seule fois manqué à nos malades. »

Je dois renoncer à transcrire ces pièces, où l'expression varie, mais où domine partout le même sentiment, celui de la reconnaissance.

« La plus douce récompense d'une bonne action, c'est de l'avoir faite, » a dit un ancien philosophe. Mais ce genre de rémunération n'en exclut pas un autre, et j'ai dû m'occuper de l'obtenir pour vous. L'épidémie commençait a peine à décroître, que dans ce but je signalais votre conduite au ministre de l'instruction publique. La réponse ne se fit pas attendre; les termes en sont trop honorables pour vous pour que je les passe sous silence : « Monsieur le doyen, écrivait le ministre, j'ai lu avec un vif intérêt les détails contenus dans votre lettre du 25 juin sur l'empressement de la jeunesse médicale à se mettre à la disposition de l'administration dans les tristes circonstances que nous venons de traverser. Je m'associe pleinement aux éloges que vous donnez au dévouement de ces jeunes gens et aux services qu'ils ont rendus; ils sont ainsi entrés avec honneur dans la carrière, en suivant l'exemple de leurs illustres maîtres. Je pense, comme vous, qu'il est juste de leur accorder des remises de droits universitaires et des distinctions honorifiques. »

Ce n'était point une vaine promesse, messieurs. Telle fut la munificence des premières allocations faites par le ministre, qu'il parut convenable, dans l'intérêt du trésor, et eu égard au grand nombre d'élèves méritants, de chercher à modérer cet élan de la reconnaissance Nous donnions alors le spectacle, fort rare assurément, d'un solliciteur qui réclame contre l'excès de faveur dont on le comble, et d'un ministre qui accorde plus qu'on ne lui demande.

Le succès d'une démarche enhardit à en faire une autre. Je sollicitai de M. le président de la République une audience qu'il m'accorda, et dans laquelle j'exprimai le vœu qu'une médaille fût frappée en commémoration des services que vous aviez rendus pendant l'épidémie. Là encore je reçus un favorable accueil. Quelques jours après, dans les bureaux, on me proposait quinze médailles, chiffre que je déclarai insuffisant. Un peu plus tard, une lettre officielle m'en allouait vingt-cinq. Un peu plus tard encore j'obtenais que le nombre s'en élevât à trente, et aujourd'hui, j'ai la satisfaction de vous annoncer que cinquante de ces récompenses honorifiques sont entre les mains du graveur, qui y inscrit les noms d'autant d'élèves de cette Faculté.

Il ne m'appartient pas de prendre l'initiative pour les récompenses à décerner aux élèves des hôpitaux. Je me suis assuré qu'ils ne seraient pas oubliés par M. le directeur de l'assistance publique et le ministre de l'intérieur.

En attachant la croix de la Légion-d'Honneur sur la poitrine d'un de ces courageux internes qui ont bravé le fléau à la Salpêtrière, le ministre rendait hommage tout à la fois et à l'élève qui recevait cette distinction et aux élèves qui avaient partagé avec celui-ci les dangers de ce redoutable séjour. L'embarras où l'on s'était trouvé pour désigner un interne plus méritant que les autres avait montré assez que tous avaient rendu les mêmes services et fait preuve d'un égal dévouement. A nos yeux, dans la personne de M. Labat, on a décoré aussi les internes qui ont survécu : MM. Falret, Trélat, Axenfeld, Salneuve et Potin.

Puisque la position exceptionnelle de la Salpêtrière m'a fait pour la première fois articuler des noms, je dois prononcer aussi ceux de MM. Auger, Moreau, Dufour, Dumesnil, Martin de Gimard, Loiseau et Clin, qui sont venus remplacer leurs condisciples déjà frappés du choléra.

Messieurs, un dernier mot sur ces récompenses. Je ne doute pas qu'en vous inscrivant sur les listes et en vous rendant aux postes qui vous étaient assignés, vous n'ayez été tous animés du même zèle, des mêmes sentiments de désintéressement et d'humanité; cependant tous vous n'avez pas été soumis à des épreuves également rigoureuses pendant un même espace de temps. De même qu'en un jour de bataille où tous les soldats apporteraient le même courage, tous n'ont cependant pas la bonne fortune d'être placés aux postes les plus périlleux. J'ai dû m'efforcer de proportionner les récompenses aux services rendus, et non aux intentions. Les propositions que j'ai faites au ministre et qu'il a ratifiées, je ne les ai mises sous ses yeux qu'après un travail long et consciencieux. J'ai pu me tromper dans mes appréciations, mais j'ai la confiance qu'aucun de vous ne m'accusera de partialité. Quelques pièces me sont parvenues trop tard; les élèves qu'elles concernent seront l'objet d'un nouveau travail.

Certains élèves, parmi les plus méritants, dans le but louable d'alléger les charges que leur éducation médicale fait peser sur leurs parents, ont préféré l'immunité universitaire à la récompense honorifique.

Trois de vos condisciples seulement auront à la fois l'immunité universitaire et la médaille; je n'avais pas proposé pour eux cette double récompense. Enfin, messieurs, au lieu d'une proclamation orale de près de deux cents noms, qui ne laisserait aucune impression dans l'auditoire, à moins que ce ne fût celle de l'ennui, il a été décidé en Faculté qu'on s'en remettrait à la presse officielle ponr donner à cette rémunération la publicité qu'elle a méritée. Je ne doute point que la presse médicale ne nous prête aussi son concours, et qu'elle ne consente à reproduire avec vos noms ces quelques paroles, qui n'ont d'autre mérite que celui qu'elles empruntent au récit de vos belles actions.

Le rapport suivant, en date du 24 octobre, a été adressé au président de la République par le ministre de l'agriculture et du commerce:

« Monsieur le président,

» Le funeste fléau qui, depuis près d'un an a envahi la France, est arrivé, dans Paris, à son dernier degré de décroissance, et il est permis d'espérer que le nombre déjà si considérable des victimes qu'il y a faites ne s'augmentera plus d'une manière sensible. Le moment me paraît donc venu d'ajouter aux récompenses que déjà, par votre décret du 18 juillet dernier, vous avez bien voulu accorder à l'occasion du choléra, et qui se sont seulement appliquées à des services rendus dans les hôpitaux, celles dont se sont montrés dignes les praticiens étrangers à ces établissements.

» Au milieu des pénibles épreuves que nous avons traversées, alors que le choléra frappait sur la population parisienne ses coups les plus terribles, alors aussi de toutes parts le dévouement et la charité multipliaient leurs bienfaisants efforts, et, à côté du douloureux spectacle de tant de souffrances et de misère, nous avons eu au moins la consolation de voir se déployer dans toute leur force, s'élever à toute leur hauteur, les vertus dont s'honore le plus l'humanité.

» Le corps médical tout entier a mérité la reconnaissance publique et les félicitations du gouvernement; je suis heureux de pouvoir lui rendre cette justice en le signalant à votre bienveillante attention comme digne des plus grands éloges Mais, pour que les récompenses spéciales conservent leur caractère et leur signification, elles ne doivent être décernées qu'en petit nombre et ne consacrer, par un témoignage éclatant, que des services vraiment exceptionnels.

» J'ai donc dû, monsieur le président, renfermer dans d'étroites limites les présentations que j'ai l'honneur de vous soumettre pour la décoration de la Légion-d'Honneur, et n'y comprendre que les médecins qui se sont le plus distingués au milieu de tous ceux qui se sont acquis des titres à l'intérêt du gouvernement. Il m'a paru aussi qu'il convenait d'avoir égard, dans la répartition des récompenses, d'une part, au degré d'intensité de la maladie dans chaque arrrondissement, d'autre part, à la situation respective des populations dans chacun d'eux, situation qui, dans quelques-uns, imprimait aux services rendus un caractère encore plus remarquable de désintéressement et de dévouement.

» Mais le zèle des médecins de Paris ne s'est pas renfermé dans l'enceinte de cette ville; le gouvernement a fait appel au concours d'un grand nombre d'entre eux pour aller porter dans les départements les plus maltraités par l'épidémie les secours de leur art. Tous ont accepté avec un vif empressement cette pénible mission; tous l'ont remplie avec un dévouement que je ne saurais trop louer; tous ont mérité qu'un signe de la satisfaction du gouvernement vienne témoigner de la reconnaissance publique pour leur honorable conduite. Là aussi, cependant, les récompenses doivent être graduées, et si tous les médecins ou élèves en médecine auxquels des missions ont été confiées sont dignes d'une récompense honorifique, je n'ai cru devoir vous proposer pour la première de toutes que ceux dont les titres m'ont paru les plus éminents.

» Les nominations que j'ai l'honneur de vous proposer se bornent, monsieur le président, à des services rendus soit à Paris, soit à l'occasion de missions confiées par l'administration centrale et dirigées par le bureau sanitaire établi au ministère de l'agriculture et du commerce, avec un zèle et une intelligence que je suis heureux d'avoir à vous signaler. J'appelle de tous mes vœux l'époque ou le choléra, qui sévit encore cruellement dans quelques-uns de nos départements, aura enfin cessé ses ravages et permettra de compléter la répartition des distinctions honorifiques dues aux actes les plus remarquables de dévouement suscités par cette funeste épidémie.

» Veuillez agréer, monsieur le président, l'hommage de mon profond respect.

» *Le ministre de l'agriculture et du commerce,*

» V. LANJUINAIS. »

Nous sommes heureux d'annoncer que parmi les plus justes récompenses qui viennent d'être accordées au corps médical, se trouve celle de notre célèbre et très affectionné confrère M. le professeur Rostan. Il a été promu à la dignité d'officier de la Légion-d'Honneur.

Sur le rapport de M. le ministre de l'agriculture et du commerce :

M. le docteur Méller, membre de l'Académie nationale de Médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique, est nommé officier de l'ordre national de la Légion d'Honneur.

Sont nommés chevaliers du même ordre :

MM. les docteurs Foissac, adjoint au maire du 1er arrondissement, Lesaulnier, Bréon, Papeguy, Gillette, Vergne (Jean-Denis), Bourse, Bellely, Houde, Foucart, Lachaise, médecins à Paris; Baget, ancien pharmacien, Foubert, chef du bureau de la police sanitaire et industrielle au ministère de l'agriculture et du commerce.

Conformément aux conclusions d'un second rapport du même ministre, des médailles d'honneur ont été en outre accordées à 762 personnes.

« Cette médaille, dit le ministre, ne saurait être considérée comme une récompense vulgaire; elle ne s'appliquera qu'à des services remarquables, et le choix des personnes proposées, parmi tous les citoyens qui se sont distingués par leur conduite pendant l'épidémie, a été entouré de toutes les garanties propres à mettre dans tout leur jour leurs mérites respectifs. Ces choix sont, en effet, le résultat d'une simple enquête à laquelle ont procédé le préfet de la Seine, le préfet de police et le conseil de salubrité. »

1er *arrondissement.* — MM. Juge, Petit, membre du conseil de salubrité; Vinache, de Crozot, Ley. Gibory, Renous-Grave, Giboin, Baret, Despaux-Ader, Chereau, Magne, Cherest, Deschamps, Leroy d'Etiolles, Moynier, Terrier, Bessières, médecins; Isarrié, Fauconneau-Dufresne, Martinet, propriétaire, Contour, médecin; Duflocq marchand de bois; de Béthune, propriétaire; de Mévil, chefs de bureau; Hottot, pharmacien; de Ferandy, propriétaire; Seye, élève en médecine; Brandt, Foussat, Daumer, Batissier, membres de la commission sanitaire.

2e *arrondissement.* — MM. Boutron, Rieublanc, membres du conseil de salubrité; Guillemot, Philippar, Lebatar, Jacob, Cisset, Bourgeoise, Gardet, Delmas, Manuel, Coqueret, Demargany, Legendre, Dufour, Laborie, Mongeol, Terrier, Aran, médecin; Adolphe Lefèvre, Gayot de Montfleury, rentiers; Waffluard, pharmacien, membre de la commission sanitaire.

3e *arrondissement.* — MM. Emery, Darey, membres du conseil de salubrité; Parmentier, médecin; Jamain, Oulmont, médecins, membres de la commission sanitaire; Teallier, Boinet, Jacquemier, Stanski, Bernard, Meurdefroy, Henry (A.-M.), Guyetant, Yvan, Toirac, Ameuille, Cahen. Henry Saint-Arnould, médecins; Guillemette, pharmacien; Crosnier, Labbé (Ernest), négociant; André (Ernest), ancien banquier, membres de la commission sanitaire; Beaurain, Pomié, Machard, élèves en médecine.

4e *arrondissement.* — MM. Cadet-Gassicourt, Onfroy de Bréville, membres du conseil de salubrité; Camus, Haguette, Tessereau, Bonvallet, Bourdonnais, Bourguignon, Caron, Hupier, Roy, Audinet, Clairin, Delaclôche, Garnier, Brunet, Delorme, Langlois Longueville, médecins; d'Argout, gouverneur de la Banque de France; M. Housset, avocat; Bourgeois, architecte; Dubail, droguiste; Levicomte, architecte, membres de la commission sanitaire; Desboulletz, Freixas Patrucinio, élèves en médecine; Peltier père, agent comptable du poste médical.

5e *arrondissement.* — MM Baude, Payen. membres du conseil de salubrité; Patin, Roché, Bossion, Thibault, Moreau, Delaplane, Grammaire, Manget. Robert, Mailhot, Boyer, Labaraque, Jobin, Lebreton. Truchon. Pelletier, Zugenbahler, Moysen, Campardon, Herice-Legros, Dichery, Patrouillet, Martin, Vignal, Blazy. médecins; Thiou, Labélonye, pharmaciens, membres de la commission sanitaire; de Bourau, architecte. de Bussy, propriétaire, Grillon, architecte, membres de la commission sanitaire; Chatenel, ancien juge au tribunal de commerce, membre de la commission sanitaire; Deval de Saussade, Mauny, élèves en médecine.

6e *arrondissement.* — MM. Devergie, Lorieux, membres du conseil de salubrité; Jamain d'Ethil, Escofier, Portalès, Collomb, Garde, Ledeschault, Dondaine, Vial, Lemoine, Mériat, Doumès, Dufor, Bertot, Leroy-Kœnig, Massias, médecins, membres de la commission sanitaire; Boudault, pharmacien, membre de la commission sanitaire; Lesage-Picou, pharmacien; Berthelot, médecin, membre de la commission sanitaire; Saint-Jean, Levillain, pharmaciens; Mouillard, Pegbaire. fabricants, membres de la commission sanitaire; Désauger, Block, membres de la commission des orphelins du choléra; Legrand, Garin, Thouzé, Bellouard, Pradère, Toulouse, Marquet, Bourdereau, élèves en médecine; Testaud, Merrié, élèves en pharmacie.

7e *arrondissement.* — MM. Lecanu, Husard, membres du conseil de salubrité; Frédéric Duparque, Mignet, Patissier, Marx, Duclos, Pichard, Feytan, Cangrain. Kerlog, médecins; Raynal, pharmacien; Cœmé, administrateur du bureau de bienfaisance, membre de la commission sanitaire; Dufay, négociant; Froment, négociant, membre de la commission sanitaire; Bouillier. négociant, administrateur du bureau de bienfaisance; Barault Laget, membres de la commission sanitaire; Gérard, Lapierre, Berthet, Merland, Pontis, Legendre, Audiget. Passement, Bonnefin, Rougier, Clos-Madenk, Algay, élèves en médecine; Marais, Guillard, élèves en pharmacie.

8e *arrondissement.* — MM. Chevalier, Bussy, membres du conseil de salubrité; Brierre de Boismont, médecin, membre de la commission sanitaire; l'Abbé, curé de Saint-Amboise-Popincourt; Isidore Bourdon, Maurne, Augouard, Caresche père, Deslandes, médecin; Mmes Marie Labre, Julie Chaboureau, Vincent Soulié, Françoise Davan, Loise Gergoune, Victoire Guez, Vincent Labbé, Louise Isnard, Séraphine Lebrun, Constance Dazau, sœurs de charité; MM. Langlois, marbrier, Talmour, négociant, membre de la commission sanitaire; Barbier, Delart, Bourelle, Drouot, Graffé, Duguet, Madin, Roussin, Caresche fils, Frion fils, élèves en médecine.

9e *arrondissement.* — MM. Guérard, Bruzard, membres du conseil de salubrité; MM. Deville Jouenne, Jodin, membres de la commission sanitaire; Bourjot Saint-Hilaire, Ricard de Morgny, Garcin, Charpentier. Vinchon, Tierry fils médecins; Paris. propriétaire; Delorme, Berthier, de La Mornière, Hardouin, Denize, Regnard, professeur; de Stalder employé aux archives, membres de la commission sanitaire; Thieux. Gallard, élève en médecine; Lévy, élève au Val-de-Grâce; Dusanchay, élève en médecine.

10e *arrondissement.* — MM. Bégin, Adelon, membre du conseil de salubrité; Grenier, médecin, Thévenot, membre de la commission sanitaire; Saret, Fremeaux, Destrem, Bataille, Hurteaux médecins; Delpech père, Delpech fils, Bertrand de Saint-Germain, médecins membres de la commission sanitaire; E. Gaultier de Claubry, Bouchut, Goujon, Peschier, membres de la commission sanitaire; Mme Guillaume, sœur de charité; MM. Leret père, Houdaille, Birghe. administrateur du bureau de bienfaisance: Champion, Guillaume, Meynier, Durant, élèves en médecine; Brodecbt, infirmier.

11e *arrondissement.* — MM. Flandin, Bérard, membres du conseil de salubrité; l'abbé Hanicle, curé de Saint-Séverin; Videcoq, Dumas Lemaire, médecins; Duchesne, Blondeau, pharmacien, Grün, avocat, Prévost, juge, Chaudé, libraire, membres de la commission sanitaire; Pelgnant, Jules de Soyres, Tarnier, élèves en médecine.

12e arrondissement. — MM. Gaultier de Claubry, Trébuchet, membres du conseil de salubrité; Chalan, élève en médecine; Poterin-Dumotel, médecin; la sœur Rosalie Rendu; Mme Mallet, directrice des salles d'asile; M. et Mme de Vernon; MM. l'abbé Hucqueville, curé de Saint-Nicolas-du-Chardonnet; l'Houmeau, ouvrier typographe; Houette, membre de la commission sanitaire; Chapelle; Bourdereau, Blanchemin père, membres de la commission sanitaire; Lachartre, élève en pharmacie; Chauveau; Devilliers, médecin du bureau de bienfaisance; Sœurs du bureau de la rue de l'Épée-de-Bois.

Quartier Saint-Marcel : Sœurs Félicité, Mélanie, Victoire, Vincent, Antoinette.

Quartier du Jardin-des-Plantes : Sœur Gairet, supérieure; sœurs Ledoux, Tartenay, Apollant.

Quartier de l'Observatoire : Sœur Galtier, supérieure; Sœur Page, Letailleur, Dupont.

Quartier Saint-Jacques: Sœur Lamouroux, supérieure; sœurs Labergue, Melot, Denis, Marcel.

MM. Vimont, Phelippeaux, Binard, D'Heurle, Czernikowski, Emmanuel Rousseau, Huppé, médecins; Serrien, attaché au Val-de-Grâce; Legay, chirurgien-major du 41e de ligne; Dawr, attaché au Val-de-Grâce; Hureau, Martin, Henry, Alfred de Wailly, proviseur du Lycée Napoléon Duranton fils, professeur, Geoffroy Saint Hilaire, professeur; Decaisne, membres de la commission sanitaire; Baudoux, Lebel; Reynaud, élève en pharmacie; Robert, Collas, Vallon, Desbretz, élève en médecine; Langier, Gambessis, Dimère, Mathieu, Michaud, Duclos, d'Artayet, Lejolly, Seller, Leserré, Ribau, Tixier, Landry, Regnier, Didion, Faivre, élèves en médecine; Trousset, agent comptable du bureau du quartier Saint-Jacques.

Médecins et élèves envoyés dans les départements par le ministère de l'agriculture et du commerce : MM. Aubril Auger, Avrillon, élèves en médecine; Baudrimont, élève en pharmacie; Boulay, élève en médecine; Boussenard, Caillat, Chopelet, médecins; Defaucamberge, Desempères, Durand, Durant, Durin, Ebra, Ferran, Fontanneau, Fournier, élèves en médecine; Fournier, Funel, médecins; Galuzzo, Gravis, Guérin, Guilabert, Michel Hamond, élèves en médecine; Hédouin, Héreau, Hillairet, médecins; Hugot, Hymène de Fontevaux, élèves en médecine; Jobert, Labordette, Lailler, médecins; Leclert, Jules Leclère élèves en médecine; Lecomte, médecin; Lepaire, Machard, Maressal de Marcilly, Jules Massé, Meunier, Millié, élèves en médecine; Alexis Moreau, Niobey, médecins; Olive, Pacot, Pouget, Raymondaud, Regimbault, Ernest Robert, Robin, Ruffié, élèves en médecine; de Saint-Laurent, Schlesinger, médecins; Seguy, de Soyre, élèves en médecine; Tavignot, Thirouin, médecins; Tizon, élève en pharmacie; de Verneuil, Villette, élèves en médecine.

Œuvres des cholériques de St-Vincent-de-Paul : MM. Noël, président de l'œuvre des cholériques de St-Vincent-de-Paul; Rougeot, Boulanger, Tournoux, membres de l'œuvre des cholériques de Saint Vincent-de-Paul; Royer, élève en médecine; Bayer, Euvrard, Landry, Bouguereaud, élèves en médecine.

Administration centrale : M. Vandremer, sous-chef au ministère de l'agriculture et du commerce (police sanitaire et industrielle); MM. Lapierre, Langlois de Neuville, rédacteurs au même bureau.

Direction de l'assistance publique: MM. Blondel, Vée, inspecteurs de l'assistance publique; Batiel, Censier, Berthon, chefs de division à l'administration de l'assistance publique; Duhost, secrétaire général de l'assistance publique; Mallon, directeur de Bicêtre, Girard, économe; Havet, employé; madame Marthe (Michel), surveillante; Paradis, aumônier; Anquier, Pelletan, médecins; Delasiauve, Voisin, Desprez, chirurgiens; Poltier, pharmacien; Dubreuil, Laville, internes, au même établissement.

MM. Cousin, économe de la Salpêtrière; Varinges, employé au même établissement; mesdames Bramer, Marrest, surveillantes à la Salpêtrière; MM. Delsinne, Belœuf, Lebarbier, Villiers, Toussart, Rivet, surveillants à la Salpêtrière; Connerose, Rançon, sous-surveillants à la Salpêtrière; Bart, Lélut, Fahret, médecins à la Salpêtrière; Manec, chirurgien à la Salpêtrière; Ascenfeld, Potain, Salneuve, internes; Clain, externe.

MM. Herbet, directeur de Saint-Louis; Panpert, économe; Morisot, Guérin, aumôniers au même établissement. Les sœurs de l'hôpital Saint Louis. MM. Moissenet, Gibert, Bazin, Cazenave, médecins à l'hôpital Saint-Louis; Foy, Gaillet, Vassor, Gosset, Chausit, pharmaciens à l'hôpital Saint-Louis.

MM. Basse, directeur de l'Hôtel-Dieu; Lefebure, économe, Anquetil, employé; Tissot, aumônier de l'Hôtel-Dieu. Les sœurs de l'Hôtel-Dieu. MM. Louis, Martin Solon, Rostan, Léger, Chomel, Guérard, médecins à l'Hôtel-Dieu; Bouchardat pharmacien de l'Hôtel-Dieu; Bouchu, Moutard-Martin, chef de clinique de l'Hôtel-Dieu; Becquet, Leudet, Viard, Pitet, Boivin, Vickam, internes à l'Hôtel-Dieu; Blain des Cormiers, externes à l'Hôtel-Dieu.

MM. Blandet, directeur de la Charité; Vergez, employé au même établissement; Fouquier, Bouillaud, Rayer, Briquet, Cruveilhier, médecins de la Charité; Quévenne, pharmacien de la Charité; Denis, Leguillou, aumôniers de la Charité; les sœurs de l'hôpital de la Charité; MM. Oulmont, Maingault, chefs de cliniques de la Charité; Bouland, Empis, Taillé, Mignot internes de la Charité.

M. Daillant, employé à la Pitié; les sœurs de l'hôpital de la Pitié; MM. Serres, Piorry, Gendrin, Clément, Piedagnel, médecins de la Pitié; Landeau, Firmin, Boutillier, Rippol, Turgan, Billoc, internes à la Pitié; Toubin, externe à la Pitié.

MM. Paillard, directeur de l'hôpital Saint-Antoine; Pissin-Sicart, aumônier de l'hôpital Saint-Antoine; les sœurs de l'hôpital Saint-Antoine; MM. Vernois, Grisolles, Beau, médecins de l'hôpital Saint Antoine; Masset, interne à l'hôpital St-Antoine.

MM. Ménager, directeur de Sainte-Marguerite; Jarry, aumônier du même établissement; les sœurs de cet établissement; MM. Valleix, Tessier, Marrotte, médecins de l'hôpital Sainte-Marguerite.

MM. Mailfaire, directeur de l'hospice des Ménages; Labrie, médecin du même établissement.

MM. Clément, directeur de l'hospice Cochin; Duverdier, aumônier du même établissement; les sœurs de l'hospice Cochin; Nonat, médecin de l'hospice Cochin.

MM. Colin, directeur de l'hôpital de Bon-Secours; Lecœur, aumônier de cet établissement: les sœurs de cet établissement; Gillette, Monneret, Hardy, Behier, médecins de l'hôpital de Bon-Secours; Goupil, interne de cet établissement.

M. Lapaume, directeur de Lourcine; les sœurs de cet établissement; MM. Gueneau de Mussy, Cullerier, médecins de Lourcine.

M. Laboureau, directeur de l'hôpital Necker; les sœurs de cet hôpital; MM. Hortelcup, Hervez de Chégoin, Bricheteau, médecins de l'hôpital Necker; Piogey, Labrie, Cribier, internes à l'hôpital Necker.

M. Parlout, directeur de l'hôpital des enfants malades; les sœurs de cet établissement; MM. Blache, Trousseau, médecins de l'hôpital des enfants malades.

MM. Matouillot, directeur de la maison de santé; Requin, Duméril, médecins de la maison de santé; Monod, chirurgien de la maison de santé; Rieux, Mesnet, internes de la maison de santé.

MM. Varnier, directeur de l'hôpital Beaujon; Thiébault, aumônier dudit hôpital; les sœurs de l'hôpital Beaujon; MM. Sandras, Bouvier, médecins de l'hôpital Beaujon; Real, Dufraigne, Desruelles, Beauvais, internes à l'hôpital Beaujon; Deschamps, externe à l'hôpital Beaujon.

— Par décrets en date du 24 octobre,

M. Léon Rostan, membre de l'Académie de médecine, professeur de clinique médicale à la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux, est nommé officier de la Légion-d'Honneur;

M. Stuart Cooper, médecin de la Faculté de Paris, ancien chef de clinique, auteur d'un ouvrage couronné par la Faculté de Médecine;

M. Caillard, médecin de l'hospice de Marnes (Seine-et-Oise), sont nommés chevaliers du même ordre.

NOUVELLES.

Par décret du 26 octobre, M. Stuart Cooper, médecin de la Faculté de Paris, ancien chef de clinique, auteur d'un ouvrage couronné par la Faculté de médecine, est nommé chevalier de l'ordre national de la Légion-d'Honneur.

— Par décret du 26, M. Caillard, médecin de l'hospice de Marnes (Seine-et Oise), est nommé chevalier de l'ordre national de la Légion-d'Honneur.

— Par décret du président de la République, en date du 31 octobre, et sur la proposition du ministre de la guerre, ont été nommés dans l'ordre national de la Légion-d'Honneur les officiers de santé militaires dont les noms suivent :

Au grade d'officiers.

MM.

Boudin, médecin principal de 2e classe, chef du service à l'hôpital militaire du Roule;

Worms, médecin ordinaire de 1re classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

Au grade de chevalier.

Leguey, chirurgien-major de 1re classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

Serrier, médecin adjoint au Val-de-Grâce;

Masselot, chirurgien sous-aide au Val-de-Grâce;

Dedé, pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital militaire du Popincourt;

Fournez, pharmacien-major de 2e classe en Algérie, précédemment employé à l'hôpital du Roule;

Rossignol, chirurgien aide-major au corps des sapeurs-pompiers de Paris.

Ces officiers de santé ont mérité cette récompense par les services qu'ils ont rendus pendant l'épidémie du choléra.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 8 NOVEMBRE 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — No 130.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 7 NOVEMBRE 1849.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a entendu aujourd'hui trois discours également remarquables à des titres divers; ce sont MM. Amussat, Gibert et Velpeau qui ont eu le mérite de les prononcer. Mais ces discours ont de nouveau agité tant de questions; celui de M. Velpeau surtout, malgré les nombreuses saillies dont l'orateur l'a orné, a répandu tant de doutes sur le sujet, que nous nous voyons dans l'obligation de tenter de nouveaux efforts pour répandre quelque lumière sur cette discussion, toujours plus obscure à mesure qu'elle se prolonge. Nous renvoyons donc à samedi une plus longue appréciation de cette intéressante séance.

Une nouvelle proposition, déposée hier par M. Rodat sur le bureau de l'Assemblée nationale, menace une fois de plus la presse périodique. Jusqu'à ce jour, la plupart des propositions tendant à rétablir le timbre des journaux et écrits périodiques avaient fait une exception en faveur de la presse scientifique. La proposition de M. Rodat se bornant à rapporter purement et simplement le décret du 4 mars 1848, il s'ensuit que notre position redeviendrait ce qu'elle était avant février. Nous espérons qu'avec un peu d'entente la presse scientifique pourra éviter le coup qui la menace; nous l'espérons d'autant plus que l'impôt payé par tous les journaux scientifiques réunis s'élève tout au plus à 100,000 fr. par an.

Voici le texte de la proposition Rodat, qui a déjà été renvoyée à la commission d'initiative parlementaire :

« Article unique. L'article 3 du décret du gouvernement provisoire en date du 4 mars 1848, portant suppression de l'impôt du timbre sur les écrits périodiques, est rapporté.

» Les lois abrogées par ledit article sont remises en vigueur, pour être pleinement exécutées jusqu'à la promulgation de la loi organique sur la presse. »

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Leçons cliniques sur le choléra.

(Quatorzième et dernière leçon.)

Du traitement du choléra (1).

Dans les séances précédentes, nous avons déjà pressenti quel devait être le traitement de la troisième période du choléra. On sait que, pour nous, la *troisième période* est la période algide, cyanique, asphyxique, comme on l'a désignée. Le sentiment de froid général intense, l'absence de circulation, la suspension de toutes les fonctions, ou du moins leur diminution portée jusqu'à la dernière limite, qui caractérisent cette période, font redouter le plus imminent et le plus extrême danger, et exigent les plus pressants et les plus énergiques secours. Les indications sont précises et frappent les yeux des personnes les plus étrangères à l'art : ramener à tout prix la chaleur à la périphérie du corps, ranimer la circulation et l'innervation et, par leur moyen, relever les fonctions à leur type physiologique, voilà ce qu'il faut obtenir, voilà le but qu'il faut atteindre sous peine de voir périr le malade.

On a imaginé un grand nombre de moyens physiques pour rallumer la chaleur éteinte. Les premiers qui se présentent sont d'abord les frictions sur les membres et sur toute la surface du corps au moyen des mains nues, des mains armées de flanelle, de brosses sèches ou imbibées d'un liquide excitant, tel que alcool, ammoniaque, etc. Ces moyens sont évidemment insuffisants et, qui plus est, impraticables ou à peu près. Comment, en effet, voulez-vous frictionner un malade de la tête aux pieds et assez longtemps pour que la chaleur se rétablisse? Une, deux et même trois personnes n'y sauraient suffire; car, d'abord l'action de frictionner est très fatigante, et puis, pendant que vous frictionnez les membres pelviens, les membres thoraciques se refroidissent. Ce moyen donc est tout au plus adjuvant. Il n'est pas mauvais en lui-même, mais il est d'une application presque impossible. L'application de couvertures chaudes sur le corps, de linges chauds, renouvelés incessamment, est encore fort utile, mais ne saurait suffire non plus. Les boules d'eau bouillante dont on entoure les malades sont un très bon moyen de calorisation, au moins pour soutenir la chaleur lorsqu'elle a été rappelée. Mais tous ces procédés sont en quelque sorte partiels, ne s'appliquent qu'à quelques régions du corps. Frappé de leur insuffisance, dès 1833 nous eûmes l'idée de recourir à l'emploi du bain d'eau très chaude, c'est-à-dire à $+ 33°$ à $34°$ R. On comprend tout de suite la puissance d'un pareil moyen. A l'instant même de son application, la chaleur pénètre physiquement d'abord par toute la surface du corps, et si le malade n'est pas mourant, il est difficile que, sous l'influence de ce moyen énergique, il ne soit pas réchauffé, et que les fonctions ne se rétablissent pas. Il faut avoir soin de conserver au bain sa température, et même de l'élever encore, si c'est possible. Le malade sera plongé dans le bain tout le temps nécessaire au retour de l'action des organes. Malheureusement ce moyen excellent ne peut être employé dans tous les cas. Il en est un où le malade est tellement faible, tellement abattu, prostré, qu'il est vraiment impossible de le placer dans un bain. Cette année, on a proposé et nous avons adopté avec empressement, et avec des avantages incontestables, un moyen meilleur encore; non que l'effet produit soit plus prompt ou plus puissant, mais parce que l'application de ce moyen est toujours possible. Nous voulons parler du bain de vapeur d'eau à $+ 40°$ à $50°$ R.; ce bain s'administre au malade couché dans son lit, sans qu'il soit nécessaire de lui imprimer le moindre mouvement. Nous avons eu recours à ce bain de vapeur toutes les fois que l'indication de réchauffer le malade s'est présentée, et nous avons eu lieu d'en reconnaître l'efficacité.

Parlerons-nous de ces appareils de fer-blanc que l'on adapte à la gouttière vertébrale, après les avoir remplis d'eau chaude? Ces moyens peuvent être bons, mais ne méritent pas les éloges exagérés qu'on leur a prodigués.

Lorsque le malade a été réchauffé à l'aide du bain très chaud ou du bain de vapeur, il faut aider et soutenir l'action périphérique; c'est dans ce but que nous couvrons le ventre d'un large sinapisme, et après lui d'un vaste vésicatoire. Des moyens excitants et révulsifs en même temps nous ont paru produire les meilleurs effets.

A ces moyens externes nous devons joindre encore les frictions mercurielles. Nous les avons employées à haute dose lorsque les douleurs abdominales pouvaient faire craindre une inflammation du péritoine; mais, nous devons l'avouer, elles nous ont paru sans action efficace.

La moutarde, que quelques médecins ajoutent au bain chaud, pour en augmenter l'énergie, ne doit pas être négligée. C'est un agent puissant que l'on joint à la chaleur, et dont le mode d'action, n'étant pas tout à fait le même, ne peut être que d'un très utile effet.

On a aussi vanté les affusions d'eau froide. Nous avouerons notre faiblesse, nous n'avons jamais osé l'employer; mais nous convenons que, si le malade pouvait en supporter l'action sédative et réagir contre cette sédation, on pourrait en retirer des effets très avantageux. Mais là est la question. Ce que nous disons des affusions doit se dire, suivant nous, de toutes les applications d'eau froide, de glace même, sur le tronc, sur l'abdomen, sur les membres, et généralement de toutes les méthodes hydrothérapiques.

On a proposé une foule de liniments excitants dans lesquels on a fait entrer : le vinaigre, l'alcool, le camphre, le piment, le poivre, la moutarde, l'ail, les cantharides, le soufre, l'émétique, l'huile de croton tiglium, l'ammoniaque, l'huile essentielle de térébenthine, etc.

La méthode endermique a aussi été utilisée pour introduire par voie d'absorption cutanée des narcotiques variés.

A ces moyens externes dirigés contre la réfrigération, nous devons ajouter ceux qu'on a administrés à l'intérieur. Pour nous, nous nous sommes borné presque toujours aux excitants dont nous avons parlé. Seulement, nous avons, à cette période de la maladie, augmenté la dose et l'énergie de ces excitants internes.

L'eau aussi chaude que les malades peuvent la supporter et l'eau glacée ont été également recommandées.

Quelques médecins, entraînés sans doute par des idées théoriques, ont fait respirer l'oxygène ou le protoxyde d'azote; mais ces procédés n'ont pas eu d'imitateurs, bien qu'ils fussent très rationnels. On ne pouvait pas attendre moins de M. le docteur Desmyttères.

La dissipation des parties fluides du sang a fait penser à les remplacer par l'*eau injectée dans les veines*, et même à *la transfusion du sang*. Qu'a-t-on, en effet, à craindre, lorsque le malade est voué à une mort certaine?

Nous n'ajouterons plus qu'un mot sur le traitement de cette troisième période. On a cru trouver une ressemblance entre le choléra et un accès de fièvre intermittente pernicieuse. On a comparé la période algide au frisson de la fièvre intermittente, et la chaleur et la sueur qui lui succèdent aux deux stades qui suivent le froid de la fièvre intermittente. Cette analogie, qui pourrait être moins exacte, a conduit quelques praticiens à proposer l'administration du sulfate de quinine à dose variable, mais ordinairement élevée, à cause du péril

(1) *Voir* les nos 51, 54, 60, 83, 85, 88, 91, 94, 99, 107, 114, 122 et 126.

FEUILLETON.

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

COURS D'ANATOMIE CHIRURGICALE;

Par le docteur A. DEVILLE, prosecteur.

Première séance. — 23 octobre 1849.

(Suite du numéro du 27 octobre.)

A cette grande découverte, nous devons, entre autres avantages, de pouvoir suivre degré par degré sans interruption la série anatomique, et par conséquent de prouver encore dans une nouvelle science l'application réelle de cette loi sériaire, de cette loi d'harmonie, dont il a été question au commencement. Par elle aussi, nous avons appris que, si la formation solide première du minéral était un cristal, la première formation solide dans les êtres organisés était la cellule. Et de même que dans les minéraux on rencontre des formations solides par simple condensation, non limitées réellement, non cristallisées, de même, dans les êtres organisés, on observe, et nous l'avons déjà dit, des premières formations solides non cellulaires, non limitées, informes; exemple, une partie de la membrane interne des vaisseaux, qui est constituée par une simple condensation.

De tous les détails, les uns bien établis, les autres sujets encore à contestation, relatifs à l'histoire des cellules, l'anatomiste doit faire un examen bien approfondi; c'est une des parties les plus délicates et les plus difficiles dont il ait à s'occuper.

III. Aussitôt que les cellules se sont montrées dans les blastèmes, elles tendent à s'agglomérer soit entre elles seulement, soit avec du blastème coagulé, et s'agglomèrent en effet en formant des solides de nature différente, que le coup d'œil le plus superficiel suffit déjà à classer par groupes successifs composés presque constamment de de trois termes.

Ainsi, nous trouvons d'abord trois modes d'agglomération des cellules pour former les solides organisés : 1° *agglomérations informes*, exemple, l'épiderme; 2° *agglomérations semi-fibrillaires*, tendant à l'état fibrillaire, mais sans donner naissance à de véritables fibres isolables, exemple, les poils, les ongles; 3° les *agglomérations fibrillaires*, ou *fibres* proprement dites.

Chacun de ces ordres se subdivise. Par exemple, les fibres sont de trois espèces, fibres *scléreuse*, *musculaire* et *nerveuse*, se subdivisant encore elles-mêmes en variétés, sur lesquelles ce n'est pas ici le moment d'insister.

Chacun de ces modes d'agglomérations cellulaires, chacune de leurs espèces et de leurs variétés doit être l'objet d'un examen spécial et détaillé; car, plus il avance, et plus l'anatomiste se rapproche de faits qui frappent plus directement, plus immédiatement les sens.

IV. De la réunion des blastèmes et des premiers éléments d'organisation dont il vient d'être question, combinés ensemble suivant des rapports variables, quoique dans des limites assez restreintes, naissent les *tissus*, mot bien défini aujourd'hui, et qu'il importe de ne plus confondre avec le mot système, qui est, lui, synonyme d'appareil.

Arrivé à ce point, l'anatomiste a parcouru presque dans leur entier, ou du moins en bonne partie, deux sciences qu'on a voulu considérer comme isolées et indépendantes, et qui se confondent bien naturellement cependant dans l'étude régulière de l'anatomie, à savoir, l'anatomie générale et l'hystogénie.

V. Maintenant l'anatomiste va passer à ce qu'on a appelé l'anatomie descriptive, en y joignant bon nombre de détails relatifs à l'embryogénie. Les *tissus*, en effet, combinés, agencés entre eux et avec des éléments plus simples, vont former des *organes*. Pour l'anatomiste, chaque organe doit être isolé, disséqué, décrit dans ses caractères extérieurs, sa position, sa forme, ses rapports, son mode de développement, ce qui comprend, entre autres choses, l'anatomie descriptive proprement dite.

VI. De l'étude isolée des organes, l'anatomiste passe à celle de leur ensemble, qui doit être considérée sous deux points de vue. En effet, les organes, en se réunissant, forment deux ordres de groupes: ou des *appareils*, collection, groupe d'organes servant tous à une même fonction; ou des *régions*, groupe d'organes appliqués les uns contre les autres dans un même point du corps. Appareils et régions, voilà ce qui fixe l'attention de l'anatomiste, et dont l'étude comprend, entre autres, l'anatomie dite des régions ou topographique, et l'anatomie dite physiologique, dont une partie avait été rangée, je ne sais pour quel motif, dans l'anatomie dite générale.

VII. Enfin, de la réunion de tous ces éléments si laborieusement analysés, résulte l'ensemble complet de l'être qu'on étudie, le *corps*, que l'anatomiste n'a plus qu'à envisager dans son entier, depuis sa première apparition (ovologie dans sa presque totalité), en le suivant dans ses développements successifs, jusqu'à ce qu'il arrrive à l'état complet (anatomie des formes comprise), et puis dans sa dégradation successive jusqu'à la mort.

A ce moment, tout est fini pour le corps jusque-là vivant. Privé du mobile qui l'avait fait ce qu'il était, le corps va retourner élément par élément dans le monde matériel. Mais tout n'est pas fini pour l'anatomiste. Bon nombre de faits dont l'appréciation lui est indispensable ne peuvent lui être connus que s'il observe la manière dont ce corps privé de vie se décompose successivement pour rentrer dans la masse commune, d'où ses éléments dissociés repasseront de nouveau dans d'autres organismes. Le mode de destruction, après la mort et les produits successifs de cette destruction, sont l'objet d'un examen qui forme le dernier terme des études que comprend l'anatomie.

Voilà l'anatomie dans son ensemble, considérée, bien entendu, dans un individu en particulier, dans un être étudié isolément,

que courent les malades. Mais, il faut le dire, ce moyen, en apparence si rationnel, a complétement échoué.

Nous sommes loin d'avoir la prétention de vous parler de tous les moyens proposés contre le choléra, et particulièrement dans la période algide; nous croyons vous avoir mentionné les principaux.

Abordons maintenant les autres périodes du choléra. Notre quatrième période est la période de réaction. Nous avons admis trois variétés dans la réaction :

Une réaction modérée,
Une réaction trop forte,
Une réaction insuffisante.

La première n'exige aucun moyen particulier; il faut laisser agir la nature. Il convient, lorsqu'elle s'établit, de supprimer plus ou moins promptement, plus ou moins complétement les excitants mis en usage dans la période précédente, et de les remplacer par des adoucissants, des acidules, etc.

Mais, lorsque la réaction sera trop forte, il faudra se hâter de supprimer tous les agents toniques, et, s'il est nécessaire, recourir à quelques débilitants, tels que la saignée locale ou générale.

Empressons-nous de dire que ce moyen est rarement nécessaire. Nous l'avons employé deux ou trois fois seulement dans le commencement de l'épidémie, lorsque quelque organe important nous a semblé sous le coup d'une congestion ou d'une inflammation, et les malades ont guéri; mais, en général, lorsqu'on laisse marcher la nature, cette hypersthénie apparente ne tarde pas à se dissiper d'elle-même, et tout rentre dans l'ordre normal.

Lorsque la réaction est insuffisante, ce qui est toujours d'un fâcheux augure, puisque la lutte est inégale entre le malade et la maladie; il faut, au contraire, continuer les moyens excitants mis en usage dans la période algide, et n'y renoncer que fort tard, à supposer que la mort n'arrive pas bientôt.

La cinquième période, c'est-à-dire celle de résolution ou de convalescence, mérite la plus grande attention, rien n'étant plus fatal que les rechutes, et rien malheureusement n'étant plus facile. On devra éloigner du malade avec le plus grand soin tout ce qui peut favoriser la persistance ou le retour des accidents éprouvés par lui dans le cours de son affection. Aussi convient-il d'entretenir autour de lui une douce température. On continuera l'administration de quelques moyens dirigés contre le vomissement ou la diarrhée, si ces accidents persistent. On donnera quelques légers toniques aux malades trop affaiblis; enfin, on graduera avec la plus grande prudence les substances alimentaires. On commencera par les plus légères, telles que l'eau de poulet, le lait de poule, le bouillon coupé, etc., et l'on ne s'élèvera que graduellement aux aliments plus solides, plus substantiels, en même temps qu'on en déterminera sévèrement la quantité. Au reste, ces préceptes doivent varier suivant les variétés de, la maladie, et en particulier suivant sa marche. Si la convalescence s'est établie avec une grande rapidité, ainsi que nous en avons vu des exemples, on pourra être moins rigide dans la prescription du régime alimentaire.

Il nous reste maintenant à vous dire quelques mots du traitement du choléra suivant les formes qu'il peut revêtir, et que nous avons exposées, suivant ses complications, suivant la prédominance de certains symptômes, suivant les circonstances individuelles; enfin, suivant le genre d'accidents qu'il peut laisser à sa suite.

Le traitement du choléra doit varier suivant les formes qu'il revêt; cette proposition ne saurait être contestée. Ainsi, il est évident que la *forme inflammatoire* et la forme ataxique et adynamique ne réclament pas les mêmes moyens. Dans la première, en effet, on emploiera les antiphlogistiques. Mais, quelle que soit l'intensité, la violence des accidents inflammatoires, quelles que soient la force et la jeunesse du malade, il ne faut pas oublier la nature hyposthénique de la maladie, et ne pas se départir de la règle que nous avons tracée, d'être sobre d'émissions sanguines, et de rester plutôt au-dessous des indications que de les dépasser. Nous ne croyons pas devoir indiquer en plus grands détails les moyeus à mettre en usage, ce sont les boissons adoucissantes, gommeuses, les cataplasmes, les bains, l'abstinence.

La *forme muqueuse* exige les amers et les toniques légers : les décoctions de germandrée, de centaurée, les infusions aromatiques dont nous avons déjà fait mention, de sauge, de menthe, de mélisse, de lierre terrestre, d'hysope, de thym, de romarin, de serpolet, de stachys, etc.; la macération à froid de quinquina, le sirop de cette écorce, et même le vin, dans quelques cas avec tendance à l'adynamie. Si l'on peut espérer de voir réussir les évacuants, c'est bien certainement dans la *forme bilieuse* ou *gastrique*; si cette forme était bien caractérisée, nous pensons qu'on devrait s'écarter des préceptes que nous avons donnés d'une manière générale, et que l'on devrait recourir aux évacuants par en haut et par en bas. C'est ici que l'ipécacuanha peut produire de bons effets, et c'est sans doute lorsque la maladie présentait ce caractère que l'on a eu recours avec succès à cet agent thérapeutique, ainsi qu'aux purgatifs. La proscription de ces moyens ne doit pas être absolue non plus que leur emploi.

La *forme ataxique* n'exige pas elle-même un traitement toujours semblable, et les moyens dont on use pour la combattre doivent varier suivant une multitude de circonstances; mais nous devons dire que les révulsifs cutanés et les toniques doivent faire la base du traitement. Non que nous adoptions toujours ce traitement dans le typhus ordinaire, mais pour la raison émise tout à l'heure relativement à la nature du choléra.

Nous en dirons autant de la *forme adynamique* : cette forme se déclare ordinairement de bonne heure; l'abattement, la faiblesse, la prostration se dessinent dès le principe de la maladie; c'est aussi dès ce principe qu'il faut agir en administrant avec énergie toute la série des toniques et des excitants, et de toutes les manières; c'est dans cette forme que la médecine doit être véritablement incendiaire : l'éruption de parotides exige l'application des cataplasmes, des onctions mercurielles, l'application des vésicatoires.

Dire que les *complications* doivent imprimer au traitement du choléra des modifications importantes, c'est énoncer une vérité presque triviale. Le traitement doit en effet varier suivant l'espèce de maladie qui vient compliquer la maladie principale. Ces maladies sont la plupart des inflammations, ainsi que nous l'avons dit dans une leçon précédente; c'est donc en général le traitement des phlegmasies que l'on doit faire, mais lui-même modifié suivant que la phlegmasie est une encéphalite, une méningite, une pneumonie, une bronchite, une pleurésie, une péricardite, une péritonite, etc., etc., est toujours moins énergique que pour une phlemasie franche.

Quoique d'après nos principes la médecine des symptômes ne tienne qu'un rang bien secondaire, cependant dans la maladie que nous étudions certains symptômes sont si opiniâtres et si incommodes pour les malades qu'il est absolument nécessaire de diriger contre eux des moyens spéciaux. Nous avons déjà parlé de ceux que l'on devait diriger contre les vomissements opiniâtres, contre les dévoiements excessifs; nous n'y reviendrons pas. Contre l'anurie, il faut souvent pratiquer le cathétérisme, car l'absence d'urine n'indique pas toujours l'acrinie, l'absence de sécrétion; dans ce dernier cas, les boissons abondantes nitrées, les eaux de Contrexeville, les infusions ou décoctions de plantes dites diurétiques peuvent être administrées; contre l'absence de circulation, les excitants de toute espèce; contre l'asphyxie, les révulsifs, les excitants, les rubéfiants externes. Mais ce sont surtout les phénomènes cérébraux qui ont attiré l'attention des médecins. C'est contre ces phénomènes qu'on a déployé le plus grand nombre de moyens : l'opium et ses nombreuses préparations en dedans et au dehors, la belladone et la plupart des narcotiques, l'éther sulfurique, le chloroforme, le camphre, le musc, le castoréum, etc. Mais un moyen spécial, que nous ne devons pas passer sous silence, est un moyen emprunté à la physique et employé par M. Burq, étudiant en médecine, contre les crampes, les douleurs précordiales, les suffocations, les anxiétés. Ce moyen consiste en plaques métalliques, dont il entoure les membres et le tronc des malades. Vous avez vu ce moyen employé dans nos salles presque toujours avec succès.

L'âge, le sexe, la constitution des malades, les maladies antécédentes, les habitudes doivent aussi modifier le traitement du choléra; mais ces modifications nous sont enseignées par la thérapeutique générale, et nous nous dispenserons de les exposer ici.

Enfin, relativement aux suites du choléra, chacune d'elles exigeant des moyens spéciaux, nous ne saurions entrer dans tous les détails que leur diversité présente. On conçoit que les moyens de traitement doivent être appropriés aux espèces variées d'affections consécutives; mais ici doit se terminer notre tâche si nous voulons éviter de traiter de toute la pathologie à propos d'une seule maladie.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 novembre 1849. — Présidence de M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL, au nom de la section de pathologie médicale, propose de porter à six le nombre des candidats à inscrire sur la liste de présentation pour la prochaine nomination.

— La correspondance officielle ne comprend que l'envoi de plusieurs états de vaccination.

— La correspondance manuscrite se compose des communications suivantes :

1° L'Académie chirurgicale de Madrid envoie ses mémoires annuels et son journal l'*Union Chirurgicale*.

Choléra.

2° M. le docteur Guenée, de Lonjumeau, pense que le choléra n'est qu'une *métastase des fluides lymphatiques et nutritifs*. A l'aide d'un traitement approprié au sexe, à l'âge et au tempérament, ce praticien dit avoir guéri tous ses malades, moins toutefois les cinq ou six premiers.

3° M. Lecadre envoie un travail qui contient l'histoire de l'épidémie cholérique dans l'arrondissement du Havre et une étude hygiénique de la ville du Havre.

4° M. le docteur Goyrand, d'Aix, envoie un mémoire sur l'épidémie cholérique de cette ville.

5° M. le docteur Raison adresse un mémoire théorique et pratique sur le choléra, fondé sur les observations qu'il a eu l'occasion de faire en 1832. — Le traitement que l'auteur propose, variable suivant les cas, est surtout basé sur les préparations d'opium et de quinine.

Statistique médicale.

6° M. de Castella, médecin de l'hôpital Pourtalès, à Neufchâtel, en Suisse, envoie un mémoire sur le mouvement des malades dans cet hôpital pendant les années 1846 et 1847. (Commissaires : MM. Velpeau, Andral, Chomel, Louis.)

Peste.

7° M. Giusti, de Tripoli de Syrie, adresse un mémoire sur la contagion de la peste. L'auteur pense que cette maladie peut se développer spontanément, sans importation préalable, et par des causes inhérentes au sol, à l'atmosphère, aux individus (conditions physiques et morales). Il ne pense pas qu'elle soit contagieuse. (Commission du choléra.)

Emploi du collodium en chirurgie.

M. Mazier, médecin de l'hospice de l'Aigle (Orne), envoie deux observations dans lesquelles il a employé avec succès le collodium pour suppléer à des points de suture. Dans un de ces cas, il s'agit d'une amputation du sein; dans l'autre, d'une plaie de la face produite, chez un enfant, par un coup de corne de vache. (Commissaires : MM. Malgaigne, Robert, Gerdy.)

Rétrécissements de l'urètre.

9° M. Le Roy (d'Etiolles) envoie un mémoire intitulé : *Sur la nécessité de l'éclectisme dans la thérapeutique des rétrécissements de l'urètre.*

Eaux minérales.

M. Guibourt, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport sur une source d'eaux minérales située à Villames-Saint-Aubin (Seine-et-Marne). La commission conclut qu'il n'y a pas lieu d'accorder l'autorisation pour exploiter cette source. (Adopté.)

---

l'homme, par exemple, dans notre race particulière. Pour qu'on puisse embrasser d'un seul coup d'œil le tableau sériaire, il faut tout simplement en écrire les termes les uns après les autres dans l'ordre suivant.

ÉLÉMENT FONDAMENTAL. — *Matière organique.*

1° Blastèmes.
2° Premières formations organiques. { Informes. / Cellulaires.
3° Agglomérations cellulaires. { Informes. / Semi-fibrillaires. / Fibres { sclérense. / musculaire. / nerveuse.
4° Tissus.
5° Organes.
6° Groupes d'organes. { Régions. / Appareils.
7° Corps humain.

Destruction successive du corps après la mort, et retour des éléments à la masse commune.

Ce cadre ne semble-t-il pas naturel, régulier? Avec quelle simplicité ne pourrait-on pas y ranger tous les détails les plus minutieux et les plus complets, le tout avec un ordre continu; chaque chose est à sa place. On comprend bien vite la facilité avec laquelle l'anatomie serait enseignée et apprise, si l'on suivait cet ordre ou un autre analogue, au lieu de disperser ses diverses parties dans autant de livres spéciaux n'ayant ensemble aucun rapport, aucune liaison. A la place de cette incohérence qui rebute, l'élève qui entreprendrait l'étude de cette helle science n'y trouverait plus que charme et facilité. Il passerait successivement du plus simple au plus composé, il ne serait pas forcé de laisser dans ses études des lacunes qu'il ne pourra combler que plus tard. il ne serait pas supposé connaître ce qu'il ne connaît pas, comme il arrive lorsqu'on lui fait apprendre l'anatomie descriptive, alors qu'il n'a pas la moindre notion d'anatomie générale, ni d'embryogénie, en sorte qu'on le jette d'emblée au milieu des parties les plus difficiles d'un monde nouveau, inconnu, sans lui donner aucun guide. Aussi, n'est-ce qu'après plusieurs années, et au prix des plus grands efforts de mémoire, qu'on arrive à comprendre l'anatomie.

Les anatomistes eux-mêmes profiteraient beaucoup en envisageant ainsi leur science dans un ensemble simple, facile à suivre et à embrasser d'un coup d'œil, en même temps que la conception de cet ordre si admirable, si régulièrement sériaire de tous les éléments de l'organisme, dirigerait leur esprit vers un ordre d'idées trop négligé par la plupart d'entre eux.

Toute l'anatomie humaine est là; aucun détail n'est omis. Ce cadre si régulier n'est pas encore rempli, mais il le sera inévitablement d'ici à peu de temps par l'un ou par l'autre des anatomistes.

De l'anatomie chirurgicale en particulier.

Que sera donc, au milieu de ce plan, l'*anatomie chirurgicale*, dont le nom n'a pas encore été prononcé? Où devrons-nous la placer? Question dont il est aisé de donner la solution.

La science anatomique, prise dans son ensemble, telle qu'elle vient d'être définie, renferme tous les faits connus, à la fois ceux dont la connaissance mène tous les jours à des applications pratiques, et ceux dont l'application à la pratique de tel ou tel art n'est pas encore bien déterminée. Ces derniers, il faut en convenir, sont en nombre assez considérable. Il n'est pas possible cependant de comprendre les uns sans les autres, sous peine de ne posséder que des notions insuffisantes, et de créer dans l'anatomie de ces malheureuses spécialités qui pullulent beaucoup trop dans d'autres branches des sciences médicales. Quiconque veut connaître d'une manière même assez superficielle une partie isolée de l'anatomie est obligé d'en avoir parcouru d'abord tout l'ensemble.

Mais la science anatomique est très-vaste; son étude approfondie exige le sacrifice de toute une existence humaine, ou tout au moins de nombreuses années, que peu de personnes peuvent y consacrer. Et néanmoins l'anatomie est indispensable pour une foule de savants ou de praticiens.

Ceux qui n'en font pas l'objet de leurs études spéciales doivent néanmoins, comme tous les autres, parcourir l'ensemble de cette science. Puis, dès qu'ils en ont une idée assez nette, ils doivent s'attacher plus particulièrement aux parties dont la connaissance leur est indispensable, à celles qu'ils ont besoin d'avoir toujours présentes à la mémoire.

A ce point de vue, l'anatomie chirurgicale comprend l'ensemble des faits anatomiques, les fragments de l'anatomie que le chirurgien instruit doit posséder à fond, parce qu'il en a besoin pour des applications journalières. Ce n'est pas, on le voit, comme quelques personnes l'avaient cru, l'*anatomie appliquée à la chirurgie*, expression fort difficile même à comprendre, si on veut la prendre au pied de la lettre. On ne peut pas non plus la définir *une science*; ce n'est qu'un fragment, ou une réunion de fragments de la grande science anatomique.

Il en résulte que, pour être complet, un traité d'anatomie chirurgicale devrait être conçu sur le même plan que le traité général de l'anatomie. Il faudrait parcourir successivement toute l'anatomie de la matière organisée des blastèmes, des cellules et de leurs agglomérations, des tissus, des organes, des régions, des appareils et du corps humain, en insistant seulement sur les faits qui sont susceptibles de servir aux applications usuelles de la chirurgie. Et, en supposant qu'un pareil travail pût être fait en ce moment, il ne serait complet que pour un temps. Chaque jour on constate qu'un fait qui avait été jusque-là relégué dans ce qu'on appelle la théorie, peut cependant aider le chirurgien dans l'appréciation d'un cas patholo-

Discussion sur les engorgements et les déviations de l'utérus.

M. Amussat. Pour résumer mon opinion sur les principales questions en discussion, je vais essayer de formuler le résultat de mon expérience sous forme de propositions.

Sans doute Lisfranc et son école ont exagéré la fréquence des engorgements de l'utérus; mais, d'un autre côté, on est allé beaucoup trop loin en niant presque complétement l'existence de cette maladie, qui n'est pas toujours, ainsi qu'on l'a dit, la conséquence des déviations de l'utérus. D'après les faits rapportés par MM. Moreau et Huguier, d'après ceux que j'ai observés, il est bien établi que l'engorgement, non pas seulement du col, mais du corps de l'utérus, existe, et est assez fréquent. J'ajouterai qu'il n'est pas nécessaire d'invoquer l'anatomie pathologique pour prouver ce fait, que tous les praticiens peuvent constater par une exploration convenable.

L'auteur entre ici dans des détails très circonstanciés et parfaitement exacts sur les moyens de constater l'engorgement du col et du corps de la matrice, puis il continue :

Contrairement à l'opinion de l'auteur du Mémoire en discussion, du rapporteur et de plusieurs des membres qui ont pris la parole, je pense qu'on a eu tort de chercher à déposséder l'utérus de l'influence si grande qu'il exerce sur l'organisme de la femme, comme l'ont pensé de tout temps nos meilleurs observateurs. Il est maintenant incontestable que les maladies de l'utérus sont fréquentes, nombreuses, variées, et qu'elles troublent à un haut degré l'existence des femmes qui en sont atteintes.

Pour le traitement des engorgements de l'utérus, nous pensons qu'il ne faut pas être exclusif. Sans doute, les moyens généraux doivent d'abord être employés; mais dès qu'ils paraissent insuffisants, il faut se hâter d'agir directement par des moyens chirurgicaux, sans cependant abandonner les moyens médicaux. Je pourrais citer un grand nombre d'exemples qui constatent les résultats que j'ai obtenus par cette méthode de traitement. Du reste, le point important dans la thérapeutique des affections de l'utérus, c'est de ne pas perdre un temps précieux dans l'usage des moyens ordinaires, afin de ne pas s'exposer à voir échouer les moyens plus actifs. J'ai la conviction, basée sur des faits, que les engorgements compliqués d'altération du col, et des plus opiniâtres, peuvent être traités avec succès, quand on les poursuit avec persévérance.

A cette occasion, je dois dire qu'on a beaucoup trop décrié la cautérisation, qui est, dans le plus grand nombre des cas, préférable à l'extirpation du col utérin. La cautérisation rend d'immenses services; elle permet, au besoin, de détruire tout le col, ainsi que je l'ai fait souvent.

Dans mon opinion, on guérit plus souvent les affections cancéreuses du col de l'utérus que celles du sein ; elles m'ont paru avoir moins de tendance à récidiver. Ce fait, que j'avance avec une grande satisfaction, est basé sur des observations *non équivoques d'hérédité*. Notre honorable secrétaire perpétuel en connait un des exemples les plus remarquables.

L'honorable membre insiste ici sur la nécessité d'attaquer a maladie de bonne heure, si l'on ne veut pas la voir devenir incurable.

Passant ensuite aux déviations, il dit :

Beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense généralement, on les confond souvent avec des tumeurs ou avec des engorgements de cet organe. Cela tient à la difficulté d'explorer, et aussi à ce que nos études chirurgicales et pathologiques sont fort incomplètes.

Quoique je n'aie pas fait la statistique des déviations que j'ai observées, je pense que l'antéversion et la rétroversion sont aussi fréquentes l'une que l'autre ; mais la rétroversion a fixé davantage l'attention, à cause de sa gravité plus grande et parce qu'elle constitue un accident redoutable pendant la grossesse.

Le traitement des déviations est moins avancé et moins certain que celui des engorgements, même de ceux de la plus mauvaise espèce.

Un seul moyen m'a réussi contre la rétroversion dans l'état de vacuité de l'utérus, c'est la cautérisation de la face postérieure du col pour la faire adhérer à la paroi postérieure du vagin et obtenir le redressement de l'organe.

J'avais d'abord pris la résolution de ne parler que sur les questions soulevées par le mémoire de M. Baud ; mais puisque le débat s'est étendu, et que M. Roux a abordé deux points importants relatifs à l'extirpation complète de l'utérus et à l'amputation du col de cet organe, je ne puis me dispenser de dire mon opinion sur ces deux opérations.

Je dirai d'abord qu'aimant le progrès, j'ai aussi été tenté de faire l'extirpation de l'utérus, en voyant des femmes jeunes encore et d'une constitution robuste vouées à une mort certaine par le seul fait d'un cancer. Bien que, jusqu'à présent, cette opération n'ait pas donné les résultats qu'on en espérait, je ne pense pas qu'on doive la rejeter d'une manière absolue; peut-être trouvera-t-on le moyen de la pratiquer en évitant l'hémorrhagie, la péritonite.

Pour l'amputation du col de l'utérus, même dans le temps où cette opération était en grande faveur, je ne l'ai pratiquée qu'une seule fois, et j'en ai communiqué les résultats à l'Académie. Il y a eu récidive, comme dans la plupart des cas de cette espèce. D'où je conclus que, dans l'impossibilité de savoir si on enlève avec l'instrument tranchant la totalité de la partie cancéreuse, il est préférable d'avoir recours à la cautérisation; avec ce moyen puissant, j'ai détruit entièrement, et sans qu'il y ait eu récidive, des cancers bien constatés de la plus grande partie du col utérin. Mais si la tumeur présentait un volume considérable, trop long ou trop difficile à détruire par les caustiques seuls, ceux-ci ne devraient être employés qu'après avoir pratiqué l'ablation de la plus grande partie de la tumeur. Alors seulement l'amputation du col de l'utérus, que j'ai plusieurs fois pratiquée de cette manière, me paraît devoir être conservée.

M. Gibert. Je demande pardon à l'Académie de reprendre une seconde fois la parole dans ce débat; mais j'y tiens d'autant plus maintenant que M. Amussat m'a paru un peu sévère envers les médecins.

Je ne regrette point d'avoir le premier soulevé cette discussion, car il y a lieu d'espérer que les graves abus qui avaient été les conséquences de fausses théories et de pratiques vicieuses disparaîtront de la thérapeutique des maladies des femmes où des hommes éminents les avaient introduits et rapidement popularisés, au grand préjudice de l'art et de l'humanité.

Qu'il me soit pourtant permis de dire que la discussion presque exclusivement chirurgicale à laquelle nous avons assisté n'est pas de nature à changer les opinions si précises et si tranchées que je n'avais pas craint d'exprimer tout d'abord..... bien que je m'empresse de reconnaître les lumières qu'elle a jetées sur les déplacements, déviations et autres lésions utérines qui sont plus particulièrement du ressort de la chirurgie.

Quatre ans d'expérience spéciale à l'hôpital de Lourcine, suivis de dix autres années d'observation à l'hôpital Saint-Louis, où le lundi de chaque semaine, à ma clinique *des maladies de la peau*, sont examinées au *speculum* un certain nombre de femmes, m'avaient appris :

1° Que les altérations et variations de couleur, de volume, de forme, de texture, de situation du col de l'utérus signalées à tort par quelques chirurgiens comme l'origine et le point de départ d'un grand nombre de phénomènes morbides chez les femmes, pouvaient se révéler à l'examen fait par le toucher et le *speculum*, sans donner lieu à aucun des accidents qu'on s'était plu à leur attribuer ;

2° Que ces divers accidents, que Lisfranc, en particulier, avait regardés comme le cortége obligé des engorgements utérins, pouvaient se rencontrer sans aucune altération locale sensible.

J'en avais naturellement conclu que les phénomènes signalés ne devaient pas toujours être rapportés à des lésions locales (souvent d'ailleurs assez insignifiantes), et surtout que l'importance de ces lésions et leur influence pathogénique avaient été singulièrement exagérées.

Or, que nous a appris la discussion que nous venons d'entendre ? Que les chirurgiens sont loin d'être d'accord entre eux non-seulement sur l'importance et l'influence des diverses lésions utérines, mais même sur l'*existence* de quelques-unes d'entre elles... regardées pourtant par certains comme la source principale et la condition formelle de tous les accidents locaux et généraux si fréquemment observés chez les femmes, concurremment avec la leucorrhée ou même sans coexistence de catarrbe utérin... surtout depuis que leur imagination a été vivement impressionnée par le retentissement et la vogue de la thérapeutique spéciale combattue avec raison par M. Baud.

L'auteur que nous venons de citer, élève pourtant et disciple dévoué de Lisfranc, a voulu substituer aux *engorgements de l'utérus*, auxquels celui-ci appliquait tout l'arsenal de sa thérapeutique spéciale, un simple déplacement physique de l'utérus dont le col est porté en haut et en arrière ; déplacement qu'on rencontre en effet chez un grand nombre de femmes même bien portantes, après un ou plusieurs accouchements... mais qui peut exister sans aucun accident, et qu'on ne saurait, dans la plupart des cas, considérer comme morbide. M. Baud propose néanmoins d'y remédier par la simple application d'un instrument particulier dont notre honorable rapporteur a fait justice.

D'autre part, M. Velpeau, qui repousse avec l'auteur du mémoire les engorgements de l'utérus, veut trouver la source des accidents attribués à ces prétendus engorgements dans un autre mode de déviation qu'il appelle *antéflexion*... tandis que MM. Malgaigne, Moreau et Roux disent n'avoir jamais observé cette lésion utérine... en revanche, le premier admet une *rétroflexion* qui n'est pas mieux accueillie par plusieurs de ses collègues.

La *rétroversion* et l'*antéversion* de l'utérus elles-mêmes, modes de déplacement bien mieux connus et bien plus généralement admis, ont donné lieu à des assertions contradictoires qu'il est inutile de rappeler.

Enfin, un autre orateur, M. Robert, négligeant ces diverses déviations et déplacements, s'est attaché particulièrement aux *granulations utérines*, qu'il regarde comme la source la plus commune de la leucorrhée et des divers accidents attribués par Lisfranc à l'*engorgement*.

Que conclure de tout cela ? Que les chirurgiens, soumis plus que d'autres, par la nature de leurs études, à l'influence de l'*anatomisme* et de l'esprit de localisation exagérée qui a présidé à presque tous les travaux entrepris depuis une trentaine d'années, ont été entrainés à tout rapporter aux lésions locales dans la pathologie des femmes, et que l'usage habituel du *speculum* est venu encore favoriser cette tendance.

Qu'il me soit donc permis de répéter que le plus grand nombre de ces lésions doivent être regardées comme des suites de l'accouchement, ou comme des effets ou des complications du catarrbe utérin ; que plusieurs d'entre elles sont tenues sous l'influence d'une diathèse spéciale, qui réclame une médication générale, et non pas seulement des remèdes locaux.

Je fais moi-même, d'ailleurs, un très grand cas des médications locales pour combattre les flux et les congestions passives du col de l'utérus, qui sont si communes chez les femmes qui ont eu des enfants.

Et si je ne craignais d'abuser des moments de l'Académie, je pourrais à mon tour citer plus d'un exemple de guérison rapide obtenue par les douches ascendantes froides (1), les bains de siége froids, les injections à l'*alcoolé tannique* (2), chez des femmes que l'on avait regardées comme atteintes de *maladie de matrice* sérieuse, et qui avaient été soumises tantôt au *traitement* Lisfranc, tantôt aux cautérisations avec les caustiques divers, ou même avec le fer rouge, non-seulement inutilement et pendant longtemps, mais encore au grand préjudice de l'état physique et moral des femmes, impressionnées d'une manière très fâcheuse, soit par le traitement lui-même, soit par les alarmes entretenues dans leur esprit (3).

Je suis donc, en somme, très disposé à reconnaître avec Lisfranc, ainsi qu'avec MM. Jobert, Malgaigne, Roux et Huguier, qu'il existe des *engorgements chroniques* du col de l'utérus, mais je les regarde presque toujours comme effets

(1) En 1836, à l'hôpital de Lourcine, en 1840, à l'hôpital Saint-Louis et en ville, j'ai remis en usage avec succès les doucbes ascendantes utérines froides, dont mon prédécesseur à l'hôpital Saint-Louis, le professeur *Alibert*, faisait le plus grand cas avec juste raison.

(2) J'ai donné tous les détails nécessaires sur cette préparation pharmaceutique dans le tome Ier, 1837, de la *Revue médicale*, p. 100, et dans le n° d'avril 1845 du même journal.

(3) J'ai publié dès 1837 un mémoire sur les *Ulcérations de la matrice*, où déjà je m'élevais contre ce genre d'abus, que l'on trouvera signalé avec plus de développements dans les nos de mars 1840 et septembre 1841 de la *Revue médicale* ainsi que dans le cahier de janvier 1848 du *Bulletin général de thérapeutique*.

---

gique, et devient susceptible d'application pratique. Voilà, par suite, un nouveau détail à réunir avec ceux qui étaient déjà du domaine de l'anatomie chirurgicale. De ces acquisitions nouvelles, il y en aura constamment, et constamment aussi le domaine de l'anatomie chirurgicale s'agrandira.

En attendant res perfectionnements, si nous revenons à l'époque au milieu de laquelle nous vivons, nous sommes obligé de restreindre de beaucoup le champ des études que comprend l'anatomie chirurgicale, et cela pour plusieurs raisous.

D'abord, comme nous venons de le voir, un grand nombre de détails anatomiques ne sont d'aucune ou de presque aucune utilité pour le chirurgien. Ceux qui sont inutiles, on ne s'en occupe pas, et l'on signale en passant, justement d'une manière aussi succincte qu'il le faut, les détails de peu d'utilité. Au cnntraire, on insiste longuement sur les faits dont l'appréciation conduit à des applications importantes. Ceux-là, on ne saurait trop les détailler, trop les décrire. Les personnes qui ont reproché à l'excellent traité de M. Velpeau la trop grande abondance des détails, qui rapprochait certaines parties de son livre de l'anatomie descriptive, s'étaient placées à un bien autre point de vue que celui dont il est ici question pour s'aventurer à émettre un pareil reproche. Il y a des parties dans l'anatomie chirurgicale dont la description ne saurait être faite d'une manière trop rigoureuse.

Voilà déjà la science anatomique bien réduite pour faire de l'anatomie chirurgicale. Elle va l'être encore davantage pour un motif plus grave s'il se peut.

Puisque l'anatomie chirurgicale suit dans ses progrès l'anatomie proprement dite, elle doit se ressentir à un haut degré de l'état d'imperfection de celle-ci. Il n'y a pas encore un traité régulier d'anatomie proprement dite ; on ne peut donc pas en faire un d'anatomie chirurgicale, qui ne peut être que consécutif. Pour parler avec plus de précision, on n'a pas encore suivi comme il conviendrait de le faire tous les éléments dont le corps humain est composé en partant de la matière organique et passant par tous les degrés de complication de ces éléments. Toutes les applications qui résulteraient de l'examen de ces éléments, même dans l'état actuel de la science, ne peuvent pas par suite être exposés avec ordre. Aussi les traités faits jusqu'à ce jour ne comprennent-ils que l'anatomie chirurgicale des régions et des organes contenus, plus quelques légers détails d'embryogénie. Dans sa dernière édition, M. Velpeau y a bien ajouté quelques nouveaux chapitres sous le titre d'Anatomie chirurgicale générale conçus d'après le cadre de l'Anatomie générale de Bichat, et son exemple a été imité. C'est, à un certain point de vue, un bon commencement, mais un commencement d'extension qui est encore trop limité pour avoir pu réussir à changer le caractère général de l'ouvrage, qui pourrait encore porter à juste titre le nom d'Anatomie chirurgicale des régions et des organes contenus dans les régions du corps humain.

C'est là en effet la seule anatomie chirurgicale véritablement faisable aujourd'hui, la seule dont je m'occuperai dans le cours des séances qui vont suivre. Quant à faire précéder ou suivre mon cours de ce genre de notions qu'on a voulu appeler anatomie chirurgicale générale, il me serait impossible d'y consentir, car il faudrait pour cela adopter les têtes de chapitre de l'Anatomie générale de Bichat, dont le plan est tellement en opposition avec la série régulière anatomique exposée plus haut qu'une adoption pareille constituerait un abandon complet de mes principes.

Même restreinte à ces limites bien étroites, comparativement à ce qu'elle devrait embrasser, l'anatomie chirurgicale possède un attrait tout particulier qui a bientôt fait ranger parmi ses partisans jusqu'à ses détracteurs. On ne s'occupe dans cette anatomie que des faits dont on peut tirer des applications pratiques, et, pour le prouver, on fait suivre la description de chaque fait de sa déduction. Cette marche n'expose pas à des longueurs, comme on pourrait le supposer. Elle facilite bien plutôt l'étude, elle charme bien plus les commençants et fixe bien mieux leur attention en leur démontrant pourquoi il importe de bien connaître tel ou tel détail. De plus, par le mélange qui en résulte de notions anatomiques et de notions chirurgicales, elle sert de transition entre les deux, et forme ainsi une véritable introduction à l'étude de la chirurgie.

Voilà l'anatomie chirurgicale dont il va être question dans ce cours, à savoir : cette partie restreinte, mais susceptible d'une grande extension, l'anatomie chirurgicale des régions et des organes qu'elles renferment.

NOUVELLES.

M. le professeur Velpeau commencera son cours de clinique chirurgicale lundi prochain, 12 courant, et le continuera tous les jours, le jeudi excepté La visite commencera à 8 heures.

— M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, professeur, membre de l'Académie des sciences, ouvrira son cours de zoologie le jeudi 8 novembre 1849, à une heure, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— La dernière séance de l'Académie des Sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

Errata. — Une erreur typographique a supprimé dans le discours de M. Bérard une des phrases incidentes les plus heureuses et à bon droit les plus applaudies.

Dans l'avant-dernier paragraphe de la troisième colonne de son discours, après ces mots : « *Le jeune praticien fouille dans sa bourse*, » l'éloquent orateur ajoutait cette phrase d'un atticisme parfait : « La bourse d'un étudiant, messieurs ! »

Au commencement du quatrième paragraphe de la même colonne, au lieu de : « Physiologie humaine, » il est important de lire : « *Psychologie* humaine. »

d'une diathèse lymphatique et comme suites de l'accouchement. Lorsqu'en pareil cas il se développe des accidents locaux et généraux, ces accidents, plutôt nerveux et congestifs qu'inflammatoires, ne cèdent point, en général, à la médication antiphlogistique, conseillée par Lisfranc, et sont loin de céder toujours aux cautérisations.

Je suis encore disposé à admettre avec l'auteur du Mémoire, M. Baud, et avec MM. Hervez de Chégoin, Velpeau et Moreau, que les diverses déviations et déplacements utérins qu'ils ont signalés peuvent devenir la source d'accidents, mais à la condition, toutefois, que ces lésions revêtent certains caractères d'intensité, de persistance et de gravité qui pussent leur mériter à juste titre le nom de *maladie*.

Je reconnais surtout, avec MM. Jobert et Moreau, qu'il y a des états anormaux tout à fait inoffensifs, quelquefois naturels, d'autres fois accidentels, que l'on a plus d'une fois traités à tort comme des états morbides.

J'insiste sur la nécessité des médications générales appropriées aux diathèses *lymphatique*, *herpétique*, *syphilitique*, qui se joignent souvent aux lésions locales que révèlent le toucher ou l'examen fait au *speculum*, particulièrement au catarrhe utérin, aux engorgements du col, aux *érosions granulées* du museau de tanche.

Enfin, j'appelle l'attention des praticiens sur les résultats fâcheux de l'imagination alarmée des femmes qui se croient atteintes de *maladie de matrice*, et sur les erreurs de diagnostic qui ont souvent, en pareil cas, fait attribuer une importance exagérée à des lésions locales fort insignifiantes, ou qui du moins n'avaient que la part la plus faible dans les accidents.

Je ne voudrais pas terminer sans dire un mot à l'occasion d'une sorte de fin de non-recevoir qui s'est fait jour dans cette discussion, et que l'on reproduit très volontiers, et presque à tout propos, depuis une vingtaine d'années, savoir :

« *Qu'il n'est pas encore temps de se prononcer ; que la question est encore à l'étude ; que le sujet est encore à l'état de recherche.* »

N'est-ce pas véritablement une singulière époque que la nôtre, époque (dit-on) si avancée, si progressive et où cependant presque toutes les questions sont encore à l'état d'étude et de recherche ?

Hélas ! sous cette feinte humilité n'y a-t-il pas un peu d'orgueil ?

On veut de nos jours tout soumettre à son propre jugement, tout refaire d'après ses observations personnelles..... Mais, pour ne parler que de notre art en particulier, quelle vie humaine pourrait suffire à refaire un édifice dont l'élévation a nécessité les labeurs de tant de siècles !

Dans le sujet restreint qui nous occupe, je crois que ce que nos prédécesseurs nous ont appris sur la *leucorrhée* ou *catarrhe utérin* peut encore aujourd'hui servir de guide au praticien ; car, pour lui du moins, il n'y a pas à hésiter, il faut bien qu'il se prononce. Il ne peut pas se borner à répondre à la malade qui vient le consulter : « *Attendez ! la question est encore à l'état de recherche.* »

Eh bien ! sans contester les progrès de détail et surtout la précision de diagnostic que l'étude plus attentive des altérations locales et l'examen au *speculum* ont fait faire à la pathologie utérine, je crois, somme toute, que la thérapeutique généralement adoptée au commencement de ce siècle dans les maladies des femmes était plus rationnelle et plus efficace que celle devenue banale dans ces dernières années sous l'influence et le patronage de quelques chirurgiens de notre époque, et en particulier de celui dont la méthode a été l'objet de justes critiques dans le mémoire de M. Baud.

M. Moreau demande la parole pour un fait personnel. Je n'ai pas dit qu'il n'y avait pas d'*antéversion*, mais bien d'*antéflexion*, et non-seulement il n'y en a pas, mais j'ajoute que l'antéflexion est complétement impossible.

M. Velpeau. Je commencerai par me justifier des exagérations qu'on a bien voulu me prêter, et dont je ne crois pas être coupable. Ainsi, je n'ai jamais nié d'une manière absolue l'engorgement du col de l'utérus ; je n'en ai jamais nié surtout la possibilité ; il n'entrera jamais dans mon esprit de nier la *possibilité de quoi que ce soit*. Ce que j'ai dit et ce que je soutiens, c'est que les engorgements *chroniques* primitifs, *essentiels*, sans autre lésion notable, sont extrêmement rares, et que je n'en ai jamais vu. Je n'ai donc pas porté le défi qu'on m'en montrât un ; mais si je l'avais fait, je ne me trouverais pas trop mal à l'aise dans cette position ; car, à supposer qu'on parvînt à m'en montrer un, il n'en est pas moins vrai que la vérité de ma doctrine n'en serait guère ébranlée.

Un de nos collègues a eu la bonne idée, pour compléter sa démonstration, de donner une définition de l'engorgement ; malheureusement elle ne s'accorde guère avec celle des orateurs qui l'ont suivi. M. Huguier ne paraît guère entendre l'engorgement comme M. Jobert ; l'engorgement de M. Roux ne ressemble guère à celui de M. Jobert, et enfin, je viens d'entendre la définition qui ne diffère pas moins de toutes les autres que toutes les autres entre elles.

M. Huguier, par exemple, veut que l'engorgement ne soit ni une hypertrophie, ni une inflammation chronique. J'avoue qu'un gonflement qui ne serait ni l'un, ni l'autre de ces états est assez difficile à comprendre, et qu'il ne me semble pas bien dangereux pour les femmes, ni bien difficile à résoudre.

On s'est demandé pourquoi l'utérus ne s'engorgerait pas, puisque le testicule, les amygdales, etc., s'engorgeaient bien. A ce sujet, je ferai remarquer que le mot engorgement, appliqué aux tuméfactions du testicule, consacre une erreur qui n'est plus en harmonie avec les progrès de la science. Si vous faites abstraction des tubercules, du cancer, en un mot des productions morbides du testicule et de l'inflammation, je ne vois pas trop ce qu'il vous restera à désigner sous le nom d'engorgement.

J'en dirai autant pour les amygdales : en dehors de l'hypertrophie et de l'inflammation chronique, je ne vois pas ce que l'on pourrait désigner par engorgement.

M. Jobert, lui, a invoqué l'anatomie pour prouver l'existence de l'engorgement ; mais je ne crains pas de dire que son raisonnement ne m'a en aucune façon satisfait. Il a d'abord posé en principe qu'il y avait engorgement partout où il y avait du tissu cellulaire ; il a dit ensuite qu'il n'y avait pas de tissu cellulaire dans l'utérus, et il a conclu qu'il devait nécessairement y avoir des engorgements. Je laisse à d'autres le soin de réfuter cette conclusion.

M. Roux a fait plus que de voir l'engorgement sur le vivant, il l'a observé, dit-il, sur une table de dissection, à propos d'une erreur qu'il dit avoir commise. Eh bien, je crois que M. Roux s'est calomnié. Il me semble bien difficile qu'un homme comme lui se soit décidé à enlever une matrice qui n'aurait été simplement qu'engorgée, et qu'il l'eût prise pour un cancer, quand on sait qu'en définitive l'engorgement ne produit que des symptômes très peu graves en comparaison de ceux qu'entraîne le cancer. Il y avait donc très probablement dans cette matrice des lésions que M. Roux n'aura pas vues.

Je reviens aux engorgements de M. Huguier, et je suis forcé de reconnaître qu'ils m'embarrassent beaucoup. M. Huguier admet des engorgements complexes, des engorgements œdémateux, des engorgements tuberculeux, etc., et il dit en avoir trouvé beaucoup ; je le crois. Mais en a-t-il trouvé de simples ? Voilà la question. Il nous a bien apporté ici des pièces ; mais sur ces pièces, qui datent probablement de quelques années, il est bien facile d'apprécier la masse ; quant à la nature de la maladie, c'est autre chose, et je suis d'autant moins disposé à croire que ces masses sont de simples engorgements que sur l'une d'elles il est encore facile de distinguer des végétations. M. Huguier nous a dit que, si l'on ne trouvait pas plus souvent l'engorgement sur le cadavre, cela tenait à ce que cet état disparaissait après la mort. Cette proposition, je dois le dire, ne m'a pas médiocrement étonné. Que du temps de Broussais on ait pu croire à la disparition après la mort des traces d'une inflammation légère, cela se conçoit encore ; mais qu'un état chronique, qu'une hypertrophie siégeant sur un tissu aussi serré que celui de l'utérus puisse disparaître en quelques heures, ce serait bien surprenant ; je ne crois pas que le tissu utérin soit aussi volatile.

Enfin, M. Huguier m'a objecté l'observation clinique. Mais depuis vingt-cinq ans je fais aussi de la clinique ; j'ai regardé de mon mieux, et je n'ai pas trouvé ce qu'on annonçait. Ce que j'ai trouvé, ce sont des états qui peuvent parfaitement en imposer à l'observateur, pour peu qu'il soit prévenu ou qu'il n'examine pas avec toute l'attention désirable.

M. Roux m'a demandé comment j'appellerais un état morbide dans lequel le ventre est douloureux, dans lequel il y a des pesanteurs sur le rectum et sur la vessie, de l'écoulement blanc ou jaunâtre, dans lequel le col est volumineux. Je réponds à M. Roux que je n'appellerai certainement pas cela un engorgement, car il y a assurément une autre lésion, et ce qui le prouve, c'est que vous guérissez cet état. Or, vous savez si l'on guérit les hypertrophies du cœur et des amygdales.

Je crois donc que beaucoup de ces états, de ces prétendus engorgements, ne sont que des déviations et des inflexions, je le répète encore ; je répète aussi qu'à l'exception des femmes très maigres, à parois abdominales souples et chez lesquelles on peut saisir l'utérus entre le doigt introduit dans le vagin et la main placée sur l'hypogastre, et le mesurer comme s'il était sur une table de dissection, il est impossible de préciser exactement son volume, et qu'en le supposant même volumineux il est impossible de dire qu'il n'y a pas autre chose qu'un engorgement, qu'il n'y a pas, par exemple, des polypes, des fongosités, etc. Il est d'autant plus facile de se tromper que l'on ne songe pas aux inflexions.

Si nous appliquons ces propositions à la statistique de M. Huguier, nous trouvons que notre confrère a rencontré 13 fois seulement sur 500 cas l'engorgement de l'utérus ; admettons seulement que M. Huguier se soit trompé dans la moitié des cas ; ce sera donc 7 cas d'engorgement sur 500, c'est-à-dire environ 1 sur 100. Or, je trouve dans mes leçons publiées dans la *Gazette des Hôpitaux* par M. le docteur Pajot, qui professe avec distinction à Paris l'art des accouchements, je trouve que c'est précisément cette proportion que j'ai indiquée il y a plusieurs années.

Ainsi, dans les prétendus cas d'engorgement, ou bien j'ai trouvé des déviations ou des inflexions, ou bien je n'ai rien trouvé du tout, c'est-à-dire qu'il s'agissait alors de ces affections purement médicales sur lesquelles M. Gibert vient d'insister avec juste raison.

Quant à la proposition de M. Moreau qui nie jusqu'à la possibilité de l'antéflexion, j'y répondrai par un dessin représentant une antéflexion constatée et décrite il y a plusieurs années dans mon service par un de mes anciens internes, M. le docteur Stévenet. (L'orateur montre un dessin qui est en effet très concluant. — A ce propos, M. Huguier présente également un utérus qui offre un exemple remarquable d'antéflexion avec engorgement de la paroi postérieure de l'utérus.)

Il s'agirait maintenant d'aborder les questions de thérapeutique, et de voir les heureuses modifications que doivent y introduire les vérités pathologiques que je viens de soutenir. Mais je m'aperçois que l'Académie est fatiguée et je m'en tiendrai là.

— La séance est levée à cinq heures.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 10 NOVEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 131.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS.	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER. . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 9 NOVEMBRE 1849.

Discussion sur les engorgements et les déviations de l'utérus.

Des trois discours qui ont été prononcés mardi dernier à l'Académie de médecine, deux seulement, ceux de MM. Gibert et Velpeau, ont revêtu la forme de discussion. Celui de M. Amussat, au contraire, a été plutôt une exposition succincte des opinions de l'auteur sur la pathologie et la thérapeutique utérines qu'une critique des opinions déjà émises dans le cours des débats. Nous insisterons donc peu sur ce premier discours. Nous ferons toutefois une réflexion sur un procédé que M. Amussat dit lui avoir seul réussi pour guérir la rétroversion de l'utérus dans l'état de vacuité. Ce moyen est la cautérisation de la face postérieure pour la faire adhérer à la paroi postérieure du vagin, et obtenir ainsi le redressement de l'organe. On sait combien est difficile à obtenir l'adhérence entre deux muqueuses, et pour cette raison, les succès de la méthode dont nous parlons ont été reçus avec une certaine incrédulité. Nous pensons qu'il serait utile que M. Amussat démontrât par des observations rigoureuses qu'il ne s'est point fait illusion.

Quant au discours de M. Gibert, si nous n'en approuvons pas exactement tous les termes, nous devons dire que la plupart des principes qu'il a émis nous semblent le résultat d'une bonne observation, et conformes à une saine thérapeutique.

Il est d'abord un fait important et de la plus rigoureuse exactitude que la discussion avait laissé dans l'ombre et que M. Gibert a mis en lumière, c'est qu'une foule de femmes ont le corps de l'utérus placé très en avant et le col très en arrière, c'est-à-dire qu'elles ont de véritables rétroversions, sans en être autrement incommodées. Il en est de même d'autres femmes dont le col de l'utérus, au lieu d'avoir deux et demi à trois centimètres de diamètre, comme on l'observe normalement, en offre trois et demi, quatre, cinq, et même plus. Cependant ces femmes ne souffrent pas, et il faut qu'elles réclament des soins pour d'autres affections pour qu'on ait l'occasion de constater ces états. C'est à Lourcine et à Saint-Lazare qu'on peut surtout faire des observations curieuses et instructives dans ce sens.

Un autre fait, qui n'est pour ainsi dire qu'une conséquence du précédent, et que M. Gibert a également signalé, c'est que sans vouloir en rien nier l'importance de l'état local dans les affections utérines, il faut néanmoins reconnaître que cet état ne joue souvent qu'un rôle secondaire, et que ce serait en vain qu'on s'adresserait alors à une thérapeutique locale.

S'il est vrai que les écoulements, et même l'engorgement, tiennent souvent à un état général, à une diathèse, il n'est pas moins vrai que cette diathèse est souvent, nous dirions volontiers presque toujours une diathèse lymphatique, c'est-à-dire un état de débilité générale. Rien n'est donc plus contraire, dans ces cas, à la santé des malades, ainsi que l'a encore fait remarquer M. Gibert, que cet ensemble de moyens débilitants qu'on peut désigner sous le nom de thérapeutique Lisfranc (1), et que sont toujours assez disposés à prescrire les praticiens qui s'occupent exclusivement de chirurgie. Ce sont là des faits et des préceptes pratiques dont nous nous plaisons, avec M. Gibert, à reconnaître l'importance et la justesse.

Nous serons moins complétement d'accord avec le savant académicien touchant la critique qu'il a cru devoir faire de l'époque actuelle, au point de vue médical et scientifique. On ne nous reprochera certes pas d'avoir un amour ni un enthousiasme exagéré pour les innovations; mais autant nous nous gardons de cet esprit aventureux qui place toujours le progrès dans l'inconnu, et qui adopte comme une amélioration toute élucubration nouvelle, autant nous cherchons à nous garantir de cet esprit de routine qui place dans le *statu quo* les colonnes d'Hercule de la science.

Nous accorderons presque, et nous ajoutons cet adverbe avec intention, que nous n'avons pas fait de très grands progrès depuis cinquante ans dans la connaissance et le traitement de la leucorrhée; nous accorderons cela, néanmoins à condition que M. Gibert entendra par leucorrhée ce que l'on entend aujourd'hui, et qu'il ne confondra pas, *comme on le faisait il y a cinquante ans*, avec la véritable leucorrhée, c'est-à-dire avec le catarrhe utéro-vaginal sans inflammation, ulcération, engorgement, etc.; ce sont là autant de distinctions que nous devons entièrement aux recherches modernes, et qui constituent un progrès non moins fondé au point de vue de la science qu'important au point de vue de la pratique.

Nous ajouterons, pour répondre par un trait de raison à un trait d'esprit de M. Gibert, que de ce qu'on ne peut pas dire à un malade qui vient vous consulter : « Attendez, la question est encore à l'état de recherche, » il ne s'ensuit nullement qu'on doive considérer comme le dernier perfectionnement à espérer le traitement qu'ou prescrira à ce malade. Quand un phthisique ou un cancéreux vient vous consulter, on lui donne un conseil; mais nous sommes bien certain que M. Gibert lui-même ne se trouve pas très-satisfait de la consultation qu'il rédige en pareil cas, et qu'il ne la considère pas comme le dernier terme de la progression thérapeutique touchant le cancer. Le véritable esprit de progrès consiste à la fois à savoir conserver ce qui est bien et à savoir désirer l'amélioration de ce qui est défectueux.

Après la spirituelle allocution de M. Gibert, est venu le discours non moins spirituel de M. le professeur Velpeau. Nous serions heureux de pouvoir dire que le fond a répondu à la forme; mais notre respect pour la vérité ne nous le permet pas. Au début de la discussion, M. Velpeau a eu le malheur de tomber dans un mauvais pas; dans la dernière séance, il s'y est tourné et retourné dans tous les sens avec infiniment de grâce, de gaieté et d'esprit; mais il n'en est pas sorti. Faute d'avoir voulu avouer purement et simplement qu'il s'était trompé en niant les engorgements de l'utérus (ce qu'il avait fait dans la première séance d'une manière complète et absolue, et ce que de nombreux témoins ont entendu comme nous), il a été obligé de faire une série de demi-aveux et de réticences qui ont jeté sur son discours une obscurité que n'ont point dissipée les étincelles d'esprit dont il l'a émaillé; quelquefois même il a sacrifié la vérité au plaisir de faire une épigramme, par exemple, en prêtant à M. Jobert une absurdité dont il ne s'est pas rendu coupable, et en rapportant d'une manière tout à fait inexacte les chiffres introduits dans la discussion par M. Huguier.

M. Velpeau, pour démontrer, non que l'engorgement n'existe pas, puisqu'il reconnait maintenant qu'il existe au moins une fois sur 100 (1), mais bien pour démontrer qu'il est excessivement rare, a attaqué les définitions que les précédents orateurs ont données de cet état.

« M. Roux, a dit M. Valpeau, m'a demandé comment j'appellerais un état morbide dans lequel le ventre est douloureux, dans lequel il y a des pesanteurs sur le rectum et sur la vessie, de l'écoulement blanc ou jaunâtre, dans lequel le col est volumineux, mais sans rougeur ni ulcération. Je réponds à M. Roux que je n'appellerai certainement pas cela un engorgement, car il y a assurément une autre lésion, et ce qui le prouve, c'est que vous guérissez cet état. Or, vous savez si l'on guérit les hypertrophies du cœur et des amygdales. »

Loin de nous la pensée de vouloir contester à l'éminent professeur de la Charité de donner le nom qui lui conviendra à l'état que son collègue de l'Hôtel-Dieu appelle avec tout le monde un engorgement; mais M. Velpeau nous accordera bien à son tour que, puisqu'il admet positivement l'existence de l'engorgement au moins une fois sur 100, il faut bien que l'engorgement puisse se reconnaître, pour lui comme pour nous, à certains caractères. Quels sont donc ces caractères? C'est ce que M. Velpeau a omis de dire, et c'est assurément là ce qui aurait fait avancer la discussion bien plus que tout un discours; car alors seulement on aurait pu juger si la définition de l'engorgement de M. Velpeau valait mieux que les autres, et quel était approximativement le nombre relatif des cas qui rentraient dans cette définition. Dans l'intérêt de la discussion, nous engageons le savant professeur à remplir cette importante lacune.

Il y a également une obscurité qui a plané sur tout le discours de M. Velpeau, c'est qu'on n'a pu distinguer s'il entendait parler des engorgements du col ou du corps de l'utérus; tantôt il semblait ne parler que des premiers exclusivement, tantôt il semblait les confondre tous dans une même proscription. Il est encore très important qu'il fasse cette distinction; car personne n'ignore que, dans le langage vulgaire, on désigne indifféremment sous le nom d'*engorgement* celui du col et celui du corps; c'est ainsi que l'a entendu l'auteur du mémoire; et si c'est ainsi que l'a compris M. Velpeau, comme cela semble résulter de l'accord qu'il a dit exister entre lui et M. Huguier (1 cas d'engorgement [*du corps*] sur 100), il s'ensuivrait que l'honorable professeur aurait combattu une opposition imaginaire, puisque, en effet, personne au monde, pas même Lisfranc, ne soutient que les engorgements du corps sont plus fréquents que ne l'a indiqué M. Huguier.

Il nous reste maintenant à nous occuper de la question très intéressante des *inflexions*; c'est ce que nous ferons dans un prochain article.

(1) Voici la formule de cette singulière médication, formule qui était invariablement la même pour toutes les femmes affectées d'un écoulement, quelle qu'en fût la cause, et qui se distribuait par douzaines à chaque consultation du mardi. L'externe de la consultation devait toujours avoir une cinquantaine de ces consultations écrites d'avance :

1° Garder le repos dans la position horizontale;

2° Repos *absolu* de l'organe malade;

3° Tous les deux jours prendre un bain simple tiède; y rester deux heures;

4° Prendre chaque jour un quart de lavement presque froid avec addition de dix grains de camphre dissous dans un jaune d'œuf; on le gardera;

5° Trois fois par jour faire une injection avec une décoction de acine de guimauve, de morelle et de pavot;

6° Tous les mois, après la cessation des règles, pratiquer une saignée révulsive d'une palette;

7° Prendre chaque jour une pilule d'un grain d'extrait de ciguë; porter progressivement jusqu'à quatre grains la dose de ce médicament;

8° Prendre pour tisane une infusion de saponaire édulcorée avec du sirop de grande consoude;

9° Pour régime : lait, œufs, légumes, poisson, viandes blanches, eau rougie.

(1) Il n'a pas dit si c'est sur 100 malades prises au hasard ou bien sur 100 malades affectées de maladies des organes génitaux.

Revue clinique hebdomadaire.

De l'amaurose dans l'albuminurie. — Grâce au concours zélé de plusieurs confrères distingués et aux recherches que nous pourrons faire nous-même, la question soulevée d'une manière si imprévue par M. Landouzy ne tardera pas à être définitivement résolue. Nous publions aujourd'hui la lettre suivante, que nous avons reçue il y a quelques jours d'un médecin distingué de la capitale, M. le docteur Raciborski. L'observation que cette lettre renferme et les réflexions judicieuses qui l'accompagnent formeront un élément intéressant de plus dans la question qui nous occupe.

Monsieur le Rédacteur,

La communication faite par M. Landouzy à l'Académie des Sciences, ayant pour objet la fréquence de l'amaurose dans l'albuminurie, m'étonna, comme elle a étonné probablement la plupart de vos lecteurs. J'ai de la peine à croire que l'assertion de ce médecin distingué ne se ressente un peu de l'esprit de précipitation auquel on résiste difficilement quand on a été fortement frappé par quelque impression. Cependant, je n'ai jamais cru à une complète illusion de la part de M. Landouzy; j'estime trop pour cela le talent observateur de ce médecin distingué, et cette considération aurait déjà suffi pour m'imposer ma réserve si je n'avais pas eu par devers moi des faits analogues à ceux dont il a fait l'objet de sa communication. Depuis, d'autres confrères viennent de publier des faits semblables, et, selon votre impartialité habituelle, vous les avez publiés dans les deux derniers numéros de votre journal. Permettez-moi, monsieur le Rédacteur, d'ajouter aux exemples de cette singulière complication au moins un des deux cas que j'ai eu l'occasion d'observer.

Il y a dix ans, je fus consulté par M. Barbary, fabricant de nécessaires, rue Meslay, pour sa vue. C'était un homme d'une cinquante d'années, d'une assez forte constitution, un peu lymphatique. Sa vue s'était affaiblie progressivement depuis à peu près deux mois, intervalle pendant lequel le malade avait déjà subi différents traitements. A ma première visite, le malade n'était préoccupé que de sa vue, qui avait fini par s'éteindre presque entièrement aux deux yeux. Les pupilles étaient dilatées et peu contractiles sans laisser apercevoir derrière elles aucune apparence d'opacité. Je dois ajouter que les yeux m'ont paru avoir augmenté de volume, du

moins je les ai trouvés plus saillants que d'habitude, et cette remarque a été faite également par la famille. En présence de ces symptômes, je diagnostiquai l'amaurose compliquée d'hydrophthalmie commençante. Cependant, la pâleur extrême du visage accompagnée d'une teinte de cire assez marquée et de bouffissure sans œdème, l'état pénible des digestions, etc., m'engagèrent à pousser plus loin mes investigations. Je n'ai pas tardé à constater, à la grande surprise du malade et des parents, de l'œdème autour des malléoles, les urines pâles, mousseuses et offrant un précipité albumineux par l'ébullition et l'addition d'acide nitrique. Depuis lors, cet état devint de plus en plus grave. L'œdème gagna rapidement les cuisses et les parois abdominales; il survint des épanchements dans les cavités séreuses du ventre et de la poitrine, et le malade finit par succomber au bout de six semaines.

Notre savant et estimable confrère M. Martin-Solon a vu ce malade une fois avec moi; peut-être se souviendra-t-il de cette singulière complication du côté des yeux. Pour moi, qui aime assez, par la nature de mon esprit, à me rendre compte des phénomènes que j'observe, cette cécité devait dépendre de quelque altération de l'humeur vitrée ou peut-être même de l'humeur aqueuse, altération développée sous l'influence de la diathèse albuminurique. Cependant, comme je n'avais rien vu de semblable dans les auteurs et que d'un autre côté M. Martin-Solon m'avait affirmé n'avoir encore jamais observé une pareille complication, j'ai dû m'incliner devant d'aussi imposantes autorités et me borner à garder dans mon souvenir un fait qui m'avait, je l'avoue, singulièrement frappé.

Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion d'observer environ une trentaine de cas d'albuminurie sans jamais rencontrer une pareille complication. Je me trompe, j'ai vu une fois dans un service de la Charité (c'était pendant un de mes concours au Bureau central) un malade affecté de néphrite albumineuse, qui avait aussi perdu la vue d'un côté depuis peu de temps. Toutefois, n'ayant vu le malade qu'en passant, je ne possède pas de renseignements précis sur son état.

Je vous prie, monsieur le Rédacteur, de vouloir bien publier ma communication dans votre prochain numéro et agréer l'assurance de mes sentiments distingués. RACIBORSKI.

Paris, ce 29 octobre 1849.

Application des sondes en gutta-percha. Cas remarquable de taille hypogastrique. — On sait que les sondes flexibles dites en gomme élastique s'altèrent au contact de l'urine humaine, quelquefois dans un temps très court, et dans certains cas aussi elles s'incrustent de matière calcaire tant à l'intérieur, ce qui empêche l'urine de couler, qu'à l'extérieur, où le dépôt forme à l'extrémité *oculaire* de la sonde un bourrelet qui en rend la sortie douloureuse. Cet effet n'est pas constant; mais il peut avoir lieu, que la sonde soit grosse ou petite, droite ou courbe, par suite de la phlegmasie de la vessie et de l'irritation que les sondes elles-mêmes produisent toujours. Sous cette double influence, l'urine acquiert en effet des propriétés qu'on n'a pas suffisamment étudiées et sur lesquelles M. Civiale a appelé l'attention des observateurs dans son *Traité de l'affection calculeuse*. Cette altération et cette incrustation des sondes, que tous les praticiens ont observées, ont des inconvénients graves, qu'on atténue, il est vrai, par des injections répétées, en nettoyant ou en changeant la sonde; mais ces précautions ont elles-mêmes leurs inconvénients, soit qu'elles fatiguent les organes, soit seulement qu'elles obligent le chirurgien de multiplier ses soins. Souvent même la sonde nouvelle que l'on place ne fonctionne pas aussi bien que celle qu'on retire; il lui faut toujours un certain temps pour se ployer suivant la forme du canal.

On fait depuis peu des sondes en *gutta-percha* que nous avons vu employer et qui pourront remplacer avantageusement celles de gomme élastique. Nous citerons à ce sujet un cas récent de cystotomie remarquable d'ailleurs sous divers rapports.

Un employé supérieur du ministère de la marine, qui avait longtemps commandé en mer, réclama les soins de M. Civiale pour une pierre dont il disait ne souffrir que depuis quelques mois. Une santé générale bonne, une constitution forte, un courage stoïque réunis chez ce malade offraient toutes les garanties désirables pour le succès d'une opération chirurgicale. Mais le cathétérisme ordinaire apprit que la pierre était volumineuse; un essai de la lithotritie donna la certitude qu'à un grand volume elle réunissait une dureté considérable. La nouvelle méthode n'était pas impossible, mais elle offrait des inconvénients; M. Civiale proposa la taille, qui fut acceptée et pratiquée sous nos yeux le 3 octobre 1849. M. Civiale donna la préférence à la taille hypogastrique par un procédé un peu différent de celui qu'on met généralement en usage, mais que nous ne décrirons pas ici, ce chirurgien l'ayant fait connaître dans son *Parallèle des divers moyens de traiter les calculeux*, p. 194.

La manœuvre fut prompte et facile; il n'y eut pas un temps de perdu; l'extraction seule de la pierre, à cause de son volume, exigea des tractions fortes et répétées. Le malade, qu'on n'avait pas éthérisé, supporta cette opération avec un courage et une résignation admirables. Dès qu'il fut placé dans son lit, M. Civiale plaça dans l'urètre une sonde en gutta-percha de moyenne grosseur et courbée, par laquelle l'urine s'est écoulée d'une manière régulière et si complète qu'il n'en est point passé une seule goutte par la plaie hypogastrique. Aussi dès ce moment jusqu'au 29 du même mois, jour où le malade a fait une promenade au bois de Boulogne, le travail réparateur consécutif à ces sortes d'opérations s'est exécuté régulièrement et sans la moindre interruption.

Suivant M. Civiale, la sonde a eu quelque influence sur cet heureux résultat en ce que :

1° Après quelques heures de séjour, elle a pris et conservé une courbure si bien adaptée à celle de l'urètre qu'elle ne tendait pas à sortir et qu'on a pu débarrasser le malade des liens au moyen desquels on la fixe et qui sont plus ou moins gênants;

2° Une sonde flexible ordinaire se prête de même aux courbures du canal, et, dès qu'on la retire, elle a la forme d'un S dont parlent quelques auteurs du siècle passé. Elle donne également passage à l'urine; une expérience déjà longue a prouvé en effet que par l'emploi des sondes flexibles, surtout celles à courbure fixe, on réussit le plus souvent à détourner l'urine de la plaie et à lui donner un libre cours par le canal. Mais la courbure de ces sondes ne se conserve pas toujours d'une manière fixe, et, ce qui est beaucoup plus important, au bout de peu de jours la sonde elle-même s'écaille, devient rugueuse dans toute l'étendue qui touche aux parois du canal, d'où résultent de l'irritation, de la douleur et un écoulement de muco-pus abondant. L'intérieur de la sonde se tapisse d'une croûte calcaire, et son extrémité oculaire se recouvre d'une couche plus ou moins épaisse de la même substance. Bientôt l'urine coule difficilement; le malade se plaint d'une douleur vague ou plutôt d'une sensation de malaise qu'il ne peut définir, mais que produit généralement l'incrustation des sondes. Vient le moment où il faut la retirer; sa sortie par le canal produit une sensation fort pénible, malgré toutes les précautions qu'on peut prendre. Je ne parle pas des cas dans lesquels on en a trop différé l'extraction, et une portion du dépôt calcaire de son extrémité oculaire se détache et reste dans la vessie, où il devient le noyau d'un nouveau calcul. Presque toujours on trouve cette sonde si altérée, si mauvaise qu'on ne peut plus la replacer. Il faut lui en substituer une neuve. Mais que le canal soit déjà fatigué ou que la sonde n'ait pas encore pris sa courbure, la sensation de malaise continue, l'urine coule moins bien et trop souvent. Il en passe une certaine quantité par la plaie; de là des accidents quelquefois graves et toujours un retard dans la guérison.

Dans le cas que nous venons de citer, M. Civiale a observé avec un soin tout particulier, et avec ce tact exquis que donne une longue expérience, ce qui se passait chez son malade. A peine s'il a remarqué un léger suintement urétral. L'écoulement de l'urine était régulier et sans interruption; le malade ne se plaignait de rien. Le quatrième jour, le chirurgien voulut s'assurer dans quel état était la sonde; elle ne présentait ni à l'intérieur, ni extérieurement, aucune trace du contact de l'urine, aucune rugosité, aucune incrustation. Elle fut essuyée, graissée, et réintroduite immédiatement sans que le malade manifestât la moindre douleur. On l'a laissée en place jusqu'au 17, c'est-à-dire jusqu'au quatorzième jour de l'opération. L'extraction en fut aussi facile et aussi peu douloureuse que la première fois. Elle était partout lisse, unie à l'intérieur comme à l'extérieur, et sans aucune trace de dépôt; on eût dit qu'elle n'avait pas servi. Toutefois, sa présence dans l'urètre commençait à devenir pénible, ce qui a presque constamment lieu à une certaine époque de ces traitements, et c'est pour ce motif que M. Civiale la retira. Dans la pensée qu'une sonde plus petite serait mieux supportée, il en plaça une en gomme élastique, mais elle fatiguait de même; il fallut l'enlever le deuxième jour, et déjà elle était écaillée, altérée, rugueuse. Ainsi l'expérience a été complète; chez le même malade, on a pu juger de la différence dans le résultat.

Assurément on ne saurait se prononcer d'après ce seul fait ni d'après quelques autres essais moins décisifs; mais la conclusion qu'on peut tirer en toute confiance, c'est que les nouvelles sondes et bougies peuvent être utilement employées, soit comme moyen de dilatation du canal, soit pour donner issue à l'urine dans les maladies de la vessie, ou après la taille hypogastrique.

A compter du dix-neuvième jour de l'opération, le malade n'a plus conservé de sonde, l'urine sortait déjà par les voies naturelles. Toutefois, pour soustraire la vessie à des efforts qui auraient pu la fatiguer, M. Civiale conseilla au malade de s'introduire lui-même, toutes les deux heures, une sonde flexible, à courbure fixe; ce qui a parfaitement réussi. Cette précaution était nécessaire, car on a vu quelquefois la plaie hypogastrique se rouvrir sous l'influence des contractions vésicales, et l'urine reprendre cette voie anormale, dont il n'est pas toujours facile d'obtenir l'oblitération. On connaît, en effet, quelques exemples de fistules urinaires hypogastriques fort opiniâtres.

En praticien exercé, M. Civiale a su prévenir tous les accidents et écarter tous les obstacles. Le malade, de son côté, se trouvait dans des conditions favorables; aussi, ne pourrait-on pas citer un succès plus prompt, plus complet, plus satisfaisant sous tous les rapports, chez un malade âgé, ayant une aussi grosse pierre.

Hémorrhagies utérines. — A propos des observations et des remarques qui ont été publiées il y a quelque temps dans ce journal sur l'hémorrhagie utérine, M. le docteur Clément Ollivier (d'Angers) nous a communiqué un fait intéressant, que nous n'avons encore pu mettre sous les yeux de nos lecteurs. Notre honorable confrère, après avoir rappelé qu'au point où en est la science, les hémorrhagies utérines ne doivent être considérées que comme des phénomènes symptômes, et que pour les traiter convenablement, il faut traiter l'affection primitive dont elles sont la conséquence, expose ainsi le fait en question.

Engorgement hémorrhagique datant de dix-huit mois. Insuccès du seigle ergoté. Guérison par les réfrigérants et les émissions sanguines directes. — Mme Rousseau, 4, rue des Quatre-Fils, d'une taille petite, délicate, ayant eu trois enfants, âgée de trente-cinq ans, était affectée il y a trois ans environ de flueurs blanches dont elle fut soulagée, dit-elle, par la cautérisation vaginale.

Quelque temps après, ayant éprouvé un retard de six semaines, son médecin, pensant qu'elle n'était pas enceinte, lui administra des ferrugineux d'abord, puis ensuite des pilules composées d'aloès et de sabine, qui amenèrent une perte considérable, mais sans déterminer l'avortement, ce qui, à ce point de vue, est fort remarquable.

Cependant la grossesse suivit son cours; mais pendant tout le temps la malade éprouva un petit suintement sanguinolent, et le ventre se développa d'une manière prodigieuse. L'enfant vint fortement constitué. L'accouchement fut suivi d'une perte considérable qui retint la malade au lit pendant deux mois. Pendant tout ce temps, et depuis, Mme Rousseau ressentit sur le siége et à l'hypogastre une douleur occasionnée par une tumeur non douloureuse.

La malade fut trois mois sans avoir ses règles; mais au bout de ce temps survint une perte abondante, et depuis cette époque les règles ont été constamment suivies de pertes plus ou moins fortes, après lesquelles le col utérin laisse suinter un liquide sanguinolent jusqu'au retour de l'époque menstruelle suivante.

Mme Rousseau était depuis dix-huit mois sous l'influence de ces pertes, dont l'exacerbation était périodique, lorsque je fus appelé près d'elle. Je trouvai la malade dans un état d'émaciation extrême; depuis dix jours, elle ne pouvait faire un mouvement dans son lit sans que le sang ne parût en abondance; le pouls était petit, sans vitesse. Le col utérin, laissant suinter en abondance un sang noir dont les caillots remplissent le bassin, est de la grosseur d'une forte noix, formant une saillie à bourrelet circulaire; le fond de la matrice, repoussé dans le bassin par une masse de matières fécales accumulées depuis dix jours dans la fosse iliaque gauche, remplit entièrement cette excavation, et affecte une position transversale. Du reste, l'organe est dur, mais non douloureux, ne portant aucune empreinte d'altération morbide autre que l'engorgement. (Eau de Sedlitz; seigle ergoté, 2 grammes; maniluves sinapisés; cataplasmes sinapisés aux lombes et aux bras.) — Le seigle ergoté n'ayant pas été pris convenablement, ou bien ayant agi comme excitant, le sang, d'abord arrêté, reparut avec une abondance qui pouvait compromettre fortement la vie de la malade. Le seigle ergoté devenu inefficace sur un organe arrivé à l'état d'hépatisation, et tous les révulsifs les plus énergiques ayant échoué, mon embarras fut grand. Enfin je songeai aux réfrigérants, avec l'intention de les employer en permanence pour éviter une réaction. Une vessie remplie de glace fut en conséquence apposée sur l'hypogastre; le sang, d'abord arrêté, reparut au bout de deux jours, et continua de paraître avec une certaine abondance jusqu'au sixième jour. En conséquence, j'eus recours aux irrigations d'eau froide trois fois par jour, au moyen d'un siphon porté jusqu'au fond du vagin. Ces deux moyens réunis, la vessie remplie de glace et les irrigations, furent maintenus pendant près d'un mois. A ce moment, il me fut permis de terminer cette médication par les émissions sanguines directes.

Toutefois, chez cette dame, le flux menstruel paraissait toujours d'une manière immodérée. Je fus obligé pendant plus de six mois, sitôt l'apparition des règles, d'avoir recours à l'apposition des réfrigérants sur la région utérine pour combattre leur flux trop abondant, et, par ce moyen, je parvins à les rétablir d'une manière convenable.

HOPITAL DU MIDI. — M. VIDAL.

Serres-fines. Leur application à la plaie provenant de l'opération du phimosis, et à la réunion des autres plaies.

Par M. LAVILLE, interne du service.

Depuis quelques mois déjà M. Vidal emploie, pour la réunion de la petite plaie qui résulte de l'opération du phimosis, de petits instruments auxquels il a donné le nom de *serres-fines*, qui peuvent produire une réunion d'une promptitude telle, que souvent, au bout de vingt-quatre heures, il reste à peine des traces de l'opération.

Ces serres-fines ne sont autre chose que des pinces très légères, exécutées d'abord par M. Charrière, sur le principe de celles dites à pression continue, présentant, au lieu de mors, deux petites pointes aiguës dirigées l'une vers l'autre. Au moyen de ces serres-fines, les deux lèvres de la plaie sont rapprochées sans qu'aucun corps étranger se trouve entre elles, comme cela est inévitable quand on pratique la suture. Aussi, par le nouveau procédé de réunion, le premier suintement plastique qui suit l'affrontement de ces lèvres n'est nullement troublé, et l'agglutination est immédiate. Lorsqu'on parvient à affronter bien exactement les lèvres de la plaie, le résultat est immédiat et constant, et huit heures après l'opération on peut enlever les serres-fines, la plaie est réunie. Dans un cas opéré il y a quinze jours à la campagne, l'impatience et la sensibilité exagérée du malade forcèrent M. Vidal à les enlever une demi-heure après leur application; il se fit une agglutination suffisante pour que la réunion par première intention fût complète au bout de quarante-huit heures. Eût-on obtenu le même résultat si, après l'emploi de la suture, on eût été forcé de l'enlever au bout de ce court espace de temps?

Les premières serres-fines dont se servit M. Vidal, faites en acier, joignaient à l'inconvénient de se rouiller dès la première application celui d'être assez volumineuses, et de ne pouvoir être graduées dans leur ressort. En outre, leurs pointes ne pouvaient être très acérées, sous peine de transpercer la peau, ce qu'il faut précisément éviter. Il en résultait que, quelquefois, par le fait du gonflement, résultat de l'infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-cutané et sous-muqueux, si lâche dans ces parties, une des pointes lâchait prise, la lèvre correspondante de la plaie glissait, et la serre-fine ne saisissait plus que l'autre lèvre; elle devenait donc inutile. Quelquefois enfin elle se détachait complétement.

M. Luër vient de perfectionner ces serres-fines en les confectionnant avec un fil d'argent roulé en spirale par le milieu, entre-croisé ensuite de manière à former un 8 de chiffre dont un anneau s'ouvre et offre deux extrémités, deux pattes à dents de souris. La légèreté de ces serres fines est très grande. On peut, à volonté, avec des fils de même force, avoir un ressort plus fort. Leurs pointes saisissent mieux. Enfin, le nettoyage est facile, et leur altération n'est pas à craindre. M. Luër en a encore fait, d'après l'indication de M. Vidal, à deux et trois pointes écartées l'une de l'autre de quelques millimètres, de telle sorte qu'avec une seule serre-fine on pourra réunir non pas un seul point, mais une étendue linéaire de plus d'un centimètre à la fois.

En faisant connaître ces petits instruments, M. Vidal avait fait pressentir que leur emploi ne se bornerait pas au phimosis. Il vient d'appliquer ce que la théorie indiquait, et le succès le plus complet a répondu à son attente. Après avoir enlevé sur la tempe droite d'un enfant de dix à onze ans une tumeur érectile cutanée, il a employé les serres-fines de M. Luër pour réunir la plaie, qui n'avait pas moins de 3 centimètres d'écartement et 5 ou 6 de long. Cinq serres-fines ont été appliquées. Le soir elles n'avaient pas bougé ; elles furent enlevées par M. Vidal ; les bords de la plaie étaient agglutinés, et deux jours après le petit malade partit guéri pour les environs de Beauvais.

M. Vidal vient d'introduire dans l'opération du phimosis une modification qui favorise encore l'emploi de ces instruments. L'endroit de la plaie le plus difficile à réunir était la partie correspondant au frein. Là, en effet, la muqueuse retenue ne peut facilement se replier sur le prépuce, et il reste un écartement assez considérable qu'il est souvent très difficile de faire disparaître du premier coup. M. Vidal est parvenu à éviter cet inconvénient en laissant subsister un petit pont de peau sur ce point. Il a opéré la semaine dernière un malade en employant cette modification ; il a réussi.

Pour revenir aux différentes applications qu'on peut faire des serres-fines, nous dirons que M. Vidal les propose comme moyen hémostatique. Ainsi, quand, pendant une extirpation du sein, plusieurs artères donnent, il vaut mieux les pincer avec une serre-fine pendant l'achèvement de l'opération que de faire appliquer les doigts des aides, toujours fort embarrassants. Au fond d'une plaie déjà en suppuration et qui donne du sang par une artériole, on peut saisir celle-ci et laisser pendant quelque temps l'instrument dans la plaie. On comprend de quelle utilité pourront être ces petits instruments pour arrêter le sang fourni par les piqûres de sangsues.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Cancer de la lèvre supérieure. — Ablation de la partie malade. — Exemple intéressant de chéiloplastie.

Les recherches intéressantes qui ont été faites récemment sur les cancers des lèvres que le microscope a dit être formés, pour la plupart, par des tumeurs *épithéliales*, donnent un nouvel intérêt à l'observation suivante, qui serait déjà remarquable par le beau succès que la chirurgie autoplastique a obtenu chez ce malade. Nous adressons nos remercîments bien sincères à M. Blondeau, interne distingué des hôpitaux, qui a bien voulu nous adresser cette observation et la faire suivre de quelques réflexions judicieuses.

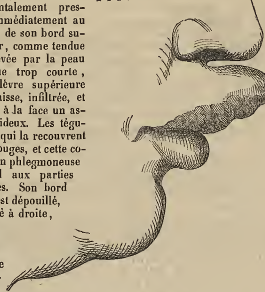
Le 17 août 1849, entrait au n° 31 de la salle Sainte-Vierge, à l'hôpital de la Charité, un homme âgé de quarante-sept ans, fort, trapu, vigoureusement constitué et de tempérament sanguin. Habituellement de bonne santé, il vint à l'hôpital pour se faire débarrasser d'une tumeur qui avait envahi la lèvre supérieure et dont nous allons rapporter l'histoire, après avoir, toutefois, raconté les antécédents qui pourraient éclairer l'étiologie de cette affection.

Or, le père du malade est mort à soixante-treize ans, de vieillesse, dit celui-ci; sa mère succomba à trente-huit ans, de *phthisie*, épuisée par de nombreuses grossesses. En présentant ma question sur diverses faces, je n'ai jamais pu savoir si l'un ou l'autre, si quelque membre de la famille de notre homme avait jamais été sujet à quelque affection qui se rapprochât de la nature de celle à laquelle sans doute nous avons affaire ici ; le malade m'a toujours répondu négativement, de telle sorte que rien ne saurait établir la moindre relation d'hérédité.

La première manifestation de la maladie fut, il y a cinq mois, un *bouton* occupant le bord libre de la lèvre supérieure, vers le tiers droit de ce bord. Une première application de la pierre infernale au début, alors que le bouton était encore peu volumineux, fut suivie, après la chute de la chair, d'une ulcération qui s'agrandissait chaque jour, et dont l'envahissement paraissait plus rapide sous l'influence des cautérisations successivement appliquées. Le mal s'établit ainsi progressivement dans toute l'épaisseur de la lèvre supérieure, qui nous présente aujourd'hui l'aspect et la disposition suivantes :

Son volume, son épaisseur, sa saillie en avant sont deux fois au moins plus considérables que le volume, l'épaisseur et la saillie de la lèvre inférieure, qui d'ailleurs, parfaitement saine, est naturellement épaisse et *lippeuse*.

F. 1.



Proéminant fortement en avant, se recourbant horizontalement presque immédiatement au niveau de son bord supérieur, comme tendue et relevée par la peau devenue trop courte, cette lèvre supérieure est épaisse, infiltrée, et donne à la face un aspect hideux. Les téguments qui la recouvrent sont rouges, et cette coloration phlegmoneuse s'étend aux parties voisines. Son bord libre est dépouillé, excepté à droite, dans une étendue de quelques millimètres, de sa muqueuse détruite par une large et profonde ulcération à fond grisâtre sanieux, saignant avec une extrême facilité, laissant suinter habituellement un liquide saniosopurulent, et, par-dessus tout, exhalant une odeur gangréneuse des plus repoussantes.

Les doigts, en explorant l'épaisseur de ce voile membraneux, constatent une induration générale des tissus, qui dans toute leur épaisseur présentent une consistance lardacée limitée à 2 millimètres en dedans des commissures. Si la pression ne détermine aucune douleur, la région n'en est pas moins le siége d'élancements qui font parfois notablement souffrir. Celui-ci, du reste, se plaint bien plus encore de la gêne qu'il éprouve, résultat de la tension exagérée des téguments.

Au cou et à la région sous-maxillaire, à travers le panicule graisseux, naturellement épais chez cet homme, rendu sans doute plus épais encore par la congestion inflammatoire des tissus, on rencontre des ganglions engorgés, et dont l'engorgement assez notable ne remonterait qu'à trois semaines, si nous en croyons les renseignements très affirmatifs du malade.

Pour éclairer plus complétement encore ce diagnostic, nous avons recherché si quelque précédent syphilitique ne pourrait pas faire préjuger de la nature du mal. Les renseignements fournis par le malade n'ont fait que confirmer ce que les autres antécédents, ce que la marche et les symptômes de la maladie faisaient malheureusement prévoir. Un chancre, il y a vingt ans, qui ne donna lieu à aucun accident consécutif autre qu'un bubon qui fut lui-même bientôt guéri ; depuis, des blennorrhagies plus ou moins intenses, dont la dernière date de quatre ans, et qui ne furent suivies d'aucune éruption, d'aucune manifestation cutanée ou autre : tels sont, en effet, les seuls antécédents vénériens qu'on puisse évoquer. Or ces antécédents, et, comme je le faisais remarquer tout à l'heure, la marche de la maladie, l'aspect de l'ulcération ne rappelant en aucune façon celui des ulcérations syphilitiques, l'engorgement ganglionnaire apparaissant il y a trois semaines seulement, *quatre mois et plus* après l'envahissement du mal, suffisent pour faire rejeter toute idée d'affection syphilitique. C'est donc au microscope à décider maintenant si on a réellement affaire à un cancer, ou bien peut-être à une de ces tumeurs épidermiales si fréquentes en ces régions.

Quoi qu'il en soit de cette alternative, l'indication était pressante. Cancéreuse ou non, il fallait débarrasser de cette tumeur le malade qu'elle tourmentait, tant à cause de la gêne qu'elle apportait dans les fonctions des lèvres qu'à cause de l'incommodité résultant de la présence sur cette importante région d'une tumeur d'aspect et d'odeur repoussants. Aussi, l'opération fut-elle décidée, et le 24 août M. le professeur Velpeau procéda à l'ablation de toute la partie malade.

Comme dans toutes les opérations qui exigent l'intervention de la volonté du patient pour venir en aide au chirurgien, et notamment celles qui se pratiquent à la face, l'emploi du chloroforme devait être rejeté. Le malade étant donc placé sur une chaise et maintenu par des aides en position convenable ; le chirurgien, plongeant un bistouri droit perpendiculairement à la partie supérieure de la lèvre, à quelques lignes en dehors du niveau de la commissure droite, divisa par une première incision toute l'épaisseur de la région jusqu'à son bord libre. Une seconde incision fut ensuite pratiquée du côté opposé, de la même manière et dans le même sens. De cette façon, la lèvre supérieure se trouva circonscrite dans un lambeau quadrilatère dont le côté inférieur était formé par le bord muqueux, le supérieur par le bord adhérent de la région. Après avoir disséqué le bord en arrière de manière à le détacher de la gencive, la lèvre supérieure fut enlevée à l'aide d'une incision horizontale rejoignant les deux verticales. L'orifice antérieur buccal, ainsi largement ouvert, laissait à nu la mâchoire supérieure recouverte seulement un peu de chaque côté par un petit lambeau de la lèvre descendant de chaque côté à deux ou trois millimètres en dedans de chaque commissure. Pour remédier autant que faire se pouvait à cette vaste solution de continuité, M. Velpeau eut recours à la chéiloplastie.

A cet effet, une incision prolongea de chaque côté horizontalement, et dans une étendue de quatre à cinq centimètres, le bord supérieur de la plaie. On obtint de cette sorte deux lambeaux rectangulaires dont le bord supérieur, à vif, se continuait avec le bord supérieur de la plaie; et l'interne, également à vif, correspondait à l'orifice buccal artificiellement agrandi. Le chirurgien put dès lors faire glisser ces deux lambeaux à l'encontre l'un de l'autre, les réunir sur la ligne médiane à l'aide de deux points de suture entortillée, tandis que deux épingles placées de chaque côté de l'incision horizontale réunissaient entre eux à la sous-cloison du nez les bords de cette double incision. Toutefois, on fut obligé de poser des ligatures sur les artères faciales, qui donnaient abondamment.

Deux jours après l'opération, le malade était dans un état très satisfaisant. A l'aide d'un biberon, il avalait des bouillons. L'état des parties malades permettait d'enlever les épingles placées aux deux extrémités de l'incision horizontale.

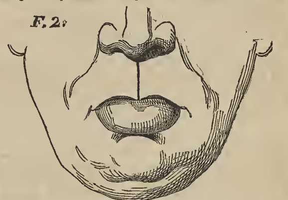
Au sixième jour, le 30 août, la dernière épingle de l'incision verticale était enlevée; la réunion était assez complète pour qu'une simple bandelette de diachylon devînt suffisante pour prévenir le décollement des cicatrices, couvertes encore de croûtes assez épaisses. Cette bandelette fut elle-même inutile après vingt-quatre heures.

Le 4 septembre, le malade se levait depuis deux ou trois jours, mangeait de bon appétit, et avec assez de facilité, deux portions d'aliments solides. Les cicatrices ne sont plus recouvertes que de croûtes peu épaisses. Notons enfin que l'engorgement du ganglion sus-maxillaire que nous avions signalé est sensiblement diminué, sans doute parce que l'engorgement aigu dépendait de l'état inflammatoire aigu de la partie ulcérée, aussi bien que la congestion des tissus ambiants, aujourd'hui nullement tuméfiés.

Les dessins que nous joignons à cette observation donneront une idée de l'état des parties avant et après l'opération.

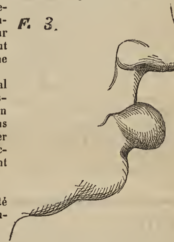
La fig. 1re représente la disposition de la lèvre cancéreuse.

F. 2.



Les fig. 2 et 3 indiquent les résultats de la chéiloplastie. On voit ainsi l'heureux effet de cette opération, qui rend au malade l'usage de ses lèvres, tant pour la préhension des aliments que pour l'émission du son, tout en le débarrassant d'une hideuse difformité.

F. 3.



Le rétrécissement fatal de l'orifice buccal, disparaîtra peu à peu, sinon complétement, du moins suffisamment pour faciliter davantage encore les fonctions dont les lèvres sont chargées.

— Le malade a quitté nos salles le 10 septembre dernier.

Au sujet de cette observation, qu'il me soit permis de faire remarquer que le procédé opératoire adopté à cette occasion par M. le professeur Velpeau rappelle celui mis en usage par M. A. Bérard dans une circonstance à peu près semblable, et dont les détails sont consignés dans un mémoire sur le traitement des cancers de la face, publié par M. Godin dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, janvier 1835.

Dans ce cas le cancer occupait la moitié gauche de la lèvre supérieure, s'étendant vers la joue. Le mal fut également cerné par trois incisions, deux perpendiculaires à la direction de la lèvre, la troisième, horizontale, réunissant les deux premières. Le lambeau fut également emprunté à la joue, avec cette différence qu'à l'incision horizontale prolongée on en joignit une autre parallèle, partant de la commissure des lèvres. Ainsi le lambeau présentait trois bords libres, l'un interne, réuni au bord correspondant du lambeau opposé, l'autre, supérieur, qui fut joint, comme dans notre observation, à la partie correspondante de la joue; le troisième, inférieur, également réuni par des points de suture aux téguments voisins jusqu'au niveau de la commissure labiale, de telle sorte qu'une partie de ce bord inférieur saignant constituait le bord libre de la nouvelle lèvre supérieure.

Le procédé adopté par M. Velpeau modifie, en le simplifiant, le mode opératoire de M. Bérard, rend la cicatrisation des parties plus rapide, tout en assurant un résultat définitif aussi heureux, le rétrécissement consécutif de l'orifice antérieur buccal devant, par suite de l'élasticité naturelle des tissus, devenir sans doute moins prononcé.

Ajoutons enfin que ces deux procédés chéiloplastiques sont des heureuses applications de la méthode de Celse, réservée jusqu'alors aux réparations de la lèvre inférieure.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

Séance du 24 octobre 1849. — Présidence de M. Deguise père.

Tumeur sanguine (varice artérielle) du crâne. Ligature des artères carotides, etc.

La communication faite par M. Maisonneuve dans la dernière séance devait être le sujet d'une discussion dans la séance d'aujourd'hui. Mais une difficulté s'élève à cet égard, à cause de l'absence motivée de M. Maisonneuve. Quelques membres, d'après cette raison, proposent l'ajournement de la

discussion; d'autres, au contraire, demandent qu'elle ait lieu quand même. On fait valoir enfin le motif scientifique qui réserve à l'auteur de l'observation le droit incontestable d'entendre les objections pour y répondre, et on propose l'ajournement de la discussion, ainsi que sa mise à l'ordre du jour dès que M. Maisonneuve sera présent.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.

M. LE SECRÉTAIRE remet au comité de publication le Mémoire de M. Giraldès, que M. Nélaton lui a renvoyé sur l'*Anatomie chirurgicale de la glande mammaire.*

Grenouillette.

M. le docteur A. FORGET adresse une lettre de candidature à la Société de chirurgie, et une note de ses titres scientifiques. Il lit ensuite un travail intitulé :

Mémoire sur l'origine, la nature et le siége de la grenouillette. Traitement de cette maladie par le procédé stomatoplastique de M. Jobert, modifié. Observations qui en démontrent l'efficacité.

Une commission, composée de MM. Michon, Cullerier et Danyau, examinera ce travail et en rendra compte à la Société.

Contagion médiate de la syphilis.

M. CULLERIER lit un mémoire auquel il donne pour titre : *Note sur quelques points de la contagion médiate de la syphilis.* Voici l'analyse succincte de ce travail, telle que l'auteur a bien voulu nous la donner pour le procès-verbal.

M. Cullerier a examiné la possibilité de la contagion médiate de la syphilis, soit par l'intermédiaire du vagin, soit au moyen de corps inertes. De là deux questions.

Pour la première, après avoir rappelé l'opinion d'un certain nombre de syphiligraphes anciens et modernes, M. Cullerier fait connaître deux observations dans lesquelles des femmes qui n'avaient aucune sécrétion virulente dans les parties génitales, mais qui étaient affectées d'ulcérations chancreuses dans les aines, ont pu garder dans le vagin, l'une pendant plus d'une demi-heure, l'autre pendant une heure entière du pus virulent provenant de ces ulcérations, lequel pus, repris ensuite et inoculé à la lancette sur les mêmes malades, a produit la pustule caractéristique, sans qu'il ait déterminé la moindre altération sur la muqueuse vaginale ou sur le col utérin.

Pour la seconde question, M. Cullerier a rappelé que M. Ricord a obtenu des résultats d'inoculation positive avec du pus virulent conservé entre deux verres, comme on conserve le vaccin, et il a rapporté un cas dans lequel du pus chancreux laissé pendant quarante-huit heures au contact de l'air n'avait pas perdu sa virulence.

M. Cullerier a tiré de ces expériences quelques conséquences sur l'étiologie et sur la prophylaxie de la vérole, ainsi que sur la suspicion dans laquelle on doit tenir bon nombre d'observations données comme preuves de la contagion de la syphilis constitutionnelle.

M. HUGUIER demande à M. Cullerier si, avant de transporter le virus d'un point à un autre, il avait fait une inoculation préalable.

M. CULLERIER répond que c'est la première chose qu'il ait faite.

M. HUGUIER partage l'opinion de son collègue ; « mais ne pourrait-on expliquer, dit-il, l'effet de l'inoculation, en se demandant si le malade n'était pas sous l'influence du virus ? »

M. CULLERIER fait observer que, la première inoculation ayant été insuffisante, la seconde est concluante.

M. HUGUIER, en reconnaissant l'intérêt qu'offrent ces expériences, pense que deux faits ne sauraient suffire à la démonstration, et il en voudrait d'autres encore.

M. CULLERIER s'est contenté de ces deux cas-là, par crainte de déterminer un chancre dans la profondeur du vagin.

M. HUGUIER considère cette crainte comme exagérée ; les chancres du vagin peuvent toujours, selon lui, être arrêtés, et il pense que M. Cullerier y réussit certainement de même.

Quant aux faits d'inoculation médiate, il a vu des cas analogues dont l'immoralité serait difficile à raconter dans tout autre langage que dans celui de la science. Il voudrait même qu'il n'en fût pas question au procès-verbal.

Mais quelques membres, et notamment M. Vidal, réclament la communication de ces faits comme pouvant offrir un intérêt pratique.

M. HUGUIER rappelle que les ulcères syphilitiques, chez l'un et l'autre sexe, se développent souvent sur des parties mises en contact anormal avec les organes malades. Il a donné des soins à la femme de chambre d'une dame créole qui avait communiqué à cette fille un ulcère lingual par contact vulvaire, et il a rencontré d'autres cas de contamination semblable. Il a vu une femme dont la région vulvo-périnéale était couverte de tubercules muqueux, et qui transmit cette affection à sa petite fille par l'intermédiaire d'une éponge de toilette.

C'est particulièrement chez la femme que les affections de ce genre se rencontrent à la bouche, au sein, à l'aisselle, à l'ombilic, à l'aine, à l'anus, lorsque des rapports contre nature en sont la cause directe ; et les exemples de cette dépravation humaine ne sont que trop nombreux. C'est, d'autres fois, par le contact d'un doigt ou même d'un orteil excorié avec les organes sexuels affectés de chancres que se transmet directement l'affection syphilitique. M. Huguier a vu huit ou dix femmes ayant aux doigts des ulcères vénériens qui résultaient de pareils attouchements. Il en a observé un exemple singulier comme acte de libertinage chez un homme qui, par un contact du gros orteil du pied droit avec les organes malades d'une femme infectée, contracta sur cet orteil un chancre suivi d'inflammation des ganglions inguinaux. Dans ce cas-là, il avait suffi du contact de la matière virulente, sans excoriation de la peau, pour produire l'ulcère caractéristique.

Les syphiliographes rapportent des faits analogues.

M. Huguier raconte encore deux ou trois exemples de transmission anormale du virus vénérien.

M. LARREY cite celui d'un petit garçon de cinq ou six ans, auquel il a donné des soins pour une blennorrhagie urétrale à l'hôpital des Cliniques (lorsqu'il y suppléait M. le professeur J. Cloquet). Or, cet enfant avait été soumis à un contact impur par l'une de ses parentes.

Mais M. le secrétaire ne croit ni convenable ni utile de reproduire dans le procès-verbal les détails indicibles ou les circonstances honteuses qui se rapportent aux différents faits de cette nature, et qui du reste s'écartent aussi de la question première, ou de la contagion médiate.

M. GOSSELIN propose de renvoyer le travail de M. Cullerier au comité de publication pour le réserver aux mémoires de la Société.

Cette proposition est adoptée.

Serres-fines pour la réunion des petites plaies.

M. VIDAL (de Cassis) présente à la fin de la séance un nouveau modèle des petites pinces-érignes qu'il appelle *serres-fines.* Celles-ci, façonnées par M. Luër, sont très délicates et faciles à manier. M. Vidal, qui n'en avait fait l'application qu'à l'opération du phimosis par circoncision, en a étendu l'emploi à d'autres cas. C'est ainsi qu'à l'aide de ce moyen il a pu réunir la peau divisée pour l'ablation d'une tumeur érectile de la tempe. Il en recommande l'essai à ses collègues.

M. LARREY rappelle à M. Vidal qu'il a essayé aussi ses pinces-érignes pour réunir une plaie contuse de la lèvre inférieure et une plaie par incision d'un kyste du cou ; mais il pense que ce moyen adhésif est seulement applicable, par sa ténuité même, à des solutions de continuité assez étroites et peu profondes.

— La séance est levée à cinq heures un quart. H. L.

NOUVELLES.

Pendant que l'état sanitaire continue à se maintenir dans les meilleures conditions, l'épidémie continue à faire quelques victimes dans les environs de Paris. La commune de Sèvres a encore perdu 21 habitants dans les quatre derniers jours de la semaine passée. Depuis deux jours la mortalité cholérique y a heureusement cessé.

— M. Dehast, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, est désigné pour celui de Belfort.

M. Clever, chirurgien-major de 1re classe au 52e de ligne, est désigné pour le 14e d'artillerie.

M. Bertherand, chirurgien-major de 2e classe, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, est promu chirurgien-major de 1re classe, professeur au même hôpital.

M. Clerambourt, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Belle-Isle-en-Mer, est désigné pour l'hôpital de Marseille.

M. Parisy, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Belle-Isle-en-Mer, est désigné pour l'hôpital de Marseille.

M. Janin, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Perpignan, est désigné pour la succursale des Invalides, à Avignon.

HUILES D'AIX. Un de nos confrères, M. le docteur Rondard, propriétaire à Craus, arrondissement d'Aix (Bouches-du-Rhône), dans le but de soustraire aux fraudes incroyables dont elles sont l'objet les excellentes huiles de son pays, vient de former un établissement commercial pour fournir à tous ses confrères leur provision de cette précieuse denrée.

Ceux qui voudront bien s'adresser à lui seront assurés de recevoir de l'huile de la prochaine récolte en première qualité et pure de tout mélange.

Le prix approximatif sera de 1 fr. 70 c. à 2 fr. le kilog., frais de baril et d'expédition compris. — Il peut envoyer également des olives dites à la *picholine.*

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 13 NOVEMBRE 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 132.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 11 NOVEMBRE 1849.

Discussion sur les engorgements et les déviations de l'utérus.

INFLEXIONS. — Demain sans doute se terminera la discussion sur les maladies de l'utérus. Avant d'en parler pour la dernière fois, nous croyons utile d'ajouter à nos précédentes remarques quelques réflexions sur les inflexions, genre de lésions encore fort peu connues, que nous avons dit être fort rares, et que des dessins présentés par M. Velpeau, ainsi que des pièces apportées à la dernière séance de l'Académie de Médecine par M. Huguier, ont mises hors de toute contestation.

Toutefois, si l'on ne peut révoquer en doute les rétroflexions et les antéflexions, si l'on ne peut surtout les déclarer impossibles, ainsi que M. Moreau a eu le malheur de le faire au moment où un de ses collègues en possédait dans sa poche un exemple remarquable, il est important de ne pas se borner à les constater, et d'entrer dans quelques détails sur leur mode de développement.

Pour qui ne considère dans l'inflexion, quel qu'en soit le sens, qu'une lésion purement physique, il doit, comme à M. Moreau, sembler que cette lésion est à peu près impossible. On ne comprend pas trop, en effet, quelle force pourrait, dans le bassin, ployer en deux un organe tel que l'utérus, dont le plus grand diamètre l'emporte très peu sur le plus petit; autant vaudrait admettre, pour ainsi dire, qu'on peut ployer en deux un œuf ou une sphère. Il est évident qu'à ce point de vue l'inflexion paraît, sinon impossible, au moins extrêmement difficile à déterminer, et l'on ne parviendrait certainement à la produire qu'avec une extrême difficulté si l'on tenait dans sa main l'organe lui-même.

Que si l'on suppose, au contraire, qu'un engorgement, qu'une tumeur quelconque vienne se développer sur une face ou sur un des côtés de l'utérus, l'autre restant dans son état naturel, on comprend très bien que le côté tuméfié prenne un développement excentrique et forme par conséquent un angle saillant dans un sens, entraînant avec lui le côté opposé, qui forme alors un angle rentrant. C'est ici un travail organique, un travail de nutrition, et nullement une action mécanique qui s'opère.

Le mécanisme des inflexions n'a pas seulement l'intérêt d'une pure théorie, la pratique s'y rattache au contraire d'une manière intime. En effet, faute de songer à ce mécanisme, on est tout naturellement conduit à penser que les inflexions sont des lésions purement physiques qu'il faut combattre par des agents de même nature, tandis qu'il en est tout autrement, et que c'est presque toujours, sinon toujours, par des moyens physiologiques qu'on peut seulement espérer d'en triompher.

Les deux exemples d'inflexion apportés à la séance par M. Huguier viennent parfaitement corroborer la théorie éminemment pratique que nous présentons ici : dans l'un des cas, il s'agissait d'un de ces vices de conformation signalés avec tant de raison par M. Jobert, et contre lesquels toute tentative thérapeutique ne peut avoir que de fâcheux résultats; dans l'autre, il s'agissait d'un engorgement de la paroi postérieure de l'utérus, engorgement qui, en se développant, avait repoussé en avant les deux bords du col de manière à couder, à infléchir en avant le museau de tanche sur le col. Mais il était évident que, pour guérir cette inflexion, il aurait fallu surtout sinon exclusivement traiter l'engorgement, et, qu'en obtenant la résolution du gonflement de la paroi postérieure, on aurait obtenu le redressement du col; il était non moins évident que, ce gonflement persistant, on aurait en vain tenté par des moyens mécaniques d'arriver au même résultat : on n'aurait pu que tourmenter tout au moins la malade.

Les praticiens étendront facilement le cercle de ces considérations pratiques auxquelles nous nous bornons pour aujourd'hui, et desquelles il résulte déjà que, même dans les cas d'inflexion que l'on voudrait à tort substituer à l'engorgement, c'est encore cet état qu'il faut presque toujours traiter, car c'est lui qui est la maladie, et c'est l'inflexion qui est l'accident.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. GIBERT.

Observations et réflexions sur trois cas remarquables de syphilis secondaire.

OBS I. — *Syphilide papuleuse herpétiforme survenue à longue distance de la syphilis primitive.*

Le 23 juillet 1849, le nommé Brunswick, âgé de quarante-six ans, est entré dans le service de M. Gibert, salle Saint-Charles, n° 62, pour y être traité d'une syphilide papuleuse avec plaques muqueuses à la marge de l'anus. Il y a quatorze ans, étant aux petites Antilles, où il servait en qualité de soldat d'infanterie de marine, il fut pris d'une blennorrhagie très intense à la suite d'un coït impur avec une négresse, avec chancres à la base de la verge. Entré d'abord à l'infirmerie militaire du corps où il servait, il n'y resta que huit jours, ayant obtenu son entrée à l'hôpital Saint-Louis, Basse-Terre, capitale de la Guadeloupe.

Là, on lui fit prendre, dit-il, du tannin, des boissons nitrées, puis du baume de copahu, dont le goût était tempéré par un liqueur du pays dont il ne connaît pas le nom. On ne lui ordonna ce médicament qu'à la fin du traitement, quand l'écoulement était bien apaisé et les chancres presque effacés par les cautérisations à l'aide du nitrate d'argent.

Il ne prit de copahu que pendant deux ou trois jours, deux cuillerées par jour, une le matin et une le soir. Le malade resta trois semaines environ à l'hôpital de la Basse-Terre, ce qui, joint aux huit jours passés précédemment à l'infirmerie de son corps, fait un mois de traitement pour la guérison radicale. Depuis ces premiers symptômes, le malade dit n'avoir eu aucune nouvelle blennorrhagie; d'ailleurs, ayant obtenu son congé, il rentra en France il y a six ans, se maria, et mena depuis une vie régulière.

Etat actuel du malade. — Le malade a des papules groupées en assez grand nombre sur la région droite du front, et s'étendant aussi sur le cuir chevelu. Ces papules, par le cercle cuivré et livide qui les entoure, à part les antécédents du malade, trahissent bien leur nature syphilitique. Les unes ont la forme ronde, ovale; d'autres, en se groupant, représentent un demi-cercle. Au sommet de quelques-unes, que le malade aura probablement escoriées, se trouve une croûte jaunâtre.

A la base de la verge, on remarque une trace de cicatricule un peu indurée.

A la marge de l'anus, on voit plusieurs tubercules plats, ce sont des plaques d'une rouge obscur cuivré, exhalant une odeur fétide produite par la sérosité roussâtre qui suinte de leur surface.

Le malade porte en outre une hernie inguinale droite, qui se manifesta subitement à lui il y a quinze ans, dit-il, à la suite d'un accès violent de toux. Il est probable que la hernie préexistait à ces efforts de toux, et qu'ils n'auront fait que de la rendre apparente. D'ailleurs, le malade, ayant, depuis son retour en France, embrassé la profession de peintre, est obligé

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

EXPLICATIONS.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Je me suis plu à penser que, même sous le règne de l'harmonie universelle, la science conserverait ses droits, et je vous ai transmis ma pensée dans mon dernier *Courrier*. Je m'aperçois que, sous le règne des vieilles idées, on ne saurait penser de même des droits du feuilleton : grâce à la fête de la Faculté, ces droits ont été sacrifiés sans pitié. Le feuilleton heureusement est meilleur enfant qu'on ne pense, et il ne songe nullement à se plaindre; il est seulement fâché que l'occasion ait tant tardé pour lui de répondre à un de ses honorables correspondants qui lui a écrit la lettre suivante :

« Monsieur et honoré confrère,

» Je viens de lire votre *Courrier médical* d'aujourd'hui... il est fort spirituel, je l'accorde; il est même fort jovial, je le conteste encore moins; mais est-il clair? Voilà qui est plus que douteux, pour mon esprit du moins. — A qui la faute? A mon sens intellectuel ou à votre goût pour le sarcasme et la plaisanterie, lequel n'a souci que de rire sans instruire et ne tient compte, en ses ébats, de ce qui est vrai ou controuvé, sérieux ou ridicule? Je ne sais; mais ce qu'il y a de vrai, c'est que votre lecteur n'en sait pas plus après qu'avant lire.

» En résumé, le fait sur lequel vous devisez avec tant de gentillesse est-il ou n'est-il pas vrai? C'est là ce qu'il importe de savoir; car que me font, à moi, vos égaudissements, si agréablement qu'ils soient tournés? — J'aime aussi à rire en passant, et pour cela je lis le *Charivari*; mais c'est pour m'instruire que je me suis abonné à un journal de médecine. Or, ici je ne suis nullement instruit. Il y a plus, comme d'ordinaire un homme — probablement sérieux, comme un médecin journaliste — ne tourne en ridicule les faits ou les gens que quand il sait, de science certaine, les faits controuvés, vus bêtement ou crus sottement, et que quand, de science non moins certaine, il a jugé les gens sottement crédules, niaisement observateurs ou effrontément conteurs, il résulte de votre *Courrier* que vos lecteurs, s'ils s'en rapportent au ton de votre feuilleton, devront avoir de M. le docteur Ravot la plus pitoyable idée. — Cependant, que si, par contre, M. Ravot, médecin, lui aussi, a *vu*, de ses yeux *vu*, ce qui s'appelle *vu*, le fait que — notez-bien — il publie dans le journal de sa localité, en face de ses amis, de ses clients, de ses confrères, sans crainte d'un écrasant démenti, quels droits ne lui donnez-vous pas contre vous, monsieur et honoré confrère, non pas devant les tribunaux — je n'en sais rien — mais devant le jugement de vos abonnés?

» Je ne sais mot ni de M. Ravot, ni de l'affaire en question, et ma lettre n'a d'autre but que de vous engager, monsieur, à vous expliquer *sérieusement* sur le fait de la queue que vous appelez très spirituellement l'organe anti-cyclopéen; car enfin, je suis, comme tous vos lecteurs, placé entre M. Ravot dont nul n'a droit de préjuger la sottise et qui est, comme nous, revêtu d'un caractère honorable, et vous, monsieur, dont les plaisanteries impliquent au moins le doute..... que dis-je, le doute?.... une dénégation déguisée sous la forme sarcastique, la pire de toutes les dénégations.

» J'attendrai donc que vous vous soyez expliqué pour vous juger ou juger M. le docteur Ravot.

» Agréez, je vous prie, l'assurance des sentiments distingués d'un de vos abonnés, et permettez que je ne signe pas ma lettre; j'ai une peur affreuse de l'esprit caustique, ironique, sarcastique qui se joue des personnes.

» 29 octobre 1849. »

Je commencerai par regretter que mon honorable correspondant ait cru devoir garder l'anonyme, surtout pour un motif aussi peu fondé que celui qu'il invoque. En supposant que la malignité du feuilleton fût réellement à craindre, ce que je suis loin d'admettre, elle ne pourrait l'être certainement pour un esprit aussi délié que celui de mon aimable correspondant. Je ne ferai néanmoins aucune difficulté de répondre aux questions de mon spirituel anonyme.

Si j'ai bien compris le sens de ces questions, elles peuvent se résumer en celle-ci : Le merveilleux phénomène annoncé par M. Ravot, D.-M.-P., est-il ou n'est-il pas vrai?

A une telle question je suis, je l'avoue, assez embarrassé pour répondre. Quand un confrère annonce un fait d'une constatation aussi facile que celui dont M. Ravot a fait retentir la presse; bien plus, quand ce confrère décrit les particularités minutieuses de ce fait prodigieux, il ne vient pas à l'esprit du feuilleton, comme à celui de mon sceptique correspondant, de se demander si ce confrère est un niais ou un imposteur : voilà des questions que le feuilleton ne se permettra jamais vis-à-vis d'un confrère, encore moins à l'égard de M. Ravot, qui doit être tout particulièrement cher au feuilleton. Lorsque la grande nouvelle a fait vibrer sa membrane tympanique, le feuilleton n'avait qu'une chose à faire, c'était d'admirer; c'est ce qu'il a fait, à sa manière; il ne prétend point que cette manière soit celle de tout le monde, ni même qu'elle soit la meilleure; mais le feuilleton n'a pas plus la prétention de corriger les autres qu'il n'a l'espoir de devenir lui-même une perfection; il faut que ses lecteurs aient assez d'indulgence pour le prendre avec ses petites qualités et ses grands défauts.

En résumé, le feuilleton a dit sur l'illustre docteur Ravot tout ce qu'il savait et rien que ce qu'il savait; il a posé à ce célèbre confrère quelques timides questions sur des points litigieux et qui lui paraissaient importants. Lui en demander davantage, c'est exiger de lui ce à quoi nul mortel n'est tenu, et le feuilleton, hélas! n'est que trop mortel, si même il n'est mort-né.

Il est une autre question à laquelle le feuilleton est bien aise de répondre une fois pour toutes, et qu'il remercie sincèrement son bienveillant correspondant de lui avoir posée.

« Quand je veux rire, dit mon honorable anonyme, je lis le *Charivari*; et quand je m'abonne à un journal de médecine, c'est pour m'instruire. » On ne saurait ni mieux penser ni mieux dire. Mais que mon honorable confrère veuille bien suivre ce petit calcul : la *Gazette des Hôpitaux* publie par semaine 33 colonnes d'impression bien serrées et contenant plus de matière qu'aucune autre publication analogue. Sur ces 33 colonnes, 28 sont consacrées à la science et 5 au feuilleton. Mon confrère aurait la cruauté de penser que ce soit encore trop, et que le feuilleton, qui s'est fait déjà si petit, doive se faire plus petit encore, et se transformer en savantasse pédagogue? Le feuilleton sait qu'il y a des exemples de pareilles transformations; mais, franchement, il n'est pas disposé à suivre ces exemples; sa nature est de causer, de rire quand il le peut, et de n'instruire jamais. Il n'a pas la moindre envie de changer d'allure, et s'il déplaisait à un grand nombre de ses lecteurs, il mourrait, mais n'apostasierait pas.

X...

de monter, descendre des échelles, et plusieurs fois même il avoue être tombé d'assez haut.

Traitement. — Sirop de deuto-iodure ioduré, une cuillerée matin et soir; onctions sur les tubercules plats de l'anus avec la pommade au proto-iodure de mercure (1) ; bains sulfureux.

La guérison était complète le 19 août, après vingt-cinq jours seulement de traitement.

Obs. II. — *Syphilide papuleuse. Bubon d'emblée.*

Gernier, trente-neuf ans, garçon marchand de vin, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Charles, n° 51. Il est atteint d'une syphilide papuleuse, dont les élevures cuivrées, sèches, arrondies, un peu moins que lenticulaires, en un mot d'un aspect bien caractéristique, couvrent littéralement toute la surface du corps. Cette éruption date d'environ six semaines, et fut précédée quelques jours avant son apparition de malaise, de courbature, de quelques symptômes généraux. Ce malade, assez grand coureur de femmes, n'a, dit-il, jamais eu de *chancres*. Il n'y a pas en effet de cicatrices. Il fut plusieurs fois affecté de *blennorrhagie*, une première fois en 1830, une autre fois il y a un an environ. Toutes deux disparurent sans laisser de traces. La dernière avait disparu depuis cinq mois environ; il ne restait pas le moindre écoulement, et Gernier continuait à courir les femmes, quand il vit se développer dans l'aine droite un bubon qui acquit bientôt un volume considérable. Il n'avait point d'écorchures sur le membre inférieur correspondant, ni sur la fesse droite, ni sur le côté droit et inférieur de la peau du ventre. Malgré l'application de cataplasmes, son bubon augmentait toujours. Il se décida alors à se présenter à la consultation de l'hôpital du Midi. Là, on lui ouvrit son bubon, et on lui prescrivit un médicament liquide assez mauvais, qu'il n'employa qu'un ou deux jours. Les cataplasmes étaient continués. Le bubon se ferma rapidement. Trois ou quatre mois se passèrent sans accident nouveau. Après ce temps, la gorge commença à lui faire mal; il eut de la peine à avaler. C'était le commencement de l'ulcération qu'il porte aujourd'hui sur les deux amygdales. Le mal de gorge durait depuis une quinzaine de jours, quand un symptôme nouveau vint compliquer le premier accident vénérien : je veux parler de l'éruption syphilitique, dont les papules, de coloration terne, obscure, couvrent toute l'étendue du corps. Reçu pour cela à l'hôpital Saint-Antoine, il y resta quinze jours, pendant lesquels on lui fit prendre des potions sudorifiques, des pilules, un gargarisme. On lui fit entendre qu'il valait mieux pour lui se faire traiter à l'hôpital Saint-Louis. Il s'y présente, et on l'y reçoit le 31 juillet 1848. La couleur de l'éruption, son indolence, sa disposition, la coexistence des ulcérations des amygdales, ne laissent aucun doute sur sa nature. Il n'y a pas d'autres symptômes concomitants. Le sujet a l'air fatigué, souffrant; son appétit est languissant; le jour, s'il marche, les membres lui font mal. C'est sans doute seulement de la fatigue, car il n'en souffre pas quand il est dans son lit. M. Gibert lui prescrit le sirop de deuto-iodure ioduré, à la dose d'une cuillerée par jour, un gargarisme alumineux et des bains sulfureux. La résolution s'opère rapidement, et le malade, en apparence guéri, veut sortir, malgré toutes les observations qu'on croit devoir lui faire, le 27 août suivant, après vingt-six jours seulement de traitement.

Obs. III. — *Syphilide tuberculeuse.* (Ulcération mercurielle et salivation effroyable.) *Blennorrhagie seulement plusieurs années avant la syphilide.*

Mercier, âgé de quarante-huit ans, voyageur du commerce, entre à l'hôpital Saint-Louis le 11 décembre 1848, salle Saint-Charles, n° 53. Il est marié, petit, de complexion faible et chétive; teint pâle et altéré, système musculaire mou et peu développé. Jamais il n'a eu de *chancres*, jamais de *bubons* ni de tubercules plats de l'anus ou des parties génitales, qui pourraient avoir été le point de départ de sa maladie. Il eut seulement deux blennorrhagies: une il y a quinze ou dix-huit ans, qui lui dura seulement cinq ou six jours, et qui céda à la tisane de graine de lin et au petit-lait pris en boisson; la deuxième, il y a sept ou huit ans, dura trois ou quatre semaines, et fut guérie par les tisanes et les injections qui lui furent conseillées; il ne s'en rappelle pas la nature. Ces deux écoulements n'avaient encore été suivis d'aucun accident, quand, il y a deux ans, il fut pris, sans fièvre, sans symptômes généraux, d'une éruption croûteuse du front et du cuir chevelu, pour laquelle il alla réclamer les conseils de M. Gibert, qui, jugeant l'éruption de nature syphilitique, le mit au sirop de deuto-iodure ioduré. Mercier suivit ce traitement régulièrement pendant un mois. Sa maladie s'était singulièrement améliorée, lorsque, ses occupations venant à l'appeler hors Paris, il suspendit son traitement. Malgré cela, sa maladie ne revint pas de dix-huit mois. Il croyait sa guérison complète, quand, il y a environ quatre ou cinq mois, le même mal lui revint à peu près aux mêmes parties qu'il avait frappées d'abord. Plusieurs mois se passèrent sans qu'il s'occupât de lui; enfin il se décida à aller consulter un médecin ; mais cette fois ce ne fut plus M. Gibert. Le médecin prescrivit des tisanes rafraîchissantes et trente pilules, dont le malade devait prendre une chaque jour. C'était probablement du calomel ou quelque autre préparation mercurielle. (L'ordonnance qu'il reproduit quelques jours après porte : Faire trente pilules avec 1 gr. 50 de proto-iodure de mercure.) Il n'en avait pris encore que dix, lorsque ses gencives se gonflèrent, ses dents devinrent douloureuses, etc. Tourmenté de tout cela, il vient se présenter à l'hôpital Saint-Louis, et il y est admis le 11 décembre 1848. Voici l'état dans lequel on le trouve à son entrée : le front et le cuir chevelu présentent çà et là ces croûtes larges, sèches, grisâtres, adhérentes, qui appartiennent aux éruptions syphilitiques. Sur le côté gauche du front une cicatrice terne, violacée, indique une atteinte ancienne du mal. Deux tubercules syphilitiques, ulcérés, de couleur obscure et du volume d'une petite noisette, se remarquent sur le côté gauche du cou. La cavité buccale surtout est gravement prise; la langue est sale, rouge, gonflée, embarrassée dans les mouvements et la parole; les gencives sont rouges, gonflées, saignantes, les dents agacées et douloureuses; de larges ulcérations mercurielles tapissent la face interne des joues; elles se distinguent des ulcères syphilitiques et des aphthes vénériens par le escharres gris sale, jaunâtres qui les recouvrent, par leur aspect sordide, parce qu'elles sont plus larges, plus superficielles, plus irrégulières, plus nombreuses que les ulcères consécutifs des mêmes parties. Une salivation abondante découle de la bouche du malade (plusieurs crachoirs sont remplis dans la journée); une odeur fétide s'en exhale. L'impossibilité d'ouvrir la bouche empêche d'examiner les amygdales et le fond de la gorge. Il y a de la fatigue, du malaise, de l'abattement, pas de fièvre. Appétit nul; besoin pressant de boissons pour calmer le sentiment d'ardeur qui remplit la cavité de la bouche. L'anus, les os et les parties génitales sont intacts.

On lui prescrit le lendemain de son entrée : limonade tartareuse, deux verres d'eau de Sedlitz, quatre ventouses mouchetées à la nuque, gargarisme aluné, bains de jambes sinapisés, la diète avec des potages et du lait. Ce malade est cachectique et catarrheux au moins. Il est sorti guéri le 21 janvier 1849. (Séjour, six semaines.)

(1) M. Gibert n'emploie guère contre les syphilides locales et les ulcères syphilitiques consécutifs que la pommade au proto-iodure (1 à 3 grammes de proto-iodure de mercure sur 30 grammes d'axonge). Le deuto-iodure lui a paru trop irritant, et après quelques essais déjà anciens, il y a complétement renoncé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

Séance du 31 octobre 1849.—Présidence de M. Deguise père.

Varices artérielles du crâne.

M. Maisonneuve, absent à la dernière séance et obligé de se retirer avant la fin de celle-ci, demande à faire un résumé complémentaire de l'observation qu'il a communiquée avant que la discussion ne fût ouverte à ce sujet.

M. le secrétaire ne croit pas devoir reproduire tous les détails de ce résumé, qui figurent déjà dans le premier compte-rendu; il indiquera seulement les principales circonstances exposées ou omises précédemment par M. Maisonneuve.

Il s'agissait dans ce cas d'une jeune femme frappée d'un coup à la tête dans la région temporale droite; une petite tumeur avait apparu quinze jours après, petite d'abord, plus volumineuse ensuite, pulsatile, anévrismatique enfin. Sa nature, douteuse cependant, laissait de l'incertitude sur le parti qu'il convenait de prendre. Une compression temporaire fut sans effet; mais le développement rapide de la tumeur et l'intensité des douleurs décidèrent M. Maisonneuve à agir comme il l'a fait, c'est-à-dire à lier successivement les artères carotide externe, carotide primitive et carotide interne, à cause aussi des hémorrhagies qui se renouvelèrent à plusieurs reprises. D'assez grandes difficultés se présentèrent pour lier la carotide interne, et, tandis que M. Maisonneuve était plus préoccupé de son opération que de l'état de la malade, il ne s'aperçut pas d'abord qu'elle venait d'être atteinte d'hémiplégie faciale du côté gauche. Son interne lui fit observer que cette paralysie s'était manifestée immédiatement après la ligature de la carotide primitive (et non après la ligature de la carotide interne, comme l'opérateur l'avait donné à entendre lui-même dans sa première exposition). L'hémiplégie, ainsi incomplète tout d'abord, était complète le lendemain et se terminait par la mort.

A l'autopsie, on trouva un ramollissement ou plutôt une gangrène du cerveau dans la portion antérieure de son hémisphère droit; la substance grise surtout était dans un état de déliquescence que M. Maisonneuve considéra comme une gangrène résultant des ligatures qu'il avait faites. Quant à la tumeur, il n'ajoute rien à l'indication qu'il en a déjà donnée.

M. Robert considère ce fait comme très important au point de vue d'établir les limites de l'art dans les cas de ce genre. Selon lui, M. Maisonneuve est dans l'erreur avec les chirurgiens qui déclarent nuls les résultats de la ligature de la carotide primitive pour la curabilité de ces varices artérielles. Dupuytren, en 1819, avait lié la carotide primitive pour une tumeur analogue à celle dont il s'agit; la guérison fut annoncée, publiée même comme définitive; mais, en 1825, M. Robert eut occasion de revoir le malade, et il constata l'existence ou la reproduction de la tumeur érectile derrière le pavillon de l'oreille. Dupuytren, avant d'opérer, avait tenté d'autres moyens, mais inutilement; la tumeur était aussi le siége de douleurs vives; elle faisait aussi des progrès rapides; elle avait donné lieu aussi à des hémorrhagies successives; la vie, enfin, du malade était menacée. La ligature de la carotide, sans amener la guérison, avait rendu au moins la maladie stationnaire. M. Michon doit se rappeler avoir vu le sujet de cette observation. M. Robert l'a enfin rencontré récemment encore (cet homme est portier d'une maison de la rue Saint-Lazare); sa tumeur a fait peu de progrès; trois petites hémorrhagies seulement sont survenues depuis qu'il a été opéré. Sa santé est d'ailleurs fort bonne, et il a soin de cacher son oreille sous une perruque. La tumeur, examinée attentivement, ne paraît pas entretenue par les artères circonvoisines, mais par les branches de communication intermédiaires du cuir chevelu au naissant de l'autre carotide.

Ainsi, la ligature de la carotide primitive a donc été utile au malade, qui serait mort sans cette opération, et, s'il n'est pas pour cela guéri complétement, il ne paraît pas du moins devoir succomber à cette affection.

M. Robert a vu en quelques années deux cas de varice artérielle; l'un de ces cas était analogue à celui de M. Maisonneuve. Il s'agissait d'une jeune fille frappée d'un coup de pierre à la tête; une plaie contuse donna lieu à une hémorrhagie; la compression fut faite pendant deux mois, mais l'hémorrhagie se renouvela plusieurs fois, et elle offrit cette particularité que le sang n'était pas projeté par saccades. M. Robert, assuré ainsi de l'insuffisance de la compression, se décida à pratiquer la ligature de la carotide (c'était du côté droit), et y joignit l'application d'un bandage contentif. L'appareil fut enlevé, les choses étaient en bon état; il n'y eut pas d'hémorrhagie, et la jeune fille retourna dans son pays près de Soissons. Elle était guérie en ce sens que la maladie se trouvait stationnaire, mais non guérie par l'oblitération des vaisseaux.

On doit reconnaître la différence qui existe entre les cas de ce genre et ceux dans lesquels la ligature est faite pour un anévrisme essentiel, puisqu'il n'y a pas de sac anévrismal, et, partant, impossibilité d'obtenir l'oblitération par la seule ligature d'un vaisseau. La compression très forte, l'électricité, d'autres moyens encore, mais directs et puissants, pourraient être tentés dans ce but.

En 1846, deux ans après avoir pratiqué cette ligature de la carotide primitive, M. Robert reçut à l'hôpital Beaujon une jeune fille qui avait fait une chute dans une église, et était tombée sur le front. Or, elle avait eu dans ce point même une tache érectile congéniale qui s'était irritée, excoriée à diverses reprises par des causes mécaniques; une tumeur de même nature était survenue, occupant toute la région frontale; elle avait acquis du développement avec l'âge, et en s'ulcérant ensuite, elle avait occasionné des hémorrhagies graves, surtout vers les époques menstruelles. La contusion avait ainsi porté sur cette tumeur, qui s'était ouverte et avait fourni une assez grande quantité de sang. Un tamponnement provisoire fut exercé, et ayant été enlevé quelques jours après, il laissa voir que la région frontale était couverte d'ulcérations cicatrisées. La malade avait déjà été traitée ailleurs de cette varice artérielle, mais sans succès.

M. Robert se décida à lier la carotide gauche; mais il éprouva d'assez grandes difficultés dans cette opération, croyant bien avoir isolé le nerf pneumogastrique. La ligature était à peine serrée, que des accidents instantanés d'aphonie se déclarèrent, et la voix, restée rauque pendant longtemps, redevint à peu près naturelle.

La compression exercée sur le front fut maintenue pendant deux mois environ; mais lorsqu'elle fut enlevée, l'hémorrhagie se reproduisit. M. Robert résolut alors de lier la carotide droite; c'était huit mois après la première opération. Mais, en serrant le fil de la ligature, il vit de nouveaux accidents se manifester aussitôt; ces accidents disparurent heureusement; la compression de la tumeur fut maintenue pendant six semaines, et la cicatrice se trouva complète.

Il y a aujourd'hui deux ans et demi que cette seconde ligature a été faite; la malade est en bon état; mais la tumeur, quoique affaissée, n'a pas disparu. La guérison ainsi est relative et non absolue. C'est un résultat qui semble devoir se soutenir.

Voilà donc deux faits propres à M. Robert, qui a voulu examiner aussi les faits relatés par d'autres chirurgiens pour se rendre compte de leur opinion à ce sujet. Il a compulsé les diverses observations de ligature de la carotide primitive, et il les a trouvées incomplètes, insuffisantes. C'est ainsi que Mussey, de Philadelphie, lia les deux carotides primitives, à treize jours de distance, dans un cas de tumeur érectile; il extirpa ensuite la tumeur, et fut obligé de faire des ligatures multiples pour arrêter l'hémorrhagie. Mussey, selon M. Robert, a eu tort d'agir ainsi.

M. Lenoir fait remarquer à M. Robert que, d'après l'observation de Mussey, le chirurgien américain ne s'était décidé à agir ainsi qu'à la suite d'un nouvel et considérable accroissement de la tumeur.

M. Robert ajoute qu'un cas analogue appartient à M. Warren, de Philadelphie. La tumeur érectile occupait les lèvres et la langue; M. Warren lia les deux carotides, et enleva une partie de la lèvre. Le résultat fut stationnaire.

En Allemagne, d'autres chirurgiens ont suivi la même manière de faire; M. Kubl, d'une part, et M. J. Miller, de Copenhague, d'autre part, ont annoncé des guérisons ainsi obtenues par chacun d'eux.

M. Robert conclut de ces faits que l'ablation des tumeurs artérielles du crâne doit être rejetée, tandis que la ligature de la carotide primitive doit être admise, non pour prétendre à la guérison absolue, mais à une amélioration notable.

M. Chassaignac se félicite que cette discussion soit ouverte; et sans partager l'opinion de M. Robert, quoiqu'il n'ait pas comme lui une expérience personnelle à cet égard, il espère démontrer que le raisonnement de son honorable collègue n'est pas fondé. Il lui reproche, en effet, d'établir dans l'exposition des faits une assimilation inexacte, et il ne saurait admettre que la tumeur érectile et la varice artérielle soient les simples variétés d'une même maladie. Il croit à l'efficacité de la ligature pour les tumeurs érectiles seulement; et dans la plupart des faits cités, il s'agissait de tumeurs érectiles même des plus volumineuses. Elles sont d'ailleurs susceptibles de guérison par d'autres méthodes de traitement. M. Chassaignac cite, à cette occasion, un exemple récent de tumeur érectile que M. Marjolin fils a traité par la vaccination.

Quant aux varices artérielles, on peut très rationnellement en pratiquer l'extirpation. Le fait de Mussey prouve que par l'ablation de la tumeur on arrive à une guérison radicale.

Johnson et Mayo avaient proposé aussi l'ablation de la tumeur, comme bien préférable pour les varices artérielles, à condition pour l'opérateur d'être bien aidé, c'est-à-dire qu'il faut pouvoir lier avec soin tous les vaisseaux à mesure que la tumeur se trouve divisée, si surtout elle est assez volumineuse.

M. Chassaignac approuve la constance avec laquelle M. Maisonneuve a combattu l'hémorrhagie, mais il le blâme de n'avoir pas tenu compte des faits observés antérieurement, et il croit avec certitude qu'une tumeur constituant une varice anévrismale ne peut guérir par la ligature seule d'un tronc artériel. On peut bien recourir à la ligature de la carotide primitive comme moyen de guérison partielle, mais c'est par l'ablation de la tumeur que l'on doit tenter la guérison complète.

M. Chassaignac s'est occupé de cette question pour sa thèse

sur les tumeurs de la voûte du crâne, et il rappelle que Wardrop a perdu deux opérés chez lesquels il s'était contenté de faire la ligature des carotides. Il croit donc préférable de suivre le conseil de Johnson et de Mayo. L'ablation de la tumeur ne lui semble pas d'ailleurs plus grave que celle de toute autre tumeur de la face, quoique la même artère, enroulée sur elle-même, puisse donner lieu à des hémorrhagies multiples. C'est ainsi que Mussey a dû faire quarante ligatures dans le cas déjà cité de lui. Si M. Maisonneuve eût circonscrit la tumeur de sa malade, il eût peut-être assuré sa guérison.

M. Chassaignac déclare enfin se trouver ainsi en opposition formelle avec M. Robert, qui se contente d'une cure palliative.

M. Morel-Lavallée ayant la parole pour une motion d'ordre, propose d'ajourner la discussion, pour faire une communication à la Société.

M. Michon pense que toutes les objections à faire à M. Maisonneuve doivent se suivre sans interruption.

M. Maisonneuve lui-même le désire ainsi, et M. le président décide que la discussion continuera.

M. Debout signale deux faits de ligature des deux carotides primitives; l'un d'eux appartient à Mussey, déjà cité par M. Robert, qui ne l'a pas complété. Mussey raconte avoir revu son opéré, qui allait toujours bien. L'autre fait est celui de Preston, chirurgien de la compagnie des Indes, qui a fait aussi la ligature des deux artères carotides primitives.

M. Giraldès fait observer que cette citation est en dehors de la question.

M. Debout, afin de s'y rattacher, pense que la chirurgie doit attaquer les varices artérielles par des moyens directs, et s'il avait affaire à un cas semblable, il emploierait la galvano-puncture.

M. Giraldès approuve M. Chassaignac d'avoir bien fait d'établir la différence des varices artérielles et des tumeurs érectiles, mais il lui reproche de n'avoir pas souvenir de faits cités par lui-même. Une observation de Syme (1) se rapporte à une varice artérielle, et il y en a deux autres de Pelletan (2).

Les modifications subies dans ces cas-là par les artères avaient fait que les tumeurs se dilataient de plus en plus, se prolongeaient au loin, et devenaient transparentes dans leurs parois, jusqu'au point de ne plus offrir qu'une faible consistance. Or, on conçoit que cette disposition, d'une part, fournirait une application dangereuse aux principes soutenus par M. Chassaignac.

D'autre part, les objections puissantes adressées par M. Robert à M. Maisonneuve subsistent aussi bien, malgré les objections contraires. En effet, si M. Maisonneuve avait connu l'observation de Syme, il aurait vu que la ligature de la carotide primitive n'avait pas arrêté le développement de la tumeur.

M. Robert enfin, ajoute M. Giraldès, s'est montré un peu optimiste dans l'appréciation des faits de Kuhl, J. Miller, Mussey et autres, prouvant l'insuffisance de la ligature de la carotide primitive d'un côté, aussi bien que la nécessité de lier celle du côté opposé.

M. Michon se contentera d'adresser quelques remarques critiques à M. Maisonneuve. Il croit d'abord que la ligature de la carotide primitive aurait dû être faite d'emblée, sans préoccupation de l'hémorrhagie fournie par la carotide interne, ni des modifications de la tumeur. M. Maisonneuve a bien dit que la tumeur s'était affaissée d'abord, mais il n'a pas dit dans quelles conditions elle se trouvait à l'instant où l'hémorrhagie a reparu. Il n'a pas tenu compte non plus des branches ni des anastomoses pour le rétablissement de la circulation, car s'il voulait arrêter le sang dans la tumeur en liant la carotide externe, en premier lieu il aurait dû se rappeler qu'une injection faite par un côté parvient dans l'autre, et que, dans un cas de dilatation, c'est une raison de plus de craindre l'hémorrhagie.

M. Michon pense enfin que M. Maisonneuve n'aurait pas dû permettre à la malade des mouvements précoces, cause fréquente d'hémorrhagies secondaires, et qu'il aurait mieux fait de laisser la plaie se cicatriser complétement. Les faits pour preuve ne manquent pas dans la science.

M. Lenoir regrette que l'observation de M. Maisonneuve manque de renseignements utiles sur l'anatomie pathologique de la tumeur. C'eût été un renseignement nécessaire pour mieux apprécier la nature de la maladie, et en conséquence le traitement qui lui convenait.

« On sait, en effet, dit M. Lenoir, que quatre ou cinq espèces de tumeurs peuvent siéger dans la région temporale, et que l'on a confondu plusieurs de ces maladies ensemble. »

Voici quelles sont ces tumeurs :

1° La varice anévrismale, ou le passage direct du sang de l'artère dans la veine. La tumeur, devenant artérielle, offre cependant des difficultés pour distinguer l'artère de la veine, et ces difficultés augmentent sur le vivant, comme dans les deux cas qui ont été cités, parce que les signes sont analogues.

2° La varice artérielle, décrite par Breschet, et vue aussi par d'autres, se présente comme type sur un avant-bras dont la pièce a été déposée dans le Musée de la Faculté.

3° La tumeur érectile, enfin, tantôt artérielle, tantôt veineuse, ou bien artérioso-veineuse, sont donc autant de tumeurs distinctes dans leurs espèces, et cependant confondues entre elles, quoiqu'elles réclament des méthodes différentes de traitement.

S'il s'agit, par exemple, d'une tumeur érectile, c'est à la ligature de la carotide primitive qu'il convient de recourir. M. Lenoir cite pour preuve une statistique de 31 cas de ligature de la carotide primitive pour des tumeurs érectiles de la tête ou de la face; il y a eu, pour les 31 cas, 18 guérisons, 8 morts, 5 cas persistants. Norris, de Pensylvanie, a établi, d'après ces données-là, une conclusion favorable à la ligature de la carotide primitive, puisque, malgré la gravité de cette ligature, sur 140 cas recueillis, 48 morts ont été annotées.

Si, au contraire, il s'agit d'un anévrisme artérioso-veineux ou d'une varice anévrismale, on ne doit pas compter sur la ligature de la carotide. M. Lenoir rappelle à ce sujet une observation de Stromeyer, relative à un élève en médecine qui avait reçu un coup de sabre à la tempe. Cette blessure donna lieu à la formation d'une varice anévrismale. Chélius, consulté le premier, conseilla et pratiqua la ligature de la carotide primitive, mais sans succès; la tumeur récidiva. Stromeyer, appelé ensuite auprès du malade, lia l'artère lésée au-dessous et au-dessus du point même de son ouverture dans la veine, et par cette application de la méthode ancienne il obtint la guérison.

Enfin, dans la varice artérielle, l'artère étant malade, la ligature directe est évidemment une mauvaise méthode.

M. Morel-Lavallée a déjà dit, dans une autre occasion, que la galvano-puncture lui semblait applicable aux tumeurs constituant des varices artérielles, et il partage ainsi l'opinion émise par M. Debout. Il avait même proposé à M. Robert, pour l'une de ses malades, la compression circulaire de la tumeur à l'aide d'un anneau métallique, et la galvano-puncture au centre. L'avantage que cette méthode lui semble offrir lui fait désirer qu'en pareil cas elle soit au moins essayée avant toute autre opération.

M. Maisonneuve devant répondre à toutes les objections qui lui sont adressées, et en raison de l'heure avancée, demande le renvoi de la discussion à la prochaine séance. (Adopté.)

Correspondance.

M. Larrey offre à la Société, de la part de M. Chaumet, professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital civil de Bordeaux, une brochure intitulée : *Mémoire sur un nouveau moyen appliqué au diagnostic des hydrocèles compliquées, et sur le traitement le plus rapide et le plus sûr de cette affection.* M. Larrey est chargé de faire un rapport verbal sur ce mémoire.

— M. Monod, retenu par une séance du conseil des hôpitaux, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

— M. Vidal demande un congé pour faire partie du jury d'internat, dont les séances ont lieu le mercredi.

Tubercule du rocher.

M. Morel-Lavallée présente une pièce d'anatomie pathologique dont il exposera l'observation dans une prochaine séance. Il s'agit d'un tubercule ramolli siégeant dans l'épaisseur du rocher, avec tous les caractères qui en feraient un type de tubercule enkysté.

— La séance est levée à cinq heures et demie. H. L.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 septembre 1849. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal est lu et adopté.

— M. Buys, de Bruges, adresse une brochure sur l'emploi de l'acétate de plomb neutre dans l'ophthalmie granuleuse. (M. Boyer, rapporteur.)

— M. Guersant fait un rapport sur un mémoire de M. Miquel traitant de la diphthérite. Un nouveau moyen de traitement proposé par l'auteur a été essayé avec succès à l'hôpital des Enfants par MM. Trousseau, Blache et Guersant.

L'auteur du mémoire a traité ses malades par le calomel à haute dose, conjointement avec l'alun. Il donne alternativement, de deux heures en deux heures, chez les enfants, 2 grains de calomel et 2 grains d'alun, et arrive rapidement à provoquer une stomatite mercurielle suivie de mieux. Ces doses moyennes d'alun et de calomel ne sont pas absolues; suivant les sujets, l'auteur augmente ou diminue la dose, ou bien même change les proportions du calomel et de l'alun, donnant tantôt plus d'alun que de calomel, tantôt plus de calomel que d'alun. Dans tous les cas, la diphthérite a été modifiée; cependant la santé générale des sujets s'est trouvée quelquefois altérée par les modifications profondes apportées dans l'organisme par le mercure. L'auteur repousse les insufflations ou instillations de nitrate d'argent comme déterminant, dans la plupart des cas, des pneumonies. M. Guersant a administré, de la sorte, 24 grains de calomel et autant de sulfate d'alumine chez un enfant sur le point de suffoquer et qu'on allait opérer; dès le premier jour il y eut diminution de l'étouffement, et la salivation survint après deux jours du traitement. L'enfant est aujourd'hui convalescent.

M. Guersant propose d'adresser des remercîments à l'auteur ; sa proposition est adoptée.

— M. Tanchou présente à la Société la deuxième malade dont il a été parlé au procès-verbal inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* du 8 mars dernier. La Société, après avoir pris de nouveau connaissance de ce procès-verbal, prie M. Tanchou de vouloir bien développer les moyens de traitement employés chez cette malade et celle qu'il a présentée guérie dans la dernière séance.

M. Tanchou rappelle que l'une de ces malades, Mme Lavalette, portait une plaie de 4 centimètres au menton, avec engorgements glandulaires sous-maxillaires. La maladie datait de quelques mois seulement. La plaie était inégale, exubérante, à bords renversés, saignante; sa base était dure, et la malade y éprouvait des douleurs lancinantes qui l'éveillaient la nuit. Le médecin qui l'adressait à M. Tanchou avait déjà essayé les remèdes connus. Des avis différents avaient été émis sur la nature de la maladie comme sur le traitement à lui opposer. M. Tanchou s'en référa à son expérience pour le traitement, qui présenta des alternatives fréquentes d'amélioration et de retard dans sa marche, et se termina le 15 mai par une complète guérison, après trois mois et demi de soins assidus. Le traitement a consisté en boissons et moyens thérapeutiques internes, en lotions, onctions et cautérisations, en un régime alimentaire plus substantiel et un exercice journalier au grand air. Les boissons furent d'abord le thé, puis la teinture d'iode dans une décoction de saponaire; puis on y a joint des gouttes de la teinture de Fowler, et alternativement l'iodure de potassium. La malade a, de plus, été saignée et purgée plusieurs fois. On a fait des lotions sur la plaie avec l'eau de goudron, la teinture d'iode, une solution d'inde caustique dans l'eau, des lotions avec l'eau de pavot pour calmer les douleurs; des onctions avec un mélange d'onguent basilicon et de baume Nerval, toutes les fois qu'un état de stagnation se manifestait. Enfin, la plaie a été cautérisée alternativement avec le crayon de nitrate d'argent, la créosote, l'iode. Guérie depuis le 15 mai, la cicatrice est aujourd'hui unie et d'un bon aspect; les engorgements du cou sont dissipés. La cicatrice et la peau adjacente, encore rouges et noirâtres il y a quelques jours, ont repris aujourd'hui leur teinte ordinaire.

La seconde malade est dans un état moins satisfaisant. La plaie a été fermée et rouverte à plusieurs reprises. On sait que cette malade, âgée de cinquante-trois ans, portait une plaie au sein gauche de 9 centimètres sur 10. Sa glande mammaire et le tissu graisseux de la mamelle étaient absorbés sous les progrès de la maladie, qui remontait à quinze années. La tumeur squirrheuse, restée stationnaire jusqu'en 1840, avait, à la suite d'un coup, fait des progrès notables, et s'était ulcérée en 1846. Elle présentait déjà des signes de la diathèse cancéreuse, et les souffrances intolérables ne laissaient pas un moment de repos à la malade quand elle me fut adressée. Aujourd'hui les douleurs n'existent plus, la santé de la malade est notablement améliorée. Il ne reste pas de trace des signes de cachexie qu'elle présentait. La malade a repris de l'embonpoint, et les petites excoriations qui existent encore à la surface de la plaie sont plutôt le résultat d'une cicatrice encore mal affermie que de la maladie primitive. Le traitement a consisté en saignées et purgations renouvelées à plusieurs reprises, surtout à cause de l'affection du cœur, dont la malade présente les caractères; elle a pris à l'intérieur la liqueur de Fowler, l'iodure de potassium et l'extrait d'aconit napel. M. Tanchou a en outre employé sur la plaie les lotions avec la solution arsenicale et l'iodure de potassium, les onctions avec le mélange d'onguent basilicon et baume Nerval, l'eau de pavot, les solutions de nitrate d'argent, nitrate de potasse, chlorate de potasse et huile de cade, sulfate de fer et alun; la compression par des bandelettes, et enfin la cautérisation avec le nitrate acide de mercure, la créosote, l'acide nitrique, la pâte de Vienne, le chlorure de zinc, le régime et l'exercice, une aération convenable, ont été constamment recommandés à la malade, qui est aujourd'hui dans un état des plus satisfaisants, comme chacun peut le voir.

M. Tanchou conclut de ces deux observations que, dans certains cas réputés incurables, on peut, avec un traitement combiné à une hygiène convenable, éviter les opérations.

M. Guersant résume le traitement employé par M. Tanchou sur la femme Lavalette dans cette idée générale : emploi de moyens externes sur la plaie, qui consiste dans les caustiques de diverse nature, et de moyens internes, dont la base est l'iodure de potassium, moyens que la science préconise aujourd'hui comme les plus avantageux pour arriver à la guérison des affections scrophuleuses ou cancéreuses.

M. Boyer, qui avait considéré la tumeur avec ulcération de la houppe du menton comme un lupus, pense que son diagnostic est confirmé par les résultats mêmes du traitement.

M. Péoelaborde pense que l'heureuse influence de l'iodure de potassium ne contre-indiquerait pas la supposition qu'il avait émise d'une origine syphilitique de cette tumeur.

M. Tanchou n'ose accorder une vertu spécifique à aucun des moyens qu'il a jugé à propos d'employer; il croit que leur concours, appuyé d'un régime alimentaire substantiel et d'un exercice modéré, a fait par leur ensemble ce qu'aucun de ces moyens isolément n'aurait pu faire.

M. Boyer regrette que M. Tanchou n'ait pas attribué à chacun la part des conseils qui lui avaient été donnés, et surtout qu'il n'ait pas plus nettement formulé son diagnostic.

M. Tanchou avait l'intention, en soumettant ces deux malades à l'examen de ses confrères, d'employer les moyens auxquels il devait déjà des succès. Il n'a pas voulu définir ces affections autrement que par le titre de maladie de mauvaise nature, et il a pris comme types ces deux malades, dont l'une portait une maladie encore récente et l'autre une affection ancienne et en quelque sorte invétérée, pour démontrer la nécessité d'un traitement au début et les heureux résultats qu'on en pouvait obtenir, et, à l'égard de la maladie ancienne, qu'il y avait encore du soulagement à apporter à la malade sans avoir recours à l'opération.

M. Guersant ne voit pas la raison de l'hésitation de M. Tanchou à prononcer un diagnostic. D'un autre côté, il lui paraîtrait utile de distinguer dans son traitement les moyens actifs de ceux qui ont été simplement calmants ou adjuvants au traitement général.

M. Tanchou fait observer que son traitement a été d'abord spoliatif par les saignées et les purgatifs, puis spécial par l'emploi de l'iodure de potassium, la teinture d'iode, la solution de Fowler, et l'emploi des caustiques, nitrate d'argent, acide nitrique et créosote; que les boissons ont consisté dans l'emploi du thé et de la salsepareille; qu'enfin ce traitement a été hygiénique par l'usage d'une alimentation plus substantielle, aidée de l'aération et de l'exercice.

M. Courserant pense qu'en général on ne varie pas autant les caustiques, et croit que cette méthode n'est pas sans avantages. Les succès obtenus par M. Tanchou en sont la preuve.

M. Tanchou ne les a variés ainsi que pour en connaître les différents effets, et il en est résulté pour lui que l'acide nitrique et la créosote irritent davantage et cautérisent moins profondément; la pâte de Vienne, au contraire, cautérise mieux en déterminant moins d'inflammation. Quant aux topiques, la variété dans leur emploi est nécessaire; l'eau de pavot est calmante, mais elle laisse bientôt retomber la plaie dans l'atonie, et l'on est obligé de revenir aux lotions avec le baume Nerval, dont l'action est de ranimer la suppuration, mais qu'il faut cesser promptement, sous peine de le voir produire une suppuration trop abondante. Les topiques émollients, au contraire, sont généralement défavorables.

M. Masson demande si l'iodure de potassium a été donné avant ou après les préparations arsenicales.

M. Tanchou l'a donné indifféremment avant et après, mais il a été obligé d'en suspendre l'emploi à cause du mauvais état des fonctions digestives.

M. Masson attache une certaine importance à cette question. Il a remarqué, en effet, que l'iode donné après les corps métalliques peut amener de graves accidents. Il cite à ce sujet l'observation d'une malade chez laquelle on faisait des frictions avec l'iodure de potassium, par-dessus lequel on appliquait un emplâtre de Vigo; celui-ci, étant fraîchement préparé, détermina une brûlure de toute la partie où il fut appliqué.

M. Duperthuis regrette, en voyant la notable amélioration survenue chez la malade qui porte la tumeur du sein, qu'on n'ait pas fait l'ablation au début; sa guérison serait, à son avis, complète.

— M. Magne demande la parole pour une communication. La solution de continuité des paupières, ou coloboma, se rencontre quelquefois accidentellement; rarement elle est congénitale. Le fait suivant est le seul que j'aie jusqu'ici rencontré dans ma pratique.

Joséphine Charpentier, âgée de treize ans, d'une bonne constitution, ouvrière dans une filature de coton à Bernai, me fut présentée le mois dernier par le docteur Burdet. La paupière supérieure de l'œil droit offre une solution de continuité congénitale, située près de l'angle interne et s'étendant un peu plus loin près du bord libre; lorsque les paupières sont ouvertes, la perte de substance affecte la forme semi-elliptique; si elles sont fermées, elles interceptent un espace découvert qui ressemble assez à un triangle dont l'hypothé-

(1) Syme, *Edimb. med. and surg. journal*, 1829.
(2) Pelletan, *Clinique chirurgicale.*

nuse serait formée par le cartilage tarse de la paupière inférieure, et dont l'angle droit est un tant soit peu arrondi. Il n'existe pas plus de deux millimètres de cartilage tarse dans l'angle interne, et l'étendue qui sépare ce fragment de celui du côté externe mesure 1 centimètre environ. Au point de vue d'une opération, toutes les tentatives de traction nous ont prouvé que la réunion était impossible; au point de vue de l'utilité de cette opération, Joséphine Charpentier travaille dans une filature de coton, et, malgré les poussières voltigeantes au milieu desquelles elle vit, jamais elle n'a eu d'ophthalmie.

Cette observation présente un triple intérêt : un accident congénital fort rare ; une perte de substance si grande qu'il faut renoncer à toute opération ; enfin l'état parfaitement sain du globe de l'œil, bien qu'il soit privé d'une partie de ses tutamina et qu'il soit continuellement exposé à l'action de corpuscules irritants.

Dr Louis Terrier, *secrétaire annuel.*

CORRESPONDANCE.

De l'éthérisation dans l'opération de la lithotritie.

Lyon, 8 novembre 1849.

Monsieur le Rédacteur,

Votre numéro du 1er et 3 novembre contient l'observation d'un calculeux de dix-huit ans traité par M. Amussat au moyen de la lithotritie. Le malade fut soumis pendant les trois séances qu'exigea le broiement de la pierre aux inspirations de chloroforme, et M. le docteur Lebled, qui a recueilli et publié ce fait, en profite pour vanter les avantages des moyens anesthésiques dans la pratique de la lithotritie. Certes, je suis loin de méconnaître les services éminents qu'a reçus la chirurgie depuis qu'elle peut à son gré faire disparaître la douleur dans les opérations; mais je crois aussi qu'il est des circonstances où il faut savoir renoncer à cet avantage : la lithotritie est, selon moi, de ce nombre. Voici les raisons qui militent en faveur de cette opinion.

La sensibilité de la vessie est nécessaire, car qui préviendra le chirurgien qu'il ne pince pas les parois de cet organe si ce n'est la douleur que ressentira le malade au moment où l'instrument saisira les membranes dans ses mors ? Ne voit-on pas quels accidents terribles, tels que la déchirure, la perforation de la vessie, pourront résulter de la dangereuse sécurité inspirée au chirurgien par l'insensibilité du patient ? Ce motif, à lui seul, me paraît péremptoire. Il en est un autre qu'on ne doit pas dédaigner.

On sait que, sous l'influence de la chloroformisation, il y a relâchement des parois vésicales, et que le réservoir urinaire devient inerte et le plus souvent sans contractions. Or ces contractions, qui, lorsqu'elles sont trop violentes, forment un obstacle, sont fréquemment utiles au manuel opératoire. La vessie, en effet, laisse flotter la pierre dans toute son étendue, et l'instrument lithotriteur est obligé de faire de bien plus grands efforts pour aller à la recherche du calcul, qui, sans l'effet produit par l'éthérisation, viendrait s'offrir naturellement à lui poussé par les contractions normales. L'absence de contractions est donc une cause de difficultés pour la préhension de la pierre, et j'ai éprouvé, avec tous ceux qui se sont exercés dans les amphithéâtres aux manœuvres de la lithotritie, que cette opération, surtout dans le temps qui consiste à saisir le calcul, est plus laborieuse sur le cadavre que sur le vivant.

Le précepte consistant à proscrire le chloroforme dans la lithotritie souffre cependant quelques exceptions que discernera la sagacité du chirurgien. Ainsi, dans le fait rapporté par M. le docteur Lebled, les avantages produits par le chloroforme l'emportaient sur les inconvénients. Le malade, en effet, était d'une extrême pusillanimité, et des idées de suicide s'emparèrent de son esprit dès qu'il apprit qu'on ne pouvait le guérir que par une opération. Il est évident que l'homme de l'art, appréciant les projets conçus par son malade et pouvant produire des résultats si funestes tant pour sa famille que pour lui, a bien fait d'employer les agents anesthésiques, quoique ces agents ne soient pas sans dangers. Rappelons aussi que dans cette circonstance l'opération était pratiquée par M. Amussat, dont la grande habileté franchit des obstacles qui n'en sont pas pour lui. Si donc M. le docteur Lebled avait cité cette observation comme un exemple des cas où la lithotritie peut jouir des avantages du chloroforme, j'approuvernis complétement cette manière de voir; mais j'ai le regret de ne pas partager l'opinion de notre honorable confrère lorsqu'il généralise ce qui, pour moi, ne doit être qu'exceptionnel. J'ai cité aussi dans ma dissertation inaugurale (1) des faits où des causes particulières ont rendu nécessaire l'usage du chloroforme; mais néanmoins je crois que les chirurgiens doivent prendre en grande considération cette règle, que je voudrais voir bien établie et que je résume en disant : les inspirations d'éther et de chloroforme rendant la lithotritie *plus dangereuse* et souvent *plus difficile*, on ne doit pas abolir la sensibilité dans cette opération.

Agréez, etc. E. Langlade fils (de Nîmes), d.-m.-m.

Monsieur le Rédacteur,

Voudriez-vous avoir l'obligeance d'insérer la réclamation ci-jointe dans votre plus prochain numéro.

Dans ma lettre à l'Académie de médecine, je dis que les dix-neuf cholériques que j'ai eu à soigner dans ma clientèle, tous ont été guéris et mis hors de danger en six et huit heures, moins toutefois les cinq ou six premiers, traités par les mêmes moyens avec moins de hardiesse, lesquels n'ont été hors de danger qu'après trente et quarante heures de traitement. Mais les dix-neuf ont été radicalement guéris, ainsi que trente-cinq à quarante autres malades atteints de cholérine.

J'aurais dû faire observer à l'Académie que, dans le même laps de temps, mes confrères de la localité ont perdu vingt et quelques cholériques dans le même bourg et les mêmes villages où se trouvaient ceux que j'ai guéris.

Je vous prie donc, Monsieur, de vouloir bien rectifier votre compte-rendu de l'Académie en ce qui me concerne.

Agréez, etc. Guénée, d.-m.-p.

Lonjumeau, ce 9 novembre 1849.

M. le docteur Delarue nous écrit pour se justifier de l'attaque dont il croit avoir été l'objet de la part de M. Londe, lorsqu'il a communiqué à l'Académie une observation de choléra pendant la grossesse, observation qui avait déjà été publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*. Nous ne nous rappelons pas si, dans cette séance, l'expression a trahi la pensée de M. Londe ; mais nous sommes convaincu, et nous pouvons assurer à notre honorable confrère M. Delarue que le savant académicien est toujours assez bienveillant envers tout le monde pour qu'il soit impossible de supposer qu'il ait voulu blesser sans raison un confrère qu'il ne connaît peut-être pas, et qui serait tout au plus coupable d'ignorer le règlement de l'Académie.

(1) *Etudes cliniques sur les indications et les contre-indications de la lithotritie.* — Montpellier, mai 1848.

NOUVELLES.

Par décret du président de la République, en date du 4 novembre 1849, M. Savary Duclos, chirurgien aide-major au 1er régiment de cuirassiers, est nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— Le docteur Blanchet, chirurgien de l'Institut national des sourds-muets, vient de rentrer à Paris, après avoir accompli la première partie de la mission scientifique dont le gouvernement l'avait chargé à l'étranger auprès de divers établissements de sourds-muets.

— M. Bailleux, chirurgien-major de 2e classe au 5e de ligne, est désigné pour les ambulances de l'Algérie.

M. Leuret, chirurgien-major de 2e classe au 16e de ligne, est désigné pour les ambulances de l'Algérie.

M. Vergesse, chirurgien-major de 1re classe au 21e de ligne, est désigné pour le 16e de ligne.

M. Hochet, chirurgien-major de 2e classe au 48e de ligne, est désigné pour le 10e dragons.

M. Verdier, chirurgien-major de 2e classe au 46e de ligne, est désigné pour les zouaves.

M. Miramond, chirurgien-major de 2e classe au 10e dragons, est désigné pour le 5e de ligne.

M. Cabrol, médecin ordinaire de 2e classe aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital de Belle-Isle-en-Mer.

M. Mallet, médecin adjoint à l'hôpital de Rennes, détaché à Belle-Isle, est désigné pour les ambulances de l'Algérie.

M. Quillaut, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Longwy, est désigné pour l'hôpital de Colmar.

M. Casteran, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Dunkerque, est désigné pour les ambulances de l'Algérie.

M. Deschamps, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lyon, est désigné pour les ambulances de l'Algérie.

M. Bertrand, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lyon, est désigné pour les ambulances de l'Algérie.

M. Everard, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital de Maubeuge.

M. Richet, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital de Perpignan.

M. Parent, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital de Lyon.

M. Parron, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Perpignan, est désigné pour l'hôpital de Lyon.

M. Macquin, chirurgien-major de 1re classe au 66e de ligne, est désigné pour le 51e de ligne.

M. Astier, chirurgien-major de 2e classe au 51e de ligne, est désigné pour les ambulances de l'Algérie.

M. Peytral, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital de Cambrai, détaché à l'armée des Alpes, est désigné pour la place d'Avignon.

M. Simon, chirurgien aide-major, commissionné au 31e de ligne, est désigné pour le 22e léger.

— Par décret du président de la République, du 15 octobre, a été nommé :

A un emploi de chirurgien principal de 2e classe,

M. Codard, chirurgien-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles, en remplacement de M. Frébault, mis en non-activité par retrait d'emploi.

Erratum. — Par des circonstances indépendantes de la volonté de l'auteur, nous n'avons reçu qu'il y a deux jours la rectification suivante :

Dans le no du 23 octobre dernier, première colonne du *verso* du premier feuillet, ligne 48, au lieu de : « lorsque les substances de ces organes s'éloignent, » etc., il faut lire : « lorsque les substances de ces organes *ne* s'éloignent *pas*, » etc.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 15 NOVEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 133.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 13 NOVEMBRE 1849.

Séance de l'Académie de Médecine.

Discussion sur les engorgements et les déviations de l'utérus.

La discussion a été continuée aujourd'hui par MM. Velpeau et Récamier, qui ont seuls occupé la tribune. M. Dubois n'a pas encore pu se faire entendre. M. Velpeau est un si vaste puits de science, son esprit offre tant de ressources, qu'on a toujours du plaisir à l'entendre, même quand il se fourvoie; c'est ce qu'il n'a pas fait à moitié aujourd'hui. Dans l'avant-dernière séance, il n'avait fait que s'agiter dans la mauvaise voie où il était entré d'abord; hier, il s'y est engagé davantage. Après avoir admis et rejeté alternativement les engorgements du corps de l'utérus, il a paru d'abord faire des concessions à l'égard de ceux du col; puis, par cette conclusion très catégorique, il les a positivement rejetés les uns et les autres :

« J'ai soutenu jusqu'à présent, a-t-il dit, qu'il n'y avait pas d'engorgement *chronique* du corps de l'utérus, j'ajoute maintenant : *ni du col.* » Voilà les termes exacts dans lesquels la conclusion a été formulée. Mais si cette conclusion semble parfaitement nette, considérée isolément, elle l'est beaucoup moins lorsqu'on la compare aux prémisses nombreuses et peu harmoniques dont elle est précédée.

A travers les contradictions et la confusion que le savant professeur, malgré la lucidité habituelle de son esprit, a répandues dans son discours d'hier plus encore que dans le discours précédent, il est permis de comprendre qu'il a combattu dans l'engorgement plus le mot que la chose. Il semble bien résulter de tout ce que M. Velpeau a dit qu'il a vu cet état de tuméfaction de l'utérus avec écoulement, avec tiraillements dans les aines, avec pesanteur sur la vessie et le rectum, avec défaillances dans l'estomac; seulement, M. Velpeau, au lieu d'appeler cet état un engorgement, veut qu'on le nomme phlegmasie ou hypertrophie; encore, hypertrophie, non pas, puisqu'il a dit très positivement encore : « L'hypertrophie n'est pas une maladie, c'est une infirmité. » C'est-à-dire, en d'autres termes, que le gonflement hypertrophique ne s'accompagne d'aucun accident; car dès qu'il y a accident il y a maladie, et l'hypertrophie n'est pas une maladie. Il ne reste donc plus que la phlegmasie pour désigner l'état morbide dont nous venons de parler, et pour M. Velpeau, tout gonflement chronique de l'utérus qui ne sera pas dû à une production hétérogène sera une phlegmasie. Sans doute M. Velpeau n'a pas développé d'une façon aussi explicite son opinion, mais c'est là le seul développement logique des principes qu'il a émis; et si tel n'est pas leur véritable sens, nous déclarons franchement qu'à notre avis il n'en est aucun de raisonnable.

Cela posé, nous comprenons parfaitement que M. Velpeau préfère au mot engorgement le mot de phlegmasie chronique. En toute matière, nous ne tenons pas essentiellement aux mots; nous y tenons moins encore en médecine, parce que nous savons qu'ils sont souvent mauvais; mais du moins, quand on veut les remplacer par d'autres, faudrait-il être certain que les derniers venus valent mieux que ceux qu'on abandonne. Or, est-ce bien là le cas de celui que préfère M. Velpeau ? Cela nous semble très douteux. Dans l'état que l'on désigne sous le nom d'engorgement, il n'y a le plus souvent ni douleur ni chaleur anormales ; nous n'ignorons pas que certains pathologistes ont admis l'inflammation en l'absence de ces deux signes; mais, si l'on adopte cette manière de voir, comment décider si la tuméfaction est réellement une phlegmasie ou un engorgement de nature non phlegmasique ? Il faudra évidemment recourir à l'anatomo-pathologie de texture, au microscope ; or, d'après les détails donnés par M. Huguier, le microscope ne donne pas raison à M. Velpeau.

En résumé, M. Velpeau n'a fait que donner le nom de phlegmasie chronique et d'hypertrophie à l'état qu'on désigne généralement sous le nom d'engorgement; c'est, nous le répétons, un caprice très permis, quoique les raisons sur lesquelles on le fonde ne nous paraissent pas à l'abri de tout reproche; mais ces raisons eussent-elles été péremmptoires, il aurait au moins fallu poser la question dans ses véritables termes, afin de ne pas vouloir faire croire au public que les partisans de l'engorgement s'étaient attaqués à un être de raison, afin de ne pas se donner un vernis de réformateur de choses, quand il n'est même pas bien sûr qu'on ait raison de vouloir réformer les mots.

Autre question : Le savant professeur de la Charité a bien voulu convenir qu'il y avait quelquefois *engorgement* (il a dit le mot) concurremment avec les inflexions; « seulement, a-t-il ajouté, certaines personnes pensent que l'*hypertrophie* (ici M. Velpeau a employé cette expression qui semblerait ainsi être synonyme de l'autre) est primitive, tandis que moi, je dis qu'elle est consécutive. Je sais que je ne puis le démontrer ; mais les personnes en question ne peuvent non plus démontrer le contraire, les pièces en main ; il faudrait avoir recours au raisonnement, et le raisonnement nous mènerait trop loin. »

Nous en demandons bien des pardons à notre savant maître; mais en fait de science, nous ne nous laissons pas guider par le sentiment, et si nous n'avions pas eu d'autre raison de croire que l'engorgement est la cause et l'inflexion l'effet, nous ne nous serions prononcé ni pour l'une ni pour l'autre hypothèse. Nous nous serions contenté de dire : *Sub judice lis est.*

Nous ne sommes pas de ceux qui aiment qu'on abuse du raisonnement; mais en l'absence de démonstration directe par des faits, nous ne dédaignons pas d'en user un peu, et en cela nous ne pensons pas mal faire, quoi qu'en pense notre célèbre contradicteur. Or, que nous apprend le raisonnement? Nous l'avons déjà dit : tant que l'utérus conserve son volume normal, il est impossible de trouver dans l'action respective des divers organes du bassin aucune force mécanique qui puisse le ployer en deux. Il n'y a donc pas d'inflexion purement physique, il ne peut y avoir que des inflexions résultant ou d'une atrophie ou d'une hypertrophie des parois, soit que ces états existent congénialement, ainsi que l'a indiqué M. Jobert, soit qu'ils résultent d'une altération de nutrition. Or, comme avec tous les cas d'inflexion qu'on nous a montrés il existait concurremment de l'engorgement, quand il n'y avait pas vice de conformation congénital, nous disons que c'est à l'engorgement qu'il faut rapporter l'inflexion, et non pas l'inflexion à l'engorgement. Nous ne pensons pas qu'il y ait rien de bien abusif dans ce raisonnement, et nous le livrons sans crainte à cette partie de lecteurs qui, ainsi que l'a très bien dit M. Velpeau, n'ont point d'idée préconçue et ne demandent qu'à s'éclairer et à juger.

Un dernier argument en faveur de notre cause. M. Velpeau a avoué, avec une franchise qui l'honore, que, s'il connaissait parfaitement les inflexions, il n'en connaissait point le traitement, et que c'étaient des affections qui s'*usaient*, mais qu'on ne guérissait pas. C'est ici que la thérapeutique vient donner un nouvel appui aux partisans de l'engorgement, car l'engorgement est non-seulement une affection qu'on connaît, mais encore, fort heureusement, une affection qu'on guérit. Or, quand on voit tous les symptômes que nous avons déjà énumérés disparaître à mesure que la tuméfaction du col disparaît, et cesser complétement quand cette tuméfaction a disparu elle-même d'une manière complète, comment ne pas admettre qu'entre ces deux ordres de faits il y a une liaison intime? comment ne pas admettre qu'on a traité et guéri un engorgement, ou, si l'on aime mieux, une phlegmasie chronique sans rougeur ni chaleur? Que M. Velpeau, dans les cas d'inflexion avec engorgement, traite celui-ci, au lieu de vouloir redresser le canal utérin comme on redresserait un tuyau de plomb, et il se convaincra que les inflexions ne sont pas seulement des affections qui s'usent, mais encore des affections qu'on guérit.

Nous aurions encore quelques réflexions à faire sur les divers symptômes que M. Velpeau a attribués aux inflexions, spécialement des douleurs qui précèdent les règles; mais, comme la discussion est continuée à mardi, nous aurons sans doute occasion d'y revenir.

Que dirons-nous des étranges narrations que notre vénérable confrère M. Récamier est venu faire avec l'accent de la plus ardente comme de la plus louable conviction? La vieillesse était, dit-on, plus respectée à Sparte qu'en aucun lieu du monde. Nous sommes de ceux qui désirent voir notre pays imiter Sparte, au moins sous ce rapport. L'Académie a semblé penser comme nous; elle a écouté son vénérable doyen avec une attention et un respect que nous serions heureux de constater plus souvent dans ses discussions.

Liste de présentation.

La section de pathologie médicale de l'Académie de médecine a arrêté sa liste de présentation pour la place vacante dans cette section. Les six candidats, placés par ordre de mérite, sont : MM. Trousseau, Requin, Michel Lévy, Grisolle, Martinet et Nonat.

On sait que le classement par ordre de mérite, que les sections se permettent quelquefois, à tort suivant nous, n'engage en rien l'Académie. Il y a grandement de quoi s'en féliciter dans la circonstance actuelle. Il est donc à penser et à espérer que l'Académie dérangera quelque peu les petits arrangements de la commission.

A propos de cette liste, où l'on pourrait être étonné de ne point voir M. Monneret, nous devons dire que c'est par erreur que la candidature de cet honorable confrère a été annoncée dans le temps. M. Monneret ne s'est point mis sur les rangs cette fois.

Un journal ordinairement bien informé publie aujourd'hui l'article suivant, relatif à la translation de l'Hôtel-Dieu, ou plutôt à sa démolition et à son remplacement par un autre établissement nosocomial. Plusieurs fois déjà le projet dont parle le *Journal des Débats* a été proposé à l'ancien conseil, est toujours ajourné plutôt que rejeté, pour des raisons qu'il serait trop long d'énumérer. Tout le monde avait donc senti l'utilité de cette translation, très grande surtout au point de vue de la facilité de la circulation et de l'embellissement de la cité. Mais, au point de vue de l'assistance publique, le projet ne saurait se réaliser comme l'indique l'article que nous rapportons. Lorsque la construction de l'hôpital Louis-Philippe a été décidée, on s'est proposé de répondre à un besoin né du surcroît de la population, et qui devient très urgent dans certaines saisons de l'année. Si donc on voulait démolir l'Hôtel-Dieu, il faudrait, non pas en transporter les malades dans l'hôpital Louis-Philippe, aujourd'hui hôpital de la République, mais bien créer un nouvel établissement qui seul pourrait répondre aux exigences des secours médicaux.

« La construction de l'Hôtel-Dieu de Paris remonte, on le sait, à une date fort ancienne. A l'époque même où le quartier de la Cité était, à proprement parler, le cœur de la ville, la charité chrétienne n'avait cru pouvoir faire mieux que de placer l'asile de toutes les misères, de toutes les infirmités humaines près du sanctuaire de la justice et du palais des rois, auxquels, dans certains cas, un préjugé pieux attribuait la puissance de les guérir. Cependant, à mesure que la ville étendait au loin ses artères, l'Hôtel-Dieu devint en réalité moins central. La Cité n'était pas moins populeuse ; mais de grandes distances la séparaient chaque jour davantage de quartiers plus populeux encore. L'expérience démontrait d'ailleurs tout ce qu'il y avait d'inconvénients pour les malades à les loger ainsi au milieu d'un quartier mal aéré, sur un bras du fleuve déjà corrompu par les immondices de la ville.

» Le préfet de la Seine, M. Berger, a conçu, dit-on, le projet de transporter l'Hôtel-Dieu loin de l'incommode emplacement qu'il occupe depuis tant de siècles, au clos Saint-Lazare, dans les bâtiments encore inoccupés du nouvel hospice auquel on avait donné le nom du roi Louis-Philippe et qu'on appelle aujourd'hui l'hôpital de la République. Pour ne pas enlever à la population pauvre des arrondissements de Paris les plus voisins de la Cité l'asile et les secours immédiats qu'elle trouve de temps immémorial à l'Hôtel-Dieu, l'autorité municipale y maintiendrait une centaine de lits sur les huit cents que cet hôpital renferme aujourd'hui. Il serait facile d'établir les sept cents autres dans le vaste édifice du clos Saint-Lazare. Cette translation offrirait certainement de précieux avantages pour la santé des malades, ainsi placés sur un des points culminants et les mieux aérés de la ville. La réalisation complète du projet serait aussi d'une grande utilité pour la circulation de la ville si, comme on l'assure, il entre dans la pensée du préfet de la Seine d'abattre la plus grande partie des bâtiments de l'Hôtel-Dieu, et d'élargir ainsi considérablement les abords de la cathédrale pour faire ressortir dans tout son éclat sa belle restauration extérieure, et

ouvrir en même temps aux quartiers de la rive gauche de spacieuses communications avec les chemins de fer d'Orléans et de Lyon. On assure que ce projet, inspiré, nous le reconnaissons, par l'intelligence d'un grand intérêt public, doit être prochainement soumis à l'examen de la commission municipale. »

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Nélaton.

Considérations et observations nouvelles sur les luxations de la mâchoire inférieure.

(Leçon du 14 octobre.)

Si l'on ne consultait que l'unanimité des opinions qui règnent touchant le mécanisme des luxations de la mâchoire inférieure, on pourrait croire que rien n'est mieux établi que la doctrine généralement admise à cet égard.

Dans cette doctrine ou dans cette théorie, qui est celle de J.-L. Petit, de Boyer, d'Ast. Cooper et d'autres auteurs plus récents encore, on professe qu'une fois la luxation produite, le condyle de la mâchoire vient se placer au-devant de la racine transverse de l'apophyse zygomatique, où elle se trouve maintenue par la contraction musculaire selon les uns, par la résistance que présente au condyle la saillie de l'apophyse transverse selon les autres.

Lorsque, pour rédiger mes *Eléments de Pathologie chirurgicale,* je me plaçai en face d'une tête de squelette, et que je voulus y chercher la vérification de cette théorie, je fus, comme l'avait déjà été M. Malgaigne, frappé de son improbabilité, je dirai volontiers de son impossibilité anatomique. En songeant aux autres liens anatomiques qui fixent la mâchoire inférieure à la tête, on voit que tous ces liens, ligaments, capsule, muscles, sont disposés pour permettre le glissement du condyle au-dessous de l'apophyse transverse. On ne trouve là aucune saillie osseuse qui se puisse comparer à celles qu'on rencontre autour de la plupart des autres articulations, et qui puisse former un obstacle à la réduction.

Si les éminences osseuses qui entourent les cavités articulaires s'opposent quelquefois à la réduction, c'est que l'os déplacé est obligé de les contourner pour reprendre sa place, et que les ligaments, les muscles distendus, se prêtent avec peine à un semblable mouvement. Ici, au contraire, les parties fibreuses et musculaires sont très favorablement disposées pour permettre la rétrocession du condyle, et l'on ne conçoit pas dès lors ce qui s'oppose à la réduction.

Quant à l'explication de J.-L. Petit, qui pense que le déplacement des os est maintenu par la contraction musculaire, Boyer a parfaitement démontré, par une interprétation plus exacte de l'action des muscles, qu'elle était complétement inadmissible.

Ne trouvant donc ni dans l'une ni dans l'autre des explications reçues la véritable expression des faits, je dus chercher une théorie plus conforme à la réalité, et dans ce but, je fis quelques expériences dans le détail desquelles il serait trop long d'entrer ici, et qui me conduisirent à cette conclusion, à savoir : que ce n'était ni à la saillie de l'apophyse transverse, ni à la contraction musculaire que devait être rapportée la permanence du déplacement, mais bien *à ce que le sommet de l'apophyse coronoïde vient arc-bouter contre l'angle inférieur et antérieur de l'os molaire, et se loger dans la petite fossette qui existe souvent dans ce point.*

Tel fut le sens dans lequel je rédigeai l'article de mes *Eléments de pathologie chirurgicale.* Je ne craignais guère que les faits vinssent contredire les expériences précises que j'avais faites sur le cadavre ; cependant on comprend que j'attendais avec un certain intérêt le moment où je pourrais vérifier par l'observation clinique et par l'anatomie pathologique des idées qui étaient la conséquence de données anatomiques exactes et de recherches purement expérimentales.

La première occasion se présenta à l'hôpital Saint-Antoine ; malheureusement pour moi, mais trop heureusement pour le malade, je ne sus pas tirer un grand parti de ce fait, car en voulant m'assurer de la position exacte de l'apophyse coronoïde, je pressai probablement un peu trop sur elle, et la luxation fut réduite avant que j'eusse pu me reconnaître.

Un mois plus tard, une nouvelle occasion se présenta en ville, et de celle-ci il me fut possible de faire largement mon profit, prévenu que j'étais de la facilité *trop grande* qu'on pouvait éprouver quelquefois à opérer la réduction.

Obs I. — Une dame se luxa la mâchoire en bâillant, à onze heures du soir. Un de nos confrères distingué de Paris, M. le docteur Beaugrand, fut immédiatement appelé, et fit des tentatives de réduction qui n'eurent aucun succès. Dans la soirée même, un autre confrère fort instruit, M. le docteur Poultier, fut également appelé, et comme il avait plusieurs fois réduit des luxations semblables par la méthode classique, il ne douta pas que la réussite ne fût facile dans ce cas ; ses prévisions furent néanmoins trompées; il rencontra des difficultés qu'il ne put surmonter. Craignant que son insuccès ne tînt à quelque circonstance particulière dont il ne se rendait point compte, M. Poultier fit appeler son confrère M. Manget, et tous deux renouvelèrent sans plus de succès les tentatives de réduction. La malade fut alors abandonnée jusqu'au lendemain.

Le lendemain, on pratique une saignée, on chloroformise la malade, et des tentatives de réduction sont encore faites après l'emploi de ces moyens auxiliaires. Même insuccès.

Dans la journée, les précédents confrères s'adjoignent M. Lemaistre Florian. L'éthérisation est recommencée, ainsi que les tentatives de réduction ; mais on n'arrive à aucun résultat. La malade fut encore abandonnée au repos pendant une seconde nuit, et c'est le lendemain matin que je fus appelé à la voir.

La bouche était entr'ouverte; un centimètre et demi d'écartement existait entre les incisives supérieures et les inférieures, qui étaient situées sur un plan antérieur aux premières d'environ 1 centimètre. La malade peut augmenter spontanément l'intervalle qui sépare les dents; mais elle ne peut le diminuer. Le condyle osseux, au-devant du conduit auditif, est situé au-devant de l'apophyse zygomatique. La bouche porte quelques traces des efforts qu'on a faits pour opérer la réduction.

La malade étant assise sur une chaise un peu basse, je lui fais ouvrir le plus qui lui est possible la bouche, et avec la pulpe du doigt indicateur, doucement promenée sur la muqueuse buccale, je parvins à sentir facilement les deux apophyses coronoïdes jusques et y compris leur sommet, qui se trouve évidemment tout à fait en avant du tubercule de l'os molaire, immédiatement en dehors de l'os molaire avec le maxillaire supérieur.

Cette exploration une fois terminée, je fais encore une fois ouvrir spontanément la bouche à la malade, j'y introduis mes deux pouces, je les place sur les deux apophyses coronoïdes, sans embrasser avec les autres doigts les branches de la mâchoire, et je pousse simplement en arrière. La réduction s'opère avec la plus grande facilité.

Il est bien entendu que, si l'on rencontrait quelques difficultés, on pourrait fixer la tête de la malade soit sur la poitrine d'un aide, soit à l'aide d'une bande formant une anse qui embrasse la moitié postérieure du crâne, et aux deux extrémités de laquelle viennent s'enrouler l'index et le médius de chaque main. Cette manière de fixer la tête, outre qu'elle remplit parfaitement le but, a encore l'avantage de fournir un point d'appui à la main même de l'opérateur, dont les pouces ont alors une grande force.

Ce fait remarquable, outre qu'il confirmait parfaitement les idées que je m'étais faites des caractères anatomiques de la luxation, fournissait une magnifique preuve à l'appui de la méthode qui est la conséquence naturelle de ces idées. On ne peut rapporter, en effet, à aucune autre circonstance qu'au défaut de la méthode classique elle-même l'insuccès éprouvé par tous les praticiens appelés auprès de cette malade ; car il n'en est pas un parmi eux qui n'ait donné de nombreuses preuves d'instruction et d'habileté pratique.

Cependant, malgré la certitude que ce fait avait portée dans mon esprit, je n'en désirais pas moins de pouvoir vérifier sur le cadavre une vérité que je considérais bien comme acquise pour moi, mais non pas encore tout à fait pour la science. Un des internes de cet hôpital, M. Delacour, a eu l'obligeance de mettre à ma disposition une pièce qui remplit parfaitement l'objet de nos désirs. Voici les renseignements écrits qu'il nous a fournis lui-même relativement à la pièce anatomique que vous avez en ce moment sous les yeux.

Obs. II. — Nouvet (Sanson), âgé de soixante-huit ans, entre le 15 juillet 1849 à l'hôpital Saint-Louis, salle Napoléon, n° 46, service de M. Cazenave, pour se faire traiter d'un lichen chronique.

Le 8 septembre au matin, je fus appelé près de ce malade, qui, en roulant un noyau de pêche dans sa bouche, s'était luxé les deux condyles de la mâchoire. La figure n'était pas très notablement déformée au premier abord ; les maxillaires étaient écartés d'environ deux travers de doigt; il était impossible au malade de fermer la bouche. Les deux condyles les avaient abandonné leur place habituelle au-devant de l'oreille, et à leur place existait une dépression. La maigreur du sujet permettait de voir portés en avant et les condyles et les apophyses coronoïdes, qui se dessinaient sous la peau. Il n'y avait pas de douleur.

La réduction fut facile; j'abaissai et portai en arrière la branche horizontale du maxillaire inférieur en pressant avec les deux pouces sur les bords alvéolaires dégarnis de dents, et je sentis que la réduction s'opérait à un soubresaut semblable à celui que produirait une tête articulaire rentrant dans sa cavité.

Le malade me raconta, aussi bien que le lui permettait son état de faiblesse extrême, qu'il s'était déjà luxé la mâchoire quatre ou cinq fois, et que cette fois, c'était en écartant fortement les mâchoires pour interposer entre elles un noyau de pêche que l'accident lui était arrivé.

Le 14, six jours après la luxation, il succomba à une longue diarrhée.

La dissection de la pièce que vous voyez a été faite, ainsi que vous le comprenez bien, avec toute l'attention et tout le soin dont nous étions susceptible. Or, il a été facile de constater, et il est possible de constater encore aujourd'hui en reproduisant artificiellement la luxation, que chaque extrémité supérieure de l'apophyse coronoïde vient arc-bouter et se reposer sur le tubercule molaire à 2 ou 3 millimètres en dehors de sa partie la plus saillante, cette apophyse étant recouverte dans ce point par les attaches du muscle masséter; il a été facile de s'assurer aussi que la capsule articulaire n'était point déchirée, qu'elle ne paraissait même avoir subi aucun tiraillement, aucune violence notable.

Une telle pièce met évidemment le comble à une démonstration que le raisonnement et l'observation clinique suffisaient presque déjà pour établir.

Je désirais cependant encore voir si les dispositions étaient exactement les mêmes dans la luxation simple, ce que l'induction *à priori* devait nécessairement faire admettre. Une observation toute récente est venue me fixer à ce sujet.

Il y a quelques jours (samedi 6 octobre), je pratiquais, avec l'aide de M. le docteur Rossi, dentiste très habile et fort honorable de la capitale, l'ablation d'un kyste dentaire assez volumineux du maxillaire inférieur. Dans les manœuvres qu'exigea cette opération laborieuse, il se produisit une luxation du condyle gauche de cet os. Cet accident nous servait plus qu'il ne nous contrariait; nous continuâmes donc notre opération, et nous la conduisîmes à bonne fin. Dès qu'elle fut terminée, je m'empressai de déterminer la position de l'apophyse coronoïde du côté luxé, et il me fut facile de la trouver à l'endroit où je supposais qu'elle devait être, c'est-à-dire au-devant du tubercule molaire, un peu plus en dedans seulement que je ne l'avais trouvée dans les luxations doubles, ce que vous vous expliquerez parfaitement, sans que j'y insiste, en songeant au mécanisme des luxations simples. L'application du pouce sur l'apophyse du côté luxé et une légère pression en arrière suffirent parfaitement pour remettre les parties en place. La malade va aujourd'hui très bien.

Vous le voyez donc, la doctrine que j'expose en ce moment, quoique très curieuse au point de vue théorique, est loin d'être un objet de simple spéculation ; elle intéresse, au contraire, beaucoup la pratique. En effet, s'il est vrai que, dans l'immense majorité des cas, on parvient par la méthode opératoire ancienne à réduire les luxations de la mâchoire, il n'est pas moins certain que l'on échoue dans quelques cas, et vous pouvez lire dans Boyer la série d'accidents, d'inconvénients fort désagréables au moins qui suivent les luxations non réduites. Ces accidents ne seront plus à craindre avec la méthode que je propose, et, en outre, les malades qui auraient été guéris par la méthode ancienne le seront toujours avec moins de douleurs au moyen de celle-ci.

Il resterait maintenant à vous montrer comment cette théorie explique d'une manière satisfaisante et le mécanisme par lequel se produit le transport de l'apophyse coronoïde sur le tubercule molaire, et les différences tranchées que l'on observe chez les divers âges et chez les divers individus sous le rapport de la facilité à se luxer la mâchoire. Ce sera l'objet d'une autre leçon.

HOTEL-DIEU. — M. Desormeaux.

Plaie de la paupière inférieure avec division du conduit lacrymal. Réunion au moyen de la suture en conservant le conduit.

M. Desormeaux, chargé provisoirement d'un service à l'Hôtel-Dieu, a appelé récemment l'attention de ses auditeurs sur un cas très curieux de plaie du conduit lacrymal, à propos duquel il a mis en usage un mode opératoire qui mérite d'être connu. Voici d'abord quelques mots sur le malade qui portait cette plaie.

Jalignon, âgé de trente-huit ans, est entré le 16 octobre 1849 dans le service de M. Desormeaux, salle Saint-Jean, n° 10. Cet homme portait à la paupière inférieure du côté droit une plaie avec division du conduit lacrymal. Cette plaie, résultat d'un coup reçu en se débattant contre un sergent de ville, commençait au bord de la paupière, entre le point lacrymal et la commissure interne, descendait verticalement jusqu'au niveau du rebord orbitaire, puis se portait en dehors, transformant ainsi la moitié de la paupière en un lambeau qui se renversait en dehors et en bas. D'après cette disposition, il était évident que le conduit lacrymal était divisé. M. Desormeaux s'en assura en introduisant par le point lacrymal un stylet d'Anel, qui ressortit par la lèvre externe de la plaie.

Lorsque le malade fut observé pour la première fois par M. Desormeaux, la blessure existait depuis trois jours sans avoir été pansée, et il était survenu un gonflement qui ne permettait pas de tenter la réunion. Ce chirurgien fit appliquer des cataplasmes et attendit quelques jours pour pratiquer l'opération suivante, dans le but de réunir les deux lèvres de la plaie en conservant le conduit lacrymal.

Une soie fut passée dans la partie supérieure du conduit lacrymal, au moyen d'un stylet de Méjean, que M. Desormeaux fit entrer par le point lacrymal et sortir dans la lèvre supérieure de la plaie; puis il chercha dans la lèvre inférieure interne l'autre bout du conduit divisé, et y introduisit le même stylet jusque dans le sac lacrymal. Arrivé là, l'instrument ne put descendre dans le nez. Le chirurgien pratiqua alors une incision semblable à celle que l'on fait dans l'opération de la fistule lacrymale, et par cette incision amena le stylet au dehors. Il abandonna ensuite ce dernier instrument, et se servit du ressort de Pamard pour faire descendre dans le canal nasal et sortir par la narine le bout de la soie, amené au dehors par la plaie du sac lacrymal. Cette sorte de séton ainsi placée, la plaie fut réunie, après avoir été préalablement rafraîchie, au moyen de deux points de suture placés l'un au-dessus, l'autre au-dessous du conduit. M. Desormeaux eut soin, en enfonçant ses aiguilles, de faire tendre le fil de soie, afin

que les extrémités du conduit fussent parfaitement affrontées.

Le quatrième jour, les points de suture furent enlevés; la plaie était réunie jusqu'au-dessus du conduit; sa partie supérieure présentait seulement un petit écartement.

Depuis l'opération, M. Desormeaux a continué à tirer chaque jour un peu de la soie, qu'il a laissée aussi longtemps dans le conduit pour s'opposer au resserrement qui pouvait se produire à la suite de la cicatrice.

REMARQUES. — C'est à peine, fait observer M. Desormeaux à propos de ce cas curieux, si les auteurs ont parlé de la section des conduits lacrymaux, et ils n'indiquent pas ce que l'on pourrait faire pour empêcher leur obstruction par le travail de cicatrisation. Leur silence me paraît tenir à la rareté de cette lésion. En effet, pour qu'elle ait lieu, il faut que la blessure siége entre le point lacrymal et le sac, c'est-à-dire dans une étendue de 7 à 10 millimètres au plus, et sur un point protégé par les parties osseuses du nez, du sourcil et de la pommette.

Si, ajoute-t-il, j'eusse simplement réuni la plaie, il est évident que le conduit aurait été oblitéré, les deux bouts ne se trouvant plus au même niveau, et il ne serait resté, plus tard, que la ressource de percer, à l'exemple de Monro, un nouveau canal à l'aide d'une aiguille courbe : procédé défectueux, et sur lequel on ne peut compter pour obtenir un résultat durable. Il valait donc mieux faire ce que l'on fait pour une plaie de l'urètre, c'est-à-dire maintenir la cavité du conduit pendant la cicatrisation de la plaie; c'est ce que j'ai fait. Cette opération a quelque ressemblance avec le procédé de Louis pour les fistules du canal de Sténon, lorsqu'après avoir dilaté ce canal, on y laisse la mèche en faisant la suture de l'ouverture externe de la fistule. Mais dans le cas dont il s'agit, j'avais l'avantage de pouvoir faire passer le fil de part en part par les voies lacrymales en fermant la plaie, ce que l'on ne peut faire pour le canal de Sténon. Je pense cependant que, dans les plaies récentes de la joue divisant ce canal, on pourrait appliquer un procédé analogue à celui que, j'ai employé, en introduisant dans les deux bouts une corde à boyau ou un fil de plomb avant de faire la suture. Quoi qu'il en soit, je crois avoir employé, pour la paupière, un procédé nouveau que l'on devrait suivre si l'on avait à soigner une plaie de cette nature.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 novembre 1849. — Présidence de M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Décès cholériques.

La correspondance officielle ne comprend qu'une seule lettre de M. le préfet de police, qui envoie le tableau des décès qui ont eu lieu à domicile par suite du choléra. D'après ce tableau, les décès se sont répartis de la manière suivante dans les douze arrondissements :

1er arrondissement,		836
2e	—	915
3e	—	500
4e	—	449
5e	—	1023
6e	—	1120
7e	—	837
8e	—	1143
9e	—	717
10e	—	1137
11e	—	514
12e	—	1759
Total...........		10950

Les décès se sont répartis ainsi dans les divers mois de l'année :

Mars................	130
Avril................	694
Mai..................	2426
Juin.................	5769
Juillet..............	419
Août.................	810
Septembre............	670
Octobre..............	32

— La correspondance manuscrite comprend les communications suivantes :

Hernies étranglées.

1° M. Poggioli communique la relation de deux cas de hernies étranglées réduites par le vinaigre administré à l'intérieur.

Choléra.

2° M. Macario, de Sancergues (Cher), adresse une note sur les heureux résultats qu'il dit avoir obtenus de la solution alcoolique de strychnine dans le choléra.

3° M. Nelken, de Paris, annonce qu'il est parvenu à arrêter les vomissements et la diarrhée dans le choléra en pratiquant de larges cautérisations sur le ventre et diverses autres parties du corps avec de l'ammoniaque liquide.

Céphalotripsie.

4° M. Didot, de Liége, envoie un nouvel instrument qu'il appelle diatripteur, et qui est destiné à opérer la délivrance de la femme dans les cas de rétrécissement. (Commissaires, MM. Capuron et Moreau.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce qu'il y aura séance extraordinaire samedi prochain pour divers rapports.

Discussion sur les engorgements et les déviations de l'utérus.

M. VELPEAU. Je demande pardon à l'Académie de reprendre une troisième fois la parole; mais je n'ai pas eu le temps dans la dernière séance d'achever ce que j'avais à dire sur les inflexions, et surtout sur leur traitement.

Pour donner à l'Académie une idée de la fréquence de ces inflexions, je lui dirai qu'ayant prié un de mes internes, M. Follin, prosecteur à la Faculté, de vouloir bien en chercher des exemples sur le cadavre, il en a rencontré 6 cas dans un hiver, et que M. Deville, prosecteur des hôpitaux, en a trouvé 7 à 8 dans le même espace de temps.

Maintenant je sais bien que les partisans de l'engorgement ne se tiendront pas pour battus par ce fait, et que, ne pouvant plus nier les inflexions, ils diront qu'elles sont la conséquence de l'engorgement; c'est aussi l'objection que m'a faite dans un temps Lisfranc.

A cela, je réponds que ça n'est pas. Je ne veux pas dire par là qu'il n'y ait jamais de tuméfaction dans l'utérus, qu'il ne soit pas hypertrophié (le corps, bien entendu, car jusqu'ici je n'ai vuulu parler que du corps; je m'expliquerai tout à l'heure sur les engorgements du col); mais je dis qu'il ne l'est pas *ordinairement;* j'ajoute que, quand l'hypertrophie existe, elle est la suite et non la cause de l'inflexion. Je sais bien qu'on me dira de démontrer ce que j'avance, et j'avoue que ça me paraît difficile; mais il est difficile aussi de démontrer le contraire par les faits directs; il faudrait donc se lancer dans les raisonnements, et cela nous mènerait bien loin. Je dirai seulement que, lorsque l'engorgement existe, il se trouve du côté infléchi, en avant, s'il y a antéflexion, en arrière, s'il y a rétroflexion, etc.

On pourra me dire encore : mais comment expliquer tous les symptômes qu'éprouvent les malades par une simple inflexion? Je n'en sais rien, et il me suffit que le fait soit ainsi pour que je m'en contente. Toutefois, il y a, ce me semble, trois ordres d'accidents qui doivent être la conséquence bien naturelle de l'inflexion.

1° La matrice infléchie agit mécaniquement sur le rectum et la vessie, et par suite sur le système nerveux, comme le ferait l'engorgement.

2° Le volume de l'organe ne peut être augmenté sans que les ligaments larges soient en quelque sorte raccourcis; d'où des tiraillements sur le plexus hypogastrique et une réaction très naturelle sur tout le système du grand sympathique.

3° Enfin la matrice ne peut s'infléchir sans qu'un changement notable s'effectue dans le canal utérin, sans qu'il se forme une sorte de rétrécissement vers le siége de l'orifice interne du col. De là difficulté pour le passage des règles, douleurs pendant les trois, quatre, cinq jours qui précèdent l'époque menstruelle, et qui cèdent ordinairement à l'instant où les règles paraissent. C'est sans doute à cette cause que la plupart des femmes doivent ces coliques qui précèdent l'époque menstruelle.

Ce qui me l'a prouvé, c'est qu'ayant dilaté le canal utérin chez un certain nombre de femmes, les règles ont cessé d'être douloureuses.

Cette espèce de rétrécissement peut produire une autre espèce d'accident dont j'ose à peine parler, c'est la stérilité. J'ai également pu observer quatre ou cinq dames qui étaient mariées depuis quatre, six, huit ou dix ans sans avoir eu d'enfants, et qui sont devenues enceintes après que j'ai eu dilaté le canal utérin.

J'arrive maintenant à la thérapeutique de ces affections, et je me hâte de dire que sous ce rapport nous ne sommes pas très riches, ou plutôt que nous sommes trop riches; nous avons beaucoup de moyens, mais pas de bons.

Les pessaires, dont on a beaucoup usé et abusé, dont j'ai peut-être abusé moi-même à une époque où j'étais moins éclairé sur la véritable nature des maladies utérines, les pessaires peuvent bien avoir un certain avantage quand il s'agit de simples déviations; mais comment pourraient-ils agir sur l'utérus infléchi? Cela ne se conçoit pas. Aussi les femmes les abandonnent-elles presque toujours après en avoir essayé pendant quelque temps.

Les sachets de diverse nature exploités par un charlatan sage-femme qui mène aujourd'hui grand train produisent également de bons résultats quelquefois, surtout dans les cas de déviation. Mais enfin tout cela soulage et ne guérit pas.

Pour guérir dans le cas d'inflexion, il faudrait redresser l'organe, et c'est là le difficile. J'ai imaginé pour y parvenir plusieurs instruments : d'abord une tige qu'on introduisait courbe et qui se redressait ensuite. Quelques femmes l'ont supportée; la plupart n'ont pu la garder, et d'autres même en ont éprouvé des accidents.

Les pessaires à tige n'ont pas eu de plus heureux résultats. Enfin, je n'ai pu arriver encore à trouver un instrument heureux.

J'ai quelquefois réussi à soulager beaucoup les malades dans des cas de déviation en plaçant dans le rectum de petites vessies remplies d'eau; mais la plupart des femmes ne veulent pas entendre parler de ce moyen.

Un autre charlatan-femme a fait fortune en frictionnant le ventre des malades, et je dois avouer que j'ai vu de mes propres malades que je n'avais pu soulager moi-même et qui me sont revenues guéries après avoir été frottées par la femme en question.

La maladie touchait-elle alors à son terme naturel, était-elle usée, car les maladies dont il s'agit n'ont qu'un temps? C'est probable; mais le fait de la guérison à la suite des frottements, sinon par les frottements, est positif.

Je n'ai trouvé qu'un moyen un peu général, ce sont les ceintures hypogastriques, que mon collègue M. Moreau a proscrites d'une manière si absolue. Ces ceintures, dont les meilleures me paraissent être celles à plaques fixes, produisent dans presque tous les cas une amélioration. Je ne sais trop comment expliquer ce fait, mais il m'a semblé quelles agissaient en soulageant la matrice du poids des viscères abdominaux.

Dans tout ce qui précède, je n'ai voulu parler que des maladies du corps de l'utérus; je vais maintenant dire quelques mots de l'engorgement du col. Mon Dieu, je n'ai pas du tout envie de nier ce qui est évident; cependant, il faut bien que je dise que je n'ai pas compris encore ce qu'on entend par un engorgement qui serait placé entre la phlegmasie et l'hypertrophie; j'admets donc l'engorgement, si par là on entend l'hypertrophie ou l'inflammation chronique; seulement, dans ce cas, je me demanderai pourquoi choisir un autre mot?

Du reste, je signalerai pour le col comme pour le corps diverses causes d'erreur qui peuvent en imposer sur le volume réel du col. Celui-ci d'abord est très variable chez les femmes; il paraît plus volumineux au spéculum qu'au doigt, surtout quand il est mou.

Ces causes d'illusion étant évitées, j'ai néanmoins encore trouvé des hypertrophies; j'ai vu une lèvre plus grosse que l'autre, mais c'était là une difformité et non une maladie; ou bien, si le col était plus chaud, s'il était plus irritable, douloureux, c'était alors une véritable phlegmasie.

J'ai encore vu d'autres tuméfactions, mais qui coexistaient avec des végétations, des granulations, etc.; c'était alors cette dernière lésion qui était la maladie.

Enfin, je dois dire deux mots de la maladie dont M. Robert nous a entretenus, et qui, loin d'être une affection toute spéciale résultant de l'état morbide d'un organe tout particulier, ne me paraît être que l'affection granulée que nous voyons très souvent sur le col et sur le vagin, et qui se prolonge communément aussi dans l'intérieur de la cavité utérine.

En résumé, j'ai commencé en disant qu'il n'y avait pas d'engorgement du corps de l'utérus, j'ajoute maintenant ni du col.

Les déviations sont, au contraire, très fréquentes; elles ne sont point graves et finissent par s'user naturellement; mais il n'y a aucun moyen bien préférable aux autres pour en hâter la guérison.

M. RÉCAMIER. L'honorable membre, dans une longue dissertation un peu confuse et que la faiblesse de sa voix ne nous permet pas toujours d'entendre, dit que certaines phlegmasies de l'utérus ne guérissent plus par les émollients et qu'il faut recourir à d'autres moyens (caustiques, toniques, etc.); il raconte ensuite plusieurs faits où le raclage de l'utérus a amené au dehors un tissu tout à fait analogue à des grappes de groseilles et du même volume, et les femmes ont été guéries instantanément. Ces faits existent, dit-il, par centaines.

Extrophie du cœur.

M. Lemerle, de Belleville, présente un enfant né de la veille à une heure et dont le cœur est situé complétement hors de la poitrine et continue à battre encore. Une commission, composée de MM. Longet, Gerdy et P. Dubois, examinera immédiatement ce cas remarquable.

Plaie du conduit lacrymal.

M. Desormeaux présente un malade sur lequel il a pratiqué une opération particulière. (Voyez clinique de l'Hôtel-Dieu dans ce numéro.)

Nouveaux moyens d'isoler le fer.

M. Poumarède, chef des travaux chimiques de l'Académie, communique un mémoire entièrement chimique sur de nouveaux *moyens d'isoler le fer*, et dont nous n'aurions pas rendu compte si parmi les moyens proposés il ne s'en trouvait un qui semble particulièrement attaché à la thérapeutique.

Tout le monde sait que le fer, réduit par l'hydrogène, est aujourd'hui généralement employé en médecine; mais, ce qu'on ignore communément, c'est que le produit, qu'on trouve sous ce nom dans le commerce est, malgré son prix fort élevé, un produit fort impur, attendu que l'hydrogène, en réduisant le peroxyde de fer, dépose sur ce métal toutes les impuretés qu'il renferme et qu'il est très difficile de lui enlever.

M. Poumarède propose, dans un but peut-être plus industriel que médical, un moyen qui permet d'obvier à ces inconvénients et d'obtenir en très peu de temps un fer très pur et très divisé, qui, au lieu de coûter 25 fr. le kilogramme, comme coûte le fer réduit par l'hydrogène, ne coûtera pas 25 sous.

Ce moyen consiste tout simplement à placer l'oxyde ferrique que l'on veut réduire dans un vase en tôle qu'on introduit, concurremment avec du charbon contenu dans des paniers en toile métallique ou en fil de fer, dans un long cylindre que l'on place dans un fourneau à réverbère et qui communique avec l'atmosphère par un long tube vertical.

Après deux heures d'une température rouge-sombre, et alors qu'il ne se dégage plus de gaz oxyde de carbone, on enlève le cylindre du fourneau, et après qu'il est complétement refroidi, on trouve, en délutant l'appareil, l'oxyde ferrique réduit à l'état de fer spongieux qui n'est point pyrophorique.

La théorie de cette réduction nous paraît appelée à jeter un nouveau jour sur les phénomènes de ce genre. L'oxygène de l'air renfermé dans l'appareil forme d'abord une quantité d'oxyde de carbone qui vient réduire une partie correspondante d'oxyde ferrique, forme de l'acide carbonique qui contient une quantité d'oxyde de carbone double de la première; de telle sorte qu'en vertu du phénomène progressif et continu qui se produit dans ce cas, l'oxyde ferrique se trouve constamment dans une atmosphère réductrice qui entraîne promptement sa réduction.

— La séance est levée à cinq heures passées.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 novembre 1849. — Présidence de M. Boussingault.

Traitement de l'hydrophobie.

M. Rochet d'Héricourt, de retour d'un second voyage qu'il a fait en Abyssinie, envoie une note sur une plante de ce pays qui serait propre à guérir la rage; nous extrayons de cette note les passages suivants, qui renferment tout ce qu'elle offre de positif :

« Pour préparer le médicament, on enlève très superficiellement l'écorce de cette racine; on fait sécher cette dernière, et on la réduit en poudre. On en donne au malade de dix à douze grains dans une petite cuillerée de miel ou de lait; une heure et demie après qu'il a pris cette dose, et qu'il a eu plusieurs évacuations et plusieurs vomissements, on lui fait boire de nombreuses tasses de petit-lait, et, quand il est bien affaibli par suite de ces évacuations, on lui fait manger un gésier de poule rôti au beurre bien pimenté, qui arrête l'effet du médicament; le malade mange également la poule, que l'on a fait cuire de la même manière avec beaucoup de piment.

» Cette racine, dont j'ai vu moi-même les effets émétocathartiques, agit aussi par les urines, qui deviennent fortement chargées, et dans lesquelles j'ai constaté la présence de vers microscopiques.

» Aussitôt que la dose a produit son action, le malade atteint de rage ne se trouve plus que sous l'influence particulière du médicament dont j'ai expliqué la manière d'agir.

» A mon arrivée à Dévratador, un chien atteint de rage ayant mordu trois autres chiens et un soldat de Ras-Ali, on fit usage sur un des animaux de la poudre en question; le médicament produisit l'effet indiqué, et le chien guérit. Le soldat et deux autres chiens furent traités à différents intervalles (huit, dix et douze jours), au moment où ils présentaient les symptômes de la rage; tous furent guéris. Le dernier chien, abandonné à lui-même, mourut de la rage le 42e jour.

» La plante désignée ci-dessus était dans les régions basses et chaudes, sur un sol argilo-siliceux; sa racine, pivotante, atteint la longueur de plus d'un mètre sur deux à trois centimètres de diamètre; filamenteuse à l'intérieur, son principe actif paraît être sous l'épiderme; le collet de la racine est relativement très large et donne naissance à de nombreuses tiges rampantes, dont les plus étendues présentent une longueur de plus de deux mètres; la tige est carrée, grêle, d'environ trois millimètres de diamètre, garnie de poils piquants; les feuilles, ayant rapport à celles des cucurbitacées, ont cinq divisions principales, velues des deux côtés; elles sont grenées à la face supérieure; les feuilles sont alternes, opposées à des vrilles et distantes de trois à quatre centimètres.

» Les fleurs sont placées à l'extrémité de l'ovaire; il en est plusieurs sur la même tige. Les fruits sont oblongs, lisses, jaune-verdâtre, parsemés de petits points très peu saillants; lorsqu'ils sont mûrs, ils ont de trois à quatre centimètres de longueur.

» Cette plante me paraît être dans les cucurbitacées ou très près de cette famille. »

Fièvres pernicieuses. Nature du choléra.

M. Liegey, médecin à Fambervillers (Vosges), envoie un mémoire dans lequel il se propose de prouver que le choléra peut s'offrir sous forme intermittente dans une contrée non paludéenne, que l'influence cholérique n'est pas née *ex abrupto*, et que cette maladie est le *plus grand* anneau d'une chaîne de pyrexies à laquelle se rattachent les diverses formes de la maladie *dite* méningite cérébro-spinale, la grippe et certaines fièvres exanthématiques.

CORRESPONDANCE.

Suette millaire.

M. le docteur Neucourt, de Verdun, nous transmet les détails suivants sur l'épidémie de suette qu'il a observée et dont il a envoyé l'histoire à l'Académie dans un mémoire mentionné dans un de nos précédents comptes-rendus.

Monsieur et très honoré confrère,

Ce n'est pas dans la ville de Verdun, mais bien dans les environs, que la maladie a régné. A Verdun, il n'y a eu que quelques cas isolés, tandis que je cite une douzaine de villages dans les environs qui ont été atteints, les uns violemment, les autres à un faible degré.

Les villages atteints étaient dans les conditions les plus diverses, les uns pauvres, les autres riches; les uns dans des fonds, les autres à de grandes hauteurs.

Ce qu'il y eut de particulier, c'est que les personnes violemment atteintes, et toutes celles qui ont succombé, à ma connaissance, étaient du sexe féminin.

J'examine avec de grands détails les symptômes de la maladie, et après une description générale j'étudie en particulier : l'anxiété précordiale et le battement épigastrique; l'éruption cutanée, vésiculeuse et rouge; les sueurs; les douleurs; l'état des urines; l'état du pouls.

Cet examen me permet, plus loin, de me livrer à diverses considérations sur la nature de la suette.

J'indique et je discute l'analogie de cette affection avec les maladies éruptives, et notamment avec la scarlatine. Cette dernière maladie se complique souvent d'éruption miliaire, ce qui m'engage à indiquer les différences qui existent entre elles.

J'insiste beaucoup sur l'anxiété précordiale, sur ce sentiment d'oppression, de malaise qui fait dire aux malades qu'ils vont étouffer, qui se complique de demi-syncope, d'une crainte extrême de la mort, et dont les retours périodiques, avec terminaison possible par la mort, font considérer cette complication comme ayant la plus grande analogie avec celle d'une fièvre intermittente pernicieuse. Ces symptômes ont toujours lieu vers le soir, aussi est-ce à ce moment qu'on dérange le plus souvent les médecins dans les cas de suette. Dans les trois cas qui, à ma connaissance, se sont terminés par la mort, la terminaison fatale est arrivée vers dix heures du soir. Dans tous les cas où j'ai été appelé précipitamment pour un cas grave, c'était dans la soirée.

Le pouls était peu accéléré et faible; il y avait des frissonnements, des urines pâles, une dépression des forces, qui éloignent de la pensée l'idée d'une maladie inflammatoire.

Quant aux sueurs, pour le dire en passant, je n'ai jamais remarqué qu'elles eussent l'odeur de paille pourrie; de sorte que ce caractère n'a rien de spécial : dans les cas où on l'a observé, il tenait évidemment à la nature des couchages.

Quant à la manière dont la suette s'est comportée vis-à-vis le choléra, voici ce que j'ai observé. Tantôt, et le plus souvent, la suette a régné seule. Dans quelques villages la suette a été précédée, et dans d'autres elle a été suivie du choléra. Je n'ai jamais vu une des deux maladies succéder à l'autre chez le même individu; cependant je ne tire de là aucune conclusion, car des confrères m'ont affirmé avoir vu l'un et l'autre cas, c'est-à-dire le choléra suivre l'attaque de suette, et, réciproquement, des individus être pris de suette immédiatement après une attaque de choléra.

D'après des faits que je signale, tout porte à penser que la suette a régné également avec le choléra en 1832, et qu'elle a été généralement méconnue.

Le traitement a consisté en boissons adoucissantes : eau de gomme, eau panée, bouillon de poulet, etc. Lorsque la sueur était supprimée : infusion de tilleul; faire couvrir légèrement les malades, éviter avec soin les refroidissements.

Les couvertures pesantes, les boissons excitantes ont paru généralement nuisibles.

J'ai usé largement du sulfate de quinine, mais actuellement je me borne à l'employer à la dose de 50 à 60 centigrammes dans les cas de crise violente et pendant la rémission.

Dans les crises, je me servais de gouttes d'ammoniaque anisée et de frictions avec le liniment ammoniacal camphré.

Je n'ai vu que des effets fâcheux produits par la saignée.

J'ai employé souvent, surtout vers la fin, des laxatifs doux, et je m'en suis bien trouvé.

Je n'ai pas usé de l'ipécacuanha, parce que je n'avais pas vu conseiller ce moyen lorsque je traitai le plus grand nombre de mes malades, et qu'en présence d'une maladie dont les débuts avaient été redoutables, je ne voulus rien donner à l'inconnu; cependant je suis disposé à l'emploi de cette médication, dont l'indication existe évidemment dans un certain nombre de cas.

Je relate ensuite douze observations particulières qui présentent la maladie depuis son degré le plus faible, qui ne constitue qu'une indisposition, jusqu'aux cas les plus graves, avec terminaison par la mort.

Agréez, etc. F. Neucourt.

Carbonate de soude dans le traitement du choléra.

La lettre suivante a été adressée à M. Liebig et envoyée par celui-ci à un praticien de Lyon qui l'a communiquée à la *Gazette Médicale* de cette ville. On sait que le traitement préconisé par le docteur Maxwell a été déjà conseillé, et les quelques expériences tentées n'ont pas répondu à l'espoir qu'on avait fondé dans ce médicament.

A Monsieur Justus Liebig, professeur de chimie à l'Université de Giessen.

Je me fais un véritable plaisir de vous communiquer un fait important que j'ai observé ici dans le traitement du choléra : il est pour moi bien établi que le *carbonate de soude* est un moyen efficace et rapide contre cette maladie. Aussitôt qu'un cas de choléra se présente, j'en administre une cuillerée à café dans une crème d'avoine étendue et aussi chaude que le malade peut la supporter. Si le médicament est rejeté, je le répète immédiatement en y ajoutant quelques gouttes de laudanum et 30 grammes d'huile (huile de ricin ou autre laxatif), pour amener le carbonate de soude jusqu'au siége du poison, l'intestin grêle. A peine l'huile paraît-elle dans les déjections, qu'on s'aperçoit que *la guérison a déjà commencé*, et bientôt après le malade *urine* : on peut alors le regarder comme hors de danger. Si le cas l'exige, je renouvelle la prescription le soir et le matin à dose un peu moindre.

Dans une épidémie où beaucoup de malades sont atteints à la fois, j'administre des bols composés comme il suit :

Carbonate de soude,	1 gr.
Opium,	0,15 c.
Gomme gutte, de	0,25 à 0,50 c.
Huile de croton tiglium, de	0,10 à 0,15 c. et même plus.
Savon,	1 gr.

que je fais avaler avec une gorgée de solution de carbonate de soude.

On peut ainsi porter facilement sur soi assez de bols et de carbonate de soude pour un nombre considérable de malades. Je ne veux point vous fatiguer de plus longs détails. Sans doute les médecins feront connaître plus tard d'autres modes d'emploi de ce médicament.

Decken, 23 août 1849.

Dr W.-G. Maxwell.

NOUVELLES.

M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire est de retour de son voyage en Hollande. Il a fait l'acquisition pour l'Ecole d'acclimatation de Versailles d'un troupeau de lamas nés dans un des parcs appartenant au feu roi des Pays-Bas. M. Geoffroy Saint-Hilaire a visité le Musée de Leyde et le jardin zoologique d'Amsterdam. Il a pu se convaincre de la supériorité qu'ont ces deux établissements sur le Muséum de Paris, et par les richesses et surtout par l'ordre et l'intelligence avec lesquels ils sont administrés.

— M. Bourson, chirurgien-major de 1re classe au 12e chasseurs, est désigné pour le 11e d'artillerie.

M. Infroit, chirurgien-major de 1re classe au 5e lanciers, est désigné pour le 4e d'artillerie.

M. Robillard, chirurgien-major de 1re classe au 29e de ligne, est désigné pour le 4e escadron du train des équipages.

M. Villamur, chirurgien-major de 1re classe aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour le 6e escadron du train des parcs d'artillerie.

M. Nicolas, chirurgien-major de 1re classe au 5e chasseurs, est désigné pour l'hôpital de Blidah (Algérie).

M. Villaret, chirurgien-major de 1re classe au 7e dragons, désigné pour l'hôpital de Mostaganem (Algérie), est détaché à celui de Valenciennes.

HUILES D'AIX. Un de nos confrères, M. le docteur Rondard, propriétaire à Grans, arrondissement d'Aix (Bouches-du-Rhône), dans le but de soustraire aux fraudes incroyables dont elles sont l'objet les excellentes huiles de son pays, vient de former un établissement commercial pour fournir à tous ses confrères leur provision de cette précieuse denrée.

Ceux qui voudront bien s'adresser à lui seront assurés de recevoir de l'huile de la prochaine récolte en première qualité et pure de tout mélange.

Le prix approximatif sera de 1 fr. 70 c. à 2 fr. le kilog., frais de baril et d'expédition compris. — Il peut envoyer également des olives dites à la *picholine*.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 17 NOVEMBRE 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 134.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

Revue clinique hebdomadaire.

Délire idiopathique. — Grâce aux savants efforts de médecins contemporains, les maladies de l'encéphale sont aujourd'hui sorties de l'obscurité profonde où elles étaient plongées au commencement de ce siècle. Néanmoins, on s'abuserait singulièrement si l'on croyait, en étudiant consciencieusement l'état actuel de la science, se mettre à l'abri de tout embarras en présence des cas si divers qui peuvent se présenter dans la pratique. Il faut s'attendre, au contraire, à rencontrer des individualités morbides qui mettront en défaut toute science acquise, et qui réclament de nouvelles et persévérantes recherches pour être logiquement placées dans un cadre nosologique, pour recevoir une thérapeutique rationnelle. C'est un de ces cas que nous allons soumettre aujourd'hui à l'appréciation de nos lecteurs.

Dans le progrès qu'a fait la pathologie de l'encéphale, le mot *frénésie* a disparu du langage médical, et les affections diverses que l'on confondait sous ce nom sont devenues des méningites, des encéphalites, des encéphalo-myélites, des *delirium tremens.* On trouve cependant aujourd'hui des cas qu'il est difficile de classer dans l'une de ces espèces morbides, et qui ne présentent d'autre caractère que celui que les anciens désignaient sous le nom de phrénitis, c'est-à-dire le délire. On trouve encore de ces cas dans la clinique de M. Andral; on en trouve un cas remarquable dû à M. de Castelnau, et consigné dans la *Bibliothèque du Médecin-Praticien;* enfin nous en avons observé récemment, dans le service de M. Martin-Solon, un que nos lecteurs ne liront pas sans intérêt.

Un charpentier, nommé Besson, âgé de quarante-quatre ans, entra le 9 octobre 1849 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Benjamin, n° 16, service de M. Martin-Solon.

Au moment de son entrée, ce malade délirait, s'entretenait tout seul de choses déraisonnables, mais répondait presque constamment avec justesse aux questions qu'on lui adressait; il exécutait immédiatement les mouvements qu'on lui commandait de faire, et en lui faisant étendre horizontalement les membres supérieurs, après l'avoir fait placer sur son séant, on observait un très léger tremblement dans les mains. Il n'y avait que très peu d'appétit; mais il n'existait non plus ni soif anormale, ni trace de mouvement fébrile.

A la visite du lendemain, le délire, qui était calme la veille, avait pris un caractère furieux; on avait été obligé de mettre la camisole au malade; il n'y avait toujours qu'un tremblement presque imperceptible. La langue, la chaleur de la peau, le pouls (65 pulsations), les pupilles, la sensibilité générale et spéciale, la motilité, tout enfin, moins l'appétit, était dans l'état normal. On pratiqua une saignée qui ne fut pas couenneuse, et l'on appliqua 20 sangsues derrière les oreilles.

Le même état persista pendant toute la journée; le soir seulement on observa une légère rémittence. Le malade répondait avec justesse à la plupart des questions qu'on lui adressait; il délirait sur quelques-unes, et s'abandonnait à ses rêveries dès qu'on le laissait à lui-même.

Le lendemain matin 11, le délire avait repris, à peu de chose près, l'intensité qu'il avait la veille à la même heure; en raison de la rémittence survenue vers le soir, 16 grains de sulfate de quinine furent prescrits au malade. Une rémittence analogue à la première se produisit encore vers le soir.

Mais la recrudescence reparut le lendemain 12, un peu moins vive que la veille, et toujours exclusivement constituée par du délire. Le léger tremblement avait complétement cessé. — On prescrivit une potion avec le camphre, l'éther et le laudanum, et un lavement laudanisé comme calmant, car il n'y avait pas la moindre trace de diarrhée; on continua, en outre, le sulfate de quinine.

Le 13, le délire diminua sensiblement; il se dissipa progressivement les jours suivants, et le malade sortit parfaitement guéri le 24 octobre.

Comme on le pense bien, la première affection à laquelle on dut songer en présence de ce malade fut le *delirium tremens.* Mais les renseignements pris auprès des parents ne permirent pas de s'arrêter à cette idée; il ne s'enivrait jamais, et ne buvait que de très petites quantités de boissons alcooliques, seulement lorsqu'une occasion se présentait, et non par habitude. Il faut avouer d'ailleurs que le tremblement éprouvé par le malade aurait été bien faible, quoique l'on observe des cas, rares à la vérité, où il n'est pas beaucoup plus prononcé. Ce tremblement très léger ne s'étendait nullement d'ailleurs aux membres pelviens, comme cela s'observe habituellement dans le délire alcoolique; le malade marchait et se tenait debout parfaitement sans faire la moindre oscillation. Il n'avait jamais éprouvé aucun accident semblable ou analogue; il n'avait même jamais eu ni étourdissements, ni céphalalgie, ni convulsions, soit dans son enfance, soit plus tard.

Il n'avait éprouvé aucune affection morale vive dans les jours qui précédèrent sa maladie, ni même pendant plusieurs mois auparavant.

On ne pouvait pas croire davantage à une méningite ou à une encéphalite; l'absence de fièvre et de toute lésion de sensibilité et de motilité s'y opposait formellement.

On ne peut enfin, sans changer complétement le sens usuel des mots, donner le nom de folie à un délire qui éclate soudainement au milieu d'une santé parfaite, qui suit une marche aiguë, et se termine en quelques jours par la guérison.

Pouvait-on admettre l'existence d'une fièvre pernicieuse à cause de la légère rémittence qui a eu lieu vers le soir? On y songea, puisque M. Martin-Solon prescrivit le sulfate de quinine, à tout événement. Toutefois il faut bien reconnaître que cette rémittence, en l'absence de toute période, si légère qu'elle fût, de froid, de chaleur, devait encore faire repousser une semblable idée.

Comment donc caractériser cette singulière affection? C'est une question à laquelle nous n'oserions répondre, et que nous nous bornons à poser à tous les observateurs.

Mais ce qu'il faut que les praticiens sachent dès à présent, c'est que les cas de ce genre ne se terminent pas toujours d'une manière aussi heureuse que le précédent. Dans le cas curieux recueilli par M. de Castelnau, la maladie se termina par la mort, et ce n'est pas le seul exemple d'une semblable terminaison que possède la science. On ne saurait donc, en face d'un cas analogue, être trop réservé sur le pronostic.

Hernie crurale prise pour un choléra. Mort. — S'il était besoin de démontrer une fois de plus combien le médecin a besoin de sang-froid, et combien il est indispensable d'arriver au lit des malades exempt de toute idée préconçue, le fait que nous avons observé il y a deux mois dans un des hôpitaux de Paris viendrait en fournir une triste preuve. Ce fait, que nous n'avons pas voulu mentionner plus tôt, se trouve assez expliqué par son titre pour qu'il soit inutile d'y insister davantage. Nous ne le mettons sous les yeux de nos lecteurs que pour leur rappeler des préceptes pratiques qu'ils n'ignorent certainement pas, mais que les hommes les plus expérimentés peuvent oublier une fois, dans le moment où il serait de la dernière importance de se les rappeler.

HOTEL-DIEU. — M. VIGLA.

Spasme de l'œsophage et du larynx terminé par la mort.

Observation suivie de réflexions, par M. le Dr VIGLA, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté de Médecine.

L'observation que nous publions est à la fois un fait des plus curieux, des plus rares et des plus intéressants pour le praticien. Nous allons d'abord faire connaître dans tous ses détails ce fait remarquable; nous le ferons suivre ensuite des réflexions et des recherches dont il a été l'occasion pour nous.

OBS. — F..., âgé de vingt-sept ans, doreur sur métaux, est d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatique; sa peau est blanche, son teint frais. Il n'a pas été malade dans son enfance. L'hiver dernier, sa santé s'est dérangée pour la première fois; il a toussé à diverses reprises, il a craché un peu de sang, le matin surtout; mais le tout sans avoir éprouvé d'affaiblissement et d'amaigrissement notables.

Son père est mort dans un hôpital à la suite d'une maladie longue, sur laquelle il ne peut donner de renseignements. Sa mère fut prise, pendant une grossesse, de rhume opiniâtre suivi d'étisie, et succomba peu de temps après avoir mis au monde un enfant mort.

Le lundi 13 septembre 1847, il est pris de céphalalgie, de toux et de difficulté dans la déglutition.

On l'amène chez moi le lendemain; je le trouve sans fièvre, mais la langue est recouverte d'un enduit saburral. Je lui conseille un émétho-cathartique pour le lendemain. (Tartre stibié, 5 centigrammes, et sulfate de soude, 30 grammes.)

Le jeudi 16 septembre, on vint me chercher pour ce jeune malade, que je vis à deux heures après midi. Il se plaint d'avoir mauvaise bouche et de la difficulté à avaler. Cependant, l'inspection du pharynx ne révèle aucun obstacle, et il peut boire devant moi sans difficulté apparente. La langue est encore chargée d'un enduit blanchâtre, épais; la respiration est libre, le pouls à 84. L'état ne me paraît pas grave.

Une bouteille d'eau de Sedlitz est avalée sans difficulté, et produit quatre ou cinq garde-robes.

La nuit fut meilleure que la précédente. Le vendredi 17, à neuf heures du matin, je trouve le malade en proie à une dyspnée extrême; il y a déjà commencement d'asphyxie. Cependant, la voix est nette, la parole bien articulée, et à l'auscultation de la poitrine, le murmure vésiculaire a presque complétement disparu, surtout à droite, et est remplacé par une sorte de ronflement sourd et profond. Le malade rejette quelques crachats muqueux qui rappellent ceux des phthisiques. Vains efforts pour avaler; l'ingestion de chaque gorgée de liquide, arrêtée au pharynx, est bientôt suivie d'efforts de vomissements considérables, et de l'excrétion des crachats dont il a déjà été parlé. Décubitus dorsal, sentiment, de la part du malade, d'un poids, d'une constriction à la partie supérieure du sternum et inférieure du cou. L'inspection de la gorge, qui est facile, ne fait découvrir aucune altération. La peau est chaude; le pouls à 135-140, fort, régulier.

Une saignée de 325 grammes est bien supportée. Le sang coule en un jet large, assez fort. Le caillot, examiné le soir, est trouvé plus noir que de coutume, un peu irisé à sa surface libre, mais exempt de couenne.

Le soir de ce jour, à sept heures et demie, je ne trouve aucune diminution dans les symptômes observés le matin.

Même dyspnée, même dysphagie, mêmes vomituritions. 40 respirations, 144 pulsations.

Un lavement purgatif est administré, gardé une demi-heure, et produit quatre à cinq évacuations dans la nuit. Un vésicatoire de 15 centimètres sur 12 est appliqué à la partie antérieure de la poitrine, et le matin du lendemain il a produit une phlyctène dans la même étendue.

Malgré les mouvements rendus nécessaires par les évacuations et une douleur assez vive occasionnée par les vésicatoires, la nuit cependant a été assez calme, en comparaison de la journée qui l'a précédée, mais sans sommeil.

Ce calme ne se soutint cependant pas au delà de la matinée du 18: les accidents reprirent une intensité nouvelle. Je transcris littéralement les notes que je recueillis au retour de ma visite, faite à trois heures et demie de l'après-midi, le samedi 18.

Inspiration et expiration également gênées, accompagnées d'un bruit sec tenant et du ronflement et du sifflement. Dilatation manifeste des espaces intercostaux, respiration diaphragmatique également exagérée. Voix naturelle, sauf le timbre un peu nasoné et quelques inflexions résultant de la dyspnée et de la douleur. Sensation de gêne, d'obstacle, de douleur depuis la partie inférieure du cou jusqu'à l'épigastre, plus prononcée à la partie supérieure du sternum, ne s'étendant pas aux autres régions de la poitrine, ne traversant pas jusqu'à la région dorsale. Nausées presque continuelles accompagnées d'un petit cri de douleur, sans efforts de vomissements très marqués. Déglutition des boissons immédiatement suivie de leur rejet par la bouche et les fosses nasales. En bouchant ses narines, le malade parvient à avaler un demi-verre de tisane, qu'il rejette presque aussitôt, et il lui semble que le liquide n'a pas pénétré au delà de la partie inférieure du cou. L'ingestion forcée de ces boissons ne provoque pas de toux, mais des vomiturations avec rejet de matières filantes, visqueuses et quantité de crachats un peu plus longs que larges, consistants, visqueux, homogènes, blanc-jaunâtre, dont l'aspect rappelle assez exactement celui des crachats de phthisies laryngées avancées. De quart d'heure en quart d'heure, l'embarras de la respiration augmente; le malade sent la nécessité de rejeter les crachats, dont il facilite l'excrétion en introduisant, avec les précautions indiquées tout à l'heure, de l'eau tiède à diverses reprises. Il réussit quelquefois à en avaler une petite quantité; celle-ci, bientôt rejetée, entraîne avec elle les crachats phthisiformes.

Le malade ne tousse pas, malgré sa dyspnée. C'est, comme je l'ai dit, par des efforts de vomissement et non de toux que les crachats sont expulsés; l'introduction des boissons ne détermine pas de nouveau malaise, n'augmente pas la dyspnée.

Le décubitus est dorsal, le malade respirant mieux dans cette position qu'assis. La face, légèrement grippée, présente une couleur violacée sur un fond pâle. Pouls à 128, régulier; peau chaud. Trente-six respirations par minute; celles-ci irrégulières, inégales, interrompues par les nausées, au point qu'il est difficile d'en compter dix de suite.

Langue couverte d'un enduit blanchâtre, épais, rouge dans toute sa circonférence, humide. Pharynx facile à apercevoir, la bouche du malade se laissant ouvrir largement. Isthme du gosier libre; pharynx, voile du palais, amygdales sans gonflement, rougeur, ni enduits.

Ventre souple, indolent; pas de nouvelles gardes-robes depuis ce matin; un lavement d'eau a été gardé.

Urine normale quant à ses qualités physiques, peu abondante.

Un peu de céphalalgie. Intelligence libre. Forces assez bien conservées. Energie morale grande. Insomnie.

Percussion : Son un peu obscur, mais égal dans les deux côtés de la poitrine.

Auscultation : Murmure vésiculaire presque complétement absent à droite et en arrière; très faible dans les points correspondants, à gauche; un peu plus sensible en avant des deux côtés.

Le souffle bronchique correspondant à l'origine des bronches est un peu exagéré et se prolonge un peu de chaque côté dans la fosse sus-épineuse.

Partout on entend profondément un bruit de ronflement, dont le maximum d'intensité est le long du sternum, surtout en haut. Au cou le ronflement est moins marqué; on entend

le souffle de la trachée. Absence de souffle tubaire et de râles humides.

Je conseillai alors d'essayer d'introduire un peu d'eau de Sedlitz, et de favoriser les vomituritions par l'ingestion d'eau tiède.

Le soir de ce même jour, M. Barth, à qui j'avais communiqué mes inquiétudes et mes incertitudes, voulut bien m'accompagner dans une nouvelle visite que je fis à mon malade à huit heures.

L'anxiété était la même, plus grande peut-être; même dyspnée, mêmes nausées et vomituritions; 140 pulsations; 36 à 40 respirations extrêmement irrégulières, difficiles à compter exactement; peau chaude. Une garde-robe a été rendue dans l'intervalle des deux visites; un peu d'urine de couleur citrine.

Voici le résultat de l'examen thoracique fait en commun :

Percussion : Son à peu près normal.

Auscultation : Murmure vésiculaire faible, mais pur en avant, manquant presque complétement en arrière des deux côtés, où il est remplacé par un ronflement; souffle trachéal, éloigné, faible dans les deux fosses sus-épineuses.

M. Barth fut d'avis que tous les accidents dont il était témoin devaient être attribués à une névrose du pharynx et de la trachée, opinion qui différait un peu de la mienne, mais que l'événement ultérieur démontra être fondée. L'un et l'autre nous écartâmes la pensée de *la rage*, que n'eût confirmée aucune morsure ou autre mode d'inoculation éprouvés par le malade; les symptômes n'étaient pas les mêmes, et surtout l'hydrophobie, nous insistâmes sur ce fait, manquait. Je reviendrai sur ce point dans les réflexions dont je me propose de faire suivre cette observation.

Notre prescription fut : Lavement avec décoction de valériane et extrait de belladone (20 centigrammes) par quart de trois en trois heures; emplâtre de diachylum saupoudré de camphre sur la poitrine.

Le premier quart de lavement fut administré à neuf heures du soir, mais le malade n'en conserva guère que la moitié; le deuxième quart, pris à trois heures du matin, et le troisième à sept heures, furent conservés intégralement.

Le dimanche 19 septembre, nuit assez calme; trois quarts d'heure de sommeil. La tendance au sommeil était marquée, mais contrariée par les vomituritions toujours fréquentes. Les crachats, moins abondants, présentent les mêmes caractères que ceux d'hier. Pouls à 108; peau moins chaude; 32 à 36 respirations, faciles à compter; facies meilleur. — Lavement *ut suprà* par quart, de trois en trois heures.

Dans l'impossibilité où j'étais de revoir le malade l'après-midi, je priai M. le docteur Genouville de vouloir bien s'en acquitter; voici le compte-rendu de sa visite rédigé par lui-même :

J'ai visité à quatre heures votre malade, ainsi que nous en étions convenus. Je l'ai trouvé dans une agitation extrême; la crise de la veille avait reparu avec une intensité plus grande. On avait suspendu le lavement jusqu'à mon arrivée, et j'ai insisté pour qu'il fût donné. Je fis mettre en même temps deux sinapismes aux pieds.

» A six heures, la sœur de ce jeune homme vint me chercher pour voir au plus vite son frère, que je trouvai encore plus oppressé et dans une angoisse inexprimable. J'introduisis la sonde œsophagienne, et versai environ un demi-verre de tisane dans son estomac. Le liquide fut rejeté à l'instant même; et cependant un peu de calme se manifesta, calme probablement trompeur. J'ai quitté le malade, persuadé que bientôt il serait quitte de toutes ses souffrances. Cependant, j'ordonnai un nouveau lavement et des sinapismes mitigés promenés sur les mollets et sur les cuisses. »

La mort eut lieu vers la fin de la nuit suivante. Les parents du malade n'ont pas remarqué de symptômes nouveaux dans les derniers moments de la vie.

Ayant obtenu l'autorisation de faire l'autopsie, je procédai le mardi, 21, assisté de M. Lailler, interne des hôpitaux, à cette opération, qui eut lieu vingt-huit heures après la mort, et dont voici les détails recueillis pendant l'ouverture même :

Rigidité cadavérique très prononcée. Taches vert-bleuâtre et dilatation des veines superficielles aux membres supérieurs et inférieurs. Ecume sanguinolente et sang pur sortis en abondance par la bouche.

L'examen le plus attentif ne peut faire reconnaître de lésion sur la base de la langue, dans le larynx, le pharynx et l'œsophage, dont la membrane muqueuse est décolorée. La trachée artère, à partir du deuxième anneau, présente une injection, ou plutôt une imbibition d'un rouge livide, qui se continue jusque dans les dernières divisions bronchiques. Un fait remarquable est la dilatation de ces dernières, dilatation telle, qu'on les suit facilement par l'incision jusqu'à la surface des poumons, où elles conservent le calibre qu'elles présentent à partir de la troisième ou quatrième de leurs divisions. Une couche mince de sérosité sanguinolente existe dans la trachée artère et les premières ramifications bronchiques. Nulle part on ne trouve de mucus semblable à celui qui a été rejeté pendant la vie. Les ganglions bronchiques et le tissu cellulaire qui entourent la trachée offrent une coloration rouge semblable à celle de la membrane muqueuse des voies aériennes. D'ailleurs ces ganglions sont peu volumineux. Un seul d'entre eux est altéré dans sa texture; il se transforme en matière crétacée. Les nerfs diaphragmatiques et pneumo-gastriques, isolés de la plèvre et du tissu cellulaire, n'ont pas la coloration rouge de ce dernier; ils paraissent d'ailleurs très sains dans toute l'étendue de leur trajet.

Les plèvres sont exemptes d'adhérence. Les poumons sont comme insufflés, crépitants, d'une coloration rouge qui rappelle l'asphyxie. Incisés et comprimés, ils laissent échapper un sang fluide, noirâtre, et beaucoup d'air; mais aucune portion de ces organes n'est engouée ou splénisée. Ils ne contiennent pas de tubercules.

Le cœur est mou, flasque. L'oreillette droite renferme un petit caillot fibrineux, bleuâtre, et le ventricule du même côté un peu de sang noirâtre ayant la consistance de la gelée de groseilles.

Le sang qui s'écoule de tous les organes est poisseux et noirâtre.

Coloration violacée et imbibition sanguine de tous les viscères et membranes contenus dans l'abdomen, et trouvés d'ailleurs exempts d'altérations pathologiques.

La bile, contenue en assez grande quantité dans la vésicule, est de consistance sirupeuse et noire.

Une couche assez abondante de mucus jaunâtre tapisse la membrane muqueuse de l'intestin grêle.

Le cerveau et ses membranes, moins injectés que les organes des deux autres cavités, sont également trouvés sains.

La moelle épinière n'a pas été examinée.

Réflexions. — § I. Peut-on conserver quelque doute sur la nature spasmodique de la maladie dont j'ai donné l'histoire? Je ne le pense pas. L'autopsie a été faite avec le plus grand soin par deux personnes habituées aux recherches cadavériques, et l'examen du malade pendant la vie avait déjà conduit M. Barth à la caractériser ainsi.

Je n'étais pas, je l'avoue, aussi convaincu que mon honorable collègue, avant les résultats nécroscopiques. L'intensité du mouvement fébrile, une certaine continuité dans les accidents, quoique avec des exacerbations intermittentes, l'intensité même des symptômes, si on les comparait à ce que l'on observe dans l'œsophagisme, dont le pronostic est loin d'offrir ordinairement une semblable gravité; tout cela, dans mon esprit, combattait la pensée d'une simple névrose. Et puis ce jeune homme était né d'une mère probablement tuberculeuse; il avait toussé l'hiver précédent, il avait cet ensemble de caractères physiques qui paraissent prédisposer à la phthisie pulmonaire. J'avais soupçonné une tuberculisation des ganglions bronchiques avec lésion des nerfs pneumogastrique ou grand sympathique.

Les seules altérations constatées doivent être rapportées à l'asphyxie. Celle-ci a été la conséquence des troubles apportés dans la contraction des muscles du larynx, affectés eux-mêmes de spasme. Cette extension de la maladie spasmodique du pharynx et de l'œsophage au larynx est un fait fréquemment observé dans l'œsophagisme. Dans la remarquable description que Frédéric Hoffmann nous a tracée de cette maladie, la coïncidence est notée comme à peu près constante, ainsi que le témoigne le passage suivant : « Partium pharyngi cohærentium, linguæ, *laryngis* atque totius colli rigida » constrictio, impeditus motus ac dolor urgent; vexat » *suffocativa molestia* ac sensatio pali faucibus infixi, » ac si quicquam inde vellet proserpere. » (*De morbis œsophagi spasmodicis*, § IV.) A l'appui de cette assertion, nous citerons encore le passage suivant de la monographie estimée de Mondière (*Arch. de méd.*, 1833, 2e série, tome Ier) : « Souvent le spasme (de l'œsophage) se propage aux organes de la respiration, et aux accidents que nous avons énumérés viennent se joindre tous les phénomènes d'une suffocation imminente; la voix est éteinte, la respiration se fait par saccades et à de longs intervalles. C'est dans les cas de cette nature, où l'éréthisme nerveux est devenu général et est porté à un degré très élevé, que l'on a vu, surtout lorsque l'imagination vient encore aggraver ce trouble profond de l'économie, survenir, par la respiration d'un air frais, par la déglutition ou seulement à la vue d'un liquide, ces accidents terribles et trop souvent mortels dont l'ensemble a reçu le nom d'hydrophobie. » (*loc. cit.*, p. 480.)

Quoi qu'il en soit de cette espèce de solidarité de l'œsophage et du larynx affectés de spasme, la terminaison par la mort, comme cela a eu lieu dans le cas observé par nous, est heureusement très rare, si j'en crois les nombreuses recherches auxquelles je me suis livré sans trouver un second exemple de spasme idiopathique de l'œsophage terminé par la mort. Je sais que M. Barth a vu un de ses malades succomber à cette même maladie, mais il y avait en même temps des tubercules pulmonaires. Telle fut encore, on peut l'admettre, la cause de la mort chez deux malades qui présentaient en même temps une affection aiguë du cœur, et dont l'histoire nous est transmise par Portal. (*Mémoires sur la nature et le traitement de plusieurs maladies*, tome IV, p. 9 et suiv.)

La première malade dont parle cet auteur fut atteinte d'une vive douleur dans la région du pharynx et du larynx, avec difficulté de parler, d'avaler et de respirer; sa voix était devenue très rauque, et d'autres fois si aiguë qu'elle ressemblait au son d'un sifflet; la déglutition était aussi très difficile, surtout celle des liquides, qui refluaient souvent dans les fosses nasales : la malade éprouvait une grande soif; la fièvre était vive, le pouls étant serré et fréquent, cependant quelquefois avec relâche, et le pouls étant alors plus développé, plus lent, un peu intermittent, avec des faiblesses fréquentes, qui devenaient intenses de plus en plus, sans aucune sensation douloureuse dans la région du cœur. Portal et le médecin ordinaire crurent à l'existence d'une forte esquinancie. Trois saignées du bras qui furent faites donnèrent un sang très couenneux, mais ne diminuèrent pas les accidents; il en fut de même des autres moyens mis en usage : le pouls s'affaiblit, et fut non-seulement moins fréquent, mais même se ralentit considérablement; la difficulté de respirer augmenta; les urines étaient toujours très rouges et foncées; les selles supprimées, les syncopes plus graves, et la mort eut lieu le septième jour de la maladie.

A l'autopsie, Portal croyait trouver le siége de la maladie dans le larynx et la trachée-artère, ainsi que quelque phlogose dans le pharynx et l'œsophage; mais point du tout, ces parties nous parurent dans l'état naturel. C'étaient donc le péricarde et le cœur qui étaient le siége de la maladie. Le péricarde était très enflammé, d'un rouge violet; ses parois étaient épaisses et ramollies, ayant contracté des adhérences avec le cœur par des concrétions albumineuses très dures. La surface extérieure du cœur était couverte d'une pareille humeur concrétée; les cavités de cet organe étaient plus amples que dans l'état naturel et contenaient beaucoup de sang noir, ainsi que des concrétions albumineuses; son tissu était d'un rouge très foncé, et se relâchait tellement qu'on le déchirait sans peine; les viscères du bas-ventre parurent dans l'état naturel.

La seconde malade était une fille de sept ans morte après avoir éprouvé les symptômes du croup les plus caractéristiques : douleur vive dans la région du larynx, quintes de toux fréquentes, voix glapissante, difficulté de respirer, saignement du nez à plusieurs récidives. Elle succomba rapidement après avoir éprouvé plusieurs syncopes qui avaient été progressivement plus intenses. Le larynx et la trachée-artère ne présentèrent rien d'anormal; le péricarde était d'un rouge-violet et le cœur très ramolli.

Baillie (*Traité d'anatomie pathologique du corps humain*), sans parler du degré de fréquence de la mort dans la constriction spasmodique de l'œsophage et sans citer d'observation, dit « qu'on trouve l'œsophage, dans un corps mort à la suite de cette maladie, plus ou moins resserré dans une partie quelconque et plus dur que dans l'état naturel, comme il arrive toujours à des muscles dans l'état de contraction. Aucune désorganisation des parties n'accompagne pour l'ordinaire cette maladie »

Nous n'avons constaté rien de semblable à l'autopsie de notre malade. Ajoutons cependant que Howship (cité par Mondière) a vu l'œsophage resserré dans un point, mais sans altération aucune des tissus, et que M. Larrey a trouvé le pharynx et l'œsophage contractés avec force sur quelques cadavres de tétaniques.

§ II. Quand je cherchais pendant la vie de mon malade à me rendre compte de ces étranges et terribles symptômes, à en pénétrer la nature et la cause, la pensée de l'infection rabique me vint presque tout d'abord. Je m'assurai que le malade n'avait point été mordu, et l'observation attentive des phénomènes morbides devenait confirmative de ce renseignement, car ils ne ressemblaient pas à ceux de la rage. En effet, notre malade pouvait non-seulement regarder l'eau sans répulsion, mais il pouvait faire pénétrer ce liquide au delà du pharynx, et répétait fréquemment cette ingestion pour provoquer l'expulsion des mucosités abondantes qui semblaient contribuer à rendre difficile l'introduction de l'air dans le larynx.

Cette névrose, différente de la rage et de l'hydrophobie, était-elle idiopathique ou symptomatique? L'analyse des altérations anatomiques semble déjà résoudre la question en faveur de la première de ces deux alternatives. En est-il de même des données fournies par l'étude des symptômes? Le malade se plaignait dès les premiers jours de difficultés à avaler et d'un peu de toux; mais il avait déjà de l'inappétence, de la céphalalgie sans fièvre; il avait la langue très sale, et je ne doutai pas à mon premier examen que tous ces symptômes ne dussent être rapportés à un embarras gastrique. Mon traitement fut basé d'ailleurs sur ce diagnostic, et les indications bien remplies; mon malade n'en alla pas mieux. Il est bon cependant de rappeler que les auteurs qui ont le mieux étudié et décrit l'œsophagisme n'ont pas manqué de signaler cette influence de l'état saburral des premières voies sur la production de la maladie. « Vi consensus, quem gula cum ventriculo et intestinis fovet, » ex horum vitio gulæ spasmus suboriri potest. Sic ex » saburra acri, acida, biliosa ventriculi et intestinorum, » id mali facile generatur.... » (Fred. Hoffmann; *loc. cit.*, § XXI.)

On trouvera dans l'article de Mondière des faits qui établissent que l'œsophagisme peut dépendre d'une inflammation simple de l'estomac, de troubles divers de la digestion, et bien plus souvent encore de l'eschare organique de l'estomac.

§ III. Bien que cette maladie, dont la durée n'a guère été que de six jours, ait marché d'une manière à peu près continue, je ferai cependant remarquer que le quatrième jour, le malade put avaler une bouteille entière d'eau de Sedlitz; il est vrai que ce fut la dernière rémission. La première malade de Portal ne vécut que sept jours; la seconde, moins longtemps encore. Il ne faut pas d'ailleurs s'étonner trop de cette continuité, exceptionnelle il est vrai, dans l'œsophagisme d'intensité moyenne. « Le spasme de l'œsophage, dit Mondière, n'a point de durée fixe; il peut n'exister que vingt quatre heures ou se prolonger sans la moindre rémission pendant des jours entiers. Osterdyk en a vu un durer

douze jours sans la moindre relâche. Ce dernier cas est rare (et j'ajouterai, doit être le plus souvent mortel); car si l'œsophagisme se prolonge pendant des mois et même des années, comme Zimmermann l'a observé chez une dame qui en était atteinte depuis cinq ans, et que l'on avait condamnée comme ayant un rétrécissement organique, il y a toujours des intervalles plus ou moins longs pendant lesquels les malades peuvent facilement avaler. »

§ IV. Les auteurs ont distingué différentes formes de la maladie, suivant que le spasme occupe le pharynx et la partie supérieure de l'œsophage, ou un point de celui-ci plus rapproché de l'estomac. Je ferai remarquer que notre malade doit appartenir à cette seconde catégorie; cela est démontré par la facilité avec laquelle il pouvait introduire une certaine quantité de liquide qu'il rejetait presque aussitôt après par régurgitation. Le mucus expectoré spontanément, ou entraîné avec le liquide régurgité, était assez abondant, comme cela a lieu ordinairement, mais différait par ses qualités physiques de celui dont Hoffmann et Mondière parlent dans leurs observations. Je rappellerai qu'après les avoir examinés avec soin, je ne pouvais mieux les comparer qu'à ceux de la phthisie laryngée. «Sæpissime, dit Hoffmann, » muci limpidi per os contingit rejectio, ab ipsa vomi- » tione penitus distinguinda. » Les malades éprouvent ordinairement, dit Mondière, dans le trajet de l'œsophage, de la gêne, qui, chez quelques-uns, se change en une constriction douloureuse. Tantôt cette constriction suscite des efforts d'expectoration et fait craindre la suffocation, tantôt elle donne lieu à des efforts violents pour vomir; quelquefois à des vomissements ou au rejet d'un mucus abondant et limpide. A part cette légère différence, notre malade présentait un tableau exact et complet de la maladie décrite par les auteurs.

§ V. S'il est pénible pour le médecin à qui la science ne fait point perdre de vue l'art de constater des lésions organiques dont on conçoit difficilement la curabilité, il l'est bien plus encore de trouver les organes exempts d'altérations. Si le praticien trouve une excuse dans les premières, il doit se montrer plus sévère envers lui-même en leur absence. J'ai cru saisir une première indication dans l'état des premières voies digestives, et là maladie a marché malgré deux ou trois purgations abondantes. Dans une seconde phase de la maladie, la saignée, indiquée par la chaleur de la peau, la force et la fréquence du pouls, la dyspnée, n'a pas mieux réussi; eussé-je été plus heureux si, dès le début, j'eusse employé les antispasmodiques, administrés seulement les cinquième et sixième jours de la maladie, dans des conditions devenues difficiles par l'impossibilité absolue de déglutition? L'expérience ultérieure peut seule résoudre cette question. Je citerai seulement, en faveur du traitement antispasmodique, la première observation de Fréd. Hoffmann: Le malade dont il s'agit éprouva une première et violente attaque d'œsophagisme avec spasme laryngien, qui céda au bout de plusieurs heures sous l'influence de sueurs abondantes et soutenues, mais ne tarda pas à se reproduire pour durer beaucoup plus longtemps, malgré la saignée et une médication variée et active dans laquelle figurent les purgatifs, les narcotiques, les antispasmodiques, etc. Il prit un jour, et par erreur, en une seule dose (l'auteur ne dit pas si ce fut en lavement ou par la bouche) deux scrupules de camphre dissous dans l'huile d'olives; il s'ensuivit des convulsions violentes, épileptiformes; mais le malade fut délivré de toutes constrictions œsophagiennes, et ne tarda pas à guérir complétement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

Séance du 7 novembre 1849.—Présidence de M. Deguise père.

Varice artérielle du crâne.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le cas de vacice artérielle de la tête, communiqué dans une précédente séance par M. Maisonneuve; et c'est à lui de répondre aux différentes objections qui lui ont été adressées.

« Parmi ces observations, dit M. Maisonneuve, il en est de deux natures; les unes me sont personnelles, les autres sont générales et s'appliquent à l'ensemble de la question. Je ne m'arrêterai pas longuement aux premières ni à celles qui me touchent d'une manière directe, mais j'insisterai davantage sur les remarques que je veux faire relativement aux secondes observations.

» M. Giraldès, dit-il, m'a reproché d'avoir injecté les artères sur la pièce pathologique, parce que cette injection avait altéré la tumeur. Je répondrai à cela qu'il me paraissait utile de faire cette injection, et qu'il suffit d'ailleurs de vider les artères pour apprécier leur état morbide.

« M. Lenoir a établi les distinctions à faire entre les tumeurs artérielles du crâne, en me reprochant d'avoir laissé du doute sur la nature de la tumeur dont j'ai rapporté l'histoire. Je rappellerai seulement que je n'avais pas d'incertitude sur le diagnostic de cette tumeur, qui était bien démontrée, pour moi, comme formant une varice artérielle.

» C'est ce que j'avais à dire pour le fait qui m'est propre.

» Quant à ce qui touche la question générale, les observations auxquelles j'ai à répondre sont de deux ordres; les unes s'élèvent contre la méthode que j'ai suivie, la ligature des artères, et les autres contre le procédé que j'ai employé. La ligature, pour les tumeurs dont il s'agit, a été rejetée par plusieurs chirurgiens comme une mauvaise méthode de traitement. J'ai peu de chose à ajouter à cet égard, puisque M. Robert a déjà répondu aux objections adressées à cette méthode, et démontré que, si la ligature était impuissante à la guérison, elle était au moins utile à la maladie. Ainsi, on a été trop loin en proscrivant la ligature. L'ablation de la tumeur, que préférerait M. Chassaignac, ne compte pas assez de faits en sa faveur pour pouvoir être jugée définitivement.

» Un reproche a été fait directement à la ligature de la carotide externe, comme étant plus dangereuse et moins efficace que la ligature de la carotide primitive. Je répondrai que jamais la ligature de la carotide primitive n'a guéri de varice artérielle; c'est un moyen insuffisant qui n'exclut pas la recherche d'autres moyens meilleurs; et c'est dans le but d'obtenir un résultat plus favorable que je me suis décidé à lier la carotide externe, comme étant le vaisseau afférent à la tumeur le plus direct. La ligature de la carotide externe, a-t-on dit, n'est pas plus efficace que, la ligature de la carotide primitive. Je répondrai encore que, dans le cas particulier dont j'ai relaté ici l'observation, l'efficacité de cette ligature a été pour ainsi dire palpable, malgré l'insuccès de l'opération et la mort de la malade. La preuve de ce que j'avance, c'est que les battements se trouvaient suspendus dans la tumeur, qui s'était affaissée en perdant une partie de son volume, c'est que les petites tumeurs environnantes avaient diminué aussi proportionnellement. N'est-il pas à présumer, d'après cela, que la tumeur aurait suivi la marche des tumeurs pulsantes, et serait arrivée à une guérison complète? Il y a eu, en définitive, arrêt des battements et oblitération commençante des artères malades: donc il y a eu une marche vers la guérison. Il n'est pas juste ainsi d'assimiler cette ligature à d'autres.

» Pour moi, ajoute M. Maisonneuve, la ligature de la carotide externe a été plus efficace que celle de la carotide primitive, puisque cette première artère établissait une communication directe avec la tumeur; et ne sait-on pas qu'un organe peut être flétri par la ligature directe de son artère principale?

» Une objection capitale a été faite. La ligature de la carotide externe, a-t-on dit, est fort grave, et il faut s'attendre à des conséquences malheureuses. Je répondrai à cette objection: ce n'est pas la ligature de la carotide externe, mais celle de la carotide primitive, qui a déterminé le résultat funeste chez ma malade. La gangrène du cerveau, après cette opération, n'est pas un accident exceptionnel, mais fréquent; il figure pour un sixième dans des cas analogues: de là donc plus de gravité. C'est pourquoi j'ai voulu éviter la ligature de la carotide primitive.

» Quant à l'influence que la lésion d'un nerf a pu avoir sur la terminaison mortelle, j'avoue, dit M. Maisonneuve, que dans l'opération il y a eu, en effet, cet accident, un cordon nerveux du grand sympathique a été serré dans la ligature de la carotide interne; mais je ne pense pas que cet accident puisse être considéré comme cause de la mort, et je ne l'ai constaté, du reste, qu'à l'autopsie.

» Non-seulement la ligature de la carotide externe est peu dangereuse, selon moi; mais elle n'est pas plus difficile que la ligature de la carotide primitive. Les chances d'hémorrhagie ne sont pas essentiellement unies à cette ligature, mais elles sont possibles comme dans toute autre ligature d'artère. En cherchant à me rendre compte du fait que j'avais sous les yeux, j'ai vu une suppuration abondante baigner le vaisseau dans le point où il avait été lié, et le pus tomber même un peu plus bas, d'où devait résulter un obstacle à l'oblitération de l'artère: c'est donc là un accident qui peut se présenter dans d'autres ligatures, et par conséquent c'est une question accessoire que celle-là.

» Je croyais être le premier, ajoute M. Maisonneuve, à avoir pratiqué la ligature de la carotide externe, et lorsque j'ai fait ma communication, je n'en connaissais pas d'exemple; mais il en existe un cas assez remarquable dans la *Gazette Médicale* de 1841. M. Wurtzer, ayant à opérer un cancer des amygdales et du voile du palais, a fait, préalablement à l'ablation de la tumeur, la ligature de la carotide externe. L'opération a réussi comme ligature; mais la récidive de la tumeur a eu lieu, et a fait succomber le malade quelque temps après. Je ne connais pas d'autre fait que celui-là; cependant M. Velpeau, dans l'appendice de sa *Médecine opératoire*, dit que Mott (de New-York) a fait deux fois la ligature de la carotide externe, mais sans donner de détails à ce sujet. Le fait de Wurtzer est donc très important, parce qu'il est semblable au mien.

» En résumé, dit M. Maisonneuve en finissant, je considère la ligature de la carotide externe, premièrement, comme applicable aux varices artérielles de la tête; secondement, comme moins dangereuse que la ligature de la carotide primitive; troisièmement, comme prévenant mieux l'hémorrhagie; et, en conséquence, je persiste dans les opinions que j'ai exprimées. »

M. Giraldès fait observer que M. Maisonneuve s'est appuyé sur ce que la ligature de la carotide externe avait déterminé l'affaissement de la tumeur, en disant qu'à cette ligature seule on devait attribuer un tel résultat; « mais, ajoute M. Giraldès, M. Maisonneuve est à cet égard dans l'erreur; et la preuve, c'est que, dans le cas de Wardrop, terminé aussi par la mort, la cessation des battements dans la tumeur a été l'effet de la ligature de la carotide primitive. Dans d'autres cas, on avait commencé par lier les artères les plus rapprochées de la tumeur sans en obtenir le même résultat. »

M. Maisonneuve ne connaît pas le cas de Wardrop, ou il le connaît peut-être sans se le rappeler, et il voudrait que M. Giraldès voulût bien lui donner des détails à ce sujet. Il n'est pas étonné que la ligature des artères afférentes n'ait point réussi; car rien ne prouve, en effet, qu'en liant les petites artères ou les plus proches de la maladie, on réussisse autant que si on lie le tronc principal.

M. Giraldès répond à M. Maisonneuve que, dans les cas cités, on a lié toutes les artères.

M. Maisonneuve n'admet pas qu'il en ait été ainsi, parce qu'on ne peut le savoir avec certitude.

M. Chassaignac, en examinant un dessin de la pièce pathologique de M. Maisonneuve, ne croit pas qu'il existe de cas plus propres à prouver les chances de succès que l'on aurait eues en pratiquant l'ablation de la tumeur. « Cette tumeur, dit-il, n'excédait pas le volume d'un œuf de poule; l'extirpation n'aurait été qu'une petite opération; car, en faisant une double incision elliptique, on aurait eu peu de perte de substance, et on aurait ainsi enlevé la totalité du mal. Je suis plus confirmé que jamais dans l'utilité du précepte de Johnson. C'est, ajoute-t-il, proclamer une grave erreur anatomique que de prétendre arrêter la circulation dans une tumeur semblable en liant le tronc artériel et les artères afférentes, comme s'il ne restait pas, pour alimenter cette tumeur, les anastomoses avec les artères du côté opposé; en outre de l'artère ophthalmique, qui pourrait y suffire? En conséquence, dit M. Chassaignac en terminant, il fallait, selon moi, faire l'ablation de la tumeur et non la ligature des artères carotides.»

M. Robert, voulant répondre à l'argumentation de son collègue, s'exprime à peu près ainsi: « M. Chassaignac, dit-il, nous concède d'abord que rien ne peut guérir les varices artérielles; mais, moi, je ne lui concède pas que l'extirpation leur soit applicable, elle est même de toute impossibilité matérielle pour moi. De plus, comme l'a dit M. Chassaignac lui-même dans sa thèse, cette maladie, localisée d'abord, s'étend ensuite de proche en proche, et engage enfin une solidarité complète entre toutes les artères de la surface de la tête. Il en résulte ainsi l'impossibilité d'enlever toutes les artères malades.

» Je crois, ajoute M. Robert, que M. Chassaignac confond ici les varices artérielles et certaines tumeurs érectiles; il l'a fait supposer du moins en citant le fait de M. Marjolin fils. On ne peut guérir que les tumeurs de la nature de celle-là; tandis que, dans les autres cas, la tumeur, primitivement sous-cutanée, finit par envahir les gros vaisseaux. Je n'ai point tout d'abord fait ces réflexions, parce qu'elles sont bien connues. Breschet les a parfaitement exposées; il a comparé les varices artérielles aux varices des veines, et il n'a pas établi de différences entre les grosses artères et les petites à cet égard. A. Bérard et M. Denonvilliers ont bien démontré aussi la formation de ces varices artérielles; et leur dilatation, envahissant les gros troncs, en rend ainsi l'ablation impossible. J'ai dit que, dans la plupart des cas, par la ligature de la carotide primitive, la maladie se trouvait enrayée. Je ne rappellerai pas à cet égard des faits qui ont été déjà cités; je n'ai point parlé, du reste, des tumeurs de la face; mais je raconterai le fait suivant à l'appui de l'opinion que je soutiens ici:

» J'ai assisté il y a onze ans à une ligature de la carotide primitive qui fut faite par M. Pinel Grandchamp, chez une dame âgée de quarante-cinq ans, pour une tumeur artérielle de la face occupant la joue droite et les lèvres. L'origine de la maladie remontait à vingt années environ. Des ulcérations et des hémorrhagies s'étaient fréquemment renouvelées. M. Pinel Grandchamp avait successivement lié les deux artères faciales, la temporale, la transversale de la face et la sous-orbitaire du côté droit, mais sans aucun résultat. Ce fut alors, c'est-à-dire en 1838, qu'il se décida à faire la ligature de la carotide primitive. M. H. Larrey, qui a vu cette malade, et qui assistait à cette opération, en a sans doute gardé le souvenir. La tumeur fut dès lors dans un état stationnaire, et la malade, se trouvant mieux, entra dans une communauté religieuse, où elle a continué d'aller assez bien, sauf quelques hémorrhagies peu abondantes, qui ne semblent pas s'être renouvelées depuis longtemps.

» Ainsi, voilà un cas encore, ajoute M. Robert, un cas d'amélioration réelle, même à la face, par la ligature de la carotide primitive, tandis que la ligature des artères afférentes avait été inutile. Ce ne sont donc pas des maladies locales que celles-là.

» Je me rappelle, dit M. Robert en terminant, le conseil que m'avait donné M. Morel-Lavallée pour l'une de mes deux malades: c'était d'essayer l'électricité au centre de la tumeur, après avoir appliqué à sa base une compression circulaire à l'aide d'un anneau métallique. Le conseil de ce moyen ingénieux était fondé sur les idées de M. Pétrequin, mais il ne paraissait pas applicable au cas qui se présentait, à cause de l'étendue de la tumeur, et je n'ai pas osé l'employer. »

M. Loir rappelle qu'il a fait, il y a quelques années, un travail, dans lequel il a cherché à démontrer que l'hypertrophie artérielle était un état d'abord local, circonscrit, subissant l'influence de l'altération des autres tissus. Il a communiqué vers cette époque à M. Breschet, un fait qui parut lui offrir un grand intérêt: c'était une varice artérielle compliquée d'un anévrisme poplité, dont il a montré le dessin à la Société de chirurgie.

M. Gosselin considérant cette discussion comme épuisée, propose l'ordre du jour, mais sa proposition n'est pas adoptée.

M. Chassaignac revient une dernière fois sur l'utilité, sur la nécessité même de recourir à l'ablation des varices artérielles plutôt qu'à la ligature des troncs vasculaires, toutes les fois que la tumeur n'aura pas acquis un développement trop considérable; et il insiste d'autant plus, que cette ablation a été faite avec succès dans de semblables circonstances. Le fait de M. Maisonneuve est concluant à cet égard, et on veut la ligature pour une tumeur aussi circonscrite que celle-là! M. Chassaignac ne saurait faire une telle concession.

M. Larrey ne voudrait pas sans nécessité prolonger cette discussion, mais il désire exposer succinctement les motifs qui l'engagent à prendre la parole.

« J'avais l'intention, dit-il, de faire remarquer tout d'abord à M. Maisonneuve qu'il n'avait pas assez précisé diverses circonstances de son observation, parce qu'il me semblait qu'en raison de la cause mécanique de cette tumeur, de son développement récent, de son petit volume, M. Maisonneuve, avant d'avoir essayé tout autre moyen de guérison, s'était décidé peut-être hâtivement à faire la ligature successive des artères carotides externe, primitive et interne.

» Je ne reviendrai pas sur des objections qui on été mieux faites et plus à propos à M. Maisonneuve par quelques-uns de nos honorables collègues ; mais, en ce qui touche à la question générale du traitement, je me rangerais volontiers à l'avis de M. Chassaignac, préférant, comme lui, l'ablation de la tumeur à la ligature artérielle, avec cette condition d'agir ainsi lorsque la maladie, limitée à de petits vaisseaux, n'a pas encore acquis d'extension par l'envahissement de grosses artères, c'est-à-dire lorsque la varice anévrismale ou artérielle est encore une lésion locale assez circonscrite et récente, accessible enfin à des moyens directs. Or telles étaient à peu près, il me semble, les conditions dans lesquelles se trouvait la jeune femme opérée par M. Maisonneuve.

» Mais dans les conditions contraires, ajoute M. Larrey, au lieu de l'ablation de la tumeur, la ligature du tronc carotidien me semblerait devoir être préférée, selon l'opinion de M. Robert, et comme je lui ai vu faire cette opération chez sa seconde malade, comme je l'ai vu pratiquer aussi par M. Pinel Grandchamp, telle enfin qu'elle a été faite à ma connaissance dans le cas suivant que je vais exposer en quelques mots.

» Un sergent de la ligne, jeune encore et bien portant, s'était présenté, en 1828, à l'hôpital du Gros-Caillou pour une tumeur de la région temporale gauche développée depuis plusieurs années par suite d'une cause mécanique, mais paraissant d'origine congéniale. Cette tumeur, largement étalée à la surface du crâne, remplissait la fosse temporale, offrait plusieurs des caractères assignés aux tumeurs fongueuses sanguines, et se compliquait de phénomènes cérébraux dès qu'elle était soumise à une compression un peu forte. Mon père, après l'avoir examinée attentivement, ne crut pas devoir faire une opération hasardée dans un cas aussi grave, et il me chargea de conduire le malade à l'Hôtel-Dieu pour avoir l'avis de M. Dupuytren. La tumeur, explorée par lui avec le plus grand soin et en présence de ses élèves, auxquels il en fit une démonstration clinique, lui parut être d'une nature essentiellement érectile; mais Dupuytren pensa qu'il fallait s'abstenir de toute opération provisoirement, et mon père adopta son avis.

» Le jeune sergent, réformé du service, retourna dans son pays, près de Metz, où je lui avais conseillé de voir le chirurgien en chef de l'hôpital militaire, M. Willaume, dont l'expérience et le caractère sont dignement appréciés par tous les chirurgiens de l'armée. La tumeur était devenue alors plus développée, plus saillante et semblait devoir faire des progrès incessants. Le malade s'en inquiétait beaucoup, et désirait une opération qu'il savait pouvoir être la ligature d'un vaisseau du cou. M. Willaume, sans partager sa confiance et incertain aussi du résultat à raison des anastomoses multipliées de l'un et l'autre côté de la tête, finit cependant par se décider à pratiquer la ligature de la carotide primitive avec l'assistance de MM. Hénot, Soudan, Mansuy et Scoutteten. L'opération n'offrit rien d'extraordinaire ; la tumeur s'affaissa aussitôt un peu et se décolora; puis elle resta stationnaire après la cicatrisation de la plaie, et plus tard, lorsque le malade eut quitté l'hôpital, elle parut n'avoir pas fait de progrès, sans offrir cependant de tendance vers la guérison (1).

» Tel est, dit M. Larrey en terminant, le fait qui me semble pouvoir s'ajouter à ceux qu'a cités M. Robert comme exemple de cure palliative. Il est extrait de mes notes et d'une lettre que M. Willaume a eu l'obligeance de m'écrire; mais il n'a été, que je sache, publié nulle part. C'est pourquoi j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt pour la discussion, en m'excusant de l'avoir ainsi prolongée. »

(1) « J'appris vers cette époque, m'écrivait M. Willaume, que ce sujet avait été présenté à Dupuytren, qui avait refusé de l'opérer. Ce refus du grand chirurgien, s'il m'eût été connu, eût certainement modifié ma manière de raisonner et d'agir en cette circonstance. »

Correspondance.

L'Académie chirurgicale de Madrid a chargé son secrétaire général d'écrire à la Société de chirurgie que, désirant entretenir avec elle des relations plus directes, elle lui offre le premier volume de ses mémoires annuels et son journal intitulé l'*Union chirurgicale*, en échange des mémoires publiés par la Société de chirurgie de Paris. Si cette offre est acceptée, l'Académie chirurgicale de Madrid propose à la Société de chirurgie de faire aussi un échange de diplômes entre les membres des deux bureaux comme témoignage de bonne confraternité.

— La séance est levée à cinq heures et demie. H. L.

CORRESPONDANCE.

Traitement de la grenouillette.

Monsieur et très honoré confrère,

La Société de Chirurgie s'occupait, dans une de ses dernières séances, des tumeurs sublinguales connues sous le nom de grenouillette.

Que ces tumeurs soient dues à une dilatation du conduit de Warthon, ou qu'elles soient constituées par un kyste séreux ou séro-muqueux, comme le pensait Dupuytren, que l'on désigne même sous le nom de grenouillette les tumeurs solides développées sous la langue, je regrette que la science ne possède qu'un seul mot pour désigner des affections si diverses; mais je ne viens pas m'immiscer à cette savante discussion, je viens seulement vous communiquer un cas de cette maladie dans lequel la guérison a été obtenue par un procédé que je crois nouveau.

Dans l'année 1844, une enfant âgée de quatre ans se présente à mon observation. Cette enfant porte sous la langue une tumeur saillante à l'intérieur de la bouche et remplissant la partie antérieure du plancher de cette cavité, molle, fluctuante, sans rougeur ni sensibilité anormales, offrant, en un mot, tous les caractères d'un kyste séreux.

La mère de cette enfant m'apprend que cette tumeur a commencé à paraître à l'âge de deux ans, que déjà deux opérations ont été infructueusement pratiquées. La première fois, une incision simple a été faite ; la seconde fois, on a eu recours à la cautérisation avec le fer rouge. Aux deux fois la tumeur s'est vidée, mais n'a pas tardé à récidiver, comme il arrive presque inévitablement à la suite des deux procédés employés.

Que cette tumeur dépendît de la dilatation du conduit de Warthon ou de la formation d'un kyste séreux ou séro-muqueux, la membrane tapissant la cavité de cette tumeur devait m'offrir les caractères et les propriétés des séreuses, et j'eus recours au procédé opératoire suivant :

Une première incision est faite avec un histouri droit se dirigeant, d'arrière en avant, depuis le centre de la tumeur jusque près de l'arcade dentaire. Un liquide blanc, transparent, visqueux, s'écoule de l'incision. De l'extrémité postérieure de cette incision, je fais avec des ciseaux deux autres incisions, l'une se dirigeant obliquement de droite à gauche et d'avant en arrière, l'autre de gauche à droite et d'avant en arrière. Ces deux incisions forment avec la première deux angles de 120 degrés chacun. La paroi supérieure de la tumeur se trouve alors divisée en trois lambeaux triangulaires, dont le sommet répond au centre et la base à la circonférence de cette tumeur.

Je saisis avec des pinces à disséquer un premier lambeau et fais pénétrer une aiguille courbe, enfilée d'un fil de soie ciré, vers le sommet de ce lambeau et de dehors en dedans, c'est-à-dire de sa face superficielle ou muqueuse vers sa face profonde ou séreuse; puis, pliant ce lambeau sur lui-même de manière à mettre sa surface interne en contact avec elle-même, je fais ressortir mon aiguille vers la base du lambeau et cette fois en sens inverse, c'est-à-dire de la face profonde vers la face superficielle. Un nœud modérément serré maintient mon lambeau ainsi doublé et assure le contact de sa surface séreuse avec elle-même.

Les deux autres lambeaux sont successivement redoublés de la même manière.

Le centre de la tumeur présente alors une large ouverture triangulaire dont les bords se trouvent constitués par la muqueuse buccale pliée.

Un gargarisme émollient est conseillé ; aliments liquides.

Le cinquième jour j'enlève les fils, et l'inflammation adhésive développée, par leur présence, dans les points de la séreuse mis en contact, maintient par ses produits les lambeaux pliés sur eux-mêmes et l'ouverture béante.

Cette ouverture se trouve, toutefois, rétrécie par le gonflement de ses bords et l'affaissement de la tumeur.

Deux ans après cette opération on ne trouve plus, au centre de l'espace qu'occupait la tumeur, qu'un pertuis excessivement étroit.

L'enfant succomba alors à une méningo-encéphalite, et il ne me fut pas donné de pouvoir examiner les glandes sous-maxillaires et leurs conduits.

Je n'apporte, à l'appui du procédé que je viens de décrire, que cette seule observation ; l'occasion ne m'a pas été fournie de l'employer une seconde fois.

Le procédé que j'ai employé me paraît remplir parfaitement les indications que présente le traitement de la grenouillette : ouvrir la tumeur, la vider, et maintenir béante l'incision qu'on y a pratiquée. Il est fondé :

1° Sur ce que la membrane qui tapisse la surface interne des kystes sublinguaux est, comme toutes les séreuses, très propre à subir l'inflammation adhésive ;

2° Sur cette autre circonstance, que les bords de l'ouverture pratiquée se trouvent constitués par la muqueuse buccale, et par conséquent réfractaires à tout travail de réunion.

Il l'emporte sur le procédé de M. le professeur Jobert par la simplicité et la facilité de son exécution, et surtout en ce que ce dernier offre des chances de récidive en fermant les bords de l'ouverture par la membrane interne du kyste, membrane très propre à subir l'inflammation adhésive.

Ce procédé, applicable à la plupart des cas de grenouillette, ne conviendrait plus, je n'ai pas besoin de le dire, dans les cas d'épaississement trop grand ou de dégénérescence des parois du kyste. Encore, dans un certain nombre de ces cas, pourrait-on, en avivant la surface interne des lambeaux, la rendre propre à l'adhésion.

Si la membrane interne du kyste semblait, dans certains cas, par sa structure, se rapprocher davantage des membranes muqueuses que des séreuses, on pourrait encore, soit avec des ciseaux, soit avec un bistouri, enlever sur chacun des lambeaux cette membrane interne, et mettre ceux-ci dans des conditions favorables à leur duplicature.

Si vous jugez, monsieur le Rédacteur, ce procédé digne de fixer l'attention des praticiens, je vous serai reconnaissant de vouloir bien donner place dans votre excellent journal à l'observation que je viens de transcrire.

Agréez, etc. L. Joubert, D.-M.-P.

Chinon (Indre-et-Loire), 9 novembre 1849.

M. le docteur Pajot commencera son cours d'accouchements le lundi, 19 novembre 1849, à quatre heures du soir.

— M. le docteur Duchesne-Duparc reprendra jeudi prochain, 22, ses conférences cliniques et ses consultations gratuites sur les *maladies de la peau*, à son dispensaire de la rue du Paon-Saint-André, 8; il les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à dix heures précises du matin.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 20 NOVEMBRE 1849. (22e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME Ier — N° 135.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS.	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER. . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

SOMMAIRE. = PARIS. — Sur la séance de l'Académie de Médecine. = De l'absence des bruits du cœur considérée comme un signe certain de mort. = HÔTEL-DIEU (M. Jobert). Considérations sur l'érysipèle. = *Académie nationale de Médecine*, séance extraordinaire du 17 novembre. = *Société médicale des Hôpitaux*, séance du 14 novembre. = FEUILLETON. Courrier du monde médical.

PARIS, 19 NOVEMBRE 1849.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance d'avant-hier était une séance extraordinaire, par conséquent une petite séance, petite au moins par le nombre des fidèles qui sont venus prendre place sur les banquettes. Nous avons entendu dire autour de nous que la solitude d'un grand nombre de fauteuils tenait à ce que les séances extraordinaires ne donnaient pas droit à des jetons de présence. Nous n'avons ajouté aucune foi à ce propos; mais il n'est peut-être pas superflu que les académiciens sachent à quels commentaires ils s'exposent en oubliant d'une manière aussi patente leurs devoirs. Ces commentaires, quelque peu fondés qu'ils soient, méritent qu'on les prenne en sérieuse considération.

Quoi qu'il en soit, si la séance était petite par le nombre d'auditeurs, elle aurait pu être grande par l'importance du sujet qu'on aurait pu traiter. En médecine, toute discussion est importante quand elle peut conduire à une solution positive; car il y en a bien peu qui soient dans ce cas, et, au moins l'une de celles qu'a soulevées M. Germain dans ses mémoires pouvait être dans cette catégorie.

L'auteur a annoncé que, dans une partie très restreinte et parfaitement circonscrite du Jura, la population était presque entièrement goîtreuse, tandis que dans les autres parties contiguës à la première le goître était à peu près complètement absent. De ce fait, une fois reconnu exact, à la connaissance de l'étiologie du goître, il peut n'y avoir qu'un pas, si l'on veut se donner la peine d'étudier rigoureusement les conditions hygiéniques des deux populations voisines offrant des attributs si différents. Si l'Académie n'était point en mesure de se livrer elle-même aux recherches nécessaires pour arriver à une conclusion, elle aurait pu, du moins, par une discussion sérieuse et savante, diriger le zèle des observateurs qui ont l'amour du travail, et M. Germain paraît être de ce nombre; ses travaux sont ceux d'un homme laborieux et plein de zèle pour la science; il ne leur manque, mais c'est malheureusement une condition indispensable, que cette rigueur d'observation, cette réserve d'induction avec lesquelles il est si pénible et si difficile de se familiariser, et sans lesquelles pourtant les sciences médicales ne sortiront pas du cercle ténébreux où elles se sont si fatalement enfermées jusqu'à ce jour, et sans lesquelles la médecine (et nous entendons par là ceux qui la professent) n'acquerra jamais ce haut degré de confiance et de considération auxquelles sont parvenues toutes les autres sciences.

De l'absence des bruits du cœur considérés comme un signe certain de mort.

Les justes éloges que nous avons donnés il y a quelques mois au livre de M. Bouchut (1) prouvent assez l'importance que nous accordons aux recherches laborieuses de cet observateur consciencieux. Toutefois, en reconnaissant le grand mérite de l'ouvrage, nous étions loin de considérer comme irrévocablement démontrées toutes les propositions qu'il renferme. Parmi ces propositions, il en était une surtout qui nous paraissait sujette à de bien graves contestations, et cette proposition était précisément celle que la commission de l'Institut avait choisie, dans le travail de M. Bouchut, pour lui donner une entière approbation. Cette proposition, sanctionnée par l'approbation de l'Institut, a été ainsi formulée par l'auteur :

« L'absence pendant plus d'une ou de deux minutes » des battements du cœur à l'auscultation est un signe » immédiat et CERTAIN de mort. »

Nous avions par devers nous des faits qui prouvaient qu'une confiance illimitée dans la valeur de ce signe était bien plus propre à favoriser qu'à prévenir les enterrements prématurés. Mais, comme ces faits remontaient à une époque antérieure à la publication du travail de M. Bouchut, nous nous sommes abstenu de lui en faire une objection, de peur de n'avoir pas pratiqué l'auscultation avec tout le soin, toute la rigueur possibles. Nous avons donc voulu attendre des faits nouveaux. Jusqu'à ce jour, ces faits ne se sont point présentés; mais, en attendant qu'ils s'offrent à notre observation, nous devons accueillir avec empressement tous ceux qui se présenteront à d'autres observateurs, et qui pourront éclairer cette grave question. C'est à ce titre que nous publions aujourd'hui l'observation très remarquable que M. Brachet vient d'insérer dans la *Gazette médicale de Lyon*, ainsi que les considérations dont il l'accompagne. Après avoir rappelé les expériences de M. Bouchut et les diverses circonstances dans lesquelles cet observateur a étudié l'état des battements du cœur, M. Brachet s'exprime ainsi :

La première remarque de M. Bouchut se rapporte à l'asphyxie des nouveau-nés. Il veut que, *lorsque les battements ont disparu, l'asphyxie soit complète et la mort bien réelle.* Je suis loin de partager l'opinion de l'auteur. J'ai vu trop souvent la suspension complète des battements du cœur pendant des quarts d'heure et des demi-heures, et leur retour après ce laps de temps, pour ne pas croire que, s'il n'y a pas eu erreur de la part de M. Bouchut, il n'a rencontré que des cas favorables à son opinion. On dira peut être qu'avant de connaître l'ouvrage de notre savant confrère, je ne faisais pas usage de l'auscultation pour atteindre les contractions du cœur jusque dans leurs derniers retranchements, et l'on dira vrai. Mais, avant cette époque, je faisais depuis près de trente ans usage d'un moyen aussi certain que l'auscultation la plus délicate pour faire connaître, chez les nouveau-nés, les battements du cœur les plus minimes. Ce moyen d'investigation consiste à passer un ou deux doigts sous le rebord des cartilages costaux du côté gauche, pour les porter entre le foie et le diaphragme sur la partie inférieure du péricarde. Là on trouve le cœur presque à nu, la moindre contraction fibrillaire de cet organe s'y fait sentir au doigt explorateur, et il est impossible que le moindre battement puisse lui échapper. Cette exploration est très facile et jamais trompeuse.

Le 27 février dernier, j'accouchai pour la seconde fois Mme N... Comme la première fois, la tête de l'enfant demeura longtemps engagée dans l'excavation du bassin. La crainte de voir la compression exercée sur l'encéphale par ce séjour prolongé causer la mort ou tout au moins l'asphyxie de l'enfant me décida à l'application du forceps. Mes craintes furent justifiées, et l'enfant arriva sans vie apparente. Le sang ne jaillit point par les artères ombilicales du cordon, la résolution des membres était complète, le cœur ne faisait sentir au doigt aucune pulsation, et l'oreille, appliquée à plusieurs reprises sur la région du cœur pendant plusieurs minutes, ne put entendre le moindre bruit de contraction. Je me mis à pratiquer l'insufflation pulmonaire avec une persévérance opiniâtre. Ce ne fut qu'après vingt minutes que de légères pulsations se firent sentir profondément et au doigt et à l'oreille. Enfin, ma persévérance fut couronnée du succès le plus flatteur: l'enfant fut rappelée à la vie.

D'après ce fait, j'ai la conviction que les choses se sont passées de la même manière dans plus de vingt cas semblables qui se sont présentés dans l'espace de trente-trois ans, quelquefois à moi tout seul, et le plus souvent en présence de quelqu'un de mes honorables confrères. Il y a eu alors, pendant quelques minutes, cessation complète des battements du cœur, toujours constatée par l'exploration sous-diaphragmatique.

Si, guidé par les conclusions rigoureuses de M. Bouchut, on allait regarder comme mort un enfant dont l'auscultation n'aurait pas révélé les contractions du cœur, on laisserait mourir réellement ces pauvres innocentes créatures, qui seraient ainsi victimes de la confiance dans un signe trompeur. J'ai rappelé à la vie plus de vingt enfants qui eussent été condamnés à périr si j'eusse connu plus tôt le signe Bouchut, et que j'en eusse fait la déplorable application au cas qui nous occupe.

Déjà nous pouvons, avec Haller, regarder comme infidèle le signe de la mort fourni par la cessation des battements du cœur pendant deux minutes, au moins chez les enfants qui viennent de naître.

Les faits de mort apparente chez les grandes personnes sont très rares; car une syncope n'est pas une mort apparente. Ainsi il sera plus difficile de réfuter l'application du signe Bouchut aux grands corps. Cependant un fait qui s'est présenté à moi ces jours derniers semble l'infirmer assez pour faire suspendre son adoption définitive comme signe certain et pathognomonique.

M. D., âgé de trente-trois ans, arrivait d'un long voyage,

(1) *Traité des signes de la mort et des moyens de prévenir les enterrements prématurés.* Paris, 1849.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Deux nouvelles importantes. — Mort de Nina Lassave. — Assurances en cas de mort.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Dans la semaine dernière s'est accompli un événement qui sera un bel épisode dans l'histoire de la vertu terrestre; pour que vous puissiez apprécier à sa véritable valeur cet événement important, j'ai besoin de vous l'exposer avec des détails que le temps ne me permet pas de vous donner aujourd'hui.

Obsédé par de nombreuses préoccupations, je me bornerai donc à vous annoncer aujourd'hui les deux grandes nouvelles du jour, du moins si j'en crois les *princes* de la presse démocratique et aristocratique (car il y a des princes partout), qui nous donnent aujourd'hui l'avis suivant :

« CURABILITÉ DES HERNIES. — Le docteur Fournier de Lempdes, dont les succès constants dans le traitement des hernies ont été constatés par les médecins de France et de l'étranger, est de retour à Paris. Sa présence dans les départements où il avait été appelé l'ayant mis en rapport avec de nombreux malades affectés de la manière la plus grave, il a, comme toujours, obtenu de prompts succès à l'aide de ses procédés herniaires et de ses bandages curatifs. Les personnes du midi de la France pourront s'adresser à Clermont-Ferrand, rue Pascal, à la résidence de son fils. Une notice sur les *Dangers des hernies* se délivre chez l'auteur, rue de Beaune, n° 12, au premier, près le pont National, à Paris. »

Vous voilà bien renseigné, mon cher confrère, et il est bien entendu que, si vous ou quelqu'un des vôtres tombez dans une infirmité herniaire, vous ne serez pas embarrassé pour savoir à qui vous adresser. Je regrette seulement que les princes de la presse aient oublié un des principaux titres de l'illustre bernio-thérapiste; c'est que, si j'ai bonne mémoire, il a été en d'autres temps, et je ne sais même pas s'il ne l'est pas à perpétuité, un candidat de l'Institut de France. Depuis que le docteur Wattbled a eu l'ingénieuse idée de compter les candidatures passées comme un titre pour les candidatures présentes, il me semble qu'il aurait été bon de ne pas oublier celle du célèbre chirurgien.

Quant au second avis, conçu dans des termes beaucoup moins pompeux, je suppose que la presse quotidienne se sera trompée, et j'aime à croire que le jeune confrère dont elle a annoncé les pérégrinations n'aspire pas à la célébrité que quelque imprudent ami voudrait sans doute lui faire.

Pendant que d'anciennes célébrités florissent ou grandissent, d'autres pâlissent ou s'éteignent. Ainsi le veut la fragilité de la nature humaine. Comme d'illustres guérisseurs, Nina Lassave, la célèbre compagne du très célèbre Fieschi, avait occupé l'Europe de son nom; les *coffee-houses* anglais se la disputaient à prix d'or, et voilà qu'elle vient expirer ignorée dans une des salles de cet Hôtel-Dieu, asile étonnant, refuge vraiment divin de tant de vertus, de tant de vices, et surtout de tant de misères; de si hautes intelligences et de profonds abrutissements! Quelle source de méditations pour le philosophe! Que d'enseignements pour le moraliste et même pour l'homme d'Etat! Malheureusement, mon cher confrère, je ne suis rien de tout cela, et je suis obligé de vous quitter pour aller songer à des choses bien plus prosaïques. Aussi bien, n'ai-je rien de bien intéressant à vous apprendre, excepté l'événement que je vous ai annoncé, et que je vous réserve.

— A côté de ces deux nouvelles plus ou moins importantes, nous croyons pouvoir en ajouter une autre dont l'utilité n'est pas contestable. Les médecins et leurs clients ne sont pas plus immortels les uns que les autres, et nos confrères ne seront peut-être pas fâchés de prendre connaissance des statuts d'une Assurance dont le conseil compte parmi ses membres l'un de nos plus savants confrères, M. le professeur Velpeau. X...

Assurances en cas de mort.

L'esprit de prévoyance fait de nos jours de rapides progrès, parce que chacun commence à comprendre que la sécurité de la famille a pour base l'épargne et que dans l'épargne est l'avenir de la génération qui s'élève.

Une des manifestations les plus nouvelles et les plus importantes de ces derniers temps, c'est l'institution de l'assurance sur la vie comme moyen de subvenir aux charges et aux obligations de la famille, et de préparer une issue certaine à un événement incertain.

Les contrats d'assurances sur la vie ne sont pas encore appréciés à toute leur valeur, et cela par une raison fort simple, c'est qu'en général ils n'ont pas été bien compris. Mais, quand une fois les principes sur lesquels ils reposent auront été rendus familiers au public, on reconnaîtra qu'il est impossible de se faire une trop haute idée de leur utilité, et de concevoir un champ trop vaste pour leur application.

Quel est en effet le principe fondamental de ces sortes d'engagements? — D'assurer l'avenir de ceux en faveur desquels on souscrit.

Quel est l'usage qu'on peut généralement en faire aujourd'hui? — C'est d'offrir à la famille une assistance nouvelle et puissante pour l'époque où la mort de son chef la prive d'un protecteur et d'un appui; — c'est d'éviter à tous l'horrible perspective de la misère et du dénuement; — c'est enfin de conserver intact le patrimoine des enfants, et de rendre légères pour chacun les obligations qui lui sont imposées.

Le contrat d'assurance sur la vie est un contrat aléatoire par lequel l'une des parties s'engage à payer à l'autre ou à ses ayant-

exténué de fatigue; il garda deux jours le repos, dans la pensée que ce temps suffirait pour rétablir sa santé. Le troisième jour, il me fit appeler; c'était le 9 mars dernier. Un brisement général, un peu de céphalalgie, de l'inappétence, une légère douleur dans l'arrière-gorge, surtout pendant la déglutition, un pouls vif et serré (90 pulsations) et la peau un peu chaude étaient les signes par lesquels se traduisait l'état du malade. Une infusion théiforme de violettes et de feuilles d'oranger, une potion légèrement calmante, un gargarisme émollient et quelques bains de pieds sinapisés furent les moyens dont je conseillai l'emploi. Le premier et le second jour, tout se passa, comme on pouvait s'y attendre, sans changement notable. Le troisième jour, à huit heures et demie du matin, je fus appelé en toute hâte : M. D. venait de prendre un hain de pieds et une défaillance complète en avait été la conséquence. Il était insensible à tout, la résolution des membres était complète, il n'y avait point de pouls, et l'oreille appliquée sur la région du cœur ne faisait sentir aucune pulsation; je l'y tins au moins *trois* minutes. Pendant tout ce temps, les stimulants les plus énergiques ne cessèrent pas d'être employés. Je réappliquais souvent l'oreille sur le cœur, je ne cessais pas de tenir l'artère radiale sous mon doigt. Pendant au moins *huit* minutes, aucun signe de vic ne fut révélé du côté de la circulation. En même temps que de l'eau bouillante fut jetée sur ses membres, j'instillais quelques gouttes d'éther sulfurique dans les narines. L'action de ce liquide fut sensible : un léger mouvement spasmodique se fit remarquer dans la lèvre supérieure; notre zèle redoubla. Cependant le cœur et l'artère radiale restèrent encore muets à l'exploration. Tous les moyens excitants de chaleur et autres furent continués avec persévérance; ils firent rougir la peau partout où ils étaient appliqués. Enfin, après plus de vingt minutes de cet état de suspension de la vie, on sentit un léger frémissement dans le cœur; les battements se régularisèrcnt bientôt et les yeux se rouvrirent. Le malade revint de cetto profonde syncope.

Voilà encore un fait dans lequel la syncope a été accompagnée, non pas seulement d'une diminution dans la fréquence des pulsations du cœur, mais d'une *suspension complète* pendant un temps bien plus long que ne l'a signalé M. Bouchut. Il peut être exceptionnel, il peut être en conséquence infiniment plus rare que ceux dans lesquels les contractions du cœur persévèrent; mais cette exception s'est présentée une fois, elle peut se présenter encore; il n'est pas de raison qui l'en empêche. Dès lors, la cessation des hottcments du cœur ne peut pas être un signe certain de la mort. Tant qu'il bat, il y a vie; mais il pcut y avoir encore vie quoiqu'il ait cessé de battre pendant quelques minutes. La conséquence de ces faits est naturelle : il ne faut pas se presser de prononcer que la mort est définitive parce que le cœur a cessé de hattre pendant deux minutes; il faut attendre que d'autres signes viennent confirmer cette présomption. La prudence et l'humanité en font un devoir.

L'auteur insiste ici sur l'existence simultanée, et, *jusqu'à un certain point,* l'indépendance de la vie cérébralc et de la vie organique, indépendance prouvée par l'accroissement de la barbe, par l'existence de sueurs et la possibilité d'hémorrhagies après que la mort cérébrale est bien consommée. Puis il trouve dans les faits la preuve de sa manière de voir, et continue :

Nous trouvons donc dans la survivance des contractions du cœur signalée par M. Bouchut une preuve de notre manière de voir, puisque le cœur est sous la dépendance directe du système nerveux ganglionnaire, puisqu'il est en quelque sorte le centre ou du moins l'agent principal. Aussi la vie n'est pas entièrement anéantie ici, puisque l'un de ses ordres est vivant, et qu'il manifeste sa vie par ses contractions. Cette interprétation paraîtra futile et par conséquent inutile, puisqu'elle n'explique rien de plus que le fait lui-même, et que le fait de la persévérance des contractions du cœur est la chose essentielle. Quelques réflexions feront voir que cette recherche physiologique n'est pas aussi oiseuse qu'elle le paraît. La vie organique survit, disons-nous; nous demanderons maintenant si elle ne se manifeste que par les contractions du cœur. Déjà nous savons que des hémorrhagies ont eu lieu, que des sueurs ont continué, que la barbe a poussé. En faut-il davantage pour nous faire penser qu'on peut chercher de nouveaux signes dans quelques phénomènes dépendant de ces actes de la vie ganglionnaire? La circulation capillaire continue quelquefois. Ce fait est positif. Nous y puisons un signe de la mort que M. Bouchut n'a pas connu, et qui est d'une importance au moins aussi grande que la cessation des battements du cœur. En effet, tant que cette circulation persévère, la mort ganglionnairc n'existe pas, et l'on peut croire à la possibilité de voir l'influcnce de la vie organique réagir sur la vie cérébrale anéantie ou suspendue. C'est de cette manière que les capillaires, alors dernier refuge de la vie, en se contractant sur le sang dont ils sont un vaste réservoir, le pressent et le poussent dans les veines, et par celles-ci au cœur, où il s'accumule et devient le stimulant de ces contractions.

Le moyen d'acquérir la connaissance de cette continuation de la circulation capillaire consiste tout simplement à piquer les points de l'économie où les capillaires abondent, par exemple aux lèvres, aux joues, à la langue. Alors une gouttelette de sang se présente; mais lorsque la vie est complètement éteinte, jamais cette gouttelette ne paraît. C'est dans les cas d'asphyxie et d'apoplexie surtout que j'ai pu hien souvent vérifier ce fait.

L'eau bouillante fait aussi quelquefois développer des phlyctènes, et la moutarde fait quelquefois rougir la peau. Ces phénomènes n'ont lieu que lorsque la vie n'est pas encore éteinte dans les exbalants ni dans les capillaires. Je les ai vus se reproduire il y a six semaines chez M. R., frappé au milieu de la nuit d'une apoplexie foudroyante. La vie cérébrale était tout à fait éteinte, et la vie organique a longtemps continué à nous donner des signes de persévérance, soit dans le cœur, soit dans les capillaires, soit dans les exhalants cutanés.

M. Bouchut a cité quelques-uns de ces faits, il a même tenté plusieurs expériences dans lesquelles la chaleur a produit des phlyctènes; mais il n'a pas pu s'en rendre raison. Dès lors il n'en a tiré aucune conséquence satisfaisante pour la vie générale, parcc qu'il n'a pas étudié la vic organique dont ils dépendent. La distinction des deux ordres d'actes vitaux est donc ici d'une utilité bien grande, puisqu'elle nous fournit l'explication des phénomènes, ct, avec elle, la valeur dont ils peuvent être. Ainsi, les deux vies peuvent être frappées séparément; chacune d'elles peut survivre à l'autre pendant quelque temps, surtout la vie ganglionnaire. Les actes qui survivent le plus sont, d'une part, les contractions du cœur; d'autre part, la circulation capillaire, et enfin la sécrétion de la peau et la croissance des poils. Cependant ces phénomènes ne sont, ni les nns ni les autres, assez constants pour pouvoir être donnés comme pathognomoniques. On le comprend assez, en faisant attention à la manière d'être de la vie ganglionnaire, qui peut abandonner une partie pour se réfugier ou même se concentrer davantage dans une autre.

Je soumets ces faits et ces réflexions à la scrupuleuse attention des praticiens, et j'appelle sur eux les recherches encore nécessaires qu'ils me paraissent exiger, et que chacun pourra faire pour contribuer à en préciser la valeur.

Quoiqu'il fût permis de désirer des délails un peu plus circonstanciés sur l'état du malade qui fait le sujet de celte observation, on ne peut pas douler, à moins de supposer chez un homme aussi dislingué que M. Brachet une inhabileté inadmissible, que le fait capital, la suspension des *bruits* du cœur, ne s'y trouve élabli d'une manière irrécusable.

Nous disons à dessein des *bruits,* et non des *battements,* mot employé par MM. Brachet et Bouchut, et qui semble indiquer, ainsi d'ailleurs que le sens général de leurs disserlalions, que les *contractions,* les *mouvements* du cœur sont suspendus dès que l'auscultation ne permet plus de percevoir les brnits. C'est là une opinion que, pour notre part, nous croyons inexacte, et qui, dans tous les cas, n'est en aucune façon démonlrée. Pour quiconque, en effet, a snivi des expériences faites sur les animaux, il est bien difficile de croire que ces dernières contractions, en quelque sorte vermiculaires, qu'on observe dans les derniers momenls de la vie, puissent encore produire des bruits sensibles, surlout lorsqu'elles se produisent au-dessous des parois thoraciques épaisses, et quelquefois au-dessous d'une lame de poumon. Or, il esl très possible que ces contraclions vermiculaires suffisent pour entrelenir la vie pendant un lemps plus ou moins long, et bien supérieur à l'espace de deux minutes, maximum admis par M. Bouchut, el sanctionné par la commission de l'Inslitut.

Quoi qu'il en soil de cette explication, qui nous paraît très logique, le fait de M. Brachet esl décisif; il nous semble démontrer qu'au point de vue médico-légal il serait de la plus haule imprudence de prononcer un arrêt de mort sur la seule absence des bruils du cœur, el qu'au point de vue lhérapeutique, il ne serait pas moins imprudenl dc laisser sans secours lout individu, adulte ou nouveau-né, chez lequel on constaterail le même signe. Nous croyons qu'une semblable pratique abandonnerait à la mort un assez grand nombre d'enfants, qu'il est possible d'y soustraire par des soins assidus el longtemps prolongés.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert.

Considérations sur l'érysipèle.

(Leçon du 12 novembre.)

Quoique de nombreux articles aient été publiés, quoique de nombreuses leçons aient été faites sur l'érysipèle, il s'en faut que tous les praticiens aient des idées parfaitement justes touchanl cette affection. Les exemples nombreux qu'en renferment nos sallcs en ce moment permettront à ceux d'entre vous qui conservent encore des doutes sur la véritable nalure de celte maladie, sur le véritable traitement qui lui convient, de fixer définitivement leur opinion sur ces deux points de pathologie et de thérapeutique.

Un premier foit sur lequel je désire attirer votre attention, c'est que l'érysipèle n'est point, comme l'ont affirmé presque tous les chirurgicns, une maladie locale qui se développe par irritation autour des plaies; ce qui se développe quelquefois autour des plaies, c'cst l'érytbème, mais non point l'érysipèle. En effet, des huit ou neuf érysipèles qui existent en ce moment dans nos salles, un seul s'est développé au voisinage d'une plaie; nous disons au voisinage et non pas autour de la plaie même, car la plaie existe dans l'aisselle, et l'érysipèle s'est manifesté sur le moignon de l'épaule. Dans tous les autres cas, l'éruption cutanée est apparue ou chez des malades qui n'avaient point de plaie, ou sur des points très éloignés de celle-ci.

Une autre considération concourt encore à prouver que l'érysipèle n'est point une affection locale, c'est qu'il est rare de voir une de ces affections se montrer dans nos salles sans qu'aussitôt nous en voyions apparaître plusieurs autres; je vous ai annoncé ce fait lorsque le premier cas s'est montré à notre observation, et l'événement n'a pas tardé à justifier ce que j'avais prévu. Comment, si l'érysipèle n'était qu'un accident local dépendant de la plaie, pourrait-on expliquer cette répétition de la même affection, cette sorte de petitc épidémie? Il y a évidemment une influence générale qui domine tous les cas particuliers.

Enfin, une troisième circonslance extrêmemenl curieuse, sur laquelle on a bien peu insisté, et qui montre cependant de la manière la moins équivoque l'analogie qu'il y a entre l'érysipèle et les fièvres éruptives, c'est que l'éruption érysipélateuse, de mêmc que l'éruption varioleuse, scarlatineuse ou rubéolique, est précédée de symptômes fébriles qui, au lieu de s'accroîlre, cessent lorsqu'elle apparaît. Vous avez pu observer ce fait chez tous nos malades; vous avez pu observer, mieux encore, vous avez vu que, lorsque l'éruption mettait plusieurs jours à se foire, la fièvre décroissait par degrés, et qu'elle ne cessait complétement que lorsque l'éruption était elle-même complète; c'est ce qui a eu lieu d'une manière très frappante chez le malade couché au n° 21 de la salle Saint-Côme, qui a eu trois éruptions successives, et chez qui la fièvre n'a cessé qu'après la troisième de ces éruptions.

A beaucoup d'égards on pourrait appliquer au phlegmon

---

droit, — soit une somme quelconque, — soit une rente annuelle dans le cas de survie ou dans le cas de décès de la personne sur l'existence de laquelle reposc le contrat.

De là deux sortes d'associations connues sous les noms — d'*Assurance en cas de survie,* — d'*Assurance en cas de mort.*

L'assurance en cas de survie est connue. Des établissements spéciaux l'ont propagée en France sur une vaste échelle.

L'assurance en cas de mort ne l'est pas, — le moment est venu de la faire connaître.

Par l'assurance eo cas de mort, tout individu, célibataire ou chef de famille, peut, moyennant une somme fixée d'après ses chances de longévité, acquérir ou acheter le droit de faire payer après sa mort à ses ayant-droit une somme déterminée.

L'assurance en cas de mort peut embrasser la vie entière, — elle peut n'embrasser qu'un certain nombre d'années.

L'assurance peut repnser sur une scule tête ou sur deux têtes.

Lorsqu'elle embrasse la vie entière, la somme assurée est payée au décès de l'assuré à quelque époque que ce décès ait lieu.

Lorsqu'elle n'embrasse qu'un certain nombre d'années, l'obligation de payer la somme assurée cesse au delà de l'époque fixée; mais si l'assuré meurt daos l'intervalle, le montant de l'assurance est acquis à ses ayant-droit.

Lorsque l'assnrance est faite sur deux têtes, la somme assnrée peut être payée — soit à la mort de l'une de ces deux têtes, soit après l'extinction des deux.

On peut stipuler enfio que l'assurance ne recevra d'effet qu'après uo délai fixé; la somme assurée n'est alors exigible qu'au décès de l'assuré, pourvu que ce décès ne soit pas antérieur à l'époque déterminée.

Le prix de l'assurance peut être payé — soit en une seule fois, soit au moyen d'une série de versements anouels qui peuveot se prolonger jusqu'au décès de l'assuré.

S'il y a plusieurs têtes assurées ensemble, on peut stipuler que la prime annuelle ne sera payée que pendant l'existence simultanée de toutes ces têtes ou que les versements ne s'arrêteront qu'à la mort du dernier survivant.

Les limites de cet exposé ne permettent pas de présenter le tableau complet des applications dont l'assurance en cas de mort est susceptible. Quelques exemples suffiront pour donner un aperçu de l'importance et de la diversité des avantages que cette magnifique institution peut présenter aux familles.

Après les avoir médités, tous les hommes sérieux comprendront la haute utilité d'un ordre d'opérations qui corrige l'iostabilité des fortunes par la puissance combinée du calcul et de l'esprit d'association.

La mort, cet événement suprême et dont le terme est toujours inconnu, déjoue à chaque instant tous les calculs de la prévoyance individuelle. Ce n'est donc qu'eo se prémunissant contre elle que les pères de famille pourront lui disputer à coup sûr le patrimoioe de leurs eofants.

Que ces économies amassées à grand'peine, sans certitude d'en voir le chiffre s'élever au niveau de leurs intentions, soient consacrées à payer une assurance, et l'avenir de leurs héritiers sera mis à l'abri de tout péril. — Qu'un père de famille ainsi prémoni succombe dans uo an, daos un mois, dans une heure, la fortune qu'il espérait conquérir par une vie entière de soins et de travail n'en sera pas moins acquise à sa veuve ou à ses enfants.

Tels sont les bienfaits de l'assurance, — hors de là point de sécurité réelle. L'assurance est une certitude, — la jeunesse, la santé, la force ne doonent que des probabilités. — Un accident, une épidémie renversent toutes les prévisions, et en face de ces dangers fréquents quel est l'homme qui oserait considérer l'assurance comme une œuvre superflue pour l'avenir de sa famille.

En face du danger, nous avons mis le préservatif.

Un ouvrier dans la force de l'âge (25 ans) veut acheter un rente viagère pour l'époque où sonnera l'heure du repos; mais il veut également laisser aux siens une somme de 5,000 fr. afin de pourvoir aux nécessités de leur existence, sans s'imposer aucune de ces privations que l'âge, les infirmités rendent plus pénibles encore. En versant chaque semaine une somme de 3 fr. 06 c., la Compagnie lui payera — s'il vit, une rente viagère de 720 fr., à partir de 65 ans; — s'il meurt, ses héritiers recevront une somme de 5,000 fr., à quelque époque que la mort vienne le frapper.

Un père de famille doit 50,000 fr. sur sa propriété. Il n'a aucun moyen de se créer un capital aussi considérable pour dégrever son immeuble, et sa mort peut plonger ses héritiers dans tous les désastres d'une expropriation. — Il a trente-cinq ans; il s'adresse à la Compagnie, qui, moyennant une somme annuelle de 1,275 francs, payera à ses créanciers, le jour de son décès, la somme de 50,000 fr., et sa propriété, ainsi dégrevée, formera l'héritage exempt d'embarras qu'il léguera à ses enfants.

Un employé âgé de quarante ans se trouve en état de subvenir aux dépenses que nécessite l'éducatioo de son fils; mais si le père venait à mourir avant cinq ans d'ici, l'éducation de ce fils restant inachevée, tout l'aveoir de ce dernier serait compromis. Pour couvrir ce risque, il serait nécessaire que, dans le cas exprimé, un capital de 10,000 fr. lui fût assuré. C'est donc au terme de cinq ans que l'on devrait limiter l'assurance.

La prime à payer annuellement pendant cinq ans seulement serait de 164 fr., et si le père venait à mourir, le fils recevrait la somme de 10,000 fr., avec laquelle il pourrait subvenir aux frais de son éducation.

L'assurance en cas de mort, c'est la conquête, par des moyens simples et à la portée de tous, du patrimoine que l'homme amasse avec tant de peine et au milieu de tant de vicissitudes pour léguer à ses enfants; — c'est l'acquisition d'une plus grande somme de bien-être; car, lorsque par le travail on aura pu se créer des ressources abondantes, on n'aura plus à s'imposer des privations de toute espèce pour arrondir plus rapidement une fortune que notre mort ne

diffus, dont nous avons également plusieurs exemples dans nos salles, ce que je viens de dire de l'érysipèle; c'est une remarque qu'aujourd'hui je me bornerai à faire en passant.

Quel est le siége que l'injection érysipélateuse affecte dans la peau? Quelques chirurgiens soutiennent encore que l'érysipèle n'est autre chose qu'une lymphite, et que, pour cette raison, on le voit fréquemment s'accompagner de tuméfaction des ganglions lymphatiques. Il faut d'abord remarquer que ce n'est pas seulement souvent, mais toujours que la lymphite s'accompagne d'inflammation ganglionnaire; or, non-seulement l'érysipèle n'est pas toujours accompagné d'adénite, mais on peut même dire que cela n'a lieu que par une très rare exception, et cette exception ne s'est pas présentée une seule fois chez nos malades, quoique chez l'un d'eux l'érysipèle ait envahi la totalité de la face et du tronc.

La congestion érysipélateuse occupe réellement toutes les parties de la peau, et plus particulièrement encore le corps muqueux de ce tégument; la peau est notablement épaissie dans toutes ses parties constituantes.

L'érysipèle, qui est plutôt encore une congestion qu'une inflammation, détermine rarement des accidents locaux ou généraux graves. Quand les uns ou les autres ont lieu, c'est presque constamment à des complications qu'ils doivent être rapportés, quand ce n'est pas à un traitement intempestif.

Si vous êtes bien convaincu de la nature *éruptive* (il est difficile de trouver un mot mieux approprié) de cette maladie, vous pouvez, en effet, juger de l'inutilité et même des dangers des médications énergiques, qui ne peuvent que troubler l'éruption, et diriger les efforts morbides de l'organisme vers d'autres organes plus importants que la peau. Vous vous garderez donc bien de chercher à faire avorter l'érysipèle par ces saignées abondantes, ces applications de nombreuses sangsues, ces vomitifs, ces purgatifs énergiques tant préconisés par les chirurgiens qui nous ont précédés, et par quelques-uns de nos confrères actuels. Est-ce à l'abstention de ces méthodes perturbatrices que nous devons de ne jamais observer chez nos malades ces graves complications viscérales, ces méningites que les observateurs ont si souvent signalées dans le cours des érysipèles? Nous n'oserions l'affirmer; mais on nous permettra bien de croire que la chose est tout au moins possible.

Ceux qui se sont flattés d'arrêter la marche de l'érysipèle en traçant autour de lui, à un ou deux pouces de ses bords, un cercle avec le nitrate d'argent, se sont évidemment fait une grande illusion. Ils avaient été conduits à cette singulière thérapeutique par de fausses idées sur la nature de la maladie; il suffit de réfléchir aux faits que nous venons de mentionner pour être convaincu qu'il n'est pas plus possible d'empêcher l'extension de l'éruption érysipélateuse que l'extension scarlatineuse ou rubéolique. On peut l'arrêter sur place, mais non l'empêcher de progresser sur les lieux qu'elle n'a point encore envahis.

L'érysipèle ne produisant que très rarement, ainsi que nous l'avons dit, des désordres locaux de quelque gravité, la plus simple médication est ordinairement celle qu'on doit préférer. Des boissons délayantes, une diète légère et des applications de compresses d'eau-de-vie camphrée pure suffisent dans le plus grand nombre de cas pour conduire les malades à bien. Vous avez vu ces moyens suffire pour éteindre en quelques jours l'érysipèle de la face qui s'est manifesté chez l'un de nos malades.

Assez souvent cependant vous nous voyez mettre en usage un topique plus actif que l'eau-de-vie camphrée. C'est parce qu'en effet on peut craindre, dans quelques cas, que la congestion érysipélateuse ne passe à l'état d'inflammation véritable, qu'elle ne s'étende aux tissus sous-jacents, et qu'elle ne détermine des suppurations qui peuvent n'être point sans gravité, et qui toujours sont au moins fort désagréables pour les malades. Dans quelques cas aussi, la douleur de l'érysipèle ne laisse pas que d'être fort incommode, et c'est un grand soulagement pour les malades que d'en être délivrés.

C'est en raison de toutes ces circonstances, en raison aussi de l'innocuité complète de notre médication, que vous nous voyez faire, chez la plupart, des onctions avec la pommade au nitrate d'argent. Ce n'est pas que nous les espérions, à l'aide de ces onctions, arrêter la marche de l'éruption; mais nous avons la prétention fondée de l'arrêter sur place une fois qu'elle s'est développée, et cela dans un temps qui ne dépasse presque jamais vingt-quatre heures. En poursuivant ainsi l'éruption partout où elle se développe, on parvient toujours à l'éteindre aussitôt qu'elle se montre, et l'on évite ainsi les accidents locaux dont nous avons parlé, et qui, tout rares qu'ils soient, se manifestent cependant quelquefois, et demandent à être prévenus quand cela est possible sans danger pour les malades. En outre, dans les cas où la douleur propre de l'érysipèle est très vive, ce qui arrive également, dans un certain nombre de cas, la pommade au nitrate d'argent a l'avantage de substituer presque constamment à la douleur morbide naturelle une douleur artificielle qui ne dure que quelques heures, et est ensuite suivie d'un soulagement complet.

Quant aux inconvénients qu'entraîne l'emploi de la pommade au nitrate d'argent, ils sont à peu près nuls. On voit presque constamment une éruption vésiculo-pustuleuse rare se développer sur les parties frictionnées; mais cette éruption ne laisse jamais de trace après elle, comme celle que provoque la pommade stibiée; il y a aussi une coloration de l'épiderme en noir; mais cette coloration, de même que l'éruption vésiculo-pustuleuse, disparaît avec la desquamation, laquelle dure de quatre à neuf jours.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance extraordinaire du 17 novembre 1849. — Présidence de M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Assainissement de la vallée de l'Angillon.

M. le secrétaire perpétuel, au nom de M. Huzard, lit un rapport officiel sur un mémoire de M. le docteur Germain, médecin adjoint des épidémies du Jura, intitulé : *Topographie médicale et agricole de la vallée de l'Angillon* (canton de Champagnolle).

L'auteur examine successivement dans autant de chapitres les conditions météorologiques, géologiques et agricoles de cette vallée, l'hygiène des habitants. Il a constaté que la santé des habitants et celle des animaux s'est considérablement détériorée depuis que les eaux de la petite rivière ont été détournées de leur cours et sont devenues stagnantes. L'auteur propose, entre autres moyens, le redressement du cours de l'eau; ce redressement rendrait à la bonne culture 4 kilomètres carrés de terres marécageuses.

M. le rapporteur propose, au nom de la commission, de répondre à M. le ministre de prendre en sérieuse considération le mémoire de M. le docteur Germain et les moyens qu'il propose pour assainir la vallée de l'Angillon.

M. LONDE. Je regrette que le rapporteur ne soit pas présent à la séance, car il est toujours pénible de faire des objections à un travail en l'absence de celui qui l'a fait. Il ne me paraît pourtant pas possible de laisser passer sans observations au moins une des conclusions du rapport, à savoir : que l'Académie engage l'administration à prendre en sérieuse considération le redressement de la rivière proposé par M. Germain. Outre que ce n'est pas chose facile que de redresser le cours d'une rivière, il est très possible que d'autres moyens, tels que des saignées pratiquées dans le sol, puissent rendre la salubrité à la vallée dont il s'agit. Dans tous les cas la commission de l'Académie, n'ayant pas vu les localités et n'ayant pas des renseignements topographiques précis, ne peut que recommander au gouvernement de prendre en considération la question soulevée dans le mémoire de M. Germain sans s'occuper des moyens à employer pour en obtenir la solution.

M. DUBOIS. Les conclusions n'engagent pas l'administration à redresser le cours de la rivière pour assainir la vallée de l'Angillon, mais seulement à prendre en sérieuse considération ce moyen indiqué par l'auteur du Mémoire.

Après quelques explications de MM. Moreau, Gaultier de Claubry, Rochoux, Londe et Gérardin, l'Académie adopte les conclusions du rapport après retranchement des mots : *redressement de la rivière*.

Topographie médicale de la ville de Salins.

M. Fr. Dubois lit encore au nom de M. Huzard un second rapport sur un mémoire du même M. Germain, intitulé : *Etudes médico-topographiques sur la ville de Salins et sur la constitution physique des habitants.*

Ce mémoire comprend l'étude géologique du sol des environs de Salins, des observations sur l'étiologie du goître qui règne dans une partie très bien déterminée du Jura, et enfin sur les propriétés chimiques, physiologiques et thérapeutiques des eaux minérales froides de Salins.

Les conclusions générales de ce travail sont que le goître est probablement dû à l'usage d'eaux chargées de carbonate et de sulfate de chaux, et que les eaux de Salins, entre autres propriétés fort nombreuses d'ailleurs, ont celle de détruire le goître, et en général la diathèse lymphatique, scrophuleuse et tuberculeuse.

M. le rapporteur propose à l'Académie de remercier M. Germain de sa communication, de donner son approbation au mémoire et de le déposer aux archives.

MM. MOREAU et LONDE font observer qu'on ne peut plus aujourd'hui rapporter le goître à l'usage de la chaux carbonatée.

M. GAULTIER DE CLAUBRY croit être certain que l'auteur a commis une erreur considérable en évaluant à 1 kilogramme par deux hectolitres la quantité de bromure de potassium contenue dans les eaux. Cette quantité serait énormément supérieure à celle qu'on trouve dans les eaux connues qui en renferment le plus.

Après ces observations, la première et la troisième conclusions sont seules adoptées.

Vaccinations.

M. Bousquet fait un rapport sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1847.

Après la lecture de ce rapport, fort bien fait, l'Académie se forme en comité secret à cinq heures moins un quart pour la distribution des récompenses.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Cette Société, dont nous avons annoncé la fondation, et à laquelle nous nous sommes plu à promettre un avenir scientifique brillant si elle savait suivre l'exemple de sa sœur aînée, la Société de Chirurgie, a commencé ses travaux depuis quelque temps déjà. Nous donnons aujourd'hui le compte-rendu de l'intéressante discussion qui a eu lieu sur les bruits des artères, ainsi que l'analyse d'un mémoire intéressant de M. Bouchut. Nous continuerons désormais à tenir nos lecteurs au courant des travaux de cette Société qui nous paraîtront dignes d'intérêt.

Séance du 14 novembre 1849. — Présidence de M. LEGROUX.

Nature du ramollissement sénile.

M. BOUCHUT lit une note sur un travail intitulé : *De la nature du ramollissement sénile.*

Dans ce travail, M. Bouchut fait voir qu'autrefois la nature inflammatoire du ramollissement avait été érigée en doctrine; que M. Rostan, dans les nombreuses observations qu'il fit sur les vieillards, a ramené la question à son véritable point de départ en signalant comme cause principale du ramollissement sénile une altération de nutrition. Abercrombie adopta ces idées, et alla même plus loin en prétendant qu'il y avait dans ce cas non-seulement une destruction sénile du cerveau, mais encore gangrène de cet organe. Carswel y vit, outre une inflammation, une oblitération des vaisseaux.

M. Bouchut, dans ses recherches d'anatomie pathologique qu'il a pu faire, a constaté dans presque tous les cas de ramollissement :

1° Des incrustations des parois des artères du cerveau;

2° Des caillots fibrineux dans ces vaisseaux.

Ces lésions avaient naturellement pour effet de produire le rétrécissement de ces vaisseaux et par conséquent une gêne considérable dans la circulation, surtout dans les petits canaux. Il a pu compter jusqu'à 54 caillots dans les différents vaisseaux du cerveau.

Ces caillots présentent dans les artères des renflements visibles à l'extérieur. Le calibre des vaisseaux peut être réduit des deux tiers. Il a trouvé un canal de 4 millimètres réduit à 1 millimètre. Les incrustations sont situées entre les tuniques internes et moyennes; elles sont assez communes dans le tronc basilaire, où elles peuvent quelquefois détruire la membrane interne; ces concrétions sont blanches, cartilagineuses, et diffèrent des autres incrustations calcaires en ce qu'elles paraissent composées de granules moléculaires.

Les caillots sont petits, flottants, non adhérents aux parois des vaisseaux.

Il y a évidemment dans le rétrécissement anormal de ces vaisseaux et le ramollissement un rapport non douteux de causalité : il y a une lésion de nutrition; de là une mortification, un ramollissement, une véritable gangrène sénile.

On a objecté :

1° Que ces altérations ne se rencontrent pas chez tous les vieillards affectés de ramollissement; mais la gangrène sénile des membres n'est pas non plus une affection constante et se produisant toujours sous la même influence;

2° Que cette espèce de gangrène n'avait pas d'odeur; mais le cerveau est à l'abri du contact de l'air.

Enfin, M. Bouchut a réuni un assez grand nombre d'observations de ligature des carotides à la suite desquelles on a observé ces mêmes altérations et par suite des accidents de paralysie consécutifs. Il cite surtout deux observations de John Vincent, qui, une première fois, lia une carotide, et à l'autopsie on trouva le centre ovale ramolli.

Une autre ligature de la carotide fut faite pour arrêter une hémorrhagie d'une plaie de la langue; au moment de la ligature, il y eut hémiplégie, et on trouva également des ramollissements partiels dans le cerveau.

M. Magendie, Cooper, etc., ont rapporté des faits semblables.

Ces observations si curieuses, les faits d'anatomie pathologique constatés par M. Bouchut semblent donc prouver qu'en effet une altération de nutrition peut être une des causes du ramollissement cérébral, de la gangrène sénile.

Discussion sur les bruits vasculaires et cardiaques.

M. MONNERET donne lecture des propositions 3 et 4 de son travail qui pourraient se résumer en une seule.

3° L'écoulement continu d'un liquide dans un vaisseau s'accompagne presque toujours d'un bruit de courant continu avec renforcement du son, pourvu que la vitesse du courant soit suffisante. Le bruit est identique à celui que l'on désigne sous le nom de bruit chloro-anémique.

4° La vitesse du liquide est la seule cause des bruits de courants soit continus, soit intermittents.

Les expériences auxquelles M. Monneret s'est livré lui ont fait constater sur une veine ouverte le courant continu et la vitesse du liquide assez considérable pour produire le bruit chloro-anémique continu, avec renforcement très variable, selon les mouvements des muscles.

La vitesse du liquide modifie le bruit; la pression du stéthoscope produit le même phénomène. Il est d'ailleurs possible de distinguer dans le cœur deux ondées différentes, l'une intermittente, saccadée; l'autre continue, à hauteur égale

---

Dans le système capillaire, le courant est continu, mais non de vitesse égale : il y a une grande différence avec les vaisseaux gros et maintenus par des aponévroses, comme la jugulaire, le tronc brachio-céphalique.

M. Vernois fait remarquer que ces expériences ne s'appuient que sur un seul fait clinique, sur la pression qui peut interrompre le courant du liquide dans le vaisseau. Sur quelle veine vient-on écouter ? Sur la jugulaire. Or, il est impossible d'ausculter la veine sans l'artère; la dissection prouve qu'on ne peut toucher à l'une sans intéresser l'autre. La pression la plus légère gêne évidemment le courant du sang dans l'artère. Ne sait-on pas que chez certaines personnes très nerveuses un attouchement des plus légers peut modifier le bruit ou en déterminer d'anormaux? En pressant la veine seule, l'artère est touchée et le bruit est modifié. Chez le chien, on peut lier facilement la jugulaire, et malgré cela le bruit continue parfaitement à s'entendre.

M. Béhier était opposé aux idées de M. Monneret; mais depuis les recherches qu'il a pu faire, il partage complétement son avis. On a prétendu, dit-il, que la compression des liquides peut modifier le bruit; mais les liquides ne sont compressibles qu'autant qu'ils sont dans des vases clos. Il a entendu et fait entendre un bruit superficiel dans la jugulaire externe; en comprimant au-dessous de la veine, le bruit cessait, et on entendait un bruit plus profond produit par l'artère. Constamment le bruit de souffle a été arrêté dans la veine par la compression, et cela brusquement, nettement; en cessant la compression, le bruit revenait. La portion continue du bruit se passe donc dans la veine.

M. Nonat a constaté les mêmes faits invoqués par M. Vernois. Le bruit vasculaire peut cesser pour la moindre cause; un effort même peut le modifier. La systole artérielle fait aussi vibrer les globules du sang.

M. Beau. Les bruits vasculaires et redoublés se passent dans les artères; il y a une partie continue, c'est la partie douce, faible, et la partie redoublante c'est la partie forte. La même chose existe dans les veines. Que l'on coupe la jugulaire sur un chien, le sang coule en bavant, ce qui démontre le peu de vitesse dont ce liquide est animé dans les vaisseaux; dans les artères, la vitesse est bien autrement grande. En somme, il n'existe pas d'argument bien positif qui force à croire que le bruit soit dans les veines. La compression de la veine gêne toujours la circulation de l'artère; bien mieux, si on comprime à côté de la veine, on produit exactement l'expérience citée par M. Béhier. Que l'on fasse l'expérience sur la jugulaire externe à sa partie inférieure, à la partie moyenne de la clavicule, au moment où elle s'éloigne de l'artère, et l'on entendra toujours le bruit artériel. Il n'y a donc pas d'expérience positive, ni de fait concluant.

M. Gendrin se plaint d'entendre dire que le courant du sang ne se suspend pas dans la jugulaire interne; depuis longtemps Haller a prouvé ce fait, d'où ce physiologiste conclut que le bruit ne peut être continu. Le bruit de ronflement dans la jugulaire se perçoit dans tous les cas. Il demande pourquoi on l'entend toujours du côté droit et pas du côté gauche; pourquoi, enfin, ce bruit se suspend quand on comprime l'artère.

M. Valleix désirerait savoir comment la compression de l'artère peut faire disparaître un bruit, tandis qu'en comprimant ce même vaisseau, on augmente ou on détermine le bruit.

M. Vigla se range à l'opinion de M. Monneret; il prétend que, lorsqu'on ouvre la céphalique dans la saignée, le sang va très loin, ne bave pas et donne un jet continu. Il voudrait aussi que l'on tînt compte du timbre et de la nature du bruit. On peut, dit-il, avec une grande attention, arriver à distinguer le bruit veineux du bruit artériel.

M. Beau répond que c'est la ligature qui fait lancer le sang de la veine, et que l'artère aussi le lance d'une manière autrement continue. Le timbre dépend de l'impulsion. Ainsi, le cœur, la réaction élastique de l'aorte produisent des bruits doux.

M. Vernois répond à M. Valleix que la pression et, pour lui, le plissement des artères produisent des bruits de frottement; que la capacité des vaisseaux peut n'être pas en rapport avec la quantité de sang, et qu'alors, par une légère compression, on peut ou augmenter la vitesse du sang, ou remettre le calibre du vaisseau dans un rapport normal avec le liquide qu'il renferme.

M. Barth partage l'opinion de M. Monneret. Il dit que ces bruits s'étendent plus facilement si l'on place l'individu dans la position verticale; en inclinant l'individu, le bruit diminue et disparaît. Le courant de la veine est donc plus ou moins rapide; les bruits veineux se renforcent par moments de quatre secondes en quatre secondes, et se trouvent en rapport avec l'inspiration ou l'expiration. Il soutient qu'avec une grande attention et une grande habitude, on peut distinguer le bruit artériel du bruit veineux.

M. Gendrin lui répond que, dans la position verticale, il y a aussi augmentation du bruit des artères.

M. Piedagnel cite des cas dans lesquels il a trouvé des caillots dans les cavités droites, et dans lesquels il n'y avait qu'un seul bruit au cœur; il a également mis des éponges dans les cavités droites, et n'a constaté qu'un seul bruit anormal au cœur. Il en conclut que les théories antérieures sur les bruits du cœur sont fausses; que les deux ventricules ne battent pas ensemble; qu'il n'y a que des bruits droit et gauche, et non des bruits supérieurs ou inférieurs.

M. Vigla dit que cette théorie est celle de M. Piorry.

M. Piedagnel prétend que Sénac l'a émise avant M. Piorry.

M. Hardy assure que chez les animaux à un seul cœur on entend deux bruits.

M. Piedagnel ne le croit pas.

M. Monneret répond aux différentes objections qui lui sont faites en demandant pourquoi dans la fémorale on n'entend pas de bruit continu. Il soutient qu'il existe dans les veines un frémissement continu, et jamais dans d'autres vaisseaux; que, dans les anévrismes, le bruit est intermittent; que, dans les insuffisances, le bruit de souffle est produit par deux frémissements réunis, l'un se passant à la diastole, l'autre à la systole; que le courant de la veine n'est nullement isochrone à celui de l'artère, les renforcements sont en désaccord; que si l'on entend le bruit plus spécialement du côté droit, cela tient au confluent brachio-céphalique dont l'orifice est béant, où le sang acquiert par conséquent une grande vitesse, et où il se passe un grand courant veineux; qu'enfin, un courant continu ne peut pas déterminer de courant intermittent, ni un courant intermittent un courant continu; que, de toutes manières, il faut, pour produire le bruit de courant continu, un courant continu et une certaine vitesse.

Le défaut d'espace nous a empêché de publier plus tôt les noms des élèves en médecine qui, sur la demande de M. le doyen, ont reçu des récompenses pour le dévouement dont ils ont fait preuve pendant l'épidémie de choléra. Nous accomplissons aujourd'hui cet honorable devoir.

Élèves en médecine honorés de la médaille par M. le ministre de l'instruction publique, sur la proposition du doyen de la Faculté.

MM. Algay (J.-B.-H.); Audigé (F.-E.); Auger (P.-A.); Barbier (N.-J.-E.); Bonnefond (F.-W.); Bererelle (N.-A.); Chassin (G.); Chrestien du Souchay (L.-J.-M.-C.); Closmadeuc (de) (G.-A.-T.); Crimotel (J.-B.-V.); Danet (G.-A.); Delord (E.-P.-M.); Desbrets (L.-A.); Desmasures (A.-L.); Dolbeau (E.); Dubois (J.); Fabre (A.-A.-P.-C.); Fontaine (J.-F.); Gallard (J.-T.); Gatay (J.-A.); Gauthier (A.-P.); Guillabert (A.-A.); Herr (G.-M.); Hugot (C.-F.-P.); Lebail (J.-B.-L.); Lebailly (D.-F.-V.); Leclerc (J.-M.-M.); Legendre (E.); Légerot (F.-E.-A.); Leguedois (J.); Lemoule (F.-G.); Lesaint (C.-L.); Lesseré (C.-J.-E.); Maressal de Marcilly (A.-C.); Mauny (L.-E.); Merland (M.-P.-H.); Passement (E.); Pietri (L.-V.); Pontis (J.-B.); Réguier (E.-V.-V.); Riband (J.-M.); Rouget (C.-M.-A.); Roussin (J.); Sehlon (E.); Soyre (de) (J.-A.-A.); Texier (H.); Thieux (H.-P.); Thoulouse (J.-F.-E.); Verguin (C.-J.-X.); Vidal (E.-J.-B.).

Élèves ayant obtenu des immunités universitaires.

Première série.

MM. Aubril; Batissier (P.); Beau; Bellovard (V.-M.-P.); Berthet (L.-H.-E.); Bony (J.); Bondou (J.); Bouin (M.-J.-J.-J.); Brandt (G.-H.); Brehier (V.-I.); Chavance (C.); Cornil (C.); Darvis (J.-F.-G.); Desferrier (C.-E.); Drouet (E.); Drouot (A.-A.); Dubaquié (P.-A.-V.); Duval (V.-E.); Fargeix (J.-V.-E.); Fournier (A.-O.); Gachassin-Lafite (J.-F.-E.); Gaffé (A.-F.); Gérard (V.-C.-E.); Guérence (D.); Guérin; Hamon (M.); Kucnemann (F.); Lafond (G.-A.); Lallier (H.); Leroux; Lapierre-Duperron (P.-C.-A.); Lecharpentier (L.-V.-M.); Legrand (J.-F.-M.); Lenoël (A.-A.-J.); Loynel (G.); Machard (P.-J.); Mauras (A.); Maurin (F.); Molsdorff (A.); Pacot (V.-H.); Pelon (P.-A.-A.); Penjade (E.-U.); Pommié (E.-J.-P.); Pourrat (J.-B.-C.); Sébault (C.); Seyer (L.-E.); Surmay (C.-B.); Tellon (J.-A.-E.); Thorp (L.-A.); Thouzé (A.); Vaullet (P.-F.); Verneuil (A.-A.).

Deuxième série.

MM. Baillon (H.-E.); Babu (A.); Bonnichon (M.-A.); Bontemps (L.-A.); Boulay (H.-T.); Cellier (A.-E); Challan (C.-F.-A.); Davré-Narbonne (J.-C.); Delage (P.); Delautel (L.-C.), Denayville (E.-L.); Desboullets (L.-M.); Dufour (P.-A.); Dupuiset (D.-A.); Florentin (M.); Flour (C.-A.); Foussal (J.-X.); Garin (C.-A.-E.); Godart (J.); Gravis (H.-E.); Guiraud (J.-A.); Lemonnier (V.-F.-J.); Longeau-Desbrosses (F.); Marquet (A.); Massias (L.-M.); Maurice (H.-B.); Modin (A.-L.); Pignant (F.-G.-T.); Plaisance (J.-H.); Prin (J.-M.-V.); Opesnay (F.-L.-A.); Robin (J.-J.-A.); Rousselin (J.-L.); Tarnier (E.); Troyes-Escounet (J.-A.-E.); Vignot (D.-A.)

Troisième série.

MM. Beaufort (F.-A.); Bezine; Bourdereau (P.-A.); Camboulives (J.); Cendrowicz (P.); Corbin (E.-T.); Dartayet; Douyet (E.); Dugué (G.); Duret (H.); Eydrigiewicz (J.); Foubert (H.-E.); Franjus; Freixas (P.); Gaillard (A.); Gendron (J.-E.); Himène de Fontevaux (A.-C.); Laugier (A.-P.); Lévy; Loisel (J.-F.); Malet (A.-S.); Meunier (E.-J.-B.); Perdrigeon (J.-M.-C.); Pradère; Roswaq (V.); Rougier; Soudan (O.-P.); Tardif (G.-E.); Tomkiewicz (C.); Tontain (J.).

Au moment où l'Académie de médecine s'occupe de l'importante question des maladies de l'utérus, nous croyons devoir rappeler à nos lecteurs un petit ouvrage très modeste du docteur Troussel, intitulé : *Des écoulements particuliers aux femmes, et plus spécialement de ceux qui sont causés par une maladie du col de la matrice.*

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 22 NOVEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 136.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris.	24 fr.	— 13 fr.	— 7 fr.
Départements .	26 fr.	— 14 fr.	— 8 fr.
Étranger . . .	30 fr.	— 16 fr.	— 9 fr.

PARIS, 21 NOVEMBRE 1849.

Séance de l'Académie des Sciences.

Ainsi qu'on peut le voir dans notre compte-rendu, les sciences médicales ont occupé une assez large place dans la dernière séance de l'Académie des sciences; mais c'est principalement sur le rapport de M. Combes, relatif à l'insalubrité des fabriques de céruse, que s'est concentré l'intérêt de la séance. On sait l'origine des communications qui ont donné lieu à ce rapport.

L'insalubrité bien notoire des fabriques de céruse avait suggéré à un industriel l'idée de substituer dans les arts au blanc de plomb le blanc de zinc, dont la préparation paraît n'avoir aucun inconvénient pour la santé des ouvriers. Les fabricants de céruse se sont émus, et deux d'entre eux ont écrit à l'Académie pour lui annoncer qu'ils avaient trouvé les moyens de rendre complètement salubre la fabrication de la céruse. L'Académie a envoyé une commission sur les lieux, et c'est le résultat de cette mission que le rapport de M. Combes était destiné à faire connaître.

Si ce résultat était tel que le disait la conclusion du rapport, on ne saurait trop s'en féliciter dans l'intérêt de la classe ouvrière et dans l'intérêt de la science elle-même, intérêt qui, bien entendu, se confond toujours avec celui de l'humanité. Mais la commission s'est elle bien tenue en garde contre toutes les causes d'erreur? ne s'est-elle pas hâtée de conclure avant de posséder tous les éléments suffisants pour arriver à une solution nette et définitive? Nous le craignons. Quel que soit le soin avec lequel la commission a interrogé les ouvriers et les médecins de la localité, quelle que soit la précision avec laquelle elle a apprécié les améliorations opératoires introduites dans la fabrication, il nous semble bien difficile de décider dans un examen de quelques jours une question aussi difficile que celle de la salubrité ou de l'insalubrité d'une profession. Dire qu'on n'a pas vu un seul malade parmi les ouvriers, sans dire depuis combien de temps chacun d'eux travaillait dans la fabrique est parfaitement insuffisant. Il y a autour de Paris des usines où l'on pourrait faire, et nous l'avons expérimenté nous-même, plusieurs visites, pendant un mois, sans trouver un seul malade, sans que les ouvriers eux-mêmes fissent l'aveu qu'il y en a quelquefois, et sans que les médecins des environs en soient avertis. Mais consultez les registres de l'hôpital Beaujon, et vous serez édifié sur la véritable valeur de ces renseignements.

Les craintes que nous exprimons, nous ne les avons pas seul éprouvées. M. Lallemand, sous prétexte de la correction grammaticale, et M. Flourens, en invoquant, avec ce tact exquis et cette sage réserve qui le caractérisent, les usages académiques, ont cherché à faire comprendre à la commission ce que la conclusion du rapport avait de défectueux et, bien plus, M. Flourens a dit le mot, de compromettant pour l'Académie. Malgré les judicieuses paroles du savant secrétaire perpétuel et les réflexions pleines de sens de M. Dufresnoy, la commission n'a pas semblé comprendre la portée des observations qu'on lui adressait; elle y a répondu par un changement de rédaction qui rend la conclusion plus vicieuse qu'elle ne l'était auparavant; car de deux choses l'une: ou bien la commission est complètement édifiée sur l'efficacité des procédés dont parle le rapport, et alors il faut déclarer que ces procédés *rendent actuellement* l'industrie innocente; ou bien l'expérience n'est pas tout à fait concluante, et dans ce cas on ne peut pas dire que l'industrie ne *sera* plus innocente.

Quant aux perfectionnements apportés dans la fabrication, ils consistent simplement dans ces deux faits: manipuler la céruse sous forme de pâte au lieu de la manier sous forme de poussière, et prescrire de fréquentes et complètes ablutions aux ouvriers. Le dernier de ces perfectionnements ne nous paraît avoir rien de bien nouveau; c'est tout simplement un des préceptes d'hygiène les plus élémentaires et les plus vulgaires, et pour l'observation duquel les fabricants ne peuvent absolument rien. Le premier perfectionnement, s'il peut être appliqué à toutes les opérations, aura sans doute d'heureux effets, et il y avait lieu d'adresser des remercîments aux manufacturiers qui l'ont mis les premiers en pratique. Mais ces résultats seront-ils de nature à justifier les conclusions de la commission? Nous n'oserions le croire; nous prévoyons que l'événement viendra donner un démenti à la conclusion du rapport, qui est maintenant celle de l'Académie. Nous regrettons vivement que M. Rayer, qui devrait être familiarisé avec les difficultés de l'observation et les dangers des conclusions absolues en médecine, n'ait pas apprécié les inconvénients signalés par M. Flourens, et qu'il ait contribué à entraîner l'Académie dans un vote vraiment compromettant.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. P. Dubois a enfin pris la parole, et, comme il l'avait promis, il a résumé la discussion dans un discours remarquable que le comité secret ne lui a pas permis d'achever. Il a donc seul occupé toute la partie publique de la séance, et il n'y a pas eu de discussion. Nous publions aujourd'hui une partie du discours de M. Dubois; nous en ferons une courte appréciation lorsque la publication en sera achevée.

HOPITAL SAINTE-MARGUERITE. (Hôtel-Dieu annexe.)

M. Valleix.

Paraplégie hystérique.

Rien n'est plus varié que les phénomènes nerveux qui se manifestent chez les hystériques. Parmi ces phénomènes il en est un qui présente surtout de grandes singularités: c'est la paralysie. De nombreuses observations de paralysie hystérique ont été publiées; mais jusqu'à ces derniers temps cette paralysie n'avait pas été étudiée avec grand soin d'une manière générale, et néanmoins, encore aujourd'hui, les faits du genre de celui qui s'est montré dans le service de M. Valleix ont assez d'intérêt pour fixer l'attention des médecins. Nous allons en exposer les détails, avec les réflexions qui ont été faites à ce sujet par M. Valleix.

Obs. — *Paralysie d'abord générale, puis bornée aux membres inférieurs, chez une jeune femme hystérique.*

Le 30 janvier 1849, est entrée à l'hôpital Sainte-Marguerite, salle Sainte-Geneviève, n° 12, la nommée Juliette Marietta, âgée de dix-neuf ans, coloriste, mariée.

Cette jeune femme, native du Piémont, est d'une bonne constitution; elle est en France depuis environ deux ans. Peu de temps après son arrivée en France, elle fut prise d'une maladie fébrile avec délire; elle entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Magendie, où on lui fit des applications de glace sur la tête; la fièvre et le délire cédèrent. Immédiatement après, elle vit tomber ses cheveux; ses dents devinrent noirâtres, et pendant six semaines environ après la disparition des symptômes aigus, elle resta atteinte d'aliénation mentale.

Depuis lors, elle a éprouvé, par intervalles, des douleurs lancinantes dans la tête, des congestions vers la face et des étourdissements; elle a remarqué aussi que sa vue avait subi un affaiblissement progressif, mais qui paraît porter plutôt sur l'étendue que sur la netteté.

Depuis la révolution de février, elle a eu des attaques qu'elle décrit comme il suit:

Après plusieurs heures de malaise, de congestion sanguine vers la face et la tête, elle tombait comme une masse inerte; ses yeux se renversaient sous la paupière supérieure; les membres se tordaient; les poignets se fléchissaient convulsivement et se renversaient sur le bord cubital de l'avant-bras. Pendant trois quarts d'heure ou une heure environ que durait cet état, elle conservait la parfaite connaissance de tout ce qui se passait en elle et autour d'elle; elle entendait et comprenait ce que disaient les personnes présentes, mais elle était incapable de répondre. Si elle essayait de le faire, ses efforts aboutissaient à un bégaiement inintelligible. Pendant ses attaques ou vers leur déclin, elle éclatait de rire, ou, ce qui arrivait le plus souvent, elle pleurait. L'accès passé, il lui restait de la céphalalgie et un sentiment de brisement général qui se dissipait au bout de deux jours.

Depuis le mois de février, elle a eu de huit à dix de ces attaques; elles ne revenaient pas à des intervalles réguliers; elle en a eu trois pendant le seul mois de juillet 1848; la dernière a eu lieu le 8 janvier.

Il y a trois mois, les règles se sont supprimées sans cause connue; la malade croit avoir remarqué que depuis deux mois elle a eu des congestions et des étourdissements plus fréquents.

Le 21 janvier, après avoir éprouvé, pendant toute la journée, du malaise, des nausées, de la céphalalgie, elle sentit tout à coup, vers neuf heures du soir environ, les membres supérieurs et inférieurs s'engourdir et sa langue s'embarrasser, et au bout de peu d'instants, elle ne put remuer ni les bras, ni les jambes. L'articulation des sons était devenue impossible. On la mit dans un bain, on lui frictionna les membres avec un onguent dont elle ne peut indiquer la nature.

Trois jours après, le 24 janvier, le mouvement et la sensibilité revinrent dans les membres supérieurs, et la parole redevint libre; mais les membres inférieurs sont restés complétement paralysés du mouvement, et de plus la sensibilité, qui y avait persisté jusqu'à un certain point, puisque la malade tendait encore ses jambes, disparut complétement. Aujourd'hui, la malade ne peut pas soulever les membres inférieurs au-dessus du plan du lit; les muscles sont flasques, et, en outre, on peut enfoncer profondément des épingles sur tous les points des deux jambes et des cuisses jusque vers le milieu de leur hauteur sans que la malade en ait conscience. Plus haut la sensibilité reparaît, mais reste obtuse. Les piqûres dans la partie supérieure de la cuisse provoquent une sensation de fourmillement.

Sur le tronc, la sensibilité est intacte.

On ne trouve aucun point douloureux circonscrit.

Les pupilles sont dilatées et peu mobiles.

Le 1er février, tisane de petite centaurée; une pilule d'extrait d'opium, 0,05; potion éthérée; frictions sur les jambes avec baume Opodeldoch; bain; un cinquième de portion d'aliments.

Le 2, la malade n'a pu supporter le bain qu'environ vingt minutes; elle est tombée en syncope, et a été atteinte d'une céphalalgie qui dure encore. Elle se plaint de n'avoir pas dormi la nuit.

Le 3, la céphalalgie persiste; mais il y a amélioration, en ce que la sensibilité a un peu reparu aux genoux et à la partie inférieure des cuisses. — Extrait d'opium, 0,15, en trois pilules; bain sulfureux.

Le 4, hier la malade a pu rester une demi-heure au bain; elle en est sortie au moment où elle se sentit défaillir. L'insomnie persiste; la céphalalgie ne diminue pas; le pouls est calme et régulier. — La dose d'opium est descendue à 10 centigrammes.

Le 5, les règles viennent de paraître; la malade ressent de vives douleurs abdominales. Du reste, rien de nouveau. — Opium, 0,15 en trois pilules; cataplasmes sur l'abdomen; lavement avec 6 gouttes de laudanum et camphre 0,50.

Le 6, hier la malade a eu deux attaques pendant lesquelles elle a perdu connaissance, mais elle n'a pas eu de convulsions; l'une de ces attaques a commencé à une heure du soir, l'autre à six heures du soir: chacune a duré environ une heure et demie. — Opium, 0,20 en quatre pilules; quatre sinapismes seront promenés sur les membres inférieurs.

Le 7, la malade peut soulever un peu les genoux en fléchissant la jambe sur la cuisse, mais elle ne peut ensuite les étendre d'elle-même; les règles continuent, bien qu'il y ait eu hier une suspension de vingt-quatre heures; la sensibilité reparaît sur toute la longueur des membres.

Le 8, la malade est parvenue à se tenir un peu sur ses jambes et même à marcher, il est vrai qu'elle tremble beaucoup et n'est pas très solide; la céphalalgie persiste.

Le 9, rien de nouveau, si ce n'est un malaise général qui semble constitué par une espèce d'affaiblissement, accompagné de douleurs sourdes dans tout le corps. — Bains sulfureux.

Le 12 février, la malade est en pleine convalescence; elle commence à marcher avec facilité. Elle demande à quitter l'hôpital.

La paraplégie n'est pas, parmi les phénomènes de ce genre qui se montrent dans le cours de l'hystérie, un de ceux qui se manifestent le plus rarement. Sur quarante-six cas rassemblés par M. Landouzy dans son *Traité de l'hystérie*, la paraplégie a été observée neuf fois. Cependant elle paraît un peu moins fréquente que l'hémiplégie, qui, sur le même nombre de cas, a été notée quatorze fois.

C'est à la suite d'un accès bien caractérisé et ordinairement violent que les paralysies hystériques apparaissent. Ici, au contraire, et c'est une particularité digne de remarque, il n'y a pas eu d'accès proprement dit. C'est après une journée de malaise, de nausées, de céphalalgie, que les membres se sont engourdis et ont fini par se paralyser.

Un autre point sur lequel il faut appeler l'attention, c'est la grande étendue de la paralysie pendant trois jours, et sa localisation ensuite dans les membres inférieurs. On pourrait, en effet, dire que dans ce cas il y a eu une paralysie générale qui s'est dissipée graduelle-

ment, en commençant par les membres supérieurs et par la langue. C'est aussi une particularité digne de remarque que cette paralysie des deux membres supérieurs; car, s'il n'est pas rare de voir les deux membres inférieurs perdre en même temps leur mobilité, comme dans le cas présent, il l'est, au contraire, très peu d'observer ce phénomène dans les deux membres thoraciques. Ce fait n'est pas mentionné dans les observations rassemblées par M. Landouzy. A plus forte raison, devons-nous tenir grand compte de cette paralysie primitive et générale, dont les observations ne font pas non plus la moindre mention, et sur laquelle je reviens de nouveau et j'insiste pour ce motif.

La sensibilité a disparu en même temps que la motilité dans les membres paralysés. C'est là un fait qui n'a rien de surprenant, car on sait avec quelle facilité se produit l'anesthésie chez les hystériques. Il le serait peut-être davantage de voir, comme nous l'avons vu chez cette malade, la paralysie du sentiment commencer à se dissiper avant la paralysie du mouvement.

La terminaison de cette paralysie mérite de nous arrêter, bien qu'elle n'ait rien d'exceptionnel. Dans les faits rassemblés par M. Landouzy, nous voyons qu'assez souvent la paralysie dure jusqu'à l'invasion d'un nouvel accès, pendant lequel elle disparaît, ou commence à diminuer, soit qu'elle soit remplacée par une autre paralysie, soit que tout revienne à l'état normal.

Chez cette malade, les choses se sont passées de la même manière, c'est-à-dire que la paralysie a persisté au même degré jusqu'à ce que deux attaques sans convulsion, mais avec perte de connaissance, soient survenues. Dès ce moment, en effet, les membres inférieurs ont commencé à se mouvoir, et le retour de la motilité a été très rapide. Toutefois, cette remarque ne s'applique qu'imparfaitement à la paralysie du sentiment; car nous voyons que, trois jours avant les attaques dont je viens de parler, la sensibilité avait en partie reparu dans les membres paralysés. Du reste, pour qui connaît la variabilité, l'inconstance des symptômes hystériques, il n'y a rien là de surprenant. Il serait plutôt étonnant de voir dans ces cas les choses se passer avec plus de régularité.

Quel pronostic faut-il porter relativement au point particulier qui nous occupe? Il est infiniment probable que de nouvelles paralysies se produiront chez cette jeune femme. Mais ces paralysies occuperont-elles le même siége et suivront-elles la même marche? C'est ce qu'on ne saurait dire. Combien de fois n'arrive-t-il pas qu'après une nouvelle attaque il survient une paralysie différente? C'est tantôt l'aphonie, tantôt la dysphagie, tantôt la paralysie de la vessie; en un mot, les accidents les plus variés peuvent survenir chez la même personne.

Dans quelques cas, au contraire, on voit pendant un certain temps les mêmes accidents se reproduire avec la plus grande régularité. Il y a huit ans, j'ai vu à la Salpêtrière une jeune fille hystérique qui, après chaque attaque, avait une hémiplégie complète du côté gauche. Voici comment les choses se passaient :

Il survenait une attaque des plus violentes avec perte de connaissance et mouvements désordonnés. Puis, sans que la connaissance revînt, l'hémiplégie se déclarait et la malade restait ainsi quarante-huit heures environ dans une espèce de coma. Ensuite revenait la connaissance, l'intelligence reprenait graduellement son intégrité, la malade commençait à se servir un peu de son bras; plus tard, elle marchait en traînant la jambe, et, au bout de quinze jours, elle était dans son état normal. Or, comme elle avait une attaque tous les deux mois, à quelques jours près, il s'ensuit que sur huit ou neuf semaines cette malade en avait deux d'hémiplégie bien caractérisée. J'ai suivi cette malade pendant plus d'un an, et toujours les choses se sont passées comme je viens de le dire. Depuis lors y a-t-il eu du changement? la paralysie a-t-elle cessé de se montrer? une autre paralysie l'a-t-elle remplacée? les mêmes phénomènes ont-ils, au contraire, continué à se reproduire? Toutes ces suppositions sont parfaitement admissibles, quoique, vu l'inconstance bien connue des phénomènes hystériques, la dernière soit la moins acceptable de toutes.

Quelle a été l'influence du traitement? Ne l'envisageant que relativement à la paralysie, on peut dire qu'elle a été bien faible. Nous voyons en effet qu'il a fallu une nouvelle attaque pour déterminer le retour à l'état normal. Du reste, les faits prouvent que les moyens à notre disposition ont bien peu d'action sur ces paralysies, qui heureusement tendent d'elles-mêmes à se dissiper. Tout ce que l'on a à faire, c'est de combattre certains symptômes pénibles, tels que l'insomnie, les douleurs, la constipation, les coliques, etc. C'est ce que nous avons fait pour quelques-uns de ces symptômes et surtout pour l'insomnie.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 novembre 1849. — Présidence de M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance officielle comprend plusieurs lettres ministérielles relatives à l'envoi de mémoires sur le traitement du choléra par le carbonate de soude et autres moyens non moins connus; sur le remplacement du seigle par la fleur de seigle et de froment dans les cas d'accouchement difficile; sur une recette contre la rage; sur l'emploi des eaux minérales de Bourbonne pendant 1848, par MM. les officiers de santé militaires.

— La correspondance manuscrite comprend les communications suivantes :

1° M. Brochard, de Nogent-le-Rotrou, envoie de nouveaux documents sur le mode de propagation du choléra.

2° MM. Plouviez, de Lille, et Bonnafond, d'Arras, font un envoi semblable.

3° M. Lachaise envoie un mémoire relatif au choléra et à la suette.

4° MM. Tribes, de Nîmes, et Buquoy, de Péronne, envoient chacun un mémoire sur le même sujet.

Étiologie du goître.

M. LONDE demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Dans la dernière séance, nous nous sommes élevés, l'honorable M. Moreau et moi, contre une opinion à laquelle M. le rapporteur a donné son approbation, savoir: que les eaux séléniteuses sont la cause du goître, et j'ai mentionné l'opinion de M. Boussingault sur l'étiologie de cette affection; la voici: ce savant fait dépendre la production du goître de la diminution de proportion de l'oxygène dissous dans l'eau employée comme boisson. L'élévation du sol en est une première cause. Sous une pression atmosphérique peu considérable, le gaz se dilate, et une partie s'échappe du liquide qui le retenait dissous. C'est ce qui a lieu dans diverses contrées élevées où le goître est endémique; par exemple, à Santa-Fé-de-Bogota (2,640 mètres d'élévation), où la proportion de l'air dissous, au lieu d'être de 50 centimètres cubes par litre à 0,76 de pression et à 0° de température, n'est que de 11.

Le village de Mariquita, où le goître est très commun, n'est élevé que de quelques centaines de mètres au-dessus du niveau de la mer; mais l'eau qu'on y boit provient des glaciers de la Cordilière centrale, dont l'un a plus de 5,000 mètres. M. Boussingault a connu dans le pays une famille exempte de goître, et a appris qu'elle conservait l'eau dans un endroit frais pendant trente à quarante heures avant de s'en servir. Plusieurs personnes du pays lui ont assuré qu'en laissant reposer l'eau des torrents pendant un ou deux jours, elle ne produisait plus le goître.

Discussion sur les engorgements et les déviations de l'utérus.

La parole est à M. Dubois, qui s'exprime de la manière suivante :

Messieurs,

J'étais membre de la commission dont le rapport a provoqué la discussion actuelle, et c'est à ce titre que j'ai demandé la parole.

Ce n'est pas sans crainte toutefois que je prends une part tardive à ces débats. En effet, la nature de mes études habituelles et de mon enseignement spécial m'imposerait presque le devoir de n'y intervenir que pour ajouter quelques lumières nouvelles à celles que la discussion a déjà répandues; tel serait assurément mon désir, mais telle n'est pas mon ambition. Si le rapport de notre honorable collègue M. Hervez, travail dont je me reconnais très volontiers solidaire, sans en accepter cependant toutes les opinions, avait été le sujet de quelques objections, je les aurais combattues; mais ni le rapport, ni même le mémoire de M. Baud n'ont été mis sérieusement en cause dans ce débat. On pourrait croire, en effet, que ceux de nos collègues qui y ont pris part ont été moins préoccupés des idées soumises à leur appréciation que du soin d'exposer celles qui leur étaient propres sur quelques points relatifs aux affections utérines; mais ce tort est, je crois, plus apparent que réel, et il peut être facilement expliqué par la nature et l'étendue du sujet. Il importe toutefois que quelque résultat utile surgisse du mémoire soumis à l'Académie, du rapport auquel il a donné lieu et des débats scientifiques auxquels vous avez exceptionnellement consacré plusieurs de vos séances. Il importe d'expliquer et de concilier, ce qui me paraît facile, des opinions contradictoires exprimées devant vous par des hommes instruits et expérimentés sur des faits matériels qui doivent paraître facilement appréciables. Il importe surtout enfin, pour le public médical, dans cette enceinte et ailleurs, que cette discussion éclaircisse, si cela est possible, une question fort controversée, et qui se présente chaque jour obscure et embarrassante dans la pratique. Il m'a semblé qu'un exposé fidèle et un examen critique des opinions qui se sont produites et auxquelles vous me permettrez d'ajouter consciencieusement les miennes pourront conduire à ce résultat : c'est le but que je désire atteindre, c'est la tâche modeste que je me suis donnée.

Avant d'entrer en matière, qu'il me soit permis de faire une remarque indispensable à l'utilité et à la clarté de cette discussion. M. Baud a eu le soin, dès le début de son travail, d'établir une distinction judicieuse au point de vue de l'objet qu'il s'était proposé : c'était de partager en deux groupes les affections utérines. Le premier se compose des transformations de tissu et des productions anormales qu'on ne peut guérir que par la soustraction du produit morbide. Le second comprend des états pathologiques dont on peut triompher soit par les seules ressources de la vitalité des tissus, soit en imprimant aux mouvements organiques et fonctionnels déviés une direction régulière et réparatrice.

Je resterai fidèle à cette distinction; il me paraît évident que l'intérêt qui s'attache à la discussion actuelle est tout entier restreint à ces affections trop communes de l'utérus, dont la place ne semble pas bien déterminée dans nos cadres nosologiques, dont le traitement est trop souvent livré à une pratique moins éclairée que routinière et dans l'application duquel on pense à tort ou à raison que les préoccupations honnêtes et consciencieuses de la science n'ont pas toujours occupé la place qui leur était due.

Ces maladies, dont M. Baud a fait le sujet de son mémoire, seront aussi l'objet exclusif des considérations que je vais présenter.

L'expression un peu trop générale d'affections ou de maladies chroniques de l'utérus, que j'ai souvent employée à défaut d'une dénomination plus précise, aura donc, après cette explication préalable, le sens conventionnel que je vous demande la permission de lui donner.

Vous avez appris par ces débats quelle place importante Lisfranc avait donnée dans la pathologie de l'utérus aux engorgements de cet organe et quelles distinctions il avait établies entre les altérations diverses qu'il comprenait sous cette dénomination, le soin avec lequel il avait décrit ces lésions apparentes de l'utérus, l'importance qu'il leur prêtait et les moyens d'investigation qu'il y appliquait et auxquels il attachait tant de prix disent assez qu'à l'influence à peu près exclusive de ces lésions il rattachait la manifestation des accidents divers dont se composait la symptomatologie des maladies utérines.

Evidemment, il n'avait pas eu la pensée d'en placer ni d'en indiquer la cause ailleurs que dans l'utérus et ses annexes. Ces maladies étaient donc pour lui essentiellement locales. Il est néanmoins évident qu'il avait été frappé de la perturbation générale de la santé et des phénomènes pathologiques variés, le plus souvent nerveux, qui s'associaient aux effets plus limités des lésions locales; mais Lisfranc ne leur accordait, au point de vue de l'importance et du traitement, du moins dans presque tous les cas, qu'un rang évidemment secondaire.

D'une autre part, comme les modifications pathologiques qu'il désignait par l'expression d'engorgement donnaient au tissu de l'utérus plus d'épaisseur et de densité, et en augmentaient tout à la fois le poids et le volume, il lui paraissait naturel qu'elles produisissent l'abaissement ou la déviation de cet organe. Et telle était la relation de ces deux faits dans l'esprit de Lisfranc, que le sens de la déviation lui semblait infailliblement réglé par le siége particulier de l'engorgement : celui-ci était donc la cause, la déviation n'était que la conséquence.

Quel que fût le genre des engorgements, qu'ils fussent hypertrophiques, indurés, simples, tuberculeux ou indurés, squirrheux, car telles étaient les dénominations qu'il avait adoptées, il est incontestable que Lisfranc admettait comme la cause la plus commune de leur développement l'inflammation à ses divers degrés. Suivant lui, quelques-unes de ces altérations subissaient la transformation cancéreuse à laquelle elles étaient fatalement conduites par leur nature même; les autres, que leur constitution primitive ne condamnait pas infailliblement à cette funeste dégénérescence, pouvaient la subir cependant et la subissaient en effet, dans un assez grand nombre de cas, par l'action persévérante et non combattue de la cause qui leur avait donné naissance.

Conséquent avec l'idée qu'il s'était faite de la part que l'engorgement prenait aux déviations de l'utérus, Lisfranc croyait que le meilleur moyen de corriger celles-ci était de dissiper l'engorgement utérin qui les avait produites; conséquent avec ses idées sur l'origine le plus souvent phlegmasique des engorgements, et surtout entraîné par la pensée thérapeutique qui s'associait alors dans la plupart des esprits à celle d'un état inflammatoire quelconque, Lisfranc appliquait à presque tous les engorgements, sans distinction, le traitement antiphlogistique dont les émissions sanguines constituaient le moyen principal; conséquent, enfin, avec la pensée de la transformation funeste des engorgements lorsqu'ils étaient abandonnés aux ressources impuissantes de la nature, il regardait le traitement préféré par lui comme le seul moyen de la prévenir.

Quelques-unes de ces opinions, exposées d'une manière formelle dans les ouvrages de Lisfranc, l'étaient beaucoup plus explicitement encore dans ses leçons : aussi pénétrèrent-elles rapidement dans le public. Bientôt il n'y eut plus une souffrance quelque peu rapprochée de la région utérine qui, si légère qu'elle fût, ne fît naître la pensée d'un péril imminent et ne fît réclamer immédiatement le secours regardé comme indispensable d'une médication préventive. Vingt années environ se sont écoulées depuis la propagation de ces idées dans le monde extra-médical, et le temps (nous en avons la preuve chaque jour) n'a pas encore dissipé les préoccupations et les craintes qu'elles y ont fait naître; mais il n'en a pas été de même dans le monde médical.

La foi dans la doctrine et surtout dans la thérapeutique de Lisfranc s'y est non-seulement affaiblie, mais en grande partie perdue, et le mémoire qui a soulevé ces débats en est un remarquable témoignage. En effet, ainsi que vous l'a dit notre honorable rapporteur, M. Baud est un reconnaissant disciple et un sincère admirateur de Lisfranc, et cependant il n'a pas écrit son œuvre pour ébranler seulement la doctrine de son ancien maître, mais pour la renverser de fond en comble; les preuves de cette intention sont évidentes. Dans le court aperçu qui précède, vous avez pu voir que Lisfranc localisait dans l'utérus la source des accidents variés dont l'ensemble constituait pour lui les affections utérines, et qu'il regardait comme accessoire et consécutif le trouble général de la santé.

Cette partie fondamentale de la doctrine de Lisfranc, M. Baud la combat et la rejette; pour lui, la perturbation générale de la santé est le phénomène pathologique initial et essentiel, les lésions locales sont consécutives et secondaires. Ces lésions, Lisfranc leur prêtait, pour la plupart des cas, une origine inflammatoire; M. Baud leur conteste cette origine, et ne l'admet que comme une rare exception.

L'engorgement, dont Lisfranc avait fait l'un des témoignages principaux et, ainsi que le dit M. Baud, l'unique expression des affections de l'utérus, l'engorgement paraît à M. Baud occuper dans la pathologie utérine un rang immérité, et usurper une place qui est due à la déviation. A celle-ci M. Baud rend une importance, suivant lui, trop longtemps méconnue; pour me servir du langage expressif et métaphorique de notre confrère, il réhabilite la déviation et la venge des longues usurpations de l'engorgement.

J'ai cru ces détails rétrospectifs utiles, afin de vous rappeler le terrain offert tout d'abord à la discussion et le programme implicitement contenu dans le mémoire de M. Baud et dans le rapport de vos commissaires. Ce programme, je me propose de le suivre, convaincu qu'il peut répondre à l'importance et aux besoins des questions de pathologie spéciale qui ont été soulevées.

La pensée principale et caractéristique du mémoire de M. Baud, c'est de transporter en dehors des organes génitaux le siége réel des affections chroniques dont il s'est occupé. Cette pensée est-elle fondée? Les affections chroniques de l'utérus ne sont-elles que des phénomènes consécutifs d'une altération générale de la santé, ou constituent-elles au contraire un état pathologique local sous l'influence duquel la santé générale est souvent troublée, ou, pour m'exprimer en des termes plus explicites encore, lorsqu'une femme accuse des douleurs inguinales ou lombaires habituelles, une sensation incommode de pesanteur dans le bassin, une souffrance sourde ou quelquefois aiguë dans le vagin et se propageant assez souvent vers l'anus, un malaise ou une faiblesse générale indéfinissable, une sensibilité exagérée des organes génitaux externes, incommodités que la marche, la station, les mouvements d'une voiture augmentent presque toujours; lorsqu'à ces souffrances se joignent, comme circonstances concomitantes, un écoulement vaginal muqueux ou purulent, une sensibilité anormale des parois utérines que la pression du doigt exagère instantanément, une rougeur ou une érosion de la portion vaginale du col utérin, un accroissement notable du volume et de la densité de l'utérus et parfois une déviation de cet organe, quelque significative que puisse paraître cette réunion de circonstances, y a-t-il lieu de se demander s'il faut ne voir dans cet ensemble de phénomènes que l'effet d'un vice général de la santé qui doit être exclusivement combattu par des moyens thérapeutiques généraux, ou s'il faut, au contraire, n'y considérer que des lésions organiques qui requièrent exclusivement une médication locale?

J'ai dit l'opinion de M. Baud à cet égard. Il est vrai qu'il ne l'appuie que par une démontration théorique qu'il serait trop long de rappeler, et qui est d'ailleurs fort contestable.

Mais cette insuffisance de preuves ne détruit pas, à mon sens, la valeur réelle de la question élevée par M. Baud, aussi peut-il paraître surprenant que dans la discussion elle ait été seulement effleurée. Notre collègue, M. Gibert seul, n'a pas hésité à la résoudre dans le même sens que l'auteur du mémoire; il est vrai, par d'autres raisons.

A cette occasion notre collègue s'est plaint, non sans motif, de cette tendance trop générale à chercher exclusivement dans les lésions locales l'expression de tout état pathologique. Tout en reconnaissant ce qu'il peut y avoir de fondé dans cette critique, je me permettrai de rappeler que cette tendance n'est que l'effet heureux d'une réaction commencée à la fin du dernier siècle contre l'omnipotence de doctrines qui négligeaient ou dédaignaient l'étude des causes locales, et faisaient intervenir dans la production des maladies l'influence tout aussi exclusive, mais assurément moins évidente, d'une altération générale des liquides ou des solides de l'économie.

La question soulevée par M. Baud n'en méritait pas moins d'être discutée. S'il est vrai, en effet, que dans les affections qui nous occupent en ce moment, les phénomènes pathologiques locaux constituent dans la plupart des cas l'expression primitive et essentielle de la maladie et l'objet principal de la médication, il n'est pas moins incontestable que dans un grand nombre de circonstances ces lésions locales ne sont que les effets consécutifs d'une cause plus générale. Il est impossible, par exemple, de n'être pas frappé de la coïncidence fréquente d'une affection herpétique actuelle ou récemment dissipée et d'une maladie chronique de l'utérus. L'analogie remarquable de structure qui existe entre la peau et la membrane muqueuse vaginale et les relations si intimes de cette dernière avec l'utérus expliquent assez la possibilité de leurs relations pathologiques.

Je rappellerai que plus d'une fois dans le cours de cette discussion, le vice syphilitique a été signalé comme une des causes générales de quelques affections chroniques de l'utérus, et cette opinion, que la destination même des organes aurait pu justifier *à priori*, est aujourd'hui fondée sur de nombreuses observations, et généralement admise.

C'est encore un cas dans lequel les phénomènes locaux ne sont que le témoignage d'une altération générale de la santé. Je veux faire cependant à ce sujet une observation, et elle m'est inspirée par le soin avec lequel notre collègue M. Gibert appuyait sur l'énonciation de cette cause, comme s'il pensait s'adresser à des auditeurs incrédules, ou signaler un fait beaucoup plus commun qu'on ne paraît le croire. Si telle était l'intention de notre collègue, je voudrais pouvoir atténuer par une remarque l'impression qu'il a voulu produire; c'est qu'en admettant la réalité du caractère syphilitique de quelques affections utérines, le fait ne doit être considéré que comme une exception. Les cas maintenant très nombreux de ces maladies qui se sont offerts à mon observation (il est vrai dans la pratique civile) me permettent d'exprimer cette opinion. Je la crois d'ailleurs nécessaire au point de vue de la réserve qu'il importe de mettre, vis-à-vis du public et en cette question, dans l'expression d'un jugement assez souvent sollicité.

Dans les cas qui viennent d'être indiqués, l'affection générale a précédé ou accompagné la manifestation des phénomènes locaux. Une succession contraire de ces deux éléments essentiels de la maladie peut avoir lieu. Les lésions utérines se produisent d'abord, comme dans la plupart des cas, sous l'influence d'une cause locale, et sont plus ou moins rapidement suivis des troubles fonctionnels généraux qui ont été signalés. Cependant, en dépit du traitement, la maladie se prolonge, et l'on voit la perturbation générale de la santé et l'ébranlement surtout du système nerveux devenir si prédominants, qu'ils constituent bien plutôt alors la maladie que les lésions primitives. C'est dans de tels cas surtout qu'on voit des guérisons obtenues par des médications auxquelles les lésions des organes génitaux étaient restées presque tout à fait étrangères. C'est ainsi que le changement de lieu, d'habitude et de régime; la vie de la campagne substituée à celle de la ville, les bains de mer, l'hydrothérapie, les eaux minérales, et en particulier les eaux sulfureuses ont souvent produit des guérisons que des moyens thérapeutiques divers, appliqués avec insistance sur les organes génitaux, n'avaient pu obtenir. Il est une circonstance surtout qui a dû frapper tous les observateurs, c'est l'influence des impressions morales tristes sur la manifestation et la prolongation des souffrances que j'ai indiquées, et par opposition l'action rapidement salutaire du calme et du contentement de l'esprit. Evidemment, un état pathologique ne saurait être tout entier dans les lésions matérielles tangibles et visibles, quand il peut être sûrement et promptement modifié par des agents thérapeutiques de cette nature.

Je terminerai ce sujet par une dernière considération. Nos collègues M. Velpeau et M. Gibert nous ont dit avec raison que des sensations pénibles variées, ayant le siége et le caractère des souffrances propres aux affections utérines, s'accompagnant, comme ces dernières, de troubles fonctionnels divers et plus ou moins marqués, étaient parfois accusées par des femmes chez lesquelles cependant aucune lésion réelle de l'utérus ne peut être constatée. La réalité de ces illusions pathologiques ne saurait être révoquée en doute, et sans être communes, assurément on peut dire qu'elles ne sont pas rares. Il est bien remarquable que les organes génitaux aient le singulier privilége d'être souvent le but des perversions intellectuelles. Personne n'ignore, en effet, combien les sensations, les souffrances, les réactions sympathiques de la grossesse, et jusqu'à des phénomènes qui semblent de nature à échapper à l'empire de l'imagination, se sont cependant produits sous cette influence. Ces faits ne doivent point être oubliés dans l'étude pratique des affections utérines.

J'ai fait à l'influence réelle d'un état anormal de la constitution une part que l'observation attentive et persévérante des affections chroniques de l'utérus étendra peut-être plus encore. J'arrive à la part qui me semble être avoir raison plus généralement faite aux lésions locales : quelles sont ces lésions?

Ce sont les inflexions de l'utérus, l'abaissement, les déviations, l'engorgement, les érosions simples ou granuleuses, un écoulement muqueux ou purulent, ordinairement l'un et l'autre; en un mot, un flux catarrhal accompagné d'une altération variable de la couleur de l'organe et d'une augmentation plus ou moins notable de la sensibilité, phénomène rendu surtout apparent par la pression du doigt.

Il est rare, quoique ce ne soit pas impossible, que tous ces éléments pathologiques soient réunis chez le même sujet, mais l'association de plusieurs d'entre eux est le cas le plus ordinaire. Je dois ajouter que, dans un petit nombre de circonstances tout à fait exceptionnelles, mais qu'il importe de signaler, le dernier de ces phénomènes pathologiques, à savoir l'exaltation de la sensibilité, peut être le seul appréciable ou du moins le seul réellement significatif. Le sens pratique de cette remarque apparaîtra j'espère plus tard dans le cours de cette discussion.

Après avoir rappelé les opinions de M. Baud et celles qui ont été exprimées ici, je tenterai, dans la mesure de mon expérience, de remplir une lacune regrettable de la discussion; je me propose, en effet, d'apprécier la valeur de chacun de ces éléments locaux de la maladie, eu égard à l'influence qu'ils exercent sur les troubles de la santé et à leur importance au point de vue du traitement.

Mais d'abord qu'il me soit permis de vous rappeler quelques-unes des contradictions que l'énonciation presque seule de plusieurs de ces phénomènes a provoquées. Si j'avais pris la parole au début de l'avant-dernière séance, il est probable que j'aurais défendu la réalité de l'engorgement contre l'incrédulité de notre honorable président et que j'aurais rappelé les excellentes raisons données déjà par notre collègue M. Roux, le fait cité par M. Moreau et les preuves décisives fournies par les pièces pathologiques que M. Huguier a soumises à votre examen. Le soin que j'aurais pris alors serait aujourd'hui tout à fait superflu. L'engorgement tel que Lisfranc l'entendait et l'enseignait, tel qu'il est discuté par M. Baud et compris par nous tous, cet engorgement n'est plus contesté par M. Velpeau; ce que notre collègue contestait n'étant pas mis en question, la controverse reposait donc sur un malentendu, et désormais en se prolongeant elle resterait évidemment stérile. Mais il n'en saurait être de même de la question des inflexions et des déviations. Les premières ont été contestées non pas seulement quant à leur existence, mais même quant à leur possibilité; les autres l'ont été quant à leur fréquence absolue et quant à leur fréquence relative. Je pense que sur le premier point mes honorables collègues, j'en dois excepter peut-être mon excellent ami M. Moreau, sont maintenant édifiés; les recherches et les expériences de M. Jobert, les figures présentées à la dernière séance par M. Velpeau et enfin les pièces probantes de M. Huguier doivent avoir dissipé tous les doutes; à moins toutefois que, pour être convaincu, M. Moreau n'exige la preuve sur le vivant; s'il en est ainsi, je regrette sincèrement qu'une réserve, que chacun des collègues qui m'écoutent comprendra facilement, ne me permette pas de lui fournir cette preuve dont il aurait besoin; il lui serait très facile de reconnaître l'altération qu'il a contestée chez une jeune femme auprès de laquelle je fus mandé il y a très peu de jours. Quelques irrégularités dans le retour de ses règles et surtout le désir extrême de devenir mère lui firent penser qu'elle était enceinte; d'après ses calculs, elle devait être parvenue au moins au sixième mois de sa grossesse; un examen très superficiel que fit un jeune confrère qui devait l'assister lui inspira quelques doutes, et, pour les dissiper, il réclama ma présence. Il ne me fut pas difficile de reconnaître que les espérances de cette jeune femme n'étaient pas fondées; l'utérus était petit, très mobile, et le corps de l'organe était fortement infléchi en arrière; le fond et la portion vaginale étaient presque en contact et dirigés conséquemment dans le même sens, c'est-à-dire qu'ils regardaient l'un et l'autre en bas et en arrière; une circonstance favorable au diagnostic existait dans ce cas : la souplesse des parois abdominales permettait à la main appliquée sur l'hypogastre d'atteindre l'utérus, dont le diamètre vertical était cependant fort raccourci par l'inflexion. Il était alors facile de constater l'altération par la brièveté même de l'organe et par l'introduction de l'extrémité du doigt indicateur dans le pli ou l'espèce de sinus qui résultait de l'inflexion. Je demande pardon à l'Académie d'insister sur ces détails, et je crois néanmoins utile de lui en faire connaître les motifs. Il n'est pas très rare que des corps fibreux superficiels se développent, soit en avant, soit en arrière, immédiatement au-dessus de la portion sus-vaginale du col utérin, par conséquent en des points très rapprochés de l'un des deux culs-de-sacs péritonéaux. Le doigt, en refoulant la partie supérieure du vagin, peut, en général, les atteindre sans difficulté; leur face lisse, leur forme arrondie, leur saillie modérée, un enfoncement anguleux compris entre eux et l'utérus et dans lequel l'indicateur pénètre : ces dispositions offrent trop d'analogie avec celles que j'ai signalées plus haut pour qu'une méprise ne soit pas facile à qui ne serait pas prévenu. J'avais donc reconnu dans le cas dont vous venez d'entendre le récit l'absence d'une grossesse ardemment désirée; malheureusement, il est probable que j'ai reconnu plus encore, c'est-à-dire une anomalie congéniale qui, selon toute apparence, laisse peu d'espoir d'une grossesse future. Ce cas renfermait d'ailleurs plus d'un enseignement : il offrait un de ces exemples, déjà très nombreux dans mes souvenirs, de la facilité prodigieuse avec laquelle on croit ce qu'on désire; en quittant cette jeune femme, je voulais la consoler de ses espérances déçues, et je la félicitais de ce qu'heureusement elles ne s'étaient pas assez prolongées pour que le désappointement fût extrême. Hélas! me dit-elle, il ne peut pas être plus grand : depuis quelque temps, j'étais convaincue que je sentais les mouvements de mon enfant, et je m'étais déjà pourvue d'un berceau, d'une layette et d'une nourrice; vous le voyez, tous mes préparatifs étaient faits.

Après cette digression, que je désire ne vous avoir pas paru trop longue, je reviens à mon sujet.

(*La fin au prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 novembre 1849. — Présidence de M. Boussingault.

Emploi de la glace en thérapeutique.

M. Wanner lit un mémoire sur l'emploi de la glace dans les maladies médicales et chirurgicales.

Fabrication de la céruse.

M. Combes, au nom d'une commission composée de lui, rapporteur, de MM. Pelouze et Rayer, lit un rapport sur les améliorations sanitaires que les fabricants des environs de Lille disent avoir apportées dans la confection de la céruse. Après avoir longuement exposé ces améliorations, qui consistent dans la substitution d'agents mécaniques au travail manuel pour les opérations dans lesquelles les ouvriers touchent les matières plombiques; dans l'intervention de l'eau et de l'huile pour toutes les opérations pendant lesquelles la céruse était manipulée en poussière, et pendant lesquelles elle forme maintenant une pâte; enfin, de la part des ouvriers, dans des bains, dans des ablutions complètes et réitérées. Après avoir exposé ces améliorations, le rapport conclut :

« Que la fabrication de la céruse ne constitue point une industrie insalubre, pourvu qu'elle soit pratiquée par les méthodes et avec les précautions convenables qui se trouvent signalées dans le rapport, et qui sont déjà appliquées en grande partie dans quelques-uns des établissements que la commission a visités. »

M. Lallemand. Il me semble qu'il y a dans la conclusion deux membres de phrases qui ne sauraient se trouver ensemble sans blesser la logique et la correction grammaticale. Puisqu'aux yeux de la commission ce n'est qu'à certaines conditions que la fabrication dont il s'agit n'est pas une industrie insalubre, il est évident qu'on ne peut pas dire: elle ne *constitue* pas, mais bien ne *constituera* par, ou elle ne *constituerait* pas. Il faut un futur ou un conditionnel.

M. Flourens. Je crois devoir faire remarquer à M. le rapporteur que la forme dans laquelle est conçue la conclusion s'écarte des usages de l'Académie. L'Académie n'a pas l'habitude, et en cela elle a parfaitement raison, de voter sur la réalité ou la non-réalité d'un fait; car l'existence d'un fait ne saurait dépendre d'un vote; il est où il n'est pas, aussi bien sans l'approbation qu'avec l'approbation de l'Académie. Je crois donc qu'il vaudrait mieux dire: « que les directeurs de telle ou telle usine ont heureusement modifié la fabrication de la céruse, » ou quelque chose d'analogue, que d'affirmer que la fabrication de la céruse ne *constitue* pas une industrie insalubre.

M. Pelouze. Je ne saurais penser comme mes honorables collègues. La commission s'est transportée sur les lieux pour constater des faits; elle les a constatés; elle doit les affirmer. Nous avons vu qu'il n'y avait eu depuis longtemps aucun ouvrier malade dans les fabriques que nous avons visitées, et nous disons que la fabrication pratiquée avec les précautions prises dans ces fabriques n'est point insalubre. Si l'on rejetait la conclusion de la commission, on pourrait mal à propos effrayer les ouvriers, et entraver le travail d'un nombre de fabriques qui ne produisent pas moins de sept à huit millions de kilogrammes de céruse par an. Je répète que, sur sept à huit cents ouvriers occupés par ces fabriques, nous n'avons pas vu un seul malade.

M. Chevreul. Je pense absolument comme M. Flourens. Il y a dans le rapport même des faits qui prouvent que la fabrication de la céruse est insalubre. Ce n'est donc que par l'application des moyens nouveaux indiqués dans le rapport qu'elle cessera de l'être. C'est donc là tout ce qu'on pourrait dire.

M. Rayer. La pensée de la commission est qu'il y a eu de grandes améliorations apportées dans la fabrication de la cé-

ruse; c'est là ce qu'elle a voulu exprimer. Je conviens qu'il vaudrait mieux dire : « cessera d'être insalubre du moment qu'on emploira. . . . » etc.

M. Combes. Je ne saurais me rendre à aucune des raisons invoquées par mes collègues. La fabrication telle qu'elle est pratiquée dans les fabriques que nous avons visitées est *actuellement* insalubre ; il m'est donc permis de dire qu'elle ne *constitue* pas, etc.

M. Flourens. Je demande pardon à l'Académie d'insister, mais la question me paraît grave. Je répète qu'il est contraire aux usages de l'Académie de voter sur un fait ; je dis en outre qu'un pareil vote ne peut être que compromettant. Si le fait est vrai, le vote de l'Académie n'y peut rien ajouter ; s'il est faux, l'Académie, en votant le contraire, ne peut que se compromettre. Voyez quelle serait sa position si nous décidions aujourd'hui, à la majorité des suffrages, ou même à l'unanimité, que la fabrication pratiquée par tel ou tel procédé n'est pas insalubre, et qu'on vînt à démontrer plus tard que ce fait n'est pas exact. La commission, malgré le mérite élevé et incontesté des hommes qui la composent, est faillible, l'Académie l'est aussi ; et c'est pour cette raison que je la verrais avec peine engager sa responsabilité dans une question de fait.

M. Dufresnoy. Je me rangerai à l'avis de M. Flourens, et je ferai remarquer, en outre, que la question est industrielle et non scientifique. Les fabricants ne cherchent autre chose qu'à obtenir un jugement favorable de l'Académie pour tirer le meilleur parti possible de leurs usines, qui, ainsi que je m'en suis assuré, ne peuvent réellement passer pour des établissements insalubres.

Plusieurs membres. Vous les avez vues à une époque où l'on n'appliquait pas les procédés actuels.

Après quelques autres explications, l'Académie adopte une conclusion ainsi formulée : « Votre commission est d'avis q....... ne *sera* plus une industrie insalubre lorsqu'on appliquera les procédés indiqués dans le rapport. »

Gastrostomie.

M. Sédillot nomme ainsi la perforation de l'estomac à travers les parois abdominales dans le but d'introduire des aliments dans l'estomac, lorsque le conduit digestif se trouve oblitéré au-dessus de cet organe. Il transmet à l'Académie l'observation d'un malade qui était voué à une mort certaine et prochaine par suite d'une oblitération organique de l'œsophage, et chez lequel il a pratiqué cette opération. Le patient a succombé très peu de temps après l'opération ; mais M. Sédillot pense que la mort ne doit pas être rapportée à l'opération elle-même, mais à l'infiltration de l'air dans les parois abdominales et thoraciques, et qu'à l'aide de quelques modifications opératoires on pourra obtenir dans d'autres cas un succès complet.

Armures métalliques.

M. Burq envoie un nouveau mémoire sur diverses affections nerveuses et convulsives, et sur leur traitement par les armures métalliques (lesquelles sont constituées, comme on sait, par des sortes de colliers métalliques qu'on applique sur les bras, les jambes, les cuisses, etc.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

CORRESPONDANCE.

De la dilatation graduée et permanente dans les rétrécissements du canal utérin.

Mon cher confrère,

L'importante discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie de Médecine sur les engorgements de l'utérus m'engage à soumettre à vos lecteurs un travail que j'ai commencé il y a plusieurs années sur les rétrécissements du canal utérin, comme causes et effets des engorgements, des stérilités et des dégénérescences de la matrice.

Les récriminations élevées par quelques-uns de nos confrères contre les spécialistes sont dénuées de raison, surtout après les débats contradictoires dont nous venons d'être les témoins.

Tout le monde doit être convaincu aujourd'hui que, quels que soient l'érudition et le savoir de certains médecins, ils n'ont pu cependant s'étendre à tous les cas qu'ils ont rencontrés. L'esprit de l'homme, si vaste qu'il soit, a lui-même ses limites, et ce n'est pas trop souvent de la concentration de son esprit sur un point de la science.

Les engorgements de l'utérus ont été décrits par Mauriceau en 1740 ; Levret, en 1771 ; Bayle, Cayol, en 1812 ; Boyer, Dupuytren, Récamier, en 1819 ; Blasius, Bégin, Jobert, Bérard, Blandin, Théalier Duparc, Samuel Clair, Lisfranc, Boivin et Dugès, etc., etc., en 1849. L'Académie de Médecine, après de longues discussions, a bien voulu admettre l'existence des engorgements ; nous pouvons donc dire aujourd'hui que, parmi les nombreux accidents que déterminent les engorgements de l'utérus, le rétrécissement du canal utérin doit être mis au premier rang.

Dans la plupart des cas, ces rétrécissements s'opposent à l'accomplissement des fonctions de l'utérus, et les femmes qui en sont atteintes éprouvent à chaque époque menstruelle tous les accidents semblables à ceux qui ont lieu dans l'oblitération du vagin : coliques, douleurs, tranchées, etc. Assez souvent, sous l'influence de ces rétrécissements, le col devient essentiellement conique, et cette déformation pathologique rend alors la conception impossible.

Les rétrécissements qui produisent les cols coniques s'observent ordinairement chez les femmes d'un tempérament lymphatique qui n'ont jamais eu d'enfants. Chez ces femmes, la menstruation se fait mal, et la plupart perdent très peu de sang.

Les mêmes accidents s'observent chez les femmes qui sont atteintes de rétrécissement à la suite de métrites avec engorgement après leurs couches.

Les rétrécissements du canal utérin doivent être considérés comme une diminution permanente du canal utérin, résultat d'un état morbide des parois du canal.

On observe des rétrécissements de différente nature : les uns sont dilatables, les autres non dilatables ; les uns sont superficiels et bornés à la muqueuse, les autres sont profonds et de nature fibreuse ; les premiers sont inflammatoires, les seconds organiques.

Le rétrécissement fibreux est assez fréquent, et peut être dû à une inflammation de la membrane muqueuse ou à une ulcération.

Les conséquences thérapeutiques qui découlent du caractère fibreux du rétrécissement nous ont montré : 1° l'inconvénient des moyens violents pour combattre ces rétrécissements ; 2° la prééminence de la dilatation sur l'incision ou la cautérisation ; 3° la nécessité d'une dilatation prolongée ; 4° et enfin la tendance de ces rétrécissements à se reproduire et à causer la stérilité.

Les rétrécissements fibreux se présentent sous deux formes : tantôt on les trouve disposés en fuseaux, tantôt le tissu fibreux occupe un seul point du canal utérin, soit l'orifice interne ou externe, de manière à constituer un étranglement semblable à celui que déterminerait une corde fortement serrée. Les rétrécissements turgescents peuvent exister sur tous les points du canal utérin ; ils sont le résultat de l'afflux du sang et des fluides blancs dans les vaisseaux des tissus qui forment le rétrécissement et des tissus qui l'enveloppent. Tant que la membrane muqueuse n'a pas été détruite, le rétrécissement est curable ; le contact d'un dilatateur pendant quelques heures en fait justice. Si la muqueuse détruite a mis à nu le tissu fibreux, s'il s'est induré, alors la guérison est moins facile.

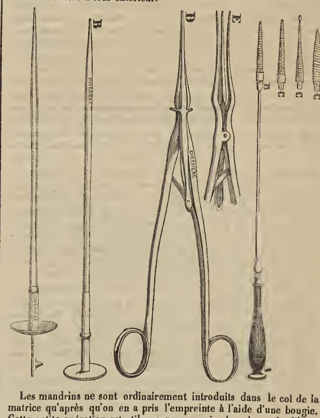
Les ulcérations de l'intérieur du canal utérin sont la cause ordinaire la plus grave des rétrécissements.

Si on explore attentivement le canal utérin de femmes qui sont atteintes de rétrécissement à l'aide d'un stylet ou d'une bougie à empreinte, on acquiert la conviction que l'engorgement a rétréci et déformé le canal, tantôt dans son milieu, tantôt dans ses orifices interne ou externe, et on s'explique alors les douleurs, les tranchées qu'éprouvent les femmes au moment de leurs règles. Si on touche ces femmes, on trouve que le tissu du col offre dans certains cas un peu de résistance, quelquefois un sentiment de fluctuation. En pressant sur cet organe avec le spéculum, on voit sortir dans la plupart des cas un muco-pus, ou du sang altéré.

La plupart des traitements dirigés contre les engorgements de l'utérus ont été sans résultat pour détruire les rétrécissements.

Le moyen qui nous a le mieux réussi est la dilatation graduée et permanente. Quelques chirurgiens ont employé le débridement des commissures du col ; mais cette opération, qui déforme complétement le col, offre quelque danger lorsqu'il faut la pratiquer à l'orifice interne, car il faut avoir bien soin qu'elle ne dépasse pas en cet endroit la partie supérieure de l'insertion du vagin ; on pénétrerait inévitablement dans le ventre.

C'est pour éviter cet accident, c'est pour arriver à guérir les rétrécissements si nombreux du canal utérin qui rendent toutes les femmes stériles, que nous proposons à nos confrères une méthode simple et facile ; la dilatation graduée remplit parfaitement le but qu'on se propose, et n'offre pas les dangers d'une incision pratiquée à une assez grande profondeur dans l'utérus. Les instruments dilatateurs que nous mettons sous les yeux de nos confrères, et qui ont été construits par M. Charrière, se composent : 1° d'un dilatateur droit A en forme de sonde, dont on augmente le diamètre à l'aide de mandrins B plus ou moins gros introduits dans l'utérus ; 2° d'une pince dilatatrice D à trois branches E (construite sur les mêmes principes que celle de Bouche, de Berlin) ; cet instrument, par son action graduée et continue sur l'orifice externe de l'utérus, permet d'en obtenir rapidement l'élargissement ; 3° et enfin de tubes coniques C C C de mandrins perforés dans leur longueur pour le passage des fluides sécrétés par l'utérus ; ces mandrins dilatateurs, qui se montent sur une tige mobile, s'introduisent facilement dans le col de l'utérus à l'aide du pas de vis à filets doux et arrondis dont ils sont revêtus à leur extérieur.



Les mandrins ne sont ordinairement introduits dans le col de la matrice qu'après qu'on en a pris l'empreinte à l'aide d'une bougie. Cette petite opération est utile pour approprier le volume du dilatateur au degré du rétrécissement.

Les dilatateurs que nous mettons en usage sont formés de différentes substances ; les plus simples sont en buis, en baleine. M. Charrière nous en a fait tourner en métal et en ivoire flexible. Cette dernière substance, introduite dans le canal utérin, se gonfle au bout de quelques heures, et opère doucement la dilatation sans douleur pour la malade, ni dommage pour la matrice.

Nous ne pouvons, dans un article de journal, développer toutes nos idées sur les rétrécissements du canal utérin ; nous nous contenterons d'exposer à nos confrères nos observations sur cette maladie peu connue encore, et les moyens de traitement que nous lui opposons chaque jour. Nous terminerons ce court exposé en appelant l'attention de nos confrères de la spécialité sur les propositions suivantes :

La plupart des maladies de l'utérus sont compliquées d'engorgements, qui amènent le rétrécissement et l'oblitération du canal utérin.

Le rétrécissement est congénital ou primitif chez la jeune fille, et il se fait reconnaître aux douleurs aiguës, aux tranchées, aux coliques qu'elle éprouve aux époques menstruelles.

Le rétrécissement est consécutif chez la femme qui est devenue mère. Les rétrécissements qui ont lieu quelque temps avant l'époque critique de la femme amènent presque toujours la dégénérescence de l'utérus.

Nous nous proposons d'examiner ces questions dans un prochain article.

Aussandon, d.-m.p.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 24 NOVEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 137.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris.	24 fr.	— 13 fr.	— 7 fr.
Départements .	26 fr.	— 14 fr.	— 8 fr.
Étranger . . .	30 fr.	— 16 fr.	— 9 fr.

Revue clinique hebdomadaire.

Contracture essentielle des extenseurs des doigts traitée par le chloroforme. — Ces dernières années ont vu surgir dans le cadre nosologique une affection qui n'était assurément point nouvelle, mais qui avait à peine été mentionnée : c'est la contracture essentielle. Signalée d'abord par M. Guéneau de Mussy, étudiée avec soin dans une bonne thèse par M. le docteur Imbert-Gourbeyre, de Clermont-Ferrand, puis avec plus d'extension encore dans le remarquable ouvrage de MM. Rilliet et Barthez, cette affection, malgré les travaux de tous ces praticiens distingués, laisse encore beaucoup à désirer sous le double rapport de son étiologie et de sa thérapeutique, c'est-à-dire dans les deux points les plus importants de son histoire. Ce n'est point, bien entendu, dans la prétention de combler cette lacune que nous allons rapporter le cas suivant, mais bien pour ajouter un fait intéressant de plus à ceux encore médiocrement nombreux que possède la science.

Une jeune fille de quinze ans est entrée le 10 novembre courant à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, n° 5, service de M. Louis. Cette jeune fille, d'une intelligence bien développée, donne sur le début de sa maladie les renseignements suivants :

Dans le courant du mois, pendant qu'elle écrivait ses devoirs à sa pension, elle éprouva une sorte de spasme dans le médius de la main gauche, et lorsqu'elle voulut agiter sa main comme pour dissiper la légère douleur qu'elle éprouvait, elle s'aperçut qu'elle ne pouvait pas fléchir le doigt siége du phénomène précédent. Cette douleur ne persista que pendant quelques instants, et n'a pas reparu depuis ; mais l'impossibilité de fléchir le doigt ne cessa plus à partir du moment où elle commença.

Il y a six semaines environ que, sans phénomène antécédent appréciable, la contracture envahit l'index et l'annulaire, puis le petit doigt. Le pouce a toujours été et est encore libre.

La jeune malade n'a d'ailleurs éprouvé aucun phénomène général pendant ou avant le développement de la contracture ; point de mouvement fébrile, point de convulsions ; aucune lésion de sensibilité générale ou locale, aucune modification dans ses goûts habituels ; elle dit seulement qu'elle était très nerveuse ; qu'elle pinçait quelquefois involontairement les personnes qui étaient à côté d'elle, et que ces sortes d'envies ont cessé depuis l'apparition de sa maladie.

Elle est réglée depuis cinq mois ; l'éruption menstruelle s'est établie sans douleur, et a continué régulièrement depuis, sans que l'affection qu'elle porte ait en rien troublé cette fonction.

Aujourd'hui, tous les doigts de la main gauche sont dans la plus grande extension possible, et la malade ne peut en aucune façon les fléchir. En employant une assez grande force, on peut soi-même opérer cette flexion, et s'assurer que les articulations sont intactes ; mais, comme cette manœuvre est douloureuse, on ne cherche pas à la prolonger. La flexion des doigts sur les métacarpiens est, au contraire, presque aussi facile que dans l'état physiologique, en sorte que la contracture ne porte que sur les extenseurs des deuxième et troisième phalanges. Les mouvements du poignet sont parfaitement libres, ainsi que ceux du pouce. Nous constatons aujourd'hui que les deux mains transpirent abondamment, mais la malade nous fait observer que c'est chez elle un état normal.

Pendant les trois premiers jours de l'entrée de la malade à l'hôpital, on a appliqué des cataplasmes sur la main. Depuis ce moment, c'est-à-dire depuis huit jours, on enveloppe deux fois par jour la main avec une compresse imbibée de chloroforme, et qu'on laisse jusqu'à ce qu'elle soit entièrement sèche. Ces applications ne produisent ordinairement aucune irritation, quoique la malade ait la peau très fine et très sensible ; l'application d'hier a seule produit deux ou trois petites phlyctènes en divers points de la main et des doigts.

On sait que la seule médication qui ait paru avoir quelques avantages dans la contracture essentielle est le sulfate de quinine ; encore ces avantages ont-ils été assez peu évidents, pour qu'ils soient demeurés douteux dans beaucoup d'esprits.

Il était naturel, dans cet état de choses, de songer à un agent qui, par l'inhalation, produit une résolution si complète, et que quelques praticiens disent avoir employé avec un succès complet dans le tétanos, cette grande contracture essentielle. M. Louis a donc songé aux applications locales, qui avaient déjà produit des résultats bien positifs dans des cas d'hyperesthésie bornée aux nerfs ou à la peau.

Jusqu'à ce jour, il faut le dire, le résultat n'a guère répondu aux espérances qu'on avait conçues, et il est bien douteux même qu'un résultat plus heureux soit obtenu plus tard. La contracture sans doute finira par guérir, parce que la guérison en est la terminaison habituelle ; mais il est évident qu'on ne pourra plus l'attribuer à l'action du chloroforme. Ceci n'est pas tout à fait une raison pour ne plus essayer ce moyen dans des cas analogues ; un seul cas ne saurait suffire pour en juger définitivement la valeur ; seulement, le fait précédent nous enseigne qu'il ne faudrait pas trop, le cas échéant, insister sur le chloroforme, et qu'il faudrait, après quelques jours d'insuccès, tenter de découvrir un moyen plus efficace.

Paralysie essentielle de la jambe? — Le hasard a placé l'une à côté de l'autre deux maladies caractérisées par un état bien différent, mais qui ont pour analogie cette circonstance, qu'il est impossible de les rapporter à une lésion matérielle appréciable, et que ce sont, jusqu'à plus ample progrès de la science, des affections essentielles. L'affection dont il s'agit ici est une paralysie qui, autant qu'on en peut juger par les renseignements un peu obscurs fournis par la malade, s'est développée de la manière suivante :

Roux, âgée de soixante-treize, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle St-Landry, n° 25, service de M. Louis, hier, 22 novem

Il y a trois semaines que la malade éprouva soudainement, à ce qu'elle dit, une vive douleur dans le jarret, dans le genou et dans la jambe droite, suivie aussitôt de l'impossibilité de s'appuyer sur ce membre ; la veille, ni les jours précédents, cette femme n'avait éprouvé absolument rien d'anormal, et, suivant son expression, elle courait très bien.

Jamais elle n'a été sujette à des étourdissements, ni à des douleurs dans les articulations ou ailleurs ; elle n'a jamais perdu connaissance ; elle n'a jamais éprouvé aucun affaiblissement dans les membres supérieurs ou inférieurs.

Il y a excessivement longtemps qu'elle n'avait été indisposée, lorsque, il y a deux ans, elle fut atteinte d'une pneumonie qui dura six semaines. Elle fut traitée chez elle par le même médecin qui lui a donné des soins depuis quelques jours ; elle s'était toujours bien portée depuis.

Il est facile de constater aujourd'hui que les muscles qui meuvent le pied sont complétement paralysés ; cette extrémité s'abandonne aux lois de la pesanteur absolument comme une masse inerte. Les muscles qui meuvent la jambe sont à peu près dans le même état ; ceux qui meuvent la cuisse ont conservé leur force naturelle. Ainsi, la malade s'appuie avec facilité sur les deux genoux lorsqu'on la place dans cette position sur son lit. Lorsqu'au contraire on la place debout, elle ne peut en aucune façon ni s'appuyer sur le pied, ni même le placer à plat sur le parquet ; il tombe suivant son poids, la pointe portée en bas.

Une douleur qui provoque des plaintes vives de la part de la malade se produit toutes les fois qu'on veut communiquer des mouvements au pied, et plus encore à la jambe ; elle se manifeste également, mais moins violente, quand on presse un peu fortement dans le creux poplité, autour du genou et au niveau des muscles soléaires ; dans les autres points de la jambe, la pression n'est que peu douloureuse. La peau est de sensibilité normale, absolument semblable à celle de la jambe opposée, où n'existe aucun trouble morbide. La douleur de la jambe ne se propage nullement le long du nerf sciatique, ni du nerf poplité ; en pressant suivant le trajet de ces nerfs, on ne détermine pas plus de douleur qu'ailleurs ; il n'existe aucune douleur soit vers l'échancrure sciatique, soit le long de la moelle épinière.

La mollesse des chairs et la maigreur de la malade permettent de sentir d'une manière très distincte les battements de l'artère fémorale poplitée et tibiale postérieure ; on peut aussi constater ceux de la pédieuse.

FEUILLETON.

Note sur l'organe de la vision.

(Physiologie.)

Par M. Anselme Sabatier, oculiste de Paris, exerçant à Madrid.

Un des plus admirables phénomènes de l'organisme animal est sans contredit celui de la vision. Aussi a-t-il exercé de tout temps la sagacité des savants : les médecins physiologistes, et spécialement les médecins oculistes, s'en sont occupés sous les rapports physiologiques et pathologiques ; les mathématiciens sous celui de l'optique. Il n'est pas d'ouvrages d'anatomie ou de dioptrique qui ne renferment une description de l'œil, et s'il existe, dans l'étude des organes de l'homme, une question qui semble devoir être complétement résolue sous tous ses aspects, c'est celle qui est relative au mécanisme de la vision.

Il n'en est cependant rien : outre les doutes qui résultent naturellement de l'ignorance où nous sommes des points principaux, tels que le siége de la vision, l'utilité de l'enveloppe choroïde, la cause d'une seule vision avec deux organes complets, etc., il en est qu'on a admis sans trop d'examen, et parmi ceux-ci nous devons compter l'opinion dans laquelle on est généralement que tous les objets sont vus d'une manière renversée, et que nous ne devons qu'à l'habitude, à la comparaison et au raisonnement le redressement d'une notion fausse qui nous est communiquée par la rétine.

Ouvrez un livre de médecine, d'anatomie, d'oculistique ou d'optique, et vous trouverez cette opinion passée à l'état d'aphorisme depuis Hippocrate jusqu'à Bichat, depuis Descartes jusqu'à Brewster. Passe encore pour les médecins ; la question, sans sortir néanmoins de leur domaine, n'est pas spécialement de leur ressort : sa solution appartient à la médecine oculaire, à l'anatomie, à la physiologie et aux mathématiques. Cependant vous chercherez inutilement dans les livres d'oculistique, d'anatomie, de physiologie, de dioptrique une élucubration analytique de la marche des rayons visuels ; et, si vous remontez à la source, vous ne trouvez qu'un énoncé sans preuves, fondé sur des intersections de lignes qui ne sont pas exactes.

Nous sommes en général trop portés à admettre sur parole tout ce qui tend à nous éviter un travail, une fatigue d'esprit. Véritables coutumiers du préjugé, nous passons par où nos pères ont passé. Pourquoi ? Pour échapper aux soins d'une recherche, pour ne pas sortir d'un repos commode ; nous fondons cette sorte d'insouciance scientifique traditionnelle sur la confiance qu'inspire un grand nom, lequel ne s'est pas donné plus de peine que nous. C'est ainsi qu'en nous copiant les uns sur les autres, on arrive à propager une erreur, avec une opinion toute faite, que l'on croit de bonne foi.

On a dit, et nous avons cru sur parole, que l'image des objets extérieurs était peinte sur la rétine d'une manière renversée. C'est le raisonnement, l'habitude, la comparaison qui corrigent cette fausse perception de la vue. Quoi ! l'organe le plus complet, le plus admirable de l'homme est soumis à une erreur ? Il nous trompe, lui qui qui est destiné à guider notre intelligence ! C'est un instrument faux que la nature nous a donné ! Les lois générales sont en défaut ! Nous tournons ici dans un cercle vicieux : l'œil sert à développer l'esprit humain, à le servir dans ses élucubrations ; mais il faut que l'esprit de l'homme le corrige, le redresse perpétuellement sous peine d'errer ! L'habitude, le raisonnement, la comparaison (avec quoi, la comparaison ?), dit-on, sont là pour ce redressement ; mais ces trois facultés qui résultent l'une de l'autre n'appartiennent pas à l'enfance, aux crétins, aux fous. L'enfant verrait donc les objets renversés sans pouvoir corriger l'erreur, lui qui sait si bien désigner du doigt l'oiseau qui vole, qui se balance à la cime d'un arbre, ou suivre dans les airs le cerf-volant qui s'y promène majestueusement.

Ne cherchons pas à expliquer ce qui n'est pas, ce qui ne saurait être. Qu'est-ce qu'une explication contre les lois de la nature ? Un fait est un fait. Rien n'est plus brutal qu'un fait.

Rappelons-nous qu'on a écrit des volumes sur l'existence de la dent d'or chez un enfant génevois, et qu'après une longue dispute de savants, un observateur s'étant avisé d'aller examiner le phénomène sur place, découvrit qu'il n'existait pas.

Qu'on ne s'étonne pas si moi, modeste observateur, j'ai voulu aller au fond des choses toucher la dent d'or prétendue, et si je viens dire, après un examen attentif et consciencieux : *Non, la rétine ne reçoit pas renversée l'image des objets extérieurs ; elle y est peinte dans sa position naturelle.*

Pour prouver cette opinion, qui détruit complétement une idée reçue et fortement enracinée depuis des siècles, je vais suivre les rayons de lumière à travers les liquides divers de l'humeur aqueuse, du cristallin et de l'humeur vitrée, en tenant compte de leurs densités relatives et conséquemment des variations du sinus de l'angle de réfraction.

Le premier phénomène je dis : Le premier problème qui se présente est celui de la direction des rayons lumineux sur la cornée transparente. Tombent-ils sur la membrane en convergeant sous forme de cône, dont le sommet se trouverait dans l'œil ? Y arrivent-ils parallèlement de manière à ce que leur diamètre total, mesuré perpendiculairement à leur direction, soit égal au diamètre de la pupille ? Divergent-ils enfin en partant du point regardé par l'œil, et en ayant pour base le cercle même formé par les bords de l'iris ?

La convergence des rayons lumineux, convergence admise par tous les physiciens, est en contradiction complète avec les faits : l'œil ne voit bien qu'un point, celui qui est dans l'axe commun à tous les organes de la vision, et dont la trace lumineuse passe par tous les foyers lenticulaires. Deux rayons contigus et très voisins de cet axe sont encore distinctement visibles ; mais à mesure qu'ils s'en éloignent, la vue cesse d'en être distincte, parce que leur obliquité sur la cornée augmente la valeur de l'angle réfractif. Si donc les rayons tombaient coniquement sur la partie de la cornée qui les transmet à travers la pupille, la valeur des angles d'incidence irait en augmentant à mesure qu'on s'éloignerait de l'axe, les pouvoirs réfractifs suivraient une augmentation analogue, il y aurait irradiation, les proportions de l'objet ne seraient plus exactement transmises, et la rétine recevrait l'image d'un monstre. Il est en outre probable que le cône de lumière, en s'introduisant par la pupille, est soumis à la contraction, comme toutes les veines fluides, ce qui augmente encore l'irradiation et ajoute à l'invraisemblance de la conicité du faisceau des rayons. En admettant cette conicité, on est forcément amené à admettre aussi que les diamètres du cône augmentent avec l'éloignement, ce qui est la même chose qu'admettre l'agrandissement des objets à mesure qu'ils s'éloignent de l'œil, conséquence contraire à ce que nous observons tous les jours. Enfin, et ceci est péremptoire, le calcul et le dessin graphique démontrent qu'un cône de rayons traversant la pupille aurait son sommet ou dans l'humeur aqueuse siégeant dans la chambre antérieure, ou tout au plus sur le point central de la capsule antérieure du cristallin (1).

La direction parallèle est beaucoup plus naturelle ; elle n'est point

(1) Il ne faudrait, pour cette seconde hypothèse, qu'un cône droit, dont l'arête générative formât avec la hauteur un angle de 33°. Les bornes d'un journal ne me permettent pas de donner ici l'équation de ce calcul ; je le réserve pour un mémoire destiné à l'Institut de France, dont cet article n'est qu'un extrait abrégé. J'y traite du phénomène de la vision droite, du siége véritable de l'organe transmetteur et de la réunion des objets doubles au siége de la sensation.

En présence de tous les symptômes que nous venons d'énumérer, il ne nous paraît guère possible de songer, chez cette malade, à une affection du cerveau ou de la moelle; il semble évident aussi que le nerf sciatique a conservé sa sensibilité; enfin il n'est pas moins certain qu'on n'a pas affaire à une artérite oblitérante, laquelle d'ailleurs expliquerait bien les douleurs, mais non la paralysie. Il faut remarquer, en outre, que la peau de la jambe affectée n'offre aucun signe qui annonce un trouble quelconque de la circulation.

C'est donc, en définitive, à une cause toute locale qu'il faudrait rapporter cette forme curieuse de paralysie essentielle. Le diagnostic de M. Louis ne paraît pas encore définitivement arrêté. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de l'issue qu'offrira cette curieuse affection.

Addition à la séance de l'Académie de Médecine du 20 novembre.

Discussion sur les engorgements et les déviations de l'utérus.

(Suite du discours de M. P. Dubois.)

Dans cette discussion, les antéversions et les rétroversions de la matrice n'ont pas été contestées; mais des divergences remarquables d'opinions se sont produites à l'égard de leur fréquence, quelques-uns de nos collègues, regardant comme les cas les plus rares ceux que d'autres croient être les plus communs, et *vice versâ*. C'est ainsi que, dès l'origine de cette discussion, notre collègue M. Malgaigne assura n'avoir constaté, dans le cours d'un assez grand nombre d'années, que deux cas de rétroversion, tandis que, dans son rapport, M. Hervez avait signalé ce genre de déviation comme très commun. Ces dissentiments entre des hommes distingués prouvent-ils l'influence du hasard, ou la vanité de la science, ou l'habitude et l'adresse inégales des investigations? Non. Aucune de ces explications ne saurait être sérieusement invoquée. Il en est une beaucoup plus plausible.

Nos recherches manuelles ne sont fructueuses, en général, qu'à la condition d'être faites pour un but bien déterminé d'avance et avec l'intention arrêtée d'y parvenir; si l'on ne se propose, en les commençant, que de reconnaître un fait pathologique donné, il est très possible que certaines altérations, quelque voisines qu'elles soient, vous échappent. Si donc quelques-uns de nos collègues n'ont pas constaté une déviation utérine que d'autres ont rencontrée souvent, c'est que les premiers n'ont pas dirigé leurs recherches, quoiqu'ils le pussent assurément, de manière à obtenir ce résultat; je n'en voudrais même d'autres preuves que la déclaration faite par M. Malgaigne dans la séance qui suivit celle où il s'était élevé contre la prétendue fréquence des rétroversions; des examens antérieurs lui avaient permis de constater, chez plusieurs individus, ce qu'il n'avait rencontré que deux fois dans le cours d'une longue pratique. Je suis convaincu qu'averti par cette expérience récente, M. Malgaigne dirigera désormais ses recherches de manière à reconnaître sans peine des déviations qui étaient jusque-là passées inaperçues pour lui.

Le fait vrai, c'est que les antéversions et les rétroversions sont des accidents communs; il ne saurait plus y avoir de dissentiment à cet égard. Quant à leur fréquence relative, je ne puis personnellement exprimer une opinion positive à ce sujet. Il y a quelques années, une discussion s'était élevée sur cette question même entre Blandin et moi; il croyait l'antéversion beaucoup plus commune que la rétroversion, en se fondant sur un motif en apparence plausible, c'est que l'antéversion ne constituait qu'une exagération facile de l'inclinaison naturelle du corps de l'utérus en avant; de mon côté, j'exprimais une opinion contraire, en invoquant comme cause de cette déviation la propulsion de l'utérus en arrière par l'expansion de la vessie chez les femmes, expansion que rendent souvent considérable leur réserve naturelle, et surtout la contrainte à laquelle elles sont soumises par nos habitudes sociales. Je pris, dès ce moment, la résolution de dresser une double liste de ces cas à mesure qu'ils se présenteraient à mon observation; cette liste était déjà longue lorsque je l'abandonnai; elle ne concluait ni en faveur de l'opinion de Blandin, ni en faveur de la mienne: les rétroversions et les antéversions y figuraient en nombre à peu près égal, et cependant j'incline encore à croire que les rétroversions sont plus communes que leurs opposées.

J'ai dit que, dans la mesure de mes lumières, je tenterais de fixer la valeur individuelle des divers phénomènes pathologiques locaux quant à leur influence sur les troubles fonctionnels et quant au traitement; mais je ne saurais commencer cet examen sans avoir élucidé d'abord une question que la discussion me paraît avoir obscurcie. En plusieurs circonstances, les mots d'inflexion et de déviation ont paru devenir synonymes, sinon dans l'esprit, du moins dans le langage de quelques-uns de nos collègues, et je serais surpris si cette confusion, involontaire sans doute, n'avait pas jeté quelque trouble dans les idées des médecins qui, de près ou de loin, suivent ces débats. Le soin que je vais prendre sera justifié d'ailleurs par quelques difficultés exceptionnelles sans doute, mais réelles, et que je vais indiquer dans un instant.

L'inflexion suppose, comme l'indique cette expression même, une altération dans la forme de l'utérus, qui est en effet plié en deux dans le sens de ses faces, mais elle n'implique en aucune manière un changement dans sa situation ou sa direction, bien que ce changement puisse exister. La déviation suppose, au contraire, un changement dans la situation et la direction de l'utérus, et n'implique nullement une altération dans sa forme, bien que la concomitance de cette altération ne soit pas impossible, ainsi que je vais le dire.

L'inflexion, quand elle est bien prononcée, est en général une affection congéniale et liée, ainsi que l'a fait remarquer justement M. Jobert, à une série d'autres altérations. La déviation est, le plus souvent, une affection accidentelle. Cependant, les inflexions peuvent être acquises, et, dans quelques circonstances, elles se lient comme conséquence à une déviation. Par exemple, lorsque le fond de l'utérus est fortement dévié en arrière, il n'est pas impossible qu'il déprime assez le cul-de-sac péritonéal postérieur pour descendre au-dessous du niveau du col utérin même.

Or, il est difficile qu'une déviation aussi prononcée se produise sans que l'organe subisse un certain degré d'*incurvation*, mais cette altération ne saurait être assimilée à l'inflexion réelle. Dans l'inflexion, la ployure de l'utérus, si je puis dire ainsi, est le fait pathologique capital; dans la déviation, c'est le déplacement qui constitue la maladie; l'*incurvation* est un phénomène ordinairement secondaire et accessoire.

Dans l'inflexion, le volume de l'utérus est souvent moindre que dans l'état normal, mais les parois ont leur densité régulière.

Dans la déviation compliquée d'incurvation, le volume de l'utérus est assez souvent accru et sa densité diminuée, la partie déplacée présentant une mollesse pâteuse et fréquemment plus de sensibilité que dans l'état normal.

L'inflexion est ordinairement une affection incurable; il n'en est pas absolument de même de l'incurvation, qui peut être corrigée, mais, il est vrai, avec de faibles chances d'un succès permanent.

J'aborde maintenant le sujet difficile que je me suis proposé.

Je commencerai par écarter et par mettre en quelque sorte hors de cause ceux des phénomènes pathologiques que j'ai supposés réunis chez un même sujet, et qui ne me semblent pas concourir, du moins dans la grande majorité des cas, aux troubles fonctionnels locaux ou généraux. Dans cette catégorie je place en première ligne les inflexions. Ces altérations dans la forme de l'utérus ne me paraissent pas pouvoir exercer par elles-mêmes une influence fâcheuse sur la santé des femmes qui en sont atteintes; elles ne sont que des anomalies toujours inoffensives, et qui ne cessent de l'être que par une raison tout à fait étrangère aux affections utérines chroniques. Cette raison, c'est l'occlusion partielle ou du moins le rétrécissement de la voie que le sang menstruel doit parcourir pour s'écouler à l'extérieur. De cette disposition anormale résultent des douleurs vives et continues pendant la durée de chaque période cataméniale. La coexistence de ces deux faits, l'inflexion de l'utérus et la dysménorrhée, est à peu près constante. Les réflexions de notre collègue M. Hervez à cet égard, et qui paraissent en opposition avec la réalité du fait que je viens de signaler, ces réflexions ne le contredisent en aucune manière. Il est donc bien entendu que les inflexions de l'utérus exemptes de complication ne sauraient en aucun cas être considérées comme provoquant par elles-mêmes d'autre trouble fonctionnel que celui qui se produit à l'occasion de l'éruption menstruelle. Quant à l'abaissement et aux déviations, antéversion et rétroflexion, je crois pouvoir leur prêter, pour ma part, la même innocuité toutes les fois qu'elles ne sont pas exagérées, et c'est là le cas le plus commun. L'opinion contraire, je le sais, est très généralement admise; elle est exprimée dans le mémoire de M. Baud, dans le rapport et dans d'autres écrits de M. Hervez; elle l'a été dans la discussion par M. Jobert et par M. Amussat; enfin, elle est écrite et adoptée presque partout, et néanmoins je pense, avec Lisfranc, que ces déviations n'ont d'autre influence que celle qu'elles tiennent de quelques complications pathologiques et en particulier d'un état inflammatoire chronique concomitant.

Cependant, deux genres de causes sont ordinairement invoqués pour expliquer les effets nuisibles de l'abaissement ou des déviations de l'utérus : c'est, d'une part, le tiraillement des ligaments, c'est-à-dire des moyens contentifs de l'utérus, et, d'une autre part, la pression que ce viscère déplacé exercerait sur les organes contenus dans ce bassin. Quand on songe à la laxité naturelle de ces liens, qui lui laissent une mobilité extrême, quand on compare surtout cette laxité à la sphère étroite dans laquelle la mobilité de l'utérus s'exerce, il est permis de considérer comme une simple allégation les tractions douloureuses exercées sur les ligaments par l'utérus déplacé, et néanmoins renfermé dans la cavité pelvienne. D'autres considérations militent encore en faveur de cette opinion.

Les déplacements dont je parle sont assez souvent provoqués par le développement de tumeurs dans le bassin. Celles-ci refoulent l'utérus soit en avant, soit en arrière, et il est constant que, dans la plupart des cas, quoiqu'une déviation notable de cet organe soit produite, les malades ne réclament l'assistance du médecin que quand le développement de l'abdomen est devenu incommode.

Quant à la pression que le viscère déplacé exerce sur les organes voisins, on comprend qu'elle n'ait pas les inconvénients qu'on lui attribue, d'abord parce que le volume de l'utérus, seulement dévié, n'est pas tel qu'il puisse comprimer réellement les organes pelviens, et ensuite parce que cette pression est même très supportable dans un grand nombre de cas où des tumeurs beaucoup plus considérables que l'utérus dévié occupent la plus grande partie de l'excavation du bassin, et compriment inévitablement les viscères qui y sont contenus.

Je conviendrai que les déviations peuvent devenir la cause de souffrances assez vives dans deux conditions particulières : c'est, d'une part, lorsque les organes avec lesquels l'utérus est en contact sont le siége d'une phlegmasie; et, d'autre part, lorsque le corps de cet organe, dans la rétroversion, le col, dans l'antéversion, sont le siége d'un engorgement ou d'une irritation marquée.

---

soumise à la variation progressive des angles; elle n'a pas à craindre la contraction de la veine; elle se prête avec facilité à la contractilité excessive de l'iris.

Cependant elle donne lieu à trois objections importantes : elle suppose l'entrée dans le centre de l'iris d'une certaine quantité de rayons lumineux, tous égaux et visibles, ce qui est contraire à l'observation, qui démontre que l'œil ne voit bien qu'un seul point de l'espace, et que ce point varie de distance en raison de la contraction ou de la dilatation de la pupille; le parallélisme des rayons entraîne nécessairement l'égalité de l'image à toute distance, ce qui est absurde; enfin, elle conduirait à des calculs dont le résultat est que la rétine recevrait l'image droite, à la vérité, mais d'une grandeur double de celle de l'objet extérieur, ce qui s'éloignerait de la simplicité et de la sagesse qui président aux œuvres de la nature.

Un cône de rayons, dont la base est prise sur la pupille et le sommet répond au point visible de l'objet extérieur, explique seul tous les phénomènes de la vision. Il a tous les avantages du faisceau parallèle sans en avoir les inconvénients : il montre pourquoi l'œil ne voit à la fois qu'un point distinct placé au sommet du cône; comment les objets diminuent de grandeur à mesure qu'ils s'éloignent de la cornée; il donne enfin une équation qui conduit à faire égal à l'objet extérieur le plan sous-tendant la calotte sphérique de la rétine.

L'image visible traverse quatre milieux avant d'arriver à se peindre sur la rétine : l'air compris entre l'image et la cornée transparente, l'humeur aqueuse renfermée dans les chambres antérieures et postérieures de l'œil, la matière du cristallin et l'humeur vitrée qui remplit l'espace qui se trouve entre la capsule postérieure du cristallin et la rétine. Examinons avec soin ces quatre fluides.

L'air n'est point soumis à réfraction; il laisse passer sans déviation les rayons de l'image qui y est plongée; sa composition est donc indifférente; et, comme il est le plus rare des quatre milieux, nous le prendrons pour unité de comparaison, et nous ferons le sinus de l'angle réfractif $= 1$.

La cornée ou plutôt l'humeur aqueuse contient 98,10 d'eau sur 100 parties, un peu de chlorure de sodium et de matière extractive soluble; sa densité diffère donc très peu de l'eau : elle est représentée par le chiffre 1,0053, celle de l'eau étant 1; et son pouvoir réfractif est 1,336, tandis que celui de l'eau est 1,3358. Si donc on représente par I l'angle d'incidence du rayon lumineux tombant de l'air sur la cornée, et par R l'angle de réfraction du même rayon traversant l'humeur aqueuse, on aura la nouvelle direction du rayon en calculant la proportion suivante : sin. I : sin. R : : 1,336 : 1.

Le cristallin est beaucoup plus dense : outre 58 pour 100 d'eau, il contient 35,90 d'une matière particulière, albumineuse, coagulable, qui lui donne un aspect gélatineux. Chenevix a le premier montré que la densité du cristallin n'était pas uniformément égale dans toute la lentille, qu'elle était plus forte au noyau central et plus faible sur ses bords; je l'ai trouvée de 1,070 près des capsules et de 1,088 au noyau, ce qui donne une moyenne de 1,079. D'après cela, la mesure de réfraction de cette lentille organique serait de 1,3767 à la surface et de 1,3990 au centre; moyenne : 1,3839. Le sinus de l'angle de réfraction se trouverait alors par la proportion : sin. I : sin. R : : 1,3839 : 1; et, en tenant compte de la densité de l'humeur aqueuse, par l'équation : sin. $R = \frac{13360}{13839}$ sin. I.

L'humeur vitrée diffère peu de l'humeur aqueuse : elle contient 0,30 de plus d'eau, ce qui lui donnerait une pesanteur spécifique moindre, si elle ne tenait en dissolution 0,27 de plus de chlorure sodique. Il en résulte que la densité, quoique fort approchante de celle de l'humeur aqueuse, est cependant un peu plus forte. Berzélius prétend qu'elle est de 1,059 : c'est évidemment une erreur : il faut lire 1,0059; ce qui conduit à faire le sinus de l'angle réfractif 1,3394 un peu plus grand que celui de l'humeur aqueuse.

Avant d'aller plus loin, et à propos de réfraction, faisons remarquer que, dans son passage de l'air dans l'humeur de la cornée et de celle-ci dans la matière du cristallin, le rayon lumineux passe constamment d'un milieu plus rare dans un milieu plus dense; il se rapproche donc toujours de la perpendiculaire, conséquemment de l'axe de l'œil; l'angle d'incidence est plus grand que l'angle de réfraction, et, si l'humeur vitrée avait la densité que lui donne Berzélius, les objets extérieurs seraient peints sur la rétine avec des dimensions moindres d'un tiers de celles qu'ils ont réellement; mais arrivé dans l'humeur vitrée, les conditions de réfractions du rayon changent : comme il passe d'un milieu dense dans un milieu plus rare, l'angle de réfraction, en vertu des lois de la dioptrique, devient plus grand que l'angle d'incidence : le rayon s'éloigne de l'axe et la corde sous-tendante de l'arc de la rétine qui peint l'objet droit est exactement égale à celle de l'arc de la cornée qui le reçoit. L'œil perçoit donc l'image dans sa véritable position et avec ses propres dimensions; il n'y a donc aucune erreur, et la nature, dans son admirable loyauté, ne nous a pas donné un instrument faux et trompeur.

Il est bien entendu que les dimensions de la cornée et la réfraction des rayons lumineux ne sont pas exactement les mêmes pour les divers individus, pour l'œil malade, comme pour l'œil bien portant, pour les images colorées ou éclairées de manière différente. Ce n'est donc qu'une moyenne qu'il est possible de donner, et c'est ainsi qu'on doit considérer les résultats suivants des calculs que j'ai établis et dont je fais grâce au lecteur.

La calotte sphérique de la cornée transparente occupe un arc de cercle de 90° environ; l'incidence des rayons extrêmes de l'image en prend un de 25 à 26°. C'est là le CHAMP véritable de la VISION, expression que Brewster a appliquée à tort à toute la cornée. En entrant dans l'humeur aqueuse, les rayons éprouvent une réfraction qui les rend parallèles à l'axe de l'œil et repoussent conséquemment l'idée d'un croisement; ils tombent alors sur la face antérieure de la capsule du cristallin, dont ils occupent un arc de 32°. Grâce à la courbure différente des deux arcs et des deux faces du cristallin, à la différence de longueur des deux foyers des lentilles, la corde de la cornée se trouve, par une admirable coïncidence, être parfaitement égale à celle de la face antérieure du cristallin. Entrés dans ce dernier, les rayons y sont plus fortement réfractés à cause de l'augmentation de densité : ils embrassent sur la face de la capsule postérieure un arc de 37 à 38°; en sorte que, si par une cause quelconque la nature eût donné à l'humeur vitrée la même pesanteur spécifique que celle de l'humeur aqueuse, elle aurait dû raccourcir l'axe du globe de l'œil, sous peine de donner une fausse idée des dimensions de l'objet extérieur.

Mais tout ici a été merveilleusement prévu : l'augmentation de densité de l'humeur vitrée, qui est de 0,0006, répond exactement à l'augmentation de réfraction dans le cristallin, à la longueur de la portion de l'axe comprise entre sa capsule postérieure et la rétine; enfin, à la convexité plus grande de la lentille postérieure du cristallin.

Ces rapports sont tellement bien établis qu'en dernier résultat l'image, qui occupe sur la rétine un arc de 17°, vient s'y peindre sur des cordes égales à celles du champ de vision sur la cornée. Cette concordance remarquable, due à l'admirable mécanisme de la réfraction des rayons, qui finissent par s'éloigner de l'axe d'une quantité exactement la même que celle de leur rapprochement, produit presque le même effet que s'il n'y avait pas de cristallin. Le cristallin n'est donc pas une lentille renversive des objets, comme on l'a cru et dit jusqu'à présent : c'est tout simplement un instrument correcteur, dont les deux faces capsulaires sont courbées avec un art qu'on ne saurait trop admirer.

Le frottement que les matières fécales exercent alors pendant leur excrétion sur les parties malades peut provoquer, en effet, des souffrances aiguës. D'une autre part, il peut arriver, et ces cas ne sont pas très rares, que des adhérences s'établissent entre le fond de l'utérus déplacé et le rectum, et que l'excrétion des matières fécales en soit rendue difficile et douloureuse; mais ces différentes conditions sont exceptionnelles.

On reconnaîtra plus loin qu'il faut se féliciter doublement qu'il en soit ainsi : d'abord à cause de la rareté même de ces faits pathologiques, et en second lieu à cause des difficultés et de l'insuffisance fréquente du traitement qui leur est appliqué.

Mes collègues ne penseront pas sans doute, du moins je l'espère, que j'aie fondé sur le raisonnement seul une opinion aussi contraire à celle qui est généralement admise. Des faits très nombreux, observés scrupuleusement, soit sur des femmes bien portantes, et qui me consultaient pour des causes étrangères à une affection utérine, soit chez des femmes qui avaient reçu mes soins pour des phlegmasies catarrhales dont elles étaient guéries, et qui conservaient néanmoins des déplacements dont elles n'avaient nullement la conscience, ces faits, dis-je, ont d'abord fait naître dans mon esprit l'opinion que je viens de produire, et plus tard la réflexion l'a expliquée et confirmée. Et il faut bien qu'elle soit fondée, car les déviations de l'utérus sont des faits pathologiques communs. Si donc elles avaient ordinairement les conséquences qu'on leur prête, et si elles requéraient, en conséquence, l'emploi des moyens curatifs généralement prescrits, je n'hésite pas à dire que, dans nos villes, le tiers au moins des femmes serait condamné à en subir l'application, ou devrait se résigner à l'impotence.

A cette négation de l'importance symptomatologique, qu'on a trop généralement donnée aux déviations utérines sans distinction, j'en ajouterai une autre; elle est relative au rôle que l'on prête à l'engorgement, non-seulement dans la production, mais même dans la détermination du sens de l'inclinaison vicieuse. Qui ne voit que, si cette opinion était fondée, il n'y aurait pas de grossesse commençante qui ne se compliquât tout à la fois d'un abaissement notable et d'une déviation de l'utérus, car les deux circonstances que l'on regarde comme favorables à ces états pathologiques sont réunies, alors accroissement général du volume et augmentation d'épaisseur prédominante dans un point des parois utérines. Je présume que, parmi les collègues qui m'écoutent, il en est quelques-uns à l'esprit desquels se présente le souvenir de cas observés par eux et par d'autres, et dans lesquels une déviation utérine a provoqué les troubles fonctionnels qu'on leur attribue; mais j'ai la conviction que ces cas sont exceptionnels, et plus tard je leur ferai, dans la partie thérapeutique de cette communication, la part qui leur est due.

Le titre même du mémoire de M. Baud (*Des engorgements de l'utérus*), l'importance donnée par Lisfranc à ces altérations, enfin l'opinion trop absolue sans doute exprimée tout d'abord à leur égard par un de nos savants collègues, et que j'ai rappelée, ont donné à ce fait pathologique, dans la discussion actuelle, une place qui ne me paraît pas méritée. L'engorgement le plus commun dans les affections chroniques de l'utérus, celui qui offre les caractères anatomo-pathologues qui vous ont été exposés avec une grande exactitude par notre collègue M. Huguier, n'est pas un fait primitif; sa manifestation dans le tissu de l'utérus n'est, comme la même lésion dans d'autres organes, que le résultat fréquent d'une phlegmasie aiguë ou chronique préexistante. Il n'a en conséquence que la valeur d'un épi-phénomène, dont l'importance varie selon son étendue, le point qu'il occupe dans l'organe malade, et enfin selon l'influence qu'il exerce sur la persistance, les retours ou les exacerbations de l'état phlegmasique. L'engorgement des parois utérines peut être en effet comparé, sous ce dernier rapport, à l'augmentation de volume avec induration des amygdales, du testicule, de l'un des ovaires. Il peut représenter, comme ces altérations, une cause provocatrice d'accidents inflammatoires réitérée, dont l'action peut être momentanément suspendue, mais que réveillent presque infailliblement les stimulations naturelles auxquelles ces organes sont exposés par leur destination propre et par leurs rapports inévitables avec des agents extérieurs.

Les érosions simples ou granuleuses ont occupé peu de place dans cette discussion, ce n'est pas cependant qu'à tort ou à raison (je m'expliquerai plus tard à ce sujet), elles n'en occupent une assez grande dans la thérapeutique. M. Baud ne les a signalées que d'une manière incidente et à propos des difficultés qu'elles peuvent ajouter au diagnostic des affections cancéreuses de l'utérus.

Dans la discussion, elles n'ont été particulièrement mentionnées, si je ne me trompe, que par notre collègue M. Velpeau. La valeur qu'il leur a donnée conduirait, si elle était réelle, à les considérer comme une des conditions locales les plus dignes d'attention dans la pratique. Je ne saurais, pour ma part, adopter cette manière de voir. Il en est, à mon sens, de ces lésions, comme de l'engorgement, elles ne sont, ainsi que celui-ci, qu'un phénomène consécutif d'une autre altération qui les a précédées; elles n'ont donc en général, au point de vue de la symptomatologie et du traitement, qu'une importance secondaire; aussi ne me paraît-il pas exact de dire, avec M. Velpeau, que les érosions granuleuses sont une cause des écoulements muqueux ou purulents qui ont lieu dans les affections utérines. Je ne conteste pas qu'une fois produites, elles ne concourent à augmenter l'hypersécrétion purulente ou muqueuse, mais on peut tenir pour certain que, dans la très grande majorité des cas au moins, elles n'en précèdent pas l'apparition, tandis qu'au contraire elles lui succèdent. On peut être également assuré que la disparition artificielle des érosions granuleuses n'est pas suivie de la suppression de l'écoulement. Je dis, pour conclure sur ce point, que, eu égard au fait pathologique qui constitue essentiellement l'affection utérine, les érosions granuleuses n'ont que la valeur d'une lésion secondaire.

Après avoir écarté les inflexions, l'abaissement et les déviations modérées de l'utérus comme représentant des phénomènes pathologiques indépendants en général des affections utérines chroniques qui sont l'objet de cette discussion; après avoir placé l'engorgement de l'utérus et les érosions simples ou granuleuses dans un rang secondaire et à titre d'éléments pathologiques, le plus souvent consécutifs, dont la présence presque constante n'est pas cependant un caractère distinctif et nécessaire de l'affection utérine, dont l'absence utérine n'implique nullement l'absence de cette affection, il me reste à dire maintenant quels sont, dans mon opinion, les éléments pathologiques qui, dans la très grande majorité des cas, constituent l'essence des affections utérines considérées du moins dans ce qu'elles ont de purement local, et quels sont ces éléments dans quelques circonstances exceptionnelles. Je me propose de le dire dans la prochaine séance, si l'Académie veut bien m'accorder encore sa bienveillante attention.

REVUE THÉRAPEUTIQUE,

Chimique et pharmacologique.

A l'exemple du *Bulletin général de thérapeutique*, nous publions plusieurs formules extraites d'une petite brochure pharmacologique de M. Van der Corput et pour la plupart inconnues en France. Aux indications que donne l'auteur sur les cas qui réclament l'emploi de ces formules, nous aurions voulu pouvoir ajouter quelques expériences faites en France et spécialement dans les hôpitaux de Paris; mais ç'aurait été renvoyer beaucoup trop loin la publication de ces formules, dont plusieurs peuvent intéresser vivement les praticiens.

Papier antirhumatismal de Steege.

Gomme ammoniaque............ 250 grammes.
Téréhentbine de Venise......... 60 —
Suif......................... 30 —
Cire jaune.................... 30 —

Faites fondre, passez avec expression la masse liquéfiée, et ajoutez sur 9 parties :

Tartrate de potasse et d'antimoine finement pulvérisé............ 1 partie.

Etendez le mélange sur du papier peu collé.

L'application de ce topique peut être utile dans le rhumatisme comme dans tous les cas où une irritation locale, une révulsion vers la peau est nécessaire. Il fait éprouver à la partie sur laquelle on l'applique une légère sensation de cuisson et y détermine l'apparition de pustules séreuses, qui disparaissent au bout de peu de temps. On le conserve jusqu'à ce qu'il se détache spontanément.

Pommade de Steege contre l'alopégie.

Pommade de cacao (préparée avec beurre de cacao 2 parties et huile d'olive 1 partie)............... 60 grammes.
Tannin, 16 grains............... 0,80 centigr.
Quinine, 8 grains.............. 0,40 —

Dissolvez dans :

Alcoolat aromatique............ 8 grammes.

M. S. l'art.

On fait usage soir et matin de cette pommade, qui arrête assez bien la chute des cheveux.

Baume vulnéraire anglais.

Mastic......................... 1 gramme.
Storax en larmes............... 20 —
Benjoin........................ 8 —
Myrrhe......................... 120 centigr.
Aloès succotrin................ 2 grammes.
Baume du Pérou................. 2 —
Racine d'angélique.............. 4 —
Esprit-de-vin.................. 250 —

Laissez digérer pendant quelques jours et filtrez.

Potion antiasthmatique.

Racines d'aunée................ 30 grammes.
Bacines d'iris flor............. 15 —

Faites infuser dans quantité suffisante d'eau pour obtenir 300 grammes de colature.

Ajoutez :

Gomme ammoniaque dissoute dans Q. S. de vinaigre scillitique..... 12 grammes.
Sirop de polygala de Virginie..... 30 —

Mêlez.

Quatre à six cuillerées par jour, dans la dyspnée *polyblennique*.

Élixir de Hufeland contre le catarrhe bronchique.

Hufeland avait recours, pour combattre les toux opiniâtres qui persistent souvent après la grossesse, à la préparation suivante :

Extrait de chardon bénit.......... 4 grammes.
Extrait de douce-amère.......... 120 —
Eau de fenouil................. 30 —
Eau de laurier-cerise............ 4 —

A prendre 60 gouttes quatre fois par jour.

Timbre des journaux.

La presse vient d'échapper une fois encore au danger qui la menaçait.

M. le ministre des finances a été entendu ces jours derniers dans la commission d'initiative parlementaire, sur la proposition de M. Rodat, relative au rétablissement du timbre sur les

---

Cette fonction du cristallin est mise en évidence par une opération de l'oculiste : dans les cas de *cataracte* lenticulaire, lenticulo-capsulaire, on rétablit la vue en pratiquant le broiement, l'extraction de la lentille, ou en la déprimant dans le fond de la chambre postérieure de l'œil de manière à dégager l'ouverture pupillaire et la face antérieure du corps vitré. La lumière pénètre alors de nouveau jusqu'à la rétine; mais la vue n'est pas rétablie au même degré de perfection qu'auparavant : l'œil voit les objets sous un angle un peu plus petit que lorsque le cristallin concourait à la réfraction des rayons lumineux. Dans aucun cas, avec ou sans cristallin, il ne perçoit l'image renversée. La lentille cristalline n'a donc point pour objet de faire croiser les rayons et de renverser les images; mais bien de ramener à leur grandeur naturelle, au moyen du mécanisme de la réfraction, la peinture des objets extérieurs sur la rétine.

Mais alors pourquoi la nature, qui ne fait rien de faux ni d'inutile, a-t-elle rempli les chambres de l'œil de liquides réfracteurs qu'elle pouvait remplacer, pour plus de facilité et de simplicité, par un fluide unique, ou sans réfraction, ou dont la cornée eût été disposée pour recevoir perpendiculairement les rayons lumineux?

Cette objection, si c'en est une, rentre dans une question d'une haute importance : celle du siége de la vision. Je me réserve donc d'y répondre lorsque arrivera le moment. Je ferai seulement observer qu'elle ne détruit aucun de mes arguments, et que, pour renverser des calculs consciencieux, il faut d'autres calculs également convaincants, ou des faits positifs.

En voici un beaucoup plus spécieux : quand on se sert d'un cristallin frais et qu'on regarde à travers un objet quelconque, comme on ferait avec une lentille doublement convexe, on voit l'image de l'objet dans une position renversée. Il n'y a point de raison pour qu'il en soit ainsi dans l'œil, et que le cristallin, placé au-devant de la rétine, ne porte à celle-ci les lignes ou rayons de l'objet vus au revers.

Ce fait d'expérience est certain; chacun peut le vérifier avec la moindre lentille doublement convexe, comme est le cristallin, de manière que la lentille touche le papier. Il y a grossissement des lettres, mais point de lettres renversées. J'éloigne du papier ma lentille, le grossissement augmente, mais les lettres restent encore droites. Remarquons que je tiens mon œil à une certaine distance de la lentille. Arrivé au maximum de grossissement, l'irradiation commence; puis les lettres deviennent confuses; on n'aperçoit plus qu'un noyau obscur. Je continue à éloigner la lentille, le champ visible s'éclaircit, la confusion cesse, l'irradiation diminue, les lettres redeviennent visibles, mais dès lors elles sont renversées.

La première conséquence que je tire de ces faits, c'est qu'à une certaine distance les objets ne sont pas renversés; qu'à une distance plus grande ils se touchent, et qu'enfin un peu plus loin le renversement a lieu. Rien de pareil n'existe dans l'œil; de loin comme de près, nous voyons l'objet dans la même position. On pourrait donc, *à priori*, rejeter l'expérience de la lentille comme tout à fait étrangère à l'opération du cristallin dans l'œil. Ne nous pressons pas, cependant, et continuons.

Je reprends mon expérience, et cette fois je mesure les distances.

Tant que la lentille n'est éloignée du papier que d'une distance moindre que l'axe de son foyer, les objets grossissent, et progressivement, mais ne se renversent point. Une fois le point focal dépassé, les lettres diminuent de grosseur et sont constamment renversées. Ceci a lieu pour une lentille composée de deux surfaces également convexes, et conséquemment différentes du cristallin. Mais si l'une des surfaces, celle postérieure par exemple, est plus convexe que l'autre, la distance focale s'éloigne en raison de la courbure des arcs qui mesurent le nouveau segment sphérique; l'éloignement augmente avec cette courbure; il arrive un moment où les deux rayons sont parallèles; puis un autre où ils divergent et forment un angle. C'est cette dernière position que la nature a choisie pour l'introduction des rayons lumineux; elle a, en conséquence, donné aux deux surfaces du cristallin des courbures nécessaires à cette direction des lignes extrêmes, et a rendu, par ce moyen, tout renversement de l'image impossible.

On ne peut donc invoquer ici ce qui se passe dans les lentilles à double surface également convexe; mais bien ce qui a lieu avec celles à double surface de convexité inégale, pourvu toutefois que l'œil de l'observateur, la lentille cristalline et l'objet observé, soient à des distances convenables et proportionnelles à celles de la cornée, du cristallin et de la rétine, distances qu'il est facile de trouver par le calcul.

Maintenant faisons disparaître pour un moment tout l'appareil intérieur du globe de l'œil, tout le mécanisme de la vision; isolons la rétine, et voyons ce qui résulte de cet isolement une fois l'impression de l'œil arrivée sur cette membrane qu'on suppose être une expansion du nerf optique. On sait que la rétine est tellement impressionnable qu'elle retient pendant quelques instants l'image qui vient la frapper. Un charbon ardent, mû avec une certaine vitesse à la distance de 50 mètres, maintient son impression sur la rétine pendant la septième partie d'une minute, et forme dans l'œil l'image d'une ligne ou d'un cercle de feu, suivant la direction dans laquelle on le fait mouvoir. — Profitons de cette faculté pour en tirer un nouvel argument en faveur de l'image droite.

Présentons, du côté du soleil, à notre œil, une silhouette noire d'un personnage ou d'un animal quelconque, découpée sur un papier ou carton de même couleur. Fixons cette image persévéramment pendant quelques instants; puis, fermons subitement l'œil. L'image est arrivée sur la rétine; elle y est imprégnée; elle n'est plus soumise à aucune loi de réfraction, et cependant elle s'y trouve droite si la silhouette a été présentée à l'œil dans une position droite, et renversée si elle avait cette position à l'extérieur; elle y est donc arrivée droite, elle n'a donc pas été renversée par les lentilles de la cornée et du cristallin.

Sans doute, il est déplorable que l'opinion du renversement de l'image se soit propagée jusqu'à ce jour, de confiance, sans que personne se soit donné la peine de soumettre la question à un dessin graphique. L'erreur vient de plusieurs points, et est facile à apprécier. Ni l'humeur aqueuse ni la matière du cristallin ne possèdent un pouvoir réfractif suffisant pour que les rayons lumineux se croisent dans le petit espace qui sépare la face postérieure de la capsule du miroir de la rétine. Les opticiens qui malgré cela ont persisté à réunir les rayons sur l'axe de l'œil, à les faire croiser et à produire un objet renversé, n'ont pas fait attention que la convergence des rayons, commencée derrière la cornée, et continuée dans le cristallin, devait cesser tout à coup au sortir de la face postérieure de celui-ci, pour deux raisons : la première, c'est que cette face postérieure présentait aux rayons, dans sa marche vers l'humeur vitrée, une surface concave qui entraînait nécessairement un changement de direction contraire à celle suivie jusqu'alors; la seconde, c'est que l'humeur vitrée étant un milieu plus rare que la matière du cristallin, la réfraction avait lieu en sens inverse, que l'angle d'incidence devenait plus petit que l'angle de réfraction, et que conséquemment il n'y avait point possibilité de rapprochement des rayons, de croisement, ni de renversement d'image.

De tout cela, il faut conclure que les objets extérieurs arrivent sur le champ de vision de la cornée en divergeant à la manière d'un cône; ils sont réfractés dans l'humeur aqueuse de la matière du cristallin vers l'axe; ils divergent de nouveau dans l'humeur vitrée et viennent se peindre sur la rétine avec leurs formes, leurs dimensions et leurs positions naturelles.

journaux. Après des explications satisfaisantes du ministre, M. Rodat a retiré cette proposition.

Abolition du certificat d'études pour les aspirants au titre de bachelier ès-lettres.

Une mesure qui était depuis longtemps réclamée par les familles, et qui ne sera pas sans influence sur les dispositions de la loi relative à l'enseignement de la médecine (si tant est que le projet préparé à ce sujet doive aboutir), vient d'être prise par l'administration. Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, M. le président a rendu le décret suivant :

Le président de la République,
Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes ;
Vu l'art. 9 de la Constitution :
Le conseil de l'Université entendu,
Décrète :

Art. 1er. A dater de ce jour, aucun certificat d'études ne sera exigé des aspirants au diplôme de bachelier ès-lettres. Toutes dispositions contraires dans les ordonnances royales et arrêtés ministériels sont et demeurent rapportées.

Art. 2. Le ministre de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

CORRESPONDANCE.

Paris, le 18 novembre 1849.

Monsieur le Rédacteur,

Vous avez publié dans la *Gazette des Hôpitaux* un second article de M. B...y sur l'emploi de la méthode arsenicale dans le traitement des fièvres intermittentes. Dans cette nouvelle communication, M. B...y persiste à prodiguer l'éloge aux vertus fébrifuges de l'acide arsénieux, et à disculper ce médicament de tout soupçon d'*inconvénients*. Puis l'auteur, fouillant dans les annales de la thérapeutique, en retire un certain nombre de faits sans précision, et sur lesquels néanmoins il s'appuie pour probiber le sulfate de quinine comme agent toxique.

Voilà, certes, des vues hardies dont chaque terme heurte l'opinion publique. J'espère être bientôt en mesure de leur donner un nom.

J'ai entrepris, au Val-de-Grâce, une série d'expériences sur cette matière ; lorsqu'elles seront complètes, j'aurai l'honneur de vous en communiquer les résultats. Toutefois, je puis, dès à présent, eu égard à ce qui se voit journellement dans ma division, penser qu'il y a quelque témérité à ranger l'arsenic, même à dose médicinale, à côté des malvacées.

Je vous aurais adressé cette réponse plus tôt, si je n'avais été absent de Paris au moment où a paru l'article qui l'a motivée.

Veuillez agréer, etc., CHAMPOUILLON.

Contagion du choléra. — Quarantaines.

Nous avons eu soin de signaler en temps et lieu les mesures sévères d'hygiène publique que la plupart des villes d'Italie prenaient contre l'invasion du choléra en prévision de la contagion. Nous avons eu soin en même temps d'annoncer que ces mesures, fondées sur une grave erreur étiologique, n'auraient d'autre but que d'apporter des entraves vexatoires dans les transactions commerciales et autres. Déjà plus d'une fois nos prévisions se sont réalisées. Le passage suivant, que nous extrayons d'une correspondance d'Italie adressée au journal *l'Assemblée nationale*, prouve une fois de plus l'exactitude de nos assertions et l'inutilité des quarantaines contre le choléra.

Depuis la nouvelle invasion du choléra, les ports d'Italie rivalisent de précautions exagérées, ridicules. La peur ne raisonne pas. A l'apparition du choléra à Paris, Naples mit les provenances de France en quarantaine. Gênes, Livourne suivirent cet exemple contre Marseille. Puis les divers ports d'Italie repoussèrent réciproquement leurs provenances.

Porto-Ferrajo, Bastia, Civita-Vecchia sont repoussés de Gênes, de Livourne, de Naples, parce qu'un cadavre a été vu flottant sur la côte, parce qu'un capitaine a eu la colique, sans prétexte même, puisque Naples, par exemple, met en quarantaine les voyageurs et les marchandises de Gênes et Livourne qui se prétendent aussi bien gardés que Naples.

Mais Naples, qui s'était distingué par des rigueurs exceptionnelles, par des quarantaines de 21 jours contre toutes les provenances, vient à son tour d'être mis à l'index par Livourne.

Le bateau-poste français provenant de Naples le 6 courant n'a pas été admis à Livourne, bien que les papiers du bord fussent parfaitement en règle.

La correspondance particulière d'un agent du bureau de santé parlait d'un cas de choléra douteux d'abord, puis reconnu négatif.

Nous ne donnons ces détails que pour appeler l'attention sur une question internationale qui intéresse au plus haut degré le commerce et la liberté individuelle.

Un commerçant charge des marchandises, un voyageur s'embarque sur un bâtiment dans l'assurance d'avoir *libre pratique* au port de destination; mais, arrivés à la destination, hommes et choses sont jetés au lazaret sans aucune réclamation possible.

Ce qu'il y a de déplorable dans les mesures sanitaires prises en Italie, c'est qu'elles sont décidées le plus souvent par la cupidité des administrations spéciales, dont les agents de tous grades moissonnent des gratifications assez fortes sur les bâtiments mis en quarantaine.

Il semble qu'il devrait y avoir un règlement de droit européen concernant l'usage des ports, des fleuves, des lieux de passage commun, et qu'il ne devrait pas être permis au caprice ou à la cupidité d'aller à l'encontre du bon sens ou des intérêts d'autrui. Ainsi, par exemple, ne pourrait-il pas être convenu que les consuls résidents auront voix délibérative lorsque l'administration locale voudra fermer un port au commerce ou aux voyageurs ?

Civita-Vecchia étant occupée par les Français admet toutes les provenances en libre pratique, et cependant le choléra n'y a point paru.

Nouvelles du choléra.

Après avoir définitivement quitté la capitale, l'épidémie disparaît enfin de tous les points de la France.

Nos possessions d'Afrique continuent seules à en souffrir encore, quoique partout où elle n'a pas disparu elle soit en voie de rapide décroissance.

La ville d'Oran est celle qui a été le plus cruellement éprouvée, et la profession n'a que trop payé son tribut au fléau. M. le docteur Poullain, M. Hennequin, chirurgien major au 2e spahis, et enfin M. le docteur Goërdorp, médecin principal, sont noblement tombés sur le champ de bataille du dévouement.

Puissent les témoignages unanimes de respect et de reconnaissance déposés sur leurs tombes consoler ceux que leur mort laisse dans l'affliction, et inspirer au pouvoir plus de sympathies pour le corps des chirurgiens militaires, si admirable dévouement, et dont le zèle et l'instruction importent tant à la santé de l'armée.

Oran, après avoir compté jusqu'à plus de 100 décès par jour, n'a plus maintenant que quelques cas isolés.

NOUVELLES.

La chirurgie militaire vient de faire une nouvelle perte; M. le Dr J.-H. Jacquot, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Arzew (Algérie), dont nous avons souvent publié des travaux importants, a succombé dans les premiers jours de ce mois à une attaque de choléra.

Souscription en faveur d'un confrère dans l'infortune. — C'est aujourd'hui seulement que nous avons reçu directement l'avis qu'un de nos confrères des plus honorables et des plus distingués se trouvait dans une position de fortune des plus fâcheuses. L'appel que nous avons fait à nos confrères dans plusieurs circonstances a toujours été entendu ; nous sommes certain qu'il en sera de même aujourd'hui.

Les offrandes confraternelles seront reçues dans nos bureaux, depuis neuf heures du matin jusqu'à midi.

La *Gazette des Hôpitaux* s'inscrit pour. . . . 20 fr.
M. le professeur Rostan. 10

— Les fouilles ordonnées par M. le préfet de la Seine dans l'ancien cimetière de Clamart, aujourd'hui le grand amphithéâtre de dissection de l'Ecole des hôpitaux, n'ont encore produit aucun résultat. On sait que ces fouilles sont faites dans l'espoir de retrouver corps de Mirabeau, qui y fut déposé après son expulsion du Panthéon par un décret de la convention, en 1793.

— M. Germain, chirurgien-major de 1re classe au 9e hussards, est désigné pour l'hôpital de Saint-Omer.

M. Pingrenon, chirurgien principal de 2e classe à l'hôpital de Saint-Omer, est désigné pour l'hôpital de Toulon.

M. Macquin, chirurgien-major de 1re classe au 66e de ligne, est désigné pour le 6e de la même arme.

M. Bessèdes, chirurgien-major de 2e classe aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour le 7e dragons.

M. Bonnet de Bonnefoy, chirurgien-major de 2e classe au 56e de ligne, est désigné pour le 5e chasseurs.

M. Delaqueille de Boussas, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital de Maubeuge, détaché à celui de Versailles, est désigné pour passer aux sous-officiers vétérans, à Paris.

M. Comte, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital de Sedan, est désigné pour celui de Versailles.

— Les chirurgiens sous-aides dont les noms suivent ont été désignés pour occuper de nouveaux postes :

M. Demanet, à l'hôpital de Montmédy, passe à Lille.
M. Dapessetche, aux ambulances de l'Algérie, passe à Lille.
M. Mayer, aux ambulances de l'Algérie, passe à Metz.
M. Chasle, à l'hôpital de Calais, passe à Lille.
M. Gindre, aux ambulances de l'Algérie, passe à Metz.
M. Magnier, à l'hôpital de Valenciennes, détaché à Popincourt, passe à Lille.
M. Noguès, aux ambulances de l'Algérie, passe à Strasbourg.
M. Vergès, à l'hôpital de Perpignan, passe à Strasbourg.
M. Perréon, à l'hôpital de Lyon, passe à Strasbourg.

— M. Phillips a commencé un cours des maladies des voies urinaires le jeudi 22 novembre, à trois heures, dans l'amphithéâtre no 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SE[...] TOME Ier — Nº 138.

MARDI 27 NOVEMBRE 1849. (22e ANNÉE.)

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR. —	13 FR. —	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR. —	14 FR. —	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR. —	16 FR. —	0 FR.

PARIS, 26 NOVEMBRE 1849.

Election académique.

Pour la seconde fois dans une même année, l'Académie de Médecine va admettre un nouveau membre dans son sein.

Nos lecteurs connaissent déjà les six noms parmi lesquels l'Académie, aux termes d'un règlement vicieux, est obligée de choisir un académicien. Ce n'est pas que nous voulions contester le mérite d'aucun des candidats portés sur la liste; nous reconnaissons que ce sont tous, à des titres et à des degrés divers, des hommes de talent. Nous ne tenterons pas l'appréciation rigoureuse de chacun d'eux; nous dirons seulement à l'Académie ce qu'elle doit chercher dans un candidat, et dans l'intérêt de la science, et dans son propre intérêt. L'Académie ne peut pas être sans s'apercevoir que depuis quelque temps on tente d'amoindrir son importance; que son autorité s'affaiblit, qu'on s'efforce peut-être de miner sourdement son caractère officiel, ce qui conduit à la suppression de son budget.

Pour lutter contre ces attaques, il y a deux moyens bien simples: travailler et se conduire de manière à imposer le respect et la considération.

Or, ce qui manque surtout à l'Académie, ce sont les travailleurs; ils manquent surtout dans la section de médecine, à tel point que sans les chirurgiens l'Académie n'offrirait peut-être pas une discussion importante par année. Qu'elle se garde donc bien d'admettre dans son sein des hommes déjà surchargés d'occupations, ne se servant du titre d'académicien qu'auprès de leurs clients, oubliant entièrement, une fois qu'ils sont nommés, qu'ils ont contracté des devoirs envers la science et envers le corps à la réputation duquel ils devraient concourir.

L'Académie ne doit pas oublier non plus qu'un corps savant, quelque élevé qu'il soit, ne vit pas seulement de science; il a besoin aussi de considération morale, d'où dépend plus qu'on ne le croit l'autorité scientifique. Nous savons qu'il est dans ce moment à l'Académie des hommes, et même des plus recommandables et des plus élevés en dignités, qui sont bien près d'oublier cette vérité. Nous le regrettons d'autant plus qu'ils seront les premiers à souffrir d'un semblable oubli, et nous nous faisons un devoir d'en appeler à leur conscience.

Si la rumeur publique ne ment pas, et nous n'avons aucune raison pour le croire, tous les candidats auront une certain nombre de voix au premier tour de scrutin, et la lutte définitive se passera entre MM. Grisolle et Trousseau. En faisant à ces deux candidats l'application des sains principes que nous venons d'émettre, le choix ne saurait être douteux.

HOPITAL BEAUJON.

Du strabisme droit ou direct.

Par M. LUCIEN CORVISART.

Ce travail a pour objet de démontrer l'existence de deux sortes très différentes du strabisme.

La première, connue de tous les auteurs, mais expliquée différemment par eux, *consiste en un excès absolu ou relatif d'action d'un muscle de l'œil, conjointement avec une faiblesse absolue ou relative du muscle antagoniste* : c'est le *strabisme vrai avec déviation*, strabisme tel qu'on l'entend aujourd'hui.

La seconde consiste en une *paralysie ou défaut d'action d'un muscle de l'œil, mais sans excès d'action absolu ou relatif de la part du muscle antagoniste*. Elle n'a point été étudiée; elle est si différente à certains points de vue de la première qu'on pourrait ne point l'appeler strabisme : aussi ne rentre-t-elle point dans toutes les définitions de cette maladie, celle de M. J. Guérin, par exemple : *le strabisme est la déviation musculaire anormale de l'œil ou des yeux.* Car dans cette sorte l'œil malade n'est dévié ni dans ses mouvements simples, ni dans ses mouvements coordonnés, et l'œil sain se dirige normalement.

Il ne rentre pas dans cette définition, en ce que nulle part il n'y a déviation, faux mouvement, mais bien défaut de mouvement.

Cette idée de faux mouvement est tellement inhérente à la manière dont on envisage le strabisme que Boyer donne la définition suivante du strabisme : Il consiste dans une disposition vicieuse des yeux qui fait que, quand l'un de ces organes se dirige vers l'objet qu'on veut voir, l'autre *s'en écarte et se tourne insensiblement* vers un autre point.

Les désignations de strabisme convergent, divergent, ascendant, oblique, etc., etc., ne peuvent en aucun cas lui être appliquées, par cette raison que l'œil malade ne se porte dans aucune des directions que ces dénominations représentent.

Je l'appelle strabisme droit ou direct, parce que l'œil malade reste droit lorsqu'il devrait se porter dans une autre direction, qu'il reste *droit* et n'est pas *dévié*.

Néanmoins, c'est un strabisme pour ceux qui définissent cette maladie *une disposition vicieuse des yeux qui fait que ces organes ne sont pas simultanément dirigés vers le même objet.* (A. Bérard, *Dictionnaire de médecine*, 2e édition, article *Strabisme.*)

Je ne parle point ici d'une *troisième espèce* dans laquelle c'est une tumeur intra ou extra-orbitaire, ou un vice de conformation qui empêche la direction simultanée des deux yeux vers un même objet; cette dernière espèce est toute spéciale.

Le strabisme droit ou direct est rare, si l'on envisage qu'après les laborieuses recherches auxquelles je me suis livré je n'ai pu trouver que deux exemples réels, un rapporté dans l'inestimable ouvrage de chirurgie de M. Boyer (t. IV, p. 727, 5e édition), l'autre relaté en quatre lignes par Verhaegbe (*Strabisme*, Bruxelles, p. 50).

J'en ai observé un troisième dans le service de M. Huguier.

Mais il est probable que cette grande rareté, réelle en partie, vient aussi de ce que les auteurs, même les plus recommandables, n'ont point fixé leur attention sur cette espèce (1).

Elle est bien différente des autres, et cependant elle est fort simple, comme on va le voir par l'exemple que rapporte Boyer.

OBSERVATION. — L'œil droit d'un homme de quarante ans ne pouvait parcourir que la moitié de l'espace compris entre le bord externe (on doit sans doute lire : angle) et le bord interne de l'orbite.

Tant que les mouvements s'exerçaient dans cet espace limité, la direction des yeux était naturelle; au delà, il y avait strabisme; de manière que, toutes les fois que le malade regardait devant lui et à droite, les axes visuels étaient en harmonie; mais, s'il cherchait à porter ses regards à gauche, la cornée de l'œil droit restait au milieu de l'orbite, tandis que celle de l'œil gauche se dirigeait seule vers le petit angle de l'œil, et le malade voyait double.

Y a-t-il déviation musculaire? Est-ce un strabisme divergent, etc., etc.? La dénomination strabisme direct ou droit est-elle une antithèse ou représente-t-elle la réalité?

Bien des théories ont été faites pour rendre compte de la manière dont se produit le strabisme. Chacune d'elles, attaquée aussitôt que parue, n'a pu complétement résister à la critique, et cependant toutes ou presque toutes ont quelque chose de vrai quand on les applique aux cas auxquels elles répondent; leur seul tort est de vouloir répondre à tous.

Le strabisme est issu d'origines variées, tellement variées que, malgré tous les travaux entrepris sur cette maladie, on a négligé la seconde forme, dont la connaissance et l'étude importent non-seulement à l'étiologie, mais à la pratique, à l'inopportunité ou l'opportunité de l'opération que l'habile charlatan dont parle Lecat semble avoir faite, et qui fut une seconde fois découverte et importée dans la pratique un siècle plus tard.

Examinons si le strabisme droit ou direct ne rentre réellement dans aucune des catégories admises jusqu'à ce jour, et si les théories reçues l'expliquent.

Buffon a donné du strabisme une théorie qui ne manque point de vérité :

« La cause la plus générale, la plus ordinaire du strabisme, » dit-il (*loc. cit.*), et dont personne, que je sache, n'a fait » mention, c'est l'inégalité de force dans les yeux; à un certain degré elle produit nécessairement (1/75) le regard » louche.

» Lorsqu'on regarde des deux yeux un objet, si tous deux » sont d'égale force, il paraît plus distinct et plus éclairé que » quand on le regarde avec un seul œil; mais si les deux » yeux sont d'inégale force, l'image du plus faible est moins » nette que celle du plus fort, et l'obscurcit. Pour éviter cette » confusion, l'œil le plus faible se dévie. »

Cette théorie peut être vraie dans certains cas, mais elle est inhabile à les comprendre tous; elle ne comprend ni n'expli-

(1) Les 100 observations publiées par Ch. Phillips (*Strabisme*, Bruxelles, 1840); les 100 publiées par M. Lucien Boyer (*Recherches sur l'opération du strabisme*, Paris, 1842) n'en renferment pas un seul; les 300 autres de ce dernier auteur n'en contiennent probablement pas, car il ne parle point de cette espèce. Je n'en ai trouvé aucune trace dans A. Bérard (*Dict. en trente vol.*), Baudens (leçons publiées dans la *Gazette des Hôpitaux*); Buffon (*Hist. nat. supp.*, t. III), Desmarets (*Traité des maladies des yeux*), Fabre (*Biblioth. du méd. prat.* et *Dict. de médecine*), Rognetta (*Ophthalmologie*), Velpeau (*Strabisme, Ann. de chir.*), non plus que les journaux suivants : *Ann. d'oculistique, Ann. de chirurgie, Ann. de la Soc. méd. de Gand, Encyclop. méd., Gazette des Hôpitaux, Gazette médicale.*

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Des principales causes qui engendrent et perpétuent le charlatanisme.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Depuis assez longtemps déjà je me proposais de vous transmettre une lettre qui m'avait été adressée; mais la succession et l'enchaînement d'une foule d'incidents dans lesquels le feuilleton était vivement intéressé m'ont empêché jusqu'à ce jour de satisfaire à ce désir. Quoique le sujet dont elle traite soit et doive longtemps encore être à l'ordre du jour, avec le temps, la lettre en question avait perdu de son opportunité; j'ai dû la retourner à son auteur, qui a bien voulu y faire quelques modifications qui la mettent à peu près en harmonie avec les événements du jour. Je vous l'adresse donc aujourd'hui, dans l'espoir qu'elle vous présentera quelque intérêt.

Monsieur le rédacteur,

Lorsque je vous adressai cette lettre, un homme singulier, un médecin, venait de quitter subitement la scène du monde pendant qu'il se livrait à des recherches, à des expériences plus étranges encore, dit-on, que toutes celles, bien étranges pourtant, dont il fatiguait depuis longtemps, plutôt qu'il n'occupait l'attention du monde savant. Par ses allures, par son maintien, par la bizarrerie et, on peut dire, l'effronterie de ses communications incessantes à l'Académie des Sciences, cet homme rappelait ce qu'on nomme un charlatan, et la profession le considérait généralement comme tel. Comme les charlatans, en effet, il soutenait, avec la plus imperturbable assurance, avec l'apparence (peut-être avec la réalité) de la plus profonde conviction, les faits les plus incroyables, les propositions les plus audacieusement absurdes. Comme les charlatans, il paraissait n'avoir d'autre but que d'en imposer à la crédulité, à l'ignorance, à l'ineptie publiques. Grâce à une persévérance inébranlable dans la voie qu'il s'était tracée, cet homme, parti de Marseille pauvre et sans appui, avait acquis en quelques années, dans la capitale, une position de praticien qu'aurait enviée plus d'un professeur, et il comptait des clients dans ce que l'Etat comptait de plus élevé.

La mort de cet homme, arrivée au moment même où il frappait le plus vigoureusement à coups redoublés sur la caisse de l'Institut, cette mort inattendue occupa quelques instants le public, inspira certaines réflexions, et moi-même je me laissai aller à quelques remarques sur les réflexions que j'entendis. Ces remarques, comme vous le savez, faisaient l'objet de ma lettre.

La plupart des interlocuteurs que j'avais entendus s'étaient ou étonnés ou indignés de la fortune du docteur D.... Les récriminations les plus acerbes étaient lancées contre le charlatanisme; les moyens les plus énergiques, je dirai même les plus violents, étaient proposés pour fermer cette plaie du corps médical. C'est aussi sur cet objet que se portèrent mes propres réflexions. Permettez-moi de vous les exposer et d'en accepter toute la responsabilité dans le cas où vous craindriez de la porter vous-même.

J'ai besoin de vous le déclarer d'abord : j'aime profondément notre belle et difficile science; j'admire autant que qui que ce soit notre art divin; je professe pour beaucoup de nos confrères la plus haute estime, le plus sincère attachement; mais par cela même j'ai le droit, ou plutôt le devoir de ne point flatter ceux que je respecte, de dire la vérité à une profession que j'honore.

Eh bien! je le dis en toute franchise, aucun des nombreux confrères que j'ai entendus tonner contre le charlatanisme n'en a apprécié avec justesse les véritables causes, n'en a indiqué le véritable remède. J'ai entendu qu'on s'en prenait toujours et exclusivement à l'imperfection des lois, à la coupable apathie du pouvoir. Je ne veux certes pas nier la réalité de ces deux influences; mais croyez-vous qu'elles soient les seules? Si oui, détrompez-vous, et permettez-moi de vous dire où elles résident réellement. A mon avis, comme à celui de bien des philosophes :

Les lois ne peuvent rien contre les mauvaises mœurs.

Or, il y a plus encore de mauvaises *mœurs médicales* qu'il n'y a de mauvaises lois, et j'ajoute que ces mauvaises lois ne sont elles-mêmes en grande partie que la conséquence des mauvaises mœurs.

D'où vient que toutes les grandes corporations, prêtres, magistrats, avocats, notaires, industriels, commerçants, obtiennent, à mesure que la civilisation marche, des lois qui assurent leur indépendance et sauvegardent leurs intérêts? Uniquement, monsieur le Rédacteur, de ce que ces corporations savent accorder leur confiance aux plus dignes et élever aux premières dignités les plus habiles d'entre eux, et acquérir ainsi auprès du pouvoir assez d'autorité pour faire entendre et *écouter* leurs doléances. Ces corporations, comme la nôtre, *plus* que la nôtre, comptent des brebis galeuses dans leur troupeau; mais ces brebis sont expulsées ou reléguées à l'arrière-plan, et l'autorité du plus grand nombre n'en est point compromise.

Aussi, croyez-le bien, monsieur le Rédacteur, notre mal ne vient

que le strabisme droit que nous avons observé. La malade voyait une image plus simple et plus claire quand ses deux axes visuels se mettaient en harmonie dans le regard en bas; elle voyait tout aussi bien, tout aussi loin des deux yeux, et elle en a fait l'expérience avant l'aggravation dernière de sa maladie; dix jours après l'opération qu'elle subit, elle lisait parfaitement bien des deux yeux à une distance de 25 centimètres.

Nous devons examiner avec un soin plus particulier les opinions émises par M. J. Guérin; il faut lui rendre pleine justice, sa théorie et surtout la classification qui en découle sont empreintes d'un esprit de généralité que nous ne trouvons nulle part ailleurs. Nous ne pouvons qu'y souscrire dans le plus grand nombre de cas; elle ne sort de la vérité que lorsquelle se montre exclusive.

Il y a, dit-il (*Gazette Médicale*, 3 avril 1841), deux mouvements dans l'œil : 1° un mouvement mécanique, primitif, direct, volontaire; ainsi quand un objet est présenté à la vue, les muscles se contractent de manière à diriger l'œil vers lui; 2° un mouvement optique, consécutif, indirect, subordonné, tel que celui qui adapte les axes visuels à la distance de l'objet pour le rendre visible.

De même, pour lui, il y a seulement deux manières dont se produit le strabisme. M. J. Guérin explique comment, si, en vertu d'une disposition organique particulière, le trajet est fermé dans un de ces points au passage de l'axe optique (par une tache à la cornée ou tout autre empêchement semblable), l'œil cherche une position anormale pour voir l'objet, et comment, d'une manière indirecte, il y a contraction, déviation, strabisme; mais strabisme optique.

Voici comment il applique le strabisme mécanique : « Que l'on suppose que l'un des muscles soit atteint d'un raccourcissement permanent qui brise ses rapports de longueur normale avec les autres muscles du même œil, avec les muscles correspondants de l'autre œil; dans cet état, les deux yeux ne seront plus placés symétriquement, ils ne parcourront plus pendant leurs mouvements simultanés les mêmes espaces, ni n'offriront plus absolument les mêmes directions; mais l'un pourra être dirigé en dedans ou en dehors, en bas ou en haut, suivant le muscle raccourci, lorsque l'œil du côté opposé conservera sa position normale; et cependant le mouvement de ce dernier, le muscle plus court, ne pourra plus suivre les mêmes directions, ni parcourir les mêmes espaces. »

La cause du strabisme est dans la *rétraction musculaire*.

M. J. Guérin entre alors dans l'exposé de toutes les modifications de cette réaction.

« Dans le plus grand nombre des cas, dit-il, le mouvement de rotation de l'œil dans le sens opposé à la déviation est manifestement gêné; le malade dit sentir son œil bridé. Le degré de mobilité dans ce sens varie depuis l'immobilité *presque* complète, qui constitue le *strabisme fixe*, jusqu'à la mobilité *presque* complète, qui constitue ce que j'appelle le strabisme *rudimentaire* ou *insuffisant*. Dans ce dernier, le redressement de l'œil strabique peut se faire même pendant le regard avec les yeux, et alors toute apparence de strabisme cesse, parce que le raccourcissement des muscles rétractés n'est pas assez fort pour s'opposer au redressement de l'œil dévié. Dans ce cas, le strabisme n'existe qu'en l'absence de l'action de regarder, et surtout dans la vision distraite. »

On peut ranger les différentes espèces de strabisme sous cinq chefs.

1° Il y a *contraction simple*; c'est un raccourcissement par plissement involontaire du muscle, sans l'altération de texture. (*Gazette Médicale*, mars 1842.)

2° *Rétraction proprement dite*. Le muscle contracté est resté définitivement court; il peut être devenu fibreux, fibrograisseux. C'est, dit M. J. Guérin, le cas le plus commun de tous; les autres sont *exceptionnels*.

3° *Rétraction spasmodique*. Le muscle est alternativement le siége de contraction et de relâchement involontaire.

4° *Rétraction paralytique*. Le muscle a subi un commencement de paralysie; la somme de contractilité qu'il avait est enlevée à la volonté.

5° *Paralysie proprement dite*. Le muscle, complètement dépourvu d'influx nerveux, reste encore mou, flasque; il est dénué de toute contractilité; il est dans la *résolution paralytique*. Les caractères de la résolution paralytique consistent dans la déviation de l'œil du côté opposé au muscle affecté par les muscles antagonistes restés sains, et dans l'impossibilité de mouvement dans le sens du redressement si l'œil exécute de légers mouvements dans le sens de son action, c'est par saccades.

A quelle catégorie appartiendrait le strabisme direct?

Il ne peut appartenir à la plus générale (la deuxième rétraction proprement dite); car dans le regard en face et dans celui du côté opposé à la paralysie les deux axes sont parallèles, c'est-à-dire dans la position où la moindre différence de longueur des muscles aurait été la plus visible. Il n'a aucun rapport ni avec la contraction simple ni avec la rétraction spasmodique; il ne peut appartenir à la rétraction paralytique, car c'est justement l'absence de rétraction avec la paralysie qui a fait le caractère spécial du strabisme direct (1).

Partout dans ce cadre il y a déviation; en effet, *déviation*, *rétraction*, sont les caractères du strabisme pour l'auteur, et quoiqu'il ait dit : « Cette mobilité varie depuis l'*immobilité presque complète* jusqu'à la mobilité presque complète qui constitue ce que j'appelle le strabisme rudimentaire ou insuffisant, » la lacune persiste.

Dans le strabisme insuffisant, d'abord il y a rétraction, puis le strabisme disparaît par l'action de regarder; en outre, le malade sent son œil bridé dans le sens où la mobilité est le plus intacte. C'est exactement l'inverse de ce qui existe, notamment dans la deuxième observation qui va suivre; car là, 1° il n'y a nulle déviation; 2° c'est dans l'action de regarder qu'apparaît le strabisme; 3° c'est dans le sens où il y a immobilité (expér. 3 et 5) que le malade doit sentir son œil bridé.

La classification de M. J. Guérin est donc *presque complète*, il n'y manque qu'une place pour le cas où l'un des muscles est *complètement* mobile, tandis que l'autre est aussi complétement immobile que sain dans sa longueur.

Voici le fait que j'ai examiné avec le plus d'exactitude qu'il m'a été possible, et dont l'étude m'a mis sur la voie du vrai. Le lecteur en distraira certains détails qui ne regardent point spécialement le strabisme direct, mais qui serviront de texte à quelques réflexions à la fin de ce travail.

(*La suite à un prochain numéro*).

(1) Le caractère de la résolution paralytique est la déviation de l'œil du côté opposé au muscle affecté; c'est précisément aussi l'absence de cette déviation qui caractérise le strabisme direct.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 novembre 1849. — Présidence de M. BOUSSINGAULT.

Anatomie philosophique.

M. Rigaud, professeur de clinique chirurgicale et de pathologie externe à la Faculté de Médecine de Strasbourg, lit un mémoire intitulé : *Homologie des membres supérieurs et inférieurs chez l'homme.*

L'auteur établit que, pour faire un parallèle exact et rigoureux entre les membres supérieurs et inférieurs, il faut procéder à la comparaison des parties similaires en commençant par l'extrémité périphérique, main et pied; passer ensuite à l'épaule et au bassin, puis au bras et à la cuisse; enfin arriver au coude et au genou; en un mot, suivre l'ordre d'évolution des parties; car, dit-il, les parties analogues formées les premières sont les plus simples, et partant les plus parfaitement identiques.

Après l'étude détaillée du parallèle des os, M. Rigaud en déduit le corollaire essentiel qu'il faut admettre comme bien démontrée l'analogie de deux os dont l'identité est évidente pour leurs extrémités périphériques.

L'étude de la squelettologie étant terminée, M. Rigaud poursuit l'application de ces principes fondamentaux à la myologie des membres, et pose ainsi une des bases sur lesquelles devra s'appuyer, selon lui, l'étude des analogues.

Physique pathologique.

M. A. Becquerel, agrégé à la Faculté de Médecine, lit un mémoire intitulé : *Recherches sur le pouvoir moléculaire rotatoire de l'albumine du sang et des liquides organiques. Description d'un albuminimètre.*

Voici les résultats généraux auxquels l'auteur a été conduit par la détermination du pouvoir rotatoire de l'albumine :

1° L'albumine en dissolution dans le sérum du sang et dans un grand nombre de liquides organiques dévie à gauche le plan de polarisation d'un faisceau lumineux.

2° L'intensité de cette déviation est proportionnellement à la quantité d'albumine contenue dans ces liquides, et peut dès lors lui servir de mesure très exacte et très précise.

3° Le pouvoir moléculaire rotatoire de l'albumine dans les liquides qui n'ont pas été modifiés par des agents chimiques capables de les altérer peut être évalué, d'après des expériences multipliées, à 27° 36 minutes.

4° Dans l'état physiologique, le sérum du sang humain contient une quantité d'albumine oscillant entre 75 à 85 sur 100 (moyenne 80).

5° Dans l'état pathologique, la quantité d'albumine du sérum oscille dans les limites normales dans les cas suivants : les maladies légères ou de peu de durée, les affections dans lesquelles l'alimentation est continuée, les maladies d'une certaine gravité à leur début, enfin, un certain nombre d'affections chroniques dans lesquelles l'état général est assez satisfaisant.

6° La quantité d'albumine du sang augmente quelquefois, mais très rarement, ces cas étant tout exceptionnels; on ne saurait, quant à présent, les rattacher à aucun principe général.

7° La quantité d'albumine du sang diminue fréquemment; c'est ce qui a lieu à des degrés très divers dans les cas suivants : une alimentation insuffisante ou insuffisamment réparatrice; les maladies chroniques débilitant les individus; les affections dans lesquelles une diète prolongée est maintenue; les maladies dans lesquelles ont lieu des évacuations sanguinolentes, des pertes de liquides quelconques, des hydropisies, les phlegmasies d'une certaine gravité, et en particulier les pneumonies, etc.

Si l'on examine quelques groupes de maladies, on trouve pour résultats :

8° Dans la fièvre continue simple, l'albumine reste dans ses proportions habituelles.

9° Dans la pléthore, tantôt elle reste à l'état normal, tantôt elle diminue notablement.

10° Dans l'érysipèle de la face avec fièvre, l'albumine diminue un peu; la moyenne des chiffres est représentée par 6 40', ou en poids à 72,18 gram. sur 1,000.

11° Dans la pneumonie, l'albumine, à peu près normale le premier ou le deuxième jour, diminue ensuite et souvent dans une proportion considérable.

12° Dans la pleurésie aiguë, les mêmes modifications se produisent, mais à un moindre degré. Il en est de même dans la bronchite aiguë.

13° Dans les autres phlegmasies, c'est en général l'intensité et la gravité de la maladie, la diète absolue, l'époque à laquelle remonte le début qui règle en quelque sorte la diminution de l'albumine.

14° Dans l'emphysème pulmonaire, l'albumine diminue lorsque surviennent les accès de dyspnée et de suffocation, la moyenne générale est de 6°31', ou 70,38 d'albumine.

15° Dans les maladies du cœur, l'albumine du sérum varie peu tant qu'il ne se déclare pas d'hydropisie, alors elle diminue, et souvent dans des proportions considérables. La moyenne des maladies du cœur avec hydropisie est de 6 21', ou 68,76 d'albumine.

16° Dans la maladie de Bright, c'est la production des hydropisies, et non la perte de l'albumine par les urines, qui détermine la diminution des proportions de l'albumine du sang. Dans quatre cas de la maladie de Bright avec hydropisie, la moyenne a été 5°21' ou 57,78 d'albumine.

17° Dans l'hémorrhagie et le ramollissement du cerveau, quelques faits, encore peu nombreux, autorisent à penser qu'il y a diminution de l'albumine du sérum.

18° La mesure directe de la déviation permet d'apprécier avec une très grande exactitude la proportion d'albumine contenue dans tous les liquides pathologiques.

19° Dans plus de 150 saignées et 50 liquides pathologiques, nous n'avons jamais rencontré de sérum dont la présence ait pu modifier d'une manière quelconque les résultats de la polarisation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 14 novembre 1849. — Présidence de M. DEGUISE père.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. CHASSAIGNAC demande que l'observation de M. Maisonneuve soit insérée dans les Mémoires de la Société, en y joignant le des-

point de ce que le docteur N... dépose ses côtelettes sous toutes les portes cochères, dans les loges de tous les portiers; de ce que le docteur X... vend du Rob végétal; de ce que le docteur Y... couvre les murs de ses sales affiches, etc., etc. Ce sont là de ces impuretés qui se rencontrent dans toutes les professions, et n'entrent pas en ligne de compte dans l'estimation qu'on fait de la profession elle-même. Mais ce qui nous porte un grand et véritable dommage, ce sont ces professeurs, écoutez-bien ceci, car ce sont les paroles d'un doyen que vous aimez et respectez à bon droit, ce sont ces professeurs « *qui ne prisent leur robe que comme une enseigne destinée à attirer les offrandes des clients* »; ou encore ces autres qui, comblés de toutes les faveurs de la fortune, n'ont pas honte de dire devant leurs propres élèves : « *J'aime mieux une pièce de cent sous que la meilleure de toutes les observations* »; ce sont ces hommes qui, oubliant leur austère mission, se lancent dans les entreprises les plus aventureuses et les plus équivoques, y font, défont et refont leur position par des manœuvres que le simple vulgaire n'oserait même soupçonner; ce sont ces hommes sans conviction, sans conscience, sans dignité, qui traînent aujourd'hui dans la boue leur idole d'hier, qui préconisent tour à tour et avec une ardeur égale le blanc, le rouge et le noir, sans autre but que celui de se singulariser et de fixer sur soi l'attention publique; ce sont ces hommes qui considèrent leurs malades de l'hôpital comme une vile matière à expérimentation, qui trafiquent de l'honorable et grave mission que la bienfaisance publique leur confie. Voilà les hommes qui compromettent notre considération et notre autorité, voilà ceux qui nous empêchent d'obtenir des lois équitables. Et ce n'est point tant encore à cause de leurs actes répréhensibles que ces hommes-là nous portent dommage; c'est bien plus encore parce que le corps médical ne leur fait pas la place qu'ils méritent. Si les portes des Ecoles et des Académies se fermaient impitoyablement sur eux, si la profession leur retirait toute confiance, le mal ne serait pas grand. Mais, par malheur, trop souvent le contraire arrive : on les voit non-seulement disputer la palme académique aux hommes les plus recommandables, mais on voit, chose étrange! d'honorables confrères les soutenir dans leur lutte! Que les Ecoles et les Facultés ne s'y trompent point cependant; la multiplicité de semblables acquisitions pourraient avoir de plus graves conséquences qu'elles ne pensent. Dans un temps où l'on réforme tant d'abus qui n'en sont pas, on pourrait bien en réformer quelques-uns qui en sont.

Il est d'autres confrères qui, pour oublier des devoirs moins graves, n'en portent pas moins un dommage très certain à la profession : ce sont ceux qui considèrent la dignité d'académicien comme un vain titre, bon tout au plus à allonger la liste de ceux qu'ils possèdent déjà. A ces académiciens, ne demandez ni des rapports, ni des lumières dans une question importante, ni un concours quelconque; ne demandez même pas à la plupart qu'ils honorent l'Académie de leur présence; ils vous répondraient sans doute que l'Académie est trop heureuse de les voir figurer sur son annuaire. Que de jeunes travailleurs, inspirés par l'amour de la science, viennent chercher à l'Académie des conseils ou des encouragements, et que leurs travaux tombent entre les mains de ces immortels fainéants, ils pourront mourir bien des fois à la peine avant qu'on ait jeté les yeux sur le premier feuillet de leurs mémoires. Que résulte-t-il d'un pareil état de choses? Le voici, monsieur le Rédacteur : les travailleurs consciencieux se découragent; ils retirent leur confiance et leur considération à des hommes qu'ils croyaient dévoués à leurs devoirs; ils expriment à qui veut les entendre les sentiments que leur inspirent désormais ces hommes-là; ils les déconsidèrent dans le public; ceux qui ne cherchent dans les Académies qu'une mention qui sert d'enseigne frappent opiniâtrément à leurs portes, et tiennent place des hommes de labeur et de talent; et ainsi, la science est sacrifiée, la profession avilie et le charlatanisme encouragé. Et cependant, tous les jours, hier, aujourd'hui, demain encore, l'Académie recevra peut-être dans son sein un homme qui, une fois en possession du titre d'académicien, n'en remplira peut-être pas une fois dans sa vie les obligations.

Ne cherchez donc pas ailleurs que dans nos propres mœurs, dans notre complaisante tolérance la principale cause de l'amoindrissement de notre profession et du succès du charlatanisme. Détruire cette cause est le premier moyen et le plus efficace, et cela dépend uniquement de nous-mêmes.

Il est une autre cause qui encourage et entretient le charlatanisme; cette cause, dont ne paraissent pas se douter nos esprits réformateurs, quoiqu'elle ne soit pas la moins efficace, réside dans l'imperfection de la science. Quelques mots me suffiront pour vous la faire apprécier à sa juste valeur.

....E

(*Suite et fin au prochain Courrier.*)

Les chirurgiens sous-aides dont les noms suivent ont été désignés pour occuper de nouveaux postes :

M. Renard, à l'hôpital de La Rochelle, passe à Lille.

M. Japiot, aux ambulances de l'Algérie, passe à Metz.

M. Bronët, à l'hôpital de Toulon, passe à Metz.

M. Dehée, aux ambulances de l'Algérie, passe à Lille.

M. Eychenne, à l'hôpital de La Rochelle, détaché à Popincourt, passe à Lille.

sin qui a été fait, sans préjudice de la publication réservée par M. Robert.

M. Robert rappelle en effet qu'il a commencé un travail étendu sur les tumeurs artérielles, et qu'il la communiquera plus tard à la Société de chirurgie, sans prendre toutefois d'engagement à cet égard.

M. Maisonneuve s'empressera de rédiger l'observation qu'il lui a communiquée, mais le dessin tel qu'il a été fait laisse à désirer.

M. Debout propose de faire tout exprès pour cette publication un dessin exact, mais fort simple.

M. Morel-Lavallée fait remarquer que la *Gazette des Hôpitaux* a proposé de faire les frais des dessins intéressants, et et que l'on pourrait profiter de l'offre du journal.

M. Giraldès pense que, si l'observation est publiée, un dessin complet sera préférable à une gravure sur bois.

M. Gosselin ne croit pas que M. Maisonneuve puisse ajouter beaucoup de renseignements à l'observation qu'il a communiquée, et que M. le secrétaire a reproduite avec exactitude dans les bulletins.

M. Chassaignac le reconnaît ainsi, comme description écrite, mais il voudrait une description figurative, autrement dit un dessin, pour mieux faire apprécier l'importance d'une question jugeant des méthodes contraires.

M. Maisonneuve dit que son intention, en montrant la pièce pathologique, avait été de faire constater les lésions; il se proposait d'ailleurs d'en faire le sujet d'un travail qu'il rédigera, si la Société veut bien l'accepter.

M. Michon demande à quelle époque cet engagement pris sera exécuté; et, comme réflexion générale, il fait observer que les engagements de cette nature n'engagent souvent à rien en réalité. Il propose, en conséquence, le vote immédiat sur cet incident.

M. le président rappelle qu'aux termes du règlement on ne peut voter l'impression d'un travail avant que lecture en ait été faite.

On attendra donc qu'il en soit ainsi.

Correspondance.

M. Huguier, ayant été nommé membre du jury de concours pour la chaire de médecine opératoire, et M. Cullerier, comme juge du concours de l'externat, demandent chacun un congé. (Accordé.)

M. Loir s'excuse de son absence pour motif de santé.

M. Morel-Lavallée adresse à la Société un paquet cacheté, dont le dépôt est confié à M. le secrétaire.

Évacuation des foyers de liquide morbide sans pénétration de l'air.

M. Larrey donne communication d'une lettre et d'une note que lui a adressées M. le Dr Raciborski sur un nouveau moyen d'empêcher l'introduction de l'air extérieur au sein des collections pathologiques, telles que hydrothorax, abcès par congestion, etc. C'est après avoir entendu ce confrère exposer l'emploi de ce moyen à la Société de Médecine du 10e arrondissement que M. Larrey l'a engagé à le faire connaître à la Société de Chirurgie. Un extrait de cette note suffira pour donner une idée du procédé de M. Raciborski.

Il cite d'abord l'opinion générale des chirurgiens sur la pénétration de l'air extérieur au sein des collections pathologiques, pendant ou après les opérations. La méthode sous-cutanée réussit assez bien après l'évacuation du liquide; et divers moyens ont été imaginés pour agir dans le même but, pendant l'écoulement même du liquide : ainsi le trocart à pompe et à robinet de M. J. Guérin, pour extraire le pus des abcès par congestion; et le trocart muni d'une peau de baudruche de M. Reybard, pour l'opération de la thoracentèse, sont d'ingénieux procédés sans doute pour empêcher l'accès de l'air dans le foyer purulent ou dans la cavité de la poitrine, mais ils ne sauraient suffire absolument dans tous les cas, selon M. Raciborski, et surtout lorsque l'opération aurait excité de violentes quintes de toux provoquant elles-mêmes plusieurs expirations brusques suivies d'une inspiration forte et prolongée.

C'est pourquoi il fut conduit à imaginer le moyen suivant :

Il se sert, pour cela, d'une vessie de porc dont la capacité est proportionnelle à la quantité de liquide que l'on doit évacuer; il la trempe dans l'eau pour la ramollir, et la tord ensuite pour en chasser l'air; il fixe enfin l'orifice de la vessie autour de la canule du trocart armé, dont la poignée se trouve entièrement coiffée par le fond de cette vessie. La ponction est faite comme à l'ordinaire, si ce n'est que la main presse sur cette enveloppe extérieure, en même temps que sur le manche de l'instrument pour en retirer ensuite la lame, en l'abandonnant dans la cavité close que représente la vessie. Celle-ci se déplisse et se distend à mesure que le liquide s'écoule dans son intérieur par la canule, et le foyer morbide se trouve ainsi à l'abri de la pénétration de l'air.

M. Raciborski indique enfin une modification sans importance applicable à ce procédé, qu'il considère comme le moyen le plus sûr et le plus commode pour empêcher l'accident redouté des chirurgiens.

Après la lecture de cette note, M. le président décide que des remerciments seront adressés à M. Raciborski pour sa communication.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le discours prononcé à la session anniversaire de l'Académie chirurgicale de Madrid, par les secrétaires don Roiz Gimonez et don Cortijo y Valdez. Un rapport verbal sera fait sur cette brochure par M. Giraldès.

2° Le rapport général sur les travaux de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat, par M. C. Laronde. (Rapporteur, M. R. Marjolin).

3° Une brochure intitulée : *Nuovo metodo per togliere la claudicazione*; par M. Fr. Rizzoli, de Bologne, avec une planche. (Rapporteur, M. Maisonneuve.)

Polype du pharynx.

M. Robert donne des nouvelles du malade qu'il a opéré d'un polype du pharynx, et qui se trouve dans l'état le plus satisfaisant. Les suites de cette opération ont été aussi simples que l'opération elle-même avait été compliquée; la réunion s'est faite à la joue par première intention, et a produit une cicatrice régulière. Le seul accident qui soit survenu, c'est un érysipèle de la face; mais il n'a pas offert de gravité. Le malade est presque à la veille de sortir de l'hôpital, et il sera présenté à la Société. On observe peu de difformité extérieure; mais on serait encore embarrassé de savoir si le polype était implanté à la base du crâne ou sur la colonne vertébrale. M. Robert incline toujours à penser que l'implantation avait lieu sur les vertèbres.

Il rappelle qu'un hiatus assez large du voile du palais avait été la conséquence de l'opération. Or il a vu dernièrement, en inspectant la bouche, la réunion exacte de cette division du voile du palais et une cicatrice parfaite, sans qu'aucun moyen chirurgical ait été tenté dans ce but.

M. Robert, en indiquant cette circonstance, cite un fait analogue de M. Nélaton, qui, ayant enlevé une portion de la voûte palatine, trouva deux fois la réunion du voile du palais si étroite qu'il fut obligé de la détruire. C'est un phénomène curieux de voir un organe musculaire comme celui-là aussi disposé à se cicatriser lorsqu'il a été divisé, et cette disposition semble démontrée par les deux faits qui se confirment réciproquement. D'après cette circonstance heureuse, il sera facile d'appliquer un obturateur bien adapté au trou de communication de la cavité buccale avec les fosses nasales.

M. Chassaignac apprécie ce que ce fait offre d'extraordinaire sous certains rapports; mais il pense que l'on peut fort bien le concilier avec la disposition même du voile du palais. Dans son état normal en effet, le voile du palais offre une grande épaisseur qui doit faciliter la réunion, quoique dans la division congéniale il ait peu de tendance à se cicatriser; mais alors il est notablement aminci.

M. Lenoir émet une autre opinion. Ne serait-ce pas, selon lui, la paralysie des muscles du voile du palais, par section des nerfs, qui produirait ce résultat? Il n'y aurait plus de rétraction dès lors, et la réunion deviendrait ainsi plus facile.

M. Robert fait observer que la même chose a eu lieu dans le cas de M. Nélaton. Une section médiane avait été faite sans toucher à l'apophyse ptérygoïde; les nerfs du muscle péristaphilin interne ainsi qu'un filet du ganglion otique avaient été ménagés. De plus, au moment où le voile du palais avait été touché, il a offert plus de tendance à se relever. M. Robert n'a pas pu ouvrir la bouche du malade chaque jour, et il a été d'autant plus étonné du résultat de la cicatrisation qu'il avait la certitude d'avoir fendu le voile du palais.

M. Debout considère ce fait intéressant comme propre à juger le procédé de Fergusson pour la staphyloraphie, procédé par lequel les muscles du palais se trouvent coupés.

M. Giraldès a demandé la parole pour deux raisons : il fait remarquer en premier lieu que, dans l'état normal, dans l'état de repos, les deux parties du voile du palais ont de la tendance à se rapprocher de la ligne médiane plutôt qu'à s'en éloigner, et c'est ce qui explique la tendance des réunions spontanées. Cette observation a été faite par M. Roux et l'a conduit à l'invention de la staphyloraphie.

M. Giraldès fait remarquer en second lieu, au sujet de l'assertion de M. Chassaignac, que, chez les individus dont le palais est divisé, les deux parties de cet organe se trouvent plutôt épaissies, hypertrophiées, qu'amincies, comme le prétend M. Chassaignac. C'est un fait qui a été démontré chez un sujet dont le palais fut disséqué par M. Ferguson, chirurgien de King's college hopital. M. Ferguson crut pouvoir expliquer quelques insuccès de l'opération de la staphyloraphie en les attribuant à cet accroissement de puissance des muscles du palais, et, pour détruire cette force, il modifia l'opération de la staphyloraphie en y ajoutant la section des muscles hypertrophiés, à savoir : le péri-staphylin interne, le palato-staphylin ou pilier postérieur du voile du palais et quelquefois aussi le repli glosso-staphylin. M. Ferguson, à la faveur de cette modification, dit avoir obtenu des succès dans des cas où l'opération avait été sans résultat par le procédé de M. Roux, procédé modifié lui-même par Dieffenbach et par d'autres chirurgiens. M. Ferguson a publié à ce sujet un mémoire (1), une leçon clinique (2) et un travail étendu accompagné d'un grand nombre d'observations (3). M. Giraldès, enfin, a eu occasion de voir à Londres M. Ferguson faire la staphyloraphie par son procédé, et M. Bowman, chirurgien adjoint de King's college hospital, lui a dit l'avoir faite avec succès dans un cas où le procédé de M. Roux avait échoué.

Réunion des déchirures du périnée.

M. Danyau, ayant vu M. Vidal (de Cassis) employer les serres-fines après l'opération du phimosis par circoncision, eut l'idée de les appliquer à la réunion des déchirures du périnée.

Il sait bien que quelquefois ces déchirures se réunissent d'elles-mêmes, et ce fait d'observation lui a fait modifier ses idées pratiques. Mais souvent il survient des obstacles à la réunion si elle n'est pas soumise à un traitement rationnel. Ces obstacles sont de diverse nature, et il suffit de signaler le contact des matières fécales, des urines, des lochies, l'agitation et les mouvements involontaires, le défaut de soins, de propreté, l'irrégularité de la plaie et d'autres conditions défavorables. Cependant, aujourd'hui plus qu'autrefois, M. Danyau évite de pratiquer la périnéoraphie. Une occasion s'est offerte à lui d'employer les serres-fines comme moyen simple à substituer à une opération compliquée. Voici dans quelles circonstances :

Il y a dix jours, une jeune femme accouchée à la Maternité eut une déchirure du périnée, avec entamure anale de la peau; un seul point de réunion existait, d'un demi-centimètre environ, et une sorte de chevauchement semblait s'opposer à la réunion immédiate. C'était donc un cas favorable à l'emploi des serres-fines. M. Danyau comptait en appliquer vers le vagin et au périnée, mais il se contenta d'en poser quatre au périnée. La réunion superficielle était faite le lendemain, et soixante-cinq heures après, les petites pinces ayant été retirées, M. Danyau introduisit un doigt dans le vagin, et reconnut que toute son épaisseur qui avait été déchirée s'était réunie également. Le périnée se trouvait ainsi bien constitué. L'opération, du reste, fut pratiquée sans difficulté; la douleur avait été assez faible, car la constriction avec les pinces ordinaires est plus douloureuse qu'avec les serres-fines. Les soins consécutifs indiqués en pareil cas n'ont pas été négligés, et la cicatrisation a été complète.

M. Danyau conclut de ce cas particulier que l'application superficielle des serres-fines lui semblerait suffisante en général.

M. Robert trouve dans cette communication, et surtout dans sa conclusion, un fait frappant, en ce sens qu'une cicatrice profonde peut être obtenue par une réunion superficielle. Il rapporte qu'il a obtenu, par le procédé de M. Roux, un plein succès chez une jeune femme récemment accouchée, qui eut une déchirure du périnée avec complication d'une chute de l'utérus. La suture réussit, avec l'avantage de relever l'utérus abaissé. M. Robert avait engagé cette femme à éviter une nouvelle grossesse, qui survint cependant deux ans après, malgré sa recommandation. Il fit encore l'accouchement, en ayant soin de soutenir fortement le périnée, qui résista; mais la cloison recto-vaginale fut déchirée assez largement. M. Robert, inquiet de cet accident, craignait une fistule; mais, quelque temps après, il trouva toutes les parties en bon état, sans avoir rien tenté dans ce but. Ainsi, la réunion extérieure avait suffi à la cicatrisation profonde. Ce fait peut donc être mis en rapport avec celui de M. Danyau.

M. Danyau a vu des conséquences analogues à celle-là chez des femmes qu'il avait opérées de la périnéoraphie. L'une d'elles, par exemple, opérée par lui, fut accouchée ensuite à l'hôpital des Cliniques par M. Paul Dubois, et une autre le fut à Lourcine par M. Cullerier : toutes deux sans accidents.

Quant à la déchirure de la cloison recto-vaginale, M. Danyau a vu aussi, à la Maternité, une femme qui était accouchée sans rupture du périnée, mais chez laquelle une communication permettait le passage du doigt du vagin au rectum. Le même résultat que chez la malade de M. Robert fut constaté ensuite par une réunion prompte et spontanée. La conclusion à tirer de là, c'est que, dans les cas de ce genre, il y a certainement une tendance marquée à la cicatrisation.

Pseudo-helminthes des sinus frontaux.

M. Morel-Lavallée met sous les yeux de la Société des corps allongés, tubuleux, envoyés par un médecin de province comme étant des vers des sinus frontaux. Le sujet, qui est une femme (comme dans toutes les observations analogues à celle-là), rend ces prétendus vers par le nez, après des douleurs atroces dans les sinus frontaux et des accès convulsifs. « C'était donc, dit M. Morel, une bonne fortune que de pouvoir juger enfin cette existence litigieuse des vers des sinus frontaux. » Il a examiné attentivement ces corps étrangers, et il a constaté qu'ils n'étaient autres que des fragments de vaisseaux analogues à ceux d'un oiseau, tel que le pigeon, avec leurs membranes et leurs caractères propres, y compris l'origine des ramuscules collatéraux.

M. Maisonneuve fait observer qu'à la dernière séance M. Morel avait déjà présenté, officieusement il est vrai, ces prétendus vers.

Gangrène sénile.

M. Chassaignac lit un mémoire sur la gangrène sénile et sur les altérations anatomiques du système artériel dans ce genre de maladie. Il rapporte deux cas observés par lui, l'un à la Charité, l'autre à Saint-Antoine.

Il s'agit, dans le premier cas, d'un homme âgé de cinquante-sept ans, atteint d'une gangrène de l'avant-bras droit, et chez lequel la cessation du pouls fut constatée pendant douze jours dans toutes les artères, excepté dans les carotides. L'autopsie démontra des altérations inflammatoires dans les cavités gauches du cœur et dans l'ensemble du système artériel, avec exiguïté notable des vaisseaux.

Le second cas est relatif à un homme âgé de soixante-dix-huit ans, dont le pied était frappé de gangrène. M. Chassaignac amputa la jambe au-dessus des malléoles avant que cette gangrène fût bornée; mais elle envahit le moignon, et bientôt le malade succomba. L'autopsie fit reconnaître une ossification des artères de la jambe et de l'artère poplitée, ainsi qu'un développement de concrétions calcaires jusque dans les veines. L'artère crurale était saine.

M. Chassaignac, en présentant la pièce anatomique de cette deuxième observation, entre dans quelques détails sur l'amputation, et croit utile de la pratiquer avant la délimitation de la gangrène, avec la précaution essentielle de porter le couteau sur la partie du membre où non-seulement la vitalité existe, mais surtout encore où les battements artériels se font sentir.

Il cite enfin, à l'appui de son opinion, la pratique que Larrey avait établie en principe.

Après cette lecture, incomplétement analysée, de M. Chassaignac, M. H. Larrey exprime l'intention de faire quelques remarques sur la question soulevée au sujet de l'amputation.

M. le président, vu l'heure avancée, ajourne à la prochaine séance la discussion du mémoire qui vient d'être lu.

La séance est levée à cinq heures un quart. H. L.

Concours ouvert devant la Faculté de Médecine de Paris

Pour une chaire de médecine opératoire.

Quoique nous ayons plus d'une fois signalé les vices radicaux du

---

(1) *Medico-chirurgical Transactions*, 1845.
(2) *Medical Times*, 1847.
(3) *London Journal of medecine*, 1849.

concours tel qu'il est institué aujourd'hui dans les facultés; quoiqu'il ne soit guère qu'un jeu de hasard où l'audace et la phraséologie jouent un rôle tout au moins aussi grand que le savoir, nous avons cependant pris depuis longues années l'habitude de faire assister nos lecteurs à cette lutte, qui, toute imparfaite qu'elle est, mérite cependant de fixer l'attention de la presse. Il conviendrait, aujourd'hui moins que jamais, de rompre avec cette habitude. Trop souvent, en effet, le prétendu concours n'est qu'une formalité, une sorte de baptême qu'est obligé de recevoir tel candidat avant d'occuper une place pour laquelle il est, d'ailleurs, désigné d'avance. Aujourd'hui il ne semble pas en être ainsi; et l'on peut croire, jusqu'à un certain point, que les épreuves serviront à déterminer la décision des juges. L'avenir nous apprendra si le public, cette fois encore, se fait trop d'illusion.

On sait que les épreuves du concours pour la chaire de médecine opératoire sont au nombre de cinq, savoir :

1° Une dissertation écrite, qui est la même pour tous les candidats;

2° Une dissertation orale, après trois heures de préparation;

3° Une seconde dissertation orale, après vingt-quatre heures de préparation;

4° Une ou plusieurs opérations sur le cadavre;

5° Une thèse sur laquelle chaque candidat est argumenté par quatre de ses compétiteurs.

La première de ces épreuves a été commencée mardi dernier, sous la présidence de M. Roux.

Plusieurs questions avaient été déposées dans l'urne; celle qui en a été tirée par le sort était formulée de la manière suivante :

« Apprécier la valeur relative des différents moyens de réunion » des plaies après les opérations chirurgicales. »

Il y aurait beaucoup à dire, et quant aux termes dans lesquels cette question est formulée et surtout quant à sa valeur comme moyen d'apprécier le mérite des candidats. Quel est le compétiteur qui ne saura pas que d'une manière générale les agglutinatifs valent mieux que la position, les sutures mieux que les agglutinatifs, la suture entortillée mieux que la suture entrecoupée? Pour apprécier donc et l'instruction et le jugement pratique des concurrents, il aurait fallu exiger qu'ils considérassent, *dans tous les cas possibles*, les moyens de réunion, ou, pour parler plus clairement, les moyens dont le chirurgien se sert pour réunir les plaies résultant d'une opération chirurgicale. Cette condition n'étant ni exigée, ni possible à remplir, il en résultera des difficultés qui ne pourront que tourner au profit des sympathies personnelles de chaque juge.

Quoi qu'il en soit, nous n'admettons pas, quelles que soient les imperfections d'une question, que les candidats aient le droit d'en changer l'esprit et de chercher à la rendre meilleure par une interprétation élastique. On comprend, en effet, que rien n'est plus facile, à l'aide de ce procédé, que de faire pencher un peu la question du côté où l'on se sent le plus fort, et de faire ainsi une épreuve supérieure alors qu'en se renfermant rigoureusement dans les termes du problème. Comprendre la question et s'y conformer est donc, pour nous, un point très essentiel. C'est d'après ce principe que nous chercherons à apprécier toutes les épreuves du concours, tout en faisant nos réserves sur les difficultés d'une telle appréciation.

C'est jeudi dernier qu'ont commencé les lectures des compositions. Trois candidats ont été entendus; ce sont, dans l'ordre suivant, MM. Lenoir, Nélaton et Richet.

M. Lenoir.

Ce savant concurrent, dont tout le monde connaît le mérite, les travaux remarquables et les luttes honorables auxquelles il s'est déjà exercé dans les concours, a eu le tort de n'avoir pas parfaitement saisi le sens de la question. Il a consacré la plus grande partie de sa composition à *décrire* les moyens d'union (bandages, agglutinatifs et sutures); cette description a été faite avec le talent qu'on lui connaît; mais l'*appréciation* comparative n'a été faite que d'une manière très générale, dans quatre conclusions terminales, fort judicieuses d'ailleurs. Si la description avait tenu la place de l'appréciation, *et vice versâ*, la composition de M. Lenoir aurait été extrêmement remarquable.

M. Nélaton.

Les travaux de M. Nélaton ne sont pas moins appréciés que ceux du précédent candidat. Son *Traité de pathologie chirurgicale* est déjà classique avant d'être achevé. Son habileté comme opérateur, sa sagacité et son exactitude comme observateur, sa prudence comme chirurgien ont été établies d'une manière incontestable dès son entrée dans la carrière chirurgicale.

M. Nélaton a dignement soutenu aujourd'hui sa brillante quoique jeune réputation. Il a parfaitement envisagé la question, et, après l'avoir nettement circonscrite, l'a attaquée de front en proclamant tout d'abord les propositions suivantes :

Pour qu'un moyen de réunion soit bon, il faut :

1° Qu'il maintienne exactement les lèvres de la plaie;

2° Que ce contact soit établi dans toute l'étendue de la surface saignante;

3° Qu'il ne soit point sujet à se déplacer;

4° Qu'il n'exerce sur les parties réunies aucune influence nuisible;

5° Enfin qu'il n'entrave pas le jeu des organes sur lesquels on l'applique.

Après avoir établi ces principes généraux, M. Nélaton passe à l'étude comparative des divers moyens de réunion, qu'il classe, d'après leur valeur relative, dans l'ordre suivant : la position, la compression, les bandages, les agglutinatifs et les sutures.

Position. — Elle peut suffire pour certaines plaies, mais elle constitue en général un simple adjuvant; exemple : la flexion de la tête dans les plaies transversales antérieures du cou, l'extension de la jambe à la suite d'une plaie en travers de la cuisse, etc.

Compression. — Elle est avantageuse dans quelques plaies anfractueuses et profondes; exemple : celles qui résultent de l'extirpation d'un ganglion axillaire.

Bandages. — Après une rapide indication, M. Nélaton analyse leur action, qu'il résume ainsi :

1° Ils gênent le jeu des organes;

2° Ils se déplacent facilement ou se relâchent;

3° Ils agissent peu ou point sur les parties profondes;

4° Ils entravent la circulation des parties sur lesquelles on les applique et nuisent par conséquent au travail de la cicatrisation.

Agglutinatifs. — Ils agissent presque uniquement sur la peau, qui transmet leur action aux parties profondes; si celles-ci adhèrent aux téguments, elles se rapprochent, mais d'une manière imparfaite; si elles n'adhèrent pas, elles restent à distance, et la peau qui les recouvre, glissant trop facilement sur elles, vient quelquefois se mettre en contact avec elle-même par sa surface épidermique. Ils affrontent donc imparfaitement les parties divisées et particulièrement les parties profondes. En outre, ils se déplacent facilement lorsqu'ils sont baignés par l'urine, le sang ou le pus (à l'exception toutefois du collodium). Enfin, il n'est pas rare qu'ils exercent une influence nuisible sur les parties; leur emploi doit être limité aux plaies superficielles.

Sutures. — L'analyse de leur mode d'action permet de les diviser en deux groupes. Les unes agissent sur la peau seulement; telles sont : la suture entrecoupée, la suture du pelletier, la suture à points passés, la suture à anse. Les autres agissent sur les parties profondes; celles-ci, au nombre de deux seulement, sont la suture entortillée et la suture enchevillée. Les premières sont passibles, en partie, des reproches adressés aux agglutinatifs, sur lesquels elles ont seulement l'avantage de ne pas se déplacer, de s'appliquer sur tous les points et de ne pas entraver le jeu des organes. Les secondes assurent aux deux lèvres de la plaie un contact exact et uniforme; elles ne se déplacent pas, ne gênent pas le jeu des organes, n'exercent pas d'action nuisible et satisfont, en un mot, à toutes les conditions exigées.

M. Nélaton n'a pas seulement eu le mérite de se renfermer rigoureusement dans la question; il a éclairé, par des exemples nombreux et parfaitement choisis, ce qu'aurait nécessairement eu de vague une appréciation générale; il a pu montrer ainsi combien il était familiarisé avec toutes les difficultés de la pratique, et mettre en évidence ses qualités les plus éminentes, celles du clinicien.

M. Richet.

Ce candidat n'est encore connu que par quelques succès de concours et par une monographie sur les tumeurs blanches, plus remarquable par l'exactitude et la richesse des descriptions que par la profondeur des vues et la sûreté du jugement.

Dans toutes les opérations de chirurgie, dit-il, on se propose l'un des quatre buts suivants :

Ou de diviser les parties (*diarrèse*);

Ou de remplacer un organe éliminé par un organe artificiel (*prothèse*);

Ou de retrancher une partie (*exérèse*);

Ou, enfin, de réunir des parties divisées (*synthèse*).

Il s'agit ici d'une question de synthèse.

Les moyens usités pour la réunion des parties divisées sont : la position, les bandages, les agglutinatifs et les sutures.

Ces divers moyens doivent être étudiés d'une manière générale, et relativement aux différents tissus.

1° Des moyens de réunion en général :

Position. — Elle constitue un moyen auxiliaire bon dans certaines plaies.

Bandages. — Ils rapprochent assez exactement les parties superficielles et profondes, sont très souvent utiles, et constituent un des meilleurs moyens d'union.

Agglutinatifs. — Ils agissent mieux sur les parties superficielles que sur les parties profondes, et jouissent d'une efficacité le plus souvent inférieure à celle des bandages.

Sutures. — Elles exercent une action fâcheuse sur les parties, les irritent, coupent les muscles, surtout lorsqu'ils ont été divisés en travers, et jouent le rôle de corps étrangers; bonnes quelquefois pour les plaies superficielles, elles doivent être rejetées pour les plaies profondes, et même dans le traitement des plaies de la cloison recto-vaginale.

2° Des moyens de réunion relativement aux tissus.

Dans cette seconde partie de sa dissertation, M. Richet s'est presque uniquement occupé des sutures, qui sont applicables, dit-il, à tous les tissus, excepté au tissu nerveux; à l'occasion des solutions de continuité des os, il parle des griffes imaginées par M. Malgaigne; puis, de l'application des sutures aux fibro-cartilages, revient à l'effet des sutures sur les muscles, et passe successivement en revue les principaux tissus.

Comme M. Nélaton, M. Richet a eu le mérite de bien saisir le sens de la question; mais il a été beaucoup moins heureux dans ses appréciations. Après être entré en matière d'une façon assez étrange en parlant de *diarrèse*, de prothèse, d'exérèse et de synthèse, il a d'abord assez nettement tracé son cadre, puis est devenu confus dans l'exécution; il s'est répété plusieurs fois, et pour ne pas juger toujours la seconde fois comme la première. Enfin, il a commis plusieurs erreurs chirurgicales en plaçant les bandages au-dessus de la suture enchevillée, en exagérant beaucoup les inconvénients des sutures en général, en leur faisant déchirer les muscles, etc.

Il y a eu aussi dans sa narration des négligences comme celle-ci : la suture entrecoupée doit être *préférée* quand on ne peut pas en appliquer une autre.

Néanmoins, M. Richet a fait preuve de connaissances étendues; chez lui, c'est moins la science que le jugement qui a fait défaut.

****

Souscription en faveur d'un confrère dans l'infortune.

M. d'Abancourt	20 fr.
M. H. Larrey	10
M. Beniqué	10
Sommes reçues précédemment	30
Total	70 fr.

Les offrandes confraternelles continuent à être reçues au bureau de la *Gazette des Hôpitaux* de 10 heures du matin à 5 heures du soir, et par mandats sur la poste ou sur une maison de banque de Paris.

M. le docteur Alquié, qui vient de remplir une mission à Rome, où il a surveillé l'installation du service militaire de santé, est de retour à Paris.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 29 NOVEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 139.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris.	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements .	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger . . .	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 28 NOVEMBRE 1849.

Séance de l'Académie de Médecine.

Election, Annuaire des eaux de la France.

Ainsi que nous l'avons prévu et annoncé, les six candidats portés sur la liste de présentation ont eu quelques voix au premier tour de scrutin; mais au second tour, les positions se sont nettement dessinées, et l'on a pu voir que la lutte allait se concentrer entre MM. Grisolle et Trousseau. En effet, au troisième tour, il y a eu ballottage entre ces deux candidats. Le premier a obtenu 52 suffrages, et le second 35, sur 87 votants. Cette belle majorité, belle surtout si l'on songe que la Faculté à peu près tout entière (16 à 18 voix), a, par devoir de corps, voté pour M. Trousseau, cette majorité fait le plus grand honneur à M. Grisolle; mais elle lui impose aussi des devoirs sérieux envers la science et envers l'Académie. M. Grisolle a tout ce qu'il faut pour les remplir; nous espérons, nous croyons être certain même qu'il ne faillira pas à sa mission.

Nous nous plaisons à faire remarquer l'honorable minorité de M. Michel Lévy, qui a obtenu 21 suffrages dès le premier tour de scrutin. C'est un heureux présage pour la prochaine vacance.

— M. Dumas a adressé à l'Académie une invitation qui prouve les bonnes intentions dont ce ministre est animé envers la science et la profession médicale. L'idée de publier un Annuaire des eaux de la France est heureuse. Si l'Académie et la Société d'agriculture la prennent au sérieux, elle pourra produire les meilleurs résultats. Voilà pour l'Académie de Médecine une nouvelle occasion de montrer ce qu'elle peut faire pour la science et le progrès de l'hygiène publique; qu'elle se garde bien de la laisser échapper.

— Outre cette intéressante lettre, l'Académie a reçu de M. le docteur Alibran, de Compiègne, une observation fort curieuse de corps étranger introduit dans le rectum. Nous la rapportons textuellement dans notre compte-rendu.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Piorry.

Contusion dans la région de la rate. — Fièvre intermittente.

(Observation recueillie par M. A.-H. MARGERIE.)

L'observation que nous allons rapporter offre un double intérêt par les particularités qu'elle renferme et par les conséquences qu'on en peut tirer relativement à la pathogénie des *fièvres intermittentes*.

Exertier (Louis), qui en fait le sujet, est un homme âgé de trente huit ans, d'un tempérament sanguin et d'une bonne santé habituelle. La coloration de sa peau, l'expression de sa physionomie ne présentent aucun des traits qui caractérisent la cachexie splénique. Cette dernière circonstance est importante à signaler. En effet, il y a huit ans, le malade a été atteint d'une fièvre intermittente paludéenne; il habitait depuis quelque temps un petit village du Piémont, au voisinage duquel existe un marais assez vaste; vainement le médecin de la localité le soumit à un traitement antiphlogistique très énergique, il ne recouvra la santé qu'après avoir quitté le pays et s'être servi pendant quelque temps d'une infusion très amère. Depuis cette époque jusqu'au moment de l'accident pour lequel il est entré à l'hôpital, il n'a pas ressenti la plus légère atteinte de son ancienne maladie.

Le 28 octobre dernier, en voulant atteindre un objet placé à une grande hauteur, il est tombé sur le côté gauche, et la partie de l'hypochondre qui correspond à la rate a porté contre l'angle d'une chaise avec une grande violence; il a immédiatement éprouvé une douleur des plus vives, douleur qui l'a contraint à l'immobilité pendant plus d'un quart d'heure; peu à peu il a retrouvé l'usage de ses forces et repris le cours de ses occupations ordinaires. Le côté gauche a continué d'être le siége d'un malaise très pénible, qui paraissait consister en un sentiment de pesanteur profondément situé; ce malaise augmentait avec les mouvements auxquels le malade était forcé de se livrer.

Le soir, vers dix heures, après quelques instants de repos au lit, un frisson général est venu se joindre à la douleur locale; il a duré une demi-heure environ, et a été remplacé, pendant un laps de temps à peu près égal, par une chaleur très intense à laquelle a succédé une transpiration légère.

On ne saurait s'empêcher de reconnaître ici les trois stades dont se compose un accès de fièvre intermittente; nous regrettons de n'avoir pu les observer nous-même, nous aurions pu ainsi les exposer avec des détails que les souvenirs confus et les réponses embarrassées du malade ne nous permettent pas de présenter comme des faits revêtus du caractère de la certitude. Quoi qu'il en soit, le lendemain, à la même heure, les mêmes phénomènes se sont reproduits avec la même forme et le même mode de succession.

Deux autres accès de fièvre intermittente ont suivi les premiers; le dernier a été plus marqué, et s'est manifesté à une heure moins avancée. On peut, jusqu'à un certain point, se rendre compte de cette particularité : le malade, qui, malgré la persistance de la douleur de côté, malgré les accidents qu'il éprouvait chaque soir, avait cru devoir continuer son travail et son genre de vie habituel, s'était vu forcé de faire une course longue et pénible. Le lendemain, 1er novembre, un état de malaise plus prononcé que de coutume, des frissons irréguliers, une tendance générale au refroidissement l'engagèrent à chercher les secours de l'art; il entra à l'hôpital dans le milieu de la journée, se coucha aussitôt, et passa la soirée et la nuit sans autre circonstance que la continuation de la douleur dans l'hypochondre gauche.

Le jour suivant, à la visite du matin, M. Piorry examina le malade : les téguments ne présentaient aucune trace de contusion; la souffrance dont se plaignait le malade avait son siége à l'intérieur; une exploration attentive démontra l'absence complète des signes qui caractérisent la fracture des côtes; le pouls était fort, mais non accéléré. La percussion avec le plessimètre permit de constater une augmentation remarquable du volume de la rate; la hauteur de cet organe, qui, comme on le sait, est représentée dans l'état normal par une ligne verticale de 7 centimètres 1/2 à 8 centimètres, dépassait 10 centimètres. Un fait non moins digne de remarque était la douleur que provoquait la percussion dans tout l'espace compris en dedans des limites fixées à l'aide du plessimètre.

Une saignée générale, une diète légère, le repos au lit produisirent une amélioration des plus satisfaisantes; on put facilement se convaincre que la rate avait sensiblement diminué de volume. Deux jours après, des sangsues furent appliquées sur la région splénique; dès ce moment, la douleur locale, qui seule avait survécu aux autres phénomènes, alla décroissant de jour en jour : de manière que, le 12 novembre, le malade put sortir de l'hôpital dans un état de santé parfaite. La rate était revenue à ses dimensions normales.

A quelle cause doivent être rattachés les phénomènes de fièvre intermittente dont nous avons parlé? Ce n'est point à l'action d'un miasme quelconque, nous avons eu soin de nous assurer que le malade avait une habitation saine, bien aérée, et que des fièvres intermittentes ne régnaient point dans le voisinage; ce n'est point non plus à la fièvre paludéenne dont il a été atteint en Piémont; établir un rapport de cause à effet entre deux faits séparés par huit ans d'intervalle serait, en pareille circonstance, dépasser les bornes de la vraisemblance. Il nous paraît bien plus simple d'attribuer à la lésion de la rate dont a été suivie la contusion l'appareil symptomatique que nous avons observé. Quelle était la nature de cette lésion? C'est là à nos yeux un fait secondaire, et le lecteur en sera convaincu s'il veut bien réfléchir qu'il ne pouvait y avoir de doute qu'entre une *splénite* et une *splénémie*, et que nous avons principalement en vue de confirmer par une observation nouvelle la loi générale suivante : *Les lésions de la rate et des plexus nerveux qui lui correspondent sont le point de départ des fièvres intermittentes.*

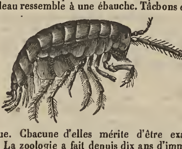
FEUILLETON.

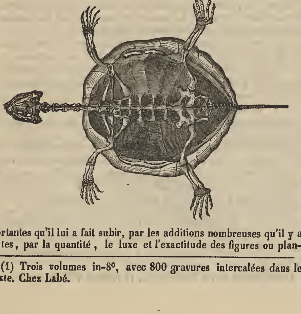
BIBLIOGRAPHIE.

Eléments d'histoire naturelle médicale; par M. Ach. Richard, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Quatrième édition (1).

Si le livre de M. Richard n'était qu'une réimpression, nous pourrions presque nous abstenir d'en parler, et il nous suffirait de dire qu'il faut qu'un livre soit devenu éminemment classique, et que son mérite soit bien universellement reconnu pour qu'il soit en peu d'années parvenu à sa quatrième édition. Mais il n'en est pas ainsi de l'ouvrage dont nous allons parler aujourd'hui. Par les modifications importantes qu'il lui a fait subir, par les additions nombreuses qu'il y a faites, par la quantité, le luxe et l'exactitude des figures ou planches qu'il y a jointes, M. Richard a fait de son histoire naturelle un nouveau livre qui ressemble aux premières éditions comme un tableau ressemble à une ébauche. Tâchons de faire comprendre en peu de mots la valeur et l'étendue de ces changements.









Les *Eléments d'histoire naturelle* sont divisés en deux parties, zoologie et botanique. Chacune d'elles mérite d'être examinée séparément.

La zoologie a fait depuis dix ans d'immenses progrès. Les travaux entrepris sur l'organisation des animaux inférieurs, sur ceux dont la structure paraissait si simple parce qu'on ne la connaissait pas encore, ont montré que les différents appareils organiques essentiels à la vie éprouvent des dégradations successives, à partir de l'homme et des animaux qui s'en rapprochent le plus par leur organisation. Mais ces changements se font d'une manière insensible. Un organe important, au lieu de disparaître tout à coup dans une classe du règne animal, perd peu à peu les parties accessoires qui le compliquaient, et se réduit bientôt à la seule partie qui le constitue réellement. C'est surtout depuis que l'on a généralisé l'emploi du microscope que l'on est parvenu à découvrir dans une foule d'animaux des organes dont on ne soupçonnait pas même l'existence, et à reconnaître l'organisation intime de parties dont on ne connaissait que la forme extérieure.

C'est en mettant à profit toutes ces découvertes récentes que M. Richard est arrivé à modifier, à compléter les caractères des différentes classes, des ordres, des familles, des genres dont il est question dans son livre; mais il insiste sur ce point, qu'il n'a point eu dessein de faire un *traité complet* de zoologie, où toutes les parties de cette science immense fussent étudiées en détail. Donner à ceux qui se destinent à l'art de guérir des notions exactes et précises sur les points principaux de l'organisation animale, en partant de l'homme, et descendant successivement dans les classes inférieures; puiser dans cette connaissance de l'organisation les bases de la classification des animaux; étudier les caractères des classes, ordres et familles, et dans chacun de ces groupes, faire connaître avec plus de détails les animaux utiles ou nuisibles à l'homme, ceux qui fournissent des aliments, des médicaments ou des poisons : tel est le cadre dans lequel l'auteur a cru devoir, et nous l'approuvons, renfermer l'ensemble des faits réunis dans son premier volume.

De nombreuses figures intercalées dans le texte représentent, les unes des détails d'anatomie comparée, les autres, l'aspect extérieur d'un grand nombre d'animaux. Faire l'éloge de ces figures serait superflu. Nos lecteurs

(1) Trois volumes in-8o, avec 800 gravures intercalées dans le texte. Chez Labé.

Nous n'avons pas besoin de faire ressortir l'impuissance absolue dans un cas, l'efficacité complète dans l'autre du même traitement, le traitement antiphlogistique, dirigé contre un ensemble de symptômes qui, isolés ici de leur cause organique, constitueraient nécessairement, dans deux circonstances différentes, une seule et unique affection, la fièvre intermittente des auteurs.

HOPITAL BEAUJON.

Du strabisme droit ou direct.

Par M. Lucien CORVISART.

(Suite du nº précédent.)

Obs. II. — *Paralysie du droit externe et strabisme direct de l'œil droit. Paralysie du droit supérieur et strabisme direct de l'œil gauche. Strabisme vrai ascendant de l'œil droit.*

Le 7 mars 1849, la nommée Zuléma Meunier, âgée de quatorze ans et demi, couturière, est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, nº 378, service de M. Huguier.

Cette jeune fille est d'une constitution moyenne; ses cheveux sont châtain-clair, ses yeux gris-bleu, ses cils longs; sa peau un peu brune, un peu fine; son système veineux un peu apparent.

De cinq enfants, elle seule est strabique; son père et sa mère n'ont jamais eu mal aux yeux et voient très droit. Une cousine de la malade a été strabique; opérée à Paris il y a plusieurs années, l'opération ne l'a pas guérie.

L'hygiène de la jeune malade a toujours été bonne, dit-elle, sous tous les rapports: travail, nourriture, habitation, etc., etc. Elle couche depuis plus de quatre ans dans une chambre dont la fenêtre était toujours à sa gauche ou plutôt derrière elle, car elle a l'habitude constante de dormir sur le côté droit. Chez sa maîtresse couturière, il n'y avait point de fenêtre à sa droite et en haut; jamais elle n'a imité personne atteint de strabisme; ni cherché à fixer des objets très lumineux.

Jamais la jeune malade, avant l'apparition de sa maladie, n'avait eu mal aux yeux; elle voyait très clair de chacun d'eux et n'était point myope.

Avant son strabisme, elle assure qu'elle voyait également bien des deux yeux; jamais elle n'a eu de mal, eczéma, etc., au pourtour du nez et des lèvres; elle a bien eu quelquefois quelques glandes au cou, mais qui disparaissaient vite et qui vinrent rarement.

Avant sa maladie et dès son début, la jeune fille n'était point sujette à la céphalalgie; jamais elle n'avait eu aucune affection cérébrale; jamais elle n'a eu de rhumatismes, ni de névralgies. Sa santé générale a toujours été bonne. Les règles viennent bien, les digestions sont bonnes, faciles; la malade n'a point et n'a jamais eu de vers.

Avant l'âge de treize ans, elle ne travaillait jamais le soir. En 1838, elle entra en apprentissage et travaillait à tailler et coudre, mais seulement pendant le jour; alors, dit-elle, je baissais la tête, et, quand ma maîtresse, dont j'avais peur, pouvait me gronder, je regardais en dessous, c'est-à-dire la tête baissée, les yeux relevés; peut-être avais je tort et cela a-t-il amené ma maladie. Il y a huit mois, elle s'aperçut qu'elle voyait moins distinctement les objets; en même temps, son œil droit se tournait un peu plus en haut que le gauche. Ces phénomènes augmentèrent insensiblement d'intensité; pour voir plus distinctement, la jeune fille était obligée de baisser la tête, de regarder en dessous, comme elle dit; alors elle voyait un peu plus distinctement, elle ne voyait point double.

Il y a quatre mois, le strabisme augmenta plus rapidement; il y a quatre mois environ aussi, la jeune fille se menstrua, mais elle ne sait dire si l'augmentation de sa maladie vint avant, pendant ou après ses règles; d'ailleurs cette augmentation fut loin d'être instantanée; elle vint peu à peu, mais avec plus de rapidité qu'auparavant. Avant l'établissement des règles, la jeune fille eut de violents maux de tête, un sentiment pénible à la nuque, une fatigue très rapide des yeux. A cette époque, l'œil gauche était fermé; l'œil droit voyait plus confusément que l'autre les objets au premier abord; mais, avec un peu d'attention et de temps, tout s'éclaircissait, et la vue était aussi distincte que de l'autre œil; la malade en a fait l'expérience.

En même temps que le strabisme augmenta, la jeune fille commença à voir double; d'abord il lui suffisait alors d'abaisser la tête pour faire disparaître la diplopie, mais la vue simple était plus confuse; la malade ne gagnait pas à ce manége, et craignant aussi d'augmenter sa diplopie, elle y renonça. Ayant essayé dans ces derniers temps de le répéter, la vision restait double. Les émotions n'augmentaient pas le strabisme.

Jusqu'à présent on n'a fait aucune espèce de traitement.

Examen des organes visuels. — Lorsque la malade regarde en face, la tête est complétement droite; la pupille de l'œil droit est dirigée directement en avant à la hauteur de l'objet; la pupille de l'œil gauche est dirigée presque directement en haut, elle n'est dirigée en dehors que d'une manière presque insensible; la cornée en partie recouverte par la paupière supérieure, les deux globes oculaires sont égaux; les deux pupilles sont également mobiles et ouvertes dans les mêmes conditions; les iris de chaque côté paraissent semblables et semblablement implantés, ils se dilatent également; cependant celui du côté droit est un peu plus dilaté que celui de gauche; les cornées sont claires et sans taches, les parties internes de chaque œil semblables et les humeurs transparentes; les orbites sont bien conformées.

Première expérience. — Mettant la main à une distance de 1 mètre 35 cent. des pieds de la malade:

1º Les deux paupières supérieures sont également abaissées et les ouvertures qu'elles forment avec les inférieures sont égales.

2º Les deux pupilles sont également abaissées vers l'objet et aussi sensiblement parallèles que chez une personne saine regardant à la même distance.

3º La malade voit l'objet simple, sans trouble néanmoins, elle le voit d'autant plus distinctement qu'en suivant la ligne oblique allant de ses yeux à la position première de l'objet, on le rapproche plus. J'ai négligé de mesurer la distance à laquelle, dans cette position, la malade voyait le plus distinctement.

Deuxième expérience. — Mettant le même objet, la tête étant droite, à 1 mètre 35 cent. des yeux, mais juste au niveau de ceux-ci:

1º Les paupières sont également ouvertes, les ouvertures égales.

2º Les deux pupilles ont perdu le rapport qu'elles avaient dans l'expérience précédente.

A. L'axe de la pupille du côté gauche est aussi perpendiculaire à l'objet que chez une personne saine.

B. L'axe de la pupille du côté droit est dirigé très fortement de bas en haut presqu'insensiblement en dehors; la paupière supérieure recouvre près du quart supérieur de la circonférence de l'iris.

3º La vue des objets est toute différente suivant la distance.

A. A 1 mètre 35 cent. la malade voit deux objets assez clairs. L'une des images, située à peu près en face d'elle, est claire; située un peu plus haut, un peu plus rapprochée que celle d'en face, toutes deux sont droites. De 1 mètre 35 cent. à 94 cent., il en est toujours ainsi.

B. En rapprochant quand ma main est arrivée à 93 ou 90 centimètres, tout à coup la diplopie cesse; la malade ne voit plus qu'un seul objet, mais elle le voit trouble.

C. En avançant plus près que 90 cent., la diplopie reparaît; la malade revoit les deux objets, mais elle les voit plus clairement que lorsqu'ils étaient à 1 mètre 35 cent.

A. A une distance plus grande (8 mètres) je m'assure que la malade voit toujours double; celle-ci m'assure que de son lit, si elle pouvait voir la grille de l'hôpital, distante à peu près de 30 à 35 mètres, elle la verrait simple tout d'abord, mais pour peu qu'elle veuille la fixer pour la voir plus distinctement elle la verrait double.

4º La vue ne se fatigue pas.

Toutes les expériences ont été faites en rapprochant l'objet suivant une ligne horizontale et perpendiculaire au corps de la malade.

Troisième expérience. — Le même objet est porté à 30 centimètres au dessus de l'endroit où il était dans l'expérience précédente; mais du reste, dans les mêmes rapports, la tête étant droite et sans tourner autour de son axe, on observe ce qui suit:

1º Les deux paupières sont également relevées.

2º Les deux pupilles restent encore à peu près dans les mêmes rapports qu'elles étaient dans l'expérience précédente. En effet:

A. L'axe de la pupille gauche reste ce qu'il était, c'est-à-dire horizontal et parallèle au sol; il ne peut être porté plus haut, malgré les efforts de la malade.

B. L'axe de la pupille droite n'a changé de rapport avec ce qu'il était dans l'expérience précédente qu'en ce qu'il est un peu plus dirigé en haut, et que la paupière recouvre près d'un tiers de la pupille.

3º L'objet est simple, double, comme s'il y avait un nuage épais au-devant de lui.

4º Cette position est très pénible et fatigue beaucoup les yeux de la malade; elle sent, dit-elle, comme un tiraillement en haut dans l'œil gauche.

Quatrième expérience. — La tête de la malade restant toujours dans la même position que précédemment, l'objet est remis à la hauteur des yeux et à la même distance; mais il est porté à 55 centimètres à gauche.

1º Les deux paupières sont semblables.

2º Les deux pupilles marchent à peu près ensemble, l'axe de la gauche se dirige bien en dehors, l'axe de la droite bien en dedans; elle est alors moins en haut, mais cependant sur un plan horizontal différent de celui de l'œil gauche.

3º L'image est double, chacune d'elles est trouble. (Je regrette de n'avoir pas mesuré les distances et vu si l'objet devenait simple plus loin ou plus près, comme dans l'expérience deuxième.)

4º Cette position est fatigante.

Cinquième expérience. — La tête est comme précédemment, l'objet est situé de la même main à droite.

1º Les deux paupières sont semblables.

2º Les deux pupilles ne marchent point ensemble, l'axe de la pupille gauche se dirige en dedans et vers l'objet; l'axe de la pupille droite ne bouge pas; l'œil reste dans la position où il était quand la malade regardait en face.

3º La malade voit l'objet simple, très clair; si on l'éloigne plus, elle ne voit plus rien, le nez empêche la vision de l'œil mobile.

4 Cette position fatigue la malade; elle sent comme un tiraillement en dehors de l'œil droit.

Sixième expérience. — J'ai négligé toutes les positions intermédiaires aux précédentes; je n'ai observé que la suivante. Je posai sur le lit de la malade couchée mon carton, et j'écrivais; elle me dit qu'elle voyait cet objet double et trouble. La tête de la malade était droite, à une distance à peu près d'un mètre 35 centimètres.

Septième expérience. — La malade ayant la tête inclinée sur l'épaule gauche d'abord, puis sur l'épaule droite ensuite, je lui présentai à 1 mètre 35 centimètres une plume tenue verticalement; elle la voit toujours double et perpendiculaire.

Huitième expérience. — La main couvre l'œil droit. La pupille, suivant la place où on met l'objet, se dirige bien en dedans, en dehors, en bas; mais elle ne peut être dirigée en haut. L'image dans les trois premières positions est très nette, très claire; simple dans la quatrième, elle se fait encore, mais moins nette, confuse, quand on n'élève pas trop l'objet, sinon il disparaît; en outre, cette dernière position fatigue beaucoup la malade.

Neuvième expérience. — La main couvre l'œil gauche. L'objet est présenté en bas, en haut, en dedans, et la pupille se dirige bien vers lui. Dans ces positions l'image est distincte, mais moins qu'elle ne l'est dans l'œil gauche, quand celui-ci seul est ouvert. L'image est simple quand on présente l'objet en dehors, l'axe de la pupille se dirige directement en avant, mais elle y reste et ne peut se diriger en dehors; l'image n'est point perçue; les efforts que fait la malade pour tourner son œil la fatiguent.

Quand on présente les objets à la malade sans lui recommander la rectitude de la tête, elle supplée par les mouvements de celle-ci aux mouvements des yeux.

Dans nul des mouvements de l'œil, quelle que soit l'expérience, la contraction des muscles ne se fait par saccades.

De plus nombreuses expériences n'ont pu être tentées, parce qu'il a fallu céder au désir de la malade d'être opérée immédiatement.

Le 11 août, M. Huguier fait respirer le chloroforme à la jeune fille, couchée sur le lit à opération, la tête modérément élevée.

Après sept ou huit larges inspirations, l'insensibilité devient complète; le chirurgien, placé du côté droit de la malade, fait relever la paupière supérieure, fixer l'œil, soulève et coupe avec les ciseaux une portion de la conjonctive et opère la section complète du tendon du droit supérieur.

Immédiatement après l'opération, on fait regarder la malade en face; la pupille du côté droit est encore située un peu plus haut que celle du côté gauche; il y a encore de la diplopie. L'élévation de l'œil non opéré est toujours impossible; on s'abstient de toute autre manœuvre.

Deux heures après l'opération, je reviens voir la petite ma

---

pourront en juger eux-mêmes par les deux spécimens que nous leur faisons passer sous les yeux, et qui, pris au hasard au milieu de 350 qui ne laissent que l'embarras du choix, représentent, l'une le squelette de la tortue commune, l'autre le talytre, petit crustacé de l'ordre des amphipodes.

Le nombre des médicaments fournis par le règne végétal l'emportant de beaucoup sur celui que nous empruntons aux animaux, la botanique médicale devait occuper un bien plus grand espace, et comportait de plus grands développements. Aussi l'auteur n'y a-t-il pas consacré moins de deux volumes. Et cependant il faudrait se garder de penser, comme on serait tenté de le faire tout d'abord, que M. Richard ait eu en vue de faire ici un traité complet de botanique. Il aurait manqué le but qu'il voulait atteindre. Il a donc dû, ici encore, élaguer les détails trop minutieux, nécessaires dans les ouvrages destinés à embrasser l'ensemble de la science, à faire connaître des faits nouveaux, ou à éclairer quelque point de doctrine fondamentale, mais superflus lorsqu'il ne s'agit que de tracer avec exactitude et fidélité la physionomie propre à un petit nombre de végétaux déjà connus.

L'ordre suivi par l'auteur dans cette partie de son livre est la disposition des végétaux par groupes ou familles naturelles, disposition dont nous n'avons pas besoin de faire ressortir les avantages, si l'on réfléchit que les végétaux qui se trouvent rapprochés et réunis par l'analogie de leurs formes extérieures et de leur structure interne jouissent, *généralement*, de propriétés médicales analogues et quelquefois entièrement semblables. Nous disons généralement, parce que dans certains cas rares il est des groupes composés de végétaux dont l'organisation est analogue, et dont les propriétés médicinales sont séparées par des différences extrêmement tranchées.

Un mot sur la marche suivie par l'auteur dans l'exécution de son plan. Après avoir tracé d'une manière générale les caractères botaniques propres à une famille naturelle de plantes, et avoir indiqué en quoi elle se rapproche, en quoi elle se distingue de celles qui l'avoisinent, M. Richard donne successivement les caractères génériques et la description de toutes les plantes de cette famille qui intéressent la médecine, comme médicament, comme poison, comme aliment. Aux noms français et latin de chaque espèce est ajoutée, autant que possible, la citation d'une figure choisie dans l'atlas d'un des plus habiles iconographes botanistes.

La plante une fois bien connue, il faut la considérer sous le rapport médical. L'auteur commence par décrire la partie de cette plante qui est employée en médecine, telle qu'elle est livrée par le commerce, avec ses variétés, leurs caractères distinctifs, leur analyse chimique. Puis viennent l'action immédiate exercée par chaque substance sur l'économie animale; les changements que cette action détermine dans les différents organes et les fonctions qui en dépendent, les circonstances où l'emploi de ce médicament a été conseillé; enfin, les préparations qu'on lui a fait subir et les doses auxquelles on le prescrit. Sous ce dernier point de vue, nous croyons faire l'éloge du livre en disant qu'il renferme, avec l'histoire botanique de chaque plante médicamenteuse, les éléments d'un excellent formulaire.

Inutile d'ajouter que M. Richard a su, avec une rare sagacité, faire la part de la vérité, et battre en brèche ces croyances populaires qui attribuent à des plantes d'une insignifiance complète les propriétés médicales les plus ridicules et les plus extraordinaires.

Les deux figures du seigle ergoté et de la fougère mâle, que nous donnons ici comme spécimen des planches des deux volumes de botanique, prouveront à nos lecteurs que l'exécution matérielle est digne en tous points et de l'œuvre et de l'auteur.

Mais, après l'éloge mérité que nous venons de faire des *Eléments d'histoire naturelle médicale*, M. Richard nous pardonnera un mot de critique et un petit reproche que nous croyons de notre devoir de lui adresser. Il dit dans son introduction: L'histoire naturelle se divise en trois branches, la zoologie, la botanique, la minéralogie. Nous conviendrons facilement que cette dernière branche importe moins que les autres au médecin, auquel l'étude de la chimie les a fait connaître déjà. Mais ce ne nous semble pas être là une raison suffisante pour justifier l'absence complète de toute notion de minéralogie dans son livre. Sous ce rapport, la troisième édition, qui contenait un volume entier de minéralogie, était plus complète. Peut être des intérêts de librairie ont-ils seuls été cause de cette suppression, du moins nous le pensons. Mais, à nos yeux, cette raison n'est pas péremptoire. Et d'ailleurs l'auteur avait peut-être un moyen de résoudre la difficulté en publiant, sous forme d'un volume supplémentaire et entièrement distinct, un traité abrégé de minéralogie, qui aurait été d'autant plus utile que les ouvrages élémentaires bien faits de minéralogie sont rares. C'est là, du reste, une lacune facile à combler, et nous serions heureux si le conseil que nous lui donnons ici déterminait M. Richard à entreprendre ce volume complémentaire, auquel nous prédisons le même succès qu'à ceux dont nous venons de rendre compte.

Dr A. FOUCART.

lade, qui est triste et répond à peine; la faisant regarder en face, l'œil opéré, au lieu d'être encore un peu plus élevé comme précédemment, est, au contraire, dirigé plus en bas que l'œil non opéré. La malade voit encore un peu double, c'est-à-dire que les deux images sont plus rapprochées, plus confondues.

Le soir, la petite malade a un peu de fièvre.

Le 12, les deux yeux sont à peu près parallèles; dans le regard en face, la diplopie a presque complétement cessé; on applique pendant la journée des compresses d'eau froide sur l'œil, rendu un peu douloureux par les mouvements. — Deux bouillons, 2 potages.

Le 13, même état; ni fièvre ni douleur dans l'œil opéré. Un bandeau est étendu sur les deux yeux; mais, flottant en bas, il ne permet à la malade que de regarder dans ce sens. — Une portion.

Le 15, on lui met des louchettes percées, au milieu, de deux petits trous; mais le soir on les retire, car l'œil droit est redevenu plus élevé que le gauche dans la vision en face, et la diplopie a reparu. On revient au bandeau.

Le 21, l'expérience 1 est répétée; la malade voit clair, simple.

L'expérience 2 fait constater que la diplopie a cessé complétement; quelle que soit la distance, les pupilles sont dans le rapport où elles sont chez une personne saine.

Dans l'expérience 3, la pupille gauche reste au milieu de l'orbite comme avant l'opération; la pupille de l'œil droit s'élève plus qu'elle; l'objet est simple, mais assez clair, tandis qu'avant l'opération il était trouble.

Il y a aussi quelque chose de changé dans l'expérience 4. C'est que les deux axes sont tout à fait sur le même plan horizontal; que l'objet, au lieu d'être double et trouble, est simple et clair; il n'y a point de fatigue.

L'expérience 5 est à peu près semblable; aujourd'hui, cependant, il semble qu'il y ait un très léger déplacement de l'œil droit dans le sens de l'abduction.

L'expérience 8 montre la même impossibilité d'élévation de l'œil droit.

L'expérience 9 montre, comme la 5ᵉ, une très légère abduction de l'œil droit; mais l'image, qui se forme bien dans les autres positions, n'est plus obscure, elle est très claire.

Je donne à lire des deux yeux des lettres de 2 millimètres de hauteur; la malade les épèle couramment à 50 centimètres, mais elle le fait avec la plus grande facilité à 25 centimètres. A 50 centimètres de l'œil droit, le gauche étant fermé, la malade voit aussi bien les lettres qu'avec l'œil gauche, le droit étant fermé; il en est de même à 25 centimètres; bien plus, la malade ne voit plus de différence en regardant des deux yeux ou d'un œil, quel que soit cet œil.

Nous n'avons pas à nous occuper en lui-même du strabisme ascendant de l'œil droit, qui par la rétraction de l'élévateur rentre complétement dans le *strabisme vrai*; mais nous serons obligé de le faire entrer en ligne de compte à propos de l'étiologie et de la curation du strabisme *direct*.

Nous avons vu, par l'exemple du fait de Boyer, que le strabisme direct pouvait reconnaître pour cause la paralysie ou absence de contraction du muscle adducteur. Dans la deuxième observation, il est constaté d'abord que le strabisme direct, c'est-à-dire sans aucune *déviation*, existe d'une manière rigoureuse, et de plus, qu'il peut être causé par une paralysie du muscle abducteur.

Dans les deux cas, les mouvements coordonnés des deux yeux se faisaient bien dans le sens où la contraction du muscle inerte n'avait pas besoin de se faire.

Il y a une complication dans cette deuxième observation. Les deux yeux redevenaient bien parallèles dans la vision à gauche (*voy.* expér. 4); mais la contraction morbide de l'élévateur du côté droit, quoique un peu vaincue par celle normale de l'adducteur, maintenait toujours l'axe de l'œil de ce côté un peu plus élevé que celui du côté gauche: aussi y avait-il image double et trouble. Mais dès que l'opération du strabisme pratiquée sur cet élévateur l'eût réduit à une impuissance complète, la malade, ayant alors les deux axes visuels sur un même plan, vit les objets simples et clairs avec les deux yeux (expl. 4) tout aussi bien que le malade de Boyer, qui n'avait qu'un strabisme direct sans complication, voyait les objets clairs et simples quand on les portait du côté opposé à la paralysie.

Obs. III. — Vergaghe rapporte que, chez un de ses opérés, le mouvement de l'œil vers le côté interne est impossible; l'œil opéré reste dans une position droite, tandis que l'autre roule en dehors, ce qui produit un effet bizarre. (*Op. cit.*, p. 50.)

C'est un second exemple de paralysie de l'adducteur à rapprocher de celui de l'auteur du *Traité des Maladies chirurgicales*.

Notre deuxième observation nous offre aussi un exemple de strabisme direct par paralysie de l'élévateur (côté gauche). Aujourd'hui que la malade est opérée de son strabisme vrai ascendant du côté droit, ce strabisme direct se montre dans tout son jour, parce que la contraction du muscle élévateur droit, qui était morbide, est devenue normale. Quand on présente un objet à regarder en haut, l'œil droit, qui se portait trop en haut, s'y porte convenablement; l'œil gauche reste immobile au milieu de l'orbite.

Nous n'avons trouvé dans les auteurs, ni observé de strabisme direct par paralysie de l'abaisseur; il est probable qu'on l'observera, ainsi que celui par paralysie d'un des muscles obliques. Dans Morgagni se trouve peut-être un exemple du strabisme direct (*Epist. anat. med.*, p. 13).

Obs. IV. — Un prêtre noble éprouvait une espèce de diplopie fort remarquable; lorsqu'il baissait les yeux pour lire, les lettres lui paraissaient toutes placées en croix les unes sur les autres. Cette confusion cessait dès qu'il fermait un œil, ou qu'il élevait le livre à la même hauteur ou plus haut que ses yeux; il restait cependant quelque trouble si le livre était placé en même temps à gauche.

Nous regrettons que la direction des axes de chacun des yeux n'ait point été indiquée; on ne saurait rien affirmer ici.

Par les seuls exemples que nous avons trouvés, nous avons vu qu'un muscle de l'œil peut être privé de mouvement volontaire sans que l'antagoniste l'emporte, que chacun de ces deux muscles (droit supérieur et droit inférieur, par exemple), soit animé par un même nerf (moteur commun), ou que chacun des deux (droit interne et droit externe) soit animé par deux nerfs différents (moteur commun, moteur externe).

La chose est aussi facile dans l'un que dans l'autre cas.

A. Bérard, dans son excellent article Strabisme du *Dictionnaire de Médecine*, dit: « La prédominance d'action a lieu difficilement lorsque les deux muscles opposés reçoivent leurs filets d'une même source; elle est au contraire plus facile à comprendre lorsque les deux muscles reçoivent des nerfs différents. »

Nous craignons que A. Bérard ne sacrifie trop à l'école anatomique pour laquelle le lien apparent de naissance de deux nerfs a une si grande importance. Le moteur externe, quoique isolé matériellement, doit être considéré physiologiquement comme une vraie branche du moteur commun.

La volonté agit aussi facilement, aussi promptement, également, en un mot, sur eux; malgré leur éloignement, elle n'a nulle peine à les trouver.

Dans le cas de division comme de réunion des deux nerfs, nous comprenons aussi bien l'influence de la volonté suivie d'effet, ou plutôt aussi peu.

On a vu dans la deuxième observation une grande différence entre les deux strabismes: l'un strabisme vrai avec contraction de l'élévateur; l'autre, strabisme direct. Du côté gauche, par paralysie de l'élévateur; du côté droit, par paralysie de l'abducteur. Cette différence est capitale; elle est tirée de la manière dont se comporte chaque œil isolément.

Le strabisme direct persistait, quoi qu'on fît, aussi bien quand on laissait les deux yeux ouverts que lorsque l'autre œil était fermé; la paralysie était la même; le strabisme était toujours caractérisé.

Quand on fermait l'œil gauche, au contraire, l'œil droit affecté du strabisme vrai ascendant se redressait. Toute trace du strabisme vrai disparaissait.

Ce caractère était distinctif du strabisme direct et du strabisme vrai non fixe.

(*La fin à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 novembre 1849. — Présidence de M. Velpeau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance officielle comprend deux lettres du ministre de l'agriculture et du commerce; l'une avec envoi d'un mémoire de M. Marie, médecin des épidémies de l'arrondissement de Mende, sur une épidémie de fièvre catarrhale bronchique qui a régné dans la commune de Méjols. La seconde lettre invite l'Académie à publier, dans l'intérêt de l'agriculture et de la médecine pratique, un annuaire des eaux de la France donnant la composition de ces eaux telle qu'on la connaît aujourd'hui; eaux des fleuves, rivières, sources, lacs et étangs salés, des mers de notre littoral; enfin, des boues et eaux minérales. Le ministre désire que l'Académie s'applique à mettre en lumière tous les principes de nature à éclairer l'opinion sur ces matières. (Commissaires: MM. Orfila, Chevallier, Patissier, Henry et Boutron.)

— La correspondance manuscrite se compose des communications suivantes:

Bibliographie.

M. Daremberg rend compte des premiers résultats de sa mission médico-littéraire. Ce savant bibliophile a déjà trouvé plusieurs manuscrits qui feront mieux connaître les doctrines de quelques auteurs anciens du moyen âge.

Choléra.

M. Bouyer, médecin à Saint-Étienne-de-Furzac (Creuse), envoie un mémoire sur quelques formes de choléra observées dans la Creuse et dans la Haute-Vienne.

Corps étranger dans le rectum.

M. Alibran, médecin-adjoint de l'Hôtel-Dieu de Compiègne, envoie la note suivante:

Le 15 juillet 1848, le nommé ..... se présente à l'Hôtel-Dieu de Compiègne; il accusait des coliques vives, une douleur à la pression dans le flanc gauche; sa langue était recouverte d'un enduit saburral épais; son pouls misérable, ses traits exprimaient la souffrance. Il fut admis et placé dans le service de médecine.

Diète; boissons délayantes; cataplasmes sur le ventre; lavements anodins; potion antispasmodique, tels furent les moyens prescrits par le docteur Stockly, et les symptômes continuèrent les mêmes, malgré la persistance de cette médication pendant plusieurs jours. Enfin, vaincu par le mal, il fit demander le médecin, et voici en substance ce qu'il lui raconta:

C'était le lendemain des journées de juin; j'étais à Saint-Denis, en compagnie d'insurgés; ils avaient beaucoup d'or; on but; on me fit boire surtout, et je pense qu'ils ajoutèrent quelque chose à mon breuvage; je tombai ivre sous la table, et le matin, en m'éveillant, je me sentis pressé par un vif besoin d'aller à la selle; j'y fus, et je ne rendis rien, bien que les épreuves fussent fortes. Depuis cette époque je ne vais à la selle que par petites quantités, souvent et toujours liquides; enfin, ces jours derniers ayant touché du doigt, j'ai senti un morceau de bois dans mon corps. Ce sont les insurgés qui, pendant le sommeil, m'auront joué ce mauvais tour.

Cela dit, et le corps étranger constaté, on transporta cet homme dans le service de chirurgie, où, pendant quatre à cinq jours, il fut soumis à des tentatives nombreuses d'extraction, mais sans succès.

Je fus convoqué, troisième, et mon avis fut de chercher un enfant assez résolu pour aller, avec sa petite main, saisir le corps étranger et l'amener au dehors.

Pendant que je donnais ce conseil, j'avais l'indicateur droit en reconnaissance dans l'anus, et tout en parlant j'étais surpris de sa largeur. J'y mis le médius avec l'index, puis un troisième, puis un quatrième doigt; enfin ma main (et je l'ai faible) s'y précipita tout entière avec une extrême facilité; et, à notre grande surprise, je saisis à pleine main, et solidement, le corps étranger; mais quand j'allais pour franchir l'ouverture, une constriction subite du releveur et un mouvement antipéristaltique me l'arrachèrent, et il fut emporté dans les profondeurs.

Je me hasardai prudemment à sa recherche, et je pus arriver jusqu'à l'épigastre, où je le trouvai engagé dans le colon transverse; je le saisis, et le ramenai facilement au point de départ; il était même chassé avec ma main.

J'essayai de nouveau la sortie; même obstacle, même effort, même enlèvement, quoi que je fisse, et de temps en temps une contraction survenait qui appliquait et serrait ma main sur le corps étranger, à la façon de la matrice pendant le part et avec autant de force. Je ne tentai pas un troisième effort; mais le corps étranger ressaisi et ramené à l'ouverture de l'anus, je le tins immobile, et de l'autre main, m'armant de pinces à dents préparées adroitement, j'allai, avec l'extrémité et avec précaution, saisir le corps, et pour m'assurer que je n'avais pris entre elles et lui aucune portion d'intestin, je lui fis exécuter plusieurs mouvements de rotation sur son axe, comme il est d'indication dans l'enlèvement des calculs vésicaux avec la tenette. Cela fait, je retirai ma main, et le corps étranger suivit.

Il avait 22 centimètres de long sur 7 de diamètre; il était arrondi à son extrémité, et coupé en rose à l'autre bout. Qu'on juge de notre surprise. Mais le premier mouvement passé, je mis en doute, je niai même l'histoire racontée par cet homme. Je fis remarquer à mes confrères la manière dont était façonné le morceau de bois, le soin qu'on avait mis à l'arrondir du bout où il présentait mille petites facettes taillées avec art et régulièrement. Ce n'était évidemment pas là l'œuvre de gens échauffés par le vin, et qui mettent, dans l'exécution d'une plaisante méchanceté, toute la précipitation possible. Cet outil servait à l'usage d'une passion déréglée, et on l'avait façonné, j'oserai dire avec délices. D'ailleurs, comment expliquer cette largeur anormale de l'anus, la facilité avec laquelle ma main l'avait franchi.

Ces réflexions attirèrent notre attention sur les organes génitaux. Le prépuce était déchiré, et dans un grand état de relâchement; le méat urinaire démesurément élargi et comme fendu. Evidemment ce malheureux en était arrivé à ce degré d'insensibilité et de dépravation, qu'il lui fallait chercher le plaisir par des moyens violents jusque dans ses sources les plus profondes et les plus cachées, et c'était dans un de ces moments de passion, de délire et d'oubli, que le fatal instrument de ses jouissances lui avait échappé.

Nous fîmes tout près de ce malheureux pour obtenir la vérité, un aveu, tout fut inutile. Bientôt les frissons se déclarèrent, la fièvre suivit, le ventre devint douloureux, sensible au toucher; des vomissements se produisirent incessants, les traits s'altérèrent, tous les symptômes d'une péritonite se déclarent, et, au bout de trois jours, il mourut.

Nous fîmes l'autopsie: les traces de la péritonite étaient évidentes, générales, et le bassin rempli de matières excrémentitielles liquides; l'intestin s'était donc perforé; dans quel point? Ceci fut de notre part l'objet d'une attention toute particulière; mais, malgré nos soins, nous ne pûmes arriver qu'à constater un léger pertuis insuffisant pour expliquer la suffusion abondante des matières dans la cavité péritonéale. Cependant elles y étaient, et force fut bien d'admettre la perforation. On n'a pas oublié que, dans un point de cette observation, j'ai parlé de la liberté avec laquelle ma main, pendant le relâchement, nageait et circulait dans l'intestin à la poursuite du corps étranger. On se souvient aussi des contractions qui de temps en temps m'étreignaient la main, et peut-être trouvera-t-on que j'exagère quand je les compare à celles de la matrice pendant l'accouchement; on a peine, en effet, à concevoir qu'un muscle si mince ait l'énergie et la puissance d'action du globe utérin en convulsion; mais la similitude est exacte, et les témoins de cette opération, si rapide qu'elle ait été, ont pu voir ma main injectée, tremblante et paralysée dans sa lutte; nul doute, pour moi, que l'intestin ne se soit déchiré dans l'une de ces convulsions, comme on voit parfois l'estomac et la matrice se rompre pendant la contraction faite pour évacuer ce qu'ils contiennent.

Du reste, le gros intestin était épaissi, rouge, ecchymosé dans certains points de sa muqueuse.

Mais l'autopsie nous révéla un autre fait bien curieux et qui vient confirmer nos soupçons sur les habitudes dépravées de cet homme: des épingles rouillées et réunies ensemble étaient logées à la partie inférieure de la paroi abdominale, dans le tissu cellulaire sous-cutané, au-dessus et dans le sens du canal inguinal. Je laisse aux physiologistes le soin d'expliquer par quelle voie elles étaient arrivées là; mais, pour nous, ce fut un trait de rapprochement de plus entre l'histoire de cet homme et celle si célèbre de ce berger du Languedoc que Chopart nous dépeint cherchant des jouissances obscènes à travers les tortures de ses organes, dont le jeu ne doit être que l'expression libre et spontanée du livre de la vie en nous.

— M. le Président. J'ai la douleur d'annoncer à l'Académie qu'elle vient de perdre un de ses membres les plus vénérables. M. Lacournère, que nous avons encore vu bien portant parmi nous mardi dernier, a succombé ce matin à sept heures.

Après cette triste communication, l'Académie procède à l'élection d'un membre dans la section de pathologie médicale.

Au premier tour de scrutin, les suffrages se sont répartis de la manière suivante:

MM.	Grisolle	30
	Trousseau	22
	Michel Lévy	21

MM. Requin	12
Martinet	9
Nonat	1
Total	95

Aucun candidat n'ayant obtenu la majorité, il est procédé à un second tour de scrutin, qui donne les résultats suivants :

MM. Grisolle	36
Trousseau	36
Michel Lévy	14
Requin	2
Martinet	1
Total	89

Aucun des candidats n'ayant encore obtenu la majorité, on procède à un scrutin de ballottage entre MM. Trousseau et Grisolle. Ce scrutin donne les résultats suivants :

Nombre de votants : 87.

M. Grisolle obtient 52 suffrages.
M. Trousseau.... 35 —

En conséquence, M. Grisolle est proclamé membre de l'Académie.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

REVUE THERAPEUTIQUE,

Chimique et pharmacologique.

Electuaire antirhumatismal (chelsea pensioner's electuary).

Résine de gaïac	30	grammes.
Poudre de rhubarbe	8	—
Fleurs de soufre	60	—
Bitartrate de potasse pulvérisé	30	—
Poudre de gingembre	30	—

Miel, Q. S. pour faire un électuaire. Dose : matin et soir deux cuillerées à thé.

Potion antiscrophuleuse de Hufeland et de Crawford.

Chlorure de baryum	2	grammes.
Chlorure de fer	2	—
Eau de cannelle	30	—
Sirop d'écorce d'oranges	30	—

Mêlez.

20 à 30 gouttes toutes les trois heures.

Poudre anticatarrhale.

Soufre doré d'antimoine, extrait de jusquiame, de chaque	0,05	centigr.
Extrait aqueux d'opium	0,03	—
Elœsacch de fenouil	1,20,	—

M. F. une poudre.
A prendre avant le coucher.

Potion du docteur Schneider contre la sciatique.

Le docteur Schneider, d'Offenbourg, emploie dans des cas de sciatique et de *coxalgie* invétérées la préparation suivante :

Essence de térébenthine. Poudre de gomme arabique, de chaque,	8	grammes.
Eau de menthe crépue	125	—
Sucre blanc	15	—
Sirop de menthe poivrée	30	—

Deux cuillerées à soupe trois fois par jour.

Il fait pratiquer en même temps, plusieurs fois par jour, des frictions sur les parties endolories avec un liniment composé de :

Essence de térébenthine	1 partie.
Liniment volatil camphré	2 parties.

CORRESPONDANCE.

23 novembre 1849.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai soumis à l'Académie, dans sa dernière séance, un mémoire sur l'épidémie de choléra et de suette qui a sévi sur la commune de Chouilly, arrondissement d'Epernay. Le rapport qui sera fait sur ce mémoire devant se faire longtemps attendre, j'aurais bien désiré que ce que cette épidémie a offert de remarquable fût connu. Seriez-vous assez bon pour insérer dans un de vos prochains numéros la note suivante ?

Agréez, etc. Le Dr LACHAISE.

Epidémie de suette et de choléra.

Dans le compte-rendu de la dernière séance de l'Académie, nous avons annoncé que M. Lachaise avait soumis à l'Académie un mémoire sur l'épidémie de choléra et de suette qui a sévi sur la commune de Chouilly, une de celles qui ont eu le plus à souffrir de ce département.

Cette épidémie, dit M. Lachaise, a eu cela de remarquable :

1° Qu'elle s'est déclarée en dehors de toute cause appréciable inhérente à la localité, mais qu'elle a tenu toute la population sous son influence; que, sur 1,000 habitants, 350 ont été réellement malades; que, sur ces 350, 105 ont eu le choléra le mieux caractérisé, et que 74 ont succombé ;

2° Que si, dans son développement et sa marche, rien n'a déposé en faveur de la *contagion*, elle a au contraire mis hors de doute l'influence de l'*infection*, de telle sorte que jamais la maladie ne s'arrêtait dans une maison à un seul individu, et que sa gravité s'y multipliait toujours par le nombre des malades ;

3° Que le choléra a souvent débuté par la suette, et qu'alors il était d'autant plus grave que la suette avait été plus bénigne ; car de 15 choléras précédés de suette, 13 se sont terminés par la mort, tandis que de 40 malades chez lesquels la suette avait été miliaire, aucun non-seulement n'a succombé, mais n'a même eu de véritable choléra.

NOUVELLES.

Distribution des médailles de l'Université aux cinquante élèves désignés par la Faculté de Médecine. — La distribution de ces médailles a été faite ce matin à neuf heures à la Faculté de Médecine par M. Bérard, doyen, assisté de M. Amette, secrétaire de la Faculté.

Après un discours bienveillant, dans lequel M. le doyen a remercié, au nom de l'Université, MM. les élèves qui ont mérité une distinction si honorable pour les services qu'ils ont rendus et le dévouement dont ils ont fait preuve à l'occasion du choléra, les noms des élèves récompensés ont été successivement appelés et remise a été faite à chacun de sa médaille.

Cette médaille, en argent et d'un grand module, est fort belle. Elle porte en exergue d'un côté ces mots : Université de France ; choléra de 1849; au milieu une figure d'Hippocrate et un malade couché dans son lit. Sur l'autre face, sont le nom et les prénoms de l'élève, le lieu et la date de sa naissance.

Nous ne saurions donner trop d'éloges à la sollicitude paternelle du doyen et à l'empressement qu'il a mis à consacrer par une marque publique de reconnaissance le dévouement des élèves qu'il regarde comme ses enfants.

On peut voir dans notre numéro du 20 novembre les noms des cinquante élèves.

— Le nombre des premières inscriptions prises à la Faculté de Médecine de Paris du 2 au 15 novembre est de 377.

Le chiffre de ces mêmes inscriptions n'était, à la même époque de l'année dernière, que de 254.

Nous constatons avec plaisir cette augmentation, nous dirons même cette amélioration.

— Les chirurgiens sous-aides dont les noms suivent ont été désignés pour occuper de nouveaux postes :

M. Balech, aux ambulances de l'Algérie, passe à Lille.
M. Mauduit, aux ambulances de l'Algérie, passe à Strasbourg.
M. Meurs, aux ambulances de l'Algérie, passe à Metz.
M. Massiani, aux ambulances de l'Algérie, passe à Strasbourg.
M. Rémy, aux ambulances de l'Algérie, détaché au Roule, passe à Lille.
M. Ucciani, à l'hôpital d'Ajaccio, passe à Metz.
M. Sainte-Marie, aux ambulances de l'Algérie, passe à Strasbourg.
M. Gueury, aux ambulances de l'Algérie, passe à Lille.
M. Rollet, aux ambulances de l'Algérie, passe à Strasbourg.
M. Couture, à l'hôpital de Nancy, passe à Metz.
M. Reboud, à l'hôpital de Mont-Louis, passe à Strasbourg.
M. Perrin, aux ambulances de l'Algérie, passe à Metz.
M. Rol, à l'hôpital de Givet, détaché à Popincourt, passe à Strasbourg.
M. Rey, à l'hôpital de Toulouse, passe à Strasbourg.
M. Milliot, aux ambulances de l'Algérie, passe à Strasbourg.
M. Pancrazj, aux ambulances de l'Algérie, passe à Strasbourg.
M. Casses, aux ambulances de l'Algérie, passe à Strasbourg.
M. Ridreau, aux ambulances de l'Algérie, passe à Metz.
M. Baraban, aux ambulances de l'Algérie, passe à Metz.
M. Bigot, à l'hôpital de Rennes, detaché à l'armée des Alpes, passe à Metz.
M. Tison, aux ambulances de l'Algérie, passe à Strasbourg.
M. Dufay, dit Sanial-Dufay, aux ambulances de l'Algérie, passe à Strasbourg.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 1er DECEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 140.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 30 NOVEMBRE 1849.

Il est question depuis quelque temps de prendre, à l'égard de MM. les internes des hôpitaux, une mesure fâcheuse; nous avions hésité à croire à cette nouvelle, mais elle nous est confirmée de toutes parts, et force nous est d'y ajouter foi.

Avant la révolution de février, les internes n'étaient pas nourris dans les hôpitaux; l'interne de garde seul avait droit à la nourriture. Après la révolution, les hommes qui se trouvèrent à la tête de l'administration, pleins de bonne volonté pour des jeunes gens dont on ne saurait nier la bonne conduite, le zèle et les services, cherchèrent par beaucoup de moyens à améliorer la position d'élèves dont un grand nombre trouvent dans les pénibles et utiles fonctions de l'internat une faible rétribution, ou plutôt un dédommagement à leur vie de sacrifice et de dévouement : on leur accorda la faculté de prendre ce qu'on appelle un demi-réfectoire, en le payant, bien entendu, mais un prix modique, *vingt francs*. Ce demi-réfectoire suffisait à leur nourriture, et soulageait les familles souvent pauvres auxquelles ces jeunes gens appartiennent, et qui ont beaucoup de peine à subvenir aux frais de leurs études.

L'administration n'éprouvait aucun détriment dans l'octroi de cette faveur. Certes, la somme de 20 francs payée par les internes, équivalait bien à la nourriture qu'on leur donne, puisqu'il faut en déduire celle des jours de garde, qui leur revient de droit; il y avait avantage, en outre, à fixer dans l'hôpital des jeunes gens dont les services sont de toutes les heures, de tous les instants.

Croirait-on que c'est sur une mesure de ce genre que l'on se propose de revenir aujourd'hui. L'administration a, dit-on, arrêté qu'à partir du 1er janvier prochain, cette faculté de prendre des réfectoires serait enlevée aux internes, et les choses remises sur l'ancien pied.

Nous ne voulons pas examiner ici quels sont les motifs, ou plutôt les prétextes, que l'on met en avant pour leur retirer ce modique avantage? C'est à n'y pas croire, encore une fois, et nous serions honteux de les réfuter. On ne saurait signaler ni un désordre, ni un acte d'inconduite ou d'indiscrétion; ce n'est pas sur une dépense occasionnée par des milliers de malades et d'employés que peut peser en aucune façon la nourriture de quelques jeunes gens; et en vérité, nous sommes à nous demander comment on a pu circonvenir et tromper les chefs actuels de l'administration au point de leur faire accepter la responsabilité d'une telle mesure.

Est-ce là la récompense que l'on réservait aux internes après le dévouement dont ils ont fait preuve dans ces derniers temps, et les services de tout genre qu'ils ont rendus dans nos troubles civils et dans la cruelle épidémie qui vient de désoler Paris, épidémie au milieu de laquelle beaucoup ont couru des dangers, et plusieurs ont laissé la vie!!!

Revue clinique hebdomadaire.

Développement féminin des seins chez un jeune homme. — Le service de M. Beau, à l'hôpital Saint-Antoine, a reçu pour la seconde fois, il y a quelques jours, un jeune malade qui offre une singulière anomalie, consistant dans un développement des seins au moins aussi considérable qu'il pourrait l'être chez une jeune fille du même âge. Quoique la science compte déjà quelques faits analogues, nous avons pensé qu'on ne lirait pas sans intérêt quelques détails sur celui-ci. Voici ces détails, que nous devons à l'obligeance de l'interne du service.

Le malade couché au n° 19 de la salle Saint-Antoine (service de M. Beau) présente un exemple remarquable de développement des mamelles lié à l'évolution pubère. Chez ce jeune garçon, âgé de seize ans, les deux seins, parfaitement égaux en volume, tous deux bien arrondis, ont chacun 6 centimètres de diamètre et font au-dessus des téguments une saillie de 4 à 5 centimètres. Ils sont fermes, recouverts d'une peau extrêmement fine et qui permet de facilement sentir les granulations et les lobes de la glande mammaire; le mamelon, qui n'est le siége d'aucune sécrétion, regarde légèrement en dehors; bref, les seins présentent ici exactement ce qu'ils sont chez une jeune fille qui commence à prendre de la gorge. Par moments, le malade y éprouve des élancements, que le simple toucher provoque quelquefois. Le développement de ces organes semble remonter à un an, époque à laquelle ils auraient rapidement grossi, pour ne faire ensuite que des progrès peu sensibles. Le jeune malade présente d'ailleurs toutes les apparences du tempérament lymphatique : il a la peau fine, les cheveux blonds, les lèvres épaisses, les membres grêles et délicats. Il affirme n'avoir jamais vu de femmes, mais il est permis de supposer qu'il se livre à la masturbation. Les organes génitaux, médiocrement développés, n'offrent rien d'anormal. La première fois qu'il entra dans cet hôpital (11 octobre 1849), c'était pour des accidents que M. Beau désigna sous le nom de *dysménorrhée :* douleur à l'hypogastre, céphalalgie, nausées, faiblesse extrême, étourdissements, éblouissements, le tout datant d'une époque que le malade ne peut pas préciser et ayant augmenté par suite d'une vive contrariété. On constata l'existence d'un souffle carotidien intermittent, s'accompagnant d'une légère vibration au doigt. Un vomitif, qui semblait indiqué par l'amertume de la bouche et la présence de fréquentes nausées, fut donné sans succès; mais bientôt cet état se dissipa en quelque sorte de lui-même, et le malade quitta l'hôpital le 28 octobre. Il y est rentré il y a quinze jours accusant des douleurs dans les deux genoux et dans les lombes, sans fièvre et sans tuméfaction ni rougeur notables.

Comme la première fois, M. Beau traite principalement ces accidents par les préparations toniques, et tout fait espérer qu'ils disparaîtront prochainement sous l'influence de cette médication.

Nouveau caustique Rivallié. — Nous avons, dans notre numéro du 29 septembre, appelé l'attention sur ce nouveau caustique, formé, comme on se le rappelle, de ouate ou de charpie imbibée d'acide azotique mono-hydraté.

Nous lui avions également reconnu, d'après l'auteur, les avantages suivants :

1° Limitation exacte de l'action du caustique à cause de la propriété qu'il a de ne pas se ramollir, se dissoudre et par conséquent de ne point s'étendre;

2° Profondeur plus grande des eschares;

3° Mollesse de celles-ci.

Une expérience, que nous suivions quand nous annonçâmes les vertus attribuées au nouveau caustique, ne réalisa qu'en partie les espérances qu'il nous avait données. Une autre expérience faite par M. Malgaigne semble avoir réussi moins bien encore. Voici comment ce savant chirurgien en rend compte dans le dernier numéro de la *Revue médico-chirurgicale :*

« M. Nélaton proposa à M. Malgaigne de tenter l'emploi du nouveau caustique sur une femme qui portait une tumeur cancéreuse au sein avec ulcération, mais sans adhérences aux tissus sous-jacents. L'opération fut faite par M. Nélaton avec l'assistance de son collègue et avec toutes les précautions possibles. Mais l'effet fut loin de répondre à l'attente. Le caustique se maintenait fort liquide, et, malgré les garnitures de compresse et de charpie, il fusa en plusieurs points sur la peau saine. L'eschare était jaune et tenace; il fut impossible de l'enlever avec la spatule; et, quand elle se détacha plusieurs jours plus tard, on vit qu'elle était bien moins épaisse que si l'on eût employé la poudre de Vienne. Enfin, bien que la femme eût été endormie par le chloroforme, une fois réveillée, elle accusa de vives douleurs, qui se prolongèrent toute la journée et une partie de la nuit. Sous tous les rapports, le caustique de M. Rivallié s'est donc montré fort inférieur à ceux que nous possédons : telle a été la conclusion des deux chirurgiens de l'hôpital Saint-Louis.

Contracture des muscles fléchisseurs de la main. Traitement par les douches de vapeur, suivi de succès.—Dans notre dernière *Revue* nous avons rapporté un fait fort intéressant de contracture essentielle des muscles extenseurs des doigts. Le service de M. Jobert nous a offert un fait qui semble être le pendant de celui que nous venons de rappeler, mais qui a sur ce dernier l'avantage d'être un exemple de succès pour la thérapeutique.

Ce nouveau fait se présente comme le premier chez une jeune fille, mais qui est âgée d'une vingtaine d'années. Il présente cette singularité, que la cause à laquelle la contracture semble être due a paru très évidente, contrairement à ce que l'on observe en pareil cas. Nous disons a paru, parce qu'il pourrait bien se faire qu'il n'y eût entre la piqûre et la contracture qu'une simple coïncidence.

C'est à la suite d'une piqûre d'aiguille dans la paume de la main que la contracture a commencé à se développer il y a trois mois, et elle a marché avec une telle rapidité et surtout une intensité si grande, que les ongles de la malade menaçaient de s'enfoncer dans la peau de la main, et que pour prévenir cet accident les parents de la jeune personne ont eu l'idée ingénieuse de placer dans la main de la malade un rouleau de bois qui mainteuait efficacement la contracture dans certaines limites.

Il y avait donc trois mois que cette contracture durait lorsque la malade entra à l'hôpital. Divers moyens avaient déjà été essayés, mais en vain.

Quelques jours après son entrée, M. Jobert fit administrer sur l'organe malade une douche de vapeur, et après cette première douche la malade put déjà exécuter un léger mouvement d'extension.

Après une seconde douche l'extension put être complète et même assez facile, au point que la malade semble définitivement guérie. Il sera intéressant de mettre en usage la même médication sur la malade chez laquelle ont déjà échoué d'une manière si complète les fomentations chloroformiques. C'est probablement ce que M. Louis ne manquera pas de faire dès qu'il sera instruit du succès obtenu par M. Jobert. S'il en est ainsi, nous aurons soin de tenir nos lecteurs au courant du résultat.

Récidive du cancer des lèvres. — Dans notre numéro du 10 novembre dernier, nous avons rapporté l'histoire d'un malade chez lequel M. le professeur Velpeau avait pratiqué, avec un succès aussi prompt que remarquable, l'ablation d'une tumeur cancéreuse de la lèvre supérieure. Après un résultat aussi brillant, il ne restait qu'une chose à craindre, c'était la récidive; cette récidive a malheureusement eu lieu, et avec une rapidité qu'on ne pouvait même pas soupçonner lorsqu'on songeait que le chirurgien avait emporté toutes les portions dégénérées des tissus. Il y a quelques jours, moins de trois mois après l'opération, le malade est revenu à l'hôpital ayant tous les ganglions du cou envahis par la dégénérescence cancéreuse, tandis qu'aucun d'eux n'était même engorgé au moment de l'opération. Il est à regretter que l'examen microscopique n'ait pas été fait après l'ablation de la tumeur. On sait que la plupart des cancers des lèvres sont devenus, sous l'œil des micrographes modernes, des tumeurs épithéliales, affection tout à fait locale et non sujette à récidiver. Ce n'est pas que la nature de la tumeur enlevée par M. Velpeau soit désormais douteuse; mais ce qui l'est encore pour nous quelquefois, c'est le diagnostic microscopique lui-même : nous ne sommes pas entièrement convaincu, malgré la haute estime que nous avons pour les consciencieux travaux de la plupart des micrographes et de M. Lebert en particulier; nous ne sommes pas entièrement convaincu que l'examen microscopique d'une tumeur suffise, dans tous les cas, pour en fixer définitivement la nature; nous pensons que cet examen est un élément important de diagnostic, mais qu'il ne saurait constituer le diagnostic tout entier. Pour fixer définitivement l'opinion des praticiens à cet égard, il faudrait suivre tous les malades opérés pour des tumeurs que le microscope déclare n'être pas cancéreuses, et voir si, même dans ces cas, on n'observe pas de véritables récidives. C'est à ce point de vue surtout que nous regrettons que l'examen de la tumeur opérée par M. Velpeau n'ait pas été fait.

HOPITAL BEAUJON.

Du strabisme droit ou direct.

Par M. LUCIEN CORVISART.

(Suite et fin du n° précédent.)

Nous avons dit plus haut que nous n'avions trouvé que deux observations de strabisme direct dans les auteurs; aucun des deux auteurs n'a étudié ce strabisme, mais au moins le fait n'échappe point à Boyer, il l'observe, il le relate, il l'appelle strabisme incomplet : « Le strabisme incomplet, dit-il, est » celui qui n'a lieu que dans certains mouvements du globe » de l'œil, tandis que, dans les autres mouvements, cet organe » conserve, relativement à l'autre œil, la position qu'il doit » avoir; ce strabisme incomplet est presque toujours causé » par *l'inégalité de la force des muscles moteurs des yeux.* » (*Loc. cit.*, p. 732.) Je ne trouve même répétés nulle part ces quelques mots de Boyer, si ce n'est dans Kessler, qui les copie dans Rust'Surgay.

On trouve cependant dans le *Traité de pathologie externe* de M. Vidal un premier degré de strabisme, comprenant celu

que Buffon a appelé faux trait de la vue. « Il dépend ordinairement d'une faiblesse des muscles adducteurs. Quelquefois, dit M. Vidal, ce n'est que l'adducteur d'un œil qui est affaibli; Boyer l'appelle alors strabisme incomplet. » (T. III, p. 140, 2e édit.)

Boyer n'appelle point strabisme incomplet le strabisme produit par la faiblesse d'un adducteur, mais tout strabisme où le défaut de parallélisme ne se produit que dans un seul mouvement de l'œil.

Or, j'ai démontré que ce strabisme, que j'appelle direct ou droit, est toute autre chose que le faux trait de la vue, lequel n'est qu'un strabisme vrai avec déviation.

C'est une loi bien nettement posée que celle de la prédominance de l'antagonisme d'un muscle privé de mouvement.

« Un muscle inactif, dit M. Lucien Boyer, ne peut, *dans aucun cas*, triompher de la contraction de son antagoniste, et l'œil reste *invariablement entraîné* dans la direction du muscle qui n'éprouve plus de résistance. »

Cette loi est presque un axiome pour un grand nombre d'auteurs; et, en effet, elle est très générale, mais elle souffre quelques exceptions.

« Il faut distinguer, dit Muller, l'action par laquelle les nerfs sollicitent les muscles à se mouvoir de leur aptitude à se contracter. »

Haller, Tiedemann pensent que la faculté de se contracter est inhérente aux muscles. M. Longet dit que « le maintien de cette faculté dépend de la nutrition. Sans cette dernière, cette faculté disparaît; car sans elle, toute propriété disparaît dans un organe quelconque. Il a vu, trois mois après l'extinction de toute force motrice volontaire, cette aptitude, développée sous une influence purement mécanique. »

Le stimulus, porté par la volonté aux muscles moteurs, n'est qu'une des nombreuses causes excitatrices de leur irritabilité.

Indépendamment de la seule tonicité du muscle paralysé, qui pourra, pendant un certain temps, contrebalancer l'action du muscle antagoniste, et empêcher ainsi pour un temps la déviation oculaire, il ne suffit pas qu'un muscle soit privé de mouvement, que l'influx nerveux volontaire ait cessé de l'impressionner pour que l'antagonisme l'emporte. Quoique privé du mouvement volontaire, il n'est pas privé pour cela de la faculté de résister à l'entraînement de l'antagonisme.

Mais si cette privation d'excitation volontaire persiste longtemps, le muscle, moins actif que son antagonisme, n'a point une nutrition aussi active, et le muscle attaqué et dans sa motilité volontaire, et dans sa nutrition, s'atrophie, perd ses propriétés, sa résistance; dès lors l'antagoniste l'emporte, parce que la paralysie du nerf mixte est devenue complète, le strabisme direct devient une déviation.

Non-seulement ces idées sont d'accord avec les faits pathologiques, mais encore avec les expériences de la physiologie.

La section d'un nerf moteur a toujours, dit M. Lucien Boyer, été suivie de strabisme (strabisme vrai); rien d'étonnant. Mais qui oserait assimiler les résultats de cette section à la simple absence d'irritabilité volontaire ?

On le voit, les expériences restent vraies comme les faits vrais; les mauvaises déductions seules passent.

Il y a tant de variétés dans ce qu'on appelle paralysie! Sans parler de la paralysie simple du mouvement volontaire et de la paralysie complète d'un nerf mixte, qui entraîne, comme on vient de le voir, une différence si radicale, quelle distance n'y a-t-il pas dans ce qu'on entend généralement par paralysie!

L'élévation de l'œil ne peut se faire, le muscle élévateur s'y refuse. Est-ce une paralysie?

Telle personne peut, en tirant la langue hors de la bouche, relever les deux bords latéraux de manière à lui faire prendre la forme d'une rigole; telle autre personne essaie en vain, et cependant, rentrée dans la cavité buccale, cette langue se meut dans mille sens. Y a-t-il paralysie?

Il peut y avoir ou paralysie, ou manque d'éducation de l'élévateur dans le premier cas; il n'y a que manque d'éducation des muscles de la langue dans le second.

Dans le cas où la paralysie d'un nerf musculaire de l'œil sera complète sous tous les rapports, le strabisme direct sera rapidement suivi du strabisme vrai, et même celui-ci pourra venir d'emblée.

Au contraire, s'il y a manque d'action sans paralysie réelle, le strabisme direct pourra avoir une durée très longue.

Comme conséquence de cette manière de voir, découle le traitement du strabisme direct.

On devra, par tous les moyens possibles, chercher à rappeler l'irritation volontaire sur les organes paralysés; on devra éloigner toutes les causes qui empêchaient la manifestation de cette irritation volontaire.

Je suis convaincu que, dans la deuxième observation, une cause active de la manifestation du strabisme direct des deux yeux fut le strabisme vrai ascendant de l'œil droit.

L'inégalité de mouvement dans les deux muscles élévateurs, maintenant toujours une différence telle dans les deux axes optiques, qu'en regardant en haut la vision était trouble, fut cause que l'élévateur gauche cessa de se contracter; il est aujourd'hui inactif plutôt par perte d'éducation que par manque d'éducation, car il peut y avoir manque d'éducation ou perte d'éducation.

Ce qui nous confirme dans cette idée de l'influence qu'un strabisme vrai peut avoir sur le strabisme direct, c'est que, depuis que, le strabisme vrai ascendant a été opéré et guéri, la seule précaution d'empêcher le regard en haut et en face en laissant la vision s'opérer soit directement en bas, soit en bas et en dedans, en bas et en dehors, le muscle droit externe est moins immobile; il commence à diriger l'œil un peu en dehors.

Cette amélioration ne peut exister, on le comprend, pour l'élévateur du côté droit, parce qu'il est paralysé doublement, et par lui-même et par la paralysie produite par la section de son correspondant.

Dans un cas semblable, si toutefois des observations ultérieures confirment notre supposition, on serait autorisé à pratiquer une ténotomie sur l'agent de la déviation pour guérir le strabisme direct.

Dans tout autre cas, il nous semble qu'il ne faudrait point pratiquer cette opération. D'ailleurs, sur quel muscle la pratiquerait-on? Serait-ce sur le muscle sain? On aurait une immobilité complète au lieu d'une demi-immobilité; on aurait deux paralysies au lieu d'une. Sur le muscle inactif? On lui enlèverait la résistance qu'il possède contre son antagoniste; on rendrait le strabisme direct strabisme vrai. Une maladie apparente seulement dans certains mouvements, qu'on peut déguiser parce que les mouvements de la tête peuvent suppléer à ceux des yeux, deviendrait une difformité toujours visible et permanente.

La première indication est d'éloigner les causes de l'inaction volontaire, causes qui peuvent tenir à une foule d'affections diverses. On emploiera la gymnastique oculaire. Pour les muscles droits latéraux, on mettra des coquilles de noix, des lunettes présentant une ouverture elliptique, allongée dans le sens de l'action de ces muscles; pour l'élévateur et l'abaisseur, des instruments percés d'une ouverture semblable, mais verticale. On évitera aussi les mouvements combinés qui, remplaçant les mouvements simples, laissent persister l'inaction.

L'irritabilité musculaire se développe sous l'influence de divers agents: la volonté en est un; l'électricité, par exemple, en est un autre. Il semble difficile que l'action du second puisse rappeler celle du premier; il est cependant un fait de pratique générale qu'il peut en être ainsi. Un muscle paralysé, souvent contracté par les irritants musculaires physiques, devient plus apte à recevoir l'influence de la volonté.

On emploiera donc tout ce qui sera capable d'exciter la contraction musculaire; le moindre fruit qu'on en retirera sera, en entretenant les mouvements, d'entretenir la nutrition, le développement du muscle, et de le rendre ainsi propre à résister plus longtemps et plus facilement à l'entraînement de l'antagoniste.

On conçoit que ces moyens d'irritation musculaire appliqués spécialement sur le muscle inactif seront très puissants si la paralysie est incomplète, bien plus encore s'il n'y a que manque ou perte d'éducation.

Nous devons terminer ce travail par quelques réflexions qui nous ont été suggérées par l'observation deuxième, qui nous est propre.

1° Buffon, Boyer, Wardrop, etc., etc., pensaient que les deux yeux ne pouvaient être à la fois affectés de strabisme; mais on a observé non-seulement des strabismes doubles convergents ou divergents, mais encore le strabisme double en haut et en bas, le strabisme horrible de M. Baudens. Il faut ajouter qu'on peut rencontrer le strabisme vrai et le strabisme direct non-seulement sur un même sujet, mais sur un même œil.

2° M. Jules Guérin établit que « dans leurs mouvements simultanés les deux yeux, devant parcourir des espaces égaux en commençant leur course de deux points différents, conservent à tous les instants de ces mouvements la position relative qu'ils avaient au point de départ. D'où il suit que, quand l'œil dévié a mesuré un certain arc pour se redresser, l'œil sain en a mesuré un de la même étendue. » Cette proposition ne me paraît point vraie; car dans notre observation deuxième, l'œil droit étant presqu'à l'extrémité de son axe vertical dans la vision en face, l'œil gauche étant juste au milieu de cet axe, eh bien, si je présentais un objet à regarder en bas, les deux droits inférieurs ne recevraient point une impulsion proportionnelle, les deux yeux ne parcourraient nullement des espaces égaux; car alors il y aurait toujours eu un demi-arc de différence ou à peu près, c'est-à-dire une différence telle, que dans la supposition de M. Guérin il y aurait dû y avoir diplopie. Or les deux axes des pupilles devenaient non-seulement parallèles, mais revenaient si bien dans le même plan, que la vue était simple, claire, distincte. De même dans l'observation de Boyer, le malade regardant à gauche, l'œil gauche était à l'extrémité de son arc horizontal. L'œil droit était juste au milieu; si le malade regardait alors à droite, l'œil gauche parcourait tout l'arc dont l'œil droit n'avait que la moitié à remplir, dès lors la vue redevenait simple.

RÉSUMÉ.

1° Il y a trois sortes de strabisme.

A. *Strabisme non musculaires.* — Par un déplacement de la direction relative normale des yeux, par une tumeur intra, extra-orbitaire, un vice de conformation.

B. *Strabisme vrai.* — Consistant en un excès absolu ou relatif d'action d'un muscle de l'œil, avec faiblesse absolue ou relative du muscle antagoniste. Strabisme avec déviation.

C. *Strabisme droit ou direct.* — Consistant en une paralysie ou un défaut d'action d'un muscle de l'œil, sans excès d'action absolu ou relatif de la part du muscle antagoniste. Strabisme sans déviation.

2° Dans le strabisme droit il n'y a dans aucun cas déviation, faux mouvement de l'œil malade, mais défaut de mouvement dans un sens. Le strabisme n'est visible que dans ce sens, les autres mouvements sont normaux.

3° Comme il n'y a nulle déviation dans aucun cas, les dénominations ascendant, convergent, etc., etc., ne peuvent lui être appliquées, c'est un strabisme droit ou direct sans antithèse.

4° Dans le strabisme direct, quoique ouvert seul, l'œil reste aussi inapte à se tourner d'un certain côté que si le malade regardait avec les deux yeux, ce qui le distingue complétement du strabisme vrai (non fixe); car dans ce dernier l'œil malade, étant seul ouvert, redevient mobile dans tous les sens.

5° Dans le strabisme vrai, l'œil malade est bridé dans le sens du muscle rétracté; dans le strabisme droit, il est dans un certain nombre de cas dans le sens du muscle non rétracté.

6° La théorie de l'inégalité visuelle, non plus que celle de la rétraction, n'explique ni ne comprend le strabisme direct.

7° Ce n'est ni le strabisme par rétraction paralytique, ni celui par résolution paralytique, ni le strabisme insuffisant de M. J. Guérin; car partout dans ces cas il y a déviation pendant le regard volontaire.

8° Dans le strabisme insuffisant, c'est dans l'absence de l'action de regarder que se montre le strabisme; dans le strabisme droit ou direct, c'est dans l'action de regarder, et de regarder dans un certain sens.

9° L'observation qui m'est propre, aussi bien que celle de Boyer et de Verbœghe, montre que le muscle paralysé et l'antagoniste rétracté peuvent recevoir les nerfs d'une même source ou d'une source différente, c'est-à-dire du moteur commun seul, ou de ce dernier, ou du moteur externe. On doit considérer le moteur externe comme une branche du moteur commun.

10° Le strabisme direct a été observé avec paralysie de l'adduction de l'abducteur, de l'élévateur. Morgagni en contient peut-être un exemple avec paralysie d'un des obliques.

11° On peut rencontrer le strabisme direct avec le strabisme vrai (non fixe). L'observation deuxième peut servir à la démonstration de cette 9e proposition, de la 4e et de la 10e.

12° Le strabisme direct peut se joindre au strabisme vrai non-seulement sur le même individu, mais encore sur le même œil.

13° La loi si généralement vraie de la prédominance de l'antagoniste d'un muscle paralysé souffre des exceptions, comme le prouve le strabisme direct.

14° L'irritabilité musculaire se développe sous l'action de divers agents, la volonté en est un.

15° Un muscle privé d'excitation volontaire, mais non de nutrition, a encore une contraction insensible propre à contrebalancer l'action de l'antagoniste; c'est ainsi que le strabisme direct peut durer longtemps.

16° Le strabisme vrai vient vite ou d'emblée si le nerf est complètement paralysé et cesse de porter au muscle la nutrition, car le muscle s'atrophie et perd sa résistance.

17° Il faut distinguer le manque d'excitation volontaire de la paralysie vraie et celle-ci du manque ou de la perte d'éducation.

18° Un strabisme vrai peut être cause d'inaction d'un muscle, et par là peut produire un strabisme direct: celui-ci est une difformité visible et permanente, celui-là une difformité passagère et facile à déguiser.

19° La guérison du strabisme vrai peut amener celle du strabisme direct coexistant, quand ce dernier est un effet du premier.

20° La ténotomie oculaire est formellement contre-indiquée dans le strabisme direct seul. Sur quel muscle le fera-t-on? Sur le muscle malade, on lui enlèverait sa résistance; sur le sain, au lieu d'une paralysie, on en aurait deux.

21° L'application d'un excitant musculaire autre que la volonté rend le muscle plus apte à obéir à celle-ci.

22° Cette excitation non volontaire a pour moindre avantage d'entretenir la nutrition du muscle paralysé et la résistance du muscle antagoniste, par conséquent de retarder la transformation du strabisme direct en strabisme vrai.

23° La loi d'impulsion proportionnelle dans le strabisme est fausse dans certains cas.

Des observations ultérieures pourront confirmer ou infirmer quelques-unes des propositions qui ont trait au strabisme direct, car il ne suffit point d'un nombre aussi minime de faits pour les établir définitivement; il faut espérer que désormais l'attention des observateurs sera éveillée sur une variété de strabisme si en dehors du strabisme vrai, et que les pathologistes ne donneront plus comme symptôme constant de la paralysie ou défaut d'action d'un muscle de l'œil la déviation de celui-ci du côté opposé, comme le font tous les auteurs. (*Archives générales de Médecine.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 21 novembre 1849.—Présidence de M. DEGUISE père.

Correspondance.

M. LE SECRÉTAIRE appelle l'attention de la Société sur la lettre qui lui a été adressée récemment par l'Académie chirurgicale de Madrid, afin de savoir qu'elle réponse devra être faite à l'honorable proposition de cette Académie.

M. GOSSELIN demande qu'une commission soit nommée à l'effet d'apprécier la valeur de cette proposition et le sens de la réponse qu'elle mérite. (Appuyé.)

M. LE PRÉSIDENT désigne en conséquence une commission, composée de MM. Giraldès, Gosselin, Morel-Lavallée et Danyau, pour examiner la question et en faire un rapport.

M. MICHON, retenu chez lui par une indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. LOIR, retenu loin de Paris pour donner des soins à une personne de ses plus proches parentes, demande un congé de deux mois. — Accordé.

Amputation des membres dans les cas de gangrène.

La discussion est ouverte sur le mémoire lu par M. Chassaignac à la fin de la dernière séance, et M. Larrey déjà inscrit a la parole.

« Je désire, dit-il, soumettre à la Société quelques réflexions sur certains points du mémoire de M. Chassaignac relatif à l'amputation dans les cas de gangrène. Qu'il me soit permis d'abord de faire observer à notre honorable collègue qu'il a, ainsi que d'autres chirurgiens d'ailleurs, prêté à mon père une idée pratique qu'il n'avait pas en disant que Larrey avait conseillé d'une manière générale d'amputer le membre avant que la mortification fût limitée, et en laissant supposer, même qu'il procédait de cette façon pour la gangrène sénile.

C'est là une erreur que je crois de mon devoir de rectifier. Mon père ne faisait ainsi que dans les cas de gangrène traumatique et non point dans ceux de gangrène dite spontanée, car il reconnaissait à cet égard une grande différence entre l'une et l'autre, la première n'étant due le plus ordinairement qu'à des causes locales, la seconde, au contraire, étant soumise à des conditions générales ou éloignées; autant il s'empressait d'agir avant que la gangrène traumatique fût bornée, autant il recommandait d'attendre la délimitation nécessaire de la gangrène spontanée.

» Ce fut en 1796, à Toulon, que Larrey fit pour la première fois l'amputation d'un membre avant la délimitation de la gangrène traumatique; il coupa la jambe d'un soldat blessé au pied; le succès surpassa ses espérances, et bien souvent depuis il a opéré de même avec autant d'avantage. « J'ai vu M. Larrey, dit le professeur Marjolin (1), pratiquer des amputations sur des membres frappés de gangrène avant que la ligne de démarcation fût bien établie; cette méthode était couronnée de succès. »

» Guthrie, Dupuytren, Lisfranc, Blandin, M. J. Cloquet et d'autres ont agi de même et obtenu d'heureux résultats; tandis que, si en pareil cas on diffère d'opérer jusqu'à ce que la mortification soit bornée, comme le prescrivaient du reste Boyer, Richter, Thomson, A. Cooper et d'autres aussi, on doit craindre la marche envahissante de la gangrène et l'impossibilité d'amputer ensuite, parce qu'il est trop tard.

» Cependant, dit M. Larrey, et pour concilier s'il est possible ces deux principes contraires, appuyés chacun sur de hautes autorités chirurgicales, reconnaissant d'ailleurs les inconvénients réels de l'amputation faite avant une délimitation franche, il m'a semblé utile d'établir la proposition suivante pour les cas de gangrène traumatique :

» 1° Différer l'amputation ou attendre que la gangrène soit bornée par une inflammation éliminatrice, si l'extrémité libre ou la plus éloignée du membre est seulement frappée de mortification;

» 2° Pratiquer promptement l'amputation avant que cette gangrène soit limitée, si elle intéresse ou a déjà envahi une partie du membre plus rapprochée du tronc.

» J'ai soutenu cette proposition depuis une dixaine d'années dans mon cours de pathologie chirurgicale au Val-de-Grâce.

» Enfin, dit M. Larrey, dans les cas où la gangrène reconnaît pour cause des conditions de vieillesse ou des maladies de l'appareil circulatoire, non-seulement l'amputation ne doit pas être faite avant que la mortification soit bornée, mais dans ces conditions mêmes elle échoue trop souvent, et l'anatomie pathologique révèle alors de profondes altérations. J'ai assisté mon père dans une amputation faite par lui à regret chez une dame de cinquante et quelques années atteinte d'une gangrène sénile du pied, qui s'était délimitée au tiers inférieur de la jambe. L'amputation fut pratiquée au-dessous du genou en présence de M. Amussat, et la gangrène envahit le moignon; la malade succomba, et à l'autopsie nous trouvâmes les artères tibiales et péronière presque entièrement oblitérées.

» La même année (1838), à ma connaissance, Lisfranc s'est abstenu d'amputer un jeune homme d'une assez bonne constitution, mais qui était parvenu en peu de temps à un degré d'obésité notable. Il avait une gangrène du pied qui paraissait due à une lésion générale du système vasculaire; il mourut, et, à l'autopsie, on reconnut une oblitération de toutes les artères des extrémités. L'amputation aurait-elle prévenu un pareil résultat ?

» Je pourrais citer un cas analogue au précédent que j'ai observé en 1844 au Val-de-Grâce, et on en signalerait sans doute bien d'autres, s'il le fallait, pour démontrer l'insuffisance de l'amputation, dans certains cas de gangrène sénile ou spontanée, soit après, soit, et à plus forte raison, avant les limites fixes de la mortification.

» Il est juste de dire enfin que l'on a réussi quelquefois en agissant d'après des principes contraires; mais il faut considérer ces faits-là comme tout à fait exceptionnels. »

M. Chassaignac ne voulait pas établir dans son travail que l'on dût amputer dans les cas de gangrène sénile avant la délimitation du mal, quoiqu'il l'ait fait une fois et qu'il soit disposé à le faire encore; ce qu'il a voulu établir, c'est l'importance d'amputer seulement dans une partie où les battements artériels seraient bien appréciables. Le fait qu'il a cité le porte à croire que, si, au lieu d'amputer au-dessus des malléoles, il eût remonté jusqu'à la cuisse, il aurait pu réussir, là où l'artère principale du membre n'était pas oblitérée. On sait que la gangrène sénile a trop de chances de faire des progrès incessants; de là une gangrène sans limitation, et la nécessité d'une amputation bien au-dessus des traces du sphacèle. M. Chassaignac croit donc que, dans des conditions semblables, on peut essayer d'amputer; et s'il ne résout pas la question, il croit aussi que l'on ne doit amputer, comme il l'a déjà dit, que lorsqu'on peut sentir les battements artériels. Il n'ajoute rien à cette remarque, parce qu'il a produit dans son mémoire beaucoup de détails pour la discussion.

M. Robert est étonné de voir M. Chassaignac soutenir une proposition opposée à l'opinion généralement admise en chirurgie, d'autant que les résultats des deux faits cités par M. Chassaignac sont contraires à cette proposition.

« Il y a, dit M. Robert, deux gangrènes spontanées : celle des vieillards, ou la gangrène sénile par ossification; et la gangrène par artérite ou par inflammation, qui se rencontre plutôt chez les jeunes gens. Pour celle-ci, M. Chassaignac aurait raison peut-être; mais il s'exagère assurément l'importance des battements artériels. »

M. Robert a vu, il y a une quinzaine d'années, à l'Hôtel-Dieu, une femme atteinte d'une gangrène du bras, chez laquelle les battements avaient cessé dans l'artère brachiale, et qui guérit par une délimitation spontanée. Or, il aurait fallu l'amputer bien haut, d'après les idées de M. Chassaignac.

M. Robert a vu encore à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Sanson, un homme qui ne perdit que les extrémités des doigts par le fait d'une gangrène spontanée, et chez lequel néanmoins l'artère principale du membre, ne présentant plus de battements, semblait annoncer l'extension progressive de la gangrène.

« Il paraît, ajoute M. Robert, qu'au Mexique règne endémiquement une artérite spontanée, dont l'étiologie laisse beaucoup d'incertitude; elle affecte les extrémités, y détermine des douleurs vives et fait des progrès assez rapides. L'amputation prématurée, faite d'habitude, garantit des guérisons fréquentes. J'ai vu, avec M. Velpeau, un négociant de Mexico dans ce cas-là. C'était un jeune homme chez lequel il y avait absence du battement de l'artère fémorale depuis la partie moyenne du membre; on y percevait seulement, à l'auscultation, un bruit de râpe assez marqué : les symptômes d'une artérite étaient bien reconnaissables, avec imminence de mortification. Un traitement antiphlogistique prévint la gangrène et prépara la guérison; mais le résultat définitif de cette observation nous est resté ignoré. »

Ainsi, dans la gangrène par artérite, désignée sous le nom de gangrène momifique par Delpech, on devrait bien se garder de rechercher la hauteur où les battements artériels existent pour en déduire la nécessité d'amputer dans ce point.

M. François et, d'après lui, A. Bérard et M. Denonvilliers ont établi, démontré que, dans les cas de gangrène sénile, lors même qu'elle est limitée, l'amputation, cependant faite après, présente plus de chances défavorables que si le sphacèle du membre avait été abandonné à lui-même.

« Ainsi, en résumé, dit M. Robert, il faut bien distinguer ces deux espèces de gangrène. Il y a prudence à attendre que la mortification soit limitée dans la gangrène par artérite; et pour la gangrène sénile, il ne faut pas même soulever cette question, parce qu'elle est jugée. On ne doit pas amputer alors prématurément. »

M. Giraldès se proposait d'adresser à M. Chassaignac quelques-unes des objections que lui a faites M. Robert, mais c'eût été plus pour les membres inférieurs que pour les membres supérieurs. « Ainsi, dit-il, si on ne se guide, pour amputer, que d'après les battements artériels, remontera-t-on jusqu'à l'aine pour désarticuler la cuisse dans le cas où la circulation aurait cessé dans la crurale, tandis que, continuant de le faire par la fémorale profonde, elle suffirait à la nutrition du membre ? Voilà comment votre principe est en défaut. »

M. Maisonneuve, sans répéter non plus une partie de ce qui a été dit par M. Robert, objecte à M. Chassaignac qu'il semble ne pas connaître les cas dans lesquels la gangrène se limite spontanément. Tous les chirurgiens en ont observé des cas, et lui aussi en a vu d'assez nombreux exemples à Bicêtre et à la Salpêtrière. Ainsi, un cercle évident de délimitation se forme et favorise des guérisons spontanées qui ne sont pas rares. Il s'agit seulement alors d'achever l'amputation plutôt que de la faire. « Donc, dit M. Maisonneuve, M. Chassaignac n'est pas dans le vrai en considérant la guérison spontanée comme inouïe. »

M. Huguier va citer un fait à l'appui de l'opinion généralement soutenue par les chirurgiens. Il croit cependant, comme M. Chassaignac, à la nécessité de remonter un peu haut, si l'amputation l'exige, malgré les difficultés d'y réussir toujours, en accordant aux battements artériels une trop grande importance.

« J'ai vu, en 1827, dit M. Huguier, lorsque j'étais interne de M. Baffos, à l'hôpital des Enfants, un petit garçon qui, à la suite d'une fièvre intermittente, fut atteint d'une gangrène du pied gauche. Un cercle érysipélateux s'était formé, et déjà le sillon éliminatoire apparaissait. M. Baffos amputa cet enfant au-dessous du genou; il n'eut pas une seule ligature à faire, et il réunit la plaie. La gangrène envahit consécutivement le moignon, et se déclara dans le pied droit; la mort arriva, et à l'autopsie on reconnut une oblitération complète de toutes les artères des membres inférieurs. Il n'y avait donc rien à tenter ici. » (M. Huguier a publié cette observation dans les *Archives.*)

La distinction qui a été déjà faite de la gangrène spontanée lui semble fort juste. Chez l'enfant dont il a cité l'observation, on ne put constater la moindre trace d'inflammation; le sang était coagulé dans les artères, et rien de plus.

M. Huguier enfin s'est demandé si la gangrène ne pouvait être produite par une altération du sang avec oblitération des artères.

M. Guersant a observé que la gangrène spontanée n'est pas rare chez les enfants. Il en ampute chaque année pour des cas de ce genre, mais seulement lorsque la gangrène est bornée, et alors l'opération ne fournit presque pas de sang. Ainsi, M. Guersant a dû amputer les deux cuisses à une petite fille; et malgré cette double mutilation, il ne vit pas d'écoulement de sang. Il fit cependant, de chaque côté, la ligature de la fémorale par précaution. La gangrène se reproduisit dans chaque moignon, et la mort de cette malheureuse enfant eut lieu le huitième jour. A l'autopsie, on ne trouva dans les artères que de simples caillots, en rapport avec une petite couche de matière puriforme, sans autre signe d'artérite.

« L'amputation, dit M. Guersant, serait plus favorable, en effet, si les battements artériels étaient toujours sentis au-dessus. Il y a dans ces cas-là, comme l'a dit M. Huguier, une altération de sang; et ainsi, cette gangrène est bien différente de la gangrène des vieillards. »

M. Lenoir croit que, dans les recherches étiologiques de la gangrène, il faut souvent remonter plus haut pour en trouver la cause. Il a entendu Béclard, en 1822, attribuer certains cas de gangrène à une altération du cœur, admettant aussi un état de flaccidité, de décoloration de cet organe, et Béclard avait considéré plusieurs fois de telles conditions comme cause prédisposante de gangrène spontanée.

« Il y a donc, dit M. Lenoir, peu de chose à faire dans ces cas-là, malgré même la persistance des battements artériels. »

M. Vidal (de Cassis) veut dire seulement, ou rappeler que cette influence des maladies du cœur sur le développement de la gangrène a été signalée par tous les auteurs.

M. Morel-Lavallée reconnaît que dans les traités de chirurgie cela a été dit, mais sans les indications précises qui seraient nécessaires. Il demande si cette opinion de Béclard était fondée seulement sur l'inspection du cœur à l'autopsie, ou bien si l'affaiblissement de cet organe avait été constaté sur le vivant par la diminution de l'impulsion et des bruits du cœur, et par la petitesse du pouls. Ce contrôle paraît nécessaire à M. Morel pour établir l'affaiblissement dynamique du cœur.

M. Vidal répond que l'on a spécifié cette influence sans en savoir la nature.

M. Giraldès dit que la gangrène qui survient ainsi dans les affections du cœur lui semble avoir été rapportée à la stase du sang veineux.

M. Huguier appuie cette opinion, et y ajoute autre chose; c'est que vers la fin de la maladie on constate, le plus ordinairement, en effet, une gêne de la circulation et de l'œdème.

M. Chassaignac répondra quelques mots seulement aux diverses objections qui lui ont été faites. Il répète qu'il n'a pas voulu établir la nécessité de l'amputation avant la délimitation de la gangrène, quoiqu'il ait agi ainsi et proposé de le faire, mais avec réserve. L'idée qui a dominé son esprit dans cette question a été de savoir si un foyer gangréneux pouvait impunément rester en contact avec des tissus sains. « Or, dit-il encore, si cette gangrène ne se limite pas, des zones successives envahissantes se développeront avec un foyer putride de mortification; et dans ces cas-là, le chirurgien sera autorisé à amputer. »

M. Chassaignac déclare qu'il s'est accusé lui-même d'avoir amputé comme il l'a fait, et il accepte très volontiers le principe de l'abstention. Il faut peu de chose, dit-il, pour entretenir la vitalité dans les parties. Ainsi, dans l'un des deux cas rapportés par lui, on a trouvé des caillots obturateurs dans les deux sous-clavières, et cependant la gangrène ne s'était développée que d'un seul côté; mais alors aussi il y a insuffisance pour subvenir aux besoins d'une amputation.

M. Robert, ajoute M. Chassaignac, a dit qu'agir ainsi c'était « commettre une imprudence; mais alors lorsque Larrey a pour la première fois pratiqué l'amputation avant la délimitation de la gangrène traumatique, on aurait pu lui reprocher aussi de l'imprudence. »

Quant à lui, M. Chassaignac n'a jamais vu de cas offrant des caillots adhérents sans artérite. La pièce qu'il pourrait présenter de nouveau en montre un exemple.

« M. Maisonneuve, dit-il, a prétendu que la gangrène était fréquente chez les vieillards; peut-être cette fréquence a-t-elle été vue par M. Maisonneuve; mais elle ne l'a pas été par les autres chirurgiens. »

M. Maisonneuve répond qu'il a voulu dire seulement la fréquence, non pas de la gangrène elle-même, mais de sa délimitation.

M. Chassaignac suppose qu'il y a presque toujours dans la gangrène sénile une altération du cœur. Ainsi le cœur était hypertrophié dans les cas qu'il a rapportés.

M. Guersant, dit-il, a appuyé son opinion d'amputer dans une partie où les battements artériels se font sentir, et c'est là un point auquel on ne fait peut-être pas assez d'attention.

M. Guersant ne croit pas avoir appuyé l'opinion de M. Chassaignac. Il a seulement dit que chez les enfants une cause de l'altération du sang pouvait exister avec récidive de la gangrène.

M. Chassaignac réplique une dernière fois que l'on ne peut contester dans la perception des battements artériels une garantie de plus en faveur de l'amputation.

Ablation d'un polype fibreux de l'utérus.

M. Guersant fait une communication sur un cas qu'il reconnaît être assez commun, mais qui ne lui semble pas dépourvu d'intérêt. Ce fait est relatif à un de ces corps fibreux de l'utérus, dont les conditions peuvent offrir, comme on le sait, des variétés notables.

Il a été appelé, il y a cinq semaines, hors de Paris, auprès d'une dame qui depuis sept ans était sujette à des douleurs vives dans la région utérine et à des hémorrhagies fréquentes; mais, malgré un tel état de souffrance, la malade n'avait jamais pu jusque-là se résoudre à se laisser examiner. Son médecin, M. Leclerc (de Senlis), la décida enfin à se soumettre à une exploration nécessaire; et en la touchant, il reconnut l'existence d'une tumeur fibreuse engagée dans le col utérin. Un polype fut diagnostiqué aussi par M. Guersant, qui avait projeté d'en faire l'ablation le lendemain; mais auparavant il prescrivit des pilules d'ergotine à dix grains; quelques tranchées utérines se déclarèrent dans la nuit, et rendirent la tumeur plus saillante dans le vagin; elle fut saisie avec un petit forceps, mais assez difficilement (la malade était une fille de trente-sept ans, dont la vulve se trouvait assez étroite). Des tractions nouvelles furent exercées avec des pinces de Museux, et la tumeur se détacha enfin; elle représentait un corps fibreux d'un volume assez considérable. La malade, revue par M. Leclerc, va bien, et n'a pas éprouvé d'accidents.

M. Chassaignac pense que l'action du forceps employé par M. Guersant prouve l'utilité du morcellement préalable de ces tumeurs proposé par lui, afin d'éviter des manœuvres fâcheuses.

M. Maisonneuve croit, de son côté, que l'on peut extirper des tumeurs assez volumineuses sans les morceler, et sans en exciser des tranches, mais en les entamant, en les divisant de manière à pouvoir les déployer et les allonger en quelque sorte. C'est ainsi que dernièrement il a enlevé une grosse tumeur de ce genre, après s'être servi du forceps, mais sans effet. La tumeur divisée s'est allongée, déployée; elle a enfin été extraite avec facilité.

M. Huguier ne conteste pas l'efficacité du moyen mis en pratique par M. Maisonneuve, en faisant d'abord une section et d'autres successivement pour attirer la tumeur au dehors. Cela peut être bon, dit-il, pour enlever des tumeurs peu volumineuses; mais si elles sont grosses, et à plus forte raison si elles sont énormes, comme celle qu'il a extirpée lui-même

(1) Cours de pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine.

une fois et qui avait le volume d'une tête d'adulte, on ne parviendrait à les détacher qu'en les coupant par morceaux. C'est ce qu'il a été obligé de faire dans ce cas particulier. M. Huguier conclut de là qu'il faut conserver les deux méthodes.

M. Chassaignac considère l'idée d'évider les tumeurs fibreuses comme très simple. C'est d'après ses indications que pour la première fois ce moyen fut mis en usage à la Pitié par M. Velpeau, chez une femme épuisée par des pertes abondantes. M. Velpeau était disposé à faire une incision en arrière pour faciliter la séparation de la tumeur, lorsque M. Chassaignac lui conseilla d'essayer le morcellement, qui eut le plus heureux résultat.

Cette discussion étant close, la séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 octobre 1849. — Présidence de M. Fouquier.

Après une discussion, le procès-verbal de la séance précédente est adopté.

— M. Pertus parle des avantages de la méthode par occlusion, préconisée par M. Chassaignac. On peut considérer cette méthode comme une ampliation de la méthode curative dite par première intention. Cette méthode consiste, en général, à couvrir la plaie d'une cuirasse capable de la soustraire à l'action de l'air et des corps extérieurs. Cette sorte de cuirasse agglutinative peut s'appliquer à des plaies anciennes comme aux plaies récentes. En lisant les heureux effets de cette méthode, je fus frappé de son analogie avec un moyen qui me fut conseillé, il y a environ dix années, pour le traitement d'une plaie que je portais alors au petit orteil; cette plaie paraissait communiquer avec l'articulation, et des chirurgiens distingués avaient pensé que le meilleur moyen de guérison était l'amputation de l'orteil. Dans ces circonstances, qui ne manquaient pas d'une certaine gravité, hésitant à subir une opération qui entraînerait une suspension de travail pendant longtemps, M. Monneret m'engagea à envelopper l'orteil d'une bandelette agglutinative de manière à intercepter toute communication avec l'extérieur, et à n'enlever l'appareil que dans le cas où il deviendrait insupportable. Loin d'être gêné par cet appareil d'occlusion, je m'en trouvai fort bien, et ne fus pas peu surpris de trouver la plaie guérie quand je l'enlevai huit jours après. Depuis cette époque il n'est rien survenu à cet orteil, que j'avais été sur le point de laisser amputer. Mon attention s'est réveillée quand j'ai connu la méthode par occlusion de M. Chassaignac, et j'ai pensé qu'il importait, dans l'intérêt de la science, de lui donner la plus grande publicité. Son application n'est évidemment pas absolue; ainsi il est des cas où la suppuration, en s'accumulant, devient une cause d'irritation, il faut alors lui donner issue. Dans tous les cas, il convient de surveiller l'opportunité et les effets de cette médication.

M. Pédelaborde. Ce procédé opératoire, généralisé sous forme de méthode, n'est autre que l'application fort connue de la soustraction des plaies à l'action de l'air. Chez M. Velpeau, nous avions l'habitude de traiter ainsi les brûlures par occlusion, ne renouvelant que tous les quatre jours les bandelettes agglutinatives. Nous pansions de la même manière les ulcères variqueux. Larrey citait à ses cliniques des soldats amputés sur le champ de bataille et qui, envoyés en France sans avoir reçu aucuns soins ultérieurs à l'application du premier appareil, se trouvaient guéris lorsque, arrivés, on avait enlevé l'appareil qui enveloppait le moignon du membre amputé.

M. Pertus. M. Chassaignac ne s'attribue pas la première pensée de la méthode par occlusion, il a seulement l'intention de la généraliser.

M. Masson. En 1815 et 1816, tandis qu'à la Charité les ulcères étaient pansées par la charpie sèche et les cataplasmes, on employait à Necker la méthode anglaise, qui consistait en application de bandelettes superposées; en même temps Mayor, de Lausanne, employait le coton ou l'étoupe, en application permanente sur les plaies. J'eus l'occasion à cette époque de soigner un pâtissier atteint d'un charbon au mollet. La chute de l'eschare avait mis à découvert une plaie énorme et profonde, extrêmement douloureuse, sur laquelle l'application des cataplasmes ne fit qu'entretenir la plaie et la douleur. Je me décidai à remplir la plaie de coton fixé avec des bandelettes agglutinatives. Dès le premier jour la douleur cessa et le malade reprit ses occupations. La guérison mit quatre mois à s'accomplir, pendant lesquels le malade ne fut pansé que quatre fois, sans que cet homme fût alité un seul jour.

M. Courserant. Cette méthode paraît n'avoir réellement de nouveau que le nom ingénieux donné par M. Chassaignac, qui éveille l'attention. C'est une méthode thérapeutique très utile, et l'on doit reconnaissance à M. Chassaignac de son heureuse idée.

M. Thore rappelle qu'il fit sa thèse sur la compression des plaies chirurgicales.

— M. Masson fut appelé dernièrement pour une demoiselle de dix-huit ans qui a été chlorotique. Elle avait de la fièvre, quelques frissons avec sueur, oppression, face colorée, un peu de toux et douleur dans le côté gauche, où l'on constatait un peu de matité sans râle. Je considérai ces phénomènes comme dépendant d'une pneumonie circonscrite. Une saignée fut suivie d'amélioration; mais le lendemain, les accidents revenus, j'appliquai des sangsues, soupçonnant déjà que la spontanéité des phénomènes morbides et leur brusque réapparition pourraient bien tenir à une fièvre larvée. En effet, le lendemain, troisième accès, après lequel la fièvre fut coupée par le sulfate de quinine, et la matité du côté gauche disparut complétement.

M. Fouquier croit qu'il convient plutôt de rapporter l'ensemble de ces symptômes à une pleurésie qu'à une pneumonie.

M. Masson. L'absence d'égophonie avait fait rejeter la pensée d'une pleurésie.

M. Fouquier. Quelque répugnance qu'on ait à admettre des inflammations qui disparaissent pour reparaître périodiquement, l'observation minutieuse des faits ne permet pas de douter de leur existence.

D[r] Louis Terrier, *secrétaire annuel.*

REVUE THÉRAPEUTIQUE,

Chimique et pharmacologique.

Remède du docteur Schlesier contre les névralgies rhumatismales.

Deuto-chlorure mercurique......	0,10 centigr.
Extrait de stramoine...........	0,10 —
Eau distillée.................	60 grammes.

20 à 40 gouttes toutes les deux heures.

Potion alumineuse contre la coqueluche.

A l'hôpital des Enfants à Londres l'alun est administré aux doses de 2 à 10 grains, toutes les quatre à six heures, aux enfants de un à dix ans affectés de bronchites spasmodiques.

La formule ordinaire à laquelle on a recours dans ces cas est celle-ci :

Sulfate d'alumine et de potasse...	1,25 centigr.
Extrait de ciguë...............	0,60 —
Sirop de pavot rouge...........	8 grammes.
Eau de fenouil................	90 —

M. D. Toutes les six heures une cuillerée à dessert.

Poudre contre la coqueluche.

Tannin.........................	
Acide benzoïque, de chaque......	0,10 centigr.
Poudre de gomme arabique......	4 grammes.

M. F. une poudre, divisez en 12 prises à prendre une dose toutes les deux heures dans de l'eau.

Teinture de Hirsh contre la carie des dents.

Teinture de myrrhe............	15 grammes.
Acide phosphorique hydraté.....	20 gouttes.

On porte, au moyen d'un pinceau, quelques gouttes de cette mixture sur la partie cariée de la dent, ou bien l'on introduit dans la cavité un tampon d'ouate imbibée de la liqueur.

Pilules de Wutzer contre la spermatorrhée accompagnée de faiblesse éréthistique des organes génitaux.

Acide phosphorique............	4 grammes.
Camphre broyé................	1,20 centigr.
Poudre d'écorce de quinquina...	4 grammes.
Extrait de cascarille..........	Q. S.

Pour faire des pilules de 10 centigr., que l'on roule dans de la poudre de cannelle. Cinq pilules trois fois par jour.

Cataplasme narcotique.

Pulpe de carottes cuites en bouillie.	500 grammes.
Poudre de ciguë..............	30 —
Opium......................	0,50 centigr.

Faites une pâte molle.

Topique calmant. Cancers superficiels, etc.

Pilules contre la polyblennie pulmonaire chronique.

Gomme ammoniaque..........	4 grammes.
Extrait d'aunée............	4 —
Soufre lavé................	4 —
Extrait de marrube blanc......	Q. S.

pour faire des pilules de 10 centigrammes.

Cette préparation, qui a quelque analogie avec les pilules antiasthmatiques de Quarin, paraît être fort utile dans la broncborrhée des vieillards.

Pilules de Berndt contre la glucosurie.

Acétate de morphine...........	0 15 centigr.
Sulfate de cuivre ammoniacal....	0,30 —
Extrait de fiel de bœuf.........	4 grammes.
Poudre de cassie amère.........	4 —

Faites des pilules de 10 centigr.

Cinq pilules matin et soir dans le diabète sucré.

NOUVELLES.

Propagation de la syphilis. — Un journal annonce qu'à la suite de l'abrogation des règlements sanitaires auxquels étaient soumises les prostituées à Berlin, la syphilis a fait les progrès suivants :

En 1845, au moment où les règlements furent rapportés, on comptait chaque année à l'hôpital de la Charité 1,100 vénériens. En 1846 il en a été reçu 1,310; en 1847, 1,655, et en 1848, 1,814. Si ces chiffres représentaient exactement l'état des choses, on voit que la progression serait énorme. Il est inconcevable que le gouvernement prussien ne s'efforce pas de faire constater scientifiquement la signification réelle de ces chiffres alarmants.

— Les chirurgiens sous-aides dont les noms suivent ont été désignés pour occuper de nouveaux postes :

M. Dexperts, dit Faudoas, aux ambulances de l'Algérie, passe à Strabourg.

M. Bédié, à l'hôpital de Calais, détaché au Roule, passe à Lille.

M. David, à l'hôpital de Marseille, détaché en Italie, passe à Lille.

M. Corbière, à l'hôpital de Perpignan, passe à Metz.

M. Reeb, à l'hôpital de Phalsbourg, passe à Lille.

M. Chapuy, à l'hôpital de Lyon, détaché en Italie, passe à Metz.

M. Péruy, à l'hôpital de Lyon, passe à Lille.

M. Champion, à l'hôpital de Toulon, détaché à Popincourt, passe à Lille.

M. Puel, à l'hôpital de Toulon, détaché à Popincourt, passe à Metz.

M. Zoëller, aux ambulances de l'Algérie, passe à Metz.

M. Salomon, à la succursale des Invalides, à Avignon, passe à Lille.

M. Hannard, à l'hôpital de Saint-Omer, passe à Lille.

M. Aspol, aux ambulances de l'Algérie, passe à Metz.

M. Rozan, à l'hôpital de Phalsbourg, détaché au Roule, passe à Metz.

M. Delcominète, à l'hôpital de Nancy, passe à Strasbourg.

M. Chauton, à l'hôpital de Bordeaux, détaché au Roule, passe à Strasbourg.

M. Letertre Vallier, à l'hôpital de Versailles, passe à Strasbourg.

M. Clairin, à l'hôpital de Versailles, passe à Metz.

M. Anselin, à l'hôpital de Saint-Omer, détaché à Popincourt, passe à Lille.

M. Champouillon, à l'hôpital de Nancy, détaché au Roule, passe à Strasbourg.

M. Petit-Mengin, à l'hôpital de Thionville, détaché au Roule, passe à Strasbourg.

M. Lasserre, à l'hôpital de Cambrai, passe à Lille.

M. Godefrain, à l'hôpital de Maubeuge, passe à Lille.

M. Chabrely, aux ambulances de l'Algérie, passe à Strasbourg.

— M. Perrot, chirurgien élève en première division à l'hôpital d'instruction de Lille, est désigné pour passer à celui de Metz.

M. Ravaux, chirurgien en première division à l'hôpital d'instruction de Lille, est désigné pour passer à celui de Strasbourg.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 4 DECEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 141.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 3 DÉCEMBRE 1849.

Institution de cliniques

DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'EAUX MINÉRALES.

Nous avons fait remarquer avec satisfaction, dans notre dernier compte-rendu de l'Académie de Médecine, l'heureuse initiative prise par M. Dumas relativement à la composition d'un Annuaire des eaux de la France. Le défaut d'espace nous a empêché jusqu'à ce jour de parler d'un autre projet dont M. le ministre vient d'investir le comité d'hygiène, et dont l'objet se trouve exposé dans la lettre suivante, adressée au président de ce comité.

« Paris, le 16 novembre 1849.

» Monsieur le président,

» Le comité d'hygiène s'occupe, je le sais, avec une louable et vive sollicitude, de tous les services qui intéressent la santé publique. A ce titre, je viens faire un nouvel appel à son zèle en l'invitant à rechercher avec moi les moyens de propager de plus en plus la connaissance et l'étude des eaux minérales.

» Vous savez, monsieur le président, combien le nombre des sources de ce genre est considérable en France, mais combien aussi les services que l'art de guérir peut leur emprunter sont peu appréciés par la plupart des médecins ; c'est une lacune qu'il importe de combler sans le moindre retard.

» Le premier devoir de l'administration serait donc, dans mon opinion, de créer et d'établir au siége même des établissements, une clinique au profit des élèves les plus distingués de nos écoles et de nos hôpitaux.

» Cette clinique aurait le double avantage de compléter l'instruction médicale des hommes qui donnent le plus d'espérances à la science et à l'art de guérir, et de faire entrer davantage l'usage et l'emploi des eaux dans la thérapeutique.

» Je n'ai pas besoin, en m'adressant au comité d'hygiène, d'insister sur les résultats qu'on est en droit d'attendre d'une semblable institution. Je me bornerai seulement à inviter le comité à indiquer :

» 1° Les grands établissements qui, par leur importance et les qualités spéciales de leurs eaux, présentent à l'étude le plus d'intérêt.

» 2° Je désire être également fixé sur le nombre d'élèves à attacher à chaque établissement, sur la durée des études et sur les obligations à leur imposer ; enfin sur les instructions et les devoirs à prescrire à MM. les inspecteurs chargés désormais du service de clinique.

» Je désire, monsieur le président, que le comité soit, par vos soins, saisi le plus tôt possible de l'étude de cette question. Je suivrai avec un vif intérêt ces travaux, et je serai heureux de pouvoir m'y associer aussi souvent que mes occupations m'en laisseront le loisir.

» Recevez, monsieur le président, l'assurance de ma considération très distinguée,

» Le ministre de l'agriculture et du commerce,

« DUMAS. »

Nous n'applaudissons pas moins aux intentions qui ont inspiré ce projet qu'à celles que le ministre a montrées dans le projet précédent. Nous ne craignons qu'une chose, c'est que M. Dumas n'ait pas pris la meilleure voie possible pour faire produire à ses bonnes intentions tous le fruit qu'on pourrait en attendre.

En rendant compte très prochainement du rapport que l'Académie vient de faire sur les eaux minérales, nous essaierons d'indiquer les moyens à employer pour vulgariser la connaissance des eaux minérales et de leurs propriétés, ainsi que la voie qu'il faudrait suivre pour faire entrer l'administration des eaux minérales dans l'assistance publique.

Mais nous nous croyons obligé dès aujourd'hui, et malgré l'opinion contraire d'un savant publiciste dont nous apprécions tout le talent, de repousser le reproche que M. Dumas adresse A LA PLUPART des médecins d'ignorer les services que peuvent rendre les eaux minérales ; nous croyons, au contraire, que ces services sont appréciés autant que le permet l'état actuel de la science, et que si on les apprécie faussement, on les exagère plutôt qu'on ne les déprécie. La meilleure preuve de la justesse de notre opinion, c'est qu'il n'y a pas en France un seul malade affecté d'une maladie chronique auquel son médecin ne conseille d'aller prendre les eaux, lorsque son état de fortune permet un pareil conseil. C'est donc moins un défaut d'appréciation qu'une appréciation inexacte qui existe en ce moment parmi les médecins. Or, cette appréciation inexacte ne peut être éclairée que par des recherches scientifiques pour lesquelles l'Académie de Médecine pourrait seule posséder les éléments nécessaires, en modifiant, comme nous l'avons déjà indiqué au commencement de cette année, et comme nous le dirons encore, le corps des inspecteurs des eaux minérales. C'est à cette condition seulement, sur laquelle nous nous proposons d'éclairer prochainement le public, que les excellentes intentions de M. le ministre ne resteront pas stériles.

Certificats de médecin.

La lettre suivante adressée par M. le ministre de la justice à tous les procureurs généraux prouve le peu de confiance que l'administration a dans les lumières ou la bonne foi du corps médical.

Monsieur le procureur général, d'après un avis du comité des finances du conseil d'état, j'ai décidé qu'à l'avenir toutes les demandes de pensions exceptionnelles, ayant pour cause des accidents et des infirmités, seraient appuyés de certificats de médecins désignés par l'administration.

Vous voudrez donc bien ne m'adresser désormais des demandes de cette nature qu'après que les infirmités du magistrat réclamant une pension pour moins de trente ans de services auront été préalablement constatées par deux médecins dignes de votre confiance désignés par vous. Ils devront, avant de procéder à leurs opérations, prêter serment devant le juge de paix de leurs résidences de remplir avec fidélité et impartialité la mission qui leur sera confiée.

Tant que le corps médical ne voudra pas s'organiser de manière à se réglementer lui-même dans l'exercice de ses fonctions, il devra supporter ces attaques injurieuses, si injustes pour l'immense majorité de nos confrères, mais que quelques-uns ont malheureusement eu le tort de provoquer. On sait combien de faux certificats ont été délivrés à la suite des événements de février et de juin. Nous avons, à ces époques, signalé ces actes coupables à l'attention du corps médical ; nous avons le regret d'en voir en ce moment une des conséquences. Quand donc serons-nous assez unis, ou du moins quand donc comprendrons-nous assez bien nos véritables intérêts pour mettre un ministre de la justice ou tout autre dans l'impossibilité de dire à ses subordonnés qu'il y a en France des médecins qui ne méritent pas la confiance de l'administration ?

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

Observations et considérations pratiques sur la repullulation des polypes des fosses nasales.

Les polypes muqueux des fosses nasales constituent des affections d'une grande fréquence, et généralement d'une grande innocuité. L'opération qui consiste à les extraire au moyen d'une pince paraît très simple ; et cependant, faite avec peu de soin et par une main qui ne serait ni prudente ni exercée, elle pourrait avoir des conséquences nuisibles, même des conséquences graves. En effet, on ne doit jamais perdre de vue que la voûte de cette cavité, dans l'intérieur de laquelle on fait mouvoir avec une certaine force des instruments métalliques, n'est séparée de la cavité crânienne que par une cloison extrêmement mince et criblée de trous, par conséquent fragile, susceptible de se briser sous une pression peu consi-

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement du choléra, par M. J. LEVY. — Breslau, 1849. (En allemand.)

Les médecins qui, comme nous, ont traversé à Paris la longue épidémie du choléra qui vient de finir et qui ont déjà pu l'observer antérieurement sont naturellement très réservés lorsqu'il s'agit d'accepter quelque moyen nouveau préconisé contre cette maladie si rebelle à tous les traitements. Aussi avons-nous accueilli avec doute tous les prétendus spécifiques, et nous avons pu nous convaincre qu'aucun médicament jusqu'à ce jour ne mérite réellement ce nom. Il est cependant résulté de toute cette épidémie un grand et bel enseignement, c'est la possibilité d'empêcher dans un grand nombre de cas le développement des symptômes fâcheux du choléra lorsqu'on arrête, dès le principe, la diarrhée prodromique qui, dans l'épidémie de Paris, a en général existé pendant un à trois jours et au delà 95 fois sur 100, et il a été si patent dans un grand nombre de cas qu'il s'agissait réellement des prodromes du vrai choléra, que maintes et maintes fois nous avons pu observer, pour notre compte, dans ces circonstances, où nous avons pu faire avorter pour ainsi dire la maladie, les symptômes graves mais isolés de l'affection épidémique. C'est ainsi que les cas enrayés à l'état de simple cholérine encore ont présenté les uns les selles blanches caractéristiques, les autres l'altération de la voix, d'autres encore la rétention d'urine et quelques-uns mêmes des crampes persistantes aux mollets. Il serait trop long d'entrer ici dans des détails sur la valeur comparative de ces divers moyens avortifs. Les purgatifs, les émétocathartiques ont déjà été popularisés dans ce but par M. J. Guérin dans l'épidémie de 1832, et ont été souvent employés avec succès dans celle que nous venons de traverser. L'opium, pris par la bouche et en lavement, aidé du repos et de la diète, est, quoi qu'on en ait dit, le moyen le plus généralement employé dans ce début prodromique et d'une utilité incontestable, quoique non constante. Le sous-nitrate de bismuth a été prescrit dans le même but avec succès par M. Monneret. Le nitrate d'argent, enfin, a été également mis en usage avec succès dans ces mêmes circonstances, mais il a sur les moyens précédents le grand avantage d'être bien plus secourable dans la maladie confirmée que les moyens que nous venons de passer en revue.

Dans un moment où le choléra fait encore de si grands ravages en Algérie, il nous paraît utile d'attirer toute l'attention des praticiens sur l'emploi de ce moyen. Malheureusement, nous n'en avons eu connaissance d'une manière un peu détaillée que tout à fait vers la fin de l'épidémie actuelle, et, très vivement impressionné par la lecture du travail de M. Levy, nous avons été heureux de retrouver les mêmes éloges de ce médicament dans l'*Histoire médicale du choléra à la Salpêtrière* par M. Barth, dont tout le monde connaît la haute sagacité d'observateur et l'impartialité consciencieuse dans l'appréciation des agents thérapeutiques. Les deux travaux que nous venons de mentionner ont d'autant plus de valeur qu'ils arrivent au même résultat, quoique conçus d'une manière tout à fait indépendante. M. Levy nous apprend dans son livre que, pour la première fois, il a employé le nitrate d'argent dans le choléra au mois de janvier de cette année, par conséquent antérieurement à l'épidémie de Paris ; M. Barth, de son côté, a expérimenté ce médicament pendant le printemps et l'été de cette année et antérieurement à la publication du travail du médecin silésien.

L'action du nitrate d'argent paraît consister avant tout dans la diminution notable de la déperdition des liquides, et à mesure que cette action s'observe les symptômes graves du côté de la circulation et l'innervation diminuent notablement. Nous renvoyons au travail que nous analysons, pour tous les détails sur le mode d'agir de cet agent ; mais en voici la partie essentielle pour le praticien qui voudrait prescrire de nouveau ce moyen. M. Levy donne en moyenne 25 à 50 centigrammes de nitrate d'argent par jour ; il dissout en dissolution dans de l'eau distillée, qui renferme environ 5 centigrammes et au delà de sel d'argent par 30 grammes. Le malade prend de cette solution une cuillerée à café ou une cuillerée à bouche d'abord tous les quart d'heure, ensuite toutes les demi-heures, et plus tard toutes les heures seulement ; car il est essentiel d'adopter les doses à l'intensité des symptômes. Au début lorsque les vomissements étaient fréquents et intenses, l'auteur nous apprend qu'une eau aromatique est préférable à l'eau distillée, et c'est alors aussi qu'il faut avoir soin de ne faire ingérer qu'une très petite quantité de liquide. M. Lévy emploie dans ce cas la formule suivant :

Nitrate d'argent cristallisé... 50 centigrammes.
Eau distillée de cannelle.... 60 grammes.

A prendre par cuillerée à café de quart d'heure en quart d'heure.

Il va sans dire qu'il faut toujours prescrire la solution dans un flacon d'une couleur foncée. On ne donnera guère à boire au malade après ces doses ; tout au plus lui fera-t-on prendre quelques morceaux de glace. On voit donc que l'auteur a employé le nitrate d'argent à bien plus forte dose que M. Barth.

Pour mettre en relief l'utilité de ce médicament, nous dirons que M. Lévy, dans son mémoire, cite 26 cas seulement d'issue fâcheuse sur 76 malades traités par sa méthode ; M. Barth a observé, sur 53 malades traités par le nitrate d'argent, 27 guérisons. Ces résultats sont incomparablement meilleurs que ceux que nous ont fournis les relevés les plus exacts communiqués dans l'épidémie de cette année de Paris, et dans celle de l'année dernière de Berlin, pendant lesquels la proportion des guérisons du choléra confirmée n'a guère dépassé qu'un tiers des malades.

Nous avons donc la conviction que M. Lévy a bien mérité de la science en faisant des études approfondies sur l'action, le mode d'emploi, et les effets d'un médicament qui, sans être un spécifique, paraît cependant avoir une supériorité réelle sur la plupart des médicaments employés contre le choléra confirmé.

Docteur LEBERT.

dérable, et pouvant donner lieu à des accidents tout à fait dangereux à la base du cerveau.

La repullulation des polypes muqueux est un point qui a toujours beaucoup occupé les chirurgiens, soit dans son mécanisme, soit dans les moyens de la combattre. Combattre la repullulation à titre préventif, au moment où l'on vient d'extirper complétement un polype et alors qu'il n'existerait à ce moment aucun commencement de production nouvelle en voie de formation, c'est là une chose qui est à peu près insignifiante et sur la valeur de laquelle on ne possède aucune donnée sérieuse, car il n'y a pas jusqu'à ce moment de moyen préservatif connu contre la formation des polypes.

Mais l'idée du traitement préventif a une portée réelle, quand on entend par là qu'on peut agir préventivement contre la récidive par l'ablation de tout ce qui peut devenir l'origine d'un polype nouveau à côté de l'ancien, et par l'ablation totale de celui qu'on vient d'arracher.

Quelles sont les causes de la récidive? quels sont les moyens de la prévenir? Trois causes peuvent amener la réapparition d'un polype chez un malade dont les fosses nasales viennent d'être débarrassées aussi complétement qu'on a pu le faire.

Ces causes sont :

1° La repullulation sur le pédicule qui n'a pas été complétement arraché, et qui repousse comme une plante dont les racines sont encore implantées dans le sol et vivantes ;

2° Le développement de polypes, restés jusqu'au moment de l'ablation, très peu développés et à l'état en quelque sorte rudimentaire, et qui, trouvant tout à coup la place libre, acquièrent une expansion que leur avait jusque-là rendue impossible la pression exercée par le polype qui vient d'être enlevé ;

3° Enfin la production ultérieure et entièrement nouvelle de polypes qui, au moment de l'ablation, n'avaient aucun commencement d'existence, et qui ne sont dus ni à la repullulation sur une tige incomplétement arrachée, ni à l'expansion de polypes maintenus jusque-là dans des proportions rudimentaires.

Eh bien! contre cette dernière espèce de repullulation l'art n'a rien à faire pour en prévenir l'apparition, car, nous le répétons, il n'y a pas de moyen prophylactique connu contre la production des polypes; mais contre les deux autres modes, il y a quelque chose à faire: ce quelque chose, c'est, d'une part, d'extraire autant que possible le pédicule à son implantation même; c'est, d'autre part, de ne pas se contenter d'avoir extrait le premier polype qui se présente, mais de rechercher avec soin si, après une ablation qui au premier abord paraît complète il ne reste pas encore quelque polype rudimentaire indépendant du polype principal. Or, par quel moyen apprécier l'existence, dans les profondeurs d'une cavité que l'œil ne saurait parcourir, soit d'un reste du pédicule du polype extirpé, soit de petits polypes à côté de celui qui paraissait solitaire?

Indépendamment des moyens directs d'examen par la vue ... loin qu'elle peut porter et par l'exploration instrumentale, il est un signe sur lequel M. Chassaignac fonde la possibilité de s'éclairer sur l'état réel des choses. Ce signe, c'est la pureté du souffle nasal quand on fait respirer avec force tantôt par l'une des deux narines, tantôt par l'autre. Tant que ce souffle n'est pas net et pur, il y a présomption de l'existence soit de quelque reste du polype extirpé, soit de quelques petits polypes collatéraux. Il faut donc continuer les recherches jusqu'à ce qu'on soit arrivé à ce critérium de la bonne et complète évacuation des fosses nasales. M. Chassaignac, sans se flatter d'être plus à l'abri que ses confrères des récidives qui succèdent à l'opération, ne peut s'empêcher d'attribuer à la précaution dont nous venons de parler la persistance des guérisons qu'il a obtenues dans presque tous les cas.

Quant au moyen d'apprécier si l'ablation d'un pédicule de polype muqueux est complète ou incomplète, voici la remarque que fait M. Chassaignac: Si, à l'examen d'un polype extrait avec son pédicule, on reconnaît que ce dernier va toujours en diminuant sans interruption depuis le corps du polype jusqu'à la terminaison du pédicule qu'on a sous les yeux, il y a présomption qu'il reste une portion de ce pédicule implanté sur la muqueuse. Si, au contraire, le pédicule, à partir du polype, va d'abord en diminuant et puis se renfle un peu à sa terminaison, il est permis de croire qu'il a été enlevé tout entier; on n'en est jamais plus sûr que lorsqu'il a amené avec lui une petite parcelle de substance osseuse.

Un mot maintenant sur l'emploi des injections styptiques dans les fosses nasales comme moyen de compléter les résultats de l'ablation. M. Chassaignac a successivement employé les injections au sulfate de zinc, au sulfate d'alumine et de potasse, au sous-borate de soude, au vin rouge avec les roses de Provins; mais depuis un certain temps déjà il a complétement renoncé à cette espèce de pratique complémentaire de l'ablation, et voici à quelle occasion : il a vu sur deux malades, et notamment chez un commis marchand en nouveautés, survenir après des injections au sulfate de zinc des accidents excessivement graves, des douleurs dans les os de la face et du front, qui ont persisté plusieurs mois après avoir déterminé dans les premiers moments divers troubles nerveux et du délire, et qui ne lui ont pas paru pouvoir être rapportés, d'après le siége et le caractère de ces douleurs, à autre chose qu'à la pénétration du liquide injecté dans les sinus. Il a conclu de là non pas d'une manière absolu contre l'emploi des substances ci-dessus indiquées, mais du moins contre leur mode d'administration par injection et en faveur de leur application à l'aide d'un pinceau.

Des deux observations que nous allons rapporter, la première nous a paru curieuse à raison de l'implantation du polype sur la cloison même des fosses nasales, ce qui est assez rare, et à raison des symptômes de douleurs oculaires au moment de l'ablation, et qui ont été évidemment dues au froissement ou à l'ablation des divisions terminales du filet ethmoïdal du rameau nasal du nerf ophthalmique.

Obs. I. — Victorine Lemaire, âgée de vingt-trois ans, couturière, vient à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine le 11 septembre 1849; elle se plaint de gêne dans la respiration, de la sensation d'un corps mobile dans l'intérieur de la narine gauche, et dont elle compare le mouvement à celui d'un battant de cloche. La malade est habituellement enchifrenée; elle a la voix un peu nasillarde.

M. Chassaignac constate que l'air passe d'une manière inégale dans les deux narines : celle du côté gauche est moins libre que celle du côté opposé. En épatant un peu l'extrémité du nez pour dilater les narines, on aperçoit dans celle du côté gauche une petite tumeur ayant l'aspect d'un polype muqueux des fosses nasales. En cherchant à le contourner à l'aide d'un stylet, on reconnaît que l'instrument, porté sur le côté interne du polype au contact de la cloison, se trouve bientôt arrêté net, ce qui n'a jamais lieu quand l'implantation du polype siége sur la paroi externe ou dans le sommet des fosses nasales. Ce signe suffit à lui seul pour reconnaître non pas que le polype est exclusivement dépendant de la cloison, mais du moins qu'il y possède une implantation, si ce n'est pas la seule. Ce polype, présentant quelque chose de particulier, n'est point opéré à la consultation même, comme cela a lieu d'habitude; on engage la malade à entrer à l'hôpital.

Le 13 septembre, M. Chassaignac pratique l'ablation de la petite tumeur en ayant soin d'y implanter d'abord une pince à griffes et à fermoir, tandis qu'avec la pince à arrachement le polype lui-même est enlevé partie par partie. Son tissu est tenace; son aspect n'est pas vitriforme : il semble se rapprocher un peu par sa texture des polypes fibreux, et, pendant les tentatives pour son éradiation complète, il se manifeste un singulier phénomène. C'est une douleur vive avec sensation d'arrachement non pas dans la narine, mais dans l'orbite. La cause d'une pareille sensation n'est pas difficile à déterminer : elle est tout anatomique. M. Chassaignac signale aussitôt une violence exercée sur le filet ethmoïdal du rameau nasal de l'ophthalmique. L'opération n'est considérée comme finie que quand on a obtenu la pureté complète du souffle nasal.

Le traitement consécutif a consisté en quelques attouchements quotidiens avec un pinceau chargé de la solution d'azotate d'argent à 5 grammes pour 30 grammes. C'est celle que M. Chassaignac emploie journellement pour modifier la surface des plaies et hâter leur cicatrisation. La malade a été observée quelque temps même encore après sa sortie de l'hôpital : les résultats obtenus n'ont fait que se confirmer.

Obs. II. — Il y a déjà quelque temps, M. Chassaignac fut consulté par un médecin âgé de trente et un ans, qui éprouvait dans la narine gauche une gêne marquée. Il n'avait pas eu de saignement de nez ; mais il lui semblait, par instants, qu'une espèce de soupape membraneuse obturait la narine. Il résultait de là une oppression qui se faisait sentir pendant la nuit. La narine gauche ne présentait rien de particulier au premier aspect ; mais le malade s'étant mouché avec force et à plusieurs reprises, on vit apparaître cet aspect brillant et vitriforme, qui est en quelque sorte caractéristique d'un polype nasal pour un œil exercé.

Voici le procédé qu'employa M. Chassaignac :

Avec une pince à dissection munie du fermoir modifié par lui, et qui se meut par un simple mouvement du pouce avec lequel on tient la pince, il saisit l'extrémité apparente du polype ; ensuite, la pince à dissection étant fermée, on la laissa pendre au dehors en l'abandonnant à son poids, sans exercer sur elle aucune traction susceptible d'amener la déchirure du polype. Après ce premier temps, les pinces ordinaires à polype furent glissées entr'ouvertes sur la pince conductrice, ce qui permit de remonter beaucoup plus haut sur le polype qu'on n'aurait pu le faire sans cela, parce qu'il se serait en quelque sorte chiffonné et plissé sur lui-même. Le mouvement de traction étant alors exécuté, le pédicule céda, et les pinces amenèrent un polype dont la forme sera décrite un peu plus loin. Auparavant, nous ferons remarquer que la portion de pédicule attenant au polype extirpé est assez longue et assez renflée à son extrémité pour qu'on puisse croire que ce pédicule a été arraché à son implantation même sur la muqueuse, et non rompu dans la longueur de son trajet, circonstance qui semble constituer une garantie plus grande contre la récidive.

Le polype, mesuré dans sa longueur immédiatement après son ablation et avant d'être mis dans l'alcool, présentait (le pédicule compris) une longueur de 5 centimètres et la forme d'une longue amande aplatie; il était rouge et résistait à la déchirure. Son ablation a été suivie de la sortie de quelques gouttes de sang.

La manière heureuse et complète dont ce polype a été extrait a conduit M. Chassaignac à étendre les applications de cette manière de tendre les polypes à l'aide d'un poids léger avant de les extraire et d'employer à cela des pinces à dissection armées de dents et munies d'un fermoir. Il s'agit donc ici d'un procédé de tension des polypes par un poids avant de placer la pince à arrachement. Les avantages inhérents à ce procédé sont les suivants :

1° Il prévient le refoulement du polype sur lui-même au moment où on introduit la pince qui doit servir à l'arracher ;

2° La pince, fermée et abandonnée à son poids, n'exigeant pas qu'on la tienne, laisse à l'opérateur la liberté de ses deux mains ; ce qui n'aurait pas lieu si l'on employait deux pinces à polype ordinaires;

3° Le volume de la pince à dissection, étant beaucoup moindre que celui de la pince à polype, gêne beaucoup moins l'introduction de la pince à arrachement que ne le ferait une première pince à polype employée pour tendre la tumeur ;

4° En mettant le polype dans un état de tension, cette espèce de poids le rend plus fixe, moins flottant ; or, il est plus facile de saisir un corps préalablement tendu qu'un corps abandonné à sa mobilité;

5° En déterminant à l'aide de ce poids l'allongement du polype, on en diminue la largeur, l'épaisseur, ce qui rend la manœuvre plus facile, puisque plus d'espace est laissé à l'instrument qui doit arracher le polype ;

6° Cette tension, par le seul poids d'un instrument peu volumineux, ayant pour avantage de faire connaître la direction ou l'axe longitudinal du polype, donne la facilité de se diriger vers le pédicule de celui-ci.

Tels sont les avantages attribués par M. Chassaignac au procédé qui consiste à tendre les polypes à l'aide d'un poids léger, celui d'une pince à dissection, avant de les extraire.

P.....

Métrorrhagie grave

Arrêtée par un nouveau procédé de tamponnement. (Vessie en caoutchouc vulcanisé.)

Par M. DIDAY, ex-médecin de l'Antiquaille, à Lyon.

L'observation suivante est une heureuse application d'un des nombreux appareils que M. Gariel a imaginé de faire construire avec le caoutchouc vulcanisé. On ne lira pas sans intérêt les réflexions dont M. Diday fait suivre l'observation qu'il rapporte.

Obs. — Mme B..., âgée de cinquante-cinq ans, petite, maigre, affaiblie, avait eu, il y a trois mois, plusieurs métrorrhagies de peu d'importance, pour lesquelles elle ne consulta point.

Appelé pour la première fois auprès d'elle le vendredi 26 octobre, à huit heures du matin, j'apprends que, dès la veille, sans causes bien appréciables, les pertes étaient revenues, plus considérables que la première fois. L'écoulement sanguin, suspendu pendant la nuit, avait reparu avec une nouvelle force ce matin.

On me montre un vase de nuit à moitié rempli de sang liquide, dans lequel nageaient de volumineux caillots. Un drap plié en huit, placé depuis une heure sous le siége, est entièrement traversé. Ventre mou, sensible à la pression ; pouls serré, rapide, peu résistant; angoisses vives; frissons irréguliers et de courte durée.

La malade, pleine de courage, n'a pas voulu se mettre au lit. Je m'abstiens de pratiquer le toucher et la fais coucher.— 15 décigrammes de seigle ergoté en quatre prises, de demi-heure en demi-heure; injections faiblement poussées, et aspersions sur le ventre, la vulve et les cuisses avec de l'eau froide vinaigrée; larges sinapismes sur les seins, les bras et entre les deux épaules.

A onze heures, l'état n'a pas changé. Je prescris en outre une potion avec extrait de ratanhia, 6 grammes, et sulfate de quinine, 4 décigrammes. Manuluves presque bouillants. L'hémorrhagie continue avec une intensité inquiétante.

A deux heures de l'après-midi, je constate une aggravation très sensible. Quoique couchée, presque découverte et arrosée d'eau froide, la pauvre femme ne peut ni se soulever, ni tousser sans rendre un caillot presque rutilant et du volume du poing; il en sort plusieurs en ma présence. Une toux nerveuse, dont elle est habituellement fatiguée, renouvelle à chaque instant cette perte.

Découragée, sentant tout le péril, la malade a envoyé chercher un prêtre; elle ne cesse de recommander, aux voisins réunis près d'elle, ses enfants éplorés. Et la sueur froide, les tintements d'oreilles, le pouls de plus en plus précipité et dépressible ne confirment que trop, à mes yeux, ses sinistres pressentiments.

L'indication urgente de tamponner ressortait tant de la gravité même du cas que de l'insuffisance des remèdes déjà employés. Je me décidai à le faire, et l'entrepris avec un appareil en caoutchouc de M. le Dr Gariel, de Paris.

Cet appareil, excessivement simple, construit en caoutchouc vulcanisé, représente une petite vessie terminée par un long tube. Vide et roulée sur elle-même, la poche a une grosseur et une longueur bien au-dessous de celles du petit doigt. Je le graissai et l'introduisis, conduit sur l'indicateur, aussi profondément que possible, dans le vagin. Puis, tout en le maintenant toujours en place du bout du doigt, je soufflai avec la bouche dans le tube resté en dehors. Je donnai ainsi à la vessie une dilatation dont j'avais pris idée d'avance par une insufflation préalable, et ce petit corps que j'avais pu faire pénétrer presque inaperçu, prit instantanément une ampliation telle, qu'il constitua une sphère d'environ trente-trois centimètres de diamètre. Je retins l'air en liant l'extrémité du tube avec un fil.

Aucun moyen contentif ne fut nécessaire pour fixer cet obturateur, adhérent par son volume même. L'hémorrhagie, à l'instant suspendue, rendit inutile la continuation d'autres remèdes. Je me bornai à commander le repos, et le silence absolu autour de la malade.

Aucune douleur ne se développa ni dans le ventre, ni aux parties génitales. Le moral rassuré ramena un peu de sommeil, et je pus permettre quelques bouillons légers. Tout allait parfaitement bien ; mais le souvenir que je gardais de cette hémorrhagie presque foudroyante m'engagea à attendre jusqu'au 28 au matin avant de toucher l'appareil. Ce jour-là, je me contentai même de laisser échapper une partie de l'air insufflé.

Nulle perte de sang ne s'étant reproduite, j'enlevai l'appareil le 29 au matin, après avoir d'abord fait le vide en aspirant avec la bouche à l'orifice du tube, afin de donner au corps qui allait sortir le plus petit volume possible. Il fut extrait sans aucune difficulté; il était resté en place pendant près de soixante-quatre heures.

Depuis lors jusqu'aujourd'hui 10 novembre, les forces sont revenues lentement, mais d'une manière graduelle. La malade a pu quitter le lit, marcher, aller du ventre; elle a eu plusieurs fois par jour des accès très laborieux de sa toux habituelle sans que la moindre goutte de sang ait reparu. Un écoulement, d'abord roussâtre, maintenant blanc, et de moins en moins abondant, est le résultat prévu et inoffensif de l'opération et de ses suites.

— La supériorité de ce mode de tamponnement me paraît de tout point incontestable et frappante.

En voici les motifs principaux :

1° La simplicité de l'appareil et la rapidité de l'exécution tiennent sans doute le premier rang. Avec un corps ne pesant que 15 grammes, mou, flexible, qu'il peut rouler et placer sans peine dans sa poche, dans son portefeuille, dans sa trousse, le praticien se trouvera ex-temporanément en mesure de remplir l'indication. Il deviendra très probablement le *vade-mecum* de tout accoucheur un peu répandu. Quant à la promptitude du manuel, elle est telle, que l'opération, de

son commencement à sa véritable fin, ne dura pas plus de temps que la lecture du petit paragraphe dans lequel j'en ai donné ci-dessus la description. Toutes les autres cavités ou conduits naturels et pathologiques se prêteraient sans plus de difficulté à l'application de ce moyen.

2° La malade ne souffre ni pendant ni après. Au lieu de l'interminable et douloureuse introduction successive de bourdonnets de charpie, ce bouchon, surface douce et lisse, est placé en un instant. Avec la charpie, il faut, si l'on veut obtenir la continuité de l'action hémostatique, exercer ensuite une compression de bas en haut, qui refoule incessamment l'utérus, distend ses ligaments, fatigue son tissu et y entretient ainsi la fluxion qu'on voulait éviter. Puis, la bande qui doit serrer le ventre, pour prêter appui au bandage en T destiné à soutenir la charpie, est une nouvelle source de douleur pour la patiente. Enfin la charpie dont on a distendu le vagin, échauffe la région et y appelle le sang. Avec notre ballon, rien de semblable. Un corps léger, aérien, à parois beaucoup moins épaisses que la plus mince feuille de papier, est le seul tampon. Ce tampon n'agit comme moyen oblitérateur que par la pression qu'il détermine latéralement. En troisième lieu, aucune bande, aucune ligature n'est nécessaire pour le fixer.

3° Sphérique et régulière quand on la déploie à l'air libre, la vessie de caoutchouc se moule au contraire sur les parties avec lesquelles elle se trouve en contact au moment où on l'insuffle. Par là se trouve remplie la double condition d'une oblitération complète, quelque anfractueux, irrégulier, inégalement dilatable que soit le contour du canal à oblitérer; puis celle non moins importante d'une pression répartie de la manière la plus exacte sur tous les points de la surface à comprimer, et, par conséquent, exempte du danger de produire une pression trop forte ou la gangrène.

4° Si, pour un motif quelconque, on veut diminuer la pression, on réalise immédiatement ce but en laissant sortir une petite quantité de l'air introduit. Cette faculté précieuse permet de faire passer le vagin, graduellement et par les degrés les plus insensibles, de l'état de canal hermétiquement fermé à celui de conduit tout à fait libre. Elle rassure le chirurgien sur les dangers d'une cessation trop brusque de l'action hémostatique. Les caillots obturateurs, d'abord exactement soutenus, ne sont abandonnés que peu à peu à eux-mêmes. L'hémorrhagie cependant menace-t-elle alors de reparaître? A l'instant, sans rien déplacer, une seule insufflation rétablit dans toute leur intégrité les conditions primitives de sécurité.

5° Imperméable, incorruptible, ce petit ballon est resté soixante-quatre heures au milieu de la chaleur humide d'un sang en travail de décomposition sans rien perdre de sa force ni de son élasticité. Je l'ai depuis lors insufflé plus de vingt fois jusqu'à ses dernières limites pour le montrer à quelques confrères.... Il conserve néanmoins toutes ses propriétés, et me servirait pour une nouvelle occasion tout aussi bien que pour celle-ci. Sous ce rapport, comme sous plusieurs autres, sa supériorité ressort évidente sur la vessie animale qui, vide ou pleine d'eau, avait été proposée pour le même usage.

6° Gonflé au tiers, au quart de son extensibilité naturelle, le ballon de M. Gariel a le même poli de surface, et à peu près la même résistance qu'il prendrait étant distendu autant que possible. Une vessie animale, au contraire, reste molle, dépressible, plissée à sa surface tant qu'on ne l'a pas insufflée à l'excès.

Conclusion. Il faudrait, pour trouver dans celle-ci un moyen sûr de tamponnement, que le vagin eût été d'avance moulé sur elle, tandis que la vessie de caoutchouc se moule, dans tous les cas, sur le vagin.

7° L'appareil dont je parle pourrait parfaitement satisfaire au problème, jusqu'ici insoluble, du tamponnement à l'intérieur de l'utérus, dans les pertes qui suivent immédiatement l'accouchement. Si l'on n'ose pas recourir au tamponnement dans cette grave circonstance, c'est qu'on sait bien qu'en empêchant la perte externe, on ne ferait que substituer un péril caché à un danger apparent. En effet, les parois de la matrice ont alors une dilatibilité telle, que le sang, s'il est retenu par l'occlusion de l'orifice vaginal, peut s'épancher dans la cavité utérine en quantité assez considérable pour entraîner la mort. Mais les conditions seraient toutes différentes si, au lieu de se borner à boucher le col, on pouvait déployer à l'intérieur de la cavité utérine une poche de même dimension qu'elle, dont les parois iraient s'appliquer exactement sur sa surface interne et y exercer sur chaque point la compression hémostatique. Or, c'est ce qu'on pourra très aisément pratiquer avec un ballon de caoutchouc un peu plus grand que celui dont je me suis servi. Cet appareil, qui transformerait la matrice en une boîte à double fond, serait laissé en place tant que les parois utérines resteraient dans l'état d'inertie; puis, à mesure que leur contractilité stimulée renaîtrait, le chirurgien, surveillant son retour, lâcherait peu à peu l'air insufflé, et laisserait le retrait désiré de l'organe s'accomplir graduellement, sans permettre cependant à l'écoulement sanguin de reparaître.

8° Le tamponnement du vagin, tel qu'il se pratique aujourd'hui, n'est pas seulement douloureux et pénible quant à son exécution, fatiguant dans ses suites, il pèche surtout par insuffisance. Au bout de deux heures au plus, les bandes se sont déjà relâchées; un peu plus tard, la charpie, pénétrée par les liquides, glisse et laisse le sang couler entre elle et le vagin. Bref, si le danger presse, on est obligé de faire soutenir à l'extérieur l'appareil par la main d'un aide, ou de le réappliquer deux fois dans les vingt-quatre heures. Le mécanisme dont je viens de donner une idée remédie à ces défectuosités flagrantes. Sûre autant que facile, l'oblitération est réelle, exacte, et dure aussi longtemps que le chirurgien le désire. Serait-il téméraire d'affirmer que, renouvelée par un meilleur procédé, la méthode prendra dorénavant plus d'extension, inspirera moins de répugnance aux médecins, et qu'au lieu de la réserver, comme à présent, pour les cas désespérés, ils l'utiliseront dès le début de toute perte un peu sérieuse? Quant à moi, cette réforme me paraît des plus rationnelles et des plus probables. En changeant de moyens et de nature, l'obturation vaginale verra nécessairement ses indications modifiées et agrandies; et, j'en ai la conviction, ce n'est point à un perfectionnement instrumental que doit se borner le bien réalisé par cette invention, grâce à laquelle on peut, songeant au passé et à l'avenir de cette opération, dire hardiment :

Le tamponnement sera désormais une vérité!

(*Gazette Médicale de Lyon.*)

OBSTÉTRIQUE.

Note sur un cas de tympanite utérine (physométrie) *simulant la grossesse.*

L'accumulation des gaz dans l'utérus se relie plus généralement à l'état puerpéral, à la décomposition de parties d'œufs avortés, comme des portions de placenta, des fragments de caillots de sang retenus par le resserrement du col, qu'à des états complétement étrangers à la grossesse. Cependant quelques cas de pneumatoses idiopathiques ont été observés, et comme ces faits sont fort rares, nous devons consigner le suivant que rapporte M. Pollet.

« Une femme, déjà mère de quatre enfants, dont le dernier est âgé de deux ans, d'une santé habituellement bonne, se disant enceinte de six mois, vint me prier de lui pratiquer une saignée d'usage qu'elle avait coutume d'avoir à pareille époque de la grossesse. Le ventre était développé comme il l'est au sixième mois; il y avait suppression des règles, et la femme assurait sentir les mouvements du fœtus. Je pratiquai la saignée, qui me semblait du reste indiquée par quelques signes de pléthore générale.

» Je ne revis plus la femme jusqu'au moment de l'accouchement, auquel je fus invité d'assister pour tirer la sage-femme de l'embarras dans lequel elle se trouvait, à cause de circonstances particulières qui accompagnaient le travail. La grossesse, dont les trois derniers mois s'étaient passés sans accidents, était arrivée à terme. Les premières douleurs dataient depuis onze heures environ. Au toucher, je fus surpris de trouver un col flasque, présentant les lèvres effacées et légèrement entr'ouvertes, et de ne pouvoir atteindre à aucune partie de l'enfant. La matrice s'étendait au delà de l'ombilic; elle était très sensible à la pression; je ne pus, par le palper abdominal, rendu très difficile à cause des douleurs qu'il occasionnait, rien découvrir relativement à la position de l'enfant. Je négligeai de chercher le ballottement et de recourir à l'auscultation.

» Après une heure d'attente, je procédai à une seconde exploration; le résultat fut négatif. L'état de la mère était très satisfaisant. Les douleurs se succédaient rapidement; elles devenaient de plus en plus vives. Je me disposais à faire de nouvelles explorations, lorsque, sous l'influence de deux douleurs qui avaient tout le caractère expulsif, le ventre s'affaissa tout à coup et complétement. Aucune espèce de bruit, aucune odeur, aucun produit apparent ne vint nous avertir de cette sorte d'éructation utéro-vaginale; l'affaissement subit du ventre et le retrait de la matrice qui revint à peu près complétement sur elle-même sont les seuls phénomènes sensibles qui vinrent mettre fin à une tympanite utérine que j'avais prise pour une véritable grossesse.

» Avant de terminer cette note, je dois faire observer que les mamelles étaient prises d'un gonflement manifeste avec excrétion de lymphe laiteuse, que les règles ont été supprimées pendant tout le temps de la grossesse apparente, et que l'évacuation si subite des gaz renfermés dans la matrice a été suivie d'un écoulement leucorrhéique peu abondant. »

De pareils mécomptes n'ont aucune gravité sous le point de vue médical; mais comme ils peuvent devenir préjudiciables à la réputation d'un accoucheur, nous nous étonnons que notre honorable confrère n'ait pas dit un mot des moyens de diagnostic qui peuvent sauver d'une semblable méprise. A ce titre, nous croyons devoir rappeler la valeur de la percussion dans ces circonstances. Tant que l'utérus reste caché dans la cavité pelvienne, l'affection peut être méconnue; mais plus tard, sa résonnance semblable à celle de la tympanite intestinale, sa légèreté, jointe à l'absence des signes positifs que fournit la présence du fœtus, doivent éclairer sur la nature du développement de l'utérus. (*Bull. génér. de Thérap.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 décembre 1849. — Présidence de M. Boussingault.

Siége de la sensibilité.

M. le docteur Brown-Sequart, secrétaire de la Société de Biologie, envoie une note intitulée : *Sur le siége de la sensibilité et sur la valeur des cris comme preuve de la perception de douleur.*

« 1° Que l'expérience capitale relatée par plusieurs physiologistes comme démontrant que les lobes cérébraux ne sont pas le siége exclusif des perceptions, ne prouve aucunement ce qu'on a cru qu'elle démontrait;

» 2° Que les animaux peuvent crier alors qu'on leur a enlevé tout leur encéphale, moins la moelle allongée;

» 3° Que l'existence des cris ne peut pas prouver qu'il y a eu perception de douleur, puisque les cris résultent des contractions musculaires qui peuvent être de l'action réflexe, comme les contractions des muscles des membres;

» 4° Que la protubérance n'est pas, comme le croit M. Longet, le siége de la sensibilité;

» 5° Que si l'on admettait que les cris prouvent qu'il y a eu perception de douleur, il faudrait admettre que la moelle allongée sert aux perceptions de douleur;

» 6° Que si l'on admettait que l'agitation prouve aussi qu'il y a eu perception de douleur, il faudrait admettre que la moelle épinière sert à ces perceptions. »

Contractilité et sensibilité électro-musculaires.

M. Duchenne, de Boulogne, adresse le résumé d'un mémoire intitulé : *Recherches faites à l'aide du galvanisme sur l'état de la contractilité et de la sensibilité électro-musculaires dans les paralysies du membre supérieur.*

Ce mémoire est destiné à développer la proposition suivante :

Lorsqu'on étudie l'état des propriétés musculaires, en limitant l'action électrique dans chacun des muscles ou des faisceaux musculaires, on voit les paralysies du membre supérieur se partager en deux classes bien distinctes : dans l'une, la contractilité et la sensibilité électro-musculaires sont diminuées ou abolies; dans l'autre, la contractilité électro-musculaire est toujours intacte et la sensibilité électro-musculaire est ou normale, ou augmentée, ou diminuée et quelquefois même abolie. Dans la première, on compte les paralysies saturnines, les paralysies avec lésion ou sans lésion appréciable de la moelle ou du nerf qui en émanent et de cause non saturnine. Dans la seconde, on observe les paralysies cérébrales, les paralysies rhumatismales et les paralysies hystériques.

Concours ouvert devant la Faculté de Médecine de Paris

Pour une chaire de médecine opératoire.

M. Jarjavay.

M. Jarjavay, le plus jeune de tous les compétiteurs, est une des célébrités naissantes de l'École de Paris. Les travaux peu considérables encore qu'il a produits portent l'empreinte d'un observateur exact et d'un esprit pratique et ingénieux. Ils se font remarquer, en outre, par la facile et savante élégance qui préside à l'enchaînement des idées et à l'exposition des faits. Le succès que d'autres cherchent exclusivement dans la solidité de leurs connaissances ou l'originalité de leurs travaux, M. Jarjavay semble le chercher aussi dans le grand art de bien dire, qui séduit souvent lorsqu'il ne persuade pas.

Après quelques considérations sur le mode de cicatrisation des plaies, ce candidat aborde l'étude générale des moyens de réunion.

La *position*, quelquefois suffisante, est le plus souvent un moyen auxiliaire.

Les *bandages* entravent la circulation, produisent parfois un état œdémateux des membres et l'engorgement des lèvres de la plaie; de plus, ils se relâchent fréquemment et réunissent ordinairement mal les parties profondes.

Les *agglutinatifs*, ainsi que les bandages, réunissent mieux les parties superficielles que les profondes; à cet inconvénient s'en joint un autre qui leur est propre, et qui consiste dans une irritation parfois assez vive pour donner naissance à de vastes érysipèles.

Les *sutures* irritent les parties avec lesquelles elles se trouvent en contact, plus encore que les bandelettes; elles mettent en jeu la tonicité des muscles et amènent des rétractions musculaires; elles laissent à leur suite autant de trajets fistuleux; enfin elles déterminent de la douleur soit pendant leur application, soit pendant leur séjour, soit au moment de leur ablation. Néanmoins elles constituent un bon moyen de réunion.

Dans une seconde partie de sa dissertation, M. Jarjavay passe en revue les principales espèces propres à chacun des genres de moyens de réunion.

Il se trouve ainsi ramené à parler d'abord de la position et des bandages, sur lesquels il répète en partie ses premières considérations; puis des agglutinatifs, qu'il divise en taffetas d'Angleterre, remarquable par la solidité de l'adhérence qu'il contracte, en diachylum, fâcheux par l'irritation qu'il produit, et collodium, dont la valeur comme moyen incarnatif n'est pas encore suffisamment déterminée. Ces diverses espèces d'agglutinatifs conviennent surtout aux plaies tégumentaires.

Les sutures sont nombreuses; ici énumération et description un peu longue de leurs principales espèces. La suture à anse est nuisible par le froncement qu'elle détermine; celle de Pelletier est justement abandonnée; l'entrecoupée convient à certaines régions; l'entortillée, que M. Jarjavay avait principalement en vue en énumérant les accidents des sutures, est souvent employée avec avantage; la suture enchevillée réunit mieux les parties profondes que les superficielles.

Cette dissertation a été remarquable par l'agréable élégance de l'exposition, la richesse des détails et la variété des connaissances; à ces avantages, M. Jarjavay a ajouté celui d'avoir abordé franchement son sujet et de s'y être renfermé, sauf quelques rares et très courtes excursions sur les parties limitrophes du domaine chirurgical. A cette belle médaille il y a cependant un petit revers. M. Jarjavay n'a pas pu éviter les répétitions; il a un peu sacrifié la précision à l'abondance de la narration; plusieurs de ses appréciations ont manqué de netteté et parfois même de justesse. Ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, après s'être longuement étendu sur les nombreux inconvénients des sutures, il était naturel de croire qu'il les rejetterait dans la majorité des cas, et il a conclu, au contraire, qu'on les emploie souvent avec avantage; mais ce retour à une appréciation plus juste n'a lui-même été ni complet ni précis, et l'on serait très embarrassé, dans un cas donné, de choisir entre la suture et les bandages si l'on n'avait pour guide que les préceptes formulés par M. Jarjavay.

M. Robert.

M. Robert est membre de l'Académie de Médecine; comme chirurgien, sa réputation est déjà ancienne; comme homme de concours, ses succès sont nombreux; il appartient à cette pléiade d'hommes actifs et intelligents qui ont puisé à l'école de Dupuytren les solides principes de la bonne chirurgie.

M. Robert n'a pas eu cette fois le bonheur de répondre aux espérances que devaient faire naître de si honorables antécédents. Par une de ces préoccupations qu'expliquent sans doute, mais que ne justifient point les émotions du concurrent et un peu dans l'espèce les termes légèrement ambigus de la question, le savant candidat a confondu les *moyens* avec les *modes* de réunion, et il a presque exclusivement traité du mécanisme de la réunion immédiate, de la réunion médiate et enfin de la cicatrisation. Il a fait de la physiologie pathologique beaucoup plus que de la médecine opératoire. Au point de vue où M. Robert a envisagé la question, sa dissertation a d'ailleurs été extrêmement remarquable, et par la solidité des connaissances pratiques et par l'étendue ainsi que par le choix de l'érudition. Mais le mérite qu'il a montré, quelque grand qu'il soit, ne saurait racheter le tort de n'avoir point traité le sujet.

M. Malgaigne.

La position de ce candidat est de celles qui se dessinent assez d'elles-mêmes pour qu'on puisse se dispenser d'en parler. Qui ne connaît les travaux nombreux et remarquables de cet esprit ardent, original, ingénieux, indépendant, incisif, hardi parfois, même quelque peu aventureux? Qui n'a suivi les luttes scientifiques de ce critique inexorable prêchant constamment par le précepte et par

l'exemple la doctrine du libre examen, s'insurgeaot sans relâche contre l'autorité des opinions pour en appeler à l'autorité des faits, que du reste il ne respecte pas toujours lui-même ; mais presque également intéressant, nous dirions même volontiers séduisant, soit qu'il défende la vérité, soit qu'il combatte pour l'erreur ? Tel est M. Malgaigne.

Après avoir déclaré (nous ne déciderons pas si c'est hien à propos) que le sujet est un de ceux qui mériteot d'être le plus profondément médités, il s'est posé cette question : Quels sont les obstacles qui s'opposent à la réunion des plaies après les opérations ? Il lui a paru que la solution de cette question devait précéder l'examen de celle qui a été posée par le jury, car ce n'est que lorsqu'on connaît les obstacles qui s'opposent à la réunion qu'on peut apprécier les meilleurs moyens d'ohtenir celle-ci. Au premier rang parmi ces ohstacles, M. Malgaigne place la contractilité des tissus, qu'il divise en physique ou rétractilité et en vitale ou tonicité. Il rappelle les expériences faites sur les cadavres, d'une part, sur les lapins vivants, d'autre part, lesquelles mettent hors de doute ces deux espèces de forces qui s'opposent à la réunion des tissus divisés. Il étudie ensuite ces forces dans les divers tissus, dans l'état physiologique et dans l'état pathologique, spécialement dans l'inflammation.

M. Malgaigne, après s'être livré à ces considérations générales, aborde l'examen des moyens de réunion, qu'il divise en mécaniques et *thérapeutiques ;* il nomme ainsi les incisions, les dissections et même les résections que l'on pratique quelquefois à une certaine distance d'une plaie pour permettre aux lèvres de celle-ci de se rapprocber ou de s'affronter convenablement.

Quant aux moyens physiques, il étudie successivement la position, les bandages, les agglutinatifs, les sutures. La position est un auxiliaire dont il ne faut jamais se priver, et qui est quelquefois très important, comme lorsqu'il s'agit de réunir des mnscles et des tendons, ou seulement la peau dans des régions où elle est naturellement tendue.

Les handages ne sont utiles que dans des limites assez restreintes et dans quelques cas particuliers.

Les agglutinatifs ne doivent être mis en usage que dans les cas de plaies très superficielles ; mais M. Malgaigne trouve dans le collodium un moyen qui agrandit heaucoup la sphère d'action des agglutinatifs.

Quant aux sutures, que le candidat décrit succinctement, elles constituent le meilleur moyen de réunion, mais à divers degrés et suivant différentes circonstances qu'il cberche à préciser en citant quelques exemples. Il rapproche des sutures certains instruments unissants tombés dans l'oubli, qu'on vient de rctrouver en usage chez les Arabes de l'Algérie et que M. Vidal vient de remettre en usage sous le nom de serres-fines.

M. Malgaigne rappelle que la suture peut être applignée à la réunion des os, et a été appliquée effectivement par Flaubert pour réunir les deux fragments de l'humérus réséqués pour guérir une fausse articulation.

Enfin, il termine par un appendice sur la réunion des plaies intestinales ; il décrit succinctement les sutures qu'on a imaginées pour rcunir ces plaies et se prononce en faveur de la suture de M. Gély, de Nantes.

Cette composition, écrite avec une lucidité remarquable et même avec une certaine élégance, lue du commencement jusqu'à la fin sans un seul iustant d'bésitation, a produit l'impression la plus favorahle et la plus méritée. Sauf un préambule, que M. Malgaigne aurait pu avec avantage rendre plus court, il a eu le mérite d'être constamment dans la question ; toutes ses appréciations générales ont été justes ; on aurait seulemeot pu désirer que les exemples à l'appui dc chaque préférence particulière pour tel ou tel moyen fussent plus multipliés, car sans ces exemples on peut douter jusqu'à un certain point si le candidat donne à son appréciation précisément la portée qu'elle doit avoir ; en un mot, sans ces excmples, on peut être vrai d'une manière générale, mais on n'est pas prccis.

M. Malgaigne a ajouté, aux moyens de réunion généralement énumérés, les incisions faites sur les régions voisines des plaies pour donner plus d'cxtensihilité aux lèvres de celles-ci ; mais il a donné trop d'extension à cette idée en considérant les résections des os comme un moyen de réunion après les opérations : la résection, c'est l'opération elle-même, et les moyens de réunion sont ceux qui mettent en contact les parties réséquées.

L'appendice sur les plaies intestinales aurait pu être fondu dans l'appréciation générale des divers moyens de réuoion ; cependant nous ne croyons pas qu'on puisse faire au candidat un reproche sérieux d'avoir séparé des autres plaies celles des intestins, qui forment un groupe si distinct par la spécialité des moyeos de réunion qui leur convienoent.

Rcprocherons-nous à M. Malgaigne d'avoir, par deux fois différentes, donné uoe couleur un peu plaisante à sa critique ? Si ses intentions avaient été conformes à l'interprétation que leur a donnée l'auditoire, nous n'y manquerions pas ; mais nous aimons à croire, ou plutôt nous croyons être certain, que M. Malgaigoe n'a nullemeot songé à faire des épigrammes. On pourrait peut-être lui reprocher avec plus de raison d'avoir mentionoé plutôt qu'apprécié l'instrument qui a été l'occasion d'un des malentendus auxquels nous faisons allusion.

****

CORRESPONDANCE.

Nous avons reçu, il y a quelques jours déjà, la lettre suivante, que le défaut d'espace nous a empêché de publier plus tôt.

Monsieur le rédacteur,

J'ai lu, et nos confrères de province auront également lu, je n'en doute pas, avec un vif intérêt, le compte-rendu de la séance solennelle de rentrée de la Faculté de Médecine de Paris. Tous, nons avons applandi à la parole des maîtres ; tous, nous avons sympathisé avec les services rendus, avec les récompeoses si justemcnt données ! Mais, l'émotion calmée, n'est-il pas permis de se dire : le corps médical entier est-il donc à Paris, et les praticiens de provincc n'en font-ils donc plus partie ? Les médecins de la capitale, les élèves, je le sais, ont nohlement payé leur dette à la société en danger ; mais la province ne compte-t-elle pas aussi des services rendus, n'a-t-elle pas de dévouements à signaler, à récompenser ? Pourquoi nons laisser ainsi dans l'oubli ? Pourquoi nous isoler de nos confrères de la capitale ? Ne sommes-nous pas de la même famille ?

On nous dira : Le temps de la justice et de la rémunération viendra pour la province, et dans chaque localité atteinte par le fléau l'administration fera son devoir. L'administration !... Vous ne savez pas, Monsieur le rédacteur, ce que, pour nous autres médecins en province, ce mot renferme de déhoires, de mécomptes et d'injustices ! On nous donnera des médailles, des croix, soit ! mais à quel prix, à quel titre ? Comme en 1832, la politique distribuera des faveurs au lieu de récompenses ; les services médicaux seront de peu de poids dans la balance, si même on daigne en tenir compte. Tel qui n'aurait pas hésité à faire valoir, au point de vue médical, des droits légitimes, se tiendra dans l'ombre, parce que, d'une part, il sait à l'avance que l'administration le repoussera, et que, d'un autre côté, il n'aspire qu'à une récompense *professionnelle* qu'il croit avoir méritée. Je pourrais, à cet égard, vous citer des faits qui ne sauraient vous laisser aucun doute.

Il faut le dire, une appréciation réelle, sérieuse, manque à tout ce qui, dans les départements, émane de l'administration sous le rapport médical. Ne serait-il pas temps de donner au corps médical une vie qui lui soit propre ? de créer, par exemple, un centre commun où tous les intérêts de la profession viendraient se relier, une sorte de haut jury dans le sein duquel l'autorité viendrait puiser des renseignements sur les hommes et sur les choses, quand elle aurait à statuer sur les unes, et à choisir parmi les premiers ? L'industrie ne vient-elle pas de nous montrer ce que vaut et peut la justice rendue par tous, au nom de tous ? Pourquoi n'en serait-il pas ainsi dans le corps médical ! Pourquoi les Facultés, nos tuteurs naturels, ne seraient-elles pas appelées à donner à la profession la protection dont elle a besoin, surtout daos nos villes et dans nos campagnes ? Hélas ! les Facultés nous délaissent, pauvres, déshérités que nous sommes, et à peine si nous avons quitté leur giron, qu'elles scmhlent nous renier !

Le corps médieal de province, abandonné à lui-même, sans appui, reste à la merci de l'administration, contre laquelle il ne peut rien ; et cela est d'autant plus grave, que souvent un acte administratif qui n'a sa cause que dans des faits extra-médicaux conduit à des résultats qui atteignent l'homme dans ses intérêts professionnels.

Conveoez-en, Monsieur le Rédacteur, la présence *officielle* de quelques médecins de province dans l'hémicycle professoral eût été d'un excellent effet ; les élèves eussent accueilli avec transport les noms booorés de leurs devanciers daos la carrière, mais encore leurs émules au moment du danger. La séance en eût reçu quelque éclat peut-être, et le corps médical aurait vu daos ce fait l'aurore d'un avenir que de bons esprits, des hommes sérieux appellent de tous leurs vœux.

Agréez, etc.

UN MÉDECIN DE PROVINCE,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Nous approuvons sans réserve les justes réflexions faites par notre correspondant relativement aux récompenses méritécs par nos confrères de provincc. Mais on ne saurait faire à notre excellent doyen un reproche de n'avoir point parlé des dévouements que le corps médical de province, comme celui de Paris, a mis au service de l'humanité. M. Bérard ne pouvait s'occuper, dans une solennité de la Faculté, que des seuls élèves de son école ; c'est ce qu'il a fait avec la plus grande sollicitude comme avec la plus extrême convenance.

NOUVELLES.

Un grand et noble exemple de charité vient d'être donné par un enfant de Montpellier.

M. Corhin, médecin, retiré à Florensac, vient de laisser à cette commune un legs de 75,000 francs pour les pauvres, avec lesqucls il partageait depuis longtemps le superflu de son revenu.

— Les chirurgiens élèves de 1re division dont les noms suivent ont été désignés pour passer des hôpitaux militaires d'instruction à l'hôpital de perfectionnement de Paris.

Hôpital d'instruction de Lille. — MM. Marcenac, Poignet, Boulongne, Hamon, Mantel, Loncle, Pichon, Roustic, Caire, Mallez, Lefeuvre, Dubiez, Ahadie, Monscourt, Delannoy, Guihout, Jammes, Dehous, Turpin, Coupé, Lagorce-Lavergnc, Hautefeuille, Barre, Tampier, Thil, Henry, Delay, Bachon, Jean, Huhault, Bacrot, Bobillier, Gélibert, Villars, Lehour.

Hôpital d'instruction de Metz. — MM. Pallé, Valtat, Clavé, Rouhy, Fitz-James, Péridon, Guillaume, Lamotte, Verdier, Guinier, Pouzet, Laval, Chartier, Plouviers, Dermont, Grasset-Lagarde, Guéraud, Nuhlat, Suherbie, Malhaire, Peyreigne, Rousset, Joha, Guérignon, Pnlisse, Pontié, Rohert.

— Les chirugiens élèves de 2e division dont les noms suivent sont désignés pour passer à la 1re division des hôpitaux d'instruction où ils font leurs études.

Hôpital d'instruction de Lille. — MM. Gaudin, Gérard, Vachier, Léouffre, Touraine, Diéder, Lefort, Sauze, Vidal, Maury, Dénoyer, Mennesson, Desmytterre, Gonard, Duriau.

Hôpital d'instruction de Metz. — MM. Poincarré, Bonnecaze, Balley, Schreioer, Gillon, Réhcr, Martin, Lecomte, Sifflet, Boulangeot, Rech, Millot, Leplé, Trihan, Weyers, Marconnet, Allain.

Hôpital d'instruction de Strasbourg. — MM. Colin, Chalouin, Gallouin, Worms, Blin, Jacquemoux, Ely, Schœodœrffer, Noguès, Termonia, Béraud, Gourreau, Méder, Robinet, Kopf, Maritoux, Bouquerot, Janot, Fraissines, Aaron.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 6 DECEMBRE 1849. (22e ANNÉE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 142.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journa' p. aît trois fois par semaine:
.. MAR.., LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris. . . .	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements.	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger. . .	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 5 DÉCEMBRE 1849.

Séance de l'Académie de Médecine.

Nous sommes à une époque où les comités secrets se multiplient et tiennent, à l'Académie, la place des travaux scientifiques. Celui d'hier ne nous a permis d'entendre que le dépouillement de la correspondance et les quelques paroles pleines de sentiment et de convenance que M. Mérat a prononcées sur la tombe de son collègue, M. Lacournère.

La correspondance a apporté une nouvelle qui a aussi vivement surpris que tristement impressionné l'Académie. La choléra a envahi la ville de Lyon. Cette grande cité, qui avait joui d'un si heureux privilége pendant la grande épidémie de 1832, qui semblait devoir conserver la même immunité en 1849, vient, à son tour, d'être atteinte par le fléau. C'est l'hôpital militaire qui semble d'abord avoir été le foyer exclusif de la maladie. La ville n'aurait encore eu qu'un petit nombre de cas.

L'épidémie conserve d'ailleurs toute sa gravité. Sur 41 malades, l'hôpital militaire comptait déjà 21 morts au départ de la lettre de M. Angelot.

Tous les médecins suivront avec un douloureux mais bien vif intérêt la marche de l'épidémie dans cette importante cité, qui, en apparence, devrait être si favorable au développement du fléau, et qui cependant semblait seule le défier pendant que toutes nos grandes villes en subissaient plus ou moins violemment les atteintes.

Position des internes dans les hôpitaux.

Les justes réclamations que nous avons fait entendre touchant les injustes mesures que l'administration se propose de prendre contre les internes des hôpitaux ont trouvé de l'écho dans la presse quotidienne. Un journal qui s'occupe avec sollicitude de tous les intérêts légitimes, le *Pays*, contient aujourd'hui les lignes suivantes dont nous serions heureux de trouver l'équivalent dans d'autres organes de la presse, qui s'honorerait ellemême en prenant sous sa protection une cause aussi juste.

Après avoir rappelé les quelques innovations heureuses faites dans l'administration des hôpitaux après les événements de février, le *Pays* ajoute :

Parmi ces innovations, il faut citer l'autorisation qu'avaient les internes des hôpitaux de recevoir, moyennant 20 fr. par mois, leur nourriture dans les établissements auxquels ils étaient attachés.

On sait que les internes des hôpitaux, nommés par le concours, sont pour la plupart des jeunes hommes laborieux qui se consacrent avec ardeur à l'étude de la science, et des rangs desquels sont sortis les plus illustres chirurgiens et les plus illustres médecins dont s'honore la France.

Nous apprenons avec peine qu'il est question de supprimer ces avantages aux internes, qui sont, pour la plupart, des jeunes gens pauvres.

Une innovation en général, et surtout une innovation utile, est toujours si difficile et si rare en France, qu'on devrait bien maintenir celle dont nous parlons, et ne point supprimer l'aide que l'on donne aux internes des hôpitaux.

Parmi les journaux qui ont accueilli notre article et qui l'ont répété avec approbation, nous citerons encore le *National;* nous savons, du reste, qu'une pétition a été adressée par MM. les internes à M. le directeur de l'Assistance publique, et nous avons tout lieu d'espérer qu'il sera fait droit à d'aussi justes réclamations.

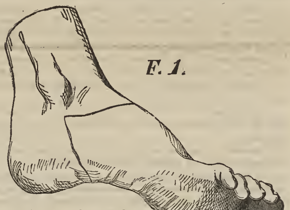
L'Académie de Médecine tiendra sa séance annuelle mardi prochain, 11 décembre, dans le local habituel et à l'heure ordinaire de ses séances. M. le secrétaire perpétuel prononcera l'éloge d'Antoine Dubois.

Des divers procédés d'amputation tibio-tarsienne.

Les débats qui ont eu lieu récemment et les observations importantes qui ont été publiées sur les divers procédés d'amputation tibio-tarsienne nous ont fait penser qu'on ne lirait pas sans intérêt une description comparative de ceux de ces procédés qui se partagent en ce moment la faveur publique, et dont on semble à tort se disputer la priorité. Outre que cette description nous semble de nature à concilier d'honorables prétentions rivales, nous croyons qu'elle aura l'avantage, plus précieux encore, d'éclairer d'une manière plus complète l'opinion publique sur tous ces procédés, dont la différence ne consiste souvent que dans des modifications opératoires fort difficiles à saisir lorsqu'on n'a pas sous les yeux les pièces du procès. Nous avons donc tâché de rendre plus intelligible encore, par des figures, la description suivante, que nous devons à l'obligeance de notre excellent et savant confrère M. Gosselin.

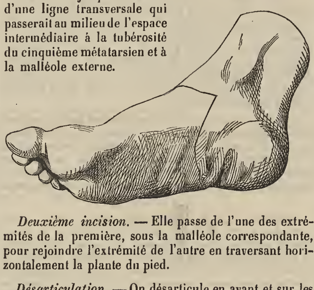
PROCÉDÉ DE SYME. — LAMBEAU PLANTAIRE.

Première incision. — Elle est courbe, à convexité antérieure, et s'étend, sur la face dorsale du pied, du



F. 1.

sommet de l'une des malléoles à l'autre. Sa partie moyenne s'avance jusqu'au niveau d'une ligne transversale qui passerait au milieu de l'espace intermédiaire à la tubérosité du cinquième métatarsien et à la malléole externe.



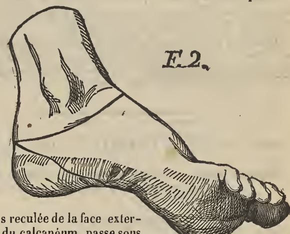
Deuxième incision. — Elle passe de l'une des extrémités de la première, sous la malléole correspondante, pour rejoindre l'extrémité de l'autre en traversant horizontalement la plante du pied.

Désarticulation. — On désarticule en avant et sur les côtés, et l'on termine en coupant le tendon d'Achille et les couches cellulo-adipeuses de la plante du pied. Cette dernière partie est longue et difficile, parce que les couches dont il s'agit sont épaisses et fort adhérentes.

PROCÉDÉ DE M. J. ROUX. — LAMBEAU PLANTAIRE ET INTERNE.

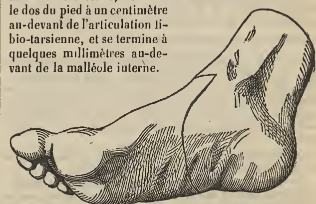
Afin de conserver l'artère tibiale postérieure et l'artère plantaire interne dans le lambeau, et de distinguer plus commodément les couches sous-jacentes à la peau, M. J. Roux a proposé de conserver un lambeau, non pas exclusivement plantaire, mais bien plantaire et interne tout à la fois. Il exécute son procédé de la manière suivante :

Première incision. — Elle commence à la partie la



F. 2.

plus reculée de la face externe du calcanéum, passe sous la malléole externe, vient sur le dos du pied à un centimètre au-devant de l'articulation tibio-tarsienne, et se termine à quelques millimètres au-devant de la malléole interne.



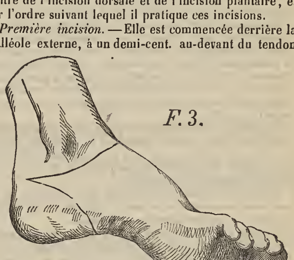
Seconde incision. — Elle continue la première sur le bord interne du pied, passe sous la plante, un peu obliquement en arrière du bord interne vers le bord externe, et vient enfin se terminer au point où l'on a commencé, sur la partie la plus reculée de la face externe du calcanéum.

Désarticulation. — On entre largement dans l'articulation par son côté externe ; on est dès lors plus à l'aise pour séparer du calcanéum les couches adipeuses sous-cutanées, et pour ménager l'artère plantaire interne.

PROCÉDÉ DE M. MOREL, DE MONTDIDIER. — LAMBEAU PLANTAIRE ET INTERNE. (Thèse de Paris, 1848.)

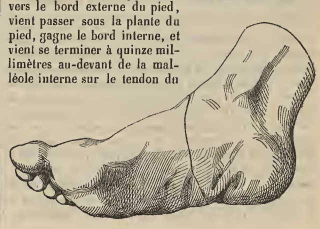
Le procédé de M. Morel ressemble à celui de M. J. Roux; il en diffère seulement par les points de rencontre de l'incision dorsale et de l'incision plantaire, et par l'ordre suivant lequel il pratique ces incisions.

Première incision. — Elle est commencée derrière la malléole externe, à un demi-cent. au-devant du tendon



F. 3.

d'Achille; elle se dirige en bas vers le bord externe du pied, vient passer sous la plante du pied, gagne le bord interne, et vient se terminer à quinze millimètres au-devant de la malléole interne sur le tendon du



jambier antérieur.

Seconde incision. — Celle-ci part de ce point, et, formant avec la précédente un angle de 115 à 120 degrés, vient passer transversalement sur le dos du pied, et se termine en se réunissant avec le point de départ de la première.

Le but principal de ce procédé est encore de conserver l'artère dans le lambeau.

Il nous suffira de rappeler, à la suite des procédés précédents, ceux beaucoup plus communs de MM. Baudens, Blandin, Jobert et Sédillot :

1° Lambeau dorsal (procédé de M. Baudens);

2° Deux lambeaux latéraux (procédé de M. Blandin);

3° Lambeau latéral interne (procédé de MM. Jobert, Sédillot, Soupart.)

Pour tous ces procédés, moins celui de M. Soupart, on peut voir d'ailleurs la *Gazette des Hôpitaux* du 27 juillet 1848 (Mémoire de M. J. Roux).

Quant au procédé de M. Soupart, encore peu connu en France, il se rattache à des principes généraux que l'auteur applique à beaucoup d'amputations, et que nous nous proposons d'exposer plus tard.

HOPITAL DE LA CHARITE. — M. CRUVEILHIER.

Érysipèle ambulant, suite d'une saignée. — Utilité du quinquina dans cette maladie.

Tout le monde sait que, si l'érysipèle ordinaire n'offre qu'une gravité très légère, il en est tout autrement de l'érysipèle ambulant, dont l'issue, au contraire, est assez souvent funeste. M. Cruveilhier a appelé l'attention de ses élèves sur un exemple curieux de cette maladie, qui se trouve en ce moment dans ses salles.

OBS. — Une femme nommée Lefèvre, âgée de trente-huit ans, coutrrière, enceinte de cinq mois, vint à la consultation de la Charité vers le 15 novembre dernier, se plaignant de malaise général, de chaleurs vers la tête, de picotement à la peau, et principalement aux jambes quand la malade se tenait longtemps debout; ces organes étaient le siége d'un léger œdème.

On prescrivit à cette malade une saignée, qui fut pratiquée à l'instant dans la salle de la consultation.

Revenue chez elle, elle se remit immédiatement au travail, et, dans la journée même, elle éprouva une douleur dans le pli du bras. Les jours suivants cette douleur augmenta, et s'accompagna de rougeur autour de la piqûre, puis du gonflement, puis enfin d'un malaise général et de fièvre. Le gonflement et la rougeur s'étendirent bientôt à tout le bras, et la malade fut obligée de réclamer son admission dans l'hôpital.

Lorsqu'elle entra dans le service de M. Cruveilbier, presque tout le bras et l'avant-bras gauches étaient envahis par l'érysipèle et étaient le siége d'un œdème assez considérable; les douleurs y étaient modérées. Il y avait un mouvement de fièvre assez intense; mais ce qui prédominait surtout, c'était un état de stupeur et de prostration très prononcées qui donnaient à la malade une sorte d'apparence typhoïque.

On se contenta d'abord de faire des onctions d'axonge sur la partie enflammée, et de prescrire quelques tisanes adoucissantes à l'intérieur.

Les jours suivants, l'érysipèle s'étendit sur toute l'épaule gauche et envahit le dos du même côté; l'état de prostration augmenta notablement. M. Cruveilhier prescrivit alors deux verres de décoction de quinquina et une potion contenant deux grammes d'extrait résineux de la même écorce.

Deux jours après l'usage de cette médication, l'adynamie diminua d'une manière très évidente, mais la marche continue de l'éruption. Celle-ci, en effet, s'étendit à presque toute la partie gauche du dos, puis un peu à la partie droite supérieurement, à la partie droite du cou et de la portion supérieure de la poitrine, à la face du même côté, et enfin au côté gauche du cou et de la face, où il existe encore principalement aujourd'hui.

Pendant que cette singulière progression s'accomplissait, l'état général de la malade continuait à s'améliorer; le pouls a repris aujourd'hui à peu près sa fréquence normale; la prostration a complétement disparu. Depuis hier la malade demande instamment à manger.

M. Cruveilhier accorde aujourd'hui deux bouillons, et fait continuer seulement la décoction de quinquina et les onctions d'axonge sur les parties encore enflammées.

Le bras, le dos et la partie envahie de la poitrine sont en voie de desquamation; le bras et l'avant-bras sont encore le siége d'un œdème assez prononcé. La piqûre de la saignée est parfaitement cicatrisée et n'a point suppuré, non plus qu'aucune autre partie du bras, du dos ou de la poitrine.

Cet érysipèle, dit M. Cruveilhier, est remarquable par la cause qui lui a donné naissance. Il est assez fréquent de voir, à la suite des saignées, la piqûre s'enflammer, donner lieu à un petit phlegmon circonscrit qui se termine par résolution ou par suppuration, mais qui ne s'étend guère au loin, à moins qu'il ne se complique de phlébite, cas dans lequel il se manifeste des phénomènes bien autrement graves que ceux que nous avons observés chez cette malade. Ici, chose remarquable, les phénomènes morbides ont été très peu prononcés sur le lieu même de la petite blessure, et ils se sont néanmoins étendus au loin. Il s'est, en un mot, développé un de ces érysipèles si singuliers, et assez fréquemment si dangereux, qu'on a désignés sous le nom d'ambulants.

J'ai eu souvent l'occasion d'observer de ces érysipèles avec ou sans complication de phlegmon, à l'hospice de la Maternité, où ils ont si fréquemment une terminaison funeste. C'est dans cet établissement surtout qu'on observe au plus haut degré cette prostration, qui s'est aussi présentée chez notre malade, mais avec un caractère moins exagéré. C'est dans cet établissement qu'après avoir tenté sans succès une foule de médications différentes, j'ai été conduit à expérimenter les préparations de quinquina, et que j'en ai constaté les excellents effets.

Depuis lors, je suis resté fidèle à cette médication, dont j'ai eu constamment à me louer dans tous les cas d'érysipèle ambulant. Lorsque les phénomènes de prostration qui accompagnent habituellement cette maladie sont peu prononcés, je me borne à prescrire deux verres de décoction de quinquina dans les vingt-quatre heures. Lorsqu'ils sont plus graves, je joins à cette décoction l'extrait résineux de l'écorce à la dose de 2 à 4 grammes; et au besoin, je prescris encore la décoction en lavement associé au camphre. Enfin, il m'arrive quelquefois, quand la coloration de l'érysipèle prend un mauvais caractère, d'ajouter des topiques composés de camphre et de quinqnina, au lieu de me borner à des onctions avec l'axonge, comme je l'ai fait chez notre malade. C'est donc à celle médication que je vous engage de vous rattacher dans les cas analogues à celui que vous observez en ce moment. Je suis convaincu que c'est, dans l'état actuel de la science, celle qui peut donner les meilleurs résultats.

HOPITAL COCHIN. — M. MAISONNEUVE.

Taille rectale.

Nous avons eu déjà l'occasion (1) de parler de la taille rectale, nouvelle méthode de litbotomie, imaginée par M. Maisonneuve. Un nouvel exemple de cette opération ingénieuse existe en ce moment à l'hôpital Cochin.

OBS. — Le sujet est un homme de quarante-cinq ans, qui était entré à l'hôpital pour y être traité d'un raccourcissement énorme du membre inférieur, suite d'une fracture de cuisse mal consolidée. En explorant avec attention ce malade, M. Maisonneuve reconnut, indépendamment de la fracture de cuisse, l'existence d'une pierre dans la vessie.

La circonstance de la fracture de cuisse, pour laquelle un pansement spécial était nécessaire, engagea M. Maisonneuve à proposer au malade l'opération de la taille, qui se pratique en une seule séance, de préference à la lithotritie, qui exige des séances multipliées. Et, parmi les méthodes diverses, M. Maisonneuve préféra la méthode rectale, dont il est l'inventeur et qui lui a déjà donné le beau succès dont nous avons entretenu nos lecteurs en 1847.

En conséquence, le 24 octobre, après la préparation d'usage, M. Maisonneuve procéda à l'opération de la manière suivante :

Le malade est couché sur le dos en travers de son lit, la tête soutenue par un oreiller, les cuisses fléchies sur le bassin, les jambes fléchies sur les cuisses, les genoux écartés et maintenus en cette position par deux aides. Un cathéter courbe à large cannelure est introduit par l'urètre jusque dans la vessie. Un aide le maintient perpendiculaire à l'axe du corps et le déprime un peu vers le rectum.

Premier temps. — Le chirurgien, placé entre les cuisses du malade, introduit dans le rectum son doigt index gauche, dont la pulpe, tournée en haut, reconnaît d'arrière en avant la prostate d'abord, puis l'angle antérieur de cet organe et la portion membraneuse de l'urètre. Au niveau de ce dernier point, il trouve la cannelure du cathéter; alors, tournant l'index en pronation forcée, il introduit son ongle dans la cannelure de l'instrument. L'exécution de ce premier temps demande à peine quelques secondes.

Deuxième temps. — Un bistouri pointu, dont la lame est enveloppée de linge jusqu'à un centimètre de son extrémité, est tenu de la main droite comme une plume à écrire, et glisse le long du doigt index gauche jusque dans la cannelure du cathéter. Il sert à inciser, dans l'étendue d'un centimètre, la paroi antérieure du rectum et la portion membraneuse de l'urètre.

Troisième temps. — Aussitôt cette incision faite, le chirurgien, dont l'ongle de l'index gauche reste fixé dans la cannelure du cathéter, retire le bistouri, prend de la main droite le lithotome double dont il tourne la concavité en haut, le glisse, comme il avait fait du bistouri, le long du doigt index gauche jusque dans la cannelure du cathéter, et s'assure par quelques mouvements du contact parfait des instruments; puis, retirant l'index du rectum, il saisit avec la main gauche le cathéter, qu'il soulève un peu tandis que de la main droite il pousse le lithotome jusque dans la vessie. Aussitôt la main gauche, qui tenait le cathéter, retire cet instrument; la main droite fait tourner sur lui-même le lithotome pour ramener sa concavité en arrière.

Quatrième temps. — Le chirurgien introduit dans le rectum, au-dessus du lithotome, l'index et le médius gauches, les écarte pour protéger le sphincter, pendant que de la main droite il presse sur la bascule du lithotome et retire cet instrument, dont les lames écartées font, à la prostate et à la partie correspondante du rectum, une incision bilatérale par laquelle M. Maisonneuve fit avec la plus grande facilité l'extraction d'une pierre murale du volume d'une noix un peu aplatie.

Cette opération brillante, exécutée en quelques secondes, n'a donné lieu à aucune hémorrhagie; dès le troisième jour l'urine a commencé à couler par l'urètre, et, malgré les conditions défavorables dans lesquelles se trouvait le malade par suite de sa fracture de cuisse, tout fait espérer une prompte et complète guérison.

Un mois s'est écoulé depuis l'opération. La vessie conserve parfaitement l'urine; seulement, quand le malade, qui reste constamment couché à cause de sa fracture, fait effort pour uriner, une certaine portion de l'urine passe encore dans le rectum et est rendue quelques instants après par l'anus; mais cette quantité d'urine diminue sensiblement chaque jour. C'est donc un nouveau cas de guérison à ajouter à celui que nous avons signalé; et nous pouvons, dès à présent, considérer cette opération comme une belle conquête chirurgicale.

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux*, 1847, p. 442 et 377.

Tumeur fibreuse interstitielle de l'utérus occupant la paroi postérieure de cet organe.

Nous venons d'assister à une de ces opérations ingénieuses et hardies qui, s'attaquant à des maladies jusqu'alors incurables, constituent un progrès important dans l'art et une véritable conquête pour l'humanité. Voici le fait :

Une jeune femme souffrait depuis environ trois années de pertes utérines fréquemment répétées, et surtout de douleurs violentes qui se renouvelaient à chaque époque menstruelle. Plusieurs médecins distingués déclarèrent que sa maladie n'était point de celles dont l'art peut tenter la guérison, et l'avaient engagée à prendre patience. Les douleurs cependant prenaient un caractère de violence extrême, et la malade était devenue incapable de rien faire dans son ménage. La perspective d'une vie de souffrance qui devait fatalement aboutir à une mort horrible au bout de quelques années l'avait jetée dans une sorte de désespoir. Quand elle apprit qu'une dame qui se trouvait dans le même cas avait été opérée heureusement par M. Maisonneuve, elle vint aussitôt à l'hôpital Cochin, où ce chirurgien, après un examen approfondi, déclara l'opération possible.

La matrice avait acquis un volume considérable, celui d'une grossesse de cinq mois environ. On la sentait dans l'hypogastre jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic. Du côté du rectum, on la trouvait occupant la plus grande partie de l'excavation pelvienne. Du reste, elle était mobile, pouvait être facilement soulevée et abaissée; elle ne présentait à sa surface, examinée par l'hypogastre et par le rectum, aucune bosselure, aucune inégalité. Son col, dans l'état normal, permettait à peine l'introduction d'une sonde de femme. La lèvre antérieure était un peu prolongée; la postérieure, plus courte, se continuait avec la partie globuleuse de l'organe, en présentant un bourrelet de 2 centimètres d'épaisseur.

Une sonde de femme, introduite dans la cavité utérine, fit reconnaître à cette cavité une profondeur de 12 centimètres et une largeur de 2 centimètres et demi environ. Cette sonde se dirigeait tout à fait en avant et laissait en arrière presque toute l'épaisseur du globe de l'organe. Il était impossible de mouvoir la sonde latéralement dans une étendue de plus d'un pouce: là elle était invinciblement arrêtée par les parois de la cavité utérine.

Nul doute alors qu'il s'agissait d'une tumeur développée aux dépens de la paroi postérieure de la matrice; puis, en considérant sa consistance, son indolence, sa position spéciale, il était certain qu'elle ne pouvait être autre chose qu'une tumeur fibreuse interstitielle.

Pour tous les chirurgiens, une tumeur fibreuse interstitielle de ce volume eût été une affection incurable. M. Maisonneuve ne pensa pas ainsi, et, se fondant sur deux faits qui lui sont propres et sur plusieurs dissections de tumeurs analogues, l'habile chirurgien de Cochin décida l'opération.

C'est le mercredi 28 octobre qu'elle fut exécutée.

La malade est couchée à l'extrémité du lit d'opération, les cuisses écartées, les jambes soutenues par deux aides. Elle est soumise à l'inhalation du chloroforme; puis, aussitôt l'insensibilité obtenue, l'opération commence.

M. Maisonneuve introduit dans l'utérus un lithotome double dont la concavité regarde en avant; puis, étant arrivé au fond de la cavité utérine, il tourne la concavité du lithotome en arrière, presse sur la bascule pour écarter les lames et retire l'instrument ouvert pour inciser latéralement le col. Après cette incision, le doigt index de la main droite pénètre facilement dans l'orifice et en agrandit l'ouverture par des pressions énergiques; le doigt index de la main gauche lui vient alors en aide, et, par des tractions en divers sens, ces deux doigts agrandissent encore l'orifice en déchirant le tissu utérin. Malgré ces manœuvres, l'orifice se trouve encore trop étroit; M. Maisonneuve incise alors la lèvre postérieure d'avant en arrière avec le bistouri boutonné et dilate avec les doigts cette nouvelle incision pour se mettre en garde contre l'hémorrhagie. Après ces préliminaires, qui n'ont demandé que quelques secondes, M. Maisonneuve introduit dans l'utérus l'index et le médius droits, et, tandis que sa main gauche soutient l'utérus à travers l'hypogastre, il déchire avec ses deux doigts le tissu utérin qui recouvre en avant la tumeur et que le lithotome avait déjà entamé sur les côtés.

Dès ce moment, l'énucléation commence; les deux doigts, introduits dans l'utérus, séparent par des mouvements rapides et énergiques le corps fibreux du tissu utérin auquel il adhère. Cette énucléation s'opère dans toute la hauteur à laquelle les doigts peuvent atteindre, c'est-à-dire dans le quart inférieur de la tumeur.

C'est alors que l'opérateur applique une, puis deux, puis trois érignes simples et doubles, à l'aide desquelles il fait exercer de fortes tractions sur le corps fibreux; celui-ci descend de quelques lignes, et permet aux doigts de l'énucléer jusque vers la moitié de sa hauteur.

Aussitôt ce premier résultat obtenu, M. Maisonneuve faisant l'application du procédé ingénieux qu'il avait imaginé dans un cas semblable, porte sur le corps fibreux la pointe de forts ciseaux courbes, avec lesquels il pratique sur ce corps

des incisions profondes, ce qui permet à la tumeur de s'allonger et, de s'engager dans l'orifice utérin ; mais à mesure que la tumeur s'engage et s'abaisse, les doigts peuvent l'énucléer plus haut : de sorte qu'en combinant ces trois manœuvres, incision sur le corps fibreux, tractions et énucléation, M. Maisonneuve parvient bientôt à engager la moitié inférieure de la tumeur dans l'orifice utérin.

A ce moment, des tractions plus fortes font éprouver à l'utérus un renversement tel que la moitié supérieure de sa face interne avec le corps fibreux qui lui adhère se présenta au dehors de la vulve ; alors il devient facile d'opérer la dissection exacte et minutieuse de la tumeur. Cette dissection est faite avec une telle habileté que pas une fibre utérine ne reste adhérente, malgré les sillons assez profonds et plusieurs bosselures que le corps fibreux présente à sa surface. Aussitôt la dissection terminée, la tumeur tombe ; M. Maisonneuve s'assure qu'aucune portion de la tumeur n'est restée adhérente, puis il repousse l'utérus et le replace dans sa position normale.

L'opération a duré moins de vingt minutes.

Les dimensions de la tumeur sont :

Dans sa longueur.	10	centimètres
Dans sa largeur.	9,50	—
Dans son épaisseur.	6,50	—
Dans sa circonférence transversale.	26	—
Dans sa circonférence verticale.	27	—

Il y a cinq jours que cette opération hardie a été pratiquée, et tout fait espérer que les suites en seront heureuses.

Quoi qu'il arrive, nous pouvons, dès à présent, dire que M. Maisonneuve a, par sa hardiesse et son habileté, résolu un des problèmes les plus difficiles de la médecine opératoire, et reculé les limites de l'art dans le traitement des tumeurs utérines. M...

Cas remarquable de calcul intestinal.

M. Moride, pharmacien à Nantes, a communiqué à la Société de Chimie médicale de Paris un fait très remarquable de calcul intestinal. Les réflexions que l'auteur y ajoute nous paraissent fort sensées. Cependant nous regretterons que l'honorable confrère qui a été appelé à donner des soins au malade n'ait pas insisté davantage sur les antécédents, et qu'il n'ait pas donné toutes les explications nécessaires pour convaincre le lecteur que ni le médecin ni le pharmacien n'ont été dupes d'une innocente supercherie. Probablement l'un et l'autre ont pris ces précautions ; mais il n'aurait pas été inutile d'en faire part au public.

Un capitaine au long cours du port de Nantes, M. B..., sujet d'une forte constitution, était atteint de coliques atroces suivies de dysenterie chaque fois qu'il passait la ligne et séjournait dans les pays chauds. Cette maladie ne disparaissait, dit-il, qu'après qu'il avait rendu avec douleur, par l'intestin, des centaines de petites aiguilles flexibles et réunies en pelotes. De retour en Europe, il y a quelques mois, la même indisposition se manifesta chez lui, et la crise ne se termina qu'après plusieurs purgations à l'huile de ricin, qui expulsèrent, à différentes fois, une multitude d'aiguilles cristallines.

M. le docteur Bigé, vers la fin de la maladie, ayant aperçu au milieu des déjections ces curieuses aiguilles, questionna le malade, et apprit ainsi les faits que nous venons de rapporter. Etonné de cette production, qu'il ne pouvait assimiler qu'à ces amas globuleux de poils appelés égagropiles, signalés par Berzélius comme ayant été trouvés quelquefois dans les intestins des enfants et de certains animaux ruminants, M. Bigé fit recueillir et laver plusieurs de ces aiguilles, qu'il confia à notre examen, dans le but d'en connaître la composition réelle, et de chercher à se rendre compte de leur formation et de leur présence accidentelle dans l'économie.

Ces aiguilles ressemblaient à des crins coupés, très pointues d'un bout, à la manière des arêtes de poissons ; elles étaient, de l'autre, tantôt trifurquées, tantôt quadrifurquées, disposition qui semble évidemment prouver qu'elles avaient dû être attachées à un noyau comme le sont les poils qui recouvrent les bézoards. Chaque aiguille, translucide, d'un jaune serin, était canaliculée, traversée à son milieu par un tube capillaire, et présentait plusieurs angles. Leur longueur moyenne était de 14 à 16 millimètres ; leur grosseur dépassait celle d'un gros crin. Soumises à l'action de la flamme, ces aiguilles se charbonnaient d'abord, et devenaient ensuite d'un blanc irisé. L'action dissolvante de l'eau, soit sur les aiguilles non calcinées, soit sur celles qui avaient subi l'effet du feu, était nulle à froid et à chaud.

L'acide nitrique bouillant dissolvait une partie des cristaux sans altérer leur forme, et abandonnait comme résidu une matière animale élastique très fortement colorée en jaune.

La potasse caustique en solution dissolvait la matière animale des aiguilles, et laissait intact leur squelette minéral.

L'analyse chimique exécutée sur 13 centigrammes de substance donna les résultats suivants :

Matière animale.	5
Phosphate de chaux.	6
Carbonate de chaux provenant d'un oxale.	1
Sels alcalins solubles, magnésie et perte.	1
	13

Ces calculs, se demande M. Moride, ont-ils été sécrétés de toutes pièces directement par les muqueuses ? proviennent-ils de la vésicule biliaire ? ou bien une sécrétion muqueuse alcaline est-elle venue les précipiter de la sécrétion normale où les phosphates acides sont en solution ?

Cette dernière manière d'envisager leur production nous semble la plus rationnelle.

Comme le dit M. Civiale, si l'appareil urinaire est le siége d'une phlegmasie prolongée, des dépôts de phosphate, qui restent en dissolution dans les urines, se forment alors.

Du reste, n'a-t-on pas trouvé parmi les déjections alvines des fiévreux typhoïdes, alors que les muqueuses deviennent alcalines, des cristaux microscopiques formés de phosphate de chaux, dont l'origine doit être la même que celle des aiguilles dont nous venons de parler ?

Sur le danger d'employer des bougies et des sondes de Gutta-Percha.

Tel est le titre d'une observation tristement intéressante que le *Bulletin de Thérapeutique* vient d'emprunter au *London medical Gazette*. Cette observation tendrait à infirmer les conclusions qu'on pourrait tirer de l'observation insérée dans une de nos précédentes *Revues cliniques*. Mais il faut observer cependant que la sonde anglaise a été fabriquée avec une bande roulée de gutta-percha, tandis que celles qu'on emploie en France sont fabriquées d'un seul morceau de substance tirée à la filière, exactement comme du macaroni.

Voici maintenant l'observation du *London medical Gazette* :

Depuis l'introduction du gutta-percha en Europe, on a cherché à en étendre l'emploi à la chirurgie. Ainsi, on a fabriqué avec cette substance des attelles susceptibles de se mouler sur un membre malade, des spéculums, des tubes de diverses natures, des sondes, des bougies, etc. La propriété précieuse que possède cette substance de se ramollir dans l'eau tiède, jointe à son prix peu élevé, la recommande à l'attention des chirurgiens. Toutefois, à mesure que l'usage de ces instruments s'est répandu, on n'a pas tardé à reconnaître qu'ils offraient des inconvénients en certaines circonstances : ainsi le gutta-percha, quand il est maintenu en contact avec la peau pendant un certain temps, détermine une irritation assez vive.

Cette irritation est encore plus marquée lorsque cette substance est en rapport avec une muqueuse, comme cela a lieu pour les sondes et pour les bougies. Mais là n'est pas le seul inconvénient de cette nouvelle substance. Par la manière dont on fabrique les sondes et les bougies de gutta-percha, ces instruments peuvent être la source d'inconvénients, même de véritables dangers. En effet, pour fabriquer une sonde en gutta-percha, on prend une lame de cette substance, d'un pouce de large et d'une longueur suffisante ; on roule cette lame autour d'un stylet ; et pour faire adhérer les bords, on expose le tout à une chaleur modérée. On comprend que si on donne à cette sonde une impulsion dans une direction unique, les bords de la lame de gutta-percha se pressent et se maintiennent naturellement ; mais si elle se courbe dans des directions contraires, à moins que l'adhérence ne soit intime, la lame de gutta-percha se déroule, et la chaleur du corps facilite encore cette séparation. M. Hawkins, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, a vu récemment une sonde de gutta-percha qui s'était entièrement déroulée, et qu'il a pu retirer sans rupture. Mais les choses ne se passent pas toujours aussi heureusement. Il y a en ce moment dans les hôpitaux de Londres deux malades chez lesquels ce déroulement de la sonde a eu lieu, et chez lesquels il est resté dans la vessie une portion de l'instrument.

L'un d'eux, âgé de cinquante-huit ans, atteint de rétention partielle d'urine, causée par l'engorgement de la prostate, eut l'idée malheureuse de substituer aux sondes de gomme élastique dont il se servait habituellement une sonde en gutta-percha. En voulant retirer cette sonde, elle se brisa dans l'urètre, et quatre pouces environ de l'instrument restèrent dans la vessie. En pratiquant le cathétérisme on reconnut effectivement que le fragment de sonde occupait le côté gauche du bas-fond de la vessie. M. Hewett commença par endormir le malade avec le chloroforme, puis il introduisit un petit lithotriteur dans la vessie. L'introduction de cet instrument ne fut pas sans difficulté, à cause d'un rétrécissement de la portion membraneuse de l'urètre. Il trouva l'instrument dans la même position où il l'avait d'abord rencontré, dans le côté gauche du bas-fond de la vessie. Il le saisit et l'entraîna dans l'urètre ; mais arrivé à la portion membraneuse, le fragment se brisa de nouveau, et l'on ne retira qu'un demi-pouce de la sonde, couvert de matière calcaire. M. Hewett introduisit alors une paire de pinces urétrales droites, et alla saisir le corps étranger, qui se brisa de nouveau. Cependant il parvint à extraire encore un pouce du fragment. Une nouvelle introduction de la pince urétrale permit d'extraire le reste. Le malade sentit un peu de douleur pendant l'opération ; des envies fréquentes d'uriner pendant un jour ou deux, mais pas d'autre accident ; seulement la rétention d'urine est plus intense et oblige à l'emploi répété de la sonde.

De l'emploi de la graine de moutarde noire dans le traitement des hydropisies consécutives aux fièvres intermittentes.

Si la cherté toujours croissante des préparations de quinquina a fait recourir depuis quelque temps à plusieurs autres remèdes dans le traitement des fièvres intermittentes, il ne doit paraître aucunement étonnant, dit M. Van Rhyn, qu'on cherche aussi à leur substituer d'autres agents thérapeutiques dans les maladies qui succèdent aux fièvres d'accès. Les engorgements viscéraux et les épanchements séreux qui entravent si souvent la guérison définitive des fébricitants réclament, en effet, une dépense de quinquina ou de quinine beaucoup plus considérable que la fièvre elle-même ; il est donc au moins aussi important, au point de vue économique, de posséder des moyens pouvant remplacer le quinquina et ses dérivés dans ces circonstances.

Ayant pratiqué longtemps dans une contrée où les fièvres paludéennes sont les maladies dominantes, j'ai appris à connaître un traitement qui m'a réussi si souvent dans les hydropisies qui leur succèdent, que je crois pouvoir le conseiller en toute confiance à mes collègues.

Ce traitement consiste dans l'emploi de la graine de moutarde noire. Voici de quelle manière j'en fais usage :

Je fais bouillir, en vase clos, une à deux onces de graine de moutarde, grossièrement pulvérisée, dans un litre de petit-lait ou de vieille bière. Aux premiers bouillons, la décoction est passée, et le malade la prend par versées, de manière à l'épuiser en un ou deux jours. Administrée de la manière et à la dose qui viennent d'être indiquées, la moutarde ne trouble guère les fonctions digestives ; elle ne provoque ni vomissements, ni diarrhée ; seulement elle agit avec une grande énergie sur la sécrétion urinaire.

Cette action se montre si puissante que souvent elle dissipe en peu de jours les collections et les infiltrations séreuses les plus prononcées. Je ne dirige pas ce traitement contre la fièvre même, c'est-à-dire contre les accès qui la constituent, mais exclusivement contre l'œdème, l'ascite ou l'anasarque qui en sont la suite.

Il est donc toujours nécessaire, si les accès se font sentir encore, de recourir préalablement à l'usage de fébrifuges convenables. Une remarque que je crois utile de faire encore, c'est que, pour obtenir de l'emploi de la moutarde des résultats avantageux, il est nécessaire que le malade n'offre aucun symptôme inflammatoire. Je puis affirmer avoir traité avec succès, de la manière que je viens de dire, plus de deux cents malades. Je ne rapporterai ici aucune observation particulière, parce que quelques faits isolés ne prouveraient rien, et qu'il serait fastidieux d'en exposer un grand nombre.

Mais, je le répète, le moyen que je préconise m'a été d'une utilité si marquée et si constante que je ne puis point douter du résultat qu'en obtiendront tous ceux qui sont en position d'en faire une application convenable et fréquente.

(*Annales de la Société de Roulers.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 décembre 1849. — Présidence de M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend quatre lettres du ministre de l'agriculture du commerce, avec envoi

De plusieurs remèdes contre le choléra ;

D'un mémoire de M. le docteur Vallat, d'Autun, sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans la commune de Roussillon ;

D'une lettre de M. Pellarin sur l'épidémie de Givet ;

D'un pessaire brisé inventé par Mme Coquillard.

M. le préfet de police transmet la table statistique des décès dans la ville de Paris pendant les mois de juillet, août, septembre et octobre 1849.

La correspondance manuscrite contient les communications suivantes.

Le choléra à Lyon.

M. Angelot, médecin en chef de l'hôpital militaire de Lyon, correspondant de l'Académie, annonce que le choléra s'est déclaré dans son hôpital, puis dans la ville de Lyon. Il donne les renseignements suivants :

Du 10 au 16 novembre,	—	3 cas,	2 morts.
Le 28 (après douze jours d'intervalle),		7 cas,	5 morts.
Le 29,	—	10 cas,	3 morts.
Le 30,	—	7 cas,	5 morts.
Le 1er décembre,	—	2 cas,	4 morts.
Le 2,	—	12 cas,	2 morts.
Total.		41	21

On ne parle encore que d'un seul cas en ville et de deux à l'Hôtel-Dieu.

Emploi chirurgical du collodium.

M. Mazier, médecin à l'Aigle (Orne), annonce que le collodium une fois appliqué reste au moins vingt jours en place, lorsque l'exfoliation de l'épiderme ou quelque autre cause mécanique ne vient pas le soulever. L'écoulement du sang, la suppuration et même l'humidité des cataplasmes appliqués par-dessus diminuent le temps de son adhérence, mais ne l'empêchent pas pendant plusieurs jours.

Géographie médicale.

M. le docteur Erel, chirurgien de la marine nationale, envoie un mémoire intitulé : *Considérations sur la constitution médicale de Taïti.*

Les principaux résultats qui ressortent de la lecture de ce mémoire, c'est qu'à Taïti les affections vénériennes et l'héméralopie sont des affections relativement très fréquentes, et celles du foie sont assez rares.

Contractilité musculo-galvanique.

M. le docteur Duchesne envoie le résumé du mémoire qu'il a adressé hier à l'Académie des sciences.

Choléra.

M. Gislain, de Montargis, et M. Charrier, de Chaillé-les-Marais (Vendée), envoient des mémoires relatifs à l'épidémie cholérique.

Funérailles de M. Lacournère.

M. Mérat donne lecture des quelques paroles, parfaitement senties, qu'il a prononcées sur la tombe de M. Lacournère.

L'Académie se forme ensuite en comité secret.

Médecine légale.

Observations faites sur des taches produites sur des vêtements par de l'acide nitrique ;

Par J.-L. LASSAIGNE, professeur de chimie à l'Ecole d'Alfort.

Dans divers cas, il importe de constater sur des vêtements la na-

ture des taches occasionnées par la projection d'un acide minéral ou d'un acide organique. Parmi les taches produites par les acides minéraux, il s'en trouve qui proviennent d'une réaction qui s'est passée entre les éléments de l'acide et la substance même de l'étoffe. Or il peut arriver qu'après un temps plus ou moins long il soit impossible ou très difficile de démontrer la présence de l'acide qui a déterminé ces taches.

Consulté dernièrement sur un semblable sujet, nous avons pu nous convaincre par l'expérience que l'acide nitrique qui avait été répandu sur divers vêtements d'homme et de femme en toile blanche ou colorée, en gaze, pouvait encore être en partie décelée après plus de quinze jours de contact avec ces étoffes.

Cette constatation a eu lieu en laissant macérer dans l'eau distillée à la température ordinaire les portions de tissu tachées ou en opérant leur lavage sous un filet d'eau froide.

Le liquide provenant de ce lavage sur des tissus de toile blanche était incolore, mais rougissait plus ou moins fortement le papier bleu de tournesol; celui obtenu de la gaze teinte en noir était jaune-safrané et devait cette couleur à la formation d'une certaine quantité de pernitrate de fer provenant de l'oxyde de fer, l'un des principes de la couleur noire.

Chaque lavage aqueux a été saturé par une solution de potasse à l'alcool, puis filtré et concentré à une douce chaleur dans une capsule de porcelaine : on a obtenu des cristaux aiguillés de nitrate de potasse, dont la nature a été facilement constatée :

1° Par la deflagration sur les charbons ardents;

2° Par la réaction du cuivre et de l'acide sulfurique;

3° Par la coloration rouge-cramoisi que déterminait la projection d'une petite quantité de ce sel dans de l'acide sulfurique concentré, additionné d'un peu de proto-sulfate de fer.

Dans le plus grand nombre des cas, il a même été possible de reconnaître l'acide nitrique libre dans l'eau de lavage à cette dernière coloration. Le moyen qui nous a le mieux réussi dans cette circonstance a été de mêler de ce lavage avec un volume égal d'acide sulfurique pur et concentré, et de verser sur le mélange refroidi une solution concentrée de proto-sulfate de fer.

Des taches jaunes formées sur une blouse d'homme en toile bleue par la projection du même acide ont été reconnues par les mêmes moyens, après un contact de plus de quinze jours; une portion de peigne en corne, jaunie par son contact avec de l'acide nitrique, a présenté encore, après le même laps de temps, une certaine quantité d'acide nitrique libre et non altéré, dont la présence a été signalée sans aucune difficulté par les procédés simples rapportés ci-dessus. (*Journal de Chimie médicale.*)

Revue thérapeutique.

Formule d'un élixir aloético-fébrifuge contre les fièvres intermittentes et affections rhumatismales.

Dans le but d'éviter les inconvénients que présente quelquefois le sulfate de quinine dans son emploi thérapeutique et d'en conserver les avantages, M. Récamier le prescrit de la manière suivante :

Aloès succotrin en poudre	6 grammes.
Myrrhe choisie	6 —
Rhum	150 —
Alcool à 32°	20 —

Faites macérer pendant vingt-quatre heures; filtrez ensuite, et dans la liqueur faites dissoudre :

Sulfate de quinine	6 —

Ajoutez avec :

Acide sulfurique, quantité suffisante, c'est-à-dire	25 à 30 gouttes.

Ajoutez enfin :

Laudanum de Sydenham	6 grammes.

La dose de cet élixir est d'une cuillerée à bouche pour les adultes et d'une cuillerée à café pour les enfants. Après chaque prise le malade doit se tenir chaudement et rester au moins deux heures sans rien boire. En ajoutant à cet élixir 4 gr. de bulbes de colchique pulvérisés, il devient, suivant M. Récamier, assez avantageux dans le traitement des affections rhumatismales. (*Revue médicale*, octobre 1849.)

Le choléra à Paris et dans le Finistère.

Le choléra a Paris. — Dans les quinze derniers jours de novembre on n'a compté à Paris, dans tous les hôpitaux, que deux nouveaux cas et deux décès. Le mois de novembre entier n'a fourni que sept entrées, et sept nouveaux décès cholériques; savoir :

Du 1er au 15,	4 entrées,	5 décès.
Du 16 au 30,	3 —	2 —
	7 entrées,	7 décès.

Dans les hôpitaux militaires comme dans la ville, il n'y a pas eu un seul décès cholérique depuis près de deux mois.

D'un rapport du préfet de police adressé à l'Académie de médecine, il résulte que les décès se sont ainsi répartis dans les divers mois de l'année :

Mars	130 décès.
Avril	694
Mai	2426
Juin	5769
Juillet	419
Août	810
Septembre	670
Octobre	32
Total	10950
Les hôpitaux et hospices civils ont fourni	6911
Les hôpitaux militaires environ	2000
Total général	19861

C'est donc près de 20,000 âmes que le choléra a enlevées à Paris dans l'année qui va finir. L'épidémie de 1832 avait fait près d'un tiers de moins de victimes.

Nous recevons d'un confrère établi dans le Finistère les nouvelles suivantes :

Placé à l'extrémité ouest de la France, le département du Finistère a pu espérer, pendant quelque temps, que l'épidémie disparaîtrait sans arriver jusqu'à lui. Ces prévisions ont malheureusement été déjouées, et depuis le 25 septembre le choléra a envahi Brest; puis, de ce grand centre, s'est comme irradié sur les localités environnantes.

A Brest même, jusqu'à ce jour, le fléau a fait peu de ravages; c'est le bagne qui a offert les cas les plus graves, et on le comprendra facilement en songeant à quel genre d'hommes avait affaire l'épidémie. Malgré le dévouement et les traitements vigoureux employés par M. Duval, second chef, chargé du bagne, et M. Petit, chirurgien-major sous ses ordres, les trois cinquièmes des malades ont été enlevés au début.

Depuis quinze jours la maladie semble s'être modifiée, et les résultats sont plus heureux. Quant à la question de la contagion, la salle des cholériques du bagne de Brest pourra, plus tard, fournir quelques renseignements graves sur ce point. Notons, en passant, que six infirmiers de la salle ont été atteints, et que trois ont succombé. Jusqu'à ce jour, les nombreuses casernes de Brest ont présenté peu de cas.

Les faubourgs ont été moins heureux que la ville; mais là aussi plus de misère et plus d'ivrognerie, cette fatale passion de l'ouvrier et du paysan bas-breton. Près de Brest, un petit village, Kerhor, habité par des pêcheurs, a été plus que décimé.

Mais c'est la petite ville de Douarnenez qui a surtout subi fatalement l'influence de l'épidémie. C'est au milieu des travaux de la pêche de la sardine, seule richesse de ce pays, que le choléra a éclaté avec furie, frappant à la fois dans les villages environnants, et faisant jusqu'à 20 victimes par jour dans une population de 4,500 âmes. Douarnenez seul a perdu 260 personnes; Pouldavid et Poulam, qui touchent cette bourgade, en ont perdu entre elles deux environ 200.

Landermeau, Pont-Croix, Le Faou viennent aussi d'être envahies, et cette dernière petite ville, sur 800 habitants, a déjà 16 décès.

Il est difficile de se figurer l'horrible misère qui règne dans les campagnes de la Basse-Bretagne et ce que c'est qu'une épidémie dans de semblables localités. Aussi M. le préfet du département s'est-il empressé de faire appel, par l'intermédiaire du préfet maritime de Brest, au dévouement des officiers de santé de la marine, dont la présence seule a rassuré toutes ces populations maritimes. Ceux qui sont déjà partis ont une mission bien fatigante à remplir; mais tous s'en acquitteront avec courage et dévouement, comme leurs collègues en 1832 et en 1834. Déjà à Douarnenez, à Quélern, il leur a fallu lutter contre l'ineptie de quelques hommes qui ont poussé la folie jusqu'à vouloir attenter à la vie de celui qui vient à leur aide, prêt à se sacrifier pour eux. Je vous assure que M. Dupin peut encore barbouiller de noir la Basse-Bretagne. Si l'épidémie prenait plus d'extension, je vous en informerai. Je vous donne dès aujourd'hui les noms des officiers de santé déjà partis en mission.

A Douarnenez :	M. le Dr Bretel,	chirurgien	de 1re	classe.
	M. Thierry,	id.	de 2e	id.
	M. Pommier,	id.	de 3e	id.
A Kerbor :	M. Villeneuve,	id.	de 1re	id.
Au Faou :	M. Brousmiche,	id.	de 1re	id.
A Quélern :	M. Plague,	id.	de 2e	id.

Le gouvernement a justement récompensé les médecins et les élèves des écoles de la capitale pour leur courageux dévouement dans l'épidémie qui a frappé Paris et sa banlieue. Espérons que l'amiral Desfossés, dont les bonnes dispositions à l'égard des officiers de santé de la marine sont connues depuis longtemps, les leur fera sentir encore dans cette circonstance.

Nous recevons de notre distingué confrère la lettre suivante que notre impartialité nous fait un devoir de publier, quoique nos lecteurs connaissent notre opinion sur la question qui en fait l'objet.

Nogent-le-Rotrou, 3 décembre 1849.

Monsieur le Rédacteur,

Le n° du 29 novembre de votre excellent journal contient une note de M. le docteur Lachaise relative à une épidémie de choléra que ce médecin a observée et qui a présenté, dit-il, ceci de remarquable :

» Que si, dans son développement et sa marche, rien n'a déposé » en faveur de la *contagion*, elle a, au contraire, mis hors de doute » l'influence de l'*infection*; de telle sorte que jamais la maladie ne » s'arrêtait dans une maison à un seul individu, et que sa gravité » s'y multipliait toujours par le nombre des malades. »

Ce fait m'avait déjà frappé pendant l'épidémie qui a sévi à Nogent-le Rotrou, car je m'exprimais ainsi dans une lettre lue à l'Académie de Médecine dans la séance du 3 juillet : « Rarement a-t-on vu un » seul cas de choléra dans la même famille; presque toujours il y » en a eu plusieurs, et j'ai toujours remarqué que le dernier était le » plus grave. » (*Bulletin de l'Académie*, t. XIV, p. 917.)

N'est-il pas de toute évidence que ces deux phrases expriment le même fait, sont l'interprétation de la même pensée?

M. le docteur Lachaise nie dans ce cas la contagion, et ne voit dans cette observation qu'une preuve de l'infection, tandis que j'y trouve avec beaucoup de mes confrères une preuve irrécusable de la contagion. Permettez-moi de recourir à votre journal pour demander à votre honorable correspondant la distinction qu'il fait dans la question qui vous occupe entre ces deux mots : Infection et contagion. Comme j'avais toujours remarqué un rapport direct entre la gravité de la maladie et la durée de la cohabitation de l'individu sain avec l'individu ou les individus atteints de choléra, j'en avais conclu que le poison miasmatique absorbé en plus grande quantité et pendant un temps plus long avait produit des effets plus intenses, et je pensais que la gravité de la maladie était en raison directe de la puissance de la contagion, de la dose du poison absorbé.

Mon honorable confrère n'aurait-il pas exprimé la même idée d'une manière différente, et le fait qu'il donne comme une preuve de l'influence de l'infection ne pourrait-il pas servir à prouver l'influence contagieuse? C'est ce que je suis porté à croire.

D'après M. le docteur Lachaise, la gravité de la maladie se multipliait par le nombre des malades ou par la force du foyer d'infection. Pourquoi ne pas dire du foyer de contagion? Un foyer d'infection qui produit toujours le choléra et qui ne peut pas produire une maladie autre que le choléra n'est-il pas, comme l'a dit avec justesse M. Rochoux, un foyer de contagion cholérique? Si le premier malade a infecté le second, si le second a infecté le troisième, et ainsi de suite, peut-on nier la transmission de la maladie par voie de contagion? S'il n'y avait là qu'un phénomène d'infection et s'il n'y avait pas un principe spécial, contagieux, le premier malade pourrait avoir le choléra et le second ou le troisième pourraient être atteints du typhus? On ne les verrait pas tous avoir nécessairement la même affection que le premier malade. L'infection ainsi comprise n'est autre chose que de la contagion.

Agréez, etc. Brochard, d.-m.-p.

Médecin de l'Hôtel-Dieu, médecin des épidémies.

Plusieurs journaux ont annoncé la prochaine publication d'un nouveau journal de médecine, et ils ont donné sur son prix et sur sa périodicité des renseignements inexacts.

Ce nouveau journal a paru aujourd'hui même. Il est intitulé : La Revue Clinique française et étrangère, *Journal des Médecins praticiens.* Il contient 16 pages in-folio à deux colonnes, et ne coûte que 4 francs par an, et 5 fr. 50 c. pour les départements.

Si tous les numéros ressemblent à celui que nous avons sous les yeux, nous pouvons lui prédire un grand succès, car il est à la fois sérieux et éminemment pratique.

Les bureaux sont provisoirement établis rue Neuve-de-l'Université, 10.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 8 DECEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 143.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS.	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER. . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 7 DÉCEMBRE 1849.

Projet de démolition de l'Hôtel-Dieu.

Lorsque l'intentiou manifestée par M. le préfet de la Seine de démolir l'Hôtel-Dieu nous a été connue, nous l'avons combattue, mais sans y attacher trop d'importance, parce que nous considérions le projet comme une de ces idées irréfléchies qui viennent en foule traverser l'esprit des fonctionnaires nouveaux, et auxquelles ceux-ci, mieux informés, ne tardent pas à renoncer, ou dont ils renvoient tout au moins l'exécution à une époque indéterminée. A voir la persistance avec laquelle un certain nombre de journaux quotidiens entretiennent leurs lecteurs de ce projet, il semblerait que M. Berger renonce moins facilement que ses prédécesseurs aux plans qu'il a conçus ; en cette circonstance nous ne saurions l'en féliciter, et nous aimons à penser que la presse quotidienne voudra bien prêter à nos raisons l'appui de sa publicité.

Pour justifier la démolition de l'Hôtel-Dieu, on s'est toujours appuyé et l'on s'appuie encore sans doute sur les trois motifs suivants :

1° L'Hôtel-Dieu est insalubre ;
2° Il masque la cathédrale ;
3° Il gêne la circulation des quais.

Le premier de ces motifs est absolument dénué de fondement ; il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur la mortalité dans les divers hôpitaux : ou verra que celle de l'Hôtel-Dieu est inférieure à celle de plusieurs autres établissements.

Le second motif est plus vrai, mais il est aussi beaucoup moins important. Nous apprécions assez toutes les beautés de la métropole pour désirer autant que qui que ce soit de les voir exposées au grand jour ; mais on nous accordera pourtant que l'urgence d'un pareil vœu n'est pas telle qu'on doive la faire passer avant les nécessités de la bienfaisance publique. Ajoutons que, de tous les entourages qui masquent Notre-Dame, l'Hôtel-Dieu est sans contredit celui qui la masque le moins. Ceux qui la masquent le plus, ce sont d'abord les maisons situées au nord du monument, et ensuite le vaste bâtiment où siége l'administration. Au point de vue de l'art, c'est donc bien plutôt le Parvis-Notre-Dame que l'Hôtel-Dieu que l'on devrait démolir.

Quant aux nécessités de la circulation, on peut affirmer que ce motif, s'il n'est pas absolument dénué de fondement, a cependant bien peu de valeur. Il y a plus de cent endroits dans Paris où il est infiniment plus urgent de faciliter la circulation qu'aux environs de l'Hôtel-Dieu, où l'on n'observe peut-être pas un encombrement une fois tous les quinze jours.

Les raisons qui réclament, au moins jusqu'à nouvel ordre, le maintien de l'Hôtel-Dieu sont beaucoup plus sérieuses. La première de toutes, nous l'avons déjà dit, c'est que les établissements nosocomiaux sont actuellement insuffisants pour secourir tous les pauvres souffrants. Lorsqu'on parle d'évacuer les malades de l'Hôtel-Dieu sur l'hôpital de la République, on oublie, ainsi que nous l'avons rappelé, que cet hôpital a été construit pour faire face aux nécessités nouvelles de la bienfaisance publique et non pour suppléer un autre établissement. Il faudrait donc, et l'on ne saurait trop insister sur ce point, bâtir un nouvel Hôtel-Dieu avant de démolir l'ancien, à moins qu'on ne veuille abandonner quatre ou cinq cents malades sans ressources.

Une autre raison pour laquelle il importe de conserver l'Hôtel-Dieu, c'est que cet hôpital se trouve à côté du bureau d'admission des hôpitaux, et qu'on dirige de préférence sur cet établissement tous les malades pour qui un long trajet pourrait être dangereux. Cent lits qu'on se proposerait de laisser sur l'emplacement de l'hôpital seraient insuffisants pour subvenir aux besoins de ce service d'urgence. Sous ce rapport encore, il faudrait commencer par déplacer le Bureau central d'admission avant ou du moins en même temps que l'Hôtel-Dieu.

Ferons-nous valoir maintenant la célébrité de cet établissement illustré par tant d'hommes éminents, et où se donnent encore rendez-vous les médecins des quatre parties du monde ! Quoique médecin, nous sommes certes disposé à n'accorder qu'une importance très secondaire à cette considération ; mais on nous accordera bien qu'elle vaut autant que les caprices artistiques de M. Berger. Quand même on la considérerait comme non avenue, il n'en résulterait pas moins que la commission municipale trouvera mille manières de dépenser son budget plus utilement que dans la démolition de l'Hôtel-Dieu.

Projet de loi sur la patente
DES MÉDECINS, DES AVOCATS, DES NOTAIRES, ETC.

Le nouveau journal dont nous avons annoncé avant-hier l'apparition, la *Revue Clinique française et Etrangère*, contient l'article suivant, qui exprime trop bien les opinions que nous avons souvent défendues pour que nous hésitions à le reproduire et à en adopter la teneur.

Le corps médical est déchargé depuis cinq ans à peine de l'inique impôt de la patente, que déjà le gouvernement républicain nous menace de le rétablir. Cette fois, il est vrai, la médecine ne fera plus une exception humiliante parmi les autres professions libérales : les avocats, les notaires, les avoués, les agréés près les tribunaux de commerce, les commissaires-priseurs et les huissiers sont rangés, par le projet de loi, parmi les patentables. Nous devons reconnaître qu'en généralisant ainsi l'impôt, le nouveau projet lui a enlevé ce qu'il avait de vexatoire pour le corps médical ; mais, pour n'être plus vexatoire, il n'en est pas moins injuste ; et les raisons qui firent voter à la presque unanimité, aux deux Chambres de la monarchie, la suppression de la patente médicale, ces raisons subsistent toujours ; elles n'ont rien perdu de leur valeur. La patente des avocats, comme celle des médecins, mais cette dernière surtout, est injuste en principe ; elle l'est plus encore dans l'application. Elle est injuste en principe, parce que la loi qui a créé les patentes supposait l'existence d'une base, sinon rigoureuse, du moins approximative des bénéfices que pouvait produire l'exploitation d'une industrie. Cette base, c'était le matériel de l'exploitation elle-même, le fonds de boutique ou de magasin, les ateliers et les machines pour un fabricant ; cette base, c'était plus ou moins un capital. Pour la médecine et le barreau, rien de pareil n'existe ; non-seulement il est impossible d'avoir aucune base d'appréciation, mais encore l'exercice de ces professions ne suppose, n'exige aucun capital ; c'est le travail lui-même que l'on impose. Or, qui a jamais songé à imposer le travail depuis que la dîme n'existe plus ?

Mais il est une autre raison qui démontre d'une manière non moins puissante l'injustice de la patente médicale : quelle garantie l'Etat exige-t-il de celui qui veut exploiter une branche quelconque de commerce ou d'industrie ? Absolument aucune. Le premier venu peut être à sa guise tailleur, cordonnier, épicier ou fabricant de sucre. Voulez-vous, au contraire, être avocat ou médecin, il vous faudra huit ans de collége et cinq ans de faculté ; c'est-à-dire qu'il vous faudra commencer par sacrifier au moins douze ou treize ans de votre temps et 20,000 fr. au moins, dont une bonne part entrera dans les caisses de l'Université. N'est-il pas évident qu'avant même de pouvoir exercer, tout médecin a payé à l'Etat une patente plus forte que n'en payera jamais aucun commerçant ?

Que si, de la hauteur des principes, on descend à l'application, on trouve des raisons non moins puissantes contre l'établissement de cet inique impôt.

On sait que la patente se compose d'un droit fixe et d'un droit proportionnel ; le premier est déterminé par le chiffre de la population du lieu qu'habite le patentable ; le second se compose du dixième de la cote personnelle des impositions.

De ce mode de procéder, il résulte, en ce qui concerne le premier droit, qu'à Paris, par exemple, le modeste praticien des faubourgs, dont la vie n'est pas moins pénible, dont les honoraires ne sont, le plus souvent, pas moins exigus que ceux du praticien de n'importe quel hameau, payera 50 fr. d'impôt, tout comme MM. Chomel, Andral ou Louis.

Est-il au monde une seule conscience droite qui ne soit frappée de l'abus flagrant d'une semblable assimilation ?

Quant au droit proportionnel établi sur les impositions mobilières, cette base n'est pas moins injuste que la précédente. L'état de nos mœurs oblige le médecin et l'avocat à faire, pour leur logement et leur mobilier, des sacrifices quelquefois au-dessus de leurs forces, mais constamment difficiles à supporter, au moins dans les cinq ou six premières années de leur exercice. Une partie de ces sacrifices consiste dans l'impôt personnel lui-même ; et, chose inouïe, c'est parce qu'ils font le sacrifice de payer déjà un impôt exorbitant, qu'on les surchargerait d'un second !

Quand un projet de loi a contre lui de tels arguments, et nous sommes loin d'en avoir épuisé la série, ce projet est jugé par tous les hommes de sens et de conscience. Nous espérons qee l'Assemblée nationale en comptera assez dans son sein pour apprécier ce projet comme il le mérite. Quant à nous, nous ne manquerons pas, dans notre humble sphère, de combattre de toutes nos forces pour une cause aussi juste que la nôtre.

Revue clinique hebdomadaire.

Huile de foie de morue dans la phthisie. — Les éloges exagérés que l'industrialisme accorde chaque jour à l'huile de foie de morue ne doivent pas faire perdre de vue les observations publiées sur ce médicament par des hommes sérieux, et ne doivent pas empêcher par conséquent les expérimentateurs exacts et prudents de multiplier ces recherches thérapeutiques. C'est ce qu'a pensé M. Martin-Solon, et, si les faits analogues à celui que nous allons rapporter se multiplient, il n'aura qu'à s'en féliciter. On ne peut guère douter, en effet, que dans ce cas l'huile de foie de morue n'ait contribué à l'heureux résultat qu'on a déjà obtenu.

Un enfant de quinze ans, apprenti tourneur en bois depuis trois ans, entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Lazare, service de M. Martin-Solon, le 23 octobre 1849. Cet enfant, fort intelligent, donne sur son état les renseignements suivants :

Depuis longtemps, il était sujet à s'enrhumer, et, alors même qu'il ne l'était pas, il toussait et éprouvait un sentiment pénible de chaleur dans la poitrine toutes les fois qu'il courait un peu trop. Néanmoins ces symptômes ne l'empêchaient pas de travailler comme ses camarades. Ce ne fut que dans le courant de l'été dernier que ses forces commencèrent à diminuer et bientôt son appétit. Ces accidents augmentèrent graduellement au point que, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, le petit malade fut obligé de s'aliter, et qu'il ne mangeait plus que quelques potages pour toute nourriture. Au bout de quinze jours ainsi passés, on conduisit le malade à l'Hôtel-Dieu, où il fut reçu.

Dès le lendemain de son entrée, on constata l'existence d'une excavation tuberculeuse au sommet du poumon gauche et des signes de tubercules crus au sommet du côté opposé ; il y avait un léger mouvement fébrile ; le malade pouvait à peine manger un cinquième de portion.

Après quelques semaines d'expectation, M. Martin-Solon prescrivit l'huile de foie de morue d'abord à la dose de 15 grammes, dose qui a été portée progressivement jusqu'à 40 que le malade prend aujourd'hui.

Dès les premiers huit jours, le malade éprouva une amélioration sensible. L'expectoration et la toux diminuèrent ; l'appétit se développa rapidement. Aujourd'hui, le jeune malade tousse à peine et n'expectore presque pas ; il mange les trois cinquièmes de portion et ne s'en contenterait pas si les aliments étaient de meilleure nature. Il s'arrête plutôt par dégoût que par la satisfaction de son appétit.

Les symptômes d'auscultation persistent néanmoins toujours et contrastent avec l'état général très satisfaisant du sujet.

Jusqu'à quel point l'amélioration obtenue augmentera-t-elle ou persistera-t-elle ? C'est ce qu'il est impossible de dire. Mais toujours est-il que ce fait est assez remarquable pour engager les praticiens à essayer la médication dont il s'agit.

Cas remarquable de récidives cancéreuses. — Dans notre dernière *Revue*, nous avons rapporté un cas où une récidive rapide était venue déjouer toutes les prévisions de l'art le mieux appliqué. Le fait suivant est important et curieux tout à la fois par le nombre des récidives. Si l'art n'a pas eu ici toute la puissance qu'on aurait pu désirer, on ne saurait méconnaître, du moins, qu'il n'ait procuré au malade de nombreuses années très supportables, et qu'il n'ait considérablement prolongé son existence. Les faits analogues ne sont pas sans exemple dans la science ; cependant, nous ne nous rappelons pas, en ce moment, qu'on ait observé autant d'opérations et de récidives sur un même individu et sur la même région.

La nommée Valenq, âgée de quarante-deux ans, est entrée le 30 octobre 1849, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Roch, n° 11, service de M. Jobert. Cette femme s'est mariée à dix-neuf ans ; elle a eu six enfants et deux fausses couches. De tous ses enfants, il ne lui en reste plus qu'un. Jusqu'en 1834, elle s'est toujours bien portée et a toujours été parfaitement réglée, encore aujourd'hui. Ses parents sont morts dans un âge avancé. En 1834, elle remarqua pour la première fois une petite tumeur sous l'arcade surciliaire droite. Cette tumeur était le siége de douleurs vives et d'élancements ; elle avait le volume d'un grain de raisin lorsque le docteur Costa en fit l'ablation au mois d'août. La cicatrisation fut prompte ; au bout

de quinze jours la malade ne se ressentait plus de l'opération.

Trois mois après, une tumeur semblable à la première se développa dans le même endroit, du mois de novembre 1834 au mois d'avril 1835. Cette fois, aux douleurs et aux élancements se joignirent des battements dans l'œil, qui devinrent intolérables. La malade se fit recevoir à l'hôpital des Cliniques, où M. J. Cloquet lui enleva la tumeur, et avec celle-là la glande lacrymale, qui était envahie par des prolongements du tissu morbide. Au bout d'un mois la plaie était cicatrisée. Pendant deux années rien ne se manifesta.

La femme Valenq se portait parfaitement, lorsque trois petites tumeurs formant chapelet parurent sous l'arcade sourcillaire, à la même place que les deux premières, avec cette différence cette fois qu'elles intéressaient le périoste. Les douleurs étaient beaucoup plus intenses et plus vives que dans le principe; il y avait de plus, depuis l'ablation de la glande lacrymale, une impossibilité de pleurer qui occasionnait des souffrances atroces, et que la malade comparait à une brûlure; l'œil était très gonflé. Cette femme resta trois années dans le même état; ce n'est qu'en 1842 qu'elle entra à la Pitié, dans le service de M. Lisfranc. Ce chirurgien commença par enlever les tissus provenant des cicatrices anciennes, puis il extirpa le chapelet de tumeurs mentionné plus haut, puis une autre petite tumeur dans le grand angle de l'œil, que l'on pouvait sentir en introduisant le doigt dans le nez, une autre enfoncée sous l'arcade sourciliaire à une profondeur de 0,04, une quatrième dans l'angle externe, couverte par l'os; une cinquième, enfin, sur le nerf optique. Cette dernière était enveloppée d'une membrane très dure.

A la suite de cette opération, la vue s'est trouvée altérée; la malade voyait les objets doubles; elle les distinguait seulement, et beaucoup plus bas qu'ils n'étaient réellement. Au bout de vingt-six jours la cicatrisation était complète; les douleurs ne se faisaient plus sentir. Pendant un an il n'y eut aucune souffrance. Dans l'opération qu'il pratiqua, M. Lisfranc enleva le périoste et même une portion de l'arcade surciliaire, qui adhérait au chapelet de tumeurs dont il a été question.

A la fin de cette même année une autre petite tumeur apparut à la partie inférieure du grand angle de l'œil, au-dessus de la caroncule lacrymale; les mêmes douleurs que précédemment se firent sentir. Un élève de M. Lisfranc, M. Filion, qui avait connu la malade pendant son séjour à l'hôpital, en fit l'extirpation. La malade eut deux années de tranquillité.

Au bout de ce temps l'œil redevint très douloureux; la malade assignait le siége des élancements à la partie postérieure de l'orbite; le globe de l'œil était jaune-terne; une saillie s'était manifestée sur la conjonctive, dans le grand angle. Une nouvelle tumeur se montra à la place de celle que M. Filion avait extirpée. La malade resta quatre ans dans cet état. Enfin, en 1849, au mois d'avril, elle entra dans le service de M. Jobert. Les douleurs étaient alors insupportables; la malade ne distinguait plus les objets; elle voyait seulement la clarté de la lumière, mais sans pouvoir se rendre compte de ce qui s'offrait à ses regards. M. Jobert extirpa la totalité du globe de l'œil, plus la petite tumeur mentionnée ci-dessus, qui fut enlevée avec la conjonctive. La cicatrisation fut prompte; les douleurs cessèrent entièrement.

Trois mois après cette opération il parut une autre tumeur, placée presque horizontalement, plus grosse à son extrémité interne et se terminant en quelque sorte par une queue qu'il était facile de sentir au toucher, s'étendant dans la paupière inférieure et adossée à la surface orbitaire. M. Jobert en fit l'extirpation le mardi 6 novembre 1849. La plaie est aujourd'hui parfaitement cicatrisée. Mais y aura-t-il encore une nouvelle récidive? C'est ce qu'on doit malheureusement redouter. Quoi qu'il en soit, que la récidive ait lieu ou non, on ne saurait nier que l'art n'ait rendu à cette malade les plus grands services; car il est bien certain que, si l'on avait laissé marcher la première tumeur, elle aurait compromis en peu de temps les jours de la malade, sans parler de la difformité, des souffrances, et des graves désordres qu'elle aurait produits avant d'arriver à ce terme fatal.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. Baudens.

Considérations pratiques sur la thérapeutique des fractures par armes à feu de l'avant-bras, extraites des conférences cliniques de M. Baudens.

par M. le Dr SERRIER, médecin-adjoint au Val-de-Grâce.

(Deuxième article. — *Voir* le nº 125.)

Obs. II. — *Coup de feu à l'avant-bras gauche; fracture du radius; extraction immédiate des esquilles; perte de substance considérable du radius; application de la glace. Guérison. — Conservation de tous les usages du membre.*

M. Aubé, capitaine de la garde mobile à cheval, entra au Val-de-Grâce le 24 juin 1848, atteint d'un coup de feu à l'avant-bras gauche. Le projectile a pénétré par la face dorsale de ce membre à deux pouces au-dessus du niveau de l'articulation radio-carpienne, s'est creusé un trajet légèrement oblique de haut en bas, et de la face dorsale vers la face palmaire de l'avant-bras, et s'est échappé par la face antérieure de ce membre, un pouce environ au-dessus du poignet. Les ouvertures d'entrée et de sortie présentent de larges et de profondes déchirures à travers lesquelles s'échappent des esquilles à moitié détachées, et entourées de portions tendineuses noircies par la poudre et pendantes au dehors. Rien qu'à l'aspect de ces plaies il est de toute évidence que le coup a été reçu de très près; ce que confirme pleinement le témoignage du blessé. De plus, le doigt explorateur introduit dans la plaie reconnaît facilement dans tout son trajet une grande quantité d'esquilles, les unes encore adhérentes aux parties molles, les autres tout à fait mobiles.

Ces désordres graves semblaient au-dessus des ressources réparatrices de la nature, et l'amputation paraissait si bien indiquée, que des praticiens en renom, présents au Val-de-Grâce à l'arrivée de cet officier, prièrent M. Baudens de venir en toute hâte pour la pratiquer. Fidèle au précepte qu'il a indiqué dans sa Clinique des plaies d'armes à feu, de préférer pour le membre thoracique l'extraction des esquilles, ou la résection à l'amputation, le chirurgien en chef du Val-de-Grâce agrandit immédiatement l'ouverture d'entrée, pratiqua l'extraction de huit petites esquilles, et de deux grandes qui à elles seules constituaient presque 10 centimètres de la diaphyse radiale. Le cubitus est intact. Cela fait, on appliqua sur la plaie un pansement simple, et on entoura le membre de glace, depuis la main jusqu'au coude.

Le 25, tuméfaction légère, chaleur modérée. Le malade dort quelques heures dans la journée. Pouls à 80. — D. limonade, glace en permanence. Saignée du bras de 500 grammes.

Les 26, 27, 28, rien à noter.

Le 29, diminution notable de la tuméfaction; absence complète de douleurs; pas de tension aux environs de la blessure, marche régulière du travail d'élimination des eschares; température du membre blessé beaucoup plus élevée qu'à l'état normal; état général satisfaisant. Pouls à 70; langue très bonne. Sur la demande du malade, il lui est accordé quelques aliments légers. — Continuation de la glace.

Le 1er juillet, on remplace la glace par des fomentations narcotiques à la température atmosphérique. Chute des eschares, bourgeonnement de la plaie. La suppuration est de bonne nature. — Quart de portion.

Le 3, suppuration abondante toujours de bonne nature. Etat général fort satisfaisant.

A dater de ce jour le malade ne présente plus aucun phénomène digne d'être noté; la plaie marche vers la cicatrisation comme une plaie simple, et la guérison complète a lieu le 1er septembre, soixante-sept jours après l'accident.

A cette époque M. Aubé présentait, comme le sujet qui est l'objet de la première observation, une dépression notable au point correspondant à la portion enlevée du radius. Cette dernière était remplacée par un cordon de consistance fibreuse rétablissant la continuité de la diaphyse radiale. Les mouvements de pronation et de supination s'exécutaient avec assez de facilité, et les fonctions de la main n'avaient presque rien perdu de leur force et de leur précision.

Obs. III. — *Coup de feu à l'avant-bras droit; fracture comminutive du radius; extraction immédiate de cinq esquilles formant 3 centimètres et demi de la longueur du radius. Guérison. Pas de difformité; intégrité des fonctions de la main.*

Ferré, soldat au 6e d'artillerie, entre au Val-de-Grâce dans la soirée du 24 juin 1848, porteur d'un coup de feu à la partie moyenne de l'avant-bras droit. Le trajet du projectile est horizontal; son ouverture d'entrée est située à la partie antérienre, et son ouverture de sortie à la partie postérieure de ce membre. La plaie donne lieu à une hémorrhagie assez abondante; cependant la simplicité des ouvertures d'entrée et de sortie et d'autre part l'encombrement des blessés dans nos salles sont causes que l'examen approfondi de la blessure est remis au lendemain. — Pansement simple. Glace en permanence. Un purgatif.

Le 25, tuméfaction considérable de l'avant-bras; douleurs très vives; rougeur très prononcée des téguments, autour de la blessure. Pouls fort, plein, fréquent, à 120. A la vue de ces symptômes, M. Baudens n'hésite pas d'annoncer qu'ils reconnaissent pour cause principale la présence de corps étrangers dans la plaie. Il pratique en conséquence une incision de 3 centimètres pour agrandir l'orifice d'entrée, et extrait immédiatement toutes les esquilles, au nombre de cinq. Ces esquilles constituent une longueur du radius de 3 centimètres 1/2 environ. — Glace en permanence. — Peu de sommeil la nuit; douleurs peu vives.

Le 26, tension et tuméfaction assez fortes, chaleur considérable, pouls moins fort et moins fréquent, à 100; diminution des douleurs, sommeil tranquille et prolongé dans la journée; langue normale. — Glace en permanence et de plus irrigations abondantes d'eau à la glace sur le bras.

Le 27, on a négligé d'appliquer la glace pendant trois heures; aussi la tuméfaction, la chaleur et la douleur ont-elles augmenté et le pouls est-il remonté à 120. — Saignée de 500 grammes; glace.

Le 28, cessation des douleurs et diminution de la tension.

Le 1er juillet, plus de chaleur inflammatoire; état général satisfaisant; langue normale, pouls à 80; désir de prendre quelques aliments. On supprime la glace et on la remplace par des fomentations narcotiques faites à la température atmosphérique.

Le 5, suppuration abondante et de bonne nature.

Du 5 au 28, rien à noter.

Le 28 surviennent, à la suite d'une imprudence du malade, une tuméfaction considérable de l'avant-bras accompagnée de chaleur vive, une céphalalgie intense, une plénitude excessive du pouls, accidents qui nécessitent une seconde saignée de 500 grammes et le retour à la glace sur le membre préalablement scarifié, dans le but d'obtenir une déplétion sanguine locale.

Le 1er août, ces phénomènes morbides sont complétement dissipés, les plaies sont vermeilles, et le 28 août, c'est-à-dire soixante jours après l'accident, Ferré sort de l'hôpital absolument dans le même état que le malade qui fait le sujet de notre première observation.

Nous venons de voir par les observations qui précèdent avec quelle merveilleuse facilité se guérissent les fractures par armes à feu de l'avant-bras, lorsqu'on a soin d'enlever toutes les esquilles et qu'on a recours à notre méthode réfrigérante. Examinons maintenant ce qui se passe quand on laisse dans la plaie des pièces d'os plus ou moins adhérentes et quand on néglige d'employer la glace.

Obs. IV. — *Plaie d'arme à feu à l'avant-bras droit. Fracture comminutive de l'extrémité carpienne du radius. Abandon des esquilles à l'élimination spontanée. Cal difforme et volumineux. Cicatrices adhérentes avec persistance de trajets fistuleux. Ankylose du poignet. Perte presque complète des fonctions de la main* (1).

Jeambrun (François), voltigeur au 34e de ligne, âgé de vingt-six ans, se trouvant, le 25 juin 1848, sur le pont Marie à la tête de son bataillon, est frappé d'une balle à l'avant-bras droit au moment où, retirant la baguette de l'intérieur du canon de son fusil, qu'il vient de charger, sa main se trouve élevée au-dessus du niveau de sa tête.

Le projectile pénètre à la partie antérieure et externe de l'extrémité inférieure du membre, à 2 centimètres et demi au-dessus de l'interstice articulaire radio-carpien, le traverse dans une direction oblique en arrière et en dedans, et sort à la face postérieure et interne en laissant le cubitus intact.

Jeambrun est immédiatement conduit à l'Hôtel-Dieu après sa blessure, et placé salle Saint-Bernard, où il est soumis au traitement suivant :

Repos au lit, position du membre sur un plan incliné et *application de cataplasmes émollients.* Point de débridement, point d'extraction d'esquilles, respect absolu de la blessure. Huit jours après, large incision pour donner issue au pus d'un *vaste abcès* formé aux environs de la blessure à la suite d'une inflammation phlegmoneuse, qui s'étendit à la main et à presque tout l'avant-bras.

Ce traitement fut continué jusque vers la fin du mois d'août, époque à laquelle le malade passa dans le service de Blandin. Ce chirurgien fit immédiatement cesser l'usage des cataplasmes, qu'il remplaça par des pansements simples, et appliqua un bandage amidonné percé d'une fenêtre pour l'écoulement du pus. Au bout d'un mois, de nouveaux accidents inflammatoires s'étant déclarés, le bandage dut être enlevé. *Trois abcès* occupant la moitié inférieure de l'avant-bras s'étant formés au-dessous de l'appareil, ils furent largement ouverts par le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, qui retira alors deux petites esquilles du foyer de la fracture. Dès ce moment des débris osseux s'échappèrent de temps en temps de la plaie mêlés à la suppuration, dont l'abondance diminua peu à peu. Bientôt on ajouta aux pansements simples l'usage des bains sulfureux, et enfin, le 10 janvier 1849, Jeambrun fut évacué au Val-de-Grâce, où on le plaça salle 30, nº 46.

A son entrée, on constate l'état suivant :

L'avant-bras blessé est engorgé, fortement tuméfié, régulièrement cylindrique dans son quart inférieur; la peau de cette région est lisse, rouge, tendue et luisante. A l'avant-bras succèdent un poignet et des doigts amaigris. En palpant l'espace interosseux, on le trouve rempli d'un tissu ferme, dur, inégal, bosselé, mélangé de stalactites osseuses et de produits d'exsudation plastique indurés. Les articulations radio-carpienne et médio-carpienne sont tout à fait immobiles. Les doigts, placés dans l'extension, ne peuvent opérer que de très obscurs mouvements de flexion, puisque l'arc de cercle décrit par leur extrémité unguéale est à peine d'un centimètre d'étendue. Le pouce seul jouit du mouvement d'adduction. Deux trajets fistuleux étroits, à bords gris et blafards, existent, l'un en arrière, l'autre en avant du membre, dans un enfoncement situé au centre de deux cicatrices adhérentes. Ce sont les deux ouvertures d'entrée et de sortie qui ne sont pas encore complétement fermées. Ces deux ouvertures, distantes l'antérieure de 2 centimètres et la postérieure de 3 centimètres de l'articulation radio-carpienne, communiquent ensemble, et un stylet, introduit par l'une d'elles, traverse facilement le membre de part en part sans douleur notable pour le malade. Ce stylet rencontre sur son passage des parties osseuses dénudées et assez molles en certains points pour se laisser traverser par l'extrémité de l'instrument.

Une sonde de femme introduite dans la plaie fait reconnaître à M. Baudens deux fragments osseux mobiles, qu'il extrait avec des pinces à pansement; ces esquilles, essentiellement rugueuses et inégales, sont du volume d'une petite noisette environ. On prescrit, après cela, la dilatation journalière des ouvertures par des mèches convenablement placées; on donne au malade les trois quarts de portion alimentaire, et on lui fait prendre chaque matin une douche sur l'avant-bras.

Le malade, pendant son séjour au Val-de-Grâce, présente les particularités suivantes: les trajets fistuleux laissent échapper de temps en temps une poussière osseuse se présentant, au milieu du pus, sous la forme de petits grains de sable. Ces trajets, après avoir persisté, sans modification appréciable, jusqu'à la fin de février, finissent, à cette époque, par se rétrécir et se fermer progressivement, pour s'ouvrir de nouveau quelques jours après et laisser échapper un cinquième fragment osseux. Ces alternatives de guérison momentanée et de réouverture des plaies se renouvellent trois fois pendant les mois de mars et d'avril, s'annonçant toujours par les mêmes phénomènes précurseurs, à savoir, rougeur, douleur et tuméfaction de la partie, ont constamment pour résultat la déchirure de la cicatrice et l'issue d'un pus sanieux grisâtre et floconneux, avec mélange de débris osseux. Pendant les quatre mois et demi de séjour que le malade fait à l'hôpital, cinq petites esquilles, devenues mobiles, sont extraites à différentes reprises. Enfin, le 22 mai, Jeambrun, quoique non guéri, demande à aller rejoindre son régiment, en attendant la deuxième saison des eaux pour laquelle il est désigné.

A sa sortie, le membre offre à peu près le même état qu'au 10 janvier, sauf une légère diminution dans le volume. Sa circonférence, mesurée au niveau des apophyses styloïdes du cubitus et du radius, est de 21 centimètres, c'est-à-dire de 4 centimètres plus grande que celle de l'avant-bras sain, qui est de 17 centimètres. Quant aux fonctions de la main, elles n'ont presque rien gagné, puisque l'arc de cercle décrit par l'extrémité unguéale des quatre derniers doigts est à peine de 2 centimètres.

(1) Observation recueillie par M. le docteur Laur, aide de clinique.

OBS. V. — *Plaie par arme à feu à l'avant-bras gauche avec fracture comminutive du radius. Abandon des esquilles à l'élimination spontanée. Trajets fistuleux à suppuration interminable. Nombreux phlegmons consécutifs. Cal difforme entraînant la perte complète des fonctions du membre.* (1)

Titrant (Auguste), caporal au 24e léger; vingt-huit ans; forte constitution.

Blessé le 23 juin 1848 au faubourg du Temple, frappé par la balle au moment où il mit en joue. Le projectile, après avoir fracturé le radius, pénètre du côté droit dans l'épaisseur des parois thoraciques, à 2 centimètres en dehors du bord correspondant du sternum et à 5 centimètres au-dessous de la clavicule, et arrive jusqu'au milieu de la paroi antérieure de l'aisselle, d'où on l'extrait à l'aide d'une incision.

Envoyé à l'hôpital Saint-Louis (salle Saint-Louis, n° 61), dans le service de M. Malgaigne.

Traitement. — Le premier jour, extraction de la balle; abandon complet des esquilles. Cataplasmes froids sur les plaies de l'avant-bras; et, après cela, appareil avec attelles, et pansements simples.

Un mois et demi après l'application de cet appareil, les plaies se ferment, mais pour se rouvrir cinq ou six jours après et laisser échapper deux petites esquilles, dont la sortie est suivie, à un court intervalle de l'élimination, de deux nouveaux fragments osseux.

Le malade séjourne pendant quatre mois à l'hôpital Saint-Louis, qu'il demande à quitter, malgré l'existence de trajets fistuleux. Il rentre alors à son régiment, d'où on l'envoie au Val-de-Grâce par suite d'un énorme phlegmon érysipélateux survenu à l'avant-bras blessé. Il y est placé salle 32, n° 21, dans le service de M. Lustreman, qui combat le phlegmon par les émollients. — Cataplasmes, bains locaux, etc.

Cinq jours après l'entrée du malade à l'hôpital, vaste abcès dont le pus entraîne au dehors deux nouvelles esquilles. Dès cet instant les accidents se calment, et les plaies rouvertes se ferment encore.

Titrant est évacué dans le service de M. Baudens (salle 30, n° 29) le 11 novembre. Depuis ce moment, six recrudescences phlegmoneuses se sont produites, et quatre fois il a fallu appliquer des sangsues et faire des scarifications pour combattre des phénomènes d'inflammation.

Après neuf mois de séjour dans les hôpitaux, la suppuration est encore très abondante, la constitution détériorée, le membre est volumineux; il offre, au niveau de la blessure, une tumeur dure, osseuse, irrégulière, remplissant tout l'espace interosseux, et englobant dans sa substance stalactiforme les muscles de la région presque complétement atrophiés. La flexion et l'extension des doigts sont impossibles. L'articulation du poignet jouit seule de quelques mouvements à peine appréciables; et, de plus, le membre est, d'après le rapport du blessé, *engourdi comme au jour de la blessure*. Enfin, pour nous résumer, ce blessé éprouve d'une manière complète tous les accidents qu'on observe lorsqu'on abandonne l'élimination des esquilles aux efforts de la nature, à savoir :

1° Suppuration interminable;
2° Déformation du membre;
3° Perte presque entière de ses fonctions.

(La fin à un prochain numéro.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 28 novembre 1849. — Présidence de M. DEGUISE père.

De la grenouillette.

M. DANYAU, chargé d'examiner un mémoire de M. A. Forget sur la grenouillette, donne lecture de son rapport. Partisan déclaré de l'opinion qui attribue la grenouillette à la dilatation du conduit de Warton, l'auteur a rassemblé, pour appuyer cette étiologie, des arguments de tout genre puisés dans l'anatomie normale, l'observation, l'analogie, le raisonnement, l'anatomie pathologique.

M. le rapporteur les passe successivement en revue, et tout en reconnaissant l'habileté avec laquelle ils sont présentés, démontre leur insuffisance. Il regrette surtout que l'anatomie pathologique n'eût pas encore jeté plus de lumière sur une question qu'elle semble appelée à trancher, et qu'elle tranchera sans doute un jour. Les faits de cet ordre invoqués par M. Forget laissent à désirer: ils ne sont pas suffisamment précis; le vague se trouve là où précisément on s'attendait à voir paraître la preuve démonstrative et sans réplique.

Passant à la seconde partie du mémoire, consacrée à la description d'une ingénieuse modification du procédé stomatoplastique de M. Jobert, et aux détails de deux cas dans lesquels ce procédé a été appliqué avec un succès complet et définitif, M. le rapporteur indique en quoi consiste le perfectionnement imaginé par l'auteur. Enlever par une dissection soignée, et sans toucher au kyste salivaire, toute la muqueuse qui le recouvre; inciser le kyste dans toute sa longueur d'arrière en avant; sur la partie moyenne de chacun des bords de cette incision, en pratiquer une nouvelle, de manière à avoir quatre lambeaux triangulaires, dont, à l'aide de points de suture, on réunit le sommet et l'un des bords à la muqueuse : tels sont les différents temps d'une opération dont le but évident est de rétablir le cours de la salive en formant une large ouverture qui devra demeurer béante. Idée incontestablement fort ingénieuse, et qui a pour elle maintenant la sanction de l'expérience. Sans dissimuler les difficultés, les longueurs et la douleur probablement assez vive de cette opération nouvelle, et tout en faisant remarquer qu'elle ne dispense pas de cautérisations plus ou moins répétées et de soins multipliés pour s'opposer à l'oblitération du kyste, M. le rapporteur donne au procédé de M. Forget les éloges qu'il mérite, et termine par les conclusions suivantes :

1° Adresser à l'auteur des remercîments pour son intéressante communication;

2° Renvoyer son mémoire au comité de publication;

3° Répondre par un vote favorable à la demande d'admission qu'il a adressée à la Société.

M. GOSSELIN s'associe volontiers à M. Danyau, et approuve les réflexions scientifiques de son rapport; mais il pense que le fait anatomique n'est peut-être pas encore assez concluant. Il demande si, dans les cas où la tumeur coïncide avec une oblitération du canal de Warthon, on peut voir sortir la salive. L'orifice du conduit est tellement fin qu'il échappe aisément à toute exploration. Il l'a recherché, quant à lui, attentivement sur un malade, et par un pertuis de la tumeur il a positivement vu sortir un jet de salive. Il conclut de là qu'il y a peu de probabilité d'une tumeur formée aux dépens du canal de Warthon, et qu'il est impossible de faire sortir la salive par une pression directe. Enfin, il n'a pu davantage, avec le stylet le plus fin, avec celui d'Anel, par exemple, pénétrer dans cet orifice, cependant bien visible, et il explique cette difficulté absolue par la disposition anatomique du repli de la membrane muqueuse, et par les mouvements imprimés à la tumeur elle-même.

M. ROBERT n'a rien à dire sur l'excellent rapport de M. Danyau, dont il approuve les conclusions; mais il tient à faire observer que l'opinion de M. Forget ne peut se résoudre que par des faits, car ceux qui lui appartiennent ne sont pas concluants. L'opinion de M. Forget se trouve opposée à la physiologie des conduits, dont la dilatation est quelquefois très étendue, sans se prononcer davantage ou exclusivement dans un point limité.

M. Robert croit se rappeler que Duphénix avait tenté de comprimer le conduit de Sténon; et par le fait de cette compression il avait vu sourdre le liquide salivaire.

Qu'arrive-t-il dans le canal de Warthon oblitéré? On y a trouvé plusieurs fois des concrétions; et d'autres fois il est le siége d'une inflammation qui tend à se propager à la glande sous-maxillaire.

Boyer, dit M. Robert, rapporte une observation d'oblitération accidentelle du conduit de Warthon, avec tuméfaction de la glande sous-maxillaire. Ainsi, ce n'est pas ce canal qui se développe dans la grenouillette, mais la tumeur est constituée par une inflammation avec gonflement de la glande; et cela existe, en général, lorsque le conduit naturel se trouve oblitéré. Par conséquent, et en attendant de nouvelles expériences, l'opinion soutenue par M. Forget se trouve contraire à la physiologie.

M. Robert a employé deux fois le procédé de M. Jobert, et il a échoué une fois. Ce procédé, du reste, est difficile, et il laisse une petite ouverture qui tend à s'oblitérer.

M. MAISONNEUVE se joint à M. Robert, et corrobore son opinion contre celle qui est soutenue par M. Forget.

Chez un malade auquel il avait enlevé un petit calcul du canal de Warthon, il a vu survenir des accidents qui paraissaient dus à une grenouillette. Cette affection lui paraît être incontestablement un kyste développé sous la membrane muqueuse; et la preuve que la tumeur est indépendante des voies salivaires, c'est qu'elle peut guérir par une injection.

Y a-t-il, demande M. Maisonneuve, une seule preuve pour l'opinion contraire? Non, il n'y en a pas. Jean-Louis Petit, qui a écrit de très belles choses en chirurgie, a placé le siége de la grenouillette dans les voies salivaires; c'est depuis lui qu'on a voulu faire croire que la grenouillette était due à la dilatation du canal de Warthon, et cette allégation est restée sans preuves suffisantes.

M. Maisonneuve insiste, malgré le rapport, sur ce point fondamental, que, pour établir une théorie nouvelle, il faut des faits à l'appui.

M. CHASSAIGNAC pense que la question essentielle est de distinguer l'oblitération complète de l'oblitération incomplète du conduit de Warthon. On ne peut contester la dilatation des conduits d'une manière générale; la distension des urétères en est un exemple. On ne doit donc pas nier la dilatation du conduit de Warthon; il en a vu un cas bien évident, et il ne va pas aussi loin que ceux qui disent : Cela n'est pas, parce que cela n'est pas démontré.

M. Chassaignac a observé le fait dont il veut parler à l'hôpital Necker, en 1834, lorsqu'il y remplaçait M. Lenoir. Un homme présentait dans la région sublinguale une tumeur avec le signe d'une rétention salivaire. Un calcul fut reconnu, et par le fait de ce calcul le canal de Warthon se trouvait dilaté; des accidents de rétention survinrent lorsque la dilatation fut absolue.

M. Chassaignac pense donc que le canal de Warthon, comme tous les canaux excréteurs, est susceptible de dilatation, quoiqu'il offre des difficultés réelles à l'exploration, comme l'a constaté M. Gosselin. Il a vu dernièrement chez une jeune fille une grenouillette dont il a constaté l'orifice avec un stylet d'Anel; mais en fendant la tumeur il l'a perforée en arrière. Elle s'est affaissée d'abord, puis reproduite; son orifice antérieur était resté libre, mais l'ouverture postérieure s'était fermée.

M. MAISONNEUVE trouve le fait de M. Chassaignac très intéressant; mais il ne lui semble pas complet. Il serait propre à décider la question, si quelques détails nécessaires ne lui manquaient, notamment sur l'aspect de la tumeur, etc.

M. Maisonneuve n'a jamais prétendu d'ailleurs que la dilatation du conduit de Warthon fût impossible, il a dit seulement qu'elle n'était pas prouvée.

M. CHASSAIGNAC répond qu'il ne saurait donner de détails assez précis sur cette tumeur sous-maxillaire. Il en a publié l'observation en 1844 dans la *Gazette médicale*. Il se rappelle seulement qu'après la sortie du calcul le stylet se trouvait mu facilement dans la poche; mais il ne se rappelle pas s'il y avait de la transparence.

M. MAISONNEUVE, d'après cette réponse, dit que dès lors le fait n'est plus extraordinaire, parce que les tumeurs de cette nature n'ont point de rapports avec la grenouillette.

M. ROBERT demande, pour renseignement, si la tumeur était inflammatoire.

M. CHASSAIGNAC répond que oui.

M. GIRALDÈS pense que la question est à décider par la dissection. La manière dont cette question a été posée par M. le rapporteur est la seule qui puisse la résoudre. « Si M. Robert, dit-il, prétend que les canaux excréteurs ne peuvent se dilater, il ne peut cependant contester les faits contraires à son opinion. Dans la glande mammaire, par exemple, les dilatations partielles sont évidentes. On a négligé aussi jusqu'à présent l'analyse chimique et l'examen microscopique, comme signes diagnostiques des tumeurs sublinguales; car le liquide de la grenouillette est un liquide filant, albumineux, comme celui des tumeurs sous-maxillaires. Ce sera donc une occasion à saisir pour en savoir davantage, par les recherches indiquées. »

M. HUGUIER n'apporte aucun fait à la discussion; mais il fait observer qu'un conduit dilaté peut donner lieu à de la tuméfaction. Que ce soit autrement pour le canal de Warthon, peut-être; mais on ne doit pas généraliser ce qui semblerait exceptionnel. N'a-t-on pas vu des exemples de dilatation des canaux hépatique et cholédoque sans engorgement du foie, les uretères dilatés aussi partiellement, et d'autres conduits encore? M. Huguier a étudié, décrit la glande vulvo-vaginale, et constaté la dilatation de ses conduits, sous forme de kystes, qui sont assez fréquents. Il pourra en présenter un exemple saillant qu'il a observé sur une vache, dont le canal vulvo-vaginal est très développé. Voilà ainsi les conduits excréteurs du foie, des reins, des mamelles et de la glande vulvo-vaginale susceptible de se développer sans engorgement.

M. MOREL-LAVALLÉE, parlant de l'opération de la grenouillette, fait observer que la modification la plus ingénieuse du procédé de M. Jobert a été passée sous silence par l'auteur du mémoire et par le rapporteur. C'est la modification introduite par M. Ricord, et qui consiste à passer deux fils en croix dans les parois du kyste avant de l'ouvrir. Le kyste ouvert, les fils sont coupés au niveau de leur entre-croisement, et quatre nœuds mettent en contact avec eux-mêmes les bords avivés et renversés de la poche. On comprend, dit M. Morel, tout ce que cette modification apporte de facilité dans l'exécution de l'opération.

Quant au procédé de M. Jobert, tout en reconnaissant ce qu'il a d'ingénieux, on ne peut s'empêcher d'avouer en même temps qu'il ne tient pas ce qu'il avait promis. La tendance au rétrécissement de l'ouverture se place sur le même niveau que l'excision simple, qui, d'après les faits, offre les mêmes résultats, même tendance au rétrécissement, dont on triomphe par les mêmes moyens dans les deux cas. M. Morel ajoute qu'il a sondé une fois le canal de Warthon, qui passait à côté de la tumeur. L'injection iodée lui paraît enfin devoir être la véritable méthode de traitement.

M. LENOIR, sans vouloir prolonger la discussion, signale un fait soumis à son observation, et qui semble devoir être considéré comme une grenouillette par dilatation du conduit de Warthon.

Le traitement lui semble aussi devoir être apprécié avec soin. Il blâme la méthode du séton, telle qu'on l'a agitée, parce qu'il en résulte une fétidité extrême de la bouche. Il opère en général par deux ponctions avec la lancette; il fait évacuer le liquide de la tumeur; il y met un fil de plomb passant par les deux ouvertures, recourbe ce fil de plomb en anneau, il en réunit les deux extrémités, et il maintient le fil en place jusqu'à ce qu'une ouverture fistuleuse soit établie. M. Lenoir a toujours vu ce moyen déterminer une inflammation plus ou moins profonde, qui se calme cependant et finit par se dissiper. Il a vu quelquefois aussi se former autour du fil de plomb des dépôts calcaires qui en gênent l'extraction. C'est afin de diminuer cet inconvénient qu'il a soin de changer le fil de temps à autre.

M. LARREY, en recueillant les notes de cette discussion, l'a écoutée d'autant plus attentivement, que, par une de ces coïncidences qui ont frappée l'attention de tous les praticiens, il a reçu dans son service, au Gros-Caillou, et à peu d'intervalle l'un de l'autre, deux malades affectés de grenouillette.

Chez le premier, la tumeur, siégeant au côté gauche du frein de la langue, avait le volume d'une noisette. Une forme allongée, une consistance molle, fluctuante, sont les signes en un mot des tumeurs sublinguales formées par l'accumulation d'un liquide.

M. Larrey l'a opérée par excision de la paroi antérieure. Le lendemain il a cautérisé le fond de la paroi postérieure, afin de prévenir plus sûrement une récidive. Le liquide qui s'est écoulé était bien semblable à celui de la vraie grenouillette, c'est-à-dire visqueux, filant, albuminoïde. Les parois de la tumeur, examinées ensuite avec soin, n'ont offert que les caractères d'un kyste, sans aucune trace appréciable du conduit de Warthon, et la cicatrisation s'est faite très rapidement.

Chez le second malade, entré récemment à l'hôpital, la tumeur, située à droite du frein, existe depuis six mois sans cause appréciable; très petite au début, elle a acquis le volume d'une noix, et offre les mêmes caractères que la précédente; de plus, elle est comme musculeuse dans deux points de la face antérieure et bien manifestement transparente. Elle détermine enfin de la gêne dans les mouvements de la langue, dans la mastication et dans les phonations. Elle a déjà été incisée deux fois à l'infirmerie régimentaire; mais, après chaque ouverture, elle s'est reproduite promptement.

Nous y avons recherché en vain jusqu'ici l'orifice du conduit de Warthon.

M. Larrey, avant de se décider à opérer ce second malade, serait bien aise d'avoir l'avis de ses collègues sur la méthode à suivre, afin de trouver ainsi l'occasion d'éclaircir, s'il lui est possible, quelques points obscurs de la question. Il se propose, par exemple, de rechercher si le conduit salivaire est ou non intéressé dans la tumeur, et il aura soin de faire faire l'analyse chimique et l'examen microscopique du liquide évacué.

Quant au choix de l'opération, M. Larrey accepterait vo-

(1) Les notes aphoristiques qui constituent cette observation nous ont été communiquées par M. le docteur Laur.

lontiers l'emploi du fil de plomb, tel que M. Lenoir vient de l'indiquer, si M. Lenoir lui-même n'en avait signalé les inconvénients, et le moindre n'est pas la longueur extrême du traitement.

Il préférerait encore l'excision, comme étant la méthode la plus simple et la plus sûre, si on ne lui donne un autre avis.

M. Vidal, en raison de l'intérêt qui s'attache à cette question, propose à M. Larrey de disséquer et d'extirper la tumeur, en partie du moins, afin de mieux en examiner la nature.

M. Chassaignac, partageant cet avis, croit cependant que M. Larrey devrait essayer l'énucléation, car ce serait la méthode la meilleure si elle était praticable.

M. Guersant dit qu'il est inutile de faire des expérimentations longues et difficiles. Il ne connaît pas de meilleur moyen que le séton composé de trois ou quatre fils de soie : il le laisse en place pendant cinq ou six semaines, et obtient des guérisons qui ne lui ont pas encore fait défaut dans un seul cas sur douze ou quinze opérations qu'il a faites ainsi. M. Guersant, d'ailleurs, n'a fait qu'imiter M. Laugier, qui a préconisé ce moyen.

M. Larrey s'empressera de mettre à profit les avis de ses honorables collègues, et il rendra compte à la Société de ce qu'il aura pu faire utilement.

— Après cette discussion, M. le président met aux voix les conclusions du rapport de M. Danyau, à savoir :

1° D'adresser des remercîments à M. Forget. — Adopté.

2° De renvoyer son mémoire au comité de publication. — Adopté aussi. (La Société décide que le rapport sera joint au mémoire.)

3° D'admettre M. Forget comme membre résidant.

Une convocation spéciale sera faite à cet effet pour voter au scrutin dans la prochaine séance.

— M. Maisonneuve fait un rapport verbal sur un travail de M. Francisco Rizzoli, ayant pour titre : *Nouvelle méthode pour guérir la claudication résultant du raccourcissement du fémur après une fracture de cet os.*

Dans ce travail, dit M. Maisonneuve, l'auteur rapporte deux faits : le premier a trait à un homme affecté d'une fracture récente du fémur gauche; l'auteur appliqua d'abord un appareil contentif qui maintenait le membre dans sa longueur normale; mais, ayant remarqué bientôt que le membre inférieur droit était, par suite d'une fracture ancienne, affecté d'un raccourcissement notable, il conçut l'idée de cesser l'extension du membre nouvellement fracturé, afin d'obtenir un raccourcissement semblable à celui du côté opposé et de faire ainsi cesser la claudication qui existait avant le dernier accident. Le malade, en effet, guérit avec un raccourcissement du membre gauche semblable à celui qui existait du côté droit et fut débarrassé de sa claudication.

Le second fait a trait à une jeune personne de seize ans, dont le membre inférieur droit était raccourci de trois pouces environ, 0,07 centimètres, par suite d'une fracture ancienne du fémur vicieusement consolidée. M. Rizzoli, vivement sollicité par la malade, qui désirait ardemment être débarrassée de sa claudication, imagina de fracturer le fémur du côté opposé afin d'obtenir du membre un raccourcissement égal à celui du membre anciennement fracturé. Il employa pour cela un appareil de son invention, qui lui permit en effet de fracturer facilement le fémur sain; puis, il dirigea la cure de cette fracture artificielle de manière que les deux membres restassent affectés d'un raccourcissement égal. Le résultat, dit l'auteur, fut parfaitement satisfaisant, et la jeune personne fut, par cette opération, complétement débarrassée de sa claudication.

M. Maisonneuve, tout en reconnaissant ce qu'il y a de hardi de la part d'un chirurgien à proposer de fracturer un membre sain pour remédier à une claudication, approuve cependant la détermination de l'auteur dans ce cas particulier et pense que cette opération nouvelle est digne de fixer l'attention des chirurgiens.

En conséquence, il propose à la Société :

1° De voter des remercîments à l'auteur;

2° De déposer honorablement son travail dans les archives de la Société;

3° Et de conférer à M. Rizzoli le titre de membre correspondant.

M. Chassaignac, sans vouloir blâmer la conduite de M. Rizzoli dans cette circonstance, en blâme le principe, et rejette, sinon quant à présent, du moins pour l'avenir, une semblable opération de convenance. Si M. Rizzoli a fait disparaître une claudication due à une fracture avec chevauchement, l'imitation de sa pratique en pareil cas serait une témérité, car il pourrait en résulter une fausse articulation et d'autres accidents fâcheux.

M. Gosselin s'associe à ce que vient de dire M. Chassaignac d'autant plus volontiers que, si M. Rizzoli n'a pas d'autre travail à faire valoir auprès de la Société de chirurgie comme titre pour être nommé membre correspondant, il rejette sa candidature.

M. Maisonneuve ne peut répondre immédiatement si M. Rizzoli a d'autres titres, mais il sera en mesure de le dire à la prochaine séance.

M. R. Marjolin pense aussi que, malgré le succès qui a suivi l'opération de M. Rizzoli, M. Maisonneuve doit être très réservé dans ses conclusions. « La Société de Chirurgie, dit-il, ne peut pas admettre en principe que, dans les cas de difformité du cal, on puisse, pour parer à cet inconvénient, opérer une nouvelle fracture, lorsque tous les moyens d'extension ont échoué. Dans un grand nombre de cas, pour remédier à une simple incommodité, on s'exposerait à des accidents de la plus haute gravité. On ne doit recourir à une opération qu'autant que le membre est tellement difforme que, non-seulement il est incapable de servir, mais qu'il peut, dans certains cas, soit nuire au développement d'un organe, ou même l'empêcher de remplir ses fonctions. Il faut donc, dans les cas de cal vicieux, bien distinguer ce qui n'est qu'une difformité de ce qui constitue en quelque sorte une véritable maladie. Dans le premier cas, toute opération qui aura pour but de faire cesser cet état doit être rangée parmi les opérations de complaisance, et alors il faut s'en abstenir; dans le second cas, au contraire, il est évident que le chirurgien doit chercher à prévenir les désordres qui pourraient en être la suite.

» La Société de Chirurgie, ajoute M. Marjolin, ne doit pas oublier ce qui arriva à cet enfant pour lequel elle fut consultée il y a quelques années. Il s'agissait d'un cal difforme de la jambe; l'enfant boitait, et on aurait bien pu, avec un appareil convenable, remédier à cet inconvénient. Plusieurs membres de la Société insistèrent vivement pour qu'il ne fût rien fait; leur avis ne fut pas suivi; le succès de M. Josse (d'Amiens) engagea la majorité dans une voie fâcheuse; une résection fut pratiquée, et l'enfant mourut peu de jours après. »

M. Lenoir déclare que M. Rizzoli n'est pas du tout au courant de la science. Il a eu affaire, dit-il, à une fracture oblique chez la jeune fille qu'il a soumise à son traitement; mais ces sortes de fractures sont très rares chez les jeunes gens, tandis qu'ils sont plutôt sujets aux fractures transversales. De là une double contradiction, puisque la machine de M. Rizzoli tend à déterminer une rupture transversale. M. Lenoir, pour ces deux raisons, réprouve entièrement le moyen mécanique.

M. Maisonneuve croyait avoir été très sévère dans son rapport, et il est étonné d'entendre de telles objections. Des chirurgiens qui tous enlèvent des tumeurs du crâne, pratiquent l'opération du bec-de-lièvre ou des opérations de complaisance, obtiennent cependant des résultats bien moins favorables; il en est un célèbre qui n'a pas craint même d'amputer les deux cuisses pour cause de difformité. On sait cependant, ajoute M. Maisonneuve, que, dans nos hôpitaux, les fractures de cuisse sont moins graves que d'autres lésions. Il ne peut donc admettre le blâme déversé sur M. Rizzoli d'autant que, dans le cas en question, c'eût été pour une jeune femme une infirmité nuisible que cette claudication; et d'ailleurs, l'opération qu'elle a supportée était innocente.

M. Maisonneuve ne croit donc pas que la Société de Chirurgie doive infliger un blâme à M. Rizzoli; il considère l'opération faite par le chirurgien de Bologne comme pouvant être souvent utile; il la défend dans son principe, et s'il avait même à en faire l'application, il serait prêt à la pratiquer.

M. Vidal (de Cassis), considérant cette question comme extrêmement grave et complexe, pense qu'il ne faut pas la traiter légèrement à la fin d'une séance. « M. Maisonneuve, dit-il, a comparé des faits qui sont cependant incomparables; car l'opération pratiquée par M. Rizzoli ne saurait être assimilée à des extirpations de tumeurs, de loupes, par exemple, ou à telles autres opérations qui ont pour résultat d'assurer presque avec certitude l'ablation de l'infirmité ou de la maladie elle-même. » M. Vidal désire que son opinion soit mentionnée par M. le secrétaire, qui croit l'avoir reproduite exactement. M. Vidal demande aussi d'autres titres pour l'admission de M. Rizzoli.

La Société, consultée par M. le président, décide l'ajournement du vote.

Tumeur fibreuse interstitielle de l'utérus.

M. Maisonneuve présente un corps fibreux de l'utérus qu'il annonce être interstitiel; et il fait observer tout d'abord que la plupart des chirurgiens regardent l'extirpation des tumeurs de ce genre comme une opération tellement difficile et dangereuse, qu'ils croient prudent de ne pas y toucher. Quant à lui, il pense que l'on peut revenir de cette opinion, et pratiquer l'extirpation avec facilité.

La tumeur qu'il met sous les yeux de la Société était, dit-il, complétement interstitielle; elle existait chez une femme d'une quarantaine d'années, hors d'état de supporter cette maladie sans en être débarrassée. En examinant cette tumeur, il reconnut qu'elle siégeait dans l'épaisseur de la paroi postérieure. M. Maisonneuve, après avoir placé la malade convenablement, l'a soumise à l'inhalation du chloroforme; et introduisant un lithotome double dans l'utérus, il en a incisé le col assez largement pour agrandir ensuite cette incision par déchirure et fendre la lèvre postérieure avec le bistouri boutonné. Il a énucléé la tumeur dans sa moitié inférieure; il a pu facilement ensuite la saisir avec une pince-érigne, et il a continué de l'énucléer par en haut. Arrivé là, il a renversé l'utérus par des tractions denses, détaché ainsi la tumeur, et il a remis ensuite l'utérus en place. C'est ce matin même que l'opération a été faite.

M. Maisonneuve, d'après deux autres faits qui lui sont propres, pense que, dans celui-ci, il n'y aura pas d'accidents.

M. Vidal a deux observations à faire à l'égard de ce fait. La première est relative à la facilité d'exécution du manuel opératoire, et il l'admet volontiers dans ses différents temps. Sa seconde observation porte sur l'innocuité de l'opération, et cette innocuité lui semble plus contestable. Trois opérations semblables faites avec succès, c'est en effet un point très important. « Il faudrait, dit-il, que ce qui est accepté pour la Société de Chirurgie le fût aussi pour la science et pour l'art; il faudrait, en d'autres termes, que les malades fussent examinés avant l'opération, et que l'on pût en constater les résultats. Ce que dit M. Maisonneuve suffit pour nous, mais ne suffit pas pour tous. Rappelons-nous l'exergue ou la devise de la Société de Chirurgie, dont, pour ma part, je ne voulais pas admettre l'inscription : *Vérité dans la science, moralité dans l'art*; reconnaissons qu'il faut se montrer ici plus sévère qu'ailleurs, et attendons que M. Maisonneuve nous présente une femme dans des conditions telles avant et après l'opération.

M. Maisonneuve répond que les deux premières malades opérées par lui ont été vues à l'hôpital, notamment par M. Récamier, qui, lui-même, n'était pas d'avis de l'opération pour l'une comme pour l'autre.

Quant à la troisième malade, M. Maisonneuve n'a pas songé à faire constater l'existence et les caractères de sa tumeur, parce que ce fait lui paraissait avoir le degré d'authenticité nécessaire.

M. Vidal se croit obligé de dire que les réflexions qu'il a faites ne s'adressent pas à M. le chirurgien Maisonneuve, mais au membre de la Société de Chirurgie.

— La séance est levée à six heures moins un quart.

H. L.

La *Gazette médicale de Lyon*, que nous recevons aujourd'hui, ne nous apprend rien de nouveau sur le choléra dans cette ville. Trois cas seulement existaient dans l'hôpital civil au moment où la *Gazette* a été mise sous presse.

— M. Coste, professeur au Collége de France, ouvrira son cours le mardi 18 décembre prochain, à une heure très précise, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 11 DECEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 144.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris.	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements .	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger . . .	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 10 DÉCEMBRE 1849.

Le choléra à Lyon.

Nous recevons de notre distingué confrère M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, la lettre suivante relative à l'invasion du choléra dans la ville de Lyon :

Je ne doute point, dit M. Pétrequin en parlant de la note communiquée à l'Académie, qu'une aussi grave nouvelle ne jette l'alarme dans les esprits, et que tous ceux qui de près ou de loin ont des relations avec la population lyonnaise ne soient inquiets sur notre sort; mais ces nouvelles, je me hâte de le dire, sont erronées sous plus d'un rapport, et Lyon n'est pas à proprement parler (jusqu'ici du moins) en proie à l'épidémie cholérique.

1° Jusqu'à ce jour le fléau est resté concentré dans l'hôpital militaire où il a pris naissance, et nous pouvons aujourd'hui donner des nouvelles fort rassurantes sur le bulletin de l'épidémie. Jamais le mal n'a sévi sur une grande échelle, et il paraît à cette heure en complète décroissance.

Le jeudi 6 décembre, nous avons appris des médecins et chirurgiens militaires de l'établissement que depuis vingt-quatre heures il n'y avait pas eu un seul décès cholérique à l'hôpital, et qu'un seul cas nouveau y avait été admis.

Le total de toutes les admissions ne s'élevait qu'au chiffre de 66 depuis le début de l'épidémie; 32 malades avaient succombé, et sur les 34 qui restaient on espérait en sauver plus de 30; ce qui sera certainement un résultat des plus satisfaisants. Le fait d'ailleurs est très probable, car la plupart des malades sont dans un état prononcé d'amélioration, et quelques-uns même se trouvent déjà en convalescence.

Ce matin, 8 décembre, nous avons appris également que dans les dernières vingt-quatre heures il n'y a eu qu'un seul cas nouveau, et pas un seul décès cholérique. On nous a même assuré que sur le chiffre total on pourrait faire plus d'une soustraction, car plusieurs cas n'étaient que des choléras fort douteux; confusion facile à comprendre en temps d'épidémie, où toutes les maladies s'empreignent de l'influence et de la physionomie épidémique, sans pourtant en mériter le nom.

2° L'hôpital de la Charité, qui touche à l'hôpital militaire, n'a pas jusqu'ici présenté un seul cas de choléra.

3° L'hôpital général ou Hôtel-Dieu n'en a jusqu'à présent offert que deux cas isolés, l'un sur une femme atteinte d'une maladie chronique dont elle était à peine convalescente (elle est rentrée à l'hospice peu de jours après sa sortie), l'autre sur un vidangeur qui, après de grands excès et un jour d'ivresse, fut saisi de la maladie dans la nuit qu'il passa ensuite à travailler aux vidanges de l'hôpital.

4° La ville de Lyon n'a point été envahie; l'état sanitaire est satisfaisant, et la population lyonnaise se trouve encore à l'abri du fléau. Le 3 décembre, la Société de Médecine de Lyon a tenu séance; la réunion des membres était très nombreuse; une partie de la séance a été consacrée aux maladies régnantes, et personne n'a dit avoir observé un seul fait de choléra-morbus dans la pratique civile. Hier au soir, 7 décembre, j'ai fait partie d'une réunion nouvelle de médecins lyonnais; la même assurance m'a été donnée. La santé générale de la cité est bonne.

Nous avons donc lieu de croire que la maladie ne sortira point des murs de l'hôpital militaire, et qu'elle s'éteindra dans son propre foyer, comme cela est arrivé à Dijon, à Tours, à Avignon, etc.

Il y a plus, l'étude des épidémies de notre temps fait naître une conclusion rassurante. Depuis quelques années on a observé dans l'armée diverses épidémies dont le nom effrayait moins, parce qu'on ne les appelait pas *cholera morbus*, mais qui en définitive étaient souvent plus meurtrières. Il suffira de citer la méningite épidémique qui a sévi successivement depuis 1840 dans les garnisons de Lyon, de Strasbourg, d'Avignon, de Metz, etc. La mortalité a été considérable; mais le mal est resté concentré dans les hôpitaux militaires; la léthalité a été nulle en dehors de l'armée, et même (circonstance bien digne de remarque) dans les hôpitaux des villes, où l'on admettait à la fois, comme à Montpellier, les malades civils et militaires, l'épidémie n'est pas en général sortie des salles consacrées à ces derniers; les autres malades n'ont pas été atteints, ainsi qu'on l'a également constaté à l'hôpital de la Charité de Lyon, et le reste de la population s'est trouvée à l'abri de l'influence épidémique.

Grâce au zèle des médecins et chirurgiens militaires, la plupart des malades entrent en convalescence, et tout porte à croire que le choléra de l'hôpital militaire de Lyon s'éteindra comme les autres épidémies précitées dans son foyer d'origine sans le franchir; et, autant que le raisonnement et la théorie peuvent préjuger l'avenir en pareille matière, la ville de Lyon a des motifs plausibles d'espérer qu'elle continuera à jouir de son privilége d'immunité.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. Baudens.

Considérations pratiques sur la thérapeutique des fractures par armes à feu de l'avant-bras, extraites des conférences cliniques de M. Baudens.

PAR M. LE Dr SERRIER, médecin-adjoint au Val-de-Grâce.

(Troisième et dernier article. — *Voir* les nos 125 et 143.)

Réflexions. — Nous avons établi ailleurs et justifié d'une façon péremptoire notre manière d'agir dans les fractures des membres par armes à feu, et dans celles de l'avant-bras en particulier. Pour nous, les indications à remplir dans toute blessure de ce genre se réduisent à deux principales :

1° Extraire immédiatement toutes les esquilles, afin de simplifier la plaie et de lui permettre ainsi d'arriver à une prompte cicatrisation ;

2° Prévenir ou combattre, quand elle est développée, l'inflammation traumatique *par la réfrigération.*

Appliquées à la thérapeutique des fractures de l'avant-bras, ces indications sont encore plus urgentes que dans les fractures des membres inférieurs, à cause de la disposition anatomique de l'avant-bras, et surtout à cause des fonctions délicates et importantes que la main est appelée à remplir. Nous avons une preuve évidente de ce que nous avançons dans les observations que nous venons de rapporter.

Nous voyons, d'après ces faits, que, lorsque le cubitus ou le radius sont brisés seuls ou simultanément, si on a soin, dès le début, de purger la plaie de tous les corps étrangers qu'elle contient, la perte de substance osseuse occasionnée par l'extraction des esquilles laisse un vide qui se comble par un tissu fibreux susceptible de transformation osseuse, lequel, dans tous les cas, *ne peut nuire sérieusement, en comprimant les muscles, aux fonctions de la main.* Ce tissu rétablit la continuité entre le fragment supérieur et le fragment inférieur de la fracture, de telle sorte que le membre ne présente aucune espèce de difformité au point correspondant à la fracture, si ce n'est une dépression plus ou moins marquée, et que les mouvements de pronation et de supination, et surtout, chose essentielle, ceux des doigts s'exécutent avec souplesse et précision. (*Voyez* les observations nos 1, 2 et 3.)

Nous constatons, d'autre part, que, si on persiste à laisser dans la plaie une partie des esquilles ou leur totalité, dans l'espoir trompeur qu'elles contracteront des adhérences avec les parties voisines, ou qu'elles contribueront à solidifier la cicatrice osseuse (comme c'est l'opinion de certains chirurgiens modernes), on s'expose à une série d'accidents interminables, dangereux à un triple point de vue: 1° celui de la conservation des jours du malade, 2° celui de la conservation de son membre, 3° et celui de la perte des fonctions de la main, dont les mouvements sont entravés par un cal difforme et volumineux développé dans l'espace interosseux. Voyez, pour n'en citer qu'un exemple, le malade qui est le sujet de notre quatrième observation; il est blessé le 25 juin 1848, et le 22 mai 1849, *c'est-à-dire onze mois après*, il sort du Val-de-Grâce, où il n'est entré que longtemps après son accident, avec une main complètement incapable de fonctionner, avec des fistules d'où s'écoule constamment une suppuration abondante, et d'où s'échappent de temps en temps quelques esquilles dont la sortie est précédée de phlegmon érysipélateux avec fièvre, et d'une série d'accidents qui ont plusieurs fois remis sa vie en question. Nous pourrions, si nous le voulions, citer une foule de faits analogues qui ont abouti au marasme et à la mort.

Ces esquilles qu'on laisse dans les plaies d'armes à feu mettent, dans certains cas, un temps si long à se faire jour au dehors, qu'il est presque impossible d'indiquer d'une manière précise quelle sera l'époque à laquelle la guérison aura lieu. On sait que des militaires blessés à Waterloo, et dans les plaies desquels on a laissé des esquilles, les conservent encore de nos jours, et que des invalides appartenant à cette catégorie subissent, à l'heure qu'il est, l'amputation de membres qu'on aurait pu sans doute aucun leur conserver, si on eût tout d'abord procédé à l'extraction des esquilles que contenaient leurs blessures. (Consultez spécialement la pratique de Larrey et de Pasquier.)

Ces faits parlent assez haut pour que j'aie besoin de vous

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Des principales causes qui engendrent et perpétuent le charlatanisme.
(*Voir* le n° du 27 novembre.)

A monsieur le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Mon cher confrère,

Oui, j'en fais le bien triste, le bien pénible aveu, l'une des causes du charlatanisme, c'est l'imperfection elle-même de la science que nous cultivons. Quelles que soient la crédulité et la sottise publiques, ce n'est cependant que par une assez rare exception qu'un malade tombe de prime abord dans les griffes du charlatanisme. Ce n'est le plus souvent que lorsque la science honnête, mais bornée, a échoué une ou même plusieurs fois que la faiblesse humaine cherche dans les moyens les plus bizarres ou les plus équivoques un soulagement à ses douleurs. On consulte le charlatanisme comme on prend un billet à la loterie; seulement, il faut bien l'avouer encore, on gagne plus souvent au premier qu'au dernier jeu. C'est qu'en effet, trop souvent en médecine, le grand mérite est d'arriver le dernier; car bien des maladies ont leur solution naturelle, et celui qui traite au moment où cette solution se déclare est, aux yeux du vulgaire, le seul qui sache guérir. Hélas! combien d'entre nous sont vulgaire sur ce point! Vous devez comprendre combien les charlatans ont d'avantages sous ce rapport. Vous faisiez allusion, il y a quelques mois, à la parente d'un professeur justement célèbre qui jette au feu toutes les ordonnances de son frère (elle le consulte par déférence pour son nom) pour suivre ponctuellement celles d'un charlatan; si cette personne est la même que celle sur laquelle j'ai des renseignements précis, je puis vous apprendre que c'est dans des circonstances analogues à celles dont je viens de vous parler que le professeur X... a perdu la confiance de sa sœur, et que le charlatan *** en a hérité probablement pour toujours.

Mais que faire, direz-vous, contre une pareille cause? La science ne marche pas au gré de ceux qui la cultivent; nous ne pouvons pas faire, avec la meilleure volonté du monde, que telle maladie qui est curable aujourd'hui soit curable demain. Assurément, mon cher confrère; mais si nous ne pouvons détruire radicalement la cause, nous en pouvons du moins atténuer singulièrement les effets. Pour cela, il faut labourer profondément et sans relâche le champ de la science, et éviter, dans nos écrits comme dans notre conduite, tout ce qui peut ressembler aux procédés des charlatans. Que font-ils ces charlatans? Ils traitent d'ignorants, d'ignorantissimes nos confrères les plus recommandables; ils prônent des panacées qu'eux seuls possèdent ou qu'eux seuls savent employer avec art; ils publient et distribuent sous les portes cochères des collections de cures merveilleuses avec certificats d'adjoint, maire, commissaire de police ou curé; ils traitent la sottise humaine en terre conquise. Voilà, si je ne me trompe, les faits et gestes de ces industriels. Nous gardons-nous toujours assez soigneusement de leur ressembler? Êtes-vous bien certain qu'il n'existe personne parmi nous qui ait traité d'ignorants, voire même d'ânes bâtés ou non, des confrères qui n'avaient d'autre tort que d'être de notre profession? Chacun de nous a-t-il attendu des faits nombreux, précis, rigoureusement observés avant de proclamer comme héroïques des remèdes qu'il inventait ou qu'il exhumait de la poussière de l'arsenal thérapeutique? Demandez plutôt au muriate de baryte et à l'oxyde d'antimoine. Ne trouverait-on pas dans certains recueils d'observations (données comme très sérieuses) plus d'une analogie avec ces certificats dont on se salit quelquefois les pieds sous les portes cochères? Enfin, voyons-nous toujours dans nos malades notre semblable souffrant? Le traitons-nous comme nous voudrions qu'on nous traitât nous-mêmes? Accordons-nous rigoureusement les mêmes soins à ceux qui nous honorent et à ceux que la charité nous confie? Ne nous arrive-t-il jamais de considérer ces derniers comme une matière à expérience, comme un verre à réactif, comme une caisse sur laquelle on peut impunément frapper jusqu'à ce que le bruit ait enfin frappé les oreilles du public médical ou autre? Consultez à cet égard les archives de l'assistance publique.

Voilà bien des questions, mon cher confrère: si vous croyez pouvoir y répondre d'une manière négative, je suis prêt à reconnaître qu'il n'y a rien de notre faute dans le succès du charlatanisme; mais, dans le cas contraire, vous reconnaîtrez avec moi qu'avant de songer à réformer nos éhontés parodistes, il faut d'abord nous réformer nous-mêmes, et, par une marche plus scientifique, par une sévérité plus grande envers nous-mêmes en même temps que par une plus loyale confraternité, inspirer au public une plus haute considération, une confiance plus étendue.

N'allez pas croire, cependant, que je considère comme inutile la réforme des lois qui nous régissent, et qui, après avoir exigé de notre profession de si grands sacrifices, la protégent si mal. Loin de moi une semblable pensée. Je suis convaincu, au contraire, qu'il n'est pas trop de toutes les forces réunies pour terrasser l'hydre du charlatanisme, et je suis loin de dédaigner celle que peuvent nous prêter de bonnes lois. Peut-être même pourrai-je un jour, si vous me le permettez, vous faire connaître mes opinions à cet égard. Ce que je veux montrer seulement aujourd'hui, et je crois l'avoir fait, c'est qu'une grande partie du mal dont nous nous plaignons vient de nous-mêmes et qu'il dépend de nous d'y remédier. Comme je signale un tort que je partage sans doute avec bien d'autres, j'espère que mes confrères me pardonneront ma franchise, et qu'ils ne verront dans cette lettre que le désir sincère d'améliorer notre situation commune, tant sous le rapport matériel que sous le rapport moral. Quant à vous, mon cher confrère, je sais que je puis compter sur votre indulgence, comme vous pouvez compter sur mes sentiments de loyale confraternité. ....E.

recommander plus longtemps d'extraire toutes les esquilles quand vous vous trouverez en présence d'une fracture d'un des deux os de l'avant-bras, dussiez-vous faire subir au cubitus ou au radius une perte de substance de 2, 4, 6, 8 centimètres ; dussiez-vous même en emporter la presque totalité, comme nous en avons cité un cas dans notre *Traité des plaies d'armes à feu*. En pareil cas n'hésitez pas, simplifiez la plaie; n'amputez que dans les cas complétement désespérés, et en agissant comme je vous l'indique, vous aurez souvent la satisfaction de sauver un membre dont les fonctions sont si importantes.

Un mot maintenant *sur la réfrigération par la glace* et sur les bons services qu'elle nous a rendus dans la thérapeutique des fractures de l'avant-bras. Nous ne ferons aujourd'hui que vous indiquer son mode d'application, et que vous signaler quelques-uns de ses effets, nous réservant d'élucider, dans un mémoire que nous publierons très prochainement, les moindres détails de cette haute question de thérapeutique chirurgicale.

Nous ne saurions trop insister ici sur la manière d'employer la glace, car nous sommes convaincu que les chirurgiens qui déprécient notre méthode réfrigérante après l'avoir employée une ou plusieurs fois n'ont échoué que parce qu'ils l'ont appliquée d'une manière vicieuse.

Rien n'est plus simple cependant que la manière de se servir de la glace sur les différentes régions du corps devenues le siége de blessures plus ou moins graves. Il suffit pour cela d'avoir à sa disposition:

1° Du crin, ou, à défaut de crin, de l'étoupe, de la laine ou du foin, à l'aide desquels on confectionne des coussins de forme et de volume différents, suivant la partie du corps qui doit reposer sur eux;

2° Des pièces de linge de largeur variable;

3° De la toile cirée imperméable ;

4° De la charpie mollette;

5° Des éponges de différent volume.

Les coussins de crin sont appliqués immédiatement sur le lit du malade, et doivent, dans tous les cas, être disposés sous forme de plans inclinés des extrémités vers le tronc, afin de faciliter autant que possible la circulation dans la partie blessée. Ils forment à cette dernière un appui moelleux préférable à celui qui lui serait fourni par la laine, substance qui, se laissant facilement imbiber par l'humidité, devient par le seul fait de cette imbibition beaucoup moins élastique.

La toile imperméable est placée par-dessus le coussin dont nous venons de parler. Nous la faisons descendre, à droite ou à gauche (suivant le côté blessé), en dehors du lit du malade. Elle sert à préserver de l'humidité les objets de literie et à conduire le liquide provenant de la fonte de la glace dans un vase placé à cet effet sur le sol. On obtient facilement ce dernier résultat en doublant sur eux-mêmes les deux bords latéraux de cette toile, qui disposés de la sorte constituent deux petites rigoles conductrices, le long desquelles l'eau s'écoule goutte à goutte à mesure que fond la glace appliquée sur la lésion traumatique.

Au-dessus de cette toile imperméable nous plaçons une éponge grossière, plus ou moins volumineuse suivant les cas, sur laquelle repose directement la partie qui va être soumise à la réfrigération. Nous avons l'habitude de fendre cette éponge en deux parties égales dans les trois quarts de son épaisseur, nous en écartons ensuite les deux moitiés, et c'est dans l'espèce de gouttière qui résulte de cet écartement que nous plaçons la partie blessée.

Ces éponges ainsi appliquées nous rendent surtout de très grands services dans les lésions chirurgicales des membres. Il est facile, en effet, de se convaincre qu'elles remplissent quatre indications bien distinctes :

1° Elles absorbent incessamment l'eau qui résulte de la fonte de la glace. Or, cette eau, restant emprisonnée dans les porosités de leur substance, n'imbibe que très faiblement les pièces sous-jacentes de l'appareil.

2° Elles constituent un second coussin plus moelleux et plus élastique encore que le premier coussin de crin placé sous la toile imperméable.

3° Elles forment, à l'aide de l'écartement que présentent leurs deux moitiés, une espèce de moule s'adaptant parfaitement aux contours de la partie blessée, et s'opposant, par cela même, à tout déplacement latéral : résultat précieux à obtenir quand il s'agit d'une fracture du membre supérieur ou du membre inferieur.

4° Enfin, elles prêtent un point d'appui efficace pour soutenir les glaçons disposés autour du membre.

La partie blessée une fois placée sur ces éponges, nous appliquons sur la solution de continuité (lorsqu'il en existe une) un linge fenêtré légèrement cératé, puis un matelas très mince de charpie mollette, sur lequel repose notre moyen réfrigérant, la glace. Il importe d'étendre plus ou moins sur le membre, selon les indications, cette couche de charpie, afin que la glace ne porte pas directement sur le tégument.

La charpie, faisant siphon, conduit l'eau à la glace sur toute la surface cutanée avec laquelle elle est en contact, et constitue une action réfrigérante continue, un véritable *cataplasme à la glace*. C'est, du reste, l'expérience qui nous a amené à placer, dans tous les cas, une couche de charpie entre le membre et la glace. En effet, quand celle-ci est directement appliquée sur le tégument, elle n'a qu'une action limitée à la partie qu'elle touche, laquelle devient rouge, froide, douloureuse, et peut même présenter les symptômes précurseurs de la congélation, tandis que les parties voisines, échappant à la réfrigération, restent chaudes et soumises à tous les phénomènes de l'inflammation traumatique. De là, sans doute, les mécomptes des praticiens inexpérimentés qui ont essayé et déprécié notre traitement par la glace.

Quand il n'existe pas de solution de continuité aux parties molles, lorsqu'il n'y a, par exemple, qu'une simple contusion, nous recouvrons la peau contuse d'une légère couche de charpie au-dessus de laquelle nous appliquons la glace, comme dans le cas précédent.

Quand nous voulons enfin entourer le membre d'une couche circulaire de glaçons, nous disposons entre l'écartement des oreillons de l'éponge une quantité variable de glace recouverte de quelques brins de charpie sur laquelle la partie blessée est ensuite déposée.

Cela fait, si nous voulons que le membre demeure dans une immobilité absolue, comme, par exemple, lorsque nous soumettons à l'action de la réfrigération une fracture du membre supérieur ou inférieur, nous avons recours à un expédient fort simple, à l'aide duquel nous obtenons cette immobilité. Nous plaçons entre la face supérieure de la toile imperméable et la face inférieure de l'éponge une ou plusieurs bandes d'un mètre de longueur, dont nous ramenons ensuite verticalement les chefs de chaque côté de l'éponge pour les fixer, en définitive, à l'aide d'un nœud à simple rosette à la partie externe de l'appareil, à quelques pouces au-dessus ou au-dessous de la blessure. Il résulte de cette dernière précaution que l'éponge forme un gouttière immobile *mollement solide*, dans le fond de laquelle le membre est sûrement emprisonné.

Les choses ainsi disposées, il ne nous reste plus qu'à protéger l'appareil réfrigérant et la partie qu'il recouvre à l'aide d'un cerceau dont la forme et les dimensions varient suivant les cas.

Pour ce qui est maintenant des effets de la glace, ils sont incontestables sur la douleur, qu'elle fait cesser presque instantanément, d'où vous pouvez déjà conclure que le fluxus inflammatoire est enrayé. Ils ont une influence marquée sur la chaleur et sur la tuméfaction. De plus, la présence de la glace n'entrave nullement la suppuration, l'élimination des eschares et la cicatrisation des plaies, puisqu'elle n'enlève que l'excès d'inflammation traumatique, auquel excès nous attribuons tous les accidents des blessures. Elle a une action sédative puissante sur l'appareil circulatoire, et, pour n'en citer qu'un exemple, je vous rappellerai ce militaire couché salle 30, n° 37, qui avait eu la poitrine fortement pressée entre un pan de mur et le timon d'une voiture, accident qui avait déterminé une énorme contusion thoracique et une fracture de côte. Le pouls de ce blessé, qui était à 110 le jour de son entrée à l'hôpital, descendit à 48 le troisième jour après l'application permanente de la glace autour du thorax.

Jamais l'application de la réfrigération n'a occasionné dans nos salles de répercussion sur les poumons, et enfin, chose importante, en isolant, pour ainsi dire, du reste de l'économie la partie blessée qu'elle entoure la glace empêche, entrave les irradiations sympathiques sur l'appareil digestif, qui, comme vous le savez, constituent presque tout le danger des lésions traumatiques : d'où la possibilité de soutenir les forces des blessés par une alimentation sagement administrée, ce qui les met à même de lutter avec plus de force contre les accidents du traumatisme, et principalement contre le plus insidieux et le plus redoutable de tous, l'infection purulente.

Quelque désir que nous ayons d'abréger ces considérations, il nous est impossible de ne pas répondre encore une fois à une objection sans cesse reproduite, celle qui est relative à la durée de l'application du moyen réfrigérant et des dangers qui peuvent en résulter. Rien n'est plus facile cependant. Il suffit pour cela de consulter le malade et de s'en rapporter à ses propres sensations; en évitant toutefois un écueil, celui de sa reconnaissance exagérée pour un moyen qu'il a d'abord accepté avec défiance, et dont il voudrait ensuite voir prolonger l'emploi outre mesure dès qu'une fois il en a ressenti la bienfaisante influence.

Quelques instants après l'application du moyen réfrigérant, à la douleur, à la chaleur et quelquefois à l'état fébrile général succèdent un calme et un bien-être extrêmes; la fièvre tombe, la soif cesse, le sommeil revient, l'appétit se réveille, et après un laps de temps plus ou moins long, selon l'intensité de la lutte entre la glace et l'inflammation traumatique, le malade éprouve, surtout vers deux ou trois heures du matin, un sentiment désagréable de froid. Ce sentiment cesse dans l'état de veille aussitôt que les fonctions ont repris leur activité. On supprime alors la glace pendant quelques heures, pour la reprendre aussitôt que le blessé en éprouve le besoin, besoin qui se fait sentir surtout après le repos. On est averti de la nécessité de réappliquer la glace par une augmentation plus ou moins sensible dans la chaleur, qui ne tarde pas à disparaître sous l'influence du froid appliqué d'une manière plus ou moins permanente.

En résumé, on peut abandonner l'emploi de cette puissante médication à l'observation propre du blessé, et il n'en est pas un, de quelque peu d'intelligence qu'il soit doué, qui ne soit capable de diriger lui-même l'administration de notre méthode réfrigérante. Il faut ajouter cependant que, s'il s'agissait d'un enfant, d'un idiot ou d'un homme dont le cerveau serait le siége d'une congestion plus ou moins violente, cette indication faisant défaut, ce serait exclusivement au chirurgien à diriger, d'après son expérience personnelle, l'emploi de la réfrigération.

HOPITAL DE LA CHARITE DE LYON.

M. Bouchacourt.

Diagnostic de la grossesse (singulière erreur de).

(Recueillie par M. CH., interne des hôpitaux de Lyon.)

Parmi quelques observations recueillies dans le service de M. Bouchacourt, que renferme la *Gazette Médicale de Lyon*, celle qui suit fournit la preuve d'une de ces méprises qu'on pourrait croire impossible dans notre temps, et qui malheureusement sont loin de l'être. Nous la publions avec les courtes réflexions de l'auteur.

Le diagnostic de la grossesse n'est pas toujours facile, surtout dans les premiers mois; les recueils d'observations renferment plus d'une erreur sur ce point; les praticiens sont exposés à en commettre tous les jours. Le fait suivant en est une preuve frappante, nous pourrions dire grossière. La procidence du cordon ombilical n'a pu même éclairer, et la malade venait à la Charité prendre conseil et réclamer des secours pour une chute de matrice. La conduite à tenir, en pareil cas, nous semble si nettement tracée par les détails qu'on va lire, qu'ils nous dispenseront de toute réflexion.

Obs. — *Grossesse méconnue. Phénomènes singuliers. Avortement.*

Mme X., âgée de trente-un ans, demeurant à Vénissieu (Isère), d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatique, a déjà eu cinq grossesses : les deux premières se terminèrent à trois mois par un avortement, dont elle n'a su nous indiquer les causes. Les trois autres arrivèrent heureusement à terme, et se terminèrent sans accident. Le dernier accouchement a eu lieu il y a quatre ans.

Elle jouit habituellement d'une bonne santé. Elle a été réglée à dix-sept ans, et les menstrues ont toujours été régulières. Elle ne les a jamais eues pendant ses diverses gestations.

Depuis quatre mois sa santé est complétement dérangée. Elle fut prise, à cette époque, de malaise général et continuel; bientôt survinrent des vomissements nombreux, des douleurs violentes dans les reins et dans le bas-ventre ; elle ne pouvait plus marcher, et resta alitée pendant six semaines. Les règles n'ont pas paru à l'époque ordinaire. Elle consulta alors plusieurs médecins qui, sans l'examiner par le toucher vaginal, crurent à des symptômes de métrite. La malade suivit très mal leurs avis. Elle alla consulter un grand nombre d'empiriques qui la soumirent à des traitements ridicules. Suivant l'un d'eux, Mme X. devait guérir en buvant l'urine de son mari ; elle en but, et beaucoup, mais ne guérit point.

Néanmoins, avec le temps, les vomissements disparurent; mais les douleurs qu'elle ressentait dans les lombes et l'hypogastre persistèrent, quoique moins fortes. Cette femme était plongée dans une inquiétude extrême. Pour la seconde fois, ses règles avaient manqué. Cependant elle était loin de se croire enceinte : à ses grossesses antérieures, elle n'avait rien éprouvé de semblable; ses seins, du reste, n'avaient point gonflé; c'était, pour elle un signe certain de grossesse. Huit jours après chaque conception, elle s'était ainsi constamment reconnue enceinte.

Le mois suivant les règles reparurent, mais en très petite quantité. Mme X. alla consulter alors une sage-femme, qui ne reconnut pas l'état de grossesse. Quelques jours après, une forte métrorrhagie se déclara, qui dura plusieurs jours, et s'arrêta d'elle-même. Une perte blanche assez abondante lui succéda. Les douleurs lombaires et hypogastriques, qui avaient duré jusqu'alors, persistaient. Mme X. se croyait atteinte, comme elle dit, d'un *dérangement de matrice*. De nouvelles douleurs s'étant déclarées, elle prit enfin la résolution d'implorer sérieusement les secours de l'art. En conséquence, elle vint à Lyon le 15 novembre dernier, et s'adressa à M. Bouchacourt, disant que depuis le matin, lui avait-on dit (il était cinq heures du soir), *la matrice lui sortait du corps.*

Le chirurgien de la Charité, après avoir entendu les détails qui précèdent, se disposa à pratiquer l'exploration directe des parties supposées malades. Il sentit, non sans étonnement, à l'entrée de la vulve, la présence d'un corps vermiforme de la grosseur d'une plume à écrire, se terminant en anse à 3 ou 4 cent. de l'entrée du vagin, et dont les deux bouts se continuant dans ce conduit pénétraient jusque dans l'intérieur de l'utérus par l'ouverture du museau de tanche. Il reconnut tout d'abord un cordon ombilical en état de procidence. Sa couleur était normale; mais on n'y sentait aucune pulsation artérielle. Le col était ramolli, long d'un centimètre environ, situé profondément dans la cavité du sacrum, et un peu à gauche; il présentait une dilatation de 0 m. 01 c. environ de diamètre. On ne sentait point de poche amniotique, et la malade paraît ne pas s'être aperçue de sa rupture ni de l'écoulement des eaux. Le ventre n'était pas sensiblement développé; l'utérus ne s'élevait qu'à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, et se trouvait incliné à droite. On ne le sentait bien par le toucher abdominal qu'en refoulant fortement en haut toute la masse des intestins.

M. Bouchacourt déclara à cette femme qu'elle était enceinte de quatre mois, et que très incessamment elle accoucherait d'un fœtus non à terme et non viable. Il l'engagea à ne pas retourner chez elle et à entrer immédiatement à l'hôpital de la Charité. Elle s'y décida, malgré quelques répugnances et ses doutes formels sur son véritable état. C'est là que nous pûmes observer, à notre tour, avec quelques-uns de nos collègues (1), ce que nous venons de rapporter.

Six heures après, c'est-à-dire à onze heures du soir, les contractions utérines commencèrent à se déclarer, mais peu intenses et à intervalles assez longs. Néanmoins l'expulsion du fœtus eut lieu sans écoulement d'eaux. Sa mort ne paraissait pas remonter à plus de deux jours; il était très petit, mais bien conformé. Voici quelles étaient ses dimensions : du synciput à l'insertion du cordon ombilical, 0 m. 13 c.; de ce dernier point à l'extrémité des membres inférieurs, 0 m. 095 mil.; longueur des membres pelviens, 0 m. 075 mil.; longueur totale : 0 m. 225 mil. Les ouvertures naturelles étaient formées, mais les paupières étaient encore closes.

La délivrance fut longue à s'effectuer. On reconnut, en introduisant trois doigts dans l'utérus, que le placenta était adhérent par un de ses bords. On confia néanmoins son expulsion aux efforts de la nature; on administra seulement une potion avec ergotine, 0 gr. 20 c., et elle eut lieu spontanément le lendemain à une heure après-midi.

Tout se passa ensuite normalement, et, malgré nos instances réitérées, Mme X. voulut partir le troisième jour, au moment où commençait la fièvre de lait.

(1) MM. Dumey, Bourland et Bossu.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 décembre 1849. — Présidence de M. BOUSSINGAULT.

Choléra.

M. Pellarin lit les conclusions des diverses communications qu'il a faites à l'Académie sur le choléra. (Nous publierons textuellement ce résumé.)

Origine du goître.

M. Grange, docteur ès sciences et docteur en médecine, adresse un mémoire dans lequel il expose le résultat des recherches qu'il a entreprises sur l'origine du goître et sur l'influence des terrains magnésiens sur le développement de cette maladie.

L'auteur se croit en mesure de pouvoir établir :

1° Que c'est bien l'eau de certaines sources qui donne le goître ;

2° Que c'est à la magnésie qu'il faut attribuer le développement de cette tumeur ;

3° Qu'en séparant la magnésie des eaux potables, ou en recourant à des eaux qui ne contiennent pas cette substance en dissolution, on peut se préserver du goître ;

4° Que le sel ioduré, à la dose maximum de 5 dix-millièmes employé pendant une année, préserve complétement du goître sans exposer à d'autres maladies ;

5° Que le gouvernement peut, en mettant à la disposition des pays ravagés des sels de cuisine iodurés provenant soit des fabriques de soude de Warech, soit des sels préparés directement, faire disparaître ces affections, qui atteignent en France près de 500,000 habitants et dégradent l'espèce humaine.

Concours ouvert devant la Faculté de Médecine de Paris

Pour une chaire de médecine opératoire.

(Première épreuve.)

M. SANSON.

Cet honorable candidat est moins connu par ses propres travaux que par le beau nom chirurgical de son frère et par une opiniâtreté à concourir que n'ont point ébranlée des échecs multipliés. On dit que des juges de toute espèce mettront bien des fois encore la persévérance de M. Sanson à l'épreuve, afin de prouver que l'Evangile s'est trompé une fois au moins quand il a dit : Frappez, et l'on vous nuvrira. Nous n'avons pas à nous occuper d'un pareil bruit.

M. Sanson a commencé par étudier la réunion par première et par seconde intention ; il préfère la première, indique les moyens qui lui semblent les meilleurs pour l'obtenir, et passe ensuite à l'étude de la réunion médiate, qu'il décrit avec détails. Il termine par quelques remarques sur le traitement général qu'on doit mettre en usage pour favoriser la réunion.

Ce candidat est souvent sorti du cercle de la question, et n'a fait qu'une appréciation incomplète des moyens de réunion.

M. GOSSELIN.

Ce jeune concurrent, déjà chirurgien du Bureau central, agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté, est un des hommes dont la fortune chirurgicale a été la plus rapide et la plus méritée. Connu déjà par quelques mémoires anatomiques, physiologiques et chirurgicaux ; associé, depuis la mort d'Aug. Bérard, à la rédaction d'un ouvrage important, le *Compendium de Chirurgie*, il a montré dans ses travaux une instruction solide, un talent distingué d'exposition, et une critique judicieuse qui serait cependant plus juste encore si elle était plus sévère.

M. Gosselin pense que, pour traiter convenablement la question, il faut d'abord étudier, d'une manière générale, les opérations dans lesquelles les chirurgiens peuvent être appelés à réunir une plaie, et passer en revue ensuite les moyens de réunion eux-mêmes.

Dans la première partie, l'auteur rappelle que les anciens, n'ayant qu'une idée très imparfaite des phénomènes de la cicatrisation, avaient une grande crainte des hémorrhagies, et n'osaient tenter la réunion ; le bec-de-lièvre fut la première opération, la réunion fut essayée. Ambroise Paré, en appliquant la ligature sur les artères à la suite des amputations, rendit facile l'emploi de la réunion, laquelle fut conseillée positivement dans les amputations par le chirurgien anglais Alanson, qui apporta d'ailleurs des modifications heureuses dans les méthodes d'amputation elles-mêmes.

Les travaux de Hunter sur la cicatrisation, en montrant que le moyen d'obtenir une adhérence des tissus divisés était de faire développer l'inflammation adhésive, et que la réunion atteignait parfaitement ce but, ne contribuèrent pas médiocrement à la généralisation de cette méthode, qui s'établit rapidement en Angleterre, mais qui ne pénétra en France qu'après la publication du *Voyage en Angleterre* par M. Roux.

Après cet historique, qu'il orne de nombreuses citations, l'auteur énumère toutes les plaies dans lesquelles la réunion doit être tentée.

Il divise ensuite la réunion en immédiate et médiate, et dit que, pour obtenir toute réunion, il faut éviter les conditions qui s'opposent au développement de l'inflammation adhésive, et il énumère ces conditions ; empêcher l'inflammation de devenir suppurative, et il indique les moyens d'y parvenir. D'autres fois, il faut lutter contre la tension trop grande qu'on est obligé de faire subir aux tissus, comme dans les pertes de substances, ou contre l'action de liquides délétères, comme dans les fistules. Dans le premier cas, on incise les parties voisines de la plaie.

Dans une deuxième partie, M. Gosselin décrit succinctement les divers moyens de réunion, agglutinatifs, sutures, et instruments unissants, ainsi que la manière de les appliquer.

Enfin dans une troisième partie, l'auteur aborde l'appréciation des moyens de réunion. Il examine d'abord d'une manière générale les agglutinatifs et les sutures ; puis il discute les avantages et les inconvénients de chacun des procédés en particulier qui composent les deux méthodes, c'est-à-dire du taffetas d'Angleterre, du diachylum et du collodium, d'une part, des diverses espèces de suture, d'autre part. Les instruments unissants ne conviennent que pour des cas exceptionnels. L'auteur termine en déclarant que la question posée n'est pas susceptible de solution absolue, mais qu'on ne peut y répondre d'une manière précise qu'en examinant chaque cas en particulier.

M. Gosselin a déployé dans sa composition un rare talent d'exposition et une grande érudition. Il eût été difficile d'être plus lucide et plus élégant dans la rédaction, plus précis et mieux inspiré dans les citations. Mais on doit regretter qu'il ne soit pas entré plus tôt dans son sujet. Les deux premières parties de sa copie, la première surtout, y étaient presque entièrement étrangères. Il s'est ainsi enlevé le temps nécessaire pour pouvoir éclairer par des exemples multipliés les appréciations générales qu'il a formulées dans la troisième partie, et qui nous ont paru d'ailleurs extrêmement judicieuses. Mais, ainsi que M. Gosselin l'a fait remarquer lui-même, la question qu'il avait à traiter n'était susceptible que de solutions particulières. On a regretté également que M. Gosselin ait complétement passé sous silence les bandages unissants.

M. MAISONNEUVE.

Les titres écrits de M. Maisonneuve sont peu nombreux encore ; mais il a fait briller dans les concours son instruction et son élocution, et nos lecteurs ont pu apprécier maintes fois l'esprit d'initiative hardie et ingénieuse, ainsi que l'habileté chirurgicale de ce savant candidat.

M. Maisonneuve commence par établir que la réunion peut se faire par première, par deuxième, par troisième intention (formation d'un épithélium à la surface des tissus divisés). Le premier de ces modes est préférable, quoiqu'il ne doive pas toujours être tenté ; le second vient ensuite, puis le troisième. Il indique les caractères de ces divers modes et les accidents qui peuvent les compliquer.

Dans une seconde partie, il indique les moyens applicables à chacun de ces modes.

Pour réunir par première intention il faut que la plaie soit récente, que les lèvres de la plaie soient dans un bon état de coaptation, qu'il n'y ait point par conséquent de corps étranger entre elles ; qu'elles soient légèrement pressées l'une contre l'autre et immobiles ; il faut mettre autant que possible en rapport les tissus similaires (exemple, la séreuse des intestins).

La position est une condition importante.

Les bandages constituent un des moyens les plus puissants (surtout dans les amputations). M. Maisonneuve en a décrit les variétés. Cependant, ajoute-t-il ensuite, les bandages disposent à la coaptation plutôt qu'ils ne l'affectent.

Les agglutinatifs sont plus efficaces que les bandages ; mais ils irritent ; ils glissent quelquefois, mais aussi ne produisent pas d'étranglement. Dans quelques cas ils peuvent être remplacés, comme lorsqu'il faut fermer la plaie pour pratiquer la ténotomie.

Les sutures sont de tous les moyens le plus efficace. L'auteur passe en revue toutes les espèces de sutures, et pose d'une manière générale les conditions qui doivent faire préférer chacune d'elles. Il mentionne les pinces unissantes, et termine en faisant observer qu'aucun des moyens ne saurait être préféré aux autres d'une manière absolue, mais seulement dans des cas déterminés.

Malgré les preuves d'instruction étendue que M. Maisonneuve a données, il a eu, comme plusieurs de ses compétiteurs, le tort de ne pas entrer sans préambule dans la question ; il a eu le tort aussi de classer dans les *réunions* la *cicatrisation* des plaies par formation d'un épithélium à leur surface, cicatrisation à laquelle quelques chirurgiens ont donné, par abus de langage, le nom de *réunion* par troisième intention. Les appréciations que M. Maisonneuve a faites des moyens de réunion ont d'ailleurs été généralement bonnes ; mais on n'a pas trouvé dans l'exposition des faits tout l'ordre qu'on devait attendre d'un esprit aussi lucide et aussi précis.

M. CHASSAIGNAC.

La science doit à M. Chassaignac des travaux remarquables ; la pratique lui doit des innovations qui marqueront comme un progrès réel dans l'histoire de la thérapeutique chirurgicale. L'infatigable activité de ce candidat fait espérer que son avenir sera plus fécond encore que son passé. Voilà des titres plus que suffisants pour le recommander à la bienveillance publique et à l'attention du jury.

Pour traiter la question, deux voies s'offrent à M. Chassaignac : ou bien comparer entre eux les modes d'action de chaque moyen de réunion, et alors on apprécie terre à terre la valeur relative de ces moyens ; ou bien poser les lois générales qui régissent la cicatrisation des plaies, remonter aux principes, et alors l'appréciation des moyens particuliers n'est qu'une conséquence naturelle, forcée des principes posés, et sans lesquels l'auteur défie qu'on puisse justifier la préférence donnée à tel moyen sur tel autre. M. Chassaignac opte donc pour cette dernière voie. Il décrit les phénomènes de la cicatrisation, montre, par les observations faites sur les animaux inférieurs, que l'inflammation n'en est pas une condition nécessaire, et que, lorsqu'elle a lieu, elle doit se maintenir dans des limites modérées ; il énumère ensuite et étudie plus tard une à une les conditions les plus propres à renfermer l'inflammation dans ces limites ; ce sont :

1° Absence du contact des corps extérieurs ; parmi ces corps, il fait entrer l'air, auquel il attribue une grande importance, et contre lequel M. Chassaignac a imaginé le pansement par occlusion. Il entre dans de grands détails historiques et pratiques sur ce pansement, dont il s'efforce de faire apprécier les immenses avantages.

2° Absence de tout corps étranger dans la plaie venu de dehors ou du dedans (caillots sanguins).

3° Absence de corps irritant sur les lèvres de la plaie. Les propriétés irritantes attribuées au diachylum sont imaginaires ; le sparadrap préserve plutôt de l'érysipèle qu'il ne le produit.

4° Solidité de la coaptation ; aussi la suture enchevillée est-elle préférable pour les plaies profondes et qui ont une grande tendance à l'écartement, la suture entortillée pour les plaies qui offrent ces conditions à un moindre degré, et la suture entrecoupée pour les plaies superficielles.

5° Maintenir une compression modérée et éviter une compression trop forte aux environs de la plaie. Aussi faut-il éviter les sutures quand on peut avoir un gonflement considérable.

6° Obtenir une netteté aussi grande que possible de coaptation, bien que cette condition ne soit pas également importante à atteindre dans tous les cas.

7° Autant que possible affronter des tissus similaires.

Ces principes généraux posés, M. Chassaignac passe à l'examen des conditions dépendant de la nature des plaies ou des tissus qui en sont le siége : ainsi, certains tissus contre-indiquent certains moyens : on ne songera pas à réunir par la suture un cordon nerveux divisé, tandis que ce sera le contraire pour un tendon, etc. ; on ne réunira pas davantage par la suture une plaie par cautérisation ; ce sera le contraire pour une plaie par incision. On voit donc qu'il n'y a aucun moyen supérieur aux autres absolument ; mais seulement dans des cas spéciaux.

Après avoir posé les indications générales de la réunion, M. Chassaignac apprécie ce qu'il appelle les *méthodes*, c'est-à-dire l'occlusion, la position, les bandages, les sutures, parmi lesquelles il en signale une nouvelle espèce, la suture *celluleuse* (qui ne prend que la partie profonde de la peau) ; les agglutinatifs, parmi lesquels le caoutchouc et le collodium ; enfin, les pinces unissantes. Il indique autant que possible les cas auxquels tel ou tel procédé de ces méthodes convient le mieux, et termine en faisant observer qu'il n'y a pas un antagonisme, mais bien une conciliation à établir entre les divers moyens de réunir les plaies après les opérations.

M. Chassaignac a la réputation de faire des compositions écrites brillantes. Cette réputation, il l'a méritée une fois de plus. Toutefois, nous croyons que c'est un peu aux dépens du sujet qu'il avait à traiter. Quelque séduisante que pût être celle des deux voies qu'il a choisies, il aurait gagné à prendre l'autre ; car, quand l'exposition des phénomènes généraux de la cicatrisation et de la réunion a été terminée, M. Chassaignac n'en a pas moins été obligé d'indiquer en se répétant un peu les avantages et les inconvénients de chaque moyen particulier, et, quand il a omis de le faire, la netteté de l'appréciation y a perdu quelque chose. Malgré le talent remarquable de narration que l'auteur a fait briller, il y a donc eu une légère confusion dans sa dissertation.

M. Chassaignac a d'ailleurs fait preuve d'une critique judicieuse dans les appréciations qu'il a faites. On a trouvé qu'il s'était étendu un peu trop longuement sur le pansement par occlusion ; mais si c'est là une faiblesse, elle est bien naturelle à un père : ç'a été celle de M. Malgaigne pour le collodium. M. Chassaignac a eu le mérite de défendre un peu trop énergiquement peut-être le diachylum des reproches beaucoup trop exagérés que lui avaient adressés la plupart des précédents compétiteurs. Il a signalé parmi les moyens de réunion le caoutchouc, qu'on avait passé sous silence, ainsi que la suture celluleuse.

****

Concours pour une place d'aide d'anatomie à la Faculté de Paris.

Jeudi dernier s'est terminé le concours ouvert devant la Faculté de Médecine de Paris pour une place d'aide d'anatomie. On se rappelle qu'un instant le jury avait eu l'idée de nommer à cette fonction deux candidats, quoiqu'une seule place eût été affichée. Nous avons annoncé avec quel louable empressement M. le doyen avait empêché une pareille injustice d'être consommée.

Le candidat nommé est M. Boulard, interne à la Charité.

Les épreuves de ce concours se sont ainsi succédé :

Préparations anatomiques sèches. — Région latérale du cou.

Trois questions orales. — Structure du rein et son développement ; — phénomènes et causes du mouvement du sang dans les artères ; — de l'anévrisme artérioso-veineux.

Question écrite. — Anatomie et physiologie du cristallin ; myopie et son traitement.

Médecine opératoire. — Ligature de la cubitale au tiers supérieur ; désarticulation du médius et d'une dernière phalange.

Préparation extemporanée. — Terminaison des cordons œsophagiens du nerf pneumogastrique ; nerf grand splanchnique ; nerfs de l'estomac.

Un nouveau concours pour la deuxième place vacante va, dit-on, bientôt commencer. Ce sera une nouvelle occasion pour MM. Fano, Foucher et Legendre de déployer le savoir dont ils ont fait preuve cette fois en disputant la place pied à pied à leur heureux compétiteur. Nous croyons aussi que de nouveaux candidats figureront avec avantage dans ce second concours.

Revue thérapeutique.

Nouvelle formule d'un sirop contre la coqueluche.

Nous avons signalé, il y a peu de temps, les bons effets du café dans la coqueluche. C'est probablement le travail de M. Guyot qui a suggéré à M. Delayes l'idée de la formule suivante, que nous devons recommander à nos lecteurs, car elle réunit deux conditions précieuses : facilité d'administration et efficacité incontestable.

Café torréfié .... 50 grammes.

Traiter par déplacement au moyen de l'eau bouillante, de manière à obtenir 1,000 grammes de liqueur.

Faites dissoudre dans cette liqueur :

Extraits alcooliques de belladone et d'ipécacuanha, de chaque .... 10 grammes.

Ajoutez, sucre 2,000 grammes ; faites fondre au bain-marie, et filtrez.

Depuis quelque temps ce praticien a employé ce sirop avec un plein succès chez des enfants qui avaient été traités par tous les moyens connus et qui n'avaient obtenu aucun soulagement. Le plus souvent ce sirop a été donné à la dose de 15 grammes le matin, autant à midi, et 30 grammes le soir, au moment du coucher, dans deux cuillerées d'eau chaude, pour les enfants de trois à cinq ans ; moitié pour les enfants au-dessous de cet âge. (*Répertoire de pharmacie*, novembre 1849.)

Souscription en faveur d'un confrère dans l'infortune.

Le bruit nous est parvenu que plusieurs de nos confrères auraient désiré connaître le nom du médecin pour lequel nous avons ouvert une souscription, avant d'y participer. Nous espérons qu'en y réfléchissant davantage ils apprécieront combien il serait pénible à celui que le malheur accable déjà de voir son nom jeté en pâture à la curiosité publique. Nous pouvons d'ailleurs assurer nos lecteurs que nous ne nous serions pas permis de faire appel à leurs bons sentiments de confraternité, si nous n'avions été certain que celui en faveur duquel nous avons fait cet appel est digne de toute leur sollicitude.

NOUVELLES.

Il nous est revenu que nos réflexions sur la nourriture des internes des hôpitaux n'avaient pas eu l'assentiment unanime du corps, et que quelques dissidents se proposaient de réclamer publiquement contre nos justes réclamations. Nous accueillons toujours avec empressement les raisons qu'on veut bien opposer aux nôtres ; mais nous avouons que, cette fois, nous serions plus curieux que jamais de connaître les arguments de nos contradicteurs.

— *Statistique des élèves de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Lyon. Année scolaire 1849-50.*

ÉLÈVES EN MÉDECINE.

1re année :	
Inscrits et bacheliers	52
Inscrits non bacheliers	3
2e année :	
Inscrits et bacheliers	33
3e, 4e et 5e années :	
Inscrits bacheliers	34
Total	122

Elèves en pharmacie.

Inscrits bacheliers	8
Inscrit non bachelier	1
Total général des élèves inscrits	131
Elèves non inscrits aspirant au grade d'officier de santé	10
Auditeurs bénévoles et élèves militaires	21

— Le mécontentement des médecins anglais contre l'Amirauté, les abus de pouvoir et le manque d'égards envers les médecins et chirurgiens de marine sont arrivés à leur comble. Le collége des chirurgiens d'Edimbourg a décidé qu'il ne recommanderait plus aucun candidat aux postes vacants jusqu'à ce qu'une réforme et des lois appropriées aient accordé au corps médical de la marine les prérogatives auxquelles il a droit.

— On a ouvert en Amérique un établissement de bains affectés à la classe ouvrière. Les bâtiments ont 150 pieds de longueur. La somme qu'il a coûté à établir est de 125,000 fr.

— On a remarqué que le bégayement est beaucoup plus rare chez la femme que chez l'homme. Le docteur Graves cite à ce sujet une famille où cette infirmité s'est reproduite durant trois générations chez tous les individus du sexe masculin, sans attaquer aucunement les individus du sexe féminin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Compendium de Chirurgie pratique.

Par MM. Aug. Bérard et Denonvilliers. Continué par MM. Denonvilliers et Gosselin. (8e livraison.) — Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Nos lecteurs connaissent déjà l'ouvrage dont nous avons annoncé il y a quelques jours la 8e livraison. Ce n'est donc pas du plan de l'ouvrage ni du mérite des auteurs que nous devons parler aujourd'hui; l'un et l'autre sont appréciés depuis longtemps. Nous n'avons qu'à juger rapidement aujourd'hui les matières contenues dans la nouvelle livraison.

Ces matières sont nombreuses et importantes. Ce sont toutes les maladies des articulations, savoir : les plaies, l'arthrite aiguë et chronique, l'hydarthrose, les tumeurs blanches, l'ankylose, et les corps étrangers. La livraison se termine par un chapitre sur l'emploi des agents anesthésiques, et par la première partie des généralités sur les amputations.

Ne pouvant analyser ici d'une manière étendue chacun des articles consacrés à ces diverses maladies, nous ne pouvons que les apprécier d'une manière générale, et nous devons dire que sur tous les points notre appréciation est favorable. Non-seulement les matières qui constituent le fond des articles sont clairement ordonnées et exposées, non-seulement les articles sont au courant de tous les travaux plus récemment publiés; mais encore, ce qui est plus important, toutes les questions s'y trouvent jugées de la manière la plus rationnelle. Nous citerons, comme exemples importants : l'opportunité des amputations après les plaies des articulations par armes à feu, où les préceptes chirurgicaux nous ont paru formulés avec une grande sagesse et dans un sens assez conservateur.

L'histoire des tumeurs blanches, et en particulier la discussion à laquelle les auteurs se sont livrés sur la véritable nature des altérations des cartilages, est un modèle de critique et d'observation. Il serait inutile sans doute d'ajouter d'après cela que les auteurs considèrent comme un acte parfaitement vital ce qu'on a désigné sous le nom d'ulcérations des cartilages, et non comme une usure mécanique, opinion antiphysiologique assez en faveur aujourd'hui.

Enfin, nous citerons également comme un modèle la discussion sur l'emploi des agents anesthésiques; nous avons eu la satisfaction de trouver dans cette discussion, sur les faits débattus il y a bientôt un an à l'Académie, un jugement conforme à celui qu'avait déjà formulé la *Gazette des Hôpitaux*, jugement que des faits nouveaux ont confirmé depuis d'une manière tristement éclatante, et qui condamne la doctrine de M. Malgaigne, qui est devenue celle de l'Académie par des raisons qu'il serait inutile de dire. Après cette discussion remarquable, les auteurs indiquent d'une manière aussi parfaite que le permet l'état de la science les précautions à prendre pour se mettre à l'abri des accidents pendant les éthérisations.

Lorsque des auteurs sortent avec autant d'honneur de questions aussi ardues que les précédentes, on peut juger de la manière dont ils traitent les autres; aussi bornerons-nous ici notre appréciation, en exprimant le désir que la 9e livraison ne se fasse pas trop attendre.

C.

Diagnostic différentiel des tumeurs du scrotum.

Dissertation inaugurale du docteur Jules Caussade, de Bordeaux (Gironde). — Montpellier, 1849.

Nous appelons aujourd'hui l'attention des lecteurs sur une dissertation inaugurale qui se recommande autant par les vues très judicieuses qu'elle renferme que par son but essentiellement pratique.

En effet, cette thèse a pour objet de retracer les principaux caractères des innombrables tumeurs des bourses, afin d'éclairer dans cette espèce de dédale le diagnostic du praticien. Ce sujet, comme on le voit, est excessivement important, car en chirurgie une erreur en entraîne toujours une autre; et quand on s'est mépris sur la cause d'une maladie, quand on s'est trompé dans son diagnostic, presque constamment le pronostic et le traitement s'en ressentent. Or, établir des différences sensibles entre une foule de tumeurs qui ont entre elles tant de points de ressemblance, discerner les caractères essentiels de chacune d'elles, mettre, en un mot, le praticien à même de savoir distinguer au lit du malade ce qui appartient à l'une et ce qui se rapporte à l'autre, voilà, sans contredit, un but d'autant plus louable qu'il nous dénote un esprit de pratique que l'on n'est pas habitué à trouver chez un jeune homme qui sort à peine des bancs des écoles.

Le diagnostic des tumeurs, ordinairement si difficile, doit sans doute le devenir encore davantage lorsqu'il s'agit de la région scrotale, qui, quoique très limitée, peut donner cependant naissance à une foule de lésions de natures si diverses. Cette difficulté, que tout le monde peut concevoir en réfléchissant aux nombreuses erreurs de diagnostic commises sur ce sujet par les plus grands chirurgiens (Dupuytren, Astley Cooper et Delpech, entre autres), a engagé l'auteur à s'entourer d'abord de toutes les données qui peuvent éclairer cette importante question, à bien déterminer le sens des termes qui la composent et à former parmi les tumeurs certaines catégories. C'est ainsi, par exemple, que M. Jules Caussade, parfaitement convaincu que les connaissances anatomiques sont de puissants guides en chirurgie, commence par nous donner une description de la région scrotale qui nous montre un remarquable spécimen de ses connaissances en anatomie chirurgicale.

Après quelques mots consacrés à mettre au grand jour les différences qui existent entre le diagnostic en médecine et en chirurgie, l'auteur nous propose, dans un second chapitre, une classification des tumeurs en général. Cette classification, que M. Jules Caussade a appliquée en particulier aux tumeurs des bourses, est assez importante pour mériter, de notre part, une sérieuse attention; car il n'est peut-être pas de chirurgien qui n'ait proposé une classification des tumeurs qui fût moins défectueuse que celle de ses devanciers. Aussi voyons-nous Fabrice d'Aquapendente les diviser en trois espèces, suivant qu'elles sont formées par les humeurs, par les parties sous-jacentes ou qu'elles semblent contenir une matière différente de celles des tumeurs précédentes; Antoine Deidier, les distinguer en humorales, venteuses, et par situation vicieuse des parties solides; Astruc, en admettre cinq genres : le phlegmon, l'érysipèle, l'œdème, le squirrhe et les tumeurs dont le caractère ne peut se rapporter à aucun des genres précédents; Joseph Plenk, les diviser à son tour en seize groupes; Berger, prendre pour base de sa classification des tumeurs, leurs causes; et Warren, le siége ou le tissu qui leur sert de base.

« Une pareille impuissance (nous dit M. Caussade) nous paraît tenir à cette raison, que les auteurs n'ont fait de l'inconologie que sous le rapport de la mnémotechnique; ils se sont occupés du siége, du volume, de la forme, de la cause, de la nature des tumeurs, de l'anatomie pathologique des kystes et de la matière contenue, et ils ont laissé en dehors du problème la conclusion pratique, c'est-à-dire la circonstance essentielle, capitale, qui tient toutes les autres sous sa dépendance, et que l'on doit rechercher avant tout. La pratique de la médecine ayant pour but unique le traitement et la guérison des maladies, toute classification générale ou partielle qui n'est pas fondée sur les relations véritables des objets entre eux, et qui ne se montre pas en harmonie avec le but de la science, est inutile, infructueuse, sinon contraire au perfectionnement de la science et de l'art. »

Voici, en conséquence, la classification qu'il propose. Il divise les tumeurs en huit genres, ayant tous un seul caractère commun, celui de se présenter sous la forme d'une éminence dépassant les limites de la surface du corps.

1er *genre*. Tumeurs produites par des corps étrangers venus du dedans ou du dehors. Les uns et les autres sont organisés ou inorganiques, gazeux, liquides ou solides (tumeurs dues à des insectes introduits sous la peau des bourses, emphysèmes artériels, distension du tissu cellulaire par la matière destinée à l'opération de l'hydrocèle, présence de projectiles, les hydatides, l'exhalation spontanée des gaz, formation des calculs hors des voies urinaires, etc., etc.)

2e *genre*. Tumeurs produites par des déplacements ou des déviations d'organes (différentes espèces de hernies, etc.).

3e *genre*. Tumeurs sanguines ou hématiques (ecchymoses, hématocèles, etc.).

4e *genre*. Tumeurs aqueuses (œdème, hydrocèle et ses variétés).

5e *genre*. Tumeurs graisseuses (lipomes, etc.)

6e *genre*. Tumeurs inflammatoires (érysipèle, anthrax, charbon, orchite, etc.).

7e *genre*. Tumeurs produites par l'hypertrophie et la transformation des tissus (tumeurs fibreuses, fibro-celluleuses, cartilagineuses, osseuses, etc.).

8e *genre*. Tumeurs hétérologues (tubercules, cancers, etc.).

Cette classification n'est peut-être pas à l'abri de quelques reproches; mais elle l'emporte de beaucoup sur toutes les autres, et répond parfaitement aux exigences du sujet.

Le chapitre III est la partie la plus intéressante de ce travail, puisque M. Jules Caussade y traite véritablement du diagnostic différentiel des tumeurs du scrotum. Il y étudie ces lésions en se conformant aux principes de la classification que nous venons de faire connaître. Ces recherches, que nous ne mentionnerons pas ici, car il faudrait alors rapporter une grande partie de cette dissertation inaugurale, méritent à plus d'un titre d'être méditées par celui qui veut se livrer à la pratique chirurgicale; car il y trouvera, à côté de sages préceptes fondés sur de nombreuses et intéressantes observations, une série de faits qui le mettront à même de juger les difficultés que présentent si souvent le diagnostic des tumeurs de cette nature. En effet l'auteur, étant persuadé que l'observation clinique est la meilleure voie pour éclairer la pratique chirurgicale, ne craint pas d'étendre son travail en rapportant une grande quantité de faits qu'il a pû recueillir dans les hôpitaux, dans la pratique de son père et dans la lecture des principaux ouvrages qui se rattachent à ce sujet.

Après avoir donc indiqué la marche des différents genres de tumeurs, après avoir comparé celles-ci entre elles, indiqué leurs phénomènes et leurs résultats, M. Jules Caussade étudie la question sous un autre point de vue non moins important, celui de la clinique. Supposant le praticien en face d'une tumeur des bourses, il lui rédige, à l'aide des principes longuement développés dans la troisième partie de sa thèse, un manuel pratique qui peut lui servir à déterminer facilement le genre et les caractères de la tumeur qu'il a sous les yeux.

Cette dissertation inaugurale fait honneur à la Faculté de médecine de Montpellier; car, outre sa valeur intrinsèque, elle peut servir à elle seule de réfutation aux arguments de ceux qui prétendent que, dans cette école, la théorie est sacrifiée à la pratique, Aussi, nous ne craignons pas de désaveu en adressant à M. Jules Caussade les félicitations que mérite son travail, accompli avec un remarquable talent d'exposition, de clarté et d'enchaînement.

M.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 13 DECEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 145.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 12 DÉCEMBRE 1849.

Séance annuelle de l'Académie de Médecine.

L'Académie a tenu hier sa séance annuelle avec son appareil accoutumé, appareil fort simple, comme on sait, et qui se résume dans l'exhibition de quatre ou cinq habits brodés. Cette simplicité, qui convient si bien à une solennité toute scientifique, n'a rien enlevé à la séance de son intérêt.

Toutes les banquettes publiques avaient été de bonne heure envahies, et lorsqu'elles ont été remplies, on a vu l'enceinte académique donner une généreuse hospitalité aux médecins étrangers.

M. Gibert, secrétaire annuel, a ouvert la séance par une courte allocution, dans laquelle il a fait ressortir, dans quelques phrases pleines de vivacité et en même temps de convenance l'utilité des travaux que l'Académie a accomplis dans le cours de l'année qui vient de s'écouler. Il a ensuite fait une analyse rapide des travaux présentés pour les divers concours de l'Académie, et a proclamé les noms des lauréats. L'énumération seule de ces travaux prouvait assez l'émulation qu'excitent parmi les travailleurs les couronnes décernées par l'Académie.

Quand la proclamation des prix a été terminée, M. le secrétaire perpétuel est descendu à la tribune, et l'on a pu voir sur la physionomie de l'auditoire qu'il attendait avec confiance l'œuvre de l'orateur. M. Fr. Dubois n'en est pas, en effet, à faire ses preuves. Après le magnifique éloge de Broussais, il ne pouvait rester au savant secrétaire perpétuel qu'à soutenir l'éclat de ce beau début. M. Dubois n'y a pas failli. Son discours, que nous renonçons à analyser, et qu'on lira tout entier à notre compte-rendu, a été interrompu par de fréquents applaudissements; et cette heureuse fin, dans laquelle l'orateur a fait apparaître pour ainsi dire au sein de l'Académie l'homme célèbre, objet de ses éloquents hommages, cette heureuse prosopopée a entraîné tous les suffrages, et les dernières paroles de l'orateur se sont englouties dans un déluge d'applaudissements.

Quand les marques d'approbation sont aussi unanimes, il est inutile de dire qu'elles sont méritées.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. BONNET.

De l'extraction des épingles engagées dans le canal de l'urètre.

Par M. R. PHILIPEAUX, chirurgien interne à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Les auteurs classiques de chirurgie et ceux qui ont spécialement écrit sur les maladies des voies urinaires ont tous traité des calculs arrêtés dans le canal de l'urètre, et fait connaître le moyen de les extraire; mais aucun d'eux n'a décrit les procédés à suivre lorsque des aiguilles ou des épingles sont enfouies profondément dans ce canal.

Cette question mérite cependant une étude spéciale. Aussi c'est dans le but de fixer l'attention des chirurgiens sur cette lacune que nous allons entreprendre de réunir dans cet article tout ce qui a été dit et fait sur ce sujet, afin de provoquer de nouvelles recherches et un travail qui, servant de guide au praticien, puisse le mettre à même de vaincre les difficultés qu'il rencontre si souvent.

Malgré le nombre d'instruments proposés depuis quelques années pour l'extraction des corps étrangers du canal de l'urètre, il est souvent très difficile d'extraire les aiguilles ou les épingles qui échappent par leur forme et leur volume à l'action de la plupart de ces instruments. En effet, les moyens d'extraction applicables aux calculs ne le sont pas aux épingles, et ceux qui réussissent pour les épingles seraient sans utilité pour les calculs. Les curettes, comme celles de M. Le Roy-d'Etiolles, qui appuient sur la partie postérieure du calcul et l'attirent en avant, ne feraient qu'enfoncer la pointe des épingles, qui est toujours antérieure, dans les parois du canal. Le petit brise-pierre de M. Ségalas ploierait les épingles, briserait les aiguilles et ajouterait ainsi à la difficulté. Les injections d'eau, utiles contre les graviers qu'elles repoussent dans la vessie où l'on va les briser avec des instruments appropriés, ne sauraient convenir pour les épingles, et rendraient même leur extraction beaucoup plus difficile si elles parvenaient à les jeter dans la vessie. Enfin les faibles solutions d'acide chlorhydrique employées avec avantage par M. Bonnet de Lyon pour désagréger et dissoudre les calculs phosphatiques seraient sans action sur des instruments de fer et d'acier.

Parmi les procédés recommandés pour l'extraction des calculs, et applicables aux épingles et aux aiguilles, il ne reste que la pince de Hunter et la boutonnière. La pince ne permet de saisir que très difficilement ces corps étrangers, et elle ne peut les extraire qu'à la condition de les saisir par la pointe ou la tête. La boutonnière, surtout s'il faut la pratiquer sur le bulbe ou sur la région membraneuse du canal, est une opération grave qu'il importe d'éviter.

Que faire dès lors, lorsque des épingles sont engagées dans ce conduit? Trois procédés spéciaux se présentent en première ligne : l'un appartient à M. Dieffenbach, l'autre à M. Raynaud (de Montauban), et le troisième enfin est dû à une circonstance toute fortuite qui vient de se présenter ces jours derniers dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Bonnet.

Le procédé de M. Dieffenbach consiste à presser sur la tête de l'aiguille ou de l'épingle, de manière à diriger par un mouvement de bascule sa pointe en avant, et à la faire alors sortir au dehors par une piqûre faite aux parois du canal et à la peau. L'observation suivante, extraite du *Journal de Chirurgie*, année 1843, et qui a servi de base à ce procédé ingénieux, mérite d'être rapportée ici, car, tout en nous faisant connaître dans ses détails ce mode opératoire, elle nous montre un remarquable succès obtenu à l'aide de ce nouveau moyen.

Il y a environ un an que M. Dieffenbach fut appelé près d'un garçon de quatorze ans qui lui avoua, avec larmes et sanglots, qu'il s'était introduit une grosse aiguille, la tête la première, dans le canal de l'urètre, et que cette aiguille, lui étant échappée, s'était engagée plus avant. Depuis lors il éprouvait des douleurs lancinantes dans le petit bassin, près de l'anus. Néanmoins il avait pu plusieurs fois rendre de l'urine, mais avec exaspération des douleurs et en petite quantité.

M. Dieffenbach examina les parties avec le plus grand soin: mais il ne put rien découvrir à travers les téguments qui lui fît soupçonner le siége de l'aiguille. Pourtant, comme dans ces investigations il s'aperçut que la douleur siégeait toujours au même point, et semblait augmenter sous certaines pressions, il conjectura que l'aiguille devait être solidement fixée par sa pointe. Dans cet état de choses il était fort difficile, avec des instruments, d'aller saisir cette aiguille ainsi fichée par sa pointe. Et d'un autre côté, en la saisissant dans une direction oblique, on devait craindre qu'il fût impossible de l'extraire sans que l'instrument glissât ou sans que la pointe de l'aiguille vînt labourer les tissus. Le chirurgien imagina sur-le-champ un autre moyen d'extraction. Il lui était arrivé souvent d'extraire des aiguilles engagées sous la peau sans aucune opération, mais tout simplement en pressant sur la tête, au moyen d'un pli fait à la peau, de façon à faire saillir la pointe, il résolut d'appliquer ce procédé au cas actuel. Le malade étant placé comme pour l'opération de la taille, et le scrotum soulevé par un aide, l'opérateur appliqua fortement le pouce de la main gauche sur le périnée dans une direction transversale, de façon à déterminer une sorte de soulèvement de la peau du côté de l'anus. En même temps l'indicateur droit bien huilé fut introduit dans le rectum, et ne tarda pas à sentir dans le col de la vessie la tête de l'aiguille qui y faisait saillie. Alors pressant aussi fortement que possible sur cette tête, tandis que le doigt appliqué sur le périnée comprimait en sens inverse, il parvint à faire sortir au périnée de deux millimètres environ la pointe de l'aiguille, qui fut ensuite saisie et extraite avec une pince. Cette aiguille avait 2 centimètres 1/4 de long, et était déjà altérée par le contact de l'urine. Les douleurs cessèrent à l'instant, et le malade fut immédiatement guéri sans que l'on eût besoin de recourir à aucun traitement.

Cette observation, que nous venons de transcrire dans tous ses détails, milite assez, ce me semble, en faveur de la manœuvre chirurgicale due à M. Dieffenbach. Cependant quoique ce procédé très simple et très ingénieux ait été avantageusement utilisé dans cette circonstance, il ne faut pas en conclure qu'il peut suffire dans la plus grande partie des cas donnés. En effet, il n'a pas été possible à M. le docteur Raynaud (de Montauban), malgré des tentatives réitérées, d'extraire de la même manière une épingle engagée dans la portion prostatique du canal de l'urètre, et c'est l'extrême facilité avec laquelle il a pu par une manœuvre aussi simple enlever ce corps étranger, qui l'a engagé à communiquer au *Journal de Chirurgie* de M. Malgaigne, année 1846, page 215, le fait qui a suscité son procédé suivant.

Après avoir préalablement fait introduire le doigt d'un aide dans l'anus afin de comprimer le col de la vessie et d'empêcher que l'épingle ne pénétrât dans cet organe pendant les manœuvres opératoires, il pratiqua le cathétérisme avec une sonde d'argent, aussi volumineuse que le permit le méat urinaire. La sonde pénétra facilement et rencontra le corps étranger dans la région membraneuse, se continuant dans la portion prostatique. L'introduction de la sonde ne fut pas très difficile; mais elle eut pour but d'amener une contraction violente des parois du canal de l'urètre. Alors au moyen du doigt introduit dans l'anus d'abord, et puis à travers le périnée, il exerça une forte compression sur la sonde, de manière à y coller en quelque sorte les parois de l'urètre, afin d'aider leurs contractions énergiques. Cela fait, il retira peu à peu et très lentement la sonde, en la laissant pour ainsi dire chasser par les contractions urétrales. L'épingle suivit la sonde, et celle-ci enlevée, il la trouva dans la fosse naviculaire, d'où il put l'extraire avec une pince.

Voici le fait.

Le 22 janvier 1846, un de mes confrères m'adressa le nommé Laurerie (Pierre), âgé de huit ans, qui l'avant-veille avait introduit une épingle, la tête la première, dans le canal de l'urètre. Depuis ce moment il éprouve des douleurs aiguës au périnée et à l'anus, des envies fréquentes d'uriner, et des souffrances vives en urinant. La palpation la plus exacte faite sur le périnée ne fait rien découvrir; un doigt introduit dans l'anus sent, dans l'épaisseur de la prostate, la tête de l'épingle; elle est mobile, et la moindre pression la déplace. La compression faite transversalement sur le périnée en même temps que sur la tête de l'épingle, selon le procédé de Dieffenbach, ne permet pas de la saisir; elle semble fléchir sous la pression, et toutes les tentatives faites pour engager sa pointe dans les tissus sont inutiles.

Après avoir préalablement fait introduire le doigt d'un aide dans l'anus afin de comprimer le col de la vessie et d'empêcher que l'épingle pénètre dans cet organe pendant les manœuvres opératoires et les mouvements violents de l'enfant, je pratique le cathétérisme avec une sonde en argent aussi volumineuse que le permet le méat urinaire. La sonde pénètre facilement et rencontre le corps étranger dans la région membraneuse, se continuant dans la portion prostatique. Il ne présente pas d'ailleurs un grand obstacle à l'introduction de la sonde; mais les parois du canal de l'urètre se contractent violemment sur elle. Au moyen du doigt introduit dans l'anus d'abord et puis à travers le périnée, s'exerce une forte compression sur la sonde, de manière à y coller en quelque sorte les parois de l'urètre afin d'aider leurs contractions énergiques. Je retire peu à peu et très lentement la sonde, en la laissant chasser pour ainsi dire par les contractions urétrales. Je constate que l'épingle suit la sonde, et celle-ci enlevée, je la trouve dans la fosse naviculaire, d'où je l'extrais facilement avec une pince. Cette épingle avait 3 centimètres de long; le calibre de la tête était de 2 millimètres, celui du corps de 1 millimètre. Elle était déjà ternie par l'urine; la pointe était fort émoussée.

Le troisième procédé consiste à pousser jusqu'à l'épingle une bougie en cire ou une sonde en gomme élastique. La pointe de l'épingle peut s'engager dans cette bougie ou cette sonde, et il peut arriver qu'en la retenant le corps étranger soit entraîné avec elle. L'observation suivante en est un exemple remarquable de succès de ce procédé, dû à une circonstance heureuse et toute fortuite.

Un jeune homme de vingt-quatre ans s'introduisit une aiguille de six centimètres de long dans le canal de l'urètre, le 6 novembre dernier. Les premiers efforts qu'il fit pour l'extraire la firent pénétrer assez profondément pour qu'un premier médecin appelé ne pût se livrer qu'à des tentatives inutiles. Le soir du même jour, M. Bonnet, ayant endormi le malade, essaya de pratiquer l'extraction avec les instruments usités dans les calculs urétraux; il ne put y réussir, et il reconnut seulement que l'aiguille ne pouvait être sentie qu'à une profondeur de 12 centimètres. Le malade étant entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans la salle de la clinique chirurgicale, fut soumis à diverses explorations, soit avec la sonde, soit par le toucher.

Des sondes métalliques et à tête de 6 millimètres de diamètre pénétraient sans peine dans la vessie; on sentait, en entrant, qu'elles frottaient contre l'épingle. Lorsqu'on les retirait, la tête de la sonde était momentanément arrêtée par la partie profonde de l'épingle, que l'on reconnut se trouver à 16 centimètres de profondeur; et le canal ayant 19 centimètres de largeur, on voit que l'épingle avait pénétré jusqu'au-devant de la prostate.

Le doigt, introduit dans le rectum, faisait reconnaître l'épingle dans la région membraneuse, et le sentiment de piqûres que le malade éprouvait au périnée montrait que c'était là que se trouvait la pointe.

Toutes ces explorations réunies démontraient que cette aiguille de 6 centimètres de long occupait la région membraneuse et la région du bulbe. Incertain sur la conduite à tenir dans ce cas embarrassant, M. Bonnet voulut prévenir les incrustations de phosphate de chaux qui auraient pu rendre, par la suite, l'extraction plus difficile : les 10, 11 et 12 novembre, une sonde en gomme élastique fut poussée jusqu'à l'épingle, l'on injecta à travers cette sonde 15 grammes à peu près d'eau aiguisée de 1 4/100es d'acide chlorhydrique.

Pendant que l'on délibérait sur l'opération à entreprendre, et que tout faisait présumer qu'une incision du bulbe serait

indispensable, le malade réussit à extraire cette aiguille presque sans douleur et sans difficulté.

Ayant remarqué que la sonde en gomme élastique avec laquelle on avait fait des injections acides frottait contre l'aiguille, il l'introduisit dans le canal dans la soirée du 15. Sentant le corps étranger il pressa la sonde contre lui : en retirant cette sonde il y trouva l'aiguille attachée à sa grande surprise et surtout à sa grande satisfaction.

Cette opération ayant été faite au milieu de la nuit, il ne vit pas bien qu'elle partie de la sonde avait été piquée, il est à présumer que l'aiguille, dont la pointe était tournée en avant, était entrée dans l'un des yeux de la sonde, et s'était fixée ensuite dans ses parois : l'aiguille si heureusement ramenée n'était recouverte d'aucune incrustation, elle avait seulement perdu son brillant et pris une teinte noirâtre.

Le lendemain, une orchite légère se manifesta dans le testicule droit. Cette orchite fut dissipée au bout de quelques jours, et le malade sortit de l'Hôtel-Dieu le 25 novembre. On s'assura, avant son départ, que les sondes métalliques et à tête entraient dans la vessie et en ressortaient sans rencontrer d'obstacle.

HOTEL-DIEU. — M. Louis.

Phthisie à marche très lente. Avantages d'un traitement prophylactique.

Ce que les recherches récentes de deux jeunes observateurs, enlevés tous deux prématurément à la science, ont démontré d'une façon péremptoire, à savoir : la curabilité de la phthisie, la seule méditation des faits déjà consignés dans les annales de l'art l'avait fait soupçonner à l'illustre auteur de l'auscultation. Laënnec croyait tellement à la curabilité de cette maladie, qu'il pensait que les malades ne succombaient presque jamais à une première invasion des tubercules, et que ce n'était qu'après plusieurs récidives qu'ils arrivaient enfin à un état désespéré. Il expliquait cette opinion en disant que beaucoup d'affections qu'on désigne sous le nom générique de *rhumes* n'étaient autres que des symptômes d'éruptions tuberculeuses arrêtées dans leur marche, soit par les forces réactionnelles de la nature, soit par une médication appropriée. Les observations si précises de M. Louis, consignées dans son beau *Traité de la Phthisie*, ont confirmé en très grande partie la justesse de ces idées, et démontré que certaines phthisies des mieux caractérisées pouvaient durer pendant trente ans et plus avant de conduire les malades au terme fatal, et que d'autres même pouvaient éprouver une suspension complète et définitive de leurs symptômes au moment où ceux-ci semblaient devoir prendre les caractères les plus alarmants.

C'est surtout la première de ces propositions que l'observation suivante met en évidence.

Obs. — La fille Busquet, âgée de soixante ans, femme de chambre, entre pour la seconde fois à l'Hôtel-Dieu le 13 novembre 1849. Cette malade donne sur ses antécédents les renseignements suivants :

Il y a vingt-cinq ans au moins, elle fut affectée d'un rhume auquel elle fit peu d'attention d'abord, mais qui, peu à peu, altéra sa santé au point qu'un repos presque complet et des soins assidus devinrent nécessaires pour lui rendre ses forces et la possibilité de travailler comme auparavant.

Depuis cette époque, il ne s'est presque pas écoulé d'année sans que les mêmes phénomènes se soient reproduits, ou aient au moins commencé à se reproduire. Mais elle prit alors le plus grand soin d'elle-même. Sous la direction d'un habile médecin, elle suivit chaque année un traitement dont la base était le repos et l'administration de quelques calmants, spécialement le sirop de Lamouroux, qu'elle avait adopté de préférence aux autres préparations du même genre. Cette médication dissipait habituellement en quelques semaines tous les symptômes morbides ; et depuis quatre ou cinq ans, elle était parvenue à en prévenir le développement, en prenant comme prophylactique, pendant la mauvaise saison, la médication qu'elle avait suivie d'abord comme curative.

Elle s'était ainsi maintenue dans un bon état de santé lorsqu'éclata la révolution de février. Les circonstances critiques où elle se trouva alors, jointes à la frayeur que lui causèrent les scènes de combat dont elle fut témoin au mois de juin sur la place du Panthéon, causèrent un grand dérangement dans sa santé. Il ne lui fut plus possible de mettre en usage ses précautions habituelles, et pendant plus d'une année elle souffrit sans réclamer aucun secours. La maladie cependant empirait chaque jour. Malgré plusieurs alternatives de mieux et de pire, elle ne suspendit jamais sa marche, et elle força bientôt la malade à entrer à l'hôpital dans le courant de septembre.

Là, cette femme éprouva d'abord une amélioration assez marquée qui l'engagea à sortir ; mais elle fut obligée d'y rentrer bientôt après, et probablement pour la dernière fois. Aujourd'hui, en effet, on entend des deux côtés de la poitrine une respiration caverneuse, qui a quelque chose d'amphorique en haut et à droite, en avant ; il y a là gargouillement. Les désordres sont évidemment au-dessus de toutes les ressources de l'art.

Ne semblerait-il pas extrêmement rationnel de penser que si la malade avait continué le traitement curatif et surtout les soins prophylactiques qui lui avaient si bien réussi autrefois, la force productrice de la matière tuberculeuse, le *nisus formativus* pathologique auraient fini par s'épuiser ; que les poumons seraient devenus le siége de ces cicatrices tuberculeuses si bien décrites par l'infortuné Rogée, cicatrices dont l'existence se concilie parfaitement avec un très bon état de santé? Les données scientifiques les plus positives nous autorisent à considérer comme incontestable la réponse affirmative à cette question. Nous ne saurions donc trop rappeler aux praticiens que, dans la phthisie, les moyens prophylactiques employés à temps et d'une manière suivie suffisent presque toujours à paralyser les effets de cette cruelle maladie.

G.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle du 11 décembre 1849.

Présidence de M. Velpeau.

M. Gibert a la parole pour rendre compte des mémoires envoyés pour les divers concours de l'Académie.

PRIX DE 1849.

L'Académie avait proposé pour sujets des prix de 1849 les questions suivantes :

Prix de l'Académie. — La fièvre typhoïde est-elle contagieuse ? Ce prix était de 1,500 fr.

L'Académie a décerné :

1° Le prix de 1,500 fr. à M. le docteur Piedvache, médecin à Dinan (Côtes-du-Nord), auteur du mémoire n° 13;

2° Un prix de 500 fr. à M. le docteur Letanelet, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 14 ;

3° Une première mention honorable à M. le docteur G. Muller, médecin à Burnvillers (Haut-Rhin), auteur du mémoire n° 17 ;

4° Une seconde mention honorable à M. le docteur de Larroque, ancien médecin de l'hôpital Necker, auteur du mémoire n° 1.

Prix fondé par M. Portal. — De la cirrhose.

Ce prix était de 1,200 fr.

L'Académie a accordé un encouragement de 400 fr. à M. le docteur Fauconneau-Dufresne, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 1.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — De la chorée.

L'Académie a décerné un prix de 1,000 fr. à M. le docteur Sec, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 2, et une récompense de 300 f. à M. le docteur Roth, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 3.

Prix fondé par M. Itard :

A MM. Rilliet et Barthez, 2,000 fr. pour leur Traité clinique et pratique des maladies des enfants ;

A M. de Larroque, 1,000 fr. pour son Traité de la fièvre typhoïde.

Prix fondé par M. d'Argenteuil. — Ce prix n'ayant pas été donné pour la première période de 1838-1844, une nouvelle commission a été appelée à juger les mémoires envoyés au concours ; cette commission a terminé ses travaux. Le rapport sera soumis très prochainement à l'Académie.

Prix de vaccine. — Ce prix, de 1,500 fr., a été partagé entre M. Lemer, officier de santé à Chinizan (Landes); Mme Maillet, sage-femme à Vannes (Morbihan) ; M. Renaud, D.-M. à Alençon (Orne)

Quatre médailles d'or ont été données à MM. Agnely, D.-M. à Alger ; Burckard, D.-M. à Sarrebourg (Meurthe) ; Delmar, officier de santé à Lille (Nord) ; Puyoo, D.-M. à Pau (Basses-Pyrénées).

PRIX PROPOSÉS POUR 1851.

Prix de l'Académie. — L'Académie met au concours la question suivante : *Des tumeurs blanches.*

Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix fondé par M. Portal. — L'Académie met au concours la question suivante : *L'anatomie du foie et le foie gras.*

Ce prix sera de 1,200 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — Mme de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur du meilleur ouvrage sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse, l'Académie met au concours la question suivante : *Des convulsions.*

Ce prix sera de 1,000 fr.

Les mémoires pour ces trois concours, écrits lisiblement en français ou en latin, devront être envoyés, dans les formes usitées, francs de port, au secrétariat de l'Académie avant le 1er mars 1851.

Prix fondé par M. le docteur Itard, membre de l'Académie de Médecine. — *Extrait de son testament* : « Je lègue à l'Académie » de Médecine une inscription de 1,000 fr. à 5 p. 100, pour fonder » un prix triennal de 3,000 fr., qui sera décerné au meilleur livre » ou meilleur mémoire de *médecine pratique* ou de *thérapeutique* » *appliquée*; et pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du » temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux » ans de publication. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1849, sera décerné en 1852.

Prix fondé par M. d'Argenteuil. — *Extrait de son testament* : « Je lègue à l'Académie de Médecine de Paris la somme de 30,000 fr. » pour être placée, avec les intérêts qu'elle produira du jour de » mon décès, en rente sur l'Etat, dont le revenu accumulé sera » donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre. Dans le cas, mais » dans ce cas seulement, où, pendant une période de six ans, cette » partie de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix que j'institue, l'Académie » pourra l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus important » apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des » voies urinaires. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1844, sera décerné en 1850 : sa valeur sera de 8,238 fr., plus les intérêts successifs des revenus annuels cumulés pendant six années.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — Ce prix, qui est triennal, et de la valeur de 1,800 fr., sera accordé en 1851 à l'auteur du meilleur ouvrage sur la *mélancolie.*

Les mémoires devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars 1851.

N. B. Tout concurrent qui se fera connaître directement ou indirectement avant le jugement sera, par ce seul fait, exclu du concours (*Décision de l'Académie du 1er septembre 1838*).

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard et d'Argenteuil sont exceptés de cette disposition.

L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets des prix qu'elle a proposés pour 1850.

Prix de l'Académie. — L'Académie a mis de nouveau au concours la question de l'emploi des émétiques dans le traitement des maladies; mais afin d'obtenir des travaux vraiment utiles, elle limite le sujet et se borne à demander : L'étude des effets thérapeutiques du tartre stibié à haute dose dans les maladies.

L'Académie déclare qu'elle demande aux compétiteurs, non pas leur opinion, leur manière de voir au sujet du tartre stibié à haute dose dans les maladies, mais des faits en nombre suffisant recueillis avec soin et avec tous les détails nécessaires pour qu'aucun doute ne puisse s'élever sur le caractère des maladies traitées ; en un mot, l'Académie demande des démonstrations et non des conjectures, et elle mettrait beaucoup plus de prix à l'ouvrage qui démontrerait nettement la vérité d'une seule proposition qu'à celui qui rendrait seulement probables, ou plus ou moins vraisemblables, de nombreuses propositions.

Ce prix sera de 1,000 fr.

Prix fondé par M. Portal. — Faire l'anatomie pathologique du cancer.

Ce prix sera de 1,200 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — L'Académie a pensé que, s'il est une forme de surexcitation de la sensibilité nerveuse qui réclame un traitement préventif ou curatif, c'est assurément la douleur ; en conséquence, elle met au concours les questions suivantes : De la douleur ; des moyens qu'on peut lui opposer, et spécialement des moyens dits anesthésiques. Quels sont les avantages et les dangers qui peuvent résulter de leur emploi ? Comment pourrait-on prévenir ces dangers ?

Ce prix sera de 1,000 fr.

Éloge d'Antoine Dubois.

M. le Secrétaire perpétuel descend à la tribune, et prononce le discours suivant :

Messieurs,

Le grand chirurgien dont je vais essayer de vous retracer aujourd'hui la vie a été un de ces hommes de science éminemment pratique, un de ces hommes d'action qui, peu soucieux de leur gloire future, oublieux de la postérité, ne pensent qu'aux choses présentes et ne s'occupent que de leurs contemporains.

Antoine Dubois n'a rien écrit, il n'a rien publié, il n'a eu d'autre ambition et d'autre joie que de bien faire, de bien agir, laissant à d'autres le soin de faire connaître les nombreux services qu'il a rendus à la science et les belles actions qui ont honoré sa vie.

Fatale insouciance! Déplorable incurie qui priverait les nouvelles générations du plus riche enseignement, si quelque main pieuse ne venait disputer à l'oubli ce que les anciens auraient appelé les *memorabilia* de ce grand praticien.

A défaut de tout autre, j'ai dû, Messieurs, m'imposer cette tâche. J'ai dû, pendant que la tradition est encore vivante, chercher à esquisser les vives saillies, les traits imposants de cette belle physionomie.

Nos écoles, nos hôpitaux, nos amphithéâtres, nos académies, tout est plein de sa mémoire; les maîtres d'aujourd'hui ont tous été ses disciples. Perdu moi-même en d'autres temps dans la foule de ses auditeurs, il m'a été donné de le voir et de l'entendre; il n'est pas jusqu'au peuple enfin qui ne connaisse et ne répète encore le nom d'Antoine Dubois!

Telles sont, Messieurs, les sources où j'ai puisé. Puissent les pages qui vont suivre ne point vous paraître trop indignes d'une si grande renommée; puissent-elles, fortes de votre assentiment, sanctionner par votre témoignage, assurer quelque durée aux souvenirs d'une vie si laborieuse, si honorable et si glorieusement remplie!

Antoine Dubois naquit en 1756, le 19 juin, à Gramat, petite ville du Quercy, aujourd'hui département du Lot, sur les bords d'un mince cours d'eau qui se jette dans la Dordogne.

Comme tous les hommes dont les commencements ont été amers et pénibles, dont la jeunesse a été laborieuse et difficile, Dubois, dans la conversation, aimait à remonter le cours de ses premières années, à parler de son pays et surtout de sa famille. Son père était receveur de l'enregistrement et des domaines. Enlevé par une mort prématurée, il avait laissé sa veuve à peu près sans fortune. Dubois avait deux sœurs; sa mère eut longtemps à lutter contre l'adversité. Laborieuse et aimante, elle sut inspirer à son fils le goût du travail et l'amour de la famille.

Près de sa mère et de ses sœurs, ses premières années s'écoulèrent doucement; il était aimé et choyé; mais bientôt il fallut quitter la maison où il était né. Sa mère, jouissant dans le pays d'une estime générale et méritée, le souvenir aussi de son père aidant, on avait obtenu pour lui une bourse au collége de Cahors. A la vie de famille qu'il aimait par-dessus tout, allait succéder la vie de collége, vie de peines et de labeur sans doute que celle d'un pauvre boursier, mais dorée quelquefois par des rêves d'avenir; puis enfin à cette vie de collége devait succéder l'isolement, l'abandon dans cette masse confuse et indifférente qu'on appelle le monde.

Dubois, en effet, n'était pas de ces hommes que la fortune prend par la main au sortir du berceau, qui tiennent de leur famille de puissants protecteurs ou un grand nom. Né dans l'obscurité et de sang plébéien, Dubois allait se trouver en face de cette société du dix-huitième siècle; il allait avoir, comme on le dit, à creuser son sillon et à se faire le fils de ses œuvres.

A peine âgé de vingt ans, il quitte pour toujours sa province, et se met résolument en route pour Paris. Il dut faire le voyage à pied, accompagné d'un honnête roulier, vivant avec lui et comme lui. Arrivé à la barrière Fontainebleau, le petit pécule que lui avait donné sa mère était à peu près dépensé ; c'est à peine s'il lui restait quelque menue monnaie en poche. Cependant avant de se séparer de son compagnon de voyage, Dubois le fit entrer dans l'arrière-boutique d'un marchand de vin, et fit avec lui un dernier repas. Circonstance qui ne sortit jamais de sa mémoire, et qui donna lieu à un épisode que j'aurai plus tard occasion de rappeler.

Voilà donc Dubois arrivé à Paris, mais à peu près sans ressources. Il est bien vrai qu'il allait y trouver une tante (une sœur de son père), mariée à un homme, sinon riche, du moins dans une honnête aisance, propriétaire de la maison qu'il occupait rue Bailleul, dans le quartier du Louvre; mais Dubois n'était pas sans inquiétude sur la réception qu'allait lui faire cet oncle, dont le caractère n'avait rien de bien rassurant pour lui. Il le savait dur, sans éducation, et d'une avarice sordide.

Son petit paquet sous le bras, il se met en marche, et vers midi il arrive rue Bailleul. Heureusement pour lui sa bonne tante était seule à la maison; elle n'avait point d'enfants; elle accueillit Dubois comme un fils, un air de famille le lui avait fait reconnaître; elle se sentait toute glorieuse en voyant sa bonne mine, son air de franchise, et il portait le nom de son père à elle, celui qu'elle avait perdu en se mariant.

Mais l'oncle allait rentrer, et cette bonne parente redoutait ellemême pour son neveu les suites de cette première entrevue.

Son mari rentra en effet; elle se hâta de lui présenter son neveu. « Pourquoi, dit brusquement à celui-ci l'oncle irrité, pourquoi êtes-vous venu à Paris sans ma permission ?

— Mon oncle, répondit modestement Antoine, je n'aurais pas voulu vous désobéir! »

Paroles adroites qui témoignaient à la fois et de la déférence qu'il aurait eue pour son oncle et de son vif désir de venir le trouver; elles adoucirent un peu ce rude parent. C'était l'heure du dîner. Dubois fut invité à se mettre à table et à y prendre part.

Mais tout n'était point fini. Le lendemain au point du jour l'oncle le fit lever, le conduisit au port au Blé, et là, sans égard pour un jeune homme qui lui appartenait de si près, pour un jeune homme élevé avec douceur dans le sein de sa famille, poli par une éducation libérale et distinguée, il lui fit charger ses épaules d'un énorme sac de sel, et lui dit de le suivre. Dubois revenait souvent, et sans amertume, sur le traitement que lui avait fait éprouver son oncle, non pour montrer ce qu'il avait été forcé d'endurer, mais à cause de l'étrange idée qu'eût le parent de l'inviter, en passant devant le Louvre, à en admirer la belle colonnade! Le pauvre Antoine, qui pliait sous le faix, lui demanda la permission d'aller d'abord déposer son fardeau, sauf à revenir un autre jour admirer ce monument.

Voilà, Messieurs, sous quels auspices l'avenir se présentait à Dubois ; mais sa résolution était prise. Déjà prudent et circonspect, en mesure de faire face à tous les événements, il avait quelque foi dans cet avenir qui à tout autre aurait paru bien sombre ; ce n'était là, en effet, que le commencement des rudes épreuves par lesquelles il dut passer.

On agita bientôt pour lui la question de la profession qu'on lui

ferait embrasser ; il avait fait toutes ses études, sauf sa philosophie. L'oncle, qui était dévot, et qui voulait surtout se débarrasser de son neveu, opina pour l'état ecclésiastique, dont l'apprentissage ne devait rien lui coûter ; comme il n'y avait pas d'engagement immédiat à prendre, et que d'ailleurs c'était là le seul moyen de terminer son éducation, Dubois ne fit aucune objection ; il fut présenté au curé de Saint-Germaio-l'Auxerrois, prit le petit collet, se fit tonsurer et entra au collége Mazarin dans la classe de philosophie.

Mais, vers la fin de l'année, il fallut opter de nouveau et définitivemeot : ou rester dans le monde, ou entrer au séminaire. Dubois n'bésita pas un seul instant ; il déclara à son oncle qu'il se sentait né pour la vie de famille, qu'il n'avait aucune espèce de goût pour une profession qui le mettrait en dehors de la société, et qu'il se soumettrait à tout plutôt que d'entrer au séminaire.

Déjà, d'ailleurs, une autre profession était l'objet de tous ses vœux. Le médecin de son oncle, l'ayant pris en amitié, lui avait conseillé de se livrer à l'étude de la chirurgie, et Dubois s'était fait introduire daos les amphitbéâtres et dans les hôpitaux ; l'oncle, ayant fini par le savoir, lui déclara que, sauf la table, il ne devait attendre de lui aucune espèce de secours. D'autres personnes beureusement s'intéressèrent à lui ; on lui procura quelques élèves auxquels il donna jusqu'à des leçons de lecture, et on lui fit avoir des pièces de procédure à copier ; Dubois y consacra une partie de ses nuits, et se mit ainsi en mesure de poursuivre ses nouvelles études.

Voilà, Messieurs, quels ont été les commencements d'Ant. Dubois, et pour quiconque sait l'histoire de notre art, il n'y a pas à s'en étonner ; c'est par ces rudes sentiers qu'ont dû passer la plupart des grandes intelligences qui ont jeté tant d'éclat sur la science. Ouvrez les faits de la chirurgie, et vous en trouverez à chaque page de mémorables exemples.

Quel est ce jeune bomme dont l'esprit pénétrant et inventif émerveille les maîtres de son temps et que les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu laissaient opérer sous leurs yeux, tant il montrait de zèle, d'intelligence et d'adresse ? C'est Ambroise Paré, le futur cbirurgien du dernier Valois ; il vient de sortir de la boutique d'un barbier, et il sera uoe des plus grandes gloires de la France.

Quel est cet autre élève que Marécbal trouvait tous les matins endormi sur le seuil de la Charité ? C'est J.-L. Petit qui se tenait là avant l'aube afin d'avoir la meilleure place auprès de ce grand cbirurgien.

Quel est enfin ce pauvre répétiteur de mathématiques qu'on destinait aussi à l'état ecclésiastique, et qui préféra s'imposer les plus dures privations pour étudier la chirurgie ? C'est Desault, le troisième de cette grande lignée, le précurseur et le maître de cette brillante coborte de chirurgiens au milieu de laquelle nous verrons figurer Dubois pendant plus d'un demi-siècle.

C'est en effet à Desault, au plus grand chirurgien de l'époque, que s'attacha Ant. Dubois. Desault venait de fonder en France la première école de clinique cbirurgicale ; il tenait alors le sceptre de la chirurgie. Dans le nombreux concours d'élèves qui se pressait sur ses pas, il avait distingué le jeuoe Dubois ; Peyrilhe, l'bistorien de la chirurgie, le lui avait recommandé. Dubois n'avait pas encore atteint sa vingt-troisième année, et déjà ce qui dominait en lui c'était un jugement sain et exquis, une cooception patiente et sérieuse ; en toutes cboses il s'en tenait déjà au plus clair, visant au plus droit, et courant, comme on le dit, au pressé. Ayant parfaitement compris que toute bonne étude en cbirurgie doit être fondée sur l'anatomie, il s'était exclusivement livré aux dissections.

Desault, qui visitait chaque jour son ampbithéâtre, fut frappé du zèle et de l'assiduité que montrait le protégé de Peyrilhe : « Courage, Dubois ! lui dit-il un jour, dans deux ans vous serez mon prévôt. » — « Dans deux ans, répondit Dubois, j'espère mieux que cela ; je ferai des leçons en mon propre nom et dans un ampbithéâtre à moi. » Desault, loin de se trouver blessé de cette fraochise, lui en sut gré, et avant la fin de la première année il en fit son prévôt.

C'était là comme le premier échelon de sa fortune scientifique ; il n'avait pas encore vingt-cinq aos, et déjà, comme il l'avait dit à Desault, il était en mesure d'inaugurer son enseignement de l'anatomie daos un amphithéâtre à lui ; il professait alors à double titre : en son propre nom et au nom de l'Ecole Pratique.

Que de générations, Messieurs, oot passé dans nos écoles depuis cette époque, qui remoute à près de soixante-dix aos ! Que sont devenus ces premiers auditeurs d'Ant. Dubois ? Combien en pourrions-nous retrouver dans le sein de cette Académie, qui renferme tant de vétérans de la science ? Au moment où j'écrivais ces lignes, il en était un, Messieurs, un seul ! La mort est venu le frapper quand je me faisais un bonbeur de le voir aujourd'bui au milieu de vous ; c'était le modeste et respectable M. Lacournère, qui s'applaudissait d'avoir été un des premiers disciples d'Ant. Dubois.

Comme la plupart des jeunes professeurs, Dubois menait alors de front plusieurs genres d'enseignement ; il donnait à la fois des leçons d'anatomie, des leçons de médecine opératoire et des leçons d'accouchements. C'est qu'aussi il avait trouvé de grands maîtres pour le guider ; prévôt de Desault d'abord, puis en 1786 prévôt de Baudelocque, il suppléait ce dernier dans son enseignement et semblait déjà rivaliser avec lui.

Il avait trouvé son véritable terrain ; son génie, déjà adulte et viril, pouvait y marcber d'un pas libre et sûr. Eprouvé par le malheur, Dubois avait scoti plus que tout autre peut-être ce qu'il y avait de noble et d'utile dans l'enseignement et dans l'exercice de la chirurgie ; il avait appris à connaître le prix de l'argent. Ses leçons étaient rétribuées ; un double motif lui en faisait une loi : son premier argent avait été employé à faire venir près de lui sa mère et ses sœurs. Il disait ensuite, et avec un grand seos, que les élèves ne suivent guère avec assiduité que les cours qu'ils ont payés, ils ne veulent point perdre leur argeot, disait-il, et ils y gagnent de la science.

Je dirai plus tard quel était le caractère de son enseignement et quelle a été son influence dans nos écolea ; j'ajoute seulement ici que déjà dans ses leçons il se montrait d'bumeur libre, franche et iodépendante, révélant dès ces premières années toute l'originalité de son caractère.

Dubois n'appartenait encore ni à l'Académie royale de Cbirurgie, ni aux écoles de chirurgie. Ces grands corps ne pouvaient cependant tarder à recevoir dans leur sein ce jeune professeur. L'Académie commença ; elle admit Dubois au nombre de ses membres en 1790 ; mais elle avait depuis longtemps perdu cette vie, cette animation que lui avait imprimées son premier directeur.

Il semblait que la grande âme de J.-L. Petit s'en était retirée ; Desault avait presque entièrement cessé d'assister à ses séances, soit que son esprit dominateur n'ait pu s'accommoder de l'égalité académique, soit qu'il ait désespéré de son avenir, le foyer de la science chirurgicale n'était plus là, Desault l'avait transporté avec lui à l'Hôtel-Dieu.

La seconde promotion ne se fit pas attendre ; c'était le roi qui désignait les professeurs des écoles de cbirurgie ; ce privilége de la royauté allait tomber avec tous les autres. La dernière nomination eut lieu en 1791, ce fut celle d'Ant. Dubois ; Louis XVI le nomma professeur d'aoatomie.

La révolution était en marcbe. Quand vinrent ses premières manifestations, Dubois les accueillit avec entbousiasme ; son esprit, essentiellement plébéien, n'entrevoyait alors que des idées généreuses et propices à la cause des peuples ; il y prit et en conserva une liberté digne et réfléchie ; plus tard, dans ses rapports avec de grands personnages, il sut conserver cette francbise de manières qui est aussi éloignée de la révolte que de la flatterie.

Une nouvelle carrière allait s'ouvrir pour Dubois, distrait un moment de ses études ordinaires.

Il avait rempli, en 1792, les fonctions de cbirurgien-major à l'hôpital militaire de Melun ; puis il était entré dans le conseil de santé des armées, et c'est en cette qualité qu'il avait été chargé d'inspecter les bôpitaux de l'armée des Pyrénées-Orientales.

La tourmente révolutionnaire avait emporté les anciennes Facultés, l'Académie royale de cbirurgie et la Société royale de médecine ; mais, en 1794 et 95, la Convention avait doté la France de nouvelles institutions, et dans ce nombre se trouvait l'Ecole de santé de Paris. La chaire d'anatomie fut en quelque sorte restituée à Ant. Dubois.

Il en était là quand la mort de son maître, Desault, laissa vacante la chaire de clinique cbirurgicale ; le successeur de Desault était d'avance désigné par l'opinion publique : c'était Dubois qui allait enfin se trouver à sa place ; mais la France à cette époque passait par des phases telles que toute individualité semblait s'effacer : la société tendait à se réorganiser sur de nouvelles bases et avec de nouvelles mœnrs ; mais la France n'avait point encore désarmé ; c'était toujours comme un vaste camp. Une grande expédition se préparait ; elle devait être dirigée par le vainqueur de l'Italie ; tout ce que la France avait de grand dans les sciences, dans les arts et daos les lettres devait y concourir.

Bertholet avait été chargé par Bonaparte de recruter des savants ; ceux-ci étaient devenns les véritables dispensateurs de toute grande renommée ; déjà, dans nos assemblées politiques, ils avaient pris le pas sur les gens de lettres ; c'était sur les peotes mêmes de la montagne qu'avaient siégé ces esprits, qui, comme le dit Garat, avaient pris dans les sciences exactes de la roideur en même temps que de la rectitude, et qui, fiers de posséder des lumières immédiatemeot applicables, avaient été bien aises de se séparer, par leur place comme par lenr dédain, de ces hommes de lettres et de ces philosopbes dont les lumières n'arrivent aux individus qu'après avoir éclairé la société tout entière.

Bonaparte, élevé lui-même dans la culture des sciences exactes, voulait s'entonrer d'un cortége do savants ; c'était parmi eux qu'il s'attendait à trouver des historiographes ; mais Bertbolet, qui avait ordre de se taire sur le but de l'armement qui se préparait à Toulon, ne put obtenir le consentement de Dubois qu'après les plus vives instances. Et il est à remarqner que Cuvier, également sollicité par Bertholet, avait répondu par un refus, et s'était ainsi épargné le désagrément d'avoir à abandonner l'expédition, après avoir reoonnu que les véritables intérêts de la science l'appelaient ailleurs.

Dubois ne tarda pas à regretter de se voir enrôlé dans cette savante et aventureuse milice ; on sait avec quelle rapidité se fit la cooquète de la basse Egypte ; les savants se partagèrent en deux classes : les uns durent rester au Caire ou à Alexandrie, les autres durent accompagner nos soldats dans leurs diverses expéditions.

Un pieux devoir avait retenu Dubois à Alexandrie : Kléber avait été blessé dans un des premiers combats ; Dubois, lié avec lui d'une étroite amitié, n'avait pas voulu l'abandonner ; il était resté près de lui pour lui donner des soins.

Kléber admirait le génie de Bonaparte ; mais il passait dans l'armée pour faire de l'opposition, et Dubois était naturellement disposé à partager ses idées. Déjà d'ailleurs se révélait dans Bonaparte ce système personnel, cette volonté de tout rapporter à lui ; dans la science comme dans la politique, il s'était arrogé des pouvoirs coostituants ; lors de la fondation de l'Institut du Caire, il s'était soumis, il est vrai, à une double élection ; ses confrères en science l'avaient nommé vice-président de cette Compagnie ; mais, tout en paraissant ainsi comprendre les intérêts de la science dans ceux de sa gloire, il ne s'attachait en réalité qu'aux intérêts de sa politique.

C'était là ce qui ne pouvait échapper à un esprit aussi positif et aussi pénétrant que celui de Dubois, et dès lors il songea à revenir en Fraoce ; attaché à l'expédition, non pas par un grade militaire, mais en simple qualité de savant, il avait été compris au nombre des membres de l'Institut du Caire, ce qui ne lui conférait aucune fonction hien déterminée.

Ajoutons que Dubois n'était pas nne de ces natures enthousiastes que ravit l'idée seule de lointains voyages ; qui n'ont d'autre but que de voir et de sentir, d'admirer d'autres lieux, d'autres mœurs, d'autres couleurs locales.

A l'aspect de ces tristes plages, de ces ruines, de ces malheureuses populations, où l'bomme ne laboure et ne moissonne jamais pour lui, de ce soleil implacable et de ces masures infectes, Dubois se sentit profondément contristé ; Il ne vit dans Alexandrie et dans le Caire que de grandes *villasses* ; il avait vu d'abord les choses en beau, très en beau, disait-il ; mais, la conquête achevée, il voyait qu'au despotisme des mamelucks avait succédé un autre despotisme, celui des nouveaux conquérants ; et, comme il ne voulait être ni le louangeur, ni le Callisthène de l'armée, il sollicita l'autorisation de revenir en France. Sa santé d'ailleurs s'était altérée ; on lit dans le procès-verbal de la séance de l'Institut du Caire du 16 vendémiaire an VII les paroles suivantes :

« Lettre de M. Dubois, professeur à l'Ecole de médecine de Paris, qui expose qu'une maladie grave le met bors d'état de demeurer plus longtemps en Egypte et le prive ainsi de la satisfaction de partager les travaux de l'Institut.

» Lo secrétaire est cbargé de témoigner à M. Dubois, au nom de tous les membres de l'Institut, les regrets que leur fait éprouver cette séparation. »

Mais c'était le général en chef qui devait décider si Dubois et son jeune fils Isidore pourraient ou non quitter l'armée.

Bonaparte n'avait pu cacber son mécootentement en apprenant la demaode formée par Dubois ; c'était pour lui une pensée désagréable qu'un témoin aussi impartial et aussi exempt de préjugés retournerait en Europe presque aussitôt que ses premiers bulletina.

Dubois fut donc mandé au Caire ; introduit auprès du général en chef, celui-ci l'accueillit avec de grandes démonstrations d'amitié. Il le fit asseoir près de lui sur un divan, mais Dubois fut inébranlable. Bonaparte fiuit par lui dire, non sans humeur, qu'il avait besoin de lui comme de tous les membres de la commission, qu'il devait rester et ne plus penser à son pays. « Eh bien ! répondit Dubois, c'est précisément parce que je pense à mon pays que je veux y retourner. »

L'entretien en resta là. Peu de jours après Dubois reçut l'autorisation de s'embarquer aur un aviso et revint en France avec Louis-Napoléon, le père du président actuel de la République.

Dubois, rendu à sa famille et à ses nombreux élèves, reprit avec bonbeur le cours de ses travaux ; on le vit mener pour ainsi dire de front le fructueux enseignement sur lequel j'aurai tout à l'heure à revenir, et cette vaste pratique qui devait lui conoilier une si honorable popularité. Il suffisait à tout par uoe activité de chaque instant et qui ne s'est jamais ralentie. Dès le matin il était dans son cabinet, babillé et botté, comme un soldat sous les armes, et ponr toute la journée. A des hommes de sa trempe et de son mérite on offrait alors des places, on sollicitait leur coopération. J'en citerai ici un mémorable exemple, par un arrêté du conseil général des bospices en date du 16 nivôse an X (6 janvier 1802).

Le petit bospice du Nom-de-Jésus, situé rue du fanbonrg Saint-Martin, avait été consacré à recevoir des malades payant un prix de journée, et il avait pris la dénomination de *Maison de santé*. Le conseil ne voulait confier le service médical de cet établissement qu'à un praticien éminent, déjà en possession, pour ainsi dire, de la confiance et de la faveur du public. M. Chaptal, alors ministre de l'intérieur, offrit cette place à Dubois. Celui-ci répondit que, si son nom pouvait être de quelque utilité pour la prospérité de cette maison, il accepterait, hien que cela fût contraire à ses intérêts, puisque bon nombre de malades trouveraicnt plus économique d'aller se faire soigner par lui dans la Maison de santé que de l'appeler chaqne jour dans leur domicile.

Dubois fut nommé chirurgien de l'établissement, par arrêté du ministre de l'intérieur, le 17 floréal an X (7 mai 1802) ; mais son entrée en fonctions n'eut lieu que le 1[er] prairial de la même année.

Sans anticiper ici sur les événements, je dois dire qu'en janvier 1816 un arrêté du conseil des hospices autorisa la translation de cet établissement dans l'ancienne communauté des sœurs grises, faubourg Saint-Denis, et que cette institution prit dès lors le nom de Maison royale de santé ; mais déjà le peuple lui avait donné un autre nom ; on ne la coonaissait que sous le nnm du grand praticien qui l'avait pour ainsi dire créée ; c'était la Maison de santé de M. Dubois, et ce nom lui a survécu. Pour le peuple, ce n'est encore aujourd'bui ni la Maison royale, ni la Maison nationale de santé, c'est la Maison de M. Dubois ! Juste et légitime tribut de reconnaissance payé pour ainsi dire par la voix de tout un peuple et par une tradition qui s'obstine ainsi à consacrer le nom des bienfaiteurs de l'humanité.

Dubois cependant n'était point encore à l'apogée de sa réputation, et déjà l'envie s'attaquait à sa personne avec une violence et un acbarnement sans exemple.

C'est que le grand éclat que jetait son nom ne tenait pas seulement à son incomparable habileté dans la pratique de la chirurgie, mais aussi à ses succès dans l'art des accouchements. Or, il y avait alors à Paris un bomme qui ne pouvait lui pardonner *sa haute* position et ses talents ; c'était le fameux Sacombe.

Sorti de l'étude d'un procureur, à peine initié à l'art des accouchements dans l'Ecole de Montpellier, Sacombe était entré au collége de Navarre, puis il s'était livré fortement à la pratique des accouchements. Doué d'un certain talent de rédaction et possédé de la fureur de rimer, Sacombe s'était donné un brevet de dénonciateur et de maître en calomnie, qu'il exerçait dans une feuille de sa composition publiée sous le nom de *Lucine*.

Disons-le à l'bonneur de notre époque, la conscience publique se révolterait si de pareilles diffamations venaient à souiller la presse médicale.

Versificateur impudent, Sacombe avait dédié au *vertueux* Péthion la première édition de sa *Luciniade*, en attendant que la Restauration lui permît d'en dédier la quatrième à *Louis le-Désiré*.

Dubois dédaigna de répondre aux outrages de Sacombe ; celui-ci d'ailleurs l'avait mis en excellente compagnie. Ce Thersite des accoucheurs s'en était pris successivement à Fourcroy, qu'il appelait le continuateur de Robespierre ; à Pelletan, qui, suivant lui, avait organisé le crime au grand hospice de l'humanité de Paris ; et enfin collectivement à Baudelocque et à Dubois, qu'il traitait d'assassins.

Baudelocque avait d'abord méprisé les attaques de Sacombe ; mais on sait qu'à l'occasion de l'accouchement de M[me] Tardieu une telle clameur s'était élevée, que Baudelocque dut traîner son calomniateur devant les tribunaux. Sacombe fut justement flétri et condamné. Dubois, moins malheureux que Baudelocque, avait perdu, il est vrai, la femme Vasseur ; mais du moins, en pratiquant l'opération césarienne, il avait donné et cooservé le jour à une jeune fille qui reçut le nom de *Césarine*, et qui, depuis, était restée l'objet constant de ses soins et de ses bontés.

Mais Sacombe était là, prêt à tout exploiter ; il avait été trouver le père de cette jeune fille, et il lui avait persuadé qu'en poursuivant Dubois devant les tribunaux, il en obtiendrait des dommages et intérêts. Cet homme, qui n'était que faible, avait suivi les conseils de Sacombe, et déjà il avait iotenté une action judiciaire, quand des personnes honnêtes lui firent entrevoir à quel degré d'ingratitude il allait se porter envers le bienfaiteur de sa fille.

Ramené à de meilleurs sentiments, et malgré les instances de Sacombe, qui, érigeant dans ses vers l'ingratitude en principe, répétait à sa jeune fille :

> Que Dubois lui vendit assez cber sa naissance,
> Puur dispenser son cœur de la reconnaissance ;

malgré aes lustances, dis-je, Vasseur finit par se désister.

Telle fut l'issue de ces odieuses persécutions. On dit que la vie de Baudelocque en fut empoisonnée, qu'il ne put détacher de son sein le trait mortel que la calomnie y avait enfoncé. Dubois supporta ces outrages avec le calme d'une âme forte. En cette circonstance comme en tant d'antres, il en appela à cette philosophie qui faisait le fonds de son caractère, et qu'il avait résumée dans cette devise, empruntée à Jacobus Sylvicus, cet autre Dubois du seizième siècle : *bene agere ac lœtari !* Philosophie un peu païenoe, si l'on veut, mais qui puise la sérénité de ses jouissances dans l'accomplissement préalable des bonnes et des nobles actions.

Telle était la situation de Dubois quand survinrent des événements qui allaient de nouveau le mettre en rapport avec l'ancien général en chef de l'armée d'Egypte.

Bonaparte avait suivi son génie et sa fortune. Après avoir passé par le consulat, il avait ceint sa tête du laurier impérial et de la couronne de fer. Dubois n'avait pas entièrement cessé de le voir ; mais, tout à son art et à sa clientèle, il n'avait fait que de courtes apparitions à la Malmaison d'abord, puis aux Tuileries.

Lié d'une étroite amitié avec Corvisart, d'une de ces amitiés rares, entières et profondes que rien ne peut altérer, pas même l'esprit de rivalité, Dubois avait trouvé tout naturel que son ami ne l'eût point porté comme premier cbirurgien sur sa liste de présentation pour la maison médicale de la nouvelle cour. Dubois n'avait pas suivi, comme Boyer, une ligne exclusivement cbirurgicale ; il préférait d'ailleurs, et de beaucoup, son cabinet de consultation aux salons des Tuileries. Un service personnel de cbaque instant n'était donc ni dans ses goûts, ni dans ses intérêts.

Dubois cependant était une de ces illustrations qui, tôt ou tard, devait finir par graviter dans le tourbillon do la gloire impériale. J'ajouterai que c'était, dans l'art médical, un bomme taillé en quelqne sorte comme les comprenait l'empereur : simple, droit, laborieux, toujours sur pied, consommé dans la pratique et ne s'occupant que de son art.

« J'ai préféré comme médecin M. Corvisart à M. Hallé, qui est de l'Institut, disait un jour l'empereur en plein conseil d'Etat, et cela précisémeot, ajoutait-il, parce que M. Corvisart ne sait pas ce que c'est qu'un *triangle équilatéral* ; » et, à cette occasion, l'empereur faisait remarquer que, par une étrange bizarrerie de l'esprit humain, tel est un grand médecin qui n'a jamais pu apprendre une division complexe.

Or, Dubois était un homme précisément comme le voulait l'empereur, et les événements ne devaient pas tarder à montrer quelle confiance Napoléon était disposé à lui accorder.

Le 16 décembre 1809, Napoléon avait fait prononcer la dissolution de son mariage avec l'impératrice Joséphine, qui ne pouvait lui donner de postérité, et le 12 avril 1810 il avait contracté un nouveau mariage avec l'archiduchesse Marie-Louise.

Peu de jours après le mariage, et lorsque des signes non équivoques allaient annoncer que les espérances de l'empereur devaient se réaliser, Baudelocque mourut, laissant une succession scientifique à laquelle Dubois était seul en mesure d'aspirer.

D'abord la place d'accoucheur en chef à l'hospice de la Maternité. Trois candidats devaient être présentés au ministre de l'intérieur. Le conseil des hospices fit cette présentation le 16 mai 1810; Dubois était placé en tête de la liste. Sa nomination fut approuvée par un arrêté ministériel en date du 15 juin suivant.

Mais la partie la plus lourde de cette succession était assurément celle qui allait incomber à Dubois dans le palais de l'empereur.

Ici, Messieurs, les faits vont acquérir un véritable intérêt historique, et peut-être éveiller en vous quelque attention.

L'épisode que je vais avoir à vous raconter devra vous montrer en effet et les anxiétés par lesquelles dut passer l'homme de l'art appelé dans ces graves circonstances, et les sentiments qui agitèrent le chef de la grande nation, et la joie de tout un peuple apprenant qu'un nouveau César était né pour l'empire.

C'est dans la journée du 20 mars, éphéméride à la fois glorieuse et fatale, que Dubois fut appelé auprès de l'impératrice, non pas pour la première fois, mais pour intervenir s'il y avait lieu, et mettre fin à un travail qui se prolongeait douloureusement.

C'est une grande responsabilité, sans doute, que celle qui pèse sur l'homme de l'art en pareille circonstance; mais s'il est une statistique propre à porter quelque sécurité dans l'âme du praticien, c'est assurément celle qui fait la part excessivement minime des accouchements dans lesquels l'art est obligé d'intervenir et celle des accouchements qui se terminent par les seules forces de la nature.

C'est la réflexion que fait tout jeune médecin appelé pour la première fois à donner ses soins dans quelque grande famille, et je m'imagine que Dubois, traversant les salons des Tuileries, puisait peut-être lui-même des motifs de sécurité dans cette supputation rassurante du grand nombre des accouchements naturels comparé à celui des accouchements contre nature.

Chargé du service de l'hospice de la Maternité, Dubois savait que sur 20,357 accouchements qui avaient eu lieu dans cet établissement de 1797 à 1811, 20,183 s'étaient effectués sans qu'il fût besoin d'y mettre la main; et, sans pousser l'optimisme jusqu'à adopter cette opinion de Boer, que sur 132 accouchements c'est à peine s'il est besoin d'intervenir une seule fois, Dubois, fort de sa propre expérience, pouvait certainement se dire que sur 50 accouchements l'homme de l'art ne doit, terme moyen, prêter son ministère qu'une fois.

Telles pouvaient être, je le répète, les pensées qui préoccupaient Dubois. Introduit près de l'impératrice qui l'attendait avec impatience, il y trouve son ami Corvisart. Le travail durait depuis plusieurs heures; il n'y avait plus à attendre. Dubois se mit en mesure de constater l'état des choses. Mais quelles ne durent pas être sa surprise, son effroi, quand il reconnut qu'il allait avoir affaire à une *présentation de la hanche!* Je ne sais, Messieurs, si son front en pâlit, mais certes il dut maudire son étoile qui, dans une pareille circonstance, le faisait tomber sur une de ces présentations qui, au rapport de Merriman, ne devraient s'offrir que 42 fois sur 18,000 accouchements!

Aucun doute ne pouvait rester dans son esprit. Il entraîne Corvisart dans l'embrasure d'une fenêtre, et le prie d'aller trouver l'empereur pour lui expliquer l'état des choses. Corvisart, qui ne se souciait nullement d'aller porter une pareille nouvelle, répond à Dubois que ce n'est pas à lui que revient cette mission, mais bien à l'accoucheur. Dubois, sobre de paroles, comme toujours, ne réplique pas un mot; il se fait conduire près de l'empereur. Napoléon était au bain. Dubois commençait à peine à lui expliquer sous quels fâcheux auspices s'annonçait l'événement qui allait s'accomplir, que l'empereur l'interrompt vivement et s'écrie : « Sauvez la mère! »

Dubois n'avait pas même fait allusion à une cruelle alternative qui, d'ailleurs ne se présentait pas; mais Napoléon, obéissant au premier mouvement de son cœur, montrait comment ici ses affections passaient avant sa politique. Rappelez-vous cependant, Messieurs, tous les sacrifices qu'il s'était imposés pour laisser après lui un héritier de son empire, un aîné de sa race; avec quelle joie il avait appris que Marie-Louise, plus heureuse que Joséphine, allait enfin combler ses vœux! Eh bien! quand est venu ce moment suprême où vont se réaliser ou s'anéantir peut-être à jamais ses longues espérances, le premier cri qui s'échappe de son cœur, ce n'est point le cri du soldat ambitieux, du profond politique, de l'homme d'Etat, de l'empereur enfin, forcé de renoncer à cet heureux enfantement qui devait assurer la stabilité et la perpétuité de son trône, c'est le cri d'un homme de cœur, de l'époux qui tremble à la seule idée du danger que va courir cette fille des Césars, à laquelle il n'était uni que depuis quelques mois.

Dubois fit comprendre à l'empereur qu'il allait trop loin; il ne lui dissimula point cependant les graves conséquences qui pouvaient être à redouter, et finit par lui dire qu'en pareille circonstance, la coutume est d'appeler un ou plusieurs praticiens en consultation. « Monsieur Dubois, lui répondit l'empereur, si vous n'étiez pas ici, c'est vous, et vous seul qu'on irait chercher; retournez près de l'impératrice, et traitez-la comme vous le feriez de la femme d'un boulanger. »

Certes Dubois pouvait s'enorgueillir de cette pleine et entière confiance de l'empereur, mais la responsabilité qui allait peser sur lui n'en était que plus effrayante.

Le travail de l'enfantement ne pouvait plus faire de progrès, l'impératrice s'épuisait en efforts impuissants : le moment d'agir était venu.

Les grands dignitaires de l'empire avaient été appelés, ils se tenaient dans un salon voisin. L'empereur était présent; il savait qu'une manœuvre délicate, pleine de danger, allait être exécutée par l'homme de l'art; il encourageait l'impératrice, et l'esprit agité d'une mortelle inquiétude, il chercha à donner à son front ce calme, cette sérénité qu'il conservait si naturellement sur les champs de bataille.

Dubois procède en effet, et sans hésiter, à cette hardie et savante manœuvre qu'on appelle la *version*, manœuvre qui a pour but de suppléer la nature impuissante, ou plutôt en défaut, en erreur, et en vertu de laquelle l'homme de l'art, se substituant en quelque sorte à cette force providentielle qui devrait diriger et accomplir à elle seule tous les actes de l'économie vivante, fait ce qu'elle aurait dû faire, va chercher jusque dans les profondeurs du sein de la mère les seules parties saisissables de son enfant, les fait glisser sur elles-mêmes, les ramène à l'orifice des détroits, leur fait franchir ces voies douloureuses, et accomplit ainsi à lui seul toutes les phases du grand acte de la parturition.

Avant même d'avoir amené les pieds au dehors, Dubois avait reconnu quel était le sexe de l'enfant; mais plus prudent que Smellie, qui en pareille circonstance, dit-on, avait bercé d'un faux espoir toute la cour d'Angleterre, Dubois n'en dit rien, il poursuit son opération, dégage successivement les pieds, le siége, le tronc et les bras de l'enfant. Il ne reste plus que la tête; mais celle-ci reste comme enclavée au détroit supérieur : situation critique qui va mettre de nouveau en relief le sang-froid, la résolution et la sagesse de l'opérateur; se gardant bien, en effet, d'exercer, comme le veulent quelques-uns, des tractions même modérées sur le cou de l'enfant, Dubois s'arme de son forceps, en glisse les branches sur les côtés de la tête, la saisit hardiment et l'entraîne au dehors!

Mais cet enfant qu'il vient ainsi d'amener à la lumière ne pousse pas un cri; il est pâle et ne fait aucun mouvement. Dubois, sans désemparer, emploie tous les moyens usités en pareil cas. Sept mortelles minutes s'écoulent; l'enfant ne donne aucun signe de vie. L'empereur, debout, dans l'attitude d'une profonde méditation, la tête penchée sur la poitrine, suit tous les mouvements de Dubois; enfin on aperçoit comme un soulèvement des parois de la poitrine, la bouche s'ouvre, l'air y pénètre. Il a respiré, s'écrie un des assistants! Oui, répond l'empereur; mais si c'était pour la première et pour la dernière fois! Il achevait à peine ces mots, que l'enfant respire à pleine poitrine, et pousse un cri qui l'annonce définitivement à la vie.

Alors Napoléon, obéissant à une de ces inspirations poétiques qui lui étaient familières, saisit son fils sous les bras, le soulève dans ses mains puissantes, et, s'avançant vers la porte du salon où se trouvaient réunis tous les grands de l'empire : Messieurs, s'écrie-t-il, c'est le roi de Rome! Puis revenant sur ses pas, et remettant à Dubois son précieux fardeau : « Baron Dubois, dit-il, voilà votre enfant. »

Le canon des Invalides annonçait en même temps au peuple de Paris ce grand événement. Chacun comptait avec anxiété les retentissantes détonations; au vingt-deuxième coup, l'allégresse était universelle; c'était bien un fils, un successeur, un aîné de cette race impériale que Marie-Louise venait de donner à la France.

(*La fin au prochain numéro*).

Revue thérapeutique.

Bons effets des mercuriaux dans le traitement de la coxalgie.

Il est vraiment regrettable que la question thérapeutique des mercuriaux n'ait pas été étudiée d'une manière plus attentive par les médecins français. En effet, même en faisant la part de l'engouement pour une médication que les Anglais considèrent presque comme nationale, il est impossible qu'un assentiment aussi unanime ne soit le résultat que d'un parti pris, et que l'expérience n'eût pas fait justice, à la longue, de ces croyances, si elles n'eussent reposé sur des faits.

Déjà, en France, on est à peu près d'accord pour admettre que l'emploi des mercuriaux jouit d'une certaine efficacité dans le traitement des maladies des séreuses, surtout lorsqu'ils sont associés aux émissions sanguines. Mais, ce qui est vrai pour les inflammations du péritoine et du péricarde, ne le serait-il pas aussi pour les inflammations des autres séreuses, des séreuses articulaires par exemple? Il y a peu de temps encore, nous faisions connaître les bons effets du calomel dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu; pourquoi l'inflammation d'une seule articulation ne serait-elle pas traitée aussi avantageusement par les mercuriaux?

Un chirurgien irlandais, O'Beirne, est un des premiers qui ait appelé l'attention de ses confrères sur l'utilité des mercuriaux dans les maladies des articulations, principalement dans les tumeurs blanches.

En Irlande, cette pratique est devenue presque générale; et M. Bellingham a fait à ce sujet à la Société de chirurgie d'Irlande, une communication très intéressante. Suivant ce médecin, c'est dans la première période des maladies articulaires, de la coxalgie en particulier, qui a été surtout l'objet de ses recherches, qu'on peut attendre de bons résultats des mercuriaux.

Seulement M. Bellingham ne les emploie pas seuls; il se sert en même temps des émissions sanguines locales, mais seulement pour calmer les accidents aigus. Dans les observations rapportées par ce médecin, nous voyons d'abord le fait d'un garçon de douze ans, affecté depuis quatre semaines seulement de coxalgie, présentant entre autres symptômes un allongement apparent du membre malade, un effacement du pli de la fesse correspondant, une espèce de plénitude de la région inguinale, de la douleur à la pression et dans la marche.

On lui fit appliquer des ventouses autour de l'articulation, de manière à retirer environ 6 onces de sang. On le soumit à l'usage des pilules bleues (25 centigrammes par jour en trois fois). On revint encore deux fois aux émissions sanguines.

Vingt ou vingt-cinq jours après le commencement du traitement, les gencives commencèrent à se prendre légèrement, et l'haleine devint mercurielle. On diminua la quantité de mercure.

Ce traitement, joint au repos absolu au lit, amena une guérison complète en moins de deux mois.

De même chez une petite fille de sept ans, qui présentait les symptômes de la première période de la coxalgie, deux applications de ventouses et l'administration de mercuriaux à l'intérieur furent suivies d'une guérison parfaite en un mois et demi.

Enfin, en un troisième cas, chez un jeune homme de vingt-deux ans, chez lequel la coxalgie était plus prononcée encore que dans les cas précédents, trois saignées locales, l'administration du calomel, à la dose de 15 à 30 centigrammes par jour, amenèrent la guérison en un peu plus d'un mois.

La facilité avec laquelle les enfants supportent le calomel doit nous faire recommander à nos confrères l'essai de cette médication dans la coxalgie. Les émissions sanguines réussissent peu chez eux; et, quant aux vésicatoires, ils déterminent une vive agitation, qui en fait perdre, en grande partie, les avantages. Les mercuriaux, le calomel en particulier, ne présentent aucun de ces inconvénients.

(*Dublin medical press.*)

NOUVELLES.

— La Société de pharmacie de Paris propose un prix de 4,000 f. pour le chimiste qui découvrira le moyen de préparer artificiellement la *quinine*, c'est-à-dire sans employer à cette préparation ni quinquina, ni aucune autre matière organique contenant de la quinine toute formée.

Dans le cas où la question ne serait pas résolue, le prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail faisant connaître un produit organique nouveau, naturel ou artificiel, ayant des propriétés thérapeutiques équivalant à celles de la quinine, et qu'il soit possible de mettre commercialement en concurrence avec elle.

Les mémoires devront être adressés à M. le secrétaire général de la Société avant le 1er janvier 1851.

Les candidats qui voudraient conserver leurs procédés secrets, pour s'en réserver la propriété, devront mettre à part et sous une enveloppe cachetée les descriptions qu'ils ne voudront pas porter à la connaissance du public.

Sur leur demande, la commission désignera l'un de ses membres qui prendra seul connaissance des procédés; il sera tenu de les faire exécuter en sa présence; procès-verbal des opérations devra être dressé séance tenante et restera sous cachet entre les mains du secrétaire général de la Société.

La commission statuera sur l'opinion exprimée par son délégué.

Mais, dans tous les cas, les échantillons des produits obtenus devront être présentés à la commission et à la Société pour être, si elles le jugent convenable, soumis à toutes les expériences désirables.

La quantité de ces échantillons ne devra pas être moindre de 250 grammes.

HOTTOT, GUIBOURT, BOUCHARDAT, GAULTIER DE CLAUBRY, BUIGNET, BUSSY, rapporteur.

Dimanche dernier, les sourds-muets de Paris, dans une réunion générale, ont procédé à l'élection de membres délégués, et à l'organisation de la nouvelle société d'assistance et de prévoyance fondée pour eux par le docteur Blanchet, chirurgien de l'Institut national des Sourds-Muets. Cette Société se propose un double but : travailler à perfectionner le mode d'éducation; venir au secours de ceux qui par leur position ou par leur infirmité pourraient en avoir besoin.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 15 DECEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — N° 146.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris. . . .	24 fr.	— 13 fr.	— 7 fr.
Départements.	26 fr.	— 14 fr.	— 8 fr.
Étranger. . .	30 fr.	— 16 fr.	— 9 fr.

PARIS, 14 DÉCEMBRE 1849.

Le choléra à Lyon.

Notre savant confrère M. le docteur Gensoul nous adresse des renseignements qui, jusqu'à ce jour, confirment heureusement les prévisions de son collègue M. Pétrequin, sur l'avortement de l'épidémie.

Un petit nombre de cas de choléra se sont manifestés à Lyon ; ils m'ont paru ajouter de nouvelles preuves à l'opinion des médecins qui pensent que les émanations des déjections cholériques sont infectieuses.

Voici les faits en quelques lignes :

Deux militaires sont apportés le 26 décembre à l'hôpital militaire avec les symptômes du choléra ; ils succombent après quelques heures. Le lendemain, quelques cas de choléra se manifestent dans l'hôpital même; bientôt quatre infirmiers sont frappés et succombent.

A l'hôpital civil, deux femmes seulement ont été admises avec les symptômes du choléra et sont mortes. Le lendemain, l'employé de la maison chargé de la vidange des chaises est pris, à huit heures du matin, de coliques, de crampes, de vomissements, de diarrhée; à midi il est cyanosé et meurt.

Je n'aurais pas signalé des faits si peu nombreux et aussi insignifiants, si je n'avais eu à proposer l'emploi d'un moyen désinfectant très simple, très peu coûteux et très connu, celui qui est usité par les entrepreneurs de vidanges inodores. Il suffit, dis-je, de jeter dans les chaises et dans les bassins que l'on place sous les malades une forte solution de sulfate de fer. La décomposition est immédiate, l'infection est rendue impossible. Si un moyen aussi simple arrêtait la tendance épidémique, le choléra aurait perdu en grande partie sa gravité, et nous n'aurions plus à traiter que les cas de choléra sporadique, toujours aussi dangereux, mais bien plus rares.

— Depuis huit jours, on n'a constaté aucun cas de choléra ni en ville, ni dans l'Hôtel-Dieu.

A l'hôpital militaire, les nouveaux cas observés ont été moins graves et peu nombreux. Nous avons lieu d'espérer que l'épidémie aura avorté.

Revue clinique hebdomadaire.

Érysipèle à marche saccadée. — L'observation intéressante d'érysipèle ambulant que nous avons observé dans le service de M. le professeur Cruveilhier, et qui a été publiée dans notre numéro du 6 courant, nous a valu, de la part de M. le docteur Clément Ollivier (d'Angers), la communication d'un cas plus curieux encore, et dans lequel l'éruption a suivi une marche en quelque sorte intermittente, ou plutôt *saccadée*.

Voici l'histoire de ce cas, tel que l'expose M. Clément Ollivier :

Je lis dans votre numéro d'aujourd'hui une observation recueillie dans le service de M. Cruveilhier sur un cas d'érysipèle ambulant qui, quoique offrant des phénomènes remarquables, ne fournit pas tous ceux que je vais observer sur un de mes malades, échappé naguère au choléra qui a décimé notre petite villed'Arpajon (Seine-et-Oise).

Le nommé Leclerc, menuisier, était retenu au lit depuis trois jours par suite d'un embarras gastrique survenu après un excès en boissons, lorsque apparut un érysipèle sur le bras gauche, autour d'un vésicatoire que portait le malade depuis longues années. Pendant six jours cet érysipèle resta fixé depuis le coude jusqu'à l'épaule. Voyant alors de la diminution à la partie inférieure du bras, je crus à une terminaison prochaine, lorsque, au 7e jour, je trouvai tout le côté gauche du cou et de la face envahi. Cette fois encore l'érysipèle resta stationnaire pendant six jours, puis eut lieu encore pendant six autres jours l'envahissement du cuir chevelu, de la face du côté droit et du cou de ce même côté, accompagné de stupeur et d'adynamie.

La poitrine en entier fut ensuite envahie, puis le dos; puis enfin, après avoir parcouru le tronc, l'érysipèle envahit d'abord les cuisses, puis les jambes, mais en deux stations bien distinctes.

Pendant toute la marche si singulière de cet érysipèle, qui mit trente jours à parcourir les différentes régions du corps, le malade fut constamment dans un état de stupeur et d'adynamie, la bouche étant fuligineuse, et le pouls variant de 100 à 120 pulsations.

La médication externe se réduisit à faire saupoudrer de farine de froment les parties envahies par l'érysipèle, ce qui, en absorbant la sérosité épanchée des ampoules érysipélateuses, a l'avantage d'empêcher l'adhérence des linges en contact avec les parties malades.

Pour la médication interne, je me bornai à administrer de temps en temps un léger minoratif; mais je me contentai de l'usage des boissons émollientes tant que la fréquence du pouls fut accompagnée de chaleur à la peau, c'est-à-dire pendant toute la marche de l'érysipèle.

Je ne sais si des médecins de l'École de Paris, ayant à traiter une pareille maladie, adopteraient, comme dans le fait contenu dans votre numéro d'aujourd'hui, la médication tonique prescrite par l'illustre professeur de la Charité, encore attaché aux doctrines de Montpellier.

L'auteur se livre ici à quelques considérations sur la cause de l'adynamie, qu'il attribue à une *modification dans l'innervation de la vie organique.* Ces considérations n'étant susceptibles, pour le moment, de conduire à aucune solution pratique ni scientifique, nous nous contenterons de dire que ce n'est point comme application de telle ou telle doctrine que M. Cruveilhier a employé le sulfate de quinine dans l'érysipèle avec symptômes adynamiques; c'est tout simplement par suite de tâtonnements thérapeutiques multipliés. Quant à la question de savoir si cette médication est supérieure à telle ou telle autre, c'est là une question d'expérience qui ne nous paraît pas facile à résoudre instantanément. En reproduisant l'opinion du savant médecin de la Charité, nous n'en avons en aucune façon pris la solidarité. Notre mission est de faire connaître tous les faits, toutes les idées qui se recommandent par leur intérêt propre ou par la position scientifique de leurs auteurs.

Angine grave. Trachéotomie. Mort. — M. le docteur Lucien Papillaud, médecin à Porto-Aligre (Brésil), a communiqué à la *Gazette médicale* une observation qui ne sera pas sans intérêt rapprochée de celle extrêmement intéressante publiée dans notre numéro du 17 novembre par M. le docteur Vigla. Nous allons d'abord faire connaître cette observation ; nous chercherons ensuite à faire ressortir le point pratique qui nous paraît devoir être mis principalement en relief à ce propos.

« Emilie Davies, enfant de neuf ans, d'une constitution moyenne, ayant l'habitude de se promener pieds nus dans l'intérieur de sa maison et même dans une cour constamment humide, devait à cette coutume de fréquentes inflammations du pharynx, qui jusqu'alors avaient été sans gravité.

» Le 22 juin 1848, elle fut encore une fois affectée de cette maladie; mais ce ne fut pas sous l'influence des causes accoutumées, et ce fut avec une gravité jusqu'alors inconnue.

» Appelé le 24 près de la jeune malade, nous la trouvâmes avec une fièvre intense et une altération notable de la voix; le fond du pharynx était très rouge et couvert de mucosités d'un blanc jaunâtre; les amygdales étaient entamées par des ulcérations recouvertes d'un mucus concret; les fosses nasales étaient libres, et les matières fournies par l'expuition étaient de simples mucosités blanches ou teintes de jaune et toujours inodores. — Sangsues sous l'angle de la mâchoire de chaque côté; tartre stibié. — Abondant écoulement de sang et vomissements répétés.

» Le 25 amélioration. — Répétition de la même prescription, plus un gargarisme aluminé.

» Le 26, la malade semble entrer en convalescence, mais le mouvement fébrile est encore très intense. Le soir de ce même jour, il y a une recrudescence avec dyspnée qui nous fait ordonner encore des sangsues et du tartre stibié, l'émission sanguine pour le soir et l'émétique pour le lendemain matin.

» Le 27, nouvelle amélioration suivie d'une seconde recrudescence. — 1 gramme de calomel en quatre prises; attouchements avec l'acide hydrochlorique dilué.

» Aggravation constante jusqu'au 30, malgré des cautérisations avec l'acide chlorhydrique et puis le nitrate d'argent, des insufflations de poudre d'alun et calomel, et l'usage interne d'un sirop de oie de soufre et d'une potion au kermès. Ce jour-là la peau et le voile du palais se couvrirent de taches lenticulaires violacées.

» Enfin, dans la nuit du 30 juin au 1er juillet, la suffocation devint imminente, une crise faillit enlever la malade, et à trois heures après minuit nous la trouvâmes cyanosée et agonisante, ayant à peine, à notre jugement, deux heures à vivre. Dans ce cas extrême, nous pratiquâmes la laryngo-trachéotomie à la lueur de quelques bougies et aidé seulement des femmes qui entouraient la pauvre enfant; car nous n'avions pu réussir, à cette heure avancée, à réunir quelques confrères pour partager notre responsabilité et pour nous aider tant de de leurs conseils que de leurs mains, et le temps pressait. Au dernier temps de l'opération, à l'ouverture du canal aérien, nous crûmes un instant que la malade expirait entre nos mains; mais après quelques inspirations et expirations orageuses, elle revint à la vie, recouvra une respiration calme et facile, et ne tarda pas à s'endormir d'un sommeil paisible. La journée du lendemain se passa bien ; le murmure vésiculaire se faisait entendre dans toute l'étendue des deux poumons ; des injections d'eau tiède furent faites dans la trachée pour aider à détacher le mucus qui, en se concrétant, gênait la respiration ; chaque fois que se firent ces injections, la canule fut retirée, nettoyée et replacée; le mouvement fébrile avait sensiblement baissé. La nuit fut, comme la journée, aussi bonne que possible. — Mêmes soins.

» Le surlendemain, la respiration devint graduellement oppressée; il fallut des soins plus minutieux; les injections d'eau tiède, qui la veille soulageaient la malade, ne furent plus expulsées avec la même facilité, et il fallut, en définitive, y renoncer tout à fait. Le soir, l'oppression étant intense et la peau prenant une teinte cyanosée, on fit une saignée du bras qui ne soulagea que momentanément; la nuit fut très mauvaise, et outre l'oppression continue, il y eut plusieurs accès de suffocation ; le murmure vésiculaire avait cessé de se faire entendre. Aggravation graduelle de tous ces symptômes pendant le troisième jour, jusqu'à deux heures quarante-cinq minutes, moment auquel la malade expira dans une agonie paisible.

» Pendant les trois jours qui suivirent la trachéotomie, on essaya à différentes reprises de fermer momentanément la plaie pour juger de l'état de la respiration par les voies naturelles, et on eut ainsi la preuve qu'à mesure qu'on s'éloignait du moment de l'opération elle devenait de moins en moins gênée ; la plaie elle-même offrait le meilleur aspect; l'ouverture trachéale était grandement suffisante, puisque l'air passait non-seulement par la canule, mais encore au-dessus et au-dessous; le mouvement fébrile avait baissé, de sorte que toutes les circonstances qui accompagnèrent et qui suivirent l'opération semblaient en présager le succès. Malheureusement la perturbation apportée dans l'acte respiratoire, soit par la maladie, soit par la voie artificielle qui avait été ouverte, et probablement par ces deux causes ensemble, ne permit pas de sauver cette intéressante enfant, dont le courage et la présence d'esprit furent à un degré bien au-dessus de son âge pendant ses derniers jours.

» Pendant tout le cours de la maladie, l'inspection du pharynx ne fit découvrir aucune trace de fausses membranes, et après l'opération la malade n'en rejeta pas un seul lambeau ni par les efforts de toux, ni à l'aide de l'écouvillement qui fut essayé tous les jours à plusieurs reprises. »

Après avoir rapporté ce fait, l'auteur ajoute les réflexions suivantes :

« Nous publions cette observation d'abord pour servir à la statistique de la trachéotomie, et ensuite pour prouver que, en dehors du croup et de l'angine maligne, il peut y avoir des cas d'angine pharyngo-laryngée qui finissent par réclamer impérieusement la ressource extrême de cette opération, malgré leur apparence de simplicité et leur marche primitivement bénigne.

» L'autopsie n'ayant pas été faite, nous ne pouvons savoir avec certitude si l'obstacle au passage de l'air était dû au gonflement purement inflammatoire de la glotte ou à un épanchement sous-muqueux; cependant nous ferons observer que le symptôme caractéristique de l'œdème de la glotte, savoir : l'inspiration laborieuse et l'expiration facile, a manqué pendant le cours de cette affection et que nous avons toujours noté une difficulté à peu près égale dans ces deux temps de l'acte respiratoire. »

Comme l'auteur, nous devons regretter que l'autopsie n'ait pas permis de s'assurer si les accidents de suffocation tenaient non-seulement au gonflement inflammatoire ou à l'épanchement sous-muqueux de la glotte, mais encore s'il n'y avait pas de fausses membranes dans les bronches; l'absence d'expuition, de pseudo-membranes, ne saurait suffire en effet pour donner cette certitude.

Si l'absence de fausses membranes avait été bien constatée, cette observation aurait été précieuse pour la solution de cette question importante, et qui est loin d'être résolue encore: Y a-t-il de graves inconvénients, dans le cas de suffocation par une cause mécanique siégeant à la glotte, à attendre pour opérer que l'asphyxie soit imminente? Quoique la plupart des praticiens se prononcent pour l'affirmative, il ne nous paraît pas que cette opinion doive être acceptée sans contestation. Le principal argument qu'on peut lui opposer, c'est que, dans les cas d'asphyxie produite par un corps étranger, on voit les accidents, quelque graves qu'ils soient, cesser immédiatement lorsque le corps étranger est extrait. Cette question est donc digne de toute l'attention des praticiens.

Éloge d'Antoine Dubois.

(Suite et fin du discours de M. Frédéric Dubois.)

Que sont devenus, Messieurs, les jours de grandeur et de gloire qui semblaient en présager tant d'autres? et cet enivrement de tout un peuple qui saluait de ses applaudissements la naissance de ce roi de Rome, croyant voir le gage d'une impérissable dynastie, et semblait dire avec le poëte, *Tu Marcellus eris!*

Ils sont loin de nous sans doute, Messieurs, mais déjà sur les

marches du même trône, un autre enfant portant aussi le nom glorieux de Napoléon était né, gardé, comme en réserve, par la Providence, afin de venir un jour comme un symbole d'ordre, d'union et de prospérité, présider aux nouvelles destinées de la France!

Je reviens à l'empereur Napoléon. Sa reconnaissance ne se fit pas attendre; les honoraires de Dubois avaient été d'abord portés à 15,000 fr. par an; c'était Corvisart qui avait proposé le chiffre; l'empereur avait ajouté de sa main : et 15,000 fr. pour chaque accouchement. Mais le lendemain de la naissance du roi de Rome, le comte Daru écrivit à Dubois qu'il avait 100,000 fr. à lui remettre au nom de l'empereur.

Messieurs, il était sans doute plus difficile à cette époque d'obtenir un simple ruban de la Légion-d'Honneur qu'il ne l'est aujourd'hui d'avoir le cordon de commandeur; car il ne fallut rien que ce mémorable événement pour que Dubois fût nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

Après la chute du gouvernement impérial, Dubois se tint simplement à l'écart. Sans chercher à prendre le rôle d'un homme en disgrâce, sa maxime était : Si on a besoin de moi, on viendra me chercher.

Il ne fut appelé qu'une seule fois auprès de la famille royale; ce fut dans un cruel moment.

Le duc de Berri venait d'être frappé d'nn coup de poignard. M. Bougon, tenant à faire preuve de dévouement, avait voulu sucer la plaie, comme pour racheter la vie du prince aux dépens de la sienne. C'était une plaie de poitrine, où l'hémorrhagie est tant à craindre. Dupuytren voulut en sonder la profondeur; Dubois, ne voyant rien à faire, ne fit rien.

Louis XVIII s'était fait transporter auprès de son malheureux neveu; il voyait que le danger était grand; il aurait voulu en connaître toute l'étendue. Comment faire? placé près du lit ensanglanté, il ne pouvait rien dire qui ne fût entendu du blessé. Monarque éminemment lettré, il pensa qu'en recourant à la langue des savants, il obtiendrait une réponse des hommes de l'art, et que son neveu, dont l'éducation littéraire avait été fort négligée, ne comprendrait pas ce qu'elle pourrait avoir de menaçant. Il s'adressa donc en langue latine à Dupuytren. Soit surprise, ou défaut d'habitude, Dupuytren ne sut que répondre. Dubois, fort de ses premières études et avec son remarquable esprit d'à-propos, répondit immédiatement et par une phrase correcte, élégante, et en termes tels, que le malade ne pouvait soupçonner l'arrêt qu'il prononçait.

Le roi, malgré sa douleur, parut frappé de cette savante et circonspecte repartie.

J'arrive maintenant, Messieurs, à une triste époque pour la célèbre école dont Antoine Dubois était un des ornements. Depuis le retour des Bourbons, l'indépendance et le libéralisme des professeurs portaient ombrage au pouvoir; une coterie puissante demandait des destitutions. Bien des places étaient enviées. On n'attendait qu'une occasion, qui ne tarda pas à se présenter.

Le 18 novembre 1822, jour fixé pour la séance de rentrée, Desgenettes devait porter la parole et prononcer l'éloge de Hallé.

Il commença au milieu du plus violent tumulte. Ce n'était ni à sa personne, ni aux opinions qu'il exprimait que s'adressait l'amphithéâtre; on s'insurgeait contre l'esprit qui dominait alors, l'Université!

Devant cette jeunesse turbulente et sceptique, Desgenettes ne voulut d'abord rien retrancher de son discours. Dominant les clameurs de cette foule, il commença par faire l'éloge des sentiments religieux de Hallé.

« Je croirais manquer à sa mémoire, dit-il, je croirais la trahir, et vous auriez le droit de me traiter comme un lâche, si j'appréhendais de vous dire hautement que M. Hallé eut des sentiments de religion aussi sincères que profonds. Comme Pascal, il s'anéantissait devant la grandeur de Dieu ! »

Mais l'ancien médecin de l'armée d'Orient, l'ancien ami des Girondins, ne put longtemps se contenir. Placé entre le pouvoir, qui regardait l'Ecole comme entachée de matérialisme, et les élèves, qui ne voulaient applaudir qu'aux idées d'opposition, Desgenettes fit une de ces sorties spirituelles et mordantes qui lui étaient familières. Des applaudissements frénétiques accueillirent ses paroles imprudentes; il répéta sa phrase, qui excita les mêmes transports. C'était prononcer l'arrêt qui allait frapper le corps au nom duquel il portait la parole. Trois jours après, le 2 novembre, une ordonnance royale supprimait provisoirement la Faculté, et onze professeurs, au nombre desquels était Antoine Dubois, furent destitués.

Je ne veux rien dire ici, Messieurs, de celui qui prit la place d'Antoine Dubois à l'hôpital de perfectionnement, de celui qui osa s'asseoir dans son amphithéâtre sur ce fauteuil de paille si connu des élèves, qui osa enfin pratiquer des opérations sur cette table, sur le lit, où Dubois avait si souvent émerveillé les élèves par son incomparable dextérité.

Il est des temps malheureux où le pouvoir semble prendre à tâche de donner aux élèves le spectacle des plus douloureux contrastes.

Tristes exigeances de l'esprit de parti! On n'est capable, on n'est digne à ses yeux que par l'opinion qu'on professe, et nullement par le mérite où le talent qu'on possède.

Mais vers la fin de la Restauration une nouvelle ère, une ère de réparation sembla s'ouvrir pour l'Ecole. La réaction libérale, qui, sous le court ministère de M. de Martignac, avait ramené dans leurs chaires MM. Cousin, Guizot et Villemain, avait aussi amené la réintégration de Dubois à la Faculté.

Le discours qu'il prononça à cette occasion, dans l'assemblée des professeurs, est un modèle de bon goût et de modestie.

« Je vous reviens, mes chers enfants, disait le vétéran de la science à ses jeunes collègues; je vous reviens avec une augmentation d'années, et avec une santé encore peu affermie. Vous connaissez depuis longtemps l'exactitude et l'assiduité que je mettais à remplir mes devoirs; si vous trouvez, mes chers collègues, que cette activité soit moindre que celle que vous m'avez connue, vous aurez la générosité de la compenser avec celle que j'avais autrefois. »

Mais bientôt une révolution vint frapper en masse les professeurs nommés en 1823. Le doyen fut compris dans cette élimination : il fallut pourvoir à son remplacement.

Le 4 août 1830, une ordonnance du lieutenant-général du royaume conféra cette dignité à Antoine Dubois. Ce choix fut universellement approuvé. Toutes les conditions désirables semblaient réunies dans le nouveau titulaire : une immense renommée, un beau caractère, des opinions sagement libérales, la sympathie de ses collègues et celle des élèves.

Dès le premier jour de sa promulgation, le nouveau doyen pensa qu'il était de son devoir, qu'il était digne surtout de son caractère, de sauvegarder, dans l'intérêt même de l'Ecole, les actes de son prédécesseur. Le nouveau doyen, dis-je, provoqua une réunion de professeurs, et il fut décidé qu'avant de se séparer on signerait une lettre dans laquelle on exprimerait à l'ancien doyen la reconnaissance de la Faculté pour l'esprit de modération et de bienveillauce dont il avait fait preuve pendant la durée de son administration.

C'est ainsi, Messieurs, qu'Antoine Dubois inaugura son décanat; mais il sentait lui-même que l'heure de la retraite approchait pour lui. Le 4 mai 1831, il priait le ministre d'accepter sa démission. Dans sa réponse adressée à la Faculté, le grand-maître de l'Université marquait avec quel regret il avait été obligé de céder aux instances de M. Dubois. Enfin au commencement de 1833, Antoine Dubois se démit des fonctions de professeur; mais, sur la demande de la Faculté, le conseil de l'Université arrêta que le titre de professeur honoraire lui serait conféré, qu'il conserverait le droit d'assister aux assemblées de la Faculté et de prendre part à ses délibérations.

Dubois était entré dans sa quatre-vingtième année. Certes, c'était bien l'âge du repos, et cependant il n'aurait pas renoncé à ce qu'il appelait encore ses devoirs, si depuis longtemps sa santé n'avait été profondément altérée.

Par une circonstance étrange, et qui cependant n'est pas rare dans l'histoire de la médecine, Dubois, qui avait étudié avec une sorte de prédilection les maladies des voies urinaires, qui excellait, comme je le dirai tout à l'heure, dans l'art d'extraire les calculs de la vessie, Dubois finit par être atteint lui-même de cette redoutable maladie. Mais, lui disait un jour un de nos collègues, en manière de conversation, ceci ne doit point vous effrayer, vous qui connaissez si bien cette maladie et l'opération qu'elle exige. — C'est précisément pour cela, répondit Dubois, que je ne me ferai pas opérer; et cependant il finissait par reconnaître lui-même que cette opération, toute cruelle qu'elle est, est à la fin invoquée comme un bienfait par tous les calculeux.

Mais, heureusement pour lui, la science venait de faire un merveilleux progrès, une découverte admirable, longtemps rêvée par le génie chirurgical, et que l'instinct de conservation avait, dit-on, révélée à quelques malades, venait enfin d'être formulée et appliquée avec succès sur le vivant. Je veux parler de la lithotritie. Dubois, habile lithotomiste, avait d'abord partagé les opinions, on pourrait même dire les préjugés, de beaucoup de chirurgiens de son temps contre la lithotritie; peut-être même les aurait-il conservés toute sa vie, si, s'étant sondé lui-même, en 1828, il n'eût acquis la conviction qu'il a, à n'en plus douter, un calcul dans la vessie. Or, ayant alors à choisir, pour son propre compte, entre une méthode qui fait pénétrer les instruments par les voies naturelles et une méthode qui les introduit par des incisions variées, mais toutes douloureuses et profondes, Dubois écrivit à M. Civiale, le 21 décembre 1828 : « J'ai décidément besoin de vous. »

Ce n'est pas qu'il n'eût encore bien des objections à faire; mais M. Civiale, qui connaissait parfaitement son illustre malade, employa un argument adapté à son caractère; il conduisit chez lui un malade atteint de la pierre, le fit coucher sur son propre lit et se mit à l'opérer. Dubois suivit attentivement tous les incidents de l'opération, puis, quand M. Civiale eut terminé : Je suis prêt, lui dit-il, et la première séance eut lieu le surlendemain.

Dubois, très discret pour sa part, aurait voulu cacher à tout le monde la maladie dont il était atteint, et surtout l'opération à laquelle il allait se soumettre; M. Civiale ne fut pas aussi discret; il en avait dit quelques mots, insistant surtout sur les bonnes conditions dans lesquelles se trouvait son malade. Dubois en fut informé, et il en fit quelques reproches, du reste fort gracieux, à son opérateur : « Je voulais, si je succombais, lui dit-il dans une lettre du 4 février 1829, que personne ne sût que vous m'eussiez touché; que si, au contraire, je me trouvai débarrassés, je voulais présenter la chose comme un miracle opéré par vous. »

Quelques courtes séances suffirent pour le débarrasser de sa pierre, et le 26 juin il écrivait à M. Civiale : « La fatigue que j'éprouve n'a pas du tout de rapport avec quoi que ce soit de corps étranger dans la vessie, et ma certitude va toujours croissant, à savoir, qu'il n'y a plus rien. »

Grâce à cette opération, Dubois put encore jouir pendant quelques années, sinon d'une santé parfaite, au moins d'une existence assez douce. Profitons-en, Messieurs, pour revenir en quelque sorte sur cette honorable carrière, et pour dire comment il a marqué son passage daos la science.

Pour donner une idée aussi exacte que possible des services que Dubois a rendus à la chirurgie, et de l'influence qu'il a exercée dans l'enseignement, je vais successivement le considérer comme professeur, comme médecin-consultant et comme opérateur.

Il y avait alors dans l'Ecole de Paris deux sortes de professeurs : les uns visant au talent oratoire, châtiés, diserts, éloquents même parfois, circonspects, polis et révérentieux envers leur auditoire; studieux, progressifs, et par cela même éminemment utiles; les autres qu'on aurait pu appeler des hommes primitifs, obéissant à leurs propres inspirations, nés d'eux-mêmes, quelquefois incultes, mais toujours originaux, peu soucieux de plaire, ayant toutes les familiarités de la force et du génie. C'est à cette dernière catégorie que Dubois appartenait; on y trouvait avec lui les Chaussier, les Desgenettes, les Boyer, les Pelletan, etc., et tant d'autres qui ont disparu de la carrière, mais dont le souvenir est impérissable.

Dubois, je l'ai déjà dit, chargé d'un service de clinique chirurgicale, avait enfin trouvé sa véritable voie. Chirurgien en chef de l'hospice de perfectionnement, il y faisait des leçons et y donnait des consultations qui attiraient un grand concours d'élèves.

Génie calme et reposé, jamais on ne le voyait chercher à produire ce qu'on appelle des effets oratoires. Rien de plus vigoureux et de plus simple que ses allocutions; sa phrase était nette et concise, sa pensée, étendue d'une manière pittoresque, frappait tous les esprits; une seule idée le préoccupait; il voulait être compris; de là un choix particulier d'expressions et de répétitions. Ce que, dans l'impression d'un livre, on marque en caractères italiques, il le faisait saillir en le répétant coup sur coup. Que, s'il lui échappait un mot nouveau, hybride ou même un peu barbare, je le maintiens, disait-il, car vous m'avez compris, et c'est là ce que je voulais.

Il laissait à d'autres l'ambition de charmer et d'étonner leurs auditeurs, la gloire de se faire admirer et d'arracher des applaudissements. Je ne sache pas qu'il ait été jamais applaudi. Son ambition, à lui, était de faire que la justesse et la clarté de ses expressions répondissent à la netteté et à la précision de ses idées. On sentait dans ses leçons une abondance vive et franche, un esprit ample, droit, et surtout solide.

Il avait la juste prétention d'*enseigner* et non de *discuter* et de *convaincre;* il en appelait à l'*autorité* de son expérience et de son jugement, non de sa parole ou de sa *dialectique*.

Rarement il donnait du développement à ses idées; il cherchait de préférence une phrase, un mot heureux, qu'il répétait mais ne commentait pas.

Bref, il avait toutes les qualités d'un professeur de clinique : un jugement rapide et sûr, une parole droite, concise et comme aphoristique.

J'arrive maintenant à ses *consultations publiques*. Dubois leur avait donné un caractère particulier. Avant lui, personne n'avait imaginé qu'on pût en faire un véritable enseignement clinique; on les considérait comme une œuvre purement philanthropique et hospitalière. Dubois, sans leur ôter ce caractère moral, en faisait l'objet de conférences pleines d'intérêt; il y mettait de la bonhomie en même temps que de la science, interpellant tour à tour les malades et les élèves; c'était une succession de scènes parfois plaisantes et toujours instructives. Procédant encore à la manière antique, c'est-à-dire par aphorismes ou par apophthegmes, il inculquait ainsi dans l'esprit de ses auditeurs des déductions toutes pratiques. Ne cherchant point d'ailleurs à les initier aux détours ou aux mystères de ses diagnostics, qui sait? peut-être n'aurait-il pu lui-même s'en rendre compte, étant de ces praticiens qui, du premier coup, mettent le doigt sur le mal sans trop savoir comment.

On a dit de lui que, pour se faire citer à l'instar d'un redoutable et infaillible oracle, il n'aurait pas craint de porter, en certain cas, le désespoir dans l'âme de ses malades. Ce fait est de toute fausseté; c'est le contraire qui est vrai. Il avait pour principe que, quand on ne peut pas guérir les malades, il faut les laisser dans l'erreur, il faut les tromper. Mais, lui objectait-on, comment promettre ce qu'on ne peut pas tenir, et se faire payer pour une guérison qu'on n'obtiendra pas? Eh! pourquoi, répliquait Dubois, irais-je décourager ces pauvres malades? Vous dites que je leur fais payer de fausses promesses; pas du tout, je leur ai vendu de l'espérance; trouvez-moi quelque chose de plus précieux!

Mais c'est comme *opérateur* que Dubois a remporté la palme de son art. On sait à quel degré de perfection il avait porté ce que j'appellerai l'intelligence et le manuel des opérations : nul de son temps ne l'a surpassé, je ne sais même si quelqu'un l'a égalé; il opérait non avec ostentation ou élégance, mais avec cette sûreté, cette aisance, cet aplomb que peuvent seules donner la justesse du coup d'œil, une longue expérience et enfin une certaine adresse innée.

Dans les sentiers douloureux et sanglants, sa main, armée d'un fer salutaire, n'allait jamais au delà de ce qui pour lui était mathématiquement tracé, et elle ne s'arrêtait jamais en deçà de ce que le mal exigeait. Il suivait invariablement cette ligne que dépasse trop souvent la témérité et que n'ose pas atteindre la timidité.

Une des plus remarquables tendances de ce grand opérateur était de simplifier les procédés et de se borner au plus petit nombre possible d'instruments; il avait une répugnance très grande pour tous les instruments mécaniques qu'on propose de substituer à l'action de la main. Aussi, quand on venait à lui parler de quelque nouveau perfectionnement apporté à un instrument, oh! s'écriait Dubois, c'est très ingénieux, mais la main! la main! la main!

C'était merveille de le voir, armé de son bistouri, pratiquer l'opération de la taille, opération si délicate, si hasardeuse, si pleine de dangers. Il était alors le seul chirurgien de Paris qui suivît le procédé de Chéselden, précisément parce qu'il l'avait ramené à la plus extrême simplicité.

Une fois son cathéter introduit et maintenu, il arrivait droit dans sa cannelure, en un second mouvement il incisait l'urètre; puis, faisant glisser la pointe du bistouri dans les rainures, il divisait le col de la vessie en bien moins de temps qu'il ne m'en faut ici pour le raconter. Le malade, n'ayant éprouvé en quelque sorte qu'une sensation, poussait à peine un cri de douleur; tandis que les spectateurs, émerveillés d'une telle adresse, poussaient un cri de surprise et d'admiration.

C'est que tout spectateur instruit savait à travers quelles difficultés l'opérateur avait dû marcher pour exécuter cette manœuvre hardie, rapide et brillante.

Quant à la lithotomie chez la femme, on connaît le procédé suivi par Dubois; sans doute, il avait pu lire dans Amb. Paré que le procédé n'était rien moins que nouveau, que c'était le procédé de Laurent Collot; mais qui ne sait ce qu'il faut d'efforts, de persévérance et d'autorité pour vulgariser des procédés utiles, des procédés qui resteraient éternellement ensevelis dans des livres si le génie chirurgical ne venait les réaliser dans l'exercice commun de l'art!

Dubois avait donc rendu cette opération *sienne* en en faisant chaque jour une habile et heureuse application, et c'est avec raison qu'on appelle encore aujourd'hui cette manière d'opérer le *procédé d'Ant. Dubois.*

J'en dirai autant de la réunion des plaies par *première intention* à la suite des grandes opérations, des amputations et ablations de tumeurs considérables; c'était un mode de pansement qui avait été consulté et appliqué avant lui; mais il a contribué plus que personne de son temps à l'introduire dans la pratique de la chirurgie.

J'ai parlé tout à l'heure de la tendance d'Ant. Dubois à simplifier les opérations : il en a donné de nouvelles preuves dans les modifications qu'il a apportées à l'opération de l'*anévrisme* et de la fistule à l'*anus*.

Dubois, l'un des premiers, avait substitué le procédé ancien de la ligature à celui de l'incision, préconisé et exclusivement employé par Boyer.

De même, pour l'opération de la fistule à l'anus, il lui suffisait d'une sonde cannelée et d'un bistouri boutonné courbe. Le gorgeret en bois employé par Boyer et par ses élèves était complétement abandonné par Dubois.

De même aussi, pour l'opération de la cataracte, c'est Dubois qui, l'un des premiers encore, a introduit dans la pratique française l'opération par le simple déplacement.

Dubois s'était beaucoup occupé des maladies des yeux; il avait pris le goût de cette étude dans une visite qu'il fit à Pavie et dans ses entretiens avec Scarpa, pour lequel il avait conservé une très grande estime et une vraie amitié.

J'ai déjà parlé de la remarquable indépendance d'esprit d'Ant. Dubois; j'aurais pu en trouver des preuves nombreuses aussi bien dans sa pratique que dans son enseignement : à une époque où toutes les formes des affections *syphilitiques* étaient soumises au même traitement et considérées comme également graves, Dubois professait des opinions qui n'était partagées que par un petit nombre d'esprits, et auxquelles cependant l'étude plus attentive de ces affections et des recherches nombreuses ont donné une sorte de consécration.

On peut dire qu'ici Dubois s'était placé en avant de son époque, et il en a été de même pour le traitement des *affections cancéreuses* au moyen de la pâte arsenicale du frère Côme. Dubois avait un double but en cautérisant ainsi après l'ablation du mal par l'instrument tranchant : il modifiait profondément les parties sur lesquelles l'application du caustique était faite, et il pénétrait beaucoup plus loin qu'avec l'instrument tranchant.

Ces idées ont été reproduites dans ces derniers temps et on leur a donné une grande importance, puisqu'on a prétendu que le caustique arsenical suffit seul à la destruction des tumeurs cancéreuses d'un médiocre volume.

Je suis obligé de m'arrêter ici, Messieurs, dans cette énumération, et cependant je sens qu'il y aurait justice à l'étendre plus loin. Dubois avait fait pénétrer ses idées et sa pratique dans tous les esprits par un travail opiniâtre de plus de quarante années : mais la source des progrès qu'il a fait faire à la science, déjà à peine évidente quand il professsait, s'est presque entièrement perdue depuis lui.

Que de choses n'aurais-je point à mentionner pour ce qui concerne l'art des accouchements, si les bornes de cet éloge me le permettaient! que d'idées pratiques aujourd'hui reconnues incontestables, et dont lui-même n'avait jamais cherché à prendre publiquement possession! Tous ces souvenirs sont à peu près perdus, sauf ce qui se rapporte au forceps, qui aujourd'hui encore peut être considéré comme réunissant les meilleures conditions au point de vue de sa structure et de son mécanisme, forceps imaginé par Dubois et qui porte son nom.

Après avoir fourni cette longue et laborieuse carrière, Dubois a passé ses derniers jours entouré d'une honorable et nombreuse famille, menant cette vie patriacale qui lui était si chère; ayant

plus que personne l'expérience du monde, ayant été aux prises avec la misère et ses cruels enseignements, Dubois aimait à y reporter ses souvenirs comme pour jouir du contraste et s'applaudir du chemin qu'il avait fait; il ne passait jamais sur le Pont-Neuf sans montrer au haut d'une maison la croisée d'une toute petite chambre où il avait donné des lectures à de pauvres écoliers.

Un jour il allait à Bicêtre rendre visite à un de nos collègues qui était entré dans sa famille. Arrivé à la barrière de Fontainebleau, ses yeux tombent sur la boutique d'un marchand de vins; il fait arrêter sa voiture, entre dans la maison et pénètre jusque dans une petite salle où se trouvaient attablés quelques pauvres jeunes gens encore tout poudreux du long voyage qu'ils venaient de faire. Dubois contemple un moment cette salle obscure; que de souvenirs il y retrouvait! C'était là que, plus d'un demi-siècle auparavant, il avait fait ses adieux à son premier compagnon de voyage, à ce brave roulier qui l'avait amené à Paris! Sa présence avait suspendu la conversation des jeunes gens; mais Dubois avait reconnu à leurs derniers mots, dits en patois, qu'ils étaient du Quercy, que c'était des compatriotes. Il leur demande avec intérêt ce qui les amène à Paris; ils venaient y chercher fortune comme tant d'autres. Eh bien! leur dit Dubois, moi aussi je suis du pays, comme vous j'étais sans fortune, j'avais fait la route à pied, je me suis arrêté dans cette même salle, assis peut-être à la table où vous êtes; puis j'ai travaillé, toujours travaillé; j'ai fait des économies; on dit que je suis devenu riche; peut-être avez-vous entendu parler de moi, on m'appelle le docteur Dubois. Faites comme moi, mes enfants, n'attendez rien que de votre travail, et vous réussirez. Ceci dit, Dubois leur donna sa bénédiction, paya leur écot et remonta en voiture.

Du reste, à cette époque de sa vie, Dubois devait se trouver heureux; il se voyait revivre avec une sorte d'orgueil dans un fils aussi modeste que distingué; son nom, continué dans l'Ecole et dans l'Académie par ce digne héritier, ne pouvait plus périr; il l'avait vu, avec une indicible satisfaction, conquérir, par son seul mérite, une haute position dans l'enseignement et dans la pratique.

Dubois n'avait plus rien à souhaiter; ses parents, ses amis seuls pouvaient encore avoir quelque chose à désirer, mais plutôt pour eux que pour lui: *qu'il vécut!* Mais vers le commencement de 1837, au mois de mars, il fut atteint d'une double pneumonie, à laquelle il succomba le 30 du même mois, dans sa quatre-vingt-unième année.

S'il est au monde un spectacle consolant et doux, a dit Vicq-d'Azyr, c'est sans doute celui d'une vie longue, paisible et respectée, que n'agitèrent point les passions et que n'aigrirent point les revers; telle a été, Messieurs, en grande partie du moins, la vie d'Ant. Dubois

N'ayant guère eu d'illusions, même dans ses jeunes années, il n'avait pas eu plus tard à les perdre; esprit juste, fin et sensé, il avait su mieux que personne arranger sa vie; ce qu'il y avait de plus remarquable en lui, c'était le bon sens, un bon sens probe, allant quelquefois jusqu'à la vulgarité, mais exprès et à dessein; estimant toutes choses à leur juste valeur, Dubois, même dans l'intimité, ne parlait que quand il avait quelque chose à dire et non pour parler; bien convaincu que, dans toute discussion, chacun finit par garder son opinion, il énonçait simplement la sienne et ne la soutenait pas; que si on le pressait, il n'avait qu'une réplique: J'ai dit, et il se taisait. Pourquoi, lui disait-on un jour, ne cherchez-vous pas à faire prévaloir votre opinion quand vous la croyez vraie et juste? « Parce que, répliquait-il, je sais d'avance que je ne réussirais pas: *qui vult desipi desipiatur!* »

Dubois, sauf quelques morceaux de peu d'étendue, n'a rien écrit; il semble qu'il ait voulu suivre l'avis que M. Joubert donnait aux professeurs de son temps, et qui était aussi celui que Lebrun donnait aux femmes: « Inspirez, leur disait-il, et n'écrivez pas! » Mais les professeurs, ajoutait M. Joubert, sont comme certaines femmes; ils veulent tous écrire, ils ne veulent pas ressembler aux muses.

Dubois a pu inspirer de bons livres, il ne voulut point en faire; quand on le pressait d'écrire, il répondait: « J'en sais trop et trop peu. » Il trouvait que des jeunes gens seuls peuvent avoir la prétention d'écrire des traités complets.

Mais il est temps, Messieurs, de m'arrêter dans cette appréciation du caractère d'Ant. Dubois; je vous ai parlé de ses talents, de son esprit, de son savoir; je vous ai entretenus de ses qualités morales; je vous ai montré qu'il avait le cœur bon et l'âme honnête.

Quant à sa personne, si vos souvenirs vous faisaient défaut, je vous dirai de contempler un moment avec moi cette physionomie mâle et sévère où respirent néanmoins la bonté et la franchise, ce grand œil bleu si profondément observateur, ce front calme et haut où se décèlent à la fois la fermeté, le sang-froid et l'esprit d'à-propos.

Les labeurs, les soucis, les anxiétés de la vie chirurgicale n'y avaient encore laissé aucune ride; c'était la sérénité du philosophe pratique.

Finesse, sagacité, lumineuse intelligence, voilà ce que révèle ce beau et simple portrait que la piété d'un fils a placé dans cette enceinte.

Addition à la séance de l'Académie des Sciences du 10 décembre.

Nous publions aujourd'hui, ainsi que nous l'avons annoncé, les conclusions que M. Pellarin a tirées des diverses communications qu'il a faites aux Académies relativement au choléra.

Suivant l'auteur, le choléra est engendré par *infection* et propagé par *contagion*.

Voici la série de déductions que l'auteur a tirées, tant de faits par lui observés que de ses recherches sur l'origine et la marche du choléra dans les divers pays où ce fléau s'est montré:

1° Le choléra est un empoisonnement produit par l'absorption d'un ou de plusieurs gaz délétères exhalés des matières animales en décomposition, spécialement de celles que renferment les fosses d'aisance.

2° L'agent d'empoisonnement cholérique se comporte de manière à faire croire qu'il pourrait bien être le gaz sulfhydrique et sa combinaison ammoniacale.

3° Dans l'épidémie que je viens d'observer à Givet, le choléra a toujours été contracté à la suite de l'une ou de l'autre de ces deux circonstances:

Fréquentation de latrines infectes;

Ou respiration de miasmes émanés des matières rejetées par les cholériques.

4° Il n'est pas nécessaire d'avoir déjà la diarrhée pour être atteint de choléra, si l'on s'expose, sans la protection d'un désinfectant qui les neutralise (le chlore, par exemple), aux influences qui engendrent ou qui transmettent l'affection cholérique.

5° La diarrhée ne constitue une prédisposition au choléra que parce qu'elle oblige d'aller fréquemment aux endroits où l'on respire l'air méphitique qui donne le choléra, et parce qu'elle rend l'absorption plus active chez les sujets qu'elle a débilités.

6° Le choléra ne voyage qu'avec et par les individus qui en ont pris le germe.

7° L'influence épidémique, en dehors des causes bien déterminées qui peuvent donner le choléra, est une hypothèse gratuite.

Cette influence ne se manifeste que là où se rencontre l'une ou l'autre des deux causes de choléra que j'ai signalées plus haut: matières animales en décomposition, ou émanations de cholériques.

8° L'influence épidémique ne doit s'entendre que de la disposition créée par la présence d'un certain nombre de malades dont chacun est susceptible de devenir, pour les personnes qui l'approchent, un foyer d'infection cholérique, c'est-à-dire un agent de transmission de la maladie: ce qui constitue la *contagion* proprement dite, de quelque manière que cette transmission se fasse.

9° Il faut repousser comme aussi peu fondée qu'effrayante l'idée de masses d'air empoisonné, de *nuages cholériques* qui circuleraient dans l'atmosphère promenant le fléau indien d'un bout à l'autre du globe.

10° Les conditions qui font naître le choléra, les circonstances à la faveur desquelles il se propage sont de nature à disparaître devant les efforts éclairés de l'homme. L'une de ces conditions paraît être l'usage où l'on est dans l'Inde, ce foyer d'origine des épidémies cholériques, de jeter les cadavres dans les eaux du fleuve.

11° En temps d'épidémies de choléra, la désinfection des fosses d'aisances et des matières rejetées par les cholériques, l'enfouissement immédiat de ces matières si c'est dans les campagnes, où la plupart des habitations n'ont pas de fosses d'aisance couvertes, voilà l'essentielle mesure de préservation à mettre en usage.

Le désinfectant par excellence est le chlore, qui, en présence du gaz sulfhydrique, s'empare de son hydrogène et met le soufre à nu. La dissolution de sulfate de fer (couperose verte), la chaux elle-même versée dans les fosses d'aisance préviennent le dégagement des gaz délétères.

12° L'empoisonnement cholérique porté à un certain degré est tout à fait incompatible avec la conservation de la vie.

13° L'intensité de l'attaque de choléra, en d'autres termes la rapidité, la violence des symptômes cholériques, la gravité du danger, la difficulté du rétablissement sont en raison de la quantité de gaz délétères absorbés et en raison *inverse* de la force de résistance du sujet.

14° Deux indications sont à remplir dans le traitement du choléra déclaré: 1° soutenir les forces vitales contre l'action du principe délétère qui tend à les détruire; 2° neutraliser autant que possible ce principe au sein de l'économie et en favoriser l'élimination.

A la première indication répondent les inspirations de vapeur d'éther (qu'on doit avoir soin de ne pas pousser jusqu'à produire le narcotisme), les boissons aromatiques, spiritueuses et opiacées, les frictions éfectantes, les applications de corps chauds, de sinapismes et de vésicatoires à la surface du corps.

Plusieurs de ces moyens agissent aussi dans le sens de la seconde indication, qui réclame en outre les inspirations du chlore, les lotions avec les chlorures, le renouvellement de l'air autour des cholériques, l'attention d'éloigner d'eux promptement leurs déjections ainsi que les linges et effets qui en sont souillés; enfin l'usage des boissons abondantes, et en particulier de l'eau pure, qui est souvent mieux supportée que tout autre liquide.

Il faut se défier des émissions sanguines et d'une diète trop prolongée après une attaque de choléra.

Dès que l'estomac les supporte, il convient de passer à l'usage des toniques, des préparations de quinquina spécialement, et de donner du vin, des bouillons fortifiants, en se guidant sur la tolérance des organes.

15° Bien loin qu'une première attaque du choléra mette à l'abri d'une seconde attaque, elle y prédispose au contraire.

16° L'usage modéré des spiritueux est tout à fait hygiénique en temps d'épidémie du choléra, surtout de la part des personnes qui approchent les malades.

17° Ce sera un des premiers devoirs de l'autorité, en présence d'une épidémie de choléra, d'établir, comme le voulait la commission médicale de 1831, des hôpitaux exclusivement affectés aux cholériques. Les latrines dans lesquelles seront jetées les matières provenant des cholériques devront être sévèrement interdites (1).

(1) Il est bien entendu que nous laissons à l'auteur toute la responsabilité de ces conclusions, sur lesquelles nos lecteurs connaissent d'avance notre opinion. (*Note du Rédacteur.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 5 décembre 1849. — Présidence de M. Deguise père.

Des tumeurs fibreuses interstitielles de l'utérus.

M. Maisonneuve ajoute quelques renseignements à l'observation qu'il a communiquée à la dernière séance sur l'ablation d'une tumeur fibreuse située dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'utérus. Cette opération, faite il y a trois jours, n'a été suivie d'aucun accident sérieux; quelques douleurs seulement se sont manifestées dans la région du flanc gauche, et elles ont cédé à une application de sangsues. Un écoulement utérin assez abondant et semblable aux lochies s'est effectué; la malade va bien, et la guérison paraît assurée.

Quant à la tumeur, M. Maisonneuve a surtout en vue de préciser par quelques détails ses caractères, son volume et son poids. Il rappelle d'abord comment il a saisi et fixé cette tumeur, dont deux morceaux ont été arrachés par l'érigne. Son décollement s'est fait avec assez de facilité, et sa division incomplète a permis de l'effiler pour ainsi dire à travers le col. Il indique ensuite, en principe, de ne faire la dissection de la dernière partie que lorsque l'utérus a été renversé, et cette dissection doit être pratiquée avec des ciseaux. Pour ce qui est de la réduction de l'utérus, elle s'opère assez facilement, avec la précaution de fléchir les jambes sur les cuisses et les cuisses sur le bassin. M. Maisonneuve n'a pas vu ainsi le renversement se reproduire.

M. Monod demande quelle était l'épaisseur de la tumeur.

M. Maisonneuve ne s'en rend pas bien compte. La tumeur avait été divisée en deux parties à peu près égales; et comme le col utérin offrait plus d'un pouce de long, de là la nécessité d'une incision aussi longue.

M. Maisonneuve rappelle qu'il a montré à la Société, dans une autre circonstance, une pièce pathologique assez curieuse: c'était une tumeur interstitielle encore en place, à laquelle il n'avait pas touché. On voit encore sur cette pièce le mode d'adhésion de la tumeur, et on comprend, d'après cette disposition, la manœuvre à exécuter. C'est, selon lui, une opération qui, bien régularisée, deviendra vulgaire et sans danger.

M. Larrey fait observer à M. Maisonneuve qu'il n'a point indiqué le volume et le poids de la tumeur, comme il se l'était proposé, d'autant que ces indications sont utiles à connaître.

M. Maisonneuve a omis, en effet, de communiquer ces renseignements dont il n'a pas gardé un souvenir précis; mais il fournira une note exacte à cet égard.

M. Michon n'a pas compris pourquoi la tumeur ne s'était point rapprochée de la face interne de l'utérus. Il en a vu, pour lui, un certain nombre autrefois dans le service de Dupuytren à l'Hôtel-Dieu, et depuis chez M. Récamier, avec M. Amussat aussi, et il a reconnu que ces tumeurs tendent à faire saillie dans la cavité utérine.

M. Maisonneuve donne la raison qui lui a démontré que la tumeur était interstitielle: c'est que les tumeurs interstitielles de l'utérus déterminent, dans les dimensions de la cavité de cet organe, des modifications qui varient suivant que le corps fibreux est très rapproché de la surface externe ou de la surface interne de l'organe. Dans le premier cas, la cavité utérine est peu agrandie, la tumeur fait une bosselure considérable à l'extérieur, il n'y a ni hémorrhagies, ni douleurs violentes, ni contractions en général; tandis que tous ces phénomènes existent quand la tumeur est rapprochée d'un point de la cavité de l'utérus. Elle a de la tendance alors à faire une saillie interne, jusqu'à s'isoler, sous forme de polype. Si, enfin, la tumeur ne forme pas plus de saillie en dehors qu'en dedans, elle tient le milieu, dans ce cas, entre les deux formes précédentes.

M. R. Marjolin demande, comme M. Michon, quelques renseignements sur la situation de la tumeur; et malgré les deux premiers succès que M. Maisonneuve a obtenus avant cette troisième opération, il ne croit pas aux résultats heureux promis par lui d'une manière générale. Il considère l'opération comme ne pouvant être régularisée, parce que le siége de la tumeur est indéterminé et parce que son développement est variable. Si ce développement se fait à la fois en dedans et en dehors, l'opération devient dangereuse, et elle doit l'être surtout au voisinage du péritoine. Toutes les fois, enfin, que les limites de la tumeur resteront indéterminées, l'opération sera toujours difficile et chanceuse. Telle est la conclusion vraie, quoique M. Maisonneuve soit en voie d'un troisième succès. A quels signes, encore une fois, peut-il reconnaître exactement le siége et les rapports de la tumeur?

M. Maisonneuve expose par un dessin au tableau comment les connexions de la tumeur avec l'utérus peuvent être appréciées, et il rappelle en partie l'explication qu'il a donnée déjà; si, en définitive, la tumeur se trouve rapprochée de la paroi péritonéale, la cavité aura peu changé; si, au contraire, la tumeur est plus saillante vers la paroi utérine, ses caractères seront évidemment plus prononcés; si, enfin, la tumeur est à égale distance des deux parois, l'utérus présentera un volume uniforme. Quant à l'opération, M. Maisonneuve avait vu faire des tentatives d'extirpation avant de la pratiquer lui-même pour la première fois, mais il avait constaté que ces tentatives étaient devenues mortelles. Ainsi, après avoir observé bon nombre de ces cas malheureux dans la pratique de M. Récamier, il a même vu quelquefois l'opération commencée rester inachevée, soit en raison du volume et du siége de la tumeur, soit en raison de l'insuffisance du procédé mis en usage dans ces différents cas. C'est pourquoi M. Maisonneuve a pensé qu'il serait possible de venir à bout de l'opération une fois commencée; afin d'y réussir, il a renversé l'utérus dans les trois cas qui lui sont propres et facilité ainsi l'extirpation.

M. Marjolin demande à M. Maisonneuve comment il s'y prendrait si la tumeur se trouvait située au sommet de l'utérus.

M. Maisonneuve avoue qu'il n'y toucherait pas s'il ne trouvait ni allongement ni élargissement de la cavité utérine.

M. Huguier démontre les difficultés pratiques de la question. « En effet, dit-il, pour les tumeurs développées dans l'épaisseur des parois de l'utérus, le point de diagnostic le plus difficile n'est pas de déterminer quelle est l'épaisseur du tissu utérin qui couvre la face interne ou utérine de la tumeur, mais bien de savoir si la tumeur est un corps fibreux énucléable, ou une tumeur formée soit par le tissu propre de l'utérus seul, soit par des kystes et des masses fibreuses multiples séparées les unes des autres par des fibres utérines renfermant elles-mêmes beaucoup de vaisseaux et s'opposant ainsi à l'énucléation; de là, en un mot, un obstacle insurmontable pour l'opération. »

M. Loir, ajoute M. Huguier, a présenté à la Société un exemple frappant de l'une de ces tumeurs qui offrent au diagnostic l'apparence de tumeurs fibreuses et qui ne peuvent être bien appréciées qu'après la dissection. Les tentatives

d'extirpation deviennent dans ces cas-là inutiles ou dangereuses, et l'énucléation n'est pas plus praticable. Ce qu'il convient de faire, c'est de dédoubler, de dérouler, pour ainsi dire, ces sortes de tumeurs.

Ce n'est pas tout : M. Huguier apportera dans une prochaine séance un dessin fait d'après une observation du service de M. Robert, qui lui fit examiner la malade. M. Huguier, en la touchant, constata l'existence d'une tumeur volumineuse et conseilla de ne pas l'extirper.

Mais M. Robert appela M. Récamier en consultation, et, d'après ses avis, il tenta l'opération, dans laquelle il fut aidé par M. Huguier lui-même. Les tractions exercées pour enlever cette tumeur furent sans effet, et la malade mourut deux jours après de péritonite. L'autopsie démontra que la tumeur était formée par l'épaisseur des parois utérines et composée aussi d'agglomérations fibreuses multiples.

Si, comme le dit M. Maisonneuve, on a la certitude qu'il s'agit d'un corps fibreux, il est rationnel d'en tenter l'ablation; il peut être même facile de l'énucléer, comme M. Maisonneuve aussi l'a fait, et ce qu'il a cru trouver à cet égard doit être accepté par la Société.

M. Deguise fils fait observer que M. Maisonneuve n'a pas répondu à la question de M. Monod, et que cependant il lui était facile d'y répondre. M. Monod a demandé quel était le degré d'épaisseur du tissu utérin au-devant de la tumeur interstitielle qui a été extirpée. « Si M. Maisonneuve eût opéré en laissant l'utérus en place, dit M. Deguise, je comprendrais qu'il lui eût été impossible de donner une idée exacte de l'épaisseur des fibres utérines qui recouvraient le corps fibreux du côté de la cavité utérine. Mais M. Maisonneuve nous a dit qu'il avait pratiqué le renversement de la matrice au point de l'amener entre les cuisses de la malade, et il a insisté sur l'avantage qu'il y avait à opérer ce renversement pour faciliter la dissection de ce genre de tumeur. Il aurait dû dès lors apprécier parfaitement l'épaisseur des parois utérines, puisqu'il a eu sous les yeux la cavité ou l'espèce de coque qui renfermait le corps fibreux.

M. Maisonneuve reconnaît n'avoir pas fait cette exploration, telle que l'indique M. Deguise; mais il ne négligera pas de la faire à la prochaine occasion.

M. Vidal, dans la dernière séance, a examiné la question sous deux points de vue:

1° Il a apprécié les difficultés d'exécution touchant le manuel opératoire appliqué aux extirpations des grosses tumeurs fibreuses de l'utérus. « Ces difficultés, dit-il, sont certainement amoindries par l'habileté d'un chirurgien comme M. Maisonneuve; mais elles feront qu'il sera difficile de régulariser l'opération, comme le prétend ce chirurgien. »

2° M. Vidal a craint les dangers de cette opération, et M. Maisonneuve, dit-il, « a répondu par ses succès; mais aujourd'hui ce chirurgien, dans la discussion qui s'est ouverte sur ce sujet, avance que toutes les opérations qui ont été tentées avant lui, et qui d'abord n'ont pas été terminées; que toutes celles qui ont été faites en plusieurs temps ont été mortelles. » Comme M. Vidal a le souvenir de certaines observations de guérison après ces opérations, il fixe l'attention de la Société sur ce qu'avance ici M. Maisonneuve, comme preuve que les opérations pratiquées sur la matrice peuvent être très dangereuses.

En somme, M. Vidal partage à cet égard les appréhensions de plusieurs de ses collègues, et il soutient notamment l'objection soulevée par M. Marjolin.

M. Giraldès fait remarquer d'abord à M. Maisonneuve qu'on ne pourrait admettre le développement de phlegmons diffus de l'utérus, à la suite de l'ablation des tumeurs fibreuses. En effet, ce genre d'inflammation ne se produit que dans les points où il existe du tissu cellulaire, et cet élément anatomique manque dans le tissu utérin.

M. Giraldès dit ensuite qu'il parlait seulement des corps fibreux de l'utérus; que le sommet de l'organe en présentait aussi, et que la science possédait des observations de corps fibreux du sommet développés du côté de la cavité, déterminant par leur présence des accidents graves, et qu'il eût été difficile d'atteindre par le procédé de M. Maisonneuve.

M. Giraldès ajoute que, malgré les succès obtenus jusqu'à ce jour par M. Maisonneuve, on ne pouvait rien augurer de la valeur de cette opération.

Il rappelle enfin que l'ovariotomie a, vers son origine, été suivie de succès, tandis que plus tard les accidents et les revers démontrèrent que cette opération était une mauvaise chose. On peut donc soutenir l'objection sérieuse reproduite par M. Vidal sur l'extirpation des tumeurs fibreuses interstitielles de l'utérus, et n'agir ainsi que si l'on a des dangers à craindre pour la malade.

M. Maisonneuve répondra succinctement à chacune des objections qui lui ont été adressées. Il ne conteste pas d'abord que certains corps fibreux ne soient inattaquable, par le chirurgien, et il le reconnaît, oui sans doute, combien il importe d'apprécier les cas. En est-il qui offrent des chances suffisantes de réussir? A cette question posée par lui-même, il n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Ainsi, lorsque la tumeur est globuleuse, et que la cavité utérine se trouve par elle allongée, agrandie, en même temps que des hémorrhagies, des douleurs, et divers accidents sont à craindre, il y a alors possibilité d'obtenir l'énucléation de cette tumeur, et il faut la tenter. M. Maisonneuve n'a jamais eu, il le déclare, la prétention d'opérer tous les cas. Voilà ce qu'il voulait répondre à M. Giraldès.

Il répond ensuite à M. Vidal, au sujet de certaines tumeurs, qu'il en a vu de fibreuses dans des conditions favorables à une opération. Il rappelle qu'il a connaissance de sept ou huit tentatives d'extirpation ou d'énucléation, comme M. Amussat y a eu recours deux fois pour des tumeurs situées près du col. Dans tous les autres cas, répète M. Maisonneuve, les malades sont mortes.

Dans d'autres cas encore, des tumeurs molles ont été incisées dans leur épaisseur, râclées, pour ainsi dire rabotées à leur surface; et, bien que le spectacle de ces opérations soit triste, on doit en convenir, M. Maisonneuve a vu cependant trois succès obtenus ainsi: le premier par M. Récamier, le second par M. Nélaton et par lui, le troisième par lui seul.

M. Maisonneuve enfin rappelle les cas désignés par lui, et l'opération qui lui appartient. Voilà ce qu'il a vu; voilà ce qu'il voulait dire.

— M. Giraldès comptait présenter à la Société une lettre et une thèse de M. Gubler sur les *glandes de Méry* (vulgairement glandes de Cowper) *et leurs maladies chez l'homme;* mais ayant oublié chez lui cet envoi, il l'apportera à la prochaine séance, et désire seulement qu'il en soit fait mention au procès-verbal.

— M. Larrey rendra compte, à la première occasion, de l'opération de grenouillette qu'il a pratiquée depuis la dernière séance, chez le malade dont il a parlé à la Société.

Nouvelles applications des serres-fines.

M. Vidal présente une série de *serres-fines* qu'il classe par numéros, depuis le n° 1 jusqu'au n° 6; c'est-à-dire depuis la plus petite jusqu'à la plus grande de ces pinces-airignes, dont on pourrait, du reste, augmenter les proportions. Les plus petites peuvent être employées pour réunir des plaies à bords très minces, comme les plaies du prépuce; et les autres, à mesure qu'elles sont plus fortes, sont applicables à la réunion de plaies de la face, des divisions des paupières, du bec-de-lièvre, de la fente du voile du palais, des déchirures du périnée, comme l'a fait M. Danyau, etc.

M. Vidal a déjà fait part à la Société de la réunion très prompte d'une plaie de la région temporale à la suite de l'extirpation d'une tumeur érectile. Il communique aujourd'hui un fait plus important, c'est la réunion en vingt-quatre heures d'une plaie de 12 centimètres d'étendue, résultant de l'ablation d'une tumeur squirrheuse du sein. Un seul point de la plaie n'a pas été réuni, parce qu'il livre passage au fil d'une ligature. Une grande serre-fine de sûreté a été placée au centre de la plaie, dont le reste a été réuni par des serres-fines plus petites.

Ces instruments ont été perfectionnés par M. Luër.

M. Larrey rappelle qu'il a déjà essayé de faire quelques applications utiles des serres-fines de M. Vidal, et il annonce que tout récemment encore, au Gros-Caillou, après avoir enlevé un kyste fibreux situé sur la face dorsale du pied, il a réuni la plaie résultant de l'incision à l'aide de quatre serres-fines, en ayant soin de prévenir les accidents inflammatoires par une irrigation froide et par la position du membre. La cicatrisation, commencée quelques heures après l'opération, était complète à la visite du lendemain, et le malade sortait de l'hôpital trois jours après.

M. Vidal joindra ce fait à ceux qu'il a recueillis déjà sur l'emploi des serres-fines, et il se propose de substituer ces petites pinces unissantes à plusieurs espèces de sutures.

— La Société était appelée à voter, dans la séance de ce jour, sur la candidature de M. Amédée Forget; mais l'absence de plusieurs membres, retenus à la Faculté pour le concours de médecine opératoire, nécessite le renvoi de cette élection à la prochaine séance.

H. L.

Institution de cours publics d'hygiène, de physique et de chimie populaires.

D'après l'insistance de nos honorables confrères du conseil général de la Seine, et en particulier de M. le docteur Thierry, ce conseil a émis, dans sa dernière session, le vœu que des cours d'hygiène, de chimie et de physique élémentaires soient faits dans les différents arrondissements du département; il a renouvelé le vœu émis dans les années 1847 et 1848 pour qu'un cours d'hygiène publique appliquée aux ouvriers des différentes industries soit fait au Conservatoire des Arts et Métiers de Paris.

L'hygiène est appelée à rendre de grands services en préservant la société des maladies; par des soins de tous les jours, on pourrait arriver à un heureux résultat, et détruire parmi les ouvriers ces fatales erreurs populaires qui font tant de victimes; car on ne peut se dissimuler que la routine n'exerce un grand empire sur les ouvriers des différentes professions, qui ne veulent pas croire que la science puisse détourner les accidents déterminés par la nature même de leurs travaux.

Nous avons appris que l'Académie royale de Médecine de Belgique venait d'envoyer le titre de membre correspondant à M. le docteur Jobert (de Lamballe), chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris. La juste célébrité de l'habile chirurgien le rendait éminemment digne d'une telle distinction, qui honore à la fois le membre qui la reçoit et le corps qui la donne.

La *Société allemande des Médecins et Naturalistes*, à Paris, célèbre son jour anniversaire par une séance scientifique extraordinaire *samedi*, *le 15 décembre*, *à cinq heures du soir*, dans son local de réunion, 32, rue Hautefeuille.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 18 DECEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 147.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 17 DÉCEMBRE 1849.

Le choléra à Lyon.

Les nouvelles de Lyon continuent à être rassurantes. Voici ce que nous écrit notre savant confrère M. Gensoul :

Je vous ai écrit avant-hier à la hâte et sous l'impression des premiers faits observés. Aujourd'hui je dois ajouter qu'indépendamment des quatre infirmiers qui ont succombé après l'entrée des deux premiers cholériques, sept autres ont été atteints.

Les nouveaux militaires qui ont été admis à l'hôpital sont à peu près tous des hommes évacués de l'hôpital quelques jours après l'invasion cholérique.

Depuis deux jours on met en usage la solution de sulfate de fer avec un peu de charbon végétal que l'on jette dans les bassins et les chaises. On place en outre entre les cuisses des malades à l'agonie des éponges trempées dans la solution de sulfate de fer et saupoudrées de charbon. La désinfection est ainsi immédiate.

Je n'ai pas l'absurde prétention d'empêcher par un moyen aussi simple le développement du choléra, que les émanations miasmatiques ont poussé dans nos contrées ; mais j'espère diminuer le nombre des victimes en prévenant l'infection. L'expérience seule, bien faite, prouvera si je m'abuse et si le nombre des cas par infection n'est pas plus considérable que celui des développements spontanés.

Il importe de continuer la désinfection même pendant la convalescence.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT.

Sarcocèle. — Opération par un nouveau procédé imaginé par M. Jobert, et auquel ce chirurgien donne le nom de procédé en coquille.

Nous allons pratiquer aujonrd'hui une opération par un procédé dont je désire vous entretenir un instant, et dont vous apprécierez bientôt, je l'espère, les résultats avantageux. Quelques mots d'abord sur le malade.

Cet homme, nommé Leclerc, âgé de trente-sept ans, faisant depuis quelque temps l'état de fileur, est entré à l'Hôtel-Dieu le 12 novembre 1849. Pendant longtemps il a été marchand ambulant et parcourait la campagne avec une petite voiture. Il est né de parents qui n'ont jamais eu d'affections cancéreuses ni aucune maladie qui soit digne d'être notée. Suivant lui, ils ont succombé à des coups de sang.

Leclerc, jusqu'en 1843, s'est bien porté, et rien chez lui n'annonçait l'affection pour laquelle il est venu se faire soigner à l'Hôtel-Dieu. Autrefois ce malade avait de l'embonpoint, et il nous affirme que ce n'est que depuis l'apparition de sa maladie qu'il a commencé à maigrir.

Il a vu le testicule gauche se gonfler il y a environ trois ans et demi. Leclerc pense que l'origine de cette maladie est due aux froissements multipliés qui avaient lieu lorsqu'il montait dans sa voiture. Ce malade dit n'avoir jamais eu aucune affection syphilitique. L'examen de la poitrine ne permet de constater aucun phénomène anormal.

Le malade nous a raconté que la tumeur avait commencé par la partie postérieure et inférieure du scrotum; elle s'est accrue par degrés, et a mis assez de lenteur dans son développement pour que le malade ne s'en occupât pas. Un médecin de province conseilla contre cette affection des bains, un suspensoir et des frictions avec l'iodure de plomb.

Leclerc, ne trouvant aucun changement dans son état, se décida à venir à Paris, où il demeura pendant quelque temps sans entrer dans un hôpital.

Quoique le malade n'éprouvât pas de douleurs spontanées dans la région scrotale, il se trouva cependant dans la nécessité de réclamer nos soins à cause du poids incommode que lui faisait éprouver la tumeur, de l'affaiblissement général qui allait toujours croissant et de l'état de dépérissement qui ne faisait qu'augmenter.

Voici quel était l'état du malade lorsqu'il entra à l'Hôtel-Dieu : 1° Nous constatons un état d'amaigrissement remarquable; le malade aurait, dit-il, perdu plus de cinquante livres de son poids; 2° un affaiblissement marqué de l'innervation; 3° des tiraillements dans le cordon qui se prolongent dans la cavité abdominale; 4° une tumeur dure, irrégulièrement bosselée, fluctuante par endroits, plus lourde que ne semble le comporter son volume; elle a 0,30 centimètres de circonférence verticale, et 0,25 centimètres de circonférence horizontale. Cette tumeur a son siége dans le côté gauche du scrotum, et appartient bien au testicule. Des veines dilatées rampent sous la peau et se dirigent dans différents sens. Cette membrane n'est d'ailleurs ni altérée, ni adhérente. 5° Le raphé a changé de place et occupe en grande partie le centre de la tumeur, qu'il semble parcourir de haut en bas ; 6° le testicule droit est sain, et est situé sur un des côtés de la tumeur, comme s'il n'en était qu'un appendice ; 7° la peau de la verge sert en grande partie à recouvrir la tumeur.

La figure suivante donne une idée générale de la tumeur.



Le malade nous dit n'avoir pas cessé d'éprouver des désirs vénériens ; ils paraissent avoir seulement diminué. La sécrétion spermatique continue à se faire. Une chose digne d'être notée, c'est que le malade paraît avoir été assez porté à l'amour dans le courant de sa vie. C'est un homme qui a eu quatre enfants qui se portent bien. 8° Les fonctions digestives s'exécutent librement.

A quelle maladie avons-nous affaire ? Telle est la première question que nous devons nous adresser. Quoiqu'on ait commis bien des fois de graves erreurs dans des cas semblables, il ne nous semble pas qu'on puisse se méprendre ici, pourvu qu'on prête à l'examen de la maladie une attention suffisante. Cette maladie ne peut être, en effet, qu'une des cinq suivantes :

1° Un hydrocèle avec épaississement et dégénérescence de la tunique vaginale;
2° Un engorgement syphilitique ;
3° Un engorgement tuberculeux ;
4° Une affection kystique du testicule ;
5° Enfin, un sarcocèle.

Chez notre malade, on n'observe aucune transparence dans la tumeur ; mais on sait que l'absence de transparence, même quand elle coïncide avec la rénitence et la dureté de la tumeur, comme c'est ici le cas, peut conduire à un diagnostic faux, si l'on n'introduit pas dans la tumeur une aiguille à acupuncture ou un mince trocart explorateur. Ce genre d'exploration lève tous les doutes.

C'est celui que nous avons employé sur notre malade. Cette ponction nous a bientôt convaincu, par l'absence de liberté de l'aiguille, qui ne pouvait se porter librement dans aucun sens, que nous avions affaire à une tumeur solide. Il ne s'agit donc ni de kyste, ni d'une hydrocèle.

La tumeur n'est pas de nature syphilitique ; car elle est bosselée, et ordinairement le testicule vénérien est lisse. D'ailleurs, le malade déclare qu'il n'a jamais eu ni écoulement, ni chancre.

L'absence de tout symptôme de phthisie pulmonaire, l'absence de ces engorgements en chapelet siégeant sur le cordon, les antécédents non scrofuleux du malade doivent faire repousser l'idée d'un engorgement tuberculeux.

Tout semble donc indiquer une affection cancéreuse du testicule ; à quelle [illegible] appartient la tumeur ? Si nous considérons qu'il a existé des douleurs vives qui remontaient le long du cordon et qui fatiguaient le malade ; que le développement de la tumeur a été rapide dans ces derniers temps ; qu'elle offre des points alternativement durs et fluctuants, nous devons croire que nous avons affaire à une dégénérescence encéphaloïde.

Si nous ajoutons à ces considérations l'inutilité de tous les traitements tentés jusqu'à ce jour, nous resterons convaincus aussi qu'il n'y a d'autre ressource que l'ablation de la tumeur, quoique le cordon soit légèrement engorgé. On a vu plus d'une fois cet engorgement subinflammatoire disparaître après l'opération.

Quel procédé choisirons-nous pour opérer ?

Nous devons donc chercher à conserver la totalité de la peau du scrotum.

Dans ce but, on a cherché à obtenir l'atrophie ou la gangrène de l'organe malade, en agissant seulement sur le cordon ou sur l'artère spermatique.

Pouteau avait deux fois pratiqué la ligature du cordon en mettant celui-ci à découvert par une simple incision. Ces deux opérations furent suivies de la gangrène du testicule. Chez l'un des malades, l'organe gangrené s'échappa par une ouverture faite spontanément à la partie inférieure du scrotum ; et chez le second, la mort survint avant que l'élimination des parties gangrenées fût complète.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Une conspiration pharmaceutique.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Je ne vous ferai pas l'injure de vous demander si vous vous rappelez les conspirations ourdies contre l'innocent et scrupuleux don Basile et contre ce bon M. de Pourceaugnac : ce sont celles qu'on oublie moins encore que celle de Brutus ou du citoyen Fieschi. Mais il en est une que vous ignorez peut-être encore, et qui est bien plus redoutable que celle de ces deux hommes célèbres, autant par les nombreux et venimeux instruments qui la servent que par l'habileté perfide de ceux qui la conduisent. Ce nouveau Scylla n'est autre qu'un honorable pharmacien très connu dans son quartier et qui voudrait bien ne l'être pas moins de la postérité; vous allez voir s'il a pris le bon moyen. Cependant je suis heureux de proclamer que, s'il a le profit de l'entreprise qu'il tente, il n'a pas l'honneur d'en avoir conçu l'idée : elle appartient à un honorable confrère qui, entre autres inventions, a imaginé les bateaux sous-marins, innovation ingénieuse non moins qu'hygiénique, qui permet aux navigateurs de voyager sous l'eau et qui leur évite ainsi le désagrément de se mouiller les pieds et de gagner des rhumes de cerveau. Rien d'étonnant qu'un cerveau de cette ingéniosité eût conçu le projet d'intéresser dans une vaste entreprise, dont il serait le chef et le caissier, la fraction la plus importante de la population parisienne, c'est-à-dire la puissante légion des portiers. Mais autre chose est d'inventer et d'exécuter, et, il faut bien le reconnaître, si nous sommes forts pour l'invention, nous n'excellons pas toujours dans l'exécution ; pour celle-ci, à nos confrères les pharmaciens la palme du *zing-boum*. Donc c'est à un pharmacien que reviendra probablement, pour le commun des martyrs, la gloire de l'entreprise conçue par un autre : ainsi Christophe Colomb a-t-il vu sa découverte lui être presque entièrement ravie par un aventurier qui avait pour tout mérite d'être un audacieux plagiaire.

Avec toutes ces comparaisons et explications, je n'arrive pas vite à la grande conspiration que je vous ai promise ; ne vous impatientez pas, m'y voici :

Quelques amis m'ont fait, je ne sais trop pourquoi, une toute petite réputation de médecin-légiste ; sur la foi de cette réputation, bien peu justifiée, je l'avoue, l'un d'eux m'envoya un de ses clients pour me consulter sur une affaire qu'il me raconta en ces termes :

— L'autre jour (c'est mon client qui parle), descendant de ma chambre, je me trouve nez à nez avec mon portier; aussitôt je le vois reculer d'étonnement.

— Ah! monsieur, s'écrie-t-il, que vous est-il donc arrivé? Quelle figure je vous vois!

— Comment! quelle figure? Est-ce que je me serais barbouillé de noir en m'essuyant le visage?

— Il s'agit bien de cela, monsieur! tout au contraire, vous êtes pâle comme un mort!

— C'est que probablement j'aurai eu quelque rêve pénible. (Notez que j'avais parfaitement dormi, et que le trouble où m'avait jeté la malencontreuse exclamation de mon Cerbère m'avait seul fait balbutier ces mots sans trop savoir ce que je disais.)

— Du tout, monsieur; ce n'est pas là la pâleur de la fatigue ; je m'y connais ; ma mère était garde-malade, et vous avez besoin d'être gardé.

— Monsieur le por... le concierge veut rire ce matin ; malheureusement je n'en ai point le temps. Je me porte parfaitement bien, et je m'en vais de ce pas à mon bureau.

— Du tout, du tout, monsieur! je ne vous laisserai point sortir, encore moins mourir ainsi ; vous allez rester, et c'est moi qui vais sortir pour vous aller chercher des *pirules de quiline*.

— Laissez-moi donc tranquille, avec vos pirules et votre quiline ; j'ai dit que j'allais à mon bureau et j'y vais. Ces paroles bien prononcées, je partis comme un trait. Mais, tout le long de la route, la fatale exclamation du portier me revenait sans cesse à l'idée ; je me tâtais dans tous les sens; il me semblait que j'étais parfaitement sain, sauf peut-être quelques grouillements d'entrailles qui, après mûres réflexions, me parurent sans importance.

Je rentre donc le soir à peu près complétement rassuré, lorsque je rencontre encore ce même portier, qui s'écrie en me voyant :

— Ah! pour le coup, monsieur, vous ne le nierez pas, vous êtes malade et bien malade. Ah! c'est bien votre faute ; si vous m'aviez cru ce matin, vous ne seriez pas dans cet état. Montez chez vous, tenez-vous chaudement, et je vais vous chercher une bouteille d'eau de *Séglis*.

— Je vous prie, monsieur le portier, de ne pas continuer davantage cette plaisanterie ; quoique je sois moins jovial que vous, je n'en suis pas plus malade. Ayez l'extrême obligeance de me laisser circuler librement.

— Je m'intéresse trop à la santé de monsieur pour tenir compte

M. Maunoir avait songé à la ligature de l'artère spermatique.

J'ai pratiqué cette ligature une fois à l'hôpital Saint-Louis : une simple incision, faite suivant la longueur du cordon, permit d'isoler l'artère spermatique et de la lier sans aucune difficulté. La ligature fut suivie de la gangrène du testicule. Le malade succomba à cette gangrène et à la fonte putride qui en fut la conséquence.

L'artère spermatique liée offrait le double de son volume ordinaire.

Lorsqu'on fait la ligature de l'artère spermatique, on comprend qu'il est difficile d'atrophier seulement le testicule, et que la gangrène par conséquent doit suivre une semblable opération, les moyens de nutrition fournis par une autre voie étant trop peu considérables pour que la vie s'entretienne.

Cette opération simple est donc grave par elle-même, puisqu'elle ne procure pas les avantages qu'on en attend et qu'elle détermine de graves accidents.

Jamais la castration ne produit de semblables effets.

Je crois cependant que l'amputation ordinaire doit être repoussée dans ce cas, attendu que la peau est saine, et qu'après l'ablation de l'organe il n'y aurait pas une trop grande quantité de tégument pour tenter la réunion immédiate.

L'extirpation du testicule, telle qu'on la pratique habituellement, consiste, comme on le sait, à mettre cet organe à découvert par une incision faite suivant la longueur de la tumeur, à isoler celle-ci, à lier le cordon et à panser la plaie qui résulte de cette ablation.

L'incision longitudinale à la partie antérieure de la tumeur comprend toute l'étendue du mal ; on dissèque ensuite à droite et à gauche de manière à isoler dans tous les sens le sarcocèle.

L'isolement de la tumeur par ce procédé s'obtient en un temps assez court ; mais il en résulte une cavité profonde au milieu de laquelle les liquides peuvent s'accumuler, et qui permet rarement la réunion immédiate.

C'est pour prévenir toute difformité après l'opération, et pour s'opposer à l'infiltration et à l'amas des liquides au fond de la poche, que Hamont avait proposé d'attaquer la tumeur par sa partie postérieure et inférieure. J'ai pratiqué ce procédé, et je crois qu'il est inférieur au précédent.

Tous ces inconvénients et l'absence constante de réunions m'ont donné l'idée de substituer à ces procédés celui que j'ai désigné sous le nom de procédé *en coquille* ou *en valves*.

Ce pocédé ne peut varier que pour l'étendue de l'incision, qui est demi-circulaire. L'étendue du demi-cercle ou de l'incision est donc en rapport avec le volume de la tumeur.

Le bistouri, tenu comme une plume à écrire, est plongé à la partie inférieure du canal inguinal et promené de haut en bas le long du côté externe et antérieur de la tumeur jusqu'à sa base, où il se recourbe pour gagner le côté interne et remonter vers l'anneau, sans se prolonger jusqu'à celui-ci, s'arrêtant par conséquent en chemin sur les côtés de la verge.

Les lèvres de la plaie s'écartent presque d'elles-mêmes, et il suffit de promener le bistouri sous le lambeau antérieur du bord, puis sous le lambeau postérieur, pour avoir isolé avec une rapidité incroyable toute la tumeur. Les vaisseaux peuvent être liés à mesure qu'ils sont ouverts.

Reste ensuite à faire la section du cordon et à pratiquer la ligature que je ne fais jamais en totalité, mais bien par petites sections, afin de pouvoir lier isolément chacune des artères qui se présentent au bistouri. Cette manière de faire permet d'éviter le conduit déférent et de lier un très petit nombre de nerfs.

Jamais je n'ai vu le cordon se rétracter après sa section, ce qui me fait penser que ce que disent les chirurgiens là-dessus n'était pas très fondé. J'ai vu M. le professeur Richerand et M. Murat lier le cordon en totalité avant sa section, dans la crainte qu'il ne se retirât du côté de l'abdomen. Encore une fois, on pourra s'assurer par l'opération que je vais pratiquer que rien de semblable n'a lieu.

Quoiqu'on ait prétendu le contraire, la ligature séparée des artères détermine peu de douleurs, et la constriction totale en détermine de violentes : c'est ce que l'opération que nous allons faire démontrera encore dans un point de la question.

Ce procédé permettra, comme on le verra, aux deux lambeaux de s'appliquer l'un sur l'autre saus efforts, et les deux surfaces saignantes s'adapteront à merveille sans qu'il existe la moindre cavité. Le chirurgien peut se dispenser d'exercer aucun effort pour empêcher l'infiltration des liquides. Il résulte de cette disposition que la réunion immédiate peut être facilement tentée et même obtenue, et on sait que jusqu'à présent les chirurgiens l'avaient abandonnée après l'opération de la castration. D'ailleurs les fils, au lieu d'être placés au milieu du scrotum, comme cela a lieu par le procédé ordinaire, sont placés suivant une demi-circonférence et servent d'égout à la sérosité qui se forme si facilement dans cette région après toute opération.

Je tenterai donc sur notre malade la réunion, et je lierai avec un très grand soin tous les vaisseaux qui fournissent du sang ; puis, je maintiendrai les lèvres de la plaie en contact par la suture entortillée.

Les points de suture ne doivent pas être trop serrés, afin de ne pas compromettre le succès de l'opération. Les fils ne doivent être serrés, en effet, que ce qu'il faut pour maintenir les lèvres de la plaie en contact. Par là, nous éviterons les gangrènes partielles.

Je me propose d'appliquer sur le scrotum de notre malade quelques compresses trempées dans de l'eau froide, afin de prévenir toute exhalation sanguine.

Maintenant que l'opération a été pratiquée, le 23 novembre, il nous reste à examiner la pièce pathologique.

Elle présente à la section tous les caractères de la matière encéphaloïde. Le microscope y a ultérieurement découvert des vésicules cancéreuses.

La tumeur, incisée dans toute son étendue, offre à la vue des foyers d'une matière jaunâtre, s'écrasant facilement à la pression et semblables, au premier abord, à des foyers de matière tuberculeuse. Ces foyers sont séparés par des cloisons d'épaisseur différente et d'une grande consistance.

M. Broca a fait de la tumeur un examen attentif ; voici ses résultats :

Il a trouvé dans toute l'étendue de la pièce des cellules et des noyaux de cancer, sans aucun mélange de tissu fibreux. La tunique albuginée est en quelques points infiltrée d'éléments cancéreux.

Les foyers de matière plus molle et jaunâtre sont d'anciens épanchements sanguins, dont les principes colorants ont été résorbés. On y trouve des éléments cancéreux mêlés de détritus informes, insolubles dans l'acide acétique et dans les alcalis ; ces détritus sont donc probablement formés de fibrine.

Le 24, le malade a eu à peine du traumatisme, et il n'existe que fort peu de gonflement dans les parties où l'opération a été pratiquée. Le scrotum est soutenu avec un coussin conique, et de la charpie, trempée dans de l'eau de guimauve dégourdie, est appliquée sur le scrotum.



Le 25, le malade est sans fièvre ; le même traitement est continué.

Le 26, on retire la moitié des épingles ; même pansement.

Aujourd'hui 15 décembre, la plaie est complétement cicatrisée depuis plusieurs jours et le malade se trouve parfaitement bien.

La figure ci-dessus donnera l'idée de l'aspect des parties malades après l'opération. En supprimant par la pensée les ligatures, on aura exactement l'état des parties tel qu'il est actuellement.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 12 décembre 1849. — Présidence de M. Legroux.

M. H. Roger est nommé secrétaire en remplacement de M. A. Tardieu, démissionnaire.

— M. A. Becquerel donne lecture d'un mémoire intitulé : *Recherches sur le pouvoir moléculaire rotatoire de l'albumine du sang et des liquides organiques ; description d'un albuminimètre.*

Ce mémoire, que l'auteur a déjà présenté à l'Académie des Sciences, est envisagé seulement au point de vue de la médecine pratique, et ses conclusions sont développées en quelque sorte au point de vue de l'utilité et du service qu'elles peuvent rendre dans les différents services des hôpitaux. Il est, je crois, inutile que nous donnions une analyse de ce remarquable travail, dont nous avons rapporté d'une manière très détaillée les conclusions dans un de nos précédents numéros.

M. A. Becquerel présente et donne la description de son albuminimètre, instrument qui lui a servi à établir d'une manière si positive les expériences qui sont la base de son mémoire.

— M. Valleix présente une pièce d'anatomie pathologique des plus curieuses. Cette pièce est maintenant desséchée après avoir été disséquée et examinée avec le plus grand soin par M. Valleix, qui en produit, du reste, un dessin qu'il a pu en conserver.

Cette pièce, envoyée par un médecin de province, a été rendue dans des selles diarrhéiques par un jeune enfant âgé de quinze mois, qui n'a présenté d'autres symptômes remarquables qu'une douleur de ventre continuelle, des selles diarrhéiques, quelques signes d'infection syphilitique. C'est dans une des selles que l'on a trouvé une espèce de portion d'intestin de 2 centimètres de long, de 1 millimètre d'épaisseur, présentant des villosités très évidentes à sa surface interne, et à sa surface externe une apparence lisse, paraissant bien formée par la membrane péritonéale ; à chaque extrémité se trouve un diverticulum de 6 centimètres de long, et chacun de ces diverticulum est rempli de matières fécales. Cette portion d'intestin aurait-elle été coupée par un travail inflammatoire, par suite d'une invagination ? Que seraient devenues, après cette élimination, les deux portions d'intestin qui sont restées dans le ventre après la séparation des diverticulum ? Telles sont les questions qu'il est permis de se poser, et pour la solution desquelles M. Valleix attend des renseignements postérieurs. L'enfant, du reste, n'a pas succombé à la suite de cet accident.

— L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur le mémoire de M. Monneret.

M. Monneret demande qu'on veuille bien maintenant restreindre la discussion, qui roule dans le même cercle, traîne en longueur et n'aboutit à aucun résultat sérieux de cette manière.

M. Vernois. Je ne m'oppose nullement en effet à ce que la discussion marche d'une manière un peu plus sérieuse et plus rapide. Cependant je demanderai à présenter une seule observation, sans vouloir rentrer en quoi que ce soit dans le fond de la discussion. Les recherches que l'on a pu faire n'ont pas suffisamment porté sur tout le système veineux. Il est, en effet, extrêmement important de faire attention dans ces cas si les observations ont été également faites sur les veines superficielles ou sur les veines profondes. Les veines sont ordinairement accolées aux artères, et il y a nécessairement dans ces veines un caractère de transmissions, transmissions du moment, il est vrai, mais qui n'en dominent pas moins le bruit qui pourrait se produire dans les veines.

Cet effet est prouvé par les expériences que l'on peut faire sur les animaux vivants ; si l'on coupe deux vaisseaux, veine et artère, ainsi accolés, on verra d'une manière évidente que le jet du sang de la veine suit le jet du sang de l'artère. Dans la saignée du bras, le même effet physique et physiologique se reproduit. Comme corollaire, nous pouvons donc en déduire que le même effet se produit dans la jugulaire interne.

En clinique, nous retrouvons les mêmes observations, les mêmes phénomènes. Ainsi dans les cas d'anémie profonde, l'action artérielle est presque nulle ; il y a altération de la contractilité artérielle, et par suite un bruit continu, par suite de la disparition du bruit saccadé.

Ces observations d'anémie profonde sont des faits évidents et bien constatés, et il est évident qu'à la suite d'hémorrhagies profondes, rapides et considérables, il y a une perte manifeste de contractilité artérielle.

Il est donc permis de penser que le siége de ce bruit se passe bien plutôt dans les artères.

M. Monneret. Les objections qu'on nous reproduit sont évidemment des arguments de même nature que ceux qu'on a énoncés dans la dernière séance. Je ne veux pas rentrer dans cette discussion interminable ; cependant je ne puis me dispenser de faire observer que les physiologistes, Muller, Burdach, etc., ont étudié avec beaucoup de soin et surtout le mode de la circulation veineuse et artérielle ; qu'ils ont constaté en effet que cette circulation n'est pas la même partout. Je terminerai par une dernière remarque, c'est que le jet saccadé correspond à la cystole du cœur.

La discussion est fermée sur ce point, et continuée à la prochaine séance.

Virus varioleux, vaccine et inoculation.

Par M. le docteur BAYARD, médecin à Cirey-sur-Blaise (Haute-Marne).

> On sème la vaccine, on récolte la fièvre typhoïde.
> Il est temps de revenir à l'inoculation.

Proposition première.

Le virus varioleux est répandu dans l'organisme humain.

Démonstration. — La petite vérole est une maladie que l'on peut dire générale, « et le nombre de ceux qui parviennent à la vieillesse » sans l'avoir est si petit qu'il fait à peine exception ! Il n'y a parmi

---

de ses paroles injustes. Je vais chez le pharmacien ; et puisque monsieur n'aime pas l'eau de Séglis, je lui apporterai de la *citraille de mangési*, qui est nne très bonne *purgatiffe*.

— Je ne me soucie pas plus de *citraille* que dn diable ; si vous me tourmentez encore, je vous donnerai mon congé en place d'étrennes. Cet argument parut faire impression.

— Poisque monsienr le prend sur ce ton-là, dit avec une certaine humilité le vénérable argus, je me tairai ; mais je n'en serai pas moins disposé à rendre mes services à monsienr s'il venait à se sentir indisposé.

La vérité est que je dîoai médiocrement bien, et que pendant toute la nuit je sentis mes intestins fonctionner d'une manière anarchique. Je n'étais point rassuré. Cependant l'air du portier ne m'avait pas semblé tout à fait naturel ; je résolus de savoir qui de lui ou de moi avait la monomanie ou de croire les autres malades, ou de ne pas se sentir malade soi-même quand on l'était réellement. Comme j'ai le bonheur d'être très bien dans les papiers de Mme Pipelet, je résolus de l'interroger intimement sur l'état physiologique et moral de moosieur son époux. Je descendis donc de bonne heure dans la loge. Monsieur Pipelet, dis-je à mon cerbère, veuillez avoir la bonté d'aller porter cette lettre place de la Madeleine, nº 31 ; vous demanderez s'il y a une réponse. Comme je demeure place de la Bastille, je pensai qu'avant son retour j'aurais le temps de m'eotretenir suffisamment avec la respectable Mme Pipelet.

— Mme Pipelet, lui dis-je avec un accent profondément senti : vous avez toujours eu mon entière confiance ; je crois avoir eu la vôtre ; je me suis toujours intéressé à tout ce qui pouvait embellir vos jours, comme à tout ce qui pouvait en troubler la sérénité. Je viens m'y intéresser encore en vous faisant cette question : Pensez-vous que votre mari jouisse de toutes ses facultés physiques et morales ?

— Mon cher monsieur B..., je suis bien touchée de votre nouvelle marque d'amitié ; mais lisez ce billet, soyez rassuré, et surtout gardez-vous d'en parler à mon époux ; car ceci est un secret important pour nous.

Elle me remit un billet où je lus ce qui suit :

« A messienrs les concierges,

» N....., pharmacien de l'Ecole de Paris, demeurant à Paris, » rue......., nº..., prévient messieurs les concierges qu'il leur fournira, à eux et à leurs familles, les médicaments à *moitié prix* » pour les récompenser dn zèle qu'ils apporteront à recommander » sa maison à leurs locataires. »

Ce billet était un trait de lumière. Tout fut désormais expliqué pour moi. Mais je n'en avais pas moins passé un jour et une nuit très mal à mon aise, et, comme je suppose qu'il y a beaucoup de gardes nationaux qui n'ont pas le moral plus solide que le mien, je viens vous demander, monsieur, s'il n'y aurait pas moyen, en faisant un bon procès au sieur N....., d'éviter à des milliers d'honnêtes citoyens le désagrément que j'ai éprouvé et pent-être d'autres plus fâcheux encore.

— Ma foi, monsieur, au point de vue facétieux, je trouve la conspiration assez agréable ; mais je dois vous dire qu'au poiot de vue légal, mes amis m'ont fait beaucoup plus savant que je ne suis. Je ne puis vous donner qu'nn conseil, c'est de vous adresser au procureur de la République ; mais je crains bien que cet hooorable fonctionoaire songe beaucoup plus à rire qu'à réprimer la conspiration.

X...

» les médecins du seizième au dix-huitième siècle, quelle que soit » leur patrie, aucun dissentiment à ce sujet. » (*Médecine domestique*, 1789.)

Rechercher son antiquité et son origine sont des questions insolubles, je dirai oiseuses !....

Proposition deuxième.

Le virus varioleux répandu dans l'organisme produit dans son isolement une maladie très bénigne.

Démonstration. — Choisissez un sujet *parfaitement* sain de corps, inoculez-lui le virus varioleux, la maladie sera bénigne. Sur ce point, il n'y a parmi les médecins aucun désaccord. « Méad re» marque fort judicieusement qu'il importe plus à qui on le donne » que de qui on le prend, et il blâme fort ceux qui ne mettent ni » attention, ni choix dans les sujets à inoculer. » (Menuret de Chambaud, p. 261.)

Tronchin, qui inocula en 1756 le duc de Chartres et mademoiselle d'Orléans par la simple application d'un fil imprégné du virus varioleux et maintenu sur la jambe par un petit emplâtre vésicatoire, Tronchin disait à qui voulait l'entendre que, s'il avait perdu un seul malade de l'*inoculation*, il n'aurait inoculé de sa vie !... Sutton, le plus fameux des inoculateurs anglais, inocula le même jour 470 personnes rassemblées à Malden, comté d'Essex, pour faire la moisson. « Il y avait, dit le docteur Power dans son *Précis historique* imprimé à Paris en 1769, des enfants au-dessous de deux mois, des vieillards au-dessus de soixante-dix ans, des nourrices avec leurs nourrissons, des mères avec leurs enfants. Ceux qui étaient venus pour moissonner ne perdirent pas un jour de travail : tous, sans aucune exception, furent parfaitement guéris... » N'est-ce pas là une maladie bénigne, aussi bénigne que la vaccine, plus bénigne même que la rougeole ?... En Afrique, où les mères inoculent elles-mêmes leurs enfants par application simple, comme le faisait Tronchin, la petite vérole est regardée comme *rien* et ne fait point de ravages.

Proposition troisième.

Expulsé de l'organisme par la variole naturelle ou inoculée, le virus varioleux n'est pas sujet à retour.

Démonstration. — S'il en était autrement, l'inoculation serait une absurdité stupide. Quant aux exceptions, il n'y en a point dans la nature ; mais il y a très souvent défaut d'observations suffisantes de la part des praticiens.

La petite vérole volante ou variolette, comme la nommèrent nos pères, n'est pas une maladie *semblable* à la variole et n'en préserve pas. Louis XV eut la première en 1728 et mourut de la seconde en 1774 à l'âge de soixante-quatre ans. L'inoculation du virus varioleux ne donne *jamais* lieu à la variolette et *vice versâ*... L'incubation de la variole est *fixe*. L'éruption se fait au commencement du quatrième jour. Il n'y a exception que lorsque la maladie doit être confluente, parce qu'alors, comme nous le verrons dans la proposition cinquième, il y a *combinaison* du virus avec une cause morbide étrangère. Dans la variolette, au contraire, maladie toujours bénigne et jamais confluente, l'éruption se fait au plus tard à l'origine du troisième jour, et en général le second. Les boutons disparaissent le cinquième jour au plus tard, ne contiennent qu'une sérosité le plus souvent limpide, et jamais ne sont aplatis au centre comme ceux de la variole. « La distinction entre ces deux maladies est facile, mais essentielle. » (Docteur Duplanil, *Médecine domestique*, 1789.)

La variolette et la variole ne se ressemblent pas plus, en définitive, qu'un tilleul ne ressemble à un orme, une oie à un cygne, un loup à un chien.

L'inoculation de l'une ne préserve pas de l'autre.

Proposition quatrième.

La vaccine ne détruit pas le virus varioleux. Elle le masque sans le modifier.

Démonstration. — « Depuis 1825, la variole est devenue mortelle chez quelques vaccinés. A l'hôpital de la Pitié, en 1825, sur 162 vaccinés atteints par l'épidémie, 25 succombèrent. » (Dr Serres, 3e *Mémoire*, 1847, § 17.)

Le rapport 25/162 est celui de la mortalité habituelle de la petite vérole chez les non-vaccinés. Il n'y a donc pas modification.

Depuis l'époque citée par M. Serres, de fréquentes épidémies de variole à Marseille, à Guéret, etc., de nombreux cas sporadiques sont venus atteindre et frapper mortellement les vaccinés et confirmer ce rapport.

Nous ne confondons pas ensemble les deux premières règles de l'arithmétique, et nous n'admettons pas que l'adjonction du cowpox dans le sang de l'homme en enlève le *virus varioleux*. Les exemples nombreux et fameux sont là pour nous montrer que les vaccinés prennent la petite vérole tout comme les autres lorsque leur temps est venu. Nous admettons que l'inoculation du cowpox enlève à l'organisme humain, par affinité, tout ce qui peut tenir à cette cause morbide, et qu'une vachère vaccinée pourra traire en sûreté de conscience des vaches attaquées du cowpox; mais nous ne saurions aller plus loin. L'expérience nous apprend que la vaccine retarde l'explosion du virus varioleux, et, comme la logique des faits est la seule qui soit digne d'un peuple sorti de l'enfance, nous admettons ce *déplacement*, mais nous ne pouvons admettre autre chose, les maladies *éruptives* étant particulières à l'enfance, les fièvres *continues* aux adultes ; la fièvre *éruptive* ou le virus varioleux, repoussé de l'enfance à la jeunesse, complique la fièvre *continue* et donne lieu à ce produit bâtard nommé la fièvre typhoïde.

Proposition cinquième.

Le virus varioleux peut se combiner avec certaines causes morbides étrangères. Cette combinaison est souvent mortelle. Elle peut avoir lieu avant, pendant ou après l'éruption de la variole.

Démonstration. — Puisque (proposition deuxième) le virus *isolé* produit une maladie *bénigne*, dont la mortalité est au plus de 1 à 2 par mille; tandis que la petite vérole présente, en général, une mortalité de 140 à 160 par mille; il est évident que dans ce cas le virus est combiné avec une cause morbide étrangère, peut-être même avec plusieurs.

Cette combinaison, sous d'autres noms, n'a pas échappé aux anciens. Sydenham donne le nom de *régulière* à la petite vérole qui n'est accompagnée d'aucun *fâcheux symptôme*, et il appelle *irrégulière* celle qui se montre avec ce qu'on entend par signes de *malignité*.

« La malignité de la maladie, dit Swieten, vient du *mauvais état du corps*, et non de la *nature ou de l'abondance du levain*. » (Menuret de Chambaud, page 261.)

L'Anglais dit : 1er typhus et 2e typhus fewer. Le premier est la maladie isolée, simple, antique ; le second, typhus fewer, n'indique-t-il pas une combinaison de deux principes, fièvre secondaire, en un mot, que nous appelons fièvre typhoïde. Le professeur Piorry, la désignant sous le nom d'iléo-spirotie-septicémique, la considère également comme un composé binaire formé d'une affection intestinale et d'un miasme délétère qu'il ne décrit point, et qui, pour moi, n'est autre chose que le virus varioleux.

Si la combinaison du virus varioleux avec un autre principe morbide se fait *avant* l'éruption, elle fait déclarer la petite vérole, la rend *confluente* ou semi-confluente, et sa marche plus rapide.

Si c'est *pendant*, elle aggrave l'éruption et lui donne un *mauvais caractère*; il n'y a plus d'intervalle marqué entre la fièvre d'éruption et celle de suppuration; la fièvre ne cesse pas, et va toujours en augmentant d'énergie.

Si c'est *après* l'éruption, il en est de même. La petite vérole, qui jusque-là s'était montrée discrète et non confluente, prend un tout autre aspect, et la fièvre de suppuration devient mortelle, de bénigne qu'elle était et devait être. Il y a résorption, tout ce qu'on voudra, mais danger imminent.

Qu'on lise les anciens auteurs, on y trouvera que la variole, *la plus discrète* à son origine, devient subitement mortelle au moment où le médecin s'y attend le moins. La combinaison se fait donc *avant*, *pendant* ou *après* l'éruption.

Proposition sixième.

En général, la petite vérole ne devient mortelle que par la fièvre secondaire, qu'il ne faut pas confondre avec la fièvre de suppuration, ainsi que l'ont fait quelques praticiens.

Démonstration. — « La période dangereuse de la petite vérole est celle de la fièvre *secondaire* ou auxiliaire. Les sujets emportés par ce fléau le sont, en général, pendant cette fièvre. » (Dr Buchan, *Médecine domestique*, 1789.)

« Dans la *fièvre secondaire*, l'enflure du visage, du col et des autres parties est extrême, et il semble alors qu'un érysipèle universel sert de base aux pustules. » (Lieutaud, *Précis de Médecine pratique*, 1761.)

Proposition septième.

La fièvre secondaire de la variole provient de la combinaison du virus varioleux avec une cause morbide.

Démonstration. — Puisque (proposition cinquième) le virus varioleux combiné avec une cause morbide devient souvent mortel, puisqu'en outre (proposition sixième) la mortalité de cette maladie est généralement produite par la fièvre secondaire, il en résulte évidemment que cette fièvre secondaire provient de la combinaison du virus varioleux avec une cause morbide.

Proposition huitième.

La fièvre secondaire du typhus est parfaitement semblable à celle de la variole.

Démonstration. — « Si, dans la comparaison de ces deux maladies, on fait abstraction de l'éruption propre à chacune d'elles, on trouve une *similitude parfaite* dans les phénomènes de la fièvre secondaire qui les constitue : même infection du sang ; même permanence dans la source de cette infection, etc. » (Dr Serres, 1er *Mémoire*, 1847, § 17.)

« Quel sujet de méditation pour la médecine et le gouvernement! Quelle parenté entre ces deux terribles affections ! » (*Id.*, 3e *Mémoire*, § 33.)

Les nombreuses analogies de la variole et de la fièvre typhoïde existent dans l'incubation, le développement, la période inflammatoire, les accidents consécutifs, la contagion, la durée et le traitement de ces deux affections.

Les pétéchies, les pustules au sacrum, les hémorrhagies, la prostration, la fétidité, un élément putride établissent encore leur identité.

Il n'est pas plus possible d'enrayer ou de faire avorter une fièvre typhoïde, qu'il n'est possible d'arrêter la marche d'une petite vérole.

Les épidémies de variole et de fièvre typhoïde ne règnent jamais simultanément dans la même localité.

Proposition neuvième.

La fièvre secondaire du typhus résulte donc de la combinaison du virus varioleux avec une cause morbide.

Démonstration. — Cette proposition est la conséquence obligée des propositions précédentes (septième et huitième).

Proposition dixième.

La fièvre secondaire, identique du typhus et de la variole, résulte de la combinaison du typhus discret ou isolé avec la variole discrète ou isolée.

Démonstration. — « Nous avons constaté qu'il existe un typhus discret, comme il y a une variole discrète ; un typhus confluent et un semi-confluent, comme il y a une variole confluente et semi-confluente. » (Dr Serres, 1er *Mémoire*, 1847, § 7.)

Puisqu'il y a un typhus discret ou isolé, comme il y a une variole discrète ou isolée ; puisque le danger de ces maladies vient d'une fièvre secondaire *parfaitement semblable* (proposition huitième) ; puisque cette fièvre secondaire résulte d'une *combinaison* dont le virus varioleux est l'un des composants (propositions septième et neuvième), il est évident que la cause morbide, inconnue jusqu'ici, est celle qui produit le typhus *isolé* ou discret. Ainsi :

Causes morbides :

1o Typhus isolé, — maladie discrète, fièvre continue ;

2o Variole isolée, — maladie discrète, fièvre d'éruption, fièvre de suppuration.

Combinaisons :

1o Typhus + variole — fièvre secondaire typhoïde si T domine V;

2o Variole + typhus — fièvre secondaire variolique si V domine T.

La relation entre T et V dépend naturellement de la prédisposition et de l'âge encore du sujet qui, ainsi que je l'ai dit plus haut, se trouve, suivant son âge, plus ou moins apte à contracter les fièvres éruptives ou les fièvres continues.

Voici la traduction littérale de cette proposition dixième, qui est la clef de voûte de tout notre édifice :

« Il est une affection intestinale particulière non signalée jusqu'ici dans son isolement, bénigne peut-être dans son individualité, mais ayant une affinité prodigieuse pour s'unir au virus varioleux. De même que la combinaison de deux agents chimiques presque inoffensifs produit quelquefois un poison violent, de même l'union intime de ces deux causes morbides donne naissance à une fièvre secondaire souvent mortelle, qui reçoit du vulgaire le nom de variole maligne ou de fièvre typhoïde, selon que son exanthème est apparent ou dissimulé. » (Dr Bayard, *Gaz. des Hôp.*, 22 mai 1849.)

L'homme a d'abord cru simples tous les corps qu'il a rencontrés sous sa main ; les recherches de la science ont éclairé son aveuglement, et il a vu que la plupart des corps qu'il croyait élémentaires n'étaient que des composés binaires, ternaires, etc. Encore aujourd'hui la chimie reconnaît comme *simples* le soufre, tous les métaux et une foule d'autres corps, en beaucoup trop grand nombre. L'avenir désabusera nos enfants comme il nous a désabusés relativement à nos pères. L'électro-magnétisme est destiné à jouer dans la science un rôle immense de décomposition. Mais, sans aller si loin, bornons-nous à dire que cette foule de maladies qui dévorent l'humanité ne sont pas toutes élémentaires, que le plus grand nombre est dû à des *combinaisons* ; ainsi, sauf ses complications ultérieures, nous nommons donc fièvre typhoïde la combinaison du virus varioleux *pur* avec le virus typhoïque *pur* (affection intestinale). Nous avons mis à nu le premier. Le second ne nous est pas encore connu *dans son isolement*; mais nous le devinons, comme Davy a deviné le sodium et le potassium dans la soude et la potasse.

Telle est, avec sa riche simplicité, le système des combinaisons des causes morbides primitives, 2 à 2, 3 à 3, etc., formant des affections secondaires, tertiaires, etc., nous donnant une explication claire des complications lymphatiques ; car, nul doute que les vices lymphatiques, scrofuleux et chlorotiques n'aggravent la fièvre typhoïde, ce qui nous explique pourquoi cette maladie est plus meurtrière chez les jeunes filles que chez les jeunes hommes, ainsi que cela est constaté dans le rapport de M. Gauthier de Claubry sur les épidémies.

Proposition onzième.

Lorsque le typhus isolé se déclare chez un sujet non vacciné, il absorbe le virus varioleux répandu dans l'organisme, et produit la petite vérole confluente ou semi-confluente, selon le degré de son intensité primitive.

Démonstration. — « Nous avons reconnu que la fièvre typhoïde est la source principale de la gravité et du danger de la variole confluente, vaccinée ou non vaccinée. »

(Dr Serres, 3e *Mémoire*, § 37. — 1847.)

M. Serres dit *fièvre typhoïde*; nous disons *typhus* isolé. La combinaison des deux causes morbides simples a échappé au savant médecin de la Pitié, et a rendu obscure une partie de ses admirables mémoires.

Proposition douzième.

Lorsque le typhus isolé se déclare chez un sujet vacciné, il absorbe le virus varioleux, jusque-là masqué par le vaccin, et produit généralement la fièvre typhoïde.

Démonstration. — L'effet produit par le virus vaccin sur le virus varioleux ne nous est pas parfaitement connu. Nous ne savons de quelle nature est leur action réciproque. Le fait est qu'il n'y a pas combinaison entre eux, et que leur marche semble parallèle. De même que les électricités du même règne se repoussent, le virus varioleux est-il repoussé de l'extérieur à l'intérieur, de la peau sur la paroi intestinale? Nous ne savons. Mais le fait domine l'hypothèse. Le fait est « qu'une maladie, nouvelle peut-être, mais assurément non décrite, fréquente et grave, attaquant les individus à la fleur de l'âge, ne se distinguant que par des nuances délicates d'autres maladies avec lesquelles il est facile, mais dangereux, de les confondre, etc., » s'est présentée en 1812, onze ans après l'introduction de la vaccine à Paris, à l'observation de MM. Serres et Petit.

(*Traité de la fièvre typhoïde*, 1813.)

Alors la petite vérole n'attaquait pas encore les vaccinés.

Proposition treizième.

Lorsque le typhus isolé se déclare chez un individu vacciné depuis longtemps, il produit quelquefois aussi, par l'absorption du virus varioleux, une petite vérole confluente ou semi-confluente.

Démonstration. — La démonstration est encore ici le fait lui-même. Ce fut en 1828, vingt-quatre ans après l'introduction de la vaccine, que la petite vérole se déclara, chez les vaccinés, confluente et mortelle.

Depuis cette époque, les fréquentes épidémies de variole n'ont cessé de jeter le doute dans les esprits prudents, et le trouble chez les vaccinateurs. C'est de là qu'est venue, avec la théorie, la pratique des revaccinations, que la saine logique et l'expérience consciencieuse ne peuvent nullement justifier. Aussi, rien de plus curieux que les aveux faits avec bonne foi par les partisans du vaccin. Voici comment s'exprimait M. Castel en 1845 :

« Après ce qui a été fait, il reste beaucoup à faire sur la vaccine. Des doutes à éclaircir, de nouvelles influences à reconnaître, de nouveaux contrastes à apprécier, de nouvelles nuances à saisir, des problèmes à résoudre. L'administration, le public, les hommes qui étudient peuvent, sans indiscrétion, désirer plus d'authenticité, et surtout plus de suite dans les observations. » (Dr Castel, *Rapport sur les vaccinations de 1843.*)

Le 25 septembre 1849, M. Castel donne lecture de considérations qui le portent à penser que l'explosion de choléra peut être attribuée à l'infection humorale résultant du défaut d'épuration de l'économie par la variole, empêchée par la pratique de la vaccine. (*Bulletin de l'Académie de Médecine.*)

Le vaccin perd-il ses vertus au bout d'un temps analogue à la vie de l'espèce bovine, tandis que le virus varioleux conserve sur l'organisme humain une influence qu'il reprend entière lorsque l'autre disparaît? Nous ne savons. Le fait est là, patent, irrécusable; il suffit.

Proposition quatorzième.

Dans les deux cas, la combinaison, étant identique, a le même résultat définitif. La variole et la fièvre typhoïde font ensemble, aujourd'hui, autant de victimes qu'en faisait la variole seule avant la découverte du vaccin. La seule différence consiste dans le changement de l'âge critique. Cet âge était autrefois, en France, celui de un à deux ans. C'est aujourd'hui celui de vingt à trente ans, soit pour la fièvre typhoïde, soit pour la petite vérole elle-même.

Démonstration. — Cette proposition n'a besoin que d'être énoncée après les précédentes. Le reste est de fait, et la comparaison de la mortalité de Paris au dix-huitième et au dix-neuvième siècle, que M. Carnot a présentée à l'Institut d'après des documents d'une authenticité incontestable, ne permet le doute que sur les causes. (*Voir* encore le rapport de M. Gauthier de Claubry.)

Mais tout le monde sait que la fièvre typhoïde sévit particulièrement sur la jeunesse; que le jeune homme, et surtout la jeune fille vaccinés ont constamment à craindre cette maladie, qui, se développant sans cause connue, malgré le plus riche tempérament, malgré toutes les prescriptions hygiéniques, poursuit nos armées, pénètre dans nos écoles supérieures, reste stationnaire dans les villes et désole alternativement nos campagnes florissantes aujourd'hui par l'agriculture et le bien-être qui en est la conséquence, choisissant, toujours et partout, ses victimes dans cet âge précieux qui fait la force d'une nation, le soutien et l'orgueil d'une famille.

Cette cruelle maladie ne frappe qu'une fois l'économie. Mais qui peut être rassuré sur le sort de ses enfants adultes tant qu'ils n'ont pas payé le tribut? La petite vérole, dans un âge tendre, ne fait plus je dirai de victimes, et des cicatrices affreuses cessent d'effrayer

nos yeux ; mais les victimes de la fièvre typhoïde, dans un autre âge, sont nombreuses. Des surdités, des aphonies, des gastrites chroniques fréquentes attestent souvent son passage, attestent une diète trop prolongée, un traitement peu rationnel, des médicaments dangereux. Car, que n'a-t-on pas fait, et que n'a-t-on pas tenté contre elle! Je répète donc avec conviction : *primo avulso non deficit alter*, et j'ajoute, parce qu'on a perdu au change : « La découverte de Jenner fut un présent funeste fait à la société. »

Pour me réfuter, il faut dire que la fièvre typhoïde n'est pas la maladie la plus répandue de nos jours, non-seulement en France, mais dans tous les pays où les connaissances médicales sont répandues; que les mémoires sur son caractère épidémique n'affluent pas à chaque séance à l'Académie de Médecine; que cette société savante a tort de s'en préoccuper et de mettre au concours la question de savoir si elle est contagieuse ou non; que le rapport de M. Gaulthier de Claubry est mensonge, et que les calculs de M. Carnot sont sans valeur.

Proposition quinzième.

Tous les efforts du praticien éclairé doivent tendre à empêcher cette combinaison mortelle, et à isoler le typhus du virus varioleux.

Démonstration. — Cette proposition n'a pas besoin d'être démontrée après les précédentes. Il suffit de l'énoncer.

Si la proposition cinquième est la base de mon système, celle-ci en est la conséquence rigoureuse et grave; c'est elle qui m'a fait dire : « Un sujet atteint de la variole ne l'est pas plus tard de la fièvre typhoïde, *et visce versâ*. » (*Gazette des Hôpitaux*, 17 avril 1849.)

Ce que doit faire le praticien éclairé, la nature le fait souvent. Elle donne à l'enfant une variole isolée et bénigne, et plus tard un typhus discret à l'adulte. Ce qui a fait croire aux observateurs superficiels que la petite vérole ne préservait pas toujours de la fièvre typhoïde, faute d'avoir su distinguer le typhus *isolé* du typhus *combiné*, qui seul doit être nommé fièvre typhoïde.

Sur la fin de l'automne de 1846, je fus appelé dans une ferme isolée, composée d'un personnel nombreux. Cinq enfants, frères et sœurs, de l'âge de quinze à vingt-quatre ans, furent presque simultanément attaqués de la fièvre typhoïde. Deux succombèrent; deux autres après une longue convalescence guérirent; le cinquième était la fille aînée. Sa figure houffie, ses formes arrondies, son embonpoint, annonçaient un tempérament lymphatique prononcé, et les conditions les plus fâcheuses pour faire une fièvre typhoïde. Cependant elle garda peu le lit; les symptômes de la maladie furent moins nombreux et moins graves; car assez promptement convalescente, elle put donner des soins à ses frères et sœurs encore malades, quoiqu'atteints aussitôt qu'elle. La bénignité de la maladie chez cette jeune fille au milieu de ce foyer d'infection, où j'ens à signaler des hémorrhagies, des ulcérations au sacrum, avec nombreuses pétéchies abdominales, se trouvant elle-même dans des conditions défavorables vu son tempérament, m'aurait paru si inexplicable, si sa figure labourée par les cicatrices de la variole ne m'eût donné l'explication de ce qui se passait alors chez elle, c'est-à-dire qu'elle était attaquée d'une affection intestinale, d'un typhus discret, isolé; tandis que ses frères et sœurs l'étaient par le *typhus fewer* des Anglais, par le typhus *combiné* avec le virus varioleux, en un mot par ce que je nomme la fièvre typhoïde.

La fièvre typhoïde *secondaire* n'attaque pas 1° les individus qui ont eu la *variole naturelle*. S'il en était autrement, elle eût été décrite sans aucun doute. Or, « elle ne l'a jamais été. » (Serres.)

Elle n'attaque pas 2° *les inoculés*. De 1720 à 1800, les inoculés ont été des rois, des princes, des pairs d'Angleterre, etc., etc. ; et si la fièvre typhoïde secondaire les eût attaqués, elle n'eût pas manqué d'être décrite par les Tronchin, les Sydenham, les Dodart, les Buchan, etc., et « elle ne l'a pas été. » (Serres.)

Proposition seizième.

Le procédé le plus certain pour empêcher cette combinaison est l'inoculation du virus varioleux dans l'enfance.

Démonstration. — Une variole discrète et bénigne dans l'enfance préservera l'adulte de la fièvre typhoïde, en même temps que de la variole confluente et maligne.

L'inoculation est fort ancienne. Lorsqu'elle se répandit à Londres en 1721, on fut fort étonné d'apprendre qu'elle était en usage dans plusieurs comtés de l'Angleterre; elle fut appelée une découverte bienfaisante. Des grands elle passa au peuple. Les hommes instruits la propagèrent, et Voltaire disait : «Si j'avais un fils, je lui donnerais la petite vérole avant de lui donner un catéchisme. » Sur la fin du dernier siècle elle jouissait d'une faveur comparable à celle du vaccin; car un riche Anglais, prenant un domestique à son service, lui demandait s'il avait été inoculé; de même qu'on demande aujourd'hui si on a été vacciné. On peut donc affirmer, sans craindre de passer pour téméraire, que sans la découverte de la vaccine la pratique *salutaire* et *rationnelle* de l'inoculation serait de nos jours universellement répandue.

Proposition dix-septième.

Les maladies éruptives propres à l'enfance ont-elles diminué depuis la vaccine?

Réponse. — Cette proposition, émise sous forme dubitative, ne doit guère être l'objet d'un doute. En effet, pour moi, la vaccine préserve le premier âge non-seulement de l'éruption variolique, mais encore de plusieurs autres éruptions particulières à l'enfance qui n'ont pas de nom distinct, qui attaquent l'enfance seule, et qui se déclarent généralement à la tête. Ainsi nous ne parlons ici ni de la rougeole, ni de la scarlatine, ni de la miliaire, etc., mais de la teigne, des aphtes, de la croûte laiteuse, et de toutes les éruptions auxquelles les enfants non vaccinés paraissent être plus exposés que les enfants vaccinés. De la suppression de ces éruptions naturelles résultent dans l'adolescence et dans la jeunesse des fièvres muqueuses, putrides, des dysenteries, etc., etc., qui font périr un grand nombre de sujets qui en sont atteints. Chacune de ces éruptions suspendues est évidemment une cause morbide qui, rejetée de la peau sur la paroi intestinale, peut se combiner avec une autre affection isolée et lui donner un mauvais caractère.

Les enfants à la mamelle, au dix-huitième siècle, étaient fort rarement exempts d'éruptions d'une espèce ou d'une autre, dit la *Médecine domestique*. Aujourd'hui, ces éruptions sont rares au contraire chez les enfants vaccinés.

Voici à ce sujet une note du docteur Buchan, *Médecine domestique* (1789).

« Il y a quelque temps, dans l'hôpital des Enfants-Trouvés d'Acmorth, les enfants étaient attaqués de la teigne et d'autres maladies éruptives... On donna à ces enfants des remèdes pour guérir ces éruptions; ils pensèrent devenir funestes à tous... Bientôt on vit paraître des fièvres et d'autres maladies internes, et ensuite une dysenterie putride tellement contagieuse, qu'elle en fit périr le plus grand nombre.

» Il est bien avéré aujourd'hui que dans les grands centres de population où, comme à Paris, la vaccine s'introduisit et se développa rapidement de 1801 à 1810, les classes populaires, instruites par une expérience cruelle, ne veulent plus du bienfait. En 1844, Paris n'a plus guère qu'un vacciné sur trois naissances. La vaccine n'entre plus que chez les gens soi-disant éclairés; le peuple encroûté y renonce, c'est évident. Depuis 1844, le nombre des enfants morts de la petite vérole, à Paris, va croissant. »

Voici l'état officiel :

	En 1844	En 1847
1er arrondissement	21	30
2e —	3	10
3e —	6	14
4e —	7	7
5e —	16	28
6e —	14	26
7e —	17	20
8e —	27	41
9e —	50	78
10e —	47	121
11e —	7	10
12e —	62	107
	277	492
	169 garçons.	311 garçons.

(Note de M. H. Carnot.)

QUESTIONS A TRAITER.

1° Quelle doit être la conduite du praticien éclairé à l'égard des anciens vaccinés, enfants ou adultes? Peuvent-ils être inoculés sans un plus grand danger que ceux qui n'ont pas été vaccinés ?...

2° Quel est l'âge le plus convenable pour l'inoculation, et quelle pratique est la meilleure?

3° La fièvre typhoïde existait-elle avant la vaccine?

Réponse. — La fièvre typhoïde produite par la combinaison du virus varioleux et du typhus existait sans aucun doute dans les rares localités où le cowpox donnait aux vachères une immunité contre la *petite vérole*. Alors on l'eût trouvée dans d'obscurs villages, comme Scodsbourg, où les vachères prenaient la picote ou la *vaccine naturelle*. Qui l'eût décrite alors? Les médecins de campagne du dix-huitième siècle, espèces de barbiers, étaient-ils de taille à décrire une maladie qui ne se distingue que par des *nuances délicates* d'autres maladies, avec lesquelles il est *facile* de la confondre? Avant de répandre la découverte de Jenner, un gouvernement soigneux eût fait faire le relevé des décès par âges dans les localités affranchies de la variole. Cela ne fut pas fait. L'homme a une prédisposition à croire aux miracles et à se défier de sa raison.

NOUVELLES.

Par décrets individuels du 10 décembre, rendus sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promus ou admis dans l'ordre national de la Légion-d'Honneur, en récompense de leur courageux dévouement pendant la durée de l'épidémie cholérique, les officiers de santé militaires dont les noms suivent :

Officiers. — Léonard (Napoléon), médecin principal de première classe aux ambulances de l'Algérie; Froment (Nicolas), chirurgien-major de première classe à l'hôpital de Marseille.

Chevaliers. — Loyer (François-Emile), médecin ordinaire de deuxième classe aux ambulances de l'Algérie.

Lagrave (Jean-Hippolyte), médecin ordinaire de deuxièmeclasse.

Martin (Victor-Etienne-Alfred), médecin ordinaire de deuxième classe, *id.*

Ganderaux (Charles-Marie-Joseph-Honoré-Jérôme), médecin adjoint, *id.*

Juving (Auguste), chirurgien aide-major, *id.*

Chapelynck (Arsène-Adolphe), chirurgien sous-aide, *id.*

Ely (Charles), chirurgien sous-aide, *id.*

L'abbé Fourquier (Louis-Jacques-François), aumônier de première classe à l'hôpital militaire de Marseille.

Triplon (Jean), infirmier-major, sergent à l'hôpital de Marseille.

Birebent (Jean-François), infirmier, soldat de première classe aux ambulances de l'Algérie.

Mutations dans le corps des officiers de santé. — M. Larrey, chirurgien-major de 1re classe à l'hôpital du Val-de-Grâce, est promu chirurgien principal au même hôpital.

M. Goffres, chirurgien-major de 1re classe, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, est désigné pour passer en la même qualité à celui de perfectionnement.

M. Durand, médecin adjoint aux ambulances de l'Algérie, a été désigné pour l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

— Les chirurgiens aides-majors de 1re classe, dont les noms suivent, changent de destination :

M. Herhin, du 9e chasseurs, passe à l'hôpital de Montlouis.

M. Becœur, du 4e chasseurs d'Afrique, passe à l'Ecole de cavalerie de Saumur.

M. Calcatoggio, du 47e de ligne, passe à l'hôpital de Calvi.

M. Vincent, du 29e de ligne, passe à l'hôtel des Invalides.

M. Joly, en Algérie, passe au dépôt des premiers secours, à Rocroy.

M. Bouliau, du 15e de ligne, passe dans les salles militaires de l'hospice civil de Neuf-Brisach.

M. Gueury, du 52e de ligne, passe à l'hôpital d'instruction de Metz.

M. Maturé, du 40e de ligne, passe à l'hôpital de Strasbourg.

— La Société académique de la Loire-Inférieure a mis au concours, pour l'année 1850, les deux questions suivantes :

1° Quels seraient les moyens les plus efficaces et en même temps les plus économiques d'organiser la médecine des pauvres dans les villes et dans les campagnes?

Faire l'historique des essais tentés à ce sujet.

2° Histoire critique de l'art en Bretagne.

Une médaille d'or de la valeur de 300 francs sera accordée à l'auteur du meilleur mémoire sur chacune de ces questions.

Les mémoires, avec le nom et l'adresse des auteurs, renfermés dans un billet cacheté et portant une épigraphe qui devra se trouver également en tête du mémoire, devront être adressés à Nantes à M. le Dr Malherhe, secrétaire de la Société, avant le 1er octobre 1850.

M. Auguste CRENET, directeur gérant de la Caisse centrale des médecins, 69, rue Quincampoix, nous a remis deux circulaires qu'il vient d'adresser au corps médical, en date des 15 et 16 octobre dernier, dont le but est d'annoncer que son établissement a été mis en liquidation, mais pour être reconstitué immédiatement sur de nouvelles bases, dont il nous promet la prochaine communication.

Au moyen de ce changement radical, disparaîtront ces inégalités choquantes et préjudiciables aux médecins, qui résultaient nécessairement de l'ancien mode de perception d'honoraires, puisqu'il s'agit de substituer au droit unique qu'il percevait un droit plus proportionné et plus en rapport avec la nature de chaque créance.

Nous croyons, en effet, que ce nouveau système, étant plus rationnel, satisfera mieux sa nombreuse clientèle.

M. GROULT jeune, qui a fait faire de rapides progrès à l'industrie des pâtes et farines pour potages, et dont les résultats ont apporté une notable amélioration dans le régime des convalescents et des valétudinaires, vient d'obtenir la médaille d'argent du jury de l'exposition de 1849. Cette récompense, en signalant la supériorité de ses produits sur les produits analogues, justifie de la manière la plus honorable la vogue que s'est acquise la maison Groult, et la préférence que lui accordent les médecins.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 20 DECEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 148.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 19 DÉCEMBRE 1849.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'organisation intérieure de l'Académie a occupé aujourd'hui toute la séance. Nous en aurons encore deux ou trois du même genre. Notons toutefois avec satisfaction la promotion de M. Orfila à la vice-présidence. Après les tracas que l'ex-doyen avait eu à subir depuis les événements de février, sa position pouvait être équivoque pour certains esprits, quoiqu'il fût sorti de la manière la plus honorable des difficultés que les circonstances lui avaient suscitées. La haute marque de confiance que vient de lui donner l'Académie ne pourra que rehausser sa position, à la grande satisfaction, non des charlatans de la concorde médicale, mais des hommes sincères et désintéressés.

A côté de ce fait professionnel, notons encore le fait scientifique extrêmement intéressant, s'il est exact, annoncé par M. Germain, qui assure que ce n'est pas 214 grammes de bromure de potassium par deux hectolitres que contiennent les eaux-mères de Salins, mais bien 540 grammes, c'est-à-dire 2 grammes 70 centigrammes par litre. Ce fait est assez important pour que l'Académie s'empresse de lui donner une sanction scientifique. Nous espérons qu'elle ne fera pas attendre son jugement.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Emphysème pulmonaire. Abaissement consécutif du diaphragme, du cœur et des viscères abdominaux.

Observation recueillie par M. A.-H. MARGERIE.

Le malade dont nous allons rapporter l'histoire est couché au no 15 de la salle Saint-Raphaël ; c'est un homme âgé de trente ans, il exerce la profession de maçon. Ce qui frappe chez lui au premier abord est l'absence d'une complexion et d'une vigueur musculaire en rapport avec la nature de ses occupations. Il paraît avoir le cou très court, sa figure est légèrement bouffie.

Il a joui d'une bonne santé pendant son enfance et pendant sa jeunesse. Jamais il n'a fait de maladie grave.

Le motif qui l'a déterminé à entrer à l'hôpital est une gêne de la respiration qu'il porte depuis longtemps, dont il ignore la cause et dont il ne saurait exactement préciser l'origine. Il croit cependant, en recueillant ses souvenirs, que son *mal* remonte à plus de six ans et qu'il est survenu à la suite d'un rhume très léger.

Aujourd'hui, la difficulté qu'il éprouve à respirer est devenue assez grande pour le réduire fréquemment à une inaction forcée; elle est permanente, mais augmente d'intensité sous l'influence d'un certain nombre de circonstances que le malade indique très clairement. C'est ainsi qu'elle est portée à un degré plus ou moins élevé par le simple décubitus sur le dos ou sur le côté gauche, par l'ingestion d'une certaine quantité d'aliments, par des efforts de toux, par l'action de courir ou même de marcher rapidement sur un plan horizontal, et surtout par celle de monter un escalier. Dans la plupart de ces circonstances, il se manifeste des battements de cœur et des palpitations. Un air froid et humide est une cause qui contribue fortement à aggraver tous ces phénomènes.

Ils sont accompagnés d'une toux qui préoccupe médiocrement le malade, bien qu'elle se montre fréquemment et que parfois elle se produise sous forme d'accès, dont la durée va jusqu'à cinq minutes.

Les autres fonctions s'accomplissent d'une manière régulière; l'appétit, il est vrai, présente des variations, mais les digestions se font bien ; il n'y a ni diarrhée, ni constipation, et les selles sont faciles.

La poitrine est remarquable par l'ampliation générale qu'elle a subie ; ses parois offrent, en avant, une convexité beaucoup plus prononcée que dans l'état normal; les espaces intercostaux sont agrandis, et les deux clavicules sont refoulées en haut et en arrière; cette dernière circonstance nous explique une particularité que nous avons déjà signalée, le peu de longueur apparente du cou.

La percussion donne sur tous les points une sonorité très marquée, qui, à la partie antérieure et inférieure de la poitrine, se retrouve à une hauteur inaccoutumée.

L'auscultation découvre quelques râles sibilants au sommet des deux poumons; ce fait est en rapport avec la toux à laquelle le malade est sujet et avec l'expectoration assez abondante d'un mucus filant et transparent qui a lieu durant le cours de la journée, mais principalement le matin.

A ces signes il est facile de reconnaître, d'une part, la bronchite chronique, de l'autre, l'affection que les auteurs décrivent sous le nom d'*emphysème pulmonaire*, et que M. Piorry, dans sa nomenclature, désigne du nom d'*acropneumonasie*.

Il ne nous paraît pas douteux que la première de ces maladies n'ait agi comme cause à l'égard de la seconde. Quoi qu'il en soit, cette dernière est devenue le point de départ d'un ensemble de phénomènes qu'il nous reste à décrire et qui nous paraissent dignes du plus haut intérêt. Ces phénomènes nous ont été révélés de la manière la plus évidente, et pour ainsi dire la plus palpable, par le double secours de l'auscultation et de la percussion.

Le plessimètre, promené de haut en bas sur la face antérieure et sur le côté droit de la poitrine, n'a rencontré la limite supérieure du foie qu'au niveau de la huitième côte, c'est-à-dire à plusieurs centimètres au-dessous de sa hauteur habituelle. Du reste, le volume de cet organe est normal ; son bord inférieur se trouve rapproché de la crête iliaque dans la proportion que permet de soupçonner l'abaissement de son bord supérieur.

Du côté gauche, la rate a subi un déplacement analogue ; sa dimension, en hauteur, est de 8 centimètres. Chose remarquable ! ce viscère, qui dans la plupart des circonstances où il augmente de volume, dans les fièvres intermittentes, par exemple, paraît le faire aux dépens du poumon et de la cavité thoracique dont il diminue en quelque sorte le diamètre vertical, dépasse ici le rebord des dernières côtes.

Le cœur a été refoulé de la même manière et dans la même mesure que le foie et la rate; aussi conserve-t-il à l'égard du premier les mêmes rapports que pendant l'état de santé. Il a ses proportions ordinaires. Le toucher, la vue et l'oreille confirment les résultats fournis par la percussion. La main perçoit, au niveau du creux épigastrique, des battements distincts et réguliers ; lorsqu'on la retire, on peut voir que la paroi abdominale éprouve dans le lieu correspondant un mouvement de soulèvement partiel qui se reproduit à des intervalles égaux et se différencie nettement par sa faible étendue et la plus grande fréquence des mouvements de totalité de l'abdomen liés à l'inspiration et à l'expiration. L'auscultation constate la présence des bruits normaux du cœur ; elle apprend en même temps que ces bruits vont diminuant d'intensité à mesure qu'on s'éloigne des limites assignées au cœur par la percussion pour appliquer l'oreille dans la région à laquelle cet organe correspond ordinairement.

Cet abaissement simultané des organes que nous venons d'examiner tour à tour, le déplacement du diaphragme qui l'accompagne, le refoulement de la dernière portion du tube digestif, qui en est la conséquence nécessaire, constituent un état anatomique anormal, un état organopathique, en d'autres termes, qui mérite une dénomination spéciale; il a reçu celle d'*hypodiaphratopie*.

Dans le cas qui nous occupe, l'*hypodiaphratopie* n'engendre pas, à la vérité, de troubles fonctionnels sérieux; mais elle n'en est pas moins une prédisposition très réelle à certaines affections, à des hernies, par exemple, et il est naturel de penser qu'à une époque plus ou moins éloignée elle constituera, par suite de son exagération, un obstacle fâcheux à la défécation, et produira une saillie du ventre qui rendra impossible tout rapprochement sexuel.

Du reste, il est une circonstance dans laquelle cette anomalie coexiste avec un ensemble de symptômes morbides dont elle est l'origine ; nous voulons parler de celle où elle a pour cause la laxité des parois abdominales consécutive à une distension prolongée, que cette distension soit l'effet d'une grossesse, comme il arrive le plus souvent, d'une tumeur ovarique, d'une hypertrophie du foie ou d'une autre maladie. On voit alors les digestions devenir lentes et laborieuses; la station verticale est douloureuse, elle s'accompagne de tiraillements insupportables ; les évacuations alvines sont pénibles et n'ont lieu, dans un grand nombre de cas, qu'avec le secours des purgatifs.

L'*hypodiaphratopie* du malade dont il est question ne réclame actuellement aucune médication spéciale ; ce qu'il importe de faire, c'est de prévenir ses effets ultérieurs en empêchant son accroissement, en combattant l'affection sous la dépendance de laquelle elle est placée, l'emphysème pulmonaire et la bronchite à laquelle il se rattache.

Il a été pourvu à cette indication dans la mesure que comportent les ressources de la thérapeutique.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND.

M. FLEURY.

Observation de taille bilatérale pratiquée pour extraire une tige de jonc de la vessie.

Le nommé Guillaume Monet, âgé de trente-trois ans (de Sauxellange), avait toujours joui d'une bonne santé, lors-

FEUILLETON.

Note sur le mécanisme de la vision ;

Par M. SERRE (D'UZÈS), médecin à Alais (Gard).

Monsieur le rédacteur,

J'ai lu avec une grande surprise, dans votre numéro du 24 novembre dernier, une note sur l'organe de la vision, par un oculiste de Madrid. Cette note a pour but de détruire l'opinion généralement admise que tous les objets sont peints d'une manière renversée sur la rétine. J'ai voulu me rendre compte des preuves données par l'auteur, que, contrairement à cette dernière opinion, la rétine ne reçoit pas renversée l'image des objets extérieurs, mais que cette image y est reproduite dans sa position naturelle. N'ayant rien trouvé dans ces preuves qui pût infirmer le renversement de cette image, j'ai dû vous prier, après examen sérieux, de donner l'hospitalité aux observations suivantes.

PREMIÈRE PREUVE. — Les sens ne sont pas menteurs, dit l'auteur qui combat l'opinion du renversement, en soutenant que le sens de la vue, le plus admirable de tous, ne peut pas nous tromper, lui qui est destiné à guider notre intelligence. Il ajoute que la nature n'a pu nous donner un instrument faux, et que, puisque nous voyons les objets droits, ils doivent avoir cette position sur la rétine.

Ces prémisses sont vraies d'une manière générale, et les sens nous transmettent fidèlement les impressions conformément à certaines lois. C'est ainsi que l'œil aperçoit dans le cercle la forme de l'ellypse, qu'il voit se rapprocher deux lignes parallèles, etc. La vue n'est pas toujours destinée à reproduire la réalité des objets, mais bien leur apparence. Ce n'est que par un travail propre à l'intelligence que l'on arrive à séparer l'*être* et le *paraître*. La rétine reçoit donc les apparences visibles des objets conformément aux lois rigoureuses de la perspective et non comme ils sont réellement. Sur ce point, les physiologistes, les peintres et les psycologistes sont parfaitement d'accord. Le phénomène matériel et objectif de la vision est un signe que l'intelligence traduit. L'erreur possible est dans cette opération traductrice ; elle est donc purement subjective et mentale. Si le sens de la vue ne trompe pas, est-ce une raison pour conclure à la position droite des images sur la rétine, et cela parce que nous les voyons ainsi? Comment expliquer alors la vue droite lorsque l'on regarde la tête en bas? Et cependant, dans l'hypothèse de l'auteur, elle devrait être renversée. L'intégrité morale du sens de la vue n'infirme donc en rien l'opinion du renversement.

DEUXIÈME PREUVE. — *Passage des rayons lumineux à travers les milieux réfringents.* — L'auteur, qui veut aller au fond des choses, palper et faire toucher au doigt l'image droite au fond de l'œil, va pour cela nous montrer les rayons de lumière à travers les liquides divers de l'humeur aqueuse, du cristallin et de l'humeur vitrée, en tenant compte de leurs densités relatives, et conséquemment des variations des sinus de l'angle de réfraction. Vous espérez rencontrer la fameuse image droite sur la rétine? Pas du tout. C'est seulement une nuée diffuse de l'objet ou de l'un de ses points, attendu que les rayons arrivent d'une manière parallèle, et qu'ainsi aucun foyer n'étant formé il ne peut y avoir aucune image précise.

Peu habitué avec la langue des physiciens, l'auteur confond à chaque instant la convergence et la divergence, le point et l'image, l'éloignement de la perpendiculaire et l'éloignement de l'axe, se jetant à l'aventure dans la théorie de la vision. Après avoir formulé deux équations, il aboutit à ce résultat, que le cône lumineux, dont le sommet correspond à un point de l'objet, la base à la cornée, perd sa forme en passant à travers l'humeur aqueuse; ses rayons deviennent parallèles, puis se rapprochent un instant dans la substance du cristallin pour s'éloigner ensuite dans l'humeur vitrée, reprendre définitivement le parallélisme produit par l'humeur aqueuse, et faire sur la rétine une image droite de l'objet occupant sur celle-ci un arc de 17 degrés, sur des cordes égales à celles du champ de la vision de la cornée. Les faits suivants vont faire justice d'une pareille théorie.

Les rayons d'un cône lumineux dont le sommet est au foyer d'une lentille convexe deviennent parallèles lorsqu'ils la traversent ; ils divergent lorsque ce point se trouve entre ce foyer et la lentille; ils convergent enfin lorsque ce même point est en delà du foyer. Il n'y a donc qu'un cas où les rayons prennent la disposition indiquée par l'auteur, c'est celui où l'on supposerait que tous les objets extérieurs, pour être vus, seraient placés à un pouce de l'œil ; or on sait que dans ce cas on n'a plus sur la rétine un point de l'objet, mais une surface, c'est-à-dire une image diffuse, et l'œil le plus habile serait tout juste apte à distinguer la lumière d'avec les ténèbres. Les rayons convergents ayant seuls la faculté de reproduire le cône lumineux en sens inverse de son départ; en définitive, ce n'est pas un seul de ces cônes qui rend compte de la vision, mais bien deux cônes opposés par leur base, à moins qu'on ne veuille assimiler l'œil de l'homme à l'un des cônes rudimentaires de celui des crustacés. Une autre erreur non moins capitale, c'est le rôle rempli par l'humeur vitrée, qui, au lieu de rapprocher les rayons de l'axe de l'œil, les en éloigne encore davantage. L'auteur s'est mépris sur la valeur

que, il y a trois mois, une fille publique avec laquelle il se trouvait lui introduisit dans le canal de l'urètre une tige de jonc qui pouvait avoir 50 centimètres de longueur. Lorsqu'il voulut extraire ce corps étranger, il se brisa au niveau du méat urinaire, et malgré les efforts qu'il fit pour le retirer, il ne put y parvenir. La portion qui était restée dans la vessie devait avoir, nous assura-t-il, une longueur de 12 centimètres. Dès ce moment il ressentit au périnée une douleur sourde qui se manifestait surtout après l'expulsion des urines. C'est alors que Monet s'est décidé à entrer à l'Hôtel-Dieu de Clermont, où il a été admis le 2 août 1849.

Comme le malade nous assura que la tige de jonc s'engage souvent dans le canal, j'ai espéré pouvoir la saisir au moyen des pinces de Hunter ; mais n'ayant senti aucun corps étranger dans toute l'étendue de l'urètre, j'ai dû renoncer à ce moyen.

Une algali en argent, introduite dans la vessie, parcourt avec facilité l'intérieur de l'organe, qui offre une assez grande capacité ; le bec de la sonde donne par moments la sensation d'un corps légèrement rugueux, dont il est assez difficile de préciser la position et le volume ; mais en se reportant au récit du malade, qui ne varie point dans la relation qu'il nous fait des circonstances qui ont précédé les douleurs qu'il a ressenties au périnée et au col de la vessie, on doit penser que le corps étranger est devenu le noyau d'un calcul urinaire qui a encore peu de volume, mais qui néanmoins est assez sensible pour que sa présence se manifeste au contact d'une sonde.

J'ai cherché à l'extraire avec l'instrument percuteur de M. Heurteloup ; mais toutes les tentatives qui ont été faites sont restées infructueuses. Il ne restait plus alors qu'un parti à prendre : c'était d'inciser la vessie et d'enlever le corps étranger qu'elle contenait. Le malade demandait avec instance une opération qui devait le soustraire à la gêne qu'il éprouvait depuis trois mois, et était disposé à se soumettre à tout ce qui serait proposé pour le débarrasser d'un mal qui lui rendait l'existence insupportable. Dès l'instant où la litbotritie offrait d'aussi grandes difficultés, il ne restait plus qu'un moyen à tenter : c'était la cystotomie.

Des différents procédés de taille périnéale, j'ai donné la préférence à la cystotomie bilatérale, qui devait nous mettre bien plus facilement à l'abri d'une hémorrhagie que la taille latéralisée. A en juger, du reste, d'après le volume que devait avoir acquis le corps étranger, une incision étendue ne paraissait pas nécessaire.

L'opération a été pratiquée le 14 août ; elle a d'abord été d'une grande simplicité. Une incision de 20 millimètres à peu près a été faite au périnée. L'ouverture pratiquée au col de la vessie paraissait avoir une étendue plus que suffisante pour donner passage au corps étranger qu'elle contenait ; mais son extraction n'a pas laissé que d'être laborieuse. La tige du jonc n'occupait pas le bas-fond de la vessie, comme on l'observe ordinairement pour les calculs ; on sentait derrière le pubis une de ses extrémités en recourbant l'indicateur en le portant fortement de bas en haut.

Une tenette droite a d'abord été introduite ; mais elle n'a ramené à l'extérieur qu'un petit fragment de calcul. Une pince à polype recourbée lui a été substituée sans plus de succès : ce n'est qu'au moyen d'une tenette recourbée qu'il m'a été possible de retirer le corps étranger. La tige du jonc, deux fois repliée sur elle-même, est incrustée, dans la plus grande partie de son étendue, de sels calcaires ; elle a une longueur de 14 centimètres.

Le malade avait été soumis à l'action du chloroforme ; aussi l'opération avait-elle été peu douloureuse, quoique le contact des instruments avec la muqueuse vésicale eût été plus prolongé que nous ne l'aurions voulu. Les suites n'en ont pas moins été des plus simples. L'inflammation qui s'est développée a été très légère, et au bout de dix jours l'urine reprenait son cours par les voies naturelles. Il est survenu cependant un accident auquel nous nous croyions bien peu exposé, vu le peu d'étendue de l'incision, qui ne dépassait la ligne médiane que de 10 à 12 millimètres de chaque côté.

Très peu de sang s'était écoulé pendant l'opération ; mais au bout d'une heure et demie on vint avertir l'interne de garde, qui se transporta immédiatement auprès du blessé. Une hémorrbagie assez abondante s'était faite à l'extérieur ; il crut devoir se borner à placer un tampon de charpie à la surface de la plaie. L'écoulement du sang parut s'arrêter assez facilement. Je vis le malade dans la journée, et je ne crus pas devoir renouveler l'appareil. Je recommandai à l'élève d'appliquer au périnée une éponge imbibée d'eau froide, si par hasard il était appelé de nouveau. Dans la soirée, le même accident se reproduisit ; mais les réfrigérants n'eurent pas plus de succès que les absorbants et la compression extérieure. J'eus alors recours à l'introduction de la sonde, munie d'une chemisette de linge dont l'intérieur fut garni de charpie. Ce tamponnement eut tout le succès que nous pouvions en attendre ; l'hémorrhagie fut arrêtée d'une manière définitive.

Depuis ce moment il n'est pas survenu le moindre accident, et à la fin du mois, la plaie était presque entièrement cicatrisée. Le malade a quitté l'hôpital le 8 septembre.

(*Gazette Médicale.*)

Des polypes de l'urètre chez la femme

et de leur traitement,

Par M. GARRU.

Il n'existe pas de monographie complète sur les polypes de l'urètre. Quelques lignes dans les traités généraux de chirurgie les plus récents, quelques faits isolés dans les journaux de médecine, une ou deux notes de peu d'étendue, où ce sujet est traité à un point de vue spécial, voilà tout ce que la science actuelle présente sur ce point intéressant de pathologie.

Cependant, les polypes de l'urètre ne sont pas rares ; mais ils passent ignorés ou sont méconnus. Chez l'homme, qui y est sujet surtout dans la vieillesse, ils sont pris pour des rétrécissements ; et chez la femme, qui y est bien plus exposée, ils ne causent pas toujours des accidents ou même des incommodités capables d'appeler l'attention des médecins. Il sont, en général, mous et petits, et on les confond avec des végétations muqueuses avec lesquelles ils ont, du reste, la plus grande analogie. Ils sont en quelque sorte hygrométriques, c'est-à-dire susceptibles de gonflement et de diminution ; et l'intermittence des malaises éloigne l'idée d'une cause permanente et d'une lésion matérielle. Il faut avoir eu l'occasion d'examiner souvent les organes génitaux de la femme, et avoir l'esprit dirigé vers les recherches de cette nature, pour reconnaître la fréquence d'une affection qui, le plus souvent, est sans douleur comme elle est sans danger.

Il n'en est pas malheureusement toujours ainsi. Quelquefois, en effet, les polypes de l'urètre gênent l'émission des urines ou la rendent impossible ; ils saignent facilement ou s'enflamment et communiquent aux parties voisines une irritation douloureuse qui augmente dans la marche et condamne la malade au repos.

Quand ces divers inconvénients ont décidé celui-ci à recourir au médecin, le mal est déjà avancé, et ce n'est pas trop alors et de la clarté du diagnostic et d'une bonne méthode de traitement, pour obtenir une guérison qui se fait souvent attendre, et que la repullulation ne rend pas toujours définitive.

Or, le diagnostic présente des difficultés : les polypes sont rarement apparents au dehors, et il est aisé de les confondre avec des altérations organiques variées qui offrent les mêmes symptômes. Quant au traitement, il est plus difficile encore : on sait combien il est délicat d'agir directement sur le canal de l'urètre ; la douleur la plus vive ou des accès de fièvre succèdent souvent à la moindre manœuvre, et le malade répugne toujours à livrer au chirurgien cette partie de son corps plus que toute autre.

Tous ces motifs, la fréquence méconnue des polypes de l'urètre, les erreurs auxquelles expose leur diagnostic, les obstacles du traitement, enfin le petit nombre des travaux entrepris sur ce sujet rendent ce point de la science particulièrement intéressant, et devraient fixer l'attention des chirurgiens. C'est pour suppléer à leur silence que nous nous proposons d'examiner dans ce mémoire les différents côtés de la question, en insistant davantage sur les points que nous venons de signaler.

Nous ne dirons que peu de mots du polype de l'urètre chez l'homme ; la femme a été surtout notre champ d'observation ; c'est sur elle que nous avons eu l'occasion d'essayer une méthode de traitement que le succès a justifiée. C'est donc des polypes de l'urètre chez la femme que nous allons tracer l'histoire.

I. — *Caractères physiques et anatomiques des polypes de l'urètre.*

Envisagés anatomiquement, les polypes de l'urètre consistent dans le développement, à la surface de la membrane muqueuse, d'une excroissance ou végétation de consistance charnue, d'un rouge vif, quelquefois un peu grisâtre, très vasculaire, très facilement saignante, à surface ordinairement lisse, et se continuant avec la membrane muqueuse elle-même par une insertion tantôt large, tantôt étroite, et alors pédiculé. Quelquefois la mollesse des polypes est extrême ; ils sont demi-transparents, gélatiniformes et extrêmement friables ; la membrane qui les enveloppe est très mince, difficile à détacher de la substance même du polype. Cette substance grumeleuse et rosée est renfermée dans des aréoles assez analogues à celle du tissu cellulaire ou des bourgeons charnus des plaies en voie de cicatrisation ; des filaments vasculaires ténus traversent ces divers éléments. Ce sont des polypes vésiculaires ; ce sont aussi les plus fréquents.

Leur forme et leur volume sont variables ; ils se moulent sur les parties où ils sont situés ; ils sont ordinairement lisses et polis, quelquefois lobulés, mamelonnés, fongueux et en grappes. Le plus souvent uniques ou réunis en masse sur un même point, ils offrent un volume qui varient depuis un grain de millet jusqu'à celui d'une noix et même d'un œuf, comme M. Velpeau en cite un exemple.

II. — *Siége et situation des polypes de l'urètre.*

Les polypes de l'urètre peuvent occuper toute l'étendue du canal. Chez l'homme on les observe quelquefois vers la fosse naviculaire, et alors ils ont la consistance des végétations syphilitiques. Dans le plus grand nombre des cas, surtout chez les vieillards, on les rencontre dans la région membraneuse et prostatique de l'urètre, et jusque près du col de la vessie, ou même jusque dans l'intérieur de cet organe, ils forment alors ces fongosités mollasses qui saignent si facilement par l'introduction la plus ménagée de la sonde, et qui causent des rétrécissements profonds, même chez des sujets qui n'ont jamais eu d'accidents blennorrhagiques.

Chez la femme, au contraire, les polypes sont le plus souvent situés à l'orifice extérieur de l'urètre ; ils couvrent le méat, garnissent particulièrement son bord inférieur, et se prolongent plus ou moins dans le canal même. C'est là le siége des polypes les plus communs, des polypes vésiculaires ; rarement, mais non jamais, ils sont logés tout entiers dans le canal ; ils sont alors plus fermes, plus ou moins pédiculés et d'un volume plus fort. Celui de M. Velpeau, que nous citions tout à l'heure, était de cette espèce ; il avait énormément dilaté le canal, puisqu'il avait atteint la grosseur d'un œuf de poule.

III. — *Cause des polypes de l'urètre.*

On a prétendu, et M. Velpeau entre autres, que les polypes du canal de l'urètre étaient toujours l'indice d'accidents syphilitiques passés. On ne saurait trop s'élever contre cette opinion absolue. Il est certain que l'on rencontre très souvent ces polypes chez les femmes publiques ; mais il ne faut pas en conclure qu'ils soient constamment le produit du virus syphilitique. La malpropreté et l'excitation continuelle des organes génitaux en sont certainement le plus ordinairement la cause. Indépendamment que les accidents vénériens siégent plus rarement chez la femme, dans le canal ou à son orifice, que chez l'homme, il n'est pas rare de trouver des polypes de l'urètre chez des femmes dont la moralité est une garantie contre toute cause suspecte de leurs maux, et qui ne doivent l'origine de leurs polypes qu'à un état d'irritation des parties sexuelles, tel que celui qui entretient l'écoulement leucorrhéique, si fréquent à Lyon. D'ailleurs, les végétations polypeuses se montrent chez les jeunes filles au moins autant que chez les femmes mariées, et cette circonstance doit éloigner de l'esprit du médecin tout soupçon offensant.

La jeunesse est même une cause prédisposante au développement des polypes ; comme tous les produits anormaux qui ont leur siége dans l'appareil génito-urinaire de la femme, les polypes croissent à l'âge où la vitalité de ces parties est sans cesse modifiée et accrue soit par la congestion périodique que les menstrues y entretiennent, soit par l'exercice du coït ou de la masturbation, qui en exalte la sensibilité. Dans des observations où j'ai relevé cette condition d'âge, la plupart des malades n'avaient pas dépassé vingt ou trente ans.

---

de l'expression *éloigner de la perpendiculaire*, qu'il a confondue avec l'éloignement de l'axe.

Confondant en outre, et à plusieurs reprises, le point extérieur avec l'objet lui-même, il attribue aux physiciens ses propres erreurs, et les accuse de faire tomber, contradictoirement à tous les faits, un cône lumineux convergent pour expliquer le phénomène de la vision. S'il s'agit d'un point mathématique, c'est un cône de rayons divergents sur la cornée ; et s'il s'agit, au contraire, des deux points extrêmes d'une flèche et de la série des points intermédiaires, c'est alors un ensemble de cônes divergents se dirigeant d'une manière *convergente* vers la pupille.

Enfin, pour avoir une idée de la portée de sa théorie, l'auteur fait remarquer encore à plusieurs reprises que non-seulement les objets sont droits, mais, de plus, ramenés sur la rétine « à leur grandeur » naturelle, avec leurs propres dimensions, selon un plan soutendant la calotte sphérique de cette membrane, égal à l'objet extérieur. » (Textuel.) — L'auteur a voulu dire sans doute que l'image était proportionnelle à l'angle sous lequel, non pas le point de l'objet, mais l'objet lui-même est vu.

Evidemment, l'opinion nouvelle est l'équation d'une erreur et d'un oubli des lois les plus simples de la dioptrique.

Troisième preuve. — *Par la vue droite des images persistantes de la rétine.* — « Alors il n'y a plus de modifications réfractives imprimées aux rayons lumineux par les milieux transparents. L'œil est fermé d'ailleurs, l'image est fixée sur la rétine, et cependant elle s'y trouve droite si l'objet fixé était droit lorsqu'il s'est présenté à l'œil. Elle est donc arrivée droite ; elle n'a donc pas été renversée par les lentilles de la cornée et du cristallin. » Mais, en vérité, cette conclusion ne peut être que la conséquence du principe que les sens ne trompent pas. Elle est donc sans aucune valeur. L'impression sur le sensorium après la disparition de l'objet reste la même que lorsqu'il était visible ; seulement sa durée est plus longue, et voilà tout. Pour faire tourner ce fait à l'avantage de l'opinion que nous combattons, il fallait prouver que l'image imprégnant encore la rétine était droite et non renversée, ce qui n'a pas été démontré. C'est une hypothèse pure et sans aucune espèce de valeur.

Quatrième preuve. — *Par les faits.* — Puisque l'auteur reconnaît la puissance et l'autorité des faits et soutient que rien n'est plus *brutal qu'un fait*, on devait s'attendre de sa part à quelque fait nouveau, inconnu des médecins et même des oculistes, fait sur lequel devait reposer sa théorie révolutionnaire : rien de semblable n'est révélé dans la note, quand l'opinion du renversement lui oppose l'image reçue sur la rétine d'un œil convenablement préparé, image que j'ai en ce moment sous les yeux. Il fallait prouver la non-existence de ce fait ou démontrer expérimentalement que cette image, si facile à constater, est un phénomène de simple apparence, purement subjectif et appartenant à un travail mensonger de l'esprit. Cette preuve n'ayant pas été faite, l'opinion banale reste entièrement debout.

Si rien n'est plus brutal qu'un fait, au dire de l'auteur, on trouvera peut-être que celui qui vient d'être cité traite peu civilement la doctrine de l'oculiste de Madrid. Mais, par événement, on connaît quelque chose de plus brutal qu'un fait, ce sont deux faits. Voici le second, non moins sérieux que le premier : Les yeux étant fermés, si l'on comprime la sclérotique avec le bout du doigt dans sa partie supérieure, l'image apparaît en bas ; elle est en haut, à gauche, à droite, si l'on presse de même sur les parties inférieures droite et gauche : dans tous les cas, les images sont perçues à la partie diamétralement opposée au lieu où se fait le cercle lumineux. N'est-ce pas là une preuve péremptoire de l'habitude contractée par la rétine de recevoir les images renversées et de rapporter constamment l'impression au côté opposé, lorsque l'appareil réfracteur a été entièrement étranger à la production de la sensation lumineuse ? La faible image, directement sentie sous le doigt, n'infirme en rien cette règle générale.

La théorie nouvelle n'est appuyée sur aucun fait sérieux ; elle est contredite par l'image renversée sur la rétine d'un œil fraîchement préparé à cet effet, par le cercle lumineux du phosphène à la suite de la compression de la sclérotique, par le cône des rayons lumineux, dont la base est prise sur la pupille et le sommet répond au point visible de l'objet extérieur ; par les lois les plus simples de la dioptrique, par la persistance des images sur la rétine, et enfin par la pureté morale du sens de la vue lui-même.

La pérennité de la théorie ancienne n'est donc pas le moins du monde ébranlée ; elle subsiste dans son entier, et pas la moindre atteinte ne lui est portée par les travaux de l'oculiste espagnol.

Si l'esprit moderne doit tendre à l'indépendance d'une part, il faut de l'autre qu'il témoigne de son respect pour les opinions depuis longtemps basées sur des faits et des calculs exacts, et qu'il ne laisse toucher à celles-ci qu'après avoir reconnu des prémisses expérimentalement établies et plus solides.

Agréez, etc.

A. Serre (d'Uzès),
médecin à Alais (Gard).

Ainsi la jeunesse, la masturbation, le coït, la leucorrhée et la malpropreté sont à nos yeux des causes beaucoup plus fréquentes des polypes de l'urètre que la syphilis, et, sous ce rapport, nous ne saurions trop invoquer l'autorité des médecins spéciaux. Leur témoignage viendra à l'appui de l'opinion que nous soumettons ici.

IV. — *Symptômes des polypes de l'urètre.*

M. Gerdy distingue, dans la marche des polypes en général, deux périodes auxquelles il a donné les noms de période d'innocence et de période de méchanceté. En acceptant ces dénominations bizarres d'un esprit original, on peut dire que chez un grand nombre de femmes les polypes de l'urètre en sont toujours à la période d'innocence. Ils peuvent, en effet, exister pendant longtemps sans donner lieu à aucun accident de nature à fixer l'attention des femmes qui en sont atteintes.

Chez quelques-unes, le hasard seul les a fait reconnaître au chirurgien qui explorait les organes génitaux dans un tout autre but. Disons toutefois que ces cas sont rares, et qu'il est plus ordinaire de voir les malades éprouver de la cuisson en urinant; elles ont, de plus, des envies fréquentes d'uriner, ce qu'elles ne font souvent qu'avec difficulté. Dans ce cas, il n'est pas rare de voir les urines sanguinolentes. Il existe alors une douleur très vive et une pesanteur qui peut, dans une certaine limite, simuler une affection du col utérin. Aussi, l'une de nos malades se plaignait d'avoir une maladie de matrice et en était très affectée; elle avait simplement un polype de l'urètre.

Quand le polype prend de l'accroissement, ou seulement quand il est extérieur au canal de l'urètre, il peut devenir, dans le coït, le siége d'une douleur très vive, qui interrompt souvent d'une manière fâcheuse les rapports des époux, et devient une source de soupçon et de mésintelligence, comme nous l'avons vu une fois. Le médecin doit être alors un ami, car il est appelé à faire en même temps la médecine du cœur et celle du corps.

Les polypes sont souvent insensibles par eux-mêmes; leur action sur les parties voisines les rend surtout difficiles à supporter. C'est ainsi qu'ils peuvent amener une dilatation douloureuse du canal de l'urètre, et être la cause d'une rétention d'urine; c'est ainsi qu'ils communiquent à la vulve et aux organes environnants. Ils sont alors une cause de douleurs intolérables, et auxquelles il faut s'empresser de porter remède.

(*La suite à un prochain numéro*).

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 décembre 1849. — Présidence de M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance officielle comprend :

Une lettre de M. le ministre des affaires étrangères, qui envoie un échantillon de cédrons, sorte de fèves employées dans l'isthme de Panama comme fébrifuges et antivénéneux. (Commissaires : MM. Chevallier, Mérat, Honoré, Dumeril.)

Plusieurs lettres du ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi de :

1° Une notice sur le traitement du choléra, par M. Teurécki.

2° Une recette contre le choléra et la cholérine; par M. Paoli, pharmacien à Bouniagues (Dordogne).

3° Divers échantillons de remèdes secrets.

4° Un nouvel instrument propre à remplacer à la fois les sangsues et les ventouses.

5° Une lettre du préfet de police, avec envoi des tables des décès dans la ville de Paris pendant le mois de novembre 1849.

— La correspondance manuscrite comprend les communications suivantes :

Vésicatoires dans les inflammations.

M. Goultceit, médecin à Orel (Russie), envoie un mémoire sur l'efficacité des vésicatoires dans le traitement des inflammations *rhumatiques* des membranes séreuses. (Commissaires : MM. Louis et Bricheteau.)

Traitement de l'hydrocèle par l'injection d'ammoniaque liquide.

M. Bonnafont adresse une deuxième observation d'hydrocèle par l'injection d'ammoniaque liquide (Commissaires : MM. Velpeau, Jobert.)

Contagion du choléra.

M. Morlot, médecin en chef provisoire de l'établissement d'aliénés de Dijon, envoie l'histoire de quelques faits qui semblent favorables à la contagion.

Eaux minérales de Salins.

M. Germain envoie un mémoire sur l'efficacité de ces eaux. (Commission des eaux minérales.)

Le même membre affirme que chaque *hectolitre* des eaux-mères des salines de cette localité contient 270 *grammes* de bromure de potassium, et non 107, comme il l'avait dit d'abord, et quoique cette dernière quantité eût paru fabuleuse à quelques membres de l'Académie.

Nominations.

L'Académie procède à la nomination du bureau et des membres du conseil pour l'année 1850.

Sont nommés :

Président............ M. Bricheteau.
Vice-Président......... M. Orfila.
Secrétaire annuel....... M. Gibert.
Membre du conseil :

MM. Velpeau,
Rayer,
Guibourt.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le compte-rendu du trésorier.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 décembre 1849. — Présidence de M. BOUSSINGAULT.

Nominations.

L'Académie procède au scrutin pour la nomination d'un membre correspondant dans la section de zoologie et d'anatomie. La section de zoologie présente, en première ligne, M. Pouchet, professeur d'histoire naturelle à Rouen; en deuxième ligne, et *ex æquo*, M. Gervais, professeur de zoologie à la Faculté des Sciences de Montpellier, M. Joly, professeur de zoologie à la Faculté des Sciences à Toulouse; en troisième ligne, et *ex æquo*, M. Brullé, professeur de zoologie à la Faculté des Sciences à Dijon, M. Macquart, à Lille.

Sur 47 votants, M. Pouchet a obtenu 41 voix.
— M. Joly — 4 —
— M. Gervais — 1 —
Billet blanc, 1

En conséquence, M. Pouchet a été nommé correspondant de l'Académie.

— Dans la séance précédente, l'Académie a élu membre correspondant dans la même section M. Eudes Deslongchamps, professeur de zoologie à Caen.

Rapport de la température animale avec la quantité d'oxygène comburé.

M. Chenot, ancien élève de l'Ecole des mines, adresse une note sur le rapport de la chaleur animale avec l'oxygène comburé. L'auteur pense que c'est à tort qu'on a classé, jusqu'à présent, les animaux en animaux à sang chaud et animaux à sang froid. Il croit, contrairement aux physiologistes, que tous les animaux ont une chaleur absolue proportionnelle à la quantité d'oxygène qu'ils comburent, et que tous en comburent en proportion des aliments qu'ils s'approprient et dans la proportion de leur poids. La température variable tient à l'état du milieu dans lequel vivent les animaux.

Fonctions des globules du sang et but de la respiration.

M. Clémens, ancien maître des sciences physiques au collége de Vevey, actuellement étudiant en médecine à Berne, envoie, sous le couvert du ministre du commerce, un mémoire sur les fonctions des globules du sang et sur l'un des buts probables de la respiration.

D'après l'auteur, les globules du sang seraient doués d'une vie et d'une force particulière en vertu desquelles ils peuvent résister à la destruction et à la putréfaction, et provoquer les mouvements du cœur. Dans la circulation, cette même force et cette même vie président à la nutrition des organes.

Le but principal de la respiration serait la production du fluide globulaire, et la nutrition du corps par la décomposition du sang au moyen des globules, dont les fonctions dans les vaisseaux capillaires ressembleraient à celles d'un système nerveux mobile.

L'acide carbonique qui s'unit aux globules lorsqu'ils ont rempli leurs fonctions, remplissant les fonctions d'une sorte de soupape de sûreté, les narcotise et les force au repos pendant le passage par les veines.

Cataracte noire.

M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, adresse à l'Académie un mémoire renfermant des recherches et expériences sur l'existence de la cataracte noire et sur son diagnostic différentiel.

Monstres céphalomèles.

M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire présente une note sur deux monstres doubles, parasitaires, du genre céphalomèle, actuellement vivants à la ménagerie du Muséum.

Ces deux nouveaux cas, qui portent à quatre le nombre connu jusqu'ici de monstres céphalomèles, sont observés sur deux canards qui présentent chacun un membre postérieur plus ou moins rudimentaire et mal conformé, implanté dans les téguments de l'occiput et en contact avec le crâne.

Résultats des moyens de salubrité introduits dans les aiguiseries d'armes.

M. Morin présente, au nom de M. Jules Peugeot, directeur de l'aiguiserie d'armes de Hérimoncourt, près Montbéliard (Doubs), une note accompagnée d'un relevé statistique qui fait connaître la proportion d'accidents et de morts occasionnés par les éclats ou la poussière des meules avant et depuis l'établissement de son système d'armatures de meules et de ventilateurs aspirateurs.

Dans une période de neuf ans, durant laquelle on ne faisait point usage de ces appareils, sur 10 ouvriers aiguiseurs, 4, soit 4/9 par an, ont été blessés par l'éclat des meules, 7 (près de 1 par an) sont morts de phthisie pulmonaire.

Depuis l'emploi des armatures de meule et de l'aspirateur, dans une période de 5 ans, sur le même nombre d'ouvriers, 1 seul a succombé à la phthisie, le nombre des blessés est de 0.

CORRESPONDANCE.

Traitement du choléra.

Le défaut d'espace nous a seul empêché, jusqu'à ce jour, d'insérer la lettre suivante, que notre impartialité accoutumée a dû nous faire accueillir.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans le n° 126 de la *Gazette des Hôpitaux* vous avez publié la treizième leçon clinique de M. le professeur Rostan sur le choléra, dans laquelle se trouve le passage suivant au sujet du traitement par les purgatifs :

« C'est encore une idée théorique qui a conduit à l'administration de ces moyens. C'est encore pour classer hors de l'organisme l'*humeur peccante*, ou, si vous l'aimez mieux, de la cause toxique contenue dans les intestins, que l'on a donné les évacuants, comme si la cause cholérifère résidait uniquement dans l'intérieur du canal digestif et non dans l'ensemble de l'économie animale. »

Comme je suis un de ces médecins que M. Rostan blâme de ce qu'ils ont eu recours au traitement par les purgatifs contre le choléra, je vous prie de me permettre de répondre au célèbre professeur par l'entremise de votre excellent journal.

Je ne pense nullement que la *cause cholérifère réside uniquement dans le canal digestif*; mais je crois que la plupart des purgatifs, et surtout les purgatifs salins, sont absorbés dans l'estomac, portés dans le torrent de la circulation et rejetés au dehors par la muqueuse intestinale après un temps plus ou moins long. Je crois donc aussi qu'il est permis d'admettre que les purgatifs peuvent enlever dans leur trajet la *cause cholérifère résidant dans l'ensemble de l'économie animale* en l'entraînant au dehors, et il me semble que l'expérience a prouvé qu'il en est souvent ainsi.

Afin que je puisse bien établir que l'*idée théorique* qui a conduit à l'administration des purgatifs pour combattre le choléra dans la première période de la maladie ou mieux encore avant son apparition n'est point fausse, je dois entrer dans quelques détails sur la nature et les effets du choléra tels que je les conçois.

Bien qu'on n'ait encore pu saisir la cause du choléra, non plus qu'on n'a saisi la cause des diverses autres maladies attribuées à certains virus, on admet généralement aujourd'hui que le choléra est le résultat d'un véritable empoisonnement et que l'agent toxique répandu dans l'atmosphère s'introduit dans l'économie par les voies respiratoires.

S'il en est ainsi, peut-on raisonnablement admettre que, parmi les individus qui habitent une même localité et qui par conséquent respirent tous la même atmosphère, il en est *seulement quelques-uns* qui absorbent le poison, tandis que les autres échappent à l'influence délétère? Il me paraît plus probable que tous les individus qui respirent l'atmosphère chargée de l'agent cholérifère absorbent une quantité plus ou moins considérable du poison qui agit chez chacun d'eux suivant l'état de santé générale dans lequel il se trouve, suivant la quantité de l'agent toxique absorbée et suivant le séjour plus ou moins prolongé de cet agent dans l'économie.

Quand l'agent cholérifère est absorbé en petite quantité par un individu qui jouit d'une bonne santé et dont par conséquent tous les organes excréteurs sont doués d'une grande activité, le poison est éliminé par ces organes avant qu'il ait révélé sa présence dans l'économie. C'est ce qui arrive fort heureusement dans le plus grand nombre des cas.

Dans d'autres cas, l'agent toxique absorbé en plus grande quantité ou par des individus dont l'état sanitaire est moins parfait détermine une maladie ordinairement peu grave à laquelle on a donné le nom de cholérine.

Lorsque, enfin, l'agent toxique est absorbé en grande quantité par un individu dans l'économie duquel le poison séjourne longtemps sans révéler sa présence, il en résulte des désordres graves, dont le principal semble être une profonde altération du sang, qui détermine tous les symptômes dont on a désigné l'ensemble sous le nom de choléra.

Ainsi, tous les individus qui respirent l'air chargé de l'agent cholérigène absorbent ce poison et tous peuvent contracter le choléra; mais sur 100 personnes qui sont atteintes de la maladie, il y en a au moins 95 dont la santé était avant l'attaque plus ou moins profondément altérée soit par un régime insuffisant, soit par des excès de boissons ou d'aliments, soit enfin par quelque autre cause qui avait détruit en partie l'action des organes excréteurs.

Au début du choléra, le premier symptôme qu'on observe est ordinairement une diarrhée plus ou moins abondante, qui bientôt devient caractéristique par la nature des évacuations. Cette diarrhée est, à mon avis, le résultat du travail éliminatoire que la nature s'efforce d'établir pour rejeter hors de l'économie la cause cholérifère qui déjà a altéré le sang. Ainsi, je pense qu'il faut au commencement du choléra chercher à augmenter l'action de la muqueuse intestinale au lieu de chercher à l'entraver, ainsi qu'on le fait ordinairement. J'ai souvent observé qu'alors les purgatifs, qui ont d'abord pour effet d'augmenter la sécrétion intestinale, modifient la nature des matières évacuées et font cesser la diarrhée après un ou deux jours.

J'ai aussi souvent observé, tant en 1832 qu'en 1849, que, quand on parvient à faire cesser subitement la diarrhée dans le choléra, soit par les opiacés ou les astringents, on voit presque toujours survenir bientôt après cette suppression, l'ensemble de symptômes auquel on a donné le nom de période de réaction, et qui n'est, je pense, que le résultat d'une répercussion, ou qu'elle est d'autant plus meurtrière que la diarrhée était plus abondante et qu'elle a été plus promptement supprimée.

La période dite de réaction, qui survient après la suppression de la diarrhée, est produite par l'effort que fait l'économie pour accomplir le travail éliminatoire par l'entremise d'un autre organe excréteur que la muqueuse intestinale, et notamment par la peau, qui de froide qu'elle était devient tout à coup très chaude; ce dont les malades se plaignent beaucoup. Dans la plupart des cas le sang était déjà trop profondément altéré pour que le nouveau travail éliminatoire puisse s'accomplir, l'effort fait par l'économie cesse bientôt et l'on voit se reproduire tous les symptômes primitifs du choléra, sinon la diarrhée, qui quelquefois ne reparaît pas. Aussi les malades meurent ordinairement par l'asphyxie que détermine la stase du sang devenu trop épais pour circuler dans les poumons non plus que dans les autres organes.

Ce n'est pas seulement dans les cas de choléra où l'on a supprimé subitement la sécrétion intestinale que l'économie cherche à éliminer l'agent toxique par la peau. Souvent il arrive que ce travail éliminatoire s'établit dès le début du choléra. Telle est la cause de ces diverses maladies de la peau et notamment de la *suette miliaire* que beaucoup de médecins ont signalées comme complications du choléra.

Je dois citer à l'appui de cette opinion les deux observations suivantes, qui m'ont paru concluantes :

1° Catherine Le Marchant, âgée de cinquante-deux ans, d'une forte constitution, fut réveillée subitement dans la nuit du 28 octobre par un malaise. Quand je la vis, une heure environ après son réveil, elle se plaignait d'un violent mal de tête, de nausées, de diarrhée, d'une chaleur brûlante et de fourmillement à la peau (pouls 120).

Elle me dit qu'elle avait la diarrhée depuis trois jours, sans qu'elle y eût pris garde, bien qu'elle eût donné ses soins à une de ses voisines morte du choléra deux jours auparavant; qu'elle avait passé la journée précédente à laver du linge sur le bord de la rivière; qu'elle avait soupé comme d'habitude, et s'était couchée sans rien éprouver d'extraordinaire.

Ces renseignements et sa voix voilée ne me laissant aucun doute sur la nature de sa maladie, je lui fis prendre 30 grammes de sulfate de magnésie.

Lorsque je retournai chez cette malade, douze heures plus tard, l'état fébrile et les autres symptômes avaient plutôt augmenté que diminué, bien que le purgatif eût produit d'abondantes évacuations alvines ; et, comme la congestion cérébrale me semblait imminente, je pratiquai uoe saignée du bras. Le sang, bien que fortement animalisé, n'était ni aussi épais, ni aussi noir qu'il l'est ordinairement dans une période avancée du choléra.

Dans la soirée du même jour la diarrhée avait presque complétement cessé ; mais la malade était toujours très agitée. Elle se plaignait surtout de mal à la tête, de chaleur à la peau, et se découvrait continuellement malgré les représentations des personnes qui l'entouraient. — Boissons chaudes ; potion calmante.

Le 29 au matin, même état, moins la diarrhée, qui a cessé. Dans la soirée la malade s'étant jetée hors de son lit plusieurs fois pour se rafraîchir, ainsi qu'elle le disait, la face, puis le corps, deviennent froids ; la diarrhée et les nausées se manifestent de nouveau, et il survient des crampes dans les jambes et dans les bras. Cet état continue toute la nuit, malgré quatre demi-lavements laudanisés, malgré l'usage d'une potion calmante, ainsi que l'application de sinapismes sur l'abdomen et les jambes, et des frictions sur les parties douloureuses souvent renouvelées.

Le 30, bain chaud mal administré, ainsi que cela a presque toujours lieu dans les logements des malades pauvres, où tout manque pour chauffer l'eau en quantité suffisante, pnur exclure les courants d'air, etc. Cependant à la sortie du bain la malade se trouve mieux, et la diarrhée se modère.

Dans la soirée du même jour, tous les symptômes du choléra se reproduisent avec une grande intensité, et la malade succombe dans la nuit. La sécrétion urinaire a continué d'avoir lieu pendant toute la durée de la maladie. Bien que la cyanose n'ait paru sur aucune partie de la peau, la sclérotique est devenue noire plusieurs heures avant la mort, et la malade s'est plainte d'avoir perdu la vue deux heures avant d'avoir perdu l'usage de la parole et lorsqu'elle comprenait encore les questions qu'on lui adressait.

Obs. II. — Joséphine Le Marchant, parente et voisine de Cathérine, avait été atteinte d'un malaise général et de diarrhée cholériforme deux jours avant que Cathérine tombât malade. Elle avait pris, d'après mon conseil, 30 grammes de sulfate de magnésie, et jouissait de son état de santé habituel, qui est mauvais par suite de nourriture insuffisante. C'est une ouvrière en dentelle qui gagne 4 à 5 fr. par semaine et qui n'a guère que cette faible somme pour subvenir à ses besoins et à ceux de sept jeunes enfants.

Le 31 octobre, Joséphine met en bierre sa voisine Catherine, ce qu'elle fit avec répugnance et avec *crainte du mal*, ainsi qu'elle me le dit, mais avec ce dévouement que les pauvres doivent nécessairement avoir les uns pour les autres, puisqu'ils ne peuvent point payer des étrangers pour leur rendre les services dont ils ont besoin.

Dans la nuit suivante, Joséphine fut réveillée de la même manière que l'avait été Catherine : avec nausées, diarrhée, mal de tête, chaleur et fourmillements à la peau. Lorsque je la vis dans la matinée du 1er novembre, elle était dans ce même état ; les paupières étaient œdématiées, le pouls donnait 110 pulsations. — Boissons chaudes ; pilules de diascordium et d'extrait d'opium.

Dans la soirée du même jour, la diarrhée et les nausées avaient cessé, mais la chaleur et l'irritation de la peau avaient augmenté.

Le 2, la peau est brûlante et rouge ; sueur abondante.

Le 3, la peau se recouvre de petits boutons, les uns rouges, les autres blancs, qui la rendent très rugueuse au toucher. Cet état de la peau, qui est toujours accompagné de fièvre, continue pendant deux jours, au bout desquels la fièvre cesse ; alors l'épiderme se détache en larges plaques, et la malade entre en convalescence.

Bien que la marche et la terminaison de la maladie n'aient pas été les mêmes chez ces deux malades, je pense que l'une et l'autre ont eu le choléra. Chez Catherioe, qui probablement avait absorbé une plus forte dose de l'agent toxique, l'élimination n'a pu avoir lieu par la peau, parce que le travail de l'élimination a été contrarié par la saignée d'abord, puis par l'exposition du corps à l'air froid.

Chez Joséphine, au contraire, le travail éliminatoire par les téguments externes, ayant été favorisé tant par l'administration de l'opium et des boissons chaudes que par les précautions prises pour empêcher le refroidissement du corps, a pu s'accomplir de manière à éliminer l'agent toxique avant qu'il eût déterminé la décomposition du sang et les divers phénomènes morbides qu'entraîne cette décomposition.

Il est donc évident que les diverses maladies de la peau décrites comme complications du choléra ne sont, ainsi que la diarrhée, que des symptômes de cette maladie. Toutes résultent de l'effort que fait l'économie pour éliminer l'agent toxique par l'intermédiaire des téguments externes, comme la diarrhée résulte de l'effort fait par l'économie pour éliminer ce même agent toxique par l'action de la muqueuse intestinale.

Les parotides qu'on observe fréquemment pendant la durée du choléra indiquent évidemment aussi que dans certains cas l'agent cholérifère est éliminé par les glandes salivaires.

Enfin, ce qui prouve surtout que le poison dont l'introduction dans l'économie produit le choléra est éliminé par les divers organes excréteurs, c'est l'immunité dont ont joui en 1832, comme en 1849, presque toutes les personnes soumises à un traitement mercuriel ; si ces malades ont été épargnés par le choléra, c'est que le traitement mercuriel a pour résultat de douer les organes sécréteurs et excréteurs d'une grande activité.

Il ne faut pas toutefois conclure, ainsi que l'ont fait certains médecins, de l'immunité des malades soumis depuis un temps plus ou moins long à l'usage du mercure avant que le choléra se fût déclaré, que l'on peut guérir le choléra au moyen du mercure, ce médicament ayant sur l'économie une action lente, tandis que le choléra a une marche très rapide ; le choléra a le temps de tuer les malades qui en sont atteints avant que le mercure ait le temps de les guérir. C'est donc seulement comme moyen prophylactique que le mercure pourrait être employé dans les épidémies de choléra.

Comme il existe d'autres moyens prophylactiques qui n'ont pas les inconvénients du traitement mercuriel, on doit, je pense, y avoir recours plutôt qu'à ce dernier.

Ces moyens prophylactiques sont :

1° Une nourriture généreuse ;

2° L'usage de bains tièdes et de la laine sur la peau ;

3° L'usage des purgatifs salins à faibles doses.

J'ai déjà dit que les personnes qui font habituellement usage d'une bonne nourriture sont bien moins sojettes au choléra que celles dont la saoté est détériorée par une nourriture insuffisante ; ce dont on se rend facilement compte par le peu d'activité des organes excréteurs chez ces dernières. Je citerai comme preuve, à l'appui de cette opinion, le fait suivant :

Dans un groupe isolé de maisons habité par 23 personnes mal nourries, 14 avaient déjà été atteintes du choléra ou de la cholérine (1), 2 avaient succombé, el j'avais lieu de croire que tous les habitants de cette localité subiraient l'influence de la maladie quand je lenr fis distribuer chaque jour de la viande fraîche et du vin, ce qui constituait un régime très tonique pour les personnes qui ne boivent jamais de vin et mangent rarement de la viande. Huit jours après que j'eus établi ce régime, tous les malades étaient guéris, et nul nouveau cas ne s'était déclaré.

Ainsi, les personnes riches ont un moyen fort facile d'empêcher la propagation du choléra ; c'est de veiller à ce que les pauvres snient bien nourris pendant la durée de l'épidémie, au moins.

2° Les bains tièdes et la laine sur la peau ont pour effet d'entretenir l'action de cet organe, comme organe excréteur.

3° Les purgatifs salins à faibles doses ont le même effet sur la muqueuse intestinale que les bains et l'usage de la laine ont sur les téguments externes.

Je terminerai en ajoutant que, parmi les personnes de ma connaissance qui ont comme moi-même observé les simples règles d'hygiène que je viens de prescrire, aucune n'a été atteinte ni du choléra, ni de la cholérioe.

Duvard, d.-m.-p.

Luc-sur-Mer, le 2 décembre 1849.

(1) L'observation suivante que m'a offerte un de ces 14 malades semble venir à l'appui de l'opinion des médecins contagionistes : Charles, mari de Catherine, était à la mer depuis un mois quand sa femme mourut ; il en revint trois jours plus tard, coucha dans le lit où sa femme était morte, et, vingt-quatre heures après, il fut pris de la diarrhée cholérique qui ne céda qu'après trois jours d'un traitement actif. Toutefois, il est évident qu'il y avait là infection et non contagion. Cet homme était venu s'exposer à la cause qui déterminait la maladie chez les autres habitants du groupe de maisons où il demeurait ; pourquoi n'en aurait-il pas éprouvé les effets aussi bien que ses voisins ?

Nous recevons de notre honorable confrère M. Bretet, de Brest, une lettre que le défaut d'espace nous empêche d'insérer textuellement, mais dont nous extrayons le passage suivant, qui contient des renseignements précis sur l'épidémie de Douarnenez et des environs.

Douarnenez compte 4,000 âmes ; les communes de Poullan, de Pouldergat et de Plouré en ont chacune 200 au moins. Nous avons eu, en réunissant tous les cas et tous les décès de ces diverses communes :

Cas........................	1126
Décès........................	400

L'épidémie a commencé le 29 septembre, elle a duré juspu'au 8 décembre ; c'est à cette époque que j'ai quitté Douarnenez. J'ai su, depuis ce temps, qu'il ne s'était présenté aucun cas nouveau.

L'épidémie de Douarnenez n'a guère frappé que sur les femmes et les enfants de la classe la plus misérable, à l'exception des mendiants proprement dits, qui sont cependant fort nombreux et qui ont été seuls épargnés. Je ne dirai pas que les quartiers, les maisons les plus sales ont fourni plus de victimes, car les maisons, obscures, humides et basses, sont presque toutes également malpropres, encombrées d'enfants chétifs qui ne vivent toute l'année que de pain noir et de poisson salé.

NOUVELLES.

M. Lafon, médecin en chef de l'hospice des Incurables (femmes) et de l'hospice de Villas, vient de mourir à Paris dans sa quatre-vingt-dixième année. C'était le doyen des médecins des hôpitaux, et il est mort étant encore dans l'exercice de ses fonctions.

— Les chirurgiens aides-majors de 2e classse dont les noms suivent sont promus à la 1re classe :

MM.

Ridzek, au 2e régiment de la légion étrangère.
Louvel, au 10e dragons.
Fernet, au 8e cuirassiers.
Lebrun, en Algérie.
Nicod, au 34e de ligne.
Tabouret, en Algérie.
Blanvillain, au 65e de ligne.

MM.

Henry, au 4e léger.
Songy, au 6e hussards.
Froye, au 2e cuirassiers.
Fleschhut, au 1er chasseurs d'Afrique.
Bécane, au 26e de ligne.
Legouest, au 17e léger.

— Les chirurgiens aides-majors de 1re classe dont les noms suivent changent de destination :

MM.

Erbmann, du 1er carabiniers, passe aux hôpitaux de l'Algérie.

Renard, à l'hôpital de Calvi, est détaché au corps de la Méditerranée.

Hansen, à l'hôpital de Mont-Louis, passe à l'hôpital de Toulon.

Gaullet, aux salles militaires de l'hospice civil de Neuf-Brisach, passe à l'hôpital de Lyon.

Edme, dit Maurice, à l'hôpital d'instruction de Lille, passe à l'hôpital de perfectinnnement.

Delassus, à l'hôpital d'instruction de Strasbourg, passe à l'hôpital d'instruction de Lille.

Leguey, à l'hôpital du Gros-Caillou, passe à l'hôpital de perfectionnement.

Varlet, au dépôt de l'île d'Aix, détaché à l'armée des Alpes, passe à l'hôpital de Popincourt.

Larrivière, au 4e bataillon de chasseurs à pied, passe au 10e d'artillerie.

Féron, au dépôt de premiers secours à Rocroy, passe à l'hôpital de Givet.

Candé, au 10e d'artillerie, passe à l'hôpital du Gros-Caillou.

Gerrier, en Algérie, passe au 4e bataillon de chasseurs à pied.

Lecœur, chirurgien aide-major de 2e classe à l'hôpital de perfectionnement, passe à l'hôpital du Gros-Caillou.

Chevassu, chirurgien sous-aide à l'hôpital de perfectionnement, passe à l'hôpital du Gros-Caillou.

Frison, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou, passe à l'hôpital de perfectionnement.

— La *Gazette Médicale de Montpellier* annonce que le nombre des élèves de la Faculté de Médecine de cette ville est, cette année, d'un tiers plus considérable que l'an dernier.

Dans les Facultés de Paris et de Strasbourg, l'augmentation a suivi à peu près la même proportion.

— M. Magendie commencera son cours au Collége de France vendredi prochain à midi, et le continuera les mercredis et vendredis à la même heure.

Le professeur exposera, cette année, les *principes* de la médecine expérimentale.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 22 DECEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 149.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS.	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

Revue clinique hebdomadaire.

Du diagnostic de l'empoisonnement par les caustiques. — Le fait dont nous allons exposer en quelques mots les détails est curieux à la fois sous le rapport du diagnostic, de la médecine légale, et de la singularité des circonstances dans lesquelles il semble s'être produit.

Un jeune homme de vingt-deux ans, cordonnier, entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Lazare, n° 33, le 29 novembre 1849. Il se plaignait d'une violente douleur à l'épigastre; il avait des vomissements douloureux et opiniâtres, composés de matières bilieuses et de quelques caillots sanguins noirâtres. Ces accidents paraissaient s'être développés tout à coup sans cause connue, du moins à en croire les renseignements donnés par le malade. On prescrivit de la glace en fragments à l'intérieur, de la limonade sulfurique et des cataplasmes émollients sur l'épigastre.

Le lendemain les mêmes symptômes persistaient, moins toutefois l'hématémèse; il y avait une fièvre assez intense, une soif vive, des vomissements répétés, et un sentiment de brûlure intense dans la région de l'estomac.

Pour quiconque connaît, et tout le monde à peu près en est là aujourd'hui, l'excessive rareté des gastrites primitives, surtout à ce degré d'intensité, la présence de ces accidents redoutables ne pouvait manquer de porter les soupçons vers une cause toxique. C'est en effet à un empoisonnement par un poison caustique que M. Martin-Solon songea d'abord. Mais les réponses du malade étaient constamment de nature à faire repousser une semblable idée. Toutefois ces réponses, malgré leur opiniâtreté, ne parurent point convaincantes, et M. Martin-Solon n'en persista pas moins dans son diagnostic. L'examen de la bouche le confirmait d'ailleurs. On observait sur quelques points de la langue et du palais des pellicules pseudo-membraneuses.

Le malade, qui était placé dans l'obscurité, fut couché le surlendemain, 1er décembre, dans un lit mieux éclairé, et ce jour, on put constater, outre les pellicules buccales, un sillon ou plutôt une raie noirâtre sur chaque partie latérale de la lèvre supérieure, sillon ou raie qui représentait parfaitement l'empreinte qu'aurait dû produire le bord d'un verre enduit d'une matière caustique. A dater de ce jour, M. Martin-Solon persista non-seulement dans sa première idée, mais encore, prenant en considération la couleur noire de la légère eschare, précisa la nature du poison et déclara que c'était l'acide sulfurique.

Les symptômes persistèrent encore pendant plusieurs jours, puis se calmèrent peu à peu, et il ne restait, y a quelques jours, qu'une douleur épigastrique fixe, mais assez vive encore. Cette douleur a été attaquée hier par l'application d'un large vésicatoire couvrant toute la région épigastrique. Aujourd'hui, elle est beaucoup moindre. Mais il y a une douleur assez vive vers la région vésicale; l'émission des urines cause quelques souffrances; les urines sont troubles. A ces signes, on reconnaît une cystite cantharidienne. — Le malade commence d'ailleurs à avoir de l'appétit, et demande à manger, ce qu'on ne lui accorde pas encore aujourd'hui.

Dans le cas actuel, la question du diagnostic n'a dû être posée qu'au point de vue de l'institution d'un traitement rationnel; mais on comprend que si une action judiciaire avait été engagée, on aurait eu, en outre, une autre question médico-légale importante à résoudre. Il n'est donc pas inutile de nous arrêter un instant sur ce diagnostic et sur les circonstances qui seules pourraient le rendre obscur : ces circonstances se résument toutes dans la négation absolue et réitérée du malade, qui soutient n'avoir pris aucune substance toxique, soit volontairement, soit involontairement. Le malade semble n'avoir aucun motif de nier la vérité; il devrait même avoir de puissantes raisons contraires, puisque, dès son entrée à l'hôpital, on lui a fait observer avec raison que la connaissance exacte de la vérité importait au médecin pour apaiser ses souffrances. Le patient n'en a pas moins persisté dans ses assertions. Malgré cette persévérance de sa part, il n'en faut pas moins reconnaître qu'il altère sciemment la vérité. La soudaineté, la nature et la marche des accidents, sur lesquels il est inutile de revenir, prouvent suffisamment que c'est à l'introduction d'une substance corrosive qu'ils doivent être rapportés.

Dans le cas actuel, cette opinion n'a qu'une importance médiocre, puisque le traitement à mettre en usage est fort simple; mais dans un cas analogue où les lumières de la médecine seraient invoquées par la justice, il serait très important de se rappeler les particularités qui dans le cas précédent permettent de se prononcer d'une manière aussi absolue, particularités sur lesquelles d'ailleurs les médecins légistes ont eu soin d'insister.

Contracture essentielle des extenseurs des doigts. — Nous devons revenir en quelques mots sur le fait intéressant de contracture essentielle dont nous avons entretenu nos lecteurs dans notre numéro du 24 novembre. Dans ce numéro, nous avons constaté l'impuissance des applications de chloroforme sur la région des muscles contractés. Depuis, on a essayé d'appliquer l'agent anesthésique sur la peau dénudée de son épiderme : on a donc appliqué un vésicatoire tenant toute la largeur de la face dorsale de l'avant-bras sur une longueur égale, et on l'a en quelque sorte pansé avec le chloroforme. Cette nouvelle tentative a d'abord paru produire une certaine amélioration : la malade a pu fléchir les doigts à peu près à moitié, mais seulement pendant une partie de la journée; au moment où elle s'y attendait le moins, cette faculté cessait tout à coup. Cet état a persisté jusqu'à lundi dernier sans qu'on ait tenté aucun nouveau moyen. Mardi M. Louis a prescrit des douches de vapeur sur la partie affectée. Deux douches ont déjà été administrées, et déjà la malade trouve que la flexion qu'elle exécute est plus grande et aussi que la faculté de fléchir dure pendant plus longtemps. Il sera intéressant de suivre les effets des douches ultérieures. Nous ne manquerons pas de tenir nos lecteurs au courant de cette expérience.

Abcès de la fosse iliaque. — Ces curieux abcès, bien connus seulement dans ces derniers temps, principalement depuis les observations de M. le professeur Chomel, observations dont nous avons entretenu nos lecteurs dès qu'elles ont été faites, offrent cependant encore un grand intérêt aux observateurs. C'est à ce titre que nous appelons l'attention de nos lecteurs sur un malade que nous avons vu aujourd'hui dans le service de M. Martin-Solon.

C'est un jeune homme de vingt-huit ans, d'une constitution extrêmement robuste, n'habitant Paris que depuis trois mois, et n'ayant jamais été malade avant son arrivée dans cette ville. Dès qu'il y a été établi, il a commencé à éprouver des malaises généraux, qu'il ne caractérise que très imparfaitement, et de constipation. Il prit, de son chef, quatre cuillerées de médecine Leroy, qui ne le soulagèrent en aucune façon. La maladie continua, au contraire, à s'aggraver, et empêcha bientôt le malade de se livrer à sa profession de joaillier. Il entra à l'Hôtel-Dieu le 19 novembre, avec les symptômes d'une péritonite très circonscrite dans la région iliaque gauche. Cette péritonite s'étendit progressivement à la plus grande partie du côté gauche du péritoine, puis se limita de nouveau vers son point de départ primitif, mais sans que le malade se trouvât soulagé; au contraire, des accidents de compression de la vessie se manifestèrent assez intenses.

Un jour, le malade constata, en allant à la garde-robe, qu'il rendait une certaine quantité d'une matière jaune-blanchâtre. A partir de ce jour, il se sentit notablement soulagé; la fièvre cessa à peu près complètement, les difficultés d'uriner disparurent, la tension et le gonflement de l'abdomen devinrent infiniment moindres. Mais après quelques jours de soulagement, le gonflement augmenta de nouveau et la fièvre reparut. C'est dans cet état que le malade se trouve actuellement.

Le traitement a été celui qu'on oppose ordinairement aux inflammations. Nous ne voulons pas insister sur ce point. Mais ce qu'il importe de remarquer chez ce malade, c'est le soulagement qu'il a éprouvé après avoir rendu des matières d'apparence purulente par le rectum, ainsi que la rechute qui a suivi ce soulagement. C'est là la marche ordinaire de ces abcès, et il est probable que cette alternative se présentera plus d'une fois encore avant l'issue définitive de la maladie; quant à la nature définitive de cette issue, rien jusqu'à ce moment ne permet de la prévoir, si ce n'est la connaissance des cas analogues, laquelle nous apprend que, lorsque les abcès iliaques se développent chez des individus bien portants et qu'ils ne reconnaissent pas pour cause une lésion organique grave, ils se terminent le plus souvent par la guérison. Quoiqu'il y ait ici des doutes sur la véritable cause de l'abcès, on peut néanmoins la trouver dans la constipation qu'a éprouvée le malade pendant quelque temps. Dans tous les cas, on ne saurait la trouver dans aucune lésion organique, et pour cette raison le pronostic nous semble devoir être favorable. Toutefois, on est trop loin de pouvoir arriver à une certitude à cet égard pour que nous ne persistions pas à suivre avec soin ce fait d'un grand intérêt pratique.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

Applications de glace dans les ophthalmies traumatiques. — Un cas d'incontinence d'urine traitée par le galvanisme.

Plusieurs fois déjà dans la *Gazette des Hôpitaux*, nous avons appelé l'attention des praticiens sur les heureux effets des applications de glace dans les ophthalmies. Il n'est peut-être aucune de ces affections à laquelle ce mode de traitement soit mieux approprié qu'à l'ophthalmie de cause traumati-

---

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

De la diphthérite, par le docteur MIQUEL (de Tours).

Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent, par BOYER.

Si souvent et si habilement traitée par des hommes du premier mérite, l'histoire du croup et de la diphthérite semblerait devoir être aujourd'hui bien complète et ne plus demander aucuns travaux, aucunes recherches nouvelles. Et cependant, voici qu'un praticien distingué, M. Miquel (de Tours), plus connu de nos lecteurs sous le nom de Miquel (d'Amboise), n'a pas jugé inutile d'y revenir encore et d'appuyer par de nouveaux faits des doctrines qu'il ne pense pas être assez répandues.

Le travail intéressant qu'il publie a trait surtout aux questions litigieuses de cette histoire. Nous allons analyser rapidement les opinions déduites des observations de M. Miquel.

Pour lui, la laryngite aiguë et le croup ne sont pas plus la même chose que la variole et l'érysipèle, que le chancre et l'ulcère simple. L'existence des ganglions gonflés dans le croup, leur absence dans les affections simplement inflammatoires prouvent la différence de leur nature; et, en effet, l'auteur nie qu'une inflammation simple puisse dégénérer en diphthérite.

La diphthérite est-elle transmissible? je ne dis pas contagieuse, pour éviter pour le moment toute querelle de mots. Comme tous les élèves de Bretonneau, M. Miquel l'affirme, et il cite des faits à l'appui de son assertion. Et disons, avant d'aller plus loin, que, pour l'auteur, il n'y a pas croup seulement quand il y a des fausses membranes rendues. Il ne faut pas avoir vu immensément de diphthérites laryngo-trachéales pour être convaincu que bon nombre de malades qui l'ont eue n'en ont pas expulsé. De même, il est des affections trachéo-bronchiques très aiguës dans lesquelles, sans qu'elles soient diphthéritiques, on voit les sujets rendre des pellicules qui ne sont pas plus analogues aux pellicules diphthéritiques que la fausse membrane qui recouvre les tonsilles et le pharynx des scarlatineux.

Comment donc distinguer les cas douteux, car on aura beau faire, il y aura toujours des cas difficiles à diagnostiquer? M. Miquel établit d'abord qu'il n'est pas toujours nécessaire de se prononcer. On doit, dans la plupart de ces cas douteux, se conduire comme si l'on était en présence de l'affection la plus dangereuse, et cela d'autant mieux que ce traitement est aussi le meilleur pour les maladies qui pourraient être confondues avec le croup. Que si l'on tient cependant à se prononcer formellement, dans beaucoup de cas ce sera possible, et voici comment s'y prend M. Miquel pour éviter des erreurs fâcheuses. S'il n'y a que légère souffrance de la gorge, avec un malaise non suffisamment expliqué par autre chose, il examine le pharynx, car l'observation lui a prouvé, comme à Bretonneau, que, dans une énorme proportion (trente fois contre une), la diphthérite pharyngienne précède celle des voies respiratoires.

S'il n'y a que peu de fièvre, sans aucun signe de fièvres éruptives, si le malade n'a pas eu déjà la diphthérite, si la toux et la voix sont croupales, bien que le pharynx soit net et que l'on n'ait pas vu de fausses membranes expulsées, l'auteur se comporte comme s'il y avait diphthérite laryngo-trachéale. Dans les cas où ces phénomènes n'existent pas, quoiqu'il y ait toux croupale, il faut attendre pour se prononcer.

Passant au traitement, M. Miquel rappelle que le traitement le plus efficace est toujours le traitement topique. Il est inutile que ces topiques soient caustiques; il leur suffit d'être astringents et énergiques. Quant aux fausses membranes, inutile de chercher à les expulser. M. Miquel, on l'a déjà compris, proscrit les émissions sanguines dans le traitement de la diphthérite. Il proscrit également les fumigations, les insufflations de matières pulvérulentes, difficiles et plus nuisibles qu'utiles. Les topiques solides ou mis à l'aide d'un pinceau sont d'une innocuité absolue dans le pharynx; il n'en est pas de même de la glotte, et la pénétration de liquides médicamenteux dans la trachée peut causer des accidents graves. Il faut donc se contenter d'employer une éponge mince et peu imbibée de la solution médicamenteuse.

Le traitement que préfère M. Miquel c'est celui par le calomel et l'alun, administrés toutes les deux heures à la dose de 0,10 à 0,15. Le nombre des malades ainsi traités est de vingt-six au jour où écrit M. Miquel, sur lesquels vingt-deux ne permettent aucun doute, et les succès obtenus ont été tels, que l'auteur préfère ce traitement à tout autre, et le regarde comme incontestablement plus efficace.

Maintenant, comment agit la médication dont nous parlons? Comme topique d'abord, cela est évident. Mais de plus, l'auteur pense que les résultats qu'il obtient sont dus à une intoxication mercurielle et à l'action *sui generis* du calomel sur la muqueuse laryngo-trachéale.

Voilà l'analyse bien succincte du mémoire de M. Miquel. Nous en recommandons la lecture aux praticiens, qui y trouveront de très utiles préceptes pour le traitement du croup, cette affection si terrible qui fait tant de ravages chaque année parmi les enfants. Nous ne saurions trop remercier, pour notre part, notre confrère, d'avoir

que. Contusions, déchirures, incisions sur le globe de l'œil, toutes ces lésions prennent un surprenant caractère de bénignité sous l'influence des applications continues de glace. M. Chassaignac ne traite pas autrement les inflammations qui succèdent aux opérations de cataracte, surtout l'opération par extraction que ce chirurgien emploie comme méthode générale depuis quelques années qu'il a commencé à faire des applications de la glace dans les ophthalmies.

Les applications réfrigérantes dans les inflammations de l'appareil oculaire sont une de ces pratiques dont on retrouve les traces à toutes les époques de la science. Presque tous les chirurgiens ont employé le mode d'application, qui consiste à maintenir sur les yeux, après certaines opérations ou certaines lésions traumatiques, des compresses trempées dans de l'eau très froide et très fréquemment renouvelée. Mais aucun chirurgien ni ophthalmologiste, à notre connaissance, n'a fait des applications continues de glace le fond de sa pratique pour le traitement des ophthalmies suraiguës de quelque nature qu'elles fussent. C'est ce que fait journellement, à l'hôpital Saint-Antoine, M. Chassaignac, avec des résultats qui méritent d'être connus. Qu'on réduise tant qu'on voudra le mérite de cette vue thérapeutique, qu'on refuse d'accorder à cette médication l'importance peut-être exagérée que lui donne son auteur, ce n'est pas une raison pour s'endormir dans la routine des méthodes banales, et dont l'expérience montre chaque jour, sinon l'inefficacité, du moins l'insuffisance dans beaucoup de cas. Encore restera-t-il certain que, même en continuant l'emploi des agents ordinaires, on pourra dans bien des circonstances augmenter singulièrement leur puissance en les combinant dans les cas difficiles avec les applications de la glace, ainsi que cela se pratique souvent à l'hôpital Saint-Antoine.

Les faits que nous allons rapporter comme exemple de lésions traumatiques sont les suivants :

1° Une contusion sans plaie ni déchirure ;

2° Une contusion du globe de l'œil avec déchire ou éraillement de la sclérotique ;

3° Une plaie de la cornée par instrument contondant.

Obs. I. — Bouyer (Pierre), maçon, âgé de trente-cinq ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, n° 9, le 19 juillet 1849.

Cet homme fut atteint il y a cinq ans, en même temps que ses enfants et sa femme, d'un mal d'yeux qui dura quelques mois et qui lui avait laissé une assez grande susceptibilité de l'organe de la vue.

Le 9 juillet de cet année, il se frappa à la région temporale gauche contre un piquet de bois, qui lui fit une forte contusion. Dès le lendemain de cet accident, il y avait une vive injection de la conjonctive, du larmoiement et de la photophobie. Il voulut néanmoins continuer ses travaux ; mais, le 16 juillet, des douleurs très intenses accompagnées d'élancements se sont déclarées dans tout le pourtour de l'œil malade, et à ce point que, jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, le malade n'a pu jouir d'un instant de sommeil.

Le 19 juillet, la conjonctive est fortement injectée ; la cornée brillante à sa surface, mais moins transparente qu'à l'état normal. Larmoiement et photophobie très intenses. Douleurs susorbitaires aiguës. L'iris commence à s'altérer dans sa coloration. Applications continues de glace au moyen de l'intestin de mouton. Pediluves sinapisés.

Le 21 juillet, les douleurs ont considérablement diminué et l'inflammation paraît complétement enrayée dans sa marche.

Le 22, les douleurs ont tellement diminué que le malade a pu dormir une grande partie de la nuit. La cornée est toujours brillante. La conjonctivite a presque disparu, mais la vision ne s'améliore pas. — Même traitement.

Le 24, les douleurs ont cessé ; elles ne se font plus sentir que dans les moments où les applications de glace sont suspendues. Mais elles se calment au bout de quelques instants dès qu'une application nouvelle vient d'être faite. La vision, de confuse qu'elle était, a repris un peu plus de netteté. — Même traitement.

Le 26, absence complète de douleurs. La cornée reprend sa transparence normale. Il n'y a plus de photophobie. L'œil distingue de plus en plus facilement les objets.

Le 28, l'œil semble revenu à son état normal. La pupille est très nette et parfaitement régulière. Le malade assure même qu'il voit aujourd'hui plus distinctement de l'œil gauche que de l'œil droit. Cette circonstance, toute bizarre qu'elle paraisse, s'explique par ceci que, depuis l'ophthalmie ancienne dont il avait été atteint, la vue des deux yeux était restée amoindrie. Il est donc à présumer que les applications de glace ont eu ici le double avantage :

1° De juguler l'inflammation récente ;

2° D'exercer une influence heureuse sur les conditions défavorables dans lesquelles était resté l'organe de la vision à la suite de l'ophthalmie ancienne.

Le 30, la cornée a repris le poli de sa surface et une transparence parfaite.

Le 31 juillet, l'ophthalmie paraissant terminée, on cesse complétement les applications de glace.

Le 1er août, le malade quitte l'hôpital ne se plaignant plus d'aucun affaiblissement de la vue.

Remarques. — Une violence extérieure portée, non pas directement sur le globe de l'œil, mais dans son voisinage, détermine chez ce malade la recrudescence suraiguë d'une ophthalmie qui date déjà de plusieurs années, il est vrai, mais qui a laissé l'organe de la vue dans un état de subinflammation presque habituel qui en a altéré les fonctions. Sous l'influence d'une cause traumatique surviennent des accidents qui annoncent une de ces inflammations qui font redouter les altérations les plus graves de l'œil, et semblent destinées à en envahir successivement tous les tissus ; car il y avait ici imminence d'ophthalmite. Cependant au bout de quelques jours les simples applications de glace faites avec persévérance dissipent tout cet appareil de symptômes menaçants.

Dans l'observation suivante, ou le même traitement a eu des effets non moins rapides et non moins décisifs, ce n'était pas dans le voisinage de l'œil, mais bien sur le globe lui-même que la cause vulnérante avait porté directement son action.

Obs. II. — *Mydriase traumatique. Staphylome scléroticul en grappe. Inflammation vive. Avortement rapide de l'inflammation par les applications de glace.*

Chabrun (Jean-Victor), chiffonnier, âgé de cinquante ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 19 juillet 1849, au n° 5 de la salle Saint-François. Il avait reçu, la veille, un violent coup de bâton qui avait porté sur le globe même de l'œil à travers la paupière supérieure.

Le lendemain de l'accident, à la visite du matin, le blessé présente les altérations suivantes : le globe de l'œil est tuméfié dans son ensemble ; il est le siége d'une douleur vive et d'une injection générale et très prononcée. De plus, à la partie supérieure du globe, immédiatement au-dessus du cercle de la cornée, existe une tumeur ellipsoïde à grand diamètre transversal, et faisant relief à la surface de la sclérotique, sur laquelle elle se détache non-seulement par son relief, mais aussi par sa coloration ; son volume est celui d'un noyau de prune un peu effilé.

La pupille, énormément dilatée, est complétement immobile ; son disque est échancré à la partie supérieure, et ne représente plus qu'un fer à cheval au lieu de constituer un anneau. La vue n'est pas abolie, mais fortement troublée ; cependant le malade compte bien les doigts qu'on lui présente.

Je diagnostique une mydriase traumatique avec hernie à travers la sclérotique déchirée ou éraillée, de la partie supérieure de l'iris, des procès ciliaires et de la choroïde.

Le sujet a été apoplectique ; il conserve de l'embarras dans la parole et dans la marche, et quelques traces d'hémiplégie à droite. Il a une incontinence d'urine et souille son lit et ses vêtements.

Une saignée, quelques ventouses scarifiées à la nuque, les applications continues de glace, tels sont les seuls moyens qui aient été employés. Les douleurs cessèrent bientôt complètement ; tous les accidents inflammatoires et la vascularisation très vive de l'œil se dissipèrent aussi au bout de quelque temps ; mais la mydriase et le staphylome persistèrent. Nous employâmes la poudre d'ergot de seigle aspirée par la narine droite, celle qui correspondait à l'œil mydriatique. Cette médication parut exercer une légère influence sur l'iris, mais elle donna lieu en même temps à des vertiges et à des accidents cérébraux qui ne nous permirent pas de la continuer.

C'est sur ce malade, dit M. Chassaignac, que pour la première fois j'ai appliqué l'électricité au traitement de l'incontinence d'urine. Ce malade était gâteux, comme nous l'avons dit ; il salissait ses vêtements et ses draps. Je pratiquai le cathétérisme, et ne trouvant rien d'anormal dans la vessie, je supposai qu'il y avait paralysie, ou tout au moins torpeur des actions musculaires par lesquelles l'urine est retenue dans la cavité vésicale. Je plaçai une sonde métallique dans la vessie pour être sûrement au contact du col de cet organe, et j'établis, au moyen de l'appareil des frères Breton, un courant galvanique entre cette sonde et une aiguille implantée dans la peau de la région sacrée. J'obtins ainsi des secousses assez vives et des signes non douteux de l'influence électrique. Au bout de quelques séances, cinq ou six au plus, l'incontinence avait complètement cessé et n'a pas reparu depuis, c'est-à-dire jusqu'au 4 novembre 1849, époque de la sortie du malade.

Voici quel était à ce moment l'état du globe oculaire :

Vision un peu diffuse, mais réelle ; mydriase peut-être un peu diminuée, mais très évidente ; tumeur staphylomateuse en grappe, composée comme suit : 1° un cercle blanc bien net, limitant la circonférence de la cornée à sa partie supérieure, c'est-à-dire à son union avec la sclérotique ; 2° au-dessous, une portion de cercle formée par des bosselures de couleur foncée, au nombre de quatre ou cinq ; 3° enfin, au-dessous du bourrelet, une seule bosselure assez volumineuse, mais celle-ci blanche, offrant dans son enveloppe une demi-transparence, comme si un peu d'humeur vitrée eût fait hernie au travers de la sclérotique éraillée.

Remarques. — La lésion dont nous venons de rapporter l'histoire est curieuse à plus d'un titre ; nous n'insisterons pas sur l'efficacité remarquable qu'ont eue ici les applications de glace pour faire avorter une inflammation aussi grave que celle qui s'annonçait, et les désordres anatomiques et fonctionnels qui paraissaient devoir être la suite d'une violence aussi grave et aussi directe que celle qui a eu lieu. Que le coup qui a porté sur la sclérotique en ait déterminé l'éraillement, et que, par suite, il ait produit la triple hernie des procès ciliaires, de la choroïde et de l'iris, il n'y a rien là que de facile à comprendre ; mais pourquoi cette mydriase persistante, alors surtout que les organes de la sensibilité de l'œil n'étaient nullement intéressés, puisque même, malgré la mydriase, les fonctions visuelles ont continué à s'exercer ? Loin qu'on dût s'attendre à voir la pupille si démesurément ouverte qu'elle en était réduite presque à un simple liséré, il semble que la hernie de l'iris à son bord supérieur eût dû ramener cette membrane de bas en haut, de manière à reporter l'ouverture de la pupille dans un point très élevé. Un organe aussi léger que la membrane iris, flottant en quelque sorte au sein d'un liquide, ne paraît guère susceptible du genre de lésion traumatique qu'on appelle commotion. Or, pour que cette membrane contractile soit tout à coup frappée de paralysie, il faut de deux choses l'une, ou qu'il y ait altération dans les nerfs qui lui distribuent leurs filets, ou qu'il y ait un état de commotion de toute la membrane. Si nous eussions vu un strabisme en dehors coïncider avec la mydriase, nous serions amené à adopter la première supposition ; mais comme il n'y avait rien de semblable dans le cas particulier, force nous est d'admettre qu'il y a eu paralysie par commotion de l'iris.

La première observation nous a montré un exemple de lésion traumatique qui n'a pas porté directement sur le globe de l'œil, et qui ne l'a affecté que par voisinage ; la seconde nous a montré une lésion directe du globe de l'œil, mais qui a porté presque entièrement sur la sclérotique ; dans la troisième, c'est la cornée elle-même qui a été atteinte d'une plaie par déchirure, et dans chacun de ces trois cas le succès de la glace a été aussi complet qu'on peut le désirer. Voici la troisième observation :

Obs. III. — Lecugy (Louise), âgée de treize ans, demeurant rue Bafroy, 39, entre le 25 octobre 1849 au n° 20 de la salle Sainte-Marthe. Cette enfant fit, il y a trois jours, une chute dans laquelle la poignée d'un parapluie vint la frapper à l'œil gauche. Une vive douleur et une perte de sang, comme si l'œil eût été crevé, eurent lieu au moment de l'accident ; mais on fut bientôt rassuré, et lorsque la petite malade vint à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, je reconnus que nous n'avions affaire qu'à une plaie avec perte de substance de la cornée transparente. Cette plaie est dirigée verticalement ; elle siége à l'union du tiers externe avec les deux tiers externes de la cornée ; elle n'est pas pénétrante, et représente une rigole verticale de la largeur d'une à deux lignes. Cette plaie vient finir au contact de la conjonctive scléroticale, qui est elle-même intéressée dans une petite étendue. Il y a ceci de remarquable que la conjonctive de tout l'hémisphère externe du globe oculaire est rouge et tuméfiée, tandis que le reste de cette membrane, dans les deux tiers internes du globe, a conservé son aspect normal ; il y a, de plus, photophobie, larmoiement et un peu de paresse de la pupille, qui est plus dilatée que celle de l'œil opposé. — Applications de glace au moyen de l'intestin de mouton.

Les jours qui suivirent, on remarqua une amélioration graduelle, et dans le commencement de novembre 1849 la malade quitta l'hôpital parfaitement guérie. La seule trace encore existante de la lésion cornéale est une cicatrice parfaitement transparente, au niveau de laquelle il semble que le tiers externe de la cornée chevauche et anticipe sur les deux tiers internes de cette membrane. P...

HOPITAL MILITAIRE DE TOULON.

Cicatrisation de cavernes tuberculeuses du poumon ;

Par M. le docteur ABEILLE,
Médecin adjoint au Val-de-Grâce, détaché à Toulon pendant l'épidémie.

Les tubercules pulmonaires sont si fréquents aujourd'hui, la terreur qu'imprime à juste titre cette affection et aux malades qui en sont porteurs et à leurs parents

---

cru possible, après tant de travaux estimés, de faire encore quelque chose de bien sur ce sujet. Il a réussi complétement.

Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent ; par Boyer. 5e édition, publiée et augmentée de notes par M. Philippe Boyer.

(Tome sixième.)

M. Philippe Boyer poursuit activement la publication de la cinquième édition du livre de son père, et toujours avec le même zèle, avec les mêmes soins. Nous avons sous les yeux le sixième volume, exécuté sur le plan des cinq premiers et qui forme l'avant-dernier de la nouvelle réimpression. Il comprend les maladies du bas-ventre, celles de l'anus et du rectum, celles des parties génitales de l'homme.

Nous n'avons rien à dire ici de l'ordre suivi par M. Boyer dans la distribution des matières ; nous nous sommes prononcé sur ce sujet, nous n'avons plus à y revenir. Nous mentionnerons les principales additions faites à l'ouvrage original.

L'une des plus considérables est celle faite au chapitre des plaies pénétrantes de l'abdomen. M. Boyer, trouvant avec quelque raison insuffisant ce que dit Boyer des plaies de l'intestin et de leurs divers moyens de réunion, a consacré un long appendice à l'examen des méthodes employées de nos jours pour obtenir ce résultat, et qu'il distingue en méthodes par adhérence, méthodes par cicatrice. Les premières sont celles qui ont pour but d'obtenir l'adhérence des lèvres de la plaie de l'intestin avec les lèvres de la plaie des parois abdominales ou avec les parties voisines ; les secondes sont les diverses sutures.

Les abcès de la fosse iliaque droite, la cure radicale des hernies, leur étranglement, l'engouement herniaire, que Boyer confondait avec l'étranglement, parce qu'il définissait l'étranglement : l'interception complète ou presque complète du cours des matières, interception qui résulte de l'impossibilité où l'on est de réduire la hernie ; l'anus contre nature, font aussi le sujet d'articles supplémentaires étendus.

M. Ph. Boyer a ajouté de nouvelles considérations sur les hernies inguinale et crurale, sur l'hydropisie enkystée de l'ovaire et l'extirpation de l'organe, pratiquée pour la première fois par un chirurgien anglais, M. Mac Dowell ; sur l'imperforation du rectum, où nous avons été heureux de trouver mentionnés avec justice les travaux de M. Amussat, qui est peut-être le chirurgien de nos jours qui ait donné la plus vive impulsion à la médecine opératoire appliquée à la cure de ce vice de conformation toujours mortel en quelques heures si l'art ne vient y remédier. Il est à regretter que, dans les quelques pages qu'il a ajoutées au traitement des tumeurs hémorrhoïdales, M. Boyer n'ait pas jugé à propos de mentionner avec détail un procédé opératoire nouveau qui nous paraît destiné à un succès réel, nous voulons parler de la cautérisation circulaire des tumeurs hémorrhoïdales par le caustique de Vienne. Les journaux de médecine de ces deux dernières années en ont assez souvent et assez longuement parlé pour que l'auteur n'eût pas dû passer sous silence ce procédé.

Nous exprimerons le même regret pour ce qui a trait à la fissure à l'anus. Certes, le chapitre de Boyer était très complet à l'époque où écrivait ce grand chirurgien. Il n'a encore rien perdu de son intérêt ; mais comment se fait-il que M. Boyer ait ignoré, ou n'ait pas jugé digne d'une description, un procédé nouveau qui, tant de fois, a été pratiqué à l'Hôtel-Dieu, dans un service tout voisin du sien, par le professeur Blandin ? Nous voulons parler de l'incision sous-cutanée, étudiée avec tant de soin et par le maître, et par plusieurs de ses élèves, qui en ont fait le sujet de dissertations remarquables.

Nous terminerons cette analyse en signalant aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* une lacune assez grave aussi, et dont ils reconnaîtront mieux que personne l'existence. Jusqu'à présent, dans aucun traité de pathologie externe, même des plus récents, on ne s'est occupé des plaies du scrotum, sous ce prétexte imaginé par Boyer, que cette partie est peu exposée à l'action des corps vulnérants. Cette lésion, qui n'est pas si rare que les auteurs de traités de chirurgie semblent le penser, méritait, à notre avis, de faire le sujet d'un chapitre complet. En décembre 1846, et dans plusieurs numéros de 1847, la *Gazette des Hôpitaux* a recueilli et publié un certain nombre de faits, soit originaux, soit épars dans les recueils de médecine, au nombre de quinze ou seize, à l'aide desquels il eût été des plus faciles à M. Boyer de faire une histoire complète de ces plaies, fort intéressante au point de vue de leur traitement et de leur mode de réunion et de réparation. M. Boyer a bien écrit quelques lignes sur ce sujet, mais sans citer aucun des faits qu'il lui eût été si facile de choisir parmi ceux qui ont été rassemblés dans ce journal. C'est une omission que nous ne devions pas passer sous silence.

En somme, nous exprimerons sur ce volume le même jugement que sur ceux que nous avons eu déjà l'occasion d'examiner. L'ouvrage de Boyer était complet à l'époque où il a été écrit et publié pour la première fois. Il ne l'est plus, et l'on doit louer son fils de n'avoir pas reculé devant la tâche immense de compléter une œuvre de cette réputation. Le plus souvent, c'est avec une incontestable intelligence que sont faites ces additions. Nous sommes obligé de dire, avec regret, qu'il y a quelquefois des oublis, et que M. Boyer semble ne pas toujours aimer à écrire le nom de certains de ses contemporains.

Dr A. Foucart.

est si grande; l'impuissance de la médecine à leur égard est tellement avouée, qu'il est heureux de pouvoir mettre sous les yeux de tous un exemple remarquable de guérison obtenue peut-être par les seuls efforts de la nature dans une période très avancée de cette maladie.

Cet exemple sera d'autant mieux accueilli, qu'il n'a pas, que nous sachions, d'analogue dans l'histoire de l'anatomie pathologique, et qu'il n'est point rapporté à la satisfaction de l'amour-propre de l'auteur, puisque c'est le hasard seul qui a présidé à sa découverte.

Les faits de cicatrisation de cavernes pulmonaires ne sont pas rares dans la science; mais ils ne se présentent en général qu'avec un caractère plus ou moins prononcé de probabilité, et il n'y en a pas, je crois, qui ait permis de surprendre la nature en flagrant délit de travail.

Le relevé lui-même de l'interne de la Salpêtrière, qui porte sur un nombre considérable de vieillards, ne fournit rien d'aussi positif, d'aussi franchement concluant que l'observation qui va être rapportée.

Durant le cours de l'épidémie de choléra qui vient de régner récemment à Toulon, nous nous livrions à ces investigations cadavériques que tant de médecins distingués ont poursuivies avec un tel succès, qu'il ne reste peut-être plus rien à désirer aujourd'hui sous le rapport de l'anatomie pathologique de cette terrible maladie.

Obs. I. — Un jour qu'en compagnie du docteur Guémar, si connu dans le monde savant par ses relations de voyage autour du monde, et du docteur Haspel, nous avions à explorer cinq victimes du fléau; je tombai sur un sujet de haute stature, à embonpoint encore assez prononcé, appartenant à l'arme de l'artillerie, mais sur lequel le commémoratif ne put rien nous apprendre. Le cadavre ne portait aucune trace de médication externe, telle que vésicatoire, cautère, etc., et il nous fut impossible de savoir si ce militaire avait ou non subi des traitements avant que le choléra ne fût venu le choisir pour victime.

En examinant les poumons de ce sujet, nous fûmes frappé par une dépression naviculaire existant en arrière et au sommet du poumon droit. Cette dépression était située au milieu d'appendices de fausses membranes qui avaient favorisé en ce point l'adhérence de l'organe avec les parois costales et qui avaient dû être dilacérées pour le détacher.

Cette dépression était le résultat d'une véritable cicatrice en étoile formée au sein du tissu pulmonaire. On distinguait le tissu inodulaire cicatriciel qui, partant de cinq points différents, venait linéairement se réunir en un centre commun déprimé et présentant une certaine dureté de tissu. Ces cinq lignes, de l'étendue d'un demi-pouce à un pouce chaque, plus ou moins tortueuses, se trouvaient enfouies au milieu de reliefs formés de chaque côté par le tissu pulmonaire. La consistance du tissu de ces lignes cicatricielles était la même que celle du centre, aboutissant commun, consistance qui contrastait par sa dureté avec celle du tissu pulmonaire; la couleur de ce tissu de nouvelle formation ne contrastait pas moins par sa nuance opaline, légèrement cendrée, avec celle du tissu pulmonaire fortement coloré en rouge par sa congestion sanguine.

En divisant le centre de la cicatrice avec le scalpel, on tombait sur un tubercule de la grosseur d'un pois, séparé du tissu cicatriciel par une poche kysteuse, à laquelle il adhérait intimement, et ce tubercule était passé à l'état crétacé. Au reste, le sommet de l'organe était intacte partout ailleurs. Mais, en descendant vers le tiers moyen, on sentait à la main des tubercules assez nombreux et superficiels de différente grosseur. A la section, le centre de cette portion en présentait également un grand nombre de nuances diverses jusqu'à la poussière tuberculeuse. Aucun n'était encore arrivé au ramollissement. A la partie antérieure du tiers moyen, à un pouce et demi du bord antérieur du poumon, existait une deuxième cicatrice qu'on ne saurait mieux figurer que par un Y, de la même consistance et de la même couleur que la cicatrice précédemment décrite, et présentant les mêmes dispositions par rapport au tissu pulmonaire. Ces deux cicatrices nous parurent évidemment le résultat de la guérison de cavernes tuberculeuses. Ce n'était point assez : nous devions être corroboré dans notre conviction par un troisième fait en voie d'accomplissement.

A la partie postérieure du lobe moyen, à un pouce de la scissure qui le sépare du lobe inférieur, existait une vomique, ou plutôt un restant de vomique en forme d'amande et de la grandeur de ce fruit, à fond presque en totalité rouge et bourgeonnant, excepté vers la partie supérieure, où un tissu inégal, sanieux et à bords déchirés, cachait au fond un gros tubercule ramolli et à moitié vidé. Cette excavation se continuait inférieurement avec une cicatrice linéaire d'un demi-pouce de long, aboutissant à la scissure, coupant en cet endroit le tissu pulmonaire, au milieu duquel elle se trouvait enclavée. Cette cicatrice venait aboutir à l'excavation par un collet étranglé, et qui semblait indiquer qu'au moment où le travail cicatriciel s'était opéré, une nouvelle vomique s'était ouverte tangente à la première.

Le lobe inférieur du même organe contenait quelques rares tubercules. Le poumon gauche en présentait un grand nombre de diverses grosseurs, dont quelques-uns concrétés, crétacés, et pas un ramolli, ce qui semble indiquer une nouvelle tendance de l'affection vers une solution heureuse.

Ainsi, voilà bien une phthisie pulmonaire ayant offert, sans contredit, un caractère du deuxième au troisième degré, qui s'était terminée par une guérison, ou du moins par un acheminement prononcé vers la guérison, puisque trois cavernes étaient cicatrisées, une quatrième en train de l'être, et nombre de tubercules passés à l'état crétacé; qu'enfin, le sujet, pendant l'évolution de ce travail morbide, paraissait avoir pu continuer son service.

En pareille circonstance, de deux choses l'une : ou la matière tuberculeuse cesse d'être déposée au sein du parenchyme pulmonaire, et alors il n'y a plus que les tubercules existants qui aient à parcourir leur évolution, qui est sujette à être influencée par mille complications diverses, mais qui, dans tous les cas, est susceptible d'aboutir, comme précédemment, et alors guérison complète; ou, après de si beaux résultats, après trois et quatre cicatrisations successives, un nouveau produit morbide est constamment déposé au sein du parenchyme pour conduire le sujet à une fin tragique, par l'évolution incessante de ces produits morbides, auxquels il ne pourra résister, tant pour le nombre que pour ses répétitions. Toute la thérapeutique semblerait devoir se concentrer sur ce point capital, c'est-à-dire arrêter cette production continue, la nature bien secondée pouvant faire justice des tubercules déjà déposés.

Dans une autre circonstance, j'avais eu à observer une cicatrisation de vomique; mais ce fait, qui ressemble à tant d'autres publiés, n'aurait jamais été rapporté s'il ne venait faire naturellement suite à celui-ci.

Obs. II. — Il s'agit d'un cuirassier atteint de pneumonie lobulaire en 1846. Rien ne pouvait faire présumer des tubercules sur un homme de cette conformation. Cependant, la pneumonie ne pouvant arriver à la résolution, malgré tous les moyens employés, et ayant une tendance à la chronicité, je présumai que l'existence de tubercules pulmonaires pourrait bien en être la cause. Ce militaire séjourna quatre mois et demi à l'hôpital. Les phénomènes généraux corroboraient l'idée de tubercules; l'examen direct ne fournissait que probabilité; car il n'y eut que pectoriloquie fort obscure et douteuse, pas de bruit de craquement sec ni humide; absence complète de gargouillement, etc.

Le cinquième mois, le rétablissement paraissait devoir s'effectuer complétement quand la fièvre typhoïde, qui régna en 1847 à Givet, vint enlever ce malade.

L'autopsie put nous révéler alors trois cavernes pulmonaires intra-parenchymateuses, siégeant dans le milieu du lobe supérieur du poumon gauche, dont deux, de la grosseur de noix, étaient presque complétement cicatrisées, et la troisième, de la grosseur d'une noisette, était encore en suppuration.

Les poumons de ce militaire renfermaient encore bon nombre de tubercules, mais sans agglomération, et tous à l'état de crudité.

Evidemment, il y avait encore dans ce cas une tendance manifeste vers la guérison, et ce soldat eût pu vivre fort longtemps encore avec les tubercules isolés que renfermaient les organes respiratoires, en supposant que des complications graves ne fussent pas venues s'interposer à l'évolution plus ou moins lente de ces produits morbides.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 12 décembre 1849. — Présidence de M. Deguise père.

M. Larrey, inscrit pour un rapport, demande s'il devra le lire en entier aujourd'hui, ou s'il pourra le scinder en deux parties, en raison de l'étendue assez considérable qu'il a cru devoir donner à ce travail, en raison aussi de l'utilité ou de l'intérêt des communications qui pourraient être faites sur d'autres matières.

M. Maisonneuve pense qu'il conviendrait, d'une façon générale, de limiter le temps accordé à chacun des travaux de la Société. Il propose, par exemple, de fixer à une demi-heure ou même à une heure le temps qui serait donné à telle ou telle communication.

M. Larrey s'empresse d'adhérer, pour sa part, à cette proposition, qui est appuyée, et il ne lira que la première partie de son rapport.

Plaies de la vessie.

Ce rapport, fait au nom d'une commission composée de MM. Chassaignac, Giraldès et Larrey, est le compte-rendu d'un mémoire de M. Demarquay sur *les plaies de la vessie d'armes à feu*, et en même temps une étude de cette question à un point de vue plus général.

En voici l'exposé succinct :

La première remarque critique à faire, c'est que le travail de M. Demarquay, très intéressant à plusieurs égards, et surtout riche de faits empruntés à divers auteurs, mais manquant de méthode, devrait peut-être s'intituler : Réflexions et observations, plutôt que mémoire.

« C'est donc, dit M. Larrey, dans le but de mieux coordonner toutes les parties de ce mémoire, sans en rien omettre, et afin de le compléter utilement, que j'ai cru devoir substituer la synthèse à l'analyse. Si la Société de Chirurgie veut bien approuver le rapporteur de la commission d'avoir agi ainsi, nous ne regretterons pas le temps et les efforts que nous avons consacrés à ce travail. »

Il commence par une indication sommaire des travaux anciens et modernes, en regrettant que M. Demarquay n'ait pas non plus exposé quelques considérations générales sur les diverses lésions traumatiques de la vessie, afin de mieux préciser ensuite les termes et les éléments de la question spéciale.

Mais ce qui distingue le travail de M. Demarquay, ce sont les recherches et les expériences anatomo-physiologiques qui lui sont propres, à l'effet de constater les points de la vessie les plus accessibles aux blessures. Il apprécie bien ensuite, comme d'autres d'ailleurs l'avaient fait avant lui, les conditions de plénitude et de vacuité de la vessie, eu égard à l'action des causes traumatiques.

Il a négligé toutefois d'apprécier le mécanisme de ces divers agents vulnérants, et il ne dit même à peu près rien, à cet égard, des plaies d'armes à feu. « Il aurait pu d'autant mieux, dit M. le rapporteur, étudier les effets des projectiles au point de vue général de la question des plaies de la vessie, qu'il en a indiqué une partie dans les faits particuliers de son mémoire. »

M. Larrey croit devoir suppléer à cette lacune en exposant les effets des projectiles sur la vessie, tantôt contuse, tantôt cutanée, ou bien perforée, soit dans un seul point, soit de part en part, dans des directions variées, ou par des effets de déviation qui cependant n'ont pas échappé à l'examen de M. Demarquay.

M. Demarquay a davantage fixé son attention sur la pénétration des projectiles dans la vessie, en citant des exemples empruntés aux auteurs, mais sans développer assez le mécanisme de cette pénétration, non plus que le mode de formation des concrétions calculeuses à la surface et autour des corps étrangers.

M. le rapporteur complète cette partie du sujet en indiquant diverses autres conditions selon lesquelles peuvent se comporter les corps étrangers dans les plaies d'armes à feu de la vessie.

Il examine ensuite ce que l'auteur du mémoire a dit et ce qu'il a peut-être omis de dire de la symptomatologie et des complications de ces blessures. Il cherche surtout, par un exposé méthodique, à préciser la nature et la diversité des complications. Les unes sont inhérentes à la lésion elle-même et aux conséquences de l'issue de l'urine par la plaie, telles que l'infiltration et l'épanchement de ce liquide dans les tissus circonvoisins; de là des accidents urineux, puis les accidents hémorrhagiques, et les épanchements de sang dans la vessie que M. Larrey désigne sous le nom d'hémorrhagie intra-vésicale, et dont son père a comparé les effets à ceux des corps étrangers. M. Demarquay a observé, à ce sujet, un cas intéressant de lésion de l'artère épigastrique.

Les autres complications sont dépendantes des lésions primitives et représentent les accidents inflammatoires, dont le plus fréquent et le plus redoutable à la fois est la péritonite, sans qu'il soit nécessaire d'insister sur les autres effets de phlegmasie locale. Mais il n'aurait pas été inutile que M. Demarquay fît quelques recherches plus suivies sur cette partie de son sujet.

Il avait peu de chose à dire des accidents nerveux comme complications générales.

Quant aux complications spéciales, M. le rapporteur signale d'abord les lésions du bassin en résumant deux faits intéressants à cet égard; puis les lésions de l'intestin, et surtout celles du rectum. Celles-ci ont fourni différentes observations à l'auteur du mémoire, qui lui-même en a recueilli une fort curieuse qu'il rapporte dans tous ses détails. Ce fait semble avoir été pour M. Demarquay, ainsi qu'un autre cas, le principal motif de son travail.

M. Demarquay a signalé aussi les lésions de l'urètre, de la prostate et des vésicules séminales, mais sans en donner la preuve démonstrative; de même que, d'autre part, il exagère la fréquence de la lésion des organes génitaux, tout en citant trois observations à l'appui.

M. le rapporteur expose ensuite le diagnostic des plaies de la vessie en appréciant les moyens d'exploration, parmi lesquels nul n'est plus sûr que le cathétérisme.

« M. Demarquay, dit-il, n'a peut être pas assez insisté sur ce point de la question, ni sur les détails qui s'y rattachent... non plus que sur la marche et la durée des plaies de la vessie; mais il insiste un peu plus sur le pronostic. »

M. Larrey recherche, à cette occasion, quelles sont les circonstances diverses qui ont, d'une part, motivé le pronostic funeste des anciens et, d'autre part, confirmé le jugement plus favorable des modernes, à l'égard des plaies de la vessie, exclusivement produites autrefois par armes blanches, et plus fréquentes aujourd'hui par armes à feu.

M. le rapporteur croit devoir suspendre là sa lecture pour la compléter à la prochaine séance, et laisser ainsi à la Société le loisir d'accorder son attention à d'autres membres.

Résection du coude.

M. Maisonneuve a déjà présenté à la Société des pièces anatomiques provenant de la résection du coude, et il communique aujourd'hui un nouveau cas de ce genre en montrant les altérations des extrémités articulaires.

Le sujet de cette observation est un homme de quarante ans, chez lequel une tumeur blanche s'était développée dans l'articulation du coude droit. La suppuration établie se fit jour au dehors par un abcès qui s'ouvrit spontanément, et M. Maisonneuve, jugeant la maladie trop avancée pour céder à un autre traitement, se décida aussitôt à pratiquer la résection.

Une première incision fut faite longitudinalement sur le trajet du nerf cubital; et une seconde incision, tombant perpendiculairement sur la première à son côté externe, facilita l'éloignement du nerf cubital, prévint l'issue des os à travers la plaie, et fit découvrir aussitôt et réséquer l'olécrane. L'articulation, ainsi largement ouverte, fut explorée dans toute son étendue avant d'être réséquée. Il fut facile d'abord de faire saillir l'extrémité de l'humérus et de la couper d'un trait de scie; puis, par la dissection en avant et en arrière, selon la nécessité, et à mesure que les ligaments étaient divisés, il ne fut pas moins aisé d'isoler et d'enlever les extrémités du cubitus et du radius.

« Cette opération rapide et simple, dit M. Maisonneuve, permet au chirurgien de savoir ce qu'il fait. Il pourrait même, si besoin était, ménager l'un des os de l'articulation en bornant sa résection aux parties malades. De là, sécurité autant que célérité dans le manuel opératoire. Ce procédé, enfin, semble mériter la préférence sur tout autre. »

C'est la quatrième fois que M. Maisonneuve l'a employé, et sur ces quatre cas, il compte deux guérisons, une mort et un résultat encore incertain, mais probablement heureux.

L'altération principale, dans le cas actuel, siége dans le cubitus, qui offre quelques points d'excavation tuberculeuse; le radius est peu malade et l'humérus est érodé.

M. Lenoir demande à M. Maisonneuve pourquoi il a décrit ce procédé comme n'ayant été proposé par personne, puisque c'est à la section de l'olécrane qu'il s'applique spécialement.

M. Maisonneuve répond qu'aucun chirurgien, à Paris, n'a coupé l'olécrane.

M. Lenoir rappelle que M. Roux, d'après Moreau, a donné le principe de l'opération, quant à son premier temps, ou à l'émission en T; et, sous ce rapport, le procédé suivi par M. Maisonneuve n'est pas neuf. Quant au second temps, M. Lenoir rappelle aussi que Dupuytren et d'autres, avec les Moreau (de Bar-le-Duc) et Champion, avaient aussi établi en principe d'enlever l'olécrane dans la désarticulation du coude.

Le mode opératoire employé par M. Maisonneuve est donc, en un mot, dit M. Lenoir, une fusion des procédés connus, et non un procédé nouveau.

M. Maisonneuve reconnaît volontiers qu'il en est ainsi, et il tient seulement à faire remarquer qu'il y a souvent, dans les procédés de chirurgie, des manières de faire empruntées à d'autres. Il a voulu, en effet, profiter des deux procédés connus pour la résection du coude, parce que, jusque-là, selon lui, c'était une opération défectueuse.

M. Gosselin pense que M. Maisonneuve a attaché trop d'importance à l'incision parallèle au nerf cubital. Ainsi, tandis que Jæger et Liston ont cru imaginer chacun le procédé de l'incision interne, M. Roux l'a blâmé à cause des difficultés du pansement, et a préféré faire l'incision externe.

M. Maisonneuve a vu M. Roux pratiquer la résection du coude, et faire effectivement l'incision parallèle au nerf cubital; mais ce qu'il tient à établir, c'est que, suivant le procédé tel qu'il l'exécute, on a la sécurité et la rapidité des autres procédés.

Il ne l'indique pas, du reste, avec prétention à la priorité.

M. Lenoir résume simplement la question par cette formule : c'est que M. Maisonneuve, au lieu de faire l'incision en H, la fait en T.

M. Maisonneuve demande enfin à M. Lenoir s'il a vu pratiquer des résections du coude avec rescision de l'olécrane.

M. Lenoir lui répond qu'il a vu Dupuytren faire deux ou trois fois ainsi, et il ajoute que ce mode opératoire est décrit partout.

Tumeur fibreuse de l'utérus.

M. Maisonneuve, invité par quelques-uns de ses collègues à donner des nouvelles de la malade qu'il a opérée d'une tumeur fibreuse de l'utérus, annonce à la Société que cette femme a éprouvé quelques accidents. Il l'a fait examiner par le médecin de l'hôpital, M. Nonat, qui a cru reconnaître les signes d'une inflammation suppurative des ligaments larges, et a conseillé l'application de trente sangsues. Un état de faiblesse très prononcé a suivi ce te application, et cependant la malade, sans être hors de danger, se trouve beaucoup mieux.

Tumeur lacrymale double.

M. Auzias-Turenne, déjà inscrit précédemment pour une communication, donne lecture d'un travail intitulé : *Note sur un sujet atteint de deux tumeurs lacrymales.*

En voici l'extrait rédigé par M. Auzias lui-même :

Il s'agit de la nécropsie d'une femme morte d'un cancer et qui n'a point été observée de son vivant.

Du côté gauche, il y a tumeur lacrymale, et la moindre pression sur cette tumeur fait couler par les points lacrymaux un liquide ténu et purulent. A la dissection, on constate parfaitement les rapports du sac, et l'on trouve dans ce sac un muco-pus abondant. La muqueuse du sac est visiblement enflammée; des lambeaux de mucu-pus à moitié organisé en tapissent l'intérieur. Une partie du muco-pus est filante et ne s'écoule pas aisément. Les points et les conduits lacrymaux sont parfaitement libres. La partie inférieure du canal nasal est bouchée par la membrane muqueuse, qui forme une espèce de tampon résistant.

Du côté droit, il n'y a pas tumeur à proprement parler; mais, le sac ouvert, on voit qu'il est aussi ample que celui du côté opposé, et que les parois ressemblent à celles de ce côté. Le canal nasal est libre et ne semble pas avoir subi d'altération matérielle. Les conduits lacrymaux sont entièrement bouchés à leur entrée dans le sac.

M. Auzias conclut de ce double fait :

1° Que, des deux côtés, la maladie est sous l'influence de la même cause et qu'elle a pris un caractère inflammatoire ;

2° Que, du côté droit, l'oblitération des conduits lacrymaux et, du côté gauche, l'oblitération du canal nasal sont consécutives ;

3° Que, si l'oblitération avait porté des deux côtés sur le canal nasal et sur les conduits lacrymaux, une fistule lacrymale n'aurait pas tardé à en être la conséquence;

4° Qu'une bonne méthode de traitement doit prendre en sérieuse considération ce point de départ de la maladie et baser sur lui les premières indications à remplir.

M. Larrey demande à M. Auzias si, d'après un passage de son travail, il a exposé les idées que Jean-Louis Petit semble avoir émises le premier sur les rapports anatomiques, physiologiques et pathologiques établis entre les voies lacrymales et les voies urinaires.

M. Auzias répond qu'il a eu soin d'apprécier à cet égard l'opinion exprimée en effet par J.-L. Petit le premier.

M. le président désigne une commission composée de MM. R. Marjolin, Lenoir et Morel-Lavallée pour examiner la note de M. Auzias et en rendre compte à la Société. M. Marjolin se chargera du rapport.

— La séance est levée à cinq heures et demie. H. L.

Le choléra à Lyon.

La *Gazette médicale de Lyon* donne la statistique suivante, qui comprend tous les cas de choléra observés dans cette ville jusqu'au 14 décembre exclusivement :

			entrées		décès
Du 10 novembre	au	17,	3	—	1
» 17	»	28,	0	— »	1
» 28	»	2 déc.,	25	— »	16
» 2	»	6 »	39	— »	10
» 6	»	10 »	17	— »	6
» 10	»	15 »	7	— »	8

Total des entrées, 91; des décès, 42; des guérisons, 7; des convalescents, 18; restent en traitement, 24.

NOUVELLES.

Par décret du président de la République du 12 décembre, a été nommé à un emploi de chirurgien aide-major de 2e classe :

Concours de 1849 : M. Contrejean, chirurgien aide-major, commissionné au 34e de ligne, en remplacement de M. Paris, réformé.

M. Contrejean ayant justifié, antérieurement à la promotion des aides-majors du concours de 1849, de sa réception au grade de docteur en médecine, prendra rang parmi les aides-majors à la date du 9 novembre, date de la promotion.

— Les chirurgiens sous-aides dont les noms suivent ont été promus chirurgiens aides-majors de 2e classe dans les régiments désignés ci-après :

MM.

Domergue, au 47e de ligne.
Masselot, au 29e de ligne.
Resombes, au 20e léger.
Dieuzaide, au 9e chasseurs.
Baizeau, au 61e de ligne.
Bertraud, au 10e léger.
Laur, au 29e de ligne.
Lemarchand, au 5e léger.

MM.

Vavasseur, au 74e de ligne.
Miriel, au 23e léger.
Dunal, au 7e cuirassiers.
Hémard, au 70e de ligne.
Tédeschi, au 24e léger.
Bories, au 40e de ligne.
Dumas, au 75e de ligne.

— Les chirurgiens sous-aides dont les noms suivent ont été nommés chirurgiens aides-majors commissionnés dans les corps désignés ci-après :

MM.

Manpon, au 4e léger.
Cordeau, au 7e léger.
Massy, au 52e de ligne.
Gauvrit, au 70e de ligne.

MM.

Geay, au 74e de ligne.
Lamarque, au 2e hussards.
Claudel, au 9e cuirassiers.
Canteloube, au 11e de ligne.

MM.

Gallot, au 20e léger.
Brault, au 25e léger.
Trilliet, au 47e de ligne.
Fauvel, au 37e de ligne.
Issartier, au 1er carabiniers.
Contrejean, au 34e de ligne.

MM.

Desmorets, au 31e de ligne.
Martinez, au 17e de ligne.
Damour, au 60e de ligne.
Petitgand, au 63e de ligne.
Michel, au 15e de ligne.

— Les chirurgiens sous-aides dont les noms suivent ont reçu les nouvelles destinations indiquées ci-après :

MM.

Martinache, à l'hôpital du Gros-Caillou, passe à Metz.
Chignon, à l'hôpital de perfectionnement, passe à Strasbourg.
Planté, à l'hôpital du Gros-Caillou, passe à Metz.
Chauviu, à l'hôpital du Gros-Caillou, passe à Lille.
Bessière, à l'hôpital du Gros-Caillou, passe à Strasbourg.
Follot, à l'hôpital de perfectionnement, detaché aux Invalides, passe à Lille.
Poppleton, à l'hôpital de perfectionnement, détaché aux Invalides, passe à Metz.
Benoist, à l'hôpital de perfectionnement, passe à Lille.
Creutzer, à l'hôpital du Gros-Caillou, passe à Strasbourg.
Templer, à l'hôpital du Gros-Caillou, passe à Strasbourg.
Hervé, à l'hôtel des Invalides, passe à Lille.
Grounier, à l'hôtel des Invalides, passe aux ambulances de l'Algérie.
Grasse, à l'hôpital de perfectionnement, passe aux ambulances de l'Algérie.
Blad, à l'hôpital de perfectionnement, passe aux ambulances de l'Algerie.
Bagu, à l'hôpital de perfectionnement, passe aux ambulances de l'Algérie.
Pineau, à l'hôpital de perfectionnement, passe aux ambulances de l'Algérie.
Daga, à l'hôpital du Gros-Caillou, passe à l'hôpital de perfectionnement.
Adéma, aux ambulances de l'Algérie, passe à l'hôpital de Bayonne.
Schweing, à l'hôpital de Phalsbourg, passe aux ambulances de l'Algérie.

— M. Gorvel, chirurgien élève à l'hôpital de perfectionnement, est nommé chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Phalsbourg.

M. Tissier, chirurgien-major de 2e classe au 1er léger, est nommé à la 1re classe au même régiment.

M. Fortuner, chirurgien-major de 2e classe au 23e de ligne, est nommé à la 1re classe au même régiment.

M. Bonneau, chirurgien-major de 2e classe aux ambulances de l'Algérie, est nommé à la 1re classe aux mêmes ambulanees.

M. Bailleux, chirurgien-major de 2e classe aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour le 60e de ligne.

M. Maignien, chirurgien-major de 2e classe au 60e de ligne, est désigné pour les ambulances d'Algérie.

M. Dunal, chirurgien aide-major de 2e classe au 7e cuirassiers, est désigné pour le 2e hussards.

M. Lamarque, chirurgien aide-major commissionné au 2e hussards, est désigné pour le 7e cuirassiers.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 25 DECEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 150.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

AVIS. — MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin du mois sont priés de le renouveler avant cette époque.
L'envoi de mandats sur la poste est le mode le plus expéditif et le plus sûr pour nous faire parvenir l'argent.
Les mandats au-dessous de 10 fr. étant exempts de timbre, on peut envoyer : Pour un abonnement de six mois, deux mandats de 7 fr.; pour un abonnement d'un an deux mandats de 9 fr. et un de 8 fr.
Les lettres contenant des mandats sont reçues sans être affranchies.

PARIS, 24 DÉCEMBRE 1849.

Le choléra à Lyon.

Nous recevons de M. Gensoul les bonnes nouvelles suivantes sur la cessation du choléra à Lyon. Ainsi que nous l'avions espéré, il paraît évident que la grande cité du Midi jouit d'un heureux privilége contre les ravages de l'épidémie.

C'est encore moi qui viens faire un appel à l'immense publicité dont jouit votre journal pour éveiller l'attention sur la question d'infection du choléra par les déjections.

La réponse qui serait faite aux deux questions suivantes me paraîtrait aider bien puissamment à résoudre cette question si importante et si controversée :

1° Dans les villes qui ont été le plus ravagées par le choléra, Paris, Londres, Marseille, Toulon, Tonnerre, Abbeville, etc., serait-il vrai que les fosses d'aisances soient généralement étroites et mal aérées ?

2° Dans les villes où le choléra n'a fait qu'une apparition les fosses d'aisances étaient-elles, au contraire, vastes, bien aérées ou s'ouvraient-elles dans le lit d'une rivière ?

La ville de Lyon est dans ces conditions de salubrité relativement aux fosses d'aisances, qui sont larges et généralement avec un tuyau d'évent.

Le choléra n'a plus fait de nouvelles victimes depuis ma dernière lettre ni en ville ni à l'hôpital militaire ; les moyens de désinfection sont employés avec persévérance par le docteur Angelot, dont le zèle et l'intelligence sont au-dessus de tout éloge.

A Trévoux, ville située à cinq lieues de Lyon, on a observé 5 cas de choléra du 8 au 17 décembre. Le premier malade était un soldat du 6e de ligne arrivant de Lyon pour aller en convalescence. Il fut admis à l'hôpital, où il a eu le bonheur de guérir. Le deuxième cas était l'infirmière qui avait administré des boissons et des lavements au soldat. Les trois autres cas se sont déclarés consécutivement aux premiers dans l'intérieur de la ville.

J'espère que la désinfection des fosses d'aisances par le sulfate de fer et le charbon deviendra d'un usage bientôt général. Nos paysans paraissent avoir confirmé l'opinion des chimistes qui pensaient que le sulfate de fer et d'ammoniaque qui se forme rendaient les matières désinfectées supérieures comme engrais.

GENSOUL.

HOTEL-DIEU D'AIX — M. PAGAN.

Quelques observations de névralgies sciatiques rebelles traitées et radicalement guéries par la cautérisation du dos du pied.

Quoique l'utilité de la cautérisation du dos du pied dans les névralgies sciatiques rebelles soit déjà appréciée par beaucoup de praticiens, M. Pagan croit cependant devoir publier les observations suivantes, qu'on ne lira point en effet sans intérêt, et qui sont destinées à répandre davantage l'emploi de cette cautérisation.

OBS. I. — *Névralgie sciatique datant de quinze ans, rebelle à une foule de traitements, subitement et radicalement guérie par la cautérisation du dos du pied.*

Un ouvrier plâtrier, âgé de 34 ans, s'était fait recevoir à l'Hôtel-Dieu d'Aix, le 7 octobre 1847, pour s'y faire traiter d'une névralgie sciatique dont il avait commencé de souffrir quinze années auparavant. Sans avoir été jamais, depuis cette époque, débarrassé de cette douloureuse maladie, il avait presque toujours pu vaquer à ses travaux, accoutumé qu'il était à supporter son infirmité avec patience et résignation. Il nous fit cependant observer que, dans cette période de quinze années, il avait été obligé, à cinq reprises différentes, pour rendre son état supportable, de se mettre au repos, et de subir quelques traitements qui avaient duré d'un à trois mois, au bout desquels de l'amendement survenait encore, et la reprise des occupations habituelles redevenait possible. Cette dernière fois cet homme, dont le mal avait pris une exaspération inusitée, était depuis six mois en traitement quand il se présenta à nous, et beaucoup de moyens avaient été déjà employés. Nous trouvâmes ce malheureux dans un bien pénible état. Pendant toute la journée, il souffrait d'un endolorissement sourd avec engourdissement du membre, et qui rendait la marche très pénible et parfois même impossible. Mais quand venait le soir, cet état s'exaspérait sensiblement : la douleur était violente le long du nerf sciatique et de ses branches, surtout derrière le trochanter, à la partie postérieure de la jambe et presque au dos du pied. Alors tout mouvement du membre devenait presque impossible : le patient ne pouvait quelquefois s'abtenir de pousser les hauts cris, et presque toutes ses nuits étaient sans sommeil, parce qu'au moment où ses yeux s'assoupissaient des élancements subits venaient brusquement le réveiller.

Je le traitai d'abord par deux applications de sangsues, cinquante dans les deux fois, par des lavements de térébenthine, par deux larges vésicatoires volants, placés successivement, l'un derrière le haut de la cuisse, l'autre à la portion externe et supérieure du mollet. Nous en saupoudrâmes même quelquefois la surface avec 4 ou 5 centigrammes de sulfate de morphine, etc. — Cette médication énergique produisit une véritable sédation, et le malade, pressé de reprendre son travail, se mit en état de quitter nos salles le 25 octobre.

Mais quelques jours après il lui arriva ce que l'on ne voit que trop souvent survenir dans cette maladie, c'est-à-dire que les symptômes névralgiques, un moment assoupis, se réveillèrent presque aussi importuns qu'avant, et force fut encore à cet homme de se faire recevoir de nouveau à l'Hôtel-Dieu. Il y rentra donc le 10 novembre, quinze jours après qu'il en était sorti. Cette fois je fais appliquer deux moxas sur le trajet du nerf dans le voisinage du trochanter, et puis frictionner le restant du membre avec des liniments calmants. Un soulagement sensible, mais non complet, fut produit vers les parties voisines des moxas ; mais vers le jarret et à la hanche, les douleurs furent aussi intenses qu'avant l'application des moxas. Ce que voyant, je proposai à ce malade de se laisser cautériser le pied, d'après le procédé qu'avait rappelé M. Robert dans le cahier d'octobre de la *Revue*, que je venais de recevoir. Il y consentit immédiatement, tant était grand le désir qu'il avait de se débarrasser de sa douloureuse infirmité. En conséquence, le 26 novembre, je portai le cautère actuel rougi au blanc entre les deux derniers os du métatarse, et y pratiquai une cautérisation de trois centimètres de long sur moins d'un centimètre de large, et sans appuyer autant ni aussi longtemps que l'avait fait M. Robert, puisque le vingt-huitième jour la plaie de la brûlure était complètement cicatrisée.

Le succès fut, dans cette circonstance, des plus complets. Tandis que le malade venait de passer plusieurs nuits très douloureuses et sans sommeil, il dormit, la nuit qui suivit la cautérisation, du sommeil le plus tranquille. Le lendemain, à notre visite, il nous déclara que, depuis quinze ans peut-être, il n'avait pas passé une aussi bonne nuit. Il comprenait qu'il était guéri. Il resta encore un mois dans nos salles pour n'en sortir qu'après l'entière cicatrisation de la plaie. Pendant ce temps il se levait et marchait, sans que cet exercice modéré réveillât les élancements de la sciatique. Nous avons plusieurs fois revu ce plâtrier depuis son traitement, et nous pouvons affirmer qu'il n'a plus ressenti de vestiges de la névralgie qui, pendant quinze années, l'avait tant tourmenté. La guérison a donc été aussi radicale que possible.

Nous attendîmes avec impatience l'occasion de pouvoir vérifier, par quelques autres essai de ce traitement, jusqu'à quel point on pouvait compter sur de pareils résultats. Cette occasion s'est depuis lors produite, et elle a

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Trait spirituel d'un académicien. — La cour d'une princesse russe. — Réclamation du docteur Payerne.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Vous nous avez bien rendu compte des nominations qui ont été faites dans la dernière séance pour remplacer le bureau sortant; mais vous ne nous avez pas dit qu'un honorable membre du docte aréopage avait profité de cette occasion pour inaugurer, en les devançant de quelques jours, les joies de la saison, en jetant dans l'urne un billet qui rappelait les plaisanteries des jours les plus gras du carnaval. Malheureusement pour le spirituel auteur de cette bonne farce, le président n'a pas *coupé dans le nœud*, pour parler un style qui doit plaire à l'académicien facétieux; soit que M. Velpeau ne fût pas en gaieté ce jour-là, soit que l'Académie lui parût un lieu mal choisi pour en faire une succursale du Casino Paul Niquet, il a relevé vertement l'honorable farceur, qui avait eu d'ailleurs la modestie de se cacher sous le voile de l'anonyme en dénaturant son écriture. On a bien raison de dire que le mérite est modeste. Mais peut-être, mon cher confrère, ne vous êtes-vous point aperçu de l'épisode en question, et chercherez-vous en vain l'énigme des lignes qui précèdent. S'il en est ainsi, supposez qu'un académicien a voulu se donner pour président d'abord et pour vice-président ensuite Charles Albert, Guillottin ou le docteur Wathled, et vous aurez une idée exacte de la spirituelle *carnavalerie* dont il s'agit. M. le président a d'abord eu l'intention de faire rechercher le nom de son aimable confrère pour ne pas laisser inconnu un talent aussi fin ; mais il s'est arrêté dans ses recherches sur l'avis du bureau, qui a craint de blesser une modestie honorable. Toutefois, les soupçons du public ont déjà désigné un nom que nous tairons par les mêmes motifs que le bureau de l'Académie.

— Il paraît, mon cher confrère, que le czar n'est pas aussi sévère qu'on le dit. Il est certain du moins que, s'il défend rigoureusement le séjour de la France aux sujets mâles de son vaste empire, il est plus accommodant avec les dames. J'en connais une en ce moment qui n'est rien moins que princesse, et qui a obtenu la permission de venir dépenser ses rentes à Paris. Je dois dire qu'elle s'acquitte largement de la tâche qu'elle s'est imposée; la gastronomie et les arts sont en permanence chez elle, et au nombre de ses convives les plus assidus se trouve un de nos jeunes confrères, neveu d'un homme célèbre, ainsi que sa jeune épouse, qui l'un et l'autre se livrent, dit-on, envers l'opulent amphitryon, à des efforts surnaturels de galanterie. Les courtisans ne sont pas discrets les uns pour les autres; aussi me suis-je laissé dire que toutes les amabilités du jeune couple n'avaient d'autre but que d'obtenir pour le mari l'emploi d'archiâtre de la princesse, aux appointements de 12,000 fr. par an en France et du double en Russie. Comme entre confrères on se doit de bons avertissements, si le bruit qui m'est parvenu est fondé, il en est deux que je donnerai au jeune et, à ce qu'il paraît, très aimable courtisan. Je l'avertirai d'abord de ne plus faire chanter sa femme, qui a le malheur de faire une fausse note sur trois. La princesse semble toujours ravie quand Mme N..... a chanté (les Russes sont plus galants qu'on ne le croit); mais je sais positivement que le sentiment qu'elle témoigne n'est pas du tout celui qu'elle éprouve.

Le second avis se résume dans l'anecdote suivante :

Vers le commencement de 1848, un autre jeune confrère avait tenté, et en apparence avec succès, de se rendre indispensable auprès d'une princesse russe (qui n'est pas la même que celle dont nous avons parlé plus haut). Partout où madame voyageait le jeune docteur l'accompagnait, et à Paris il ne quittait pas l'appartement de madame. Dans le courant de l'année, madame eut fantaisie d'aller faire une tournée dans ses domaines; le jeune docteur eut la galanterie de s'offrir pour cavalier (il est inutile de faire remarquer qu'il touchait 500 fr. par mois); il fut accepté avec reconnaissance, et les deux voyageurs s'embarquèrent. Arrivés sur les frontières de l'Allemagne, les autorités russes laissèrent bien entrer la princesse; mais sous prétexte que le séjour du territoire russe était interdit à tout Français, elles se refusèrent absolument à laisser entrer son médecin. La princesse recommanda à celui-ci d'attendre quelque temps, lui disant qu'elle irait en personne demander en sa faveur une permission au czar, et qu'elle était certaine de l'obtenir. Un mois, deux mois se passèrent dans l'attente. Notre confrère commençait à s'impatienter et sa bourse à se dégarnir, lorsqu'il reçut un jour une lettre on ne peut plus gracieuse de sa cliente, qui l'engageait à attendre encore quelques mois, l'empereur ne pouvant se relâcher encore des mesures de rigueur qu'il avait prises. Un mois, deux mois, six mois se passèrent dans une nouvelle attente; plusieurs lettres furent écrites à la princesse; mais aucune réponse ne fut reçue. Epuisé de patience et d'argent, le jeune docteur revint en France; il y apprit, entre autres choses, qu'un de ses jeunes confrères qui était parti pour la Russie quelque temps après y avait pénétré sans difficulté et sans la protection de la moindre petite princesse. Il en conclut que la recommandation de sa cliente avait sans doute eu pour objet de lui faire apprécier les mœurs des frontières de l'Allemagne. Nous n'osons croire à une aussi noire trahison; mais c'en est bien assez pour mettre sur leurs gardes les confrères qui seraient tentés de suivre l'exemple de notre jeune docteur.

— Mon cher confrère, quoique M. Payerne se soit mépris sur le véritable sens de mon dernier feuilleton, je me contenterai de vous renvoyer sans explication sa lettre, en vous priant de l'insérer textuellement.

« Paris, le 22 décembre 1849.

» Monsieur,

» J'ai l'honneur de vous prier d'insérer la déclaration ci-après dans votre plus prochain numéro.

» Votre feuilleton du 18 courant annonce que l'inventeur des bateaux sous-marins a suggéré à un pharmacien de Paris d'écrire aux portiers la circulaire dont vous donnez le texte.

» Je déclare n'avoir concouru ni directement, ni indirectement à cette circulaire, et n'en avoir eu connaissance que par votre journal.

» Agréez, etc. PAYERNE.

» 59, rue des Petites-Ecuries.

X...

été tout à fait à son avantage. C'est ce dont on pourra juger par le récit des faits qui vont suivre.

Obs. II. — Le nommé Lauzum, agriculteur, âgé de 45 ans, d'une constitution sèche mais vigoureuse, souffre depuis six ans de douleurs sciatiques dans le membre droit; et, presque toutes les années, pour rendre cet état plus supportable, il est obligé de s'appliquer derrière la cuisse et au mollet deux larges vésicatoires qui le soulagent assez généralement, sans le guérir. Dans le printemps de 1848, ses douleurs s'étant exaspérées, et ayant eu inutilement recours à l'application d'un emplâtre épispastique qu'on lui avait donné comme souverain, il se fait voiturer chez moi. Il tenait fort à me consulter; car depuis quelque temps, me disait-il, sa position n'était plus supportable. Il n'avait de repos ni le jour, ni la nuit, etc.

Je reconnais ici les signes caractéristiques de la névralgie fémoro-poplitée. Le diagnostic ne pouvait être douteux. Le membre affecté avait son volume normal; mais la marche était rendue claudicante par la douleur, qui siégeait sur presque tout le trajet du nerf et de ses principales ramifications, savoir : depuis la région fessière jusqu'au creux poplité, sur toute la face postérieure et même externe de la jambe et jusqu'aux orteils.

Je crus ne pas devoir hésiter à proposer la cautérisation du dos du pied, qui m'avait si bien réussi dans le cas précédent. Le malade y ayant consenti, je chauffai au rouge blanc un fer à cautériser, et ayant fait placer le pied du malade sur une chaise, je lui en fis une application énergique, mais prompte, comme ci-dessus, c'est-à-dire entre les deux derniers métatarsiens. Un morceau de diachylon fut mis dessus, après quoi le malade remonta sur son charreton pour s'en retourner. Recommandation lui fut faite de se coucher dès son arrivée, ne voulant pas qu'une marche imprudente fît enflammer le pied.

Le résultat fut encore ici très satisfaisant : quelques rares éclairs de douleur se firent seulement sentir dans les deux premiers jours. La petite plaie par brûlure mit trente et un jours pour être entièrement fermée; mais déjà le malade avait commencé à se servir de sa jambe. La guérison a été, dans ce cas, si radicale, que le malade n'a plus ressenti de traces de sa sciatique, bien que dix-huit mois se soient écoulés depuis ce traitement.

Obs. III. — Le nommé Vitalès, agriculteur, homme robuste de haute taille, quoique très nerveux, âgé de 46 ans, tenait à Mégerie, depuis longtemps, une vaste ferme contenant plusieurs terres à l'arrosage. La nécessité, pour cet homme, de faire ses irrigations, et de s'exposer, par conséquent, à l'influence de l'humidité, lui avait procuré des douleurs, dont une l'incommodait par-dessus toutes, laquelle siégeait dans la direction du nerf fémoro-poplité gauche. C'était une véritable sciatique, qu'il avait supportée aussi patiemment que possible depuis cinq ans qu'elle avait commencé à l'incommoder, mais qui, vers la fin, devenue de plus en plus intense, l'avait obligé à quitter le domaine qu'il exploitait au détriment de sa santé. Mais le délaissement de cette propriété ne fut pas suivi de la cessation de sciatique, tant s'en faut. En effet, mandé auprès de ce ménager le 22 novembre 1848, je le trouvai couché, dans un grand état d'agitation et de découragement, et j'appris que, depuis une dizaine de jours, les douleurs qu'il éprouvait à la cuisse gauche et à la jambe du même côté, et que je reconnaissais tenir à une sciatique chronique, avaient redoublé d'intensité, qu'elles avaient été même si violentes la nuit d'avant, qu'elles lui faisaient pousser les hauts cris, et qu'on avait impatiemment attendu la venue du jour pour me faire appeler. Le malade me supplia en grâce de lui procurer du soulagement.

Comme j'avais affaire à un sujet vigoureux, et que le pouls présentait même une certaine plénitude, je fis appliquer 40 sangsues derrière le grand trochanter, recommandant qu'on les laissât bien couler. On sait combien Lisfranc avait foi en une abondante déplétion sanguine locale dans les sciatiques exaspérées. Je prescrivis aussi un julep morphiné.

24 novembre. Le malade, qui avait éprouvé un peu d'amendement après les sangsues, a violemment souffert la nuit précédente, et il a encore été obligé de me faire appeler. M'étant, cette fois, nanti d'un cautère olivaire, je crus devoir lui en proposer l'application sur le dos du pied d'après le procédé ci-dessus. La certitude avec laquelle je lui promis une cessation prompte des douleurs qui le tourmentaient tant, et qui, non-seulement siégeaient le long de la cuisse en arrière, mais encore s'étendaient au mollet et jusqu'à la face dorsale du pied, l'eut bientôt décidé. Une cautérisation d'environ 4 ou 5 centimètres de long fut donc pratiquée sur le dos du pied comme dans les observations précédentes. La brûlure qui s'ensuivit fut d'abord recouverte d'une petite compresse trempée dans l'eau fraîche, puis pansée avec du diachylon. Elle ne fut entièrement cicatrisée que le trente-cinquième jour.

Nous remarquâmes ici les mêmes résultats que dans les précédentes observations, c'est-à-dire que le moment de l'application du fer incandescent fut la fin des souffrances névralgiques de Vitalès; que la nuit qui suivit fut accompagnée d'un sommeil doux et prolongé, et que le malade n'eut plus qu'à attendre patiemment la cicatrisation de la bienfaisante brûlure. Voilà bientôt une année écoulée depuis ce traitement, et je sais que cet homme n'a plus éprouvé de symptômes de cette névralgie, qui, pendant cinq années, lui avait donné tant d'angoisses, de douleurs et d'insomnies.

Obs IV. — La femme Audibert, journalière, âgée de 35 ans, était venue à l'Hôtel-Dieu d'Aix le 6 novembre 1848. Elle en était sortie quinze jours avant, après un séjour de trois mois qu'elle y avait fait pour le traitement d'une sciatique gauche, qui avait commencé de se manifester dans le mois de janvier de la même année. C'était la reproduction de ces douleurs qui l'obligeait de rentrer dans nos salles, et celles-ci résidaient surtout le long de la jambe en dehors et en arrière, et s'étendaient aux orteils. La cuisse était moins douloureuse depuis des vésicatoires volants qui y avaient été appliqués dans le premier traitement. Cette femme souffrait d'ailleurs beaucoup, surtout le soir et dans la nuit. Elle marchait péniblement et désirait fort sa guérison.

Quel mode de traitement devais-je ici employer? Les vésicatoires volants avaient bien opéré à la cuisse, avons-nous dit; toutefois, ils n'avaient fait que soulager, et l'on comprenait bien que le principe névralgique y résidait toujours. Recourir au même moyen à la jambe, nous eût probablement mis en mesure de produire un amendement notable, vu que la maladie n'était pas ancienne; mais ce n'eût pas été probablement encore une guérison définitive. Attendant mieux, ou plutôt espérant tout succès de la cautérisation du pied, nous y fîmes consentir la malade, qui la subit le 24 novembre.

Ces faits sont tout à fait concluants en faveur de la cautérisation, et me semblent pouvoir contribuer à la faire accréditer et répandre. Dans les seuls cas où nous y avons eu recours, les douleurs de la sciatique s'étendaient jusqu'au bas de la jambe et au pied, et la guérison a été radicale. En eût-il été de même si la névralgie eût été limitée à la cuisse? C'est ce que nous ne saurions dire, n'ayant pas consulté l'expérience sur ce point. Peut-être que, dans ces derniers cas, une raie de feu, directement portée sur le trajet du tronc nerveux ou des points douloureux, devrait être préférée. En octobre 1848, nous eûmes à traiter un militaire d'une sciatique ne dépassant pas le creux du jarret, et qui l'incommodait beaucoup depuis quelques mois. Il nous suffit pour l'en débarrasser, de passer rapidement la pointe d'un cautère olivaire rougi au blanc depuis le haut de la cuisse en arrière jusqu'à son quart inférieur. Dans ce cas, la brûlure superficielle fut guérie dans toute son étendue dix-sept jours après, et toute trace de sciatique avait disparu.

Le principal obstacle à l'emploi de la cautérisation consiste dans l'appréhension de la brûlure et des douleurs de l'adustion momentanée. Si l'on voulait cependant comparer ces inconvénients à ceux des autres modes de traitement, on verrait que les *tutò, citò* et *jucundè* seraient en faveur de la cautérisation, seul procédé, du reste, auquel nous ayons toute confiance quand la névralgie est ancienne, et partant invétérée.

(*Revue Médicale.*)

Des polypes de l'urètre chez la femme

et de leur traitement,

Par M. Garru.

(Suite du numéro du 20 décembre.)

V. — *Diagnostic des polypes de l'urètre.*

Le diagnostic, en l'absence des signes que nous venons d'énumérer, présente quelques difficultés, surtout si le polype est engagé dans l'urètre; mais c'est le cas le plus rare; presque toujours il existe quelque indice qui appelle l'attention du chirurgien du côté où siége la maladie. Il suffit souvent d'appuyer avec les deux indicateurs sur les côtés du canal de l'urètre, pour faire saillir la muqueuse intérieure et découvrir le corps anormal qui y est implanté; sa couleur, ordinairement rouge-foncé, suffit pour le distinguer de la membrane sur laquelle il prend naissance. Si l'application des doigts ne suffit pas, un stylet mousse ou à bouton introduit dans le canal de l'urètre permet de constater assez aisément la présence d'un obstacle, de déterminer sa forme et son volume. Nous nous sommes servi, dans ce cas, d'une pince mousse à anneaux pour écarter les parois de l'urètre, aller à la recherche du polype et l'attirer au dehors.

Il ne faut pas confondre les polypes muqueux ou vésiculaires de l'urètre, quand ils sont presque extérieurs, avec le renflement charnu qui limite le méat urinaire chez les femmes, et qui sert de guide dans le cathétérisme. On s'assurera de cette différence, en contournant la petite tumeur avec un stylet introduit adroitement dans l'urètre, ou en l'attirant au dehors avec des pinces pour en mieux apprécier les différents caractères.

Il ne faut pas non plus confondre les polypes vésiculaires du pourtour de l'urètre chez la femme avec les lésions syphilitiques, avec des végétations muqueuses ou des tubercules plats, et moins encore avec des granulations. Quoique les végétations muqueuses ne soient pas toujours vénériennes, elles ont cependant assez d'analogie avec les polypes proprement dits pour qu'on s'applique à les distinguer les unes des autres. Les premières sont inégales, déchiquetées, grisâtres ou d'un rose pâle; elles résistent à la pression, et l'on sent ordinairement à leur base une dureté ou noyau fibreux qui caractérise leur origine suspecte.

Les polypes ont un aspect différent; ils sont plus rouges, plus unis, globulés, souvent très mous, et cèdent, dans tous les cas, à la pression, sans qu'on sente la résistance fibreuse qui appartient spécialement aux végétations syphilitiques. Quant aux tubercules plats, ils forment, comme leur nom l'indique, de petites tumeurs aplaties, multiples et isolées, qui ne permettent pas de les confondre avec les polypes, lesquels, par leur forme, leur grosseur et leur nombre, presque toujours unique, en diffèrent totalement.

Un mot maintenant sur le diagnostic différentiel des polypes du canal de l'urètre chez l'homme; c'est le seul côté par lequel nous voulons toucher à ce sujet.

Les causes mécaniques des rétrécissements organiques de l'urètre sont nombreuses, et on en trouve la nomenclature détaillée dans tous les traités spéciaux; ce sont, en général, des brides de formes diverses, qui diminuent la capacité du canal, ou bien un resserrement proprement dit de ce canal même produit par une ulcération de la muqueuse et la rétraction consécutive de sa cicatrice. Mais les auteurs omettent généralement de signaler parmi ces causes la présence des polypes. Cependant cette cause existe. Quand les observations directes de M. Nicod, de Paris, que je rappelais au commencement de ce mémoire, et celles de M. Nicod, de Lyon, insérées dans la *Gazette Médicale* de 1836, ne la prouveraient pas, le raisonnement suffirait pour la faire admettre. La structure du canal de l'urètre de l'homme diffère peu de celle de l'urètre de la femme, et l'on ne voit guère pourquoi cette structure anatomique identique ne se prêterait pas aux mêmes altérations. D'un autre côté, les végétations si fréquentes qui existent à la base du gland, et que des causes différentes produisent, peuvent, sans forcer l'analogie, être comparées à des polypes. Ces deux espèces d'excroissances se développent de la même manière, par le soulèvement de la muqueuse; elles sont, les unes et les autres, suffisamment vasculaires, et saignent relativement beaucoup quand on les excise; elles reposent toutes les deux sur une base tantôt large, tantôt rétrécie; à peine si elles diffèrent par la couleur, moins rouge dans les unes que dans les autres, et la consistance, en général, plus ferme dans les végétations que dans les polypes. Ces caractères ne suffisent pas pour les éloigner le moins du monde les unes des autres, au point de vue de leur origine, de leur nature et de leurs symptômes, pas plus qu'on ne peut légitimement établir de grandes différences dans leur mode de terminaison et dans leur traitement. Or si les végétations sont si fréquentes à la surface de la muqueuse préputiale, rien n'empêche de penser qu'elles peuvent se produire de la même façon sur la muqueuse de l'urètre, qui n'est en quelque sorte que le prolongement de la muqueuse du prépuce; et, si les végétations deviennent ainsi une cause de rétrécissement du canal urétral, les polypes muqueux ou vésiculaires qui ont le même mode de vitalité doivent incontestablement affecter le même siége, et produire les mêmes résultats fâcheux. Les carnosités qui, chez les vieillards, tapissent les profondeurs de l'urètre, et quelquefois même les parois de la vessie, que sont-elles, sinon des polypes vésiculeux, mous et saignants au moindre contact? Ce sont ces derniers caractères de mollesse, de friabilité, de sanguinolence, qui doivent, avec l'étendue plus grande de la surface envahie, distinguer les polypes de l'urètre chez l'homme des rétrécissements ou brides, qui sont fermes, denses, fibreux, et qui saignent assez difficilement.

VI. — *Pronostic et terminaison des polypes de l'urètre.*

Nous ne parlerons pas des graves conséquences des polypes profonds de l'urètre et de la vessie chez l'homme. On sait qu'ils se montrent dans la vieillesse, qu'ils accompagnent souvent les dégénérescences de la prostate ou de la vessie, et qu'ils sont ainsi un appendice secondaire dans une maladie dont la mort est l'issue habituelle.

Quant aux polypes vésiculeux chez la femme, nous l'avons vu, ils existent souvent sans qu'on s'en doute; et, quand ils ont été connus, on ne voit pas qu'ils aient entraîné jamais des accidents sérieux. Seulement, ils déterminent des souffrances ou des incommodités sans fin, et nécessitent l'emploi des ressources de l'art. On vient assez facilement à bout de les détruire; mais la cause qui les a faits naître les reproduit souvent de nouveau, et il faut recourir à de nouvelles opérations. Nous verrons au traitement s'il n'est pas quelques moyens efficaces de s'opposer à cette repullulation du mal, et de mettre les malades à l'abri de ces sortes de récidives, opérations si communes dans le traitement des polypes de l'espèce dont nous traitons. Pour ce qui est des polypes fibreux, ou seulement charnus, si rares dans l'urètre, l'extraction en est plus ou moins difficile; mais la guérison une fois obtenue est toujours définitive.

VII. — *Traitement des polypes de l'urètre.*

Trois moyens ont surtout été vantés dans le traitement des polypes de l'urètre en particulier, à savoir, la ligature, la cautérisation et l'excision. Quant au dessèchement des polypes par certaines poudres absorbantes, M. Vidal (de Cassis), qui n'en parle que pour s'en moquer, le repousse avec dédain. Nous pensons qu'il a eu tort, et qu'il n'est pas si petit moyen qui ne puisse venir en aide dans le traitement d'une maladie.

1° La ligature est rarement applicable aux polypes de l'urètre. Ces tumeurs sont en général trop molles, trop friables, trop faciles à se reproduire, pour qu'on les attaque par un moyen si illusoire. Ce n'est guère que dans les cas de polype charnu ou fibreux, renfermé dans le canal, mais pourtant accessible aux manœuvres, que ce moyen doit être employé, comme l'a fait M. Schutzenberger (de Strasbourg) chez une malade dont il cite l'observation intéressante. La tumeur était située à l'entrée du canal, à l'intérieur duquel elle proéminait légèrement; une ligature fut jetée autour de sa base: quatre jours après le polype tombait avec le fil qui l'étranglait. On comprend que cette méthode serait très difficile, sinon impossible à mettre en pratique, si la tumeur occupait l'intérieur de la cavité urétrale. Dans tous les cas, nous pensons qu'elle est moins rationnelle que l'excision.

2° Avant de traiter de celle-ci, nous devons dire que la cautérisation directe par le fer rouge n'est plus guère en usage, et qu'il faudrait un cas spécial pour justifier son emploi dans un lieu aussi sensible que l'appareil génital et sur un organe comme l'urètre, dont les fonctions ne peuvent être longtemps suspendues. Boyer, dans son *Traité des maladies chirurgicales*, parle « d'un excroissance fongueuse, rouge, saignante, très douloureuse par le frottement et quelquefois par le contact, se développant sur un point du pourtour du méat urinaire de la femme, et qui doit être cautérisée avec le fer rouge. » C'est évidemment d'un polype vésiculaire qu'il est question dans ces lignes de Boyer; mais nous pensons,

malgré cette grave autorité chirurgicale, qu'avant d'en venir au fer rouge on doit tenter le moyen à la fois plus simple et aussi expéditif de l'excision, et que, pour prévenir la récidive que Boyer avait en vue, on peut recourir à la méthode de dessèchement que M. Vidal (de Cassis) repousse, et que nous nous proposons particulièrement de restaurer ici.

3° L'excision n'offre en général aucune difficulté, puisque nous avons dit que le polype était ordinairement situé près du méat urinaire. On le saisit soit avec des pinces, soit avec une petite érigne, et on l'excise à l'aide de ciseaux. Les ciseaux courbes sur le plat offrent l'avantage de couper une plus large surface à la fois, et nous les préférons. Nous recommandons aussi de ne pas craindre de couper un peu la base même du polype, afin d'enlever jusqu'aux chances de récidive de la tumeur. On peut encore, à l'exemple de M. Velpeau, se servir d'un petit couteau courbe sur le plat et arrondi à son extrémité; mais la tumeur est souvent si molle, qu'elle cède sous l'instrument et se brise. Les ciseaux offrent plus d'avantages.

L'opération est bien plus compliquée si la tumeur est enfoncée dans la profondeur de l'urètre. M. Espezel cite, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, le cas d'excision d'un polype situé à la paroi supérieure de l'urètre, très près du col de la vessie. Il entr'ouvrit le canal de l'urètre avec un petit spéculum assez semblable à celui de l'oreille, y introduisit des ciseaux longs et extrêmement pointus en rasant la paroi sur laquelle était implanté le polype, et parvint ainsi à l'exciser en totalité.

L'opération par l'excision est suivie constamment d'une perte de sang assez considérable, eu égard au peu d'étendue de la plaie, et qui justifie toutefois ce que nous avons dit de la nature passablement vasculaire des tumeurs polypeuses. Le sang, en général, ne tarde pas à s'arrêter de lui-même; cependant, il y a quelquefois une véritable hémorrhagie, et il faut avoir recours alors soit aux affusions froides, soit à la cautérisation avec le nitrate d'argent ou même avec un bouton de feu. C'est ce qui eut lieu dans le cas de M. Espezel, cité plus haut, où l'hémorrhagie s'était produite quelques heures après l'opération.

L'hémorrhagie peut être interne, c'est-à-dire vésicale, comme il arriva dans une opération du professeur Lisfranc, qui avait excisé un polype de l'urètre du volume d'une petite noisette, situé à deux centimètres environ du méat urinaire. L'excision fut en apparence suivie de l'écoulement d'une très petite quantité de sang; mais une heure après on vint en toute hâte chercher le chirurgien: la malade se mourait. A son arrivée, il la trouva pâle, immobile, le pouls faible; il découvre la malade dans la pensée qu'une hémorrhagie était seule capable d'avoir produit des accidents de cette nature. Il n'y avait aucune trace de sang dans le lit. L'hémorrhagie avait cependant eu lieu, mais à l'intérieur de l'urètre. Versé à la surface de ce conduit, le sang avait reflué dans la vessie, qui était considérablement développée. Après l'avoir débarrassée des caillots et du sang qu'elle contenait, il suffit, pour arrêter l'hémorrhagie, d'appliquer sous l'arcade du pubis deux doigts et de comprimer pendant quelque temps.

Aussi, pour prévenir cette hémorrhagie, Lisfranc était-il d'avis que l'on devait poser en principe général la cautérisation du pédicule du polype, laquelle a l'avantage de détruire ce qui peut échapper à l'instrument tranchant et d'éviter de la sorte la récidive. La cautérisation est donc, dans certains cas, un auxiliaire énergique de l'excision.

4° J'arrive à une méthode de traitement qui, dans certains cas, peut remplacer l'excision et, dans tous, lui aider puissamment; je veux parler de la méthode de dessèchement. Cette méthode consiste dans l'emploi d'un mélange de poudre cathérétique dont on couvre les polypes quand ils sont extérieurs, et qui en amène la flétrissure et la chute définitive. La sabine et le sulfate d'alumine jouissent de propriétés styptiques et cathérétiques remarquables qui les rendent très propres à cet usage; leur efficacité avait été reconnue, depuis quelques années, dans la destruction des végétations de nature diverse qui se développent dans certaines circonstances sur la muqueuse du prépuce, particulièrement autour de la couronne du gland. Il suffit, en effet, d'introduire entre le prépuce et le gland, préalablement bien lavés, une petite bandelette imbibée d'eau et promenée sur un mélange de poudre de sabine et d'alun, pour voir, au bout d'une ou deux semaines, les végétations préputiales blanchir, se dessécher, diminuer, tomber en poudre et disparaître peu à peu à chaque lotion et à chaque pansement.

L'analogie que nous avons signalée entre les polypes muqueux de l'urètre et ces végétations nous a conduit à employer, pour les détruire, le même traitement. L'essai que nous en avons fait dans un cas très simple a justifié nos prévisions et encouragé nos tentatives. Il s'agissait d'une jeune femme offrant à l'orifice même de l'urètre un paquet de polypes vésiculaires qui couronnaient le méat urinaire sans pénétrer dans le canal. La malade, se refusant opiniâtrement à l'excision qui aurait remédié promptement à ses incommodités continuelles, nous eûmes l'idée d'employer les deux poudres indiquées plus haut et mélangées par parties égales; le soulagement ne se fit pas attendre, et la guérison fut complète en quinze jours. La malade se bornait à saupoudrer d'alun et de sabine toute la partie supérieure de la vulve, et maintenait sur les parties, à l'aide d'un bandage en T, une compresse imbibée d'eau d'alun et saupoudrée de la poudre prescrite. Ce traitement léger suffit et ne fut accompagné d'aucune douleur.

Dans deux autres circonstances analogues où nous pûmes procéder par l'excision, nous terminâmes aussi heureusement la guérison en une semaine à l'aide de la poudre de dessèchement, comme il vient d'être dit.

Dans un quatrième cas, une difficulté se présenta: il s'agissait d'une ouvrière ourdisseuse, mariée, sujette à une leucorrhée habituelle et offrant des polypes vésiculaires situés à l'orifice de l'urètre, et de plus un polype de même nature, mais contenu dans l'intérieur même du canal de l'urètre. L'excision fut pratiquée à l'extérieur d'une manière complète; mais, à l'intérieur du canal, l'excision, malgré nos soins, fut imparfaite, et un fragment du polype resta sans que la malade permît de revenir à l'opération, qui avait été très douloureuse. L'emploi de la poudre cathérétique eut son succès accoutumé au pourtour du méat urinaire; mais le canal n'était pas libre, et les mêmes souffrances qui avaient déterminé la malade à se faire traiter subsistaient; la marche devenait promptement pénible, l'émission des urines était difficile et les approches maritales douloureuses.

Nous ne pûmes surmonter la résistance de la malade à parfaire l'opération par une excision nouvelle, et la pensée nous vint d'y suppléer en introduisant dans le canal urétral notre poudre au moyen d'une mèche mouillée et chargée d'alun et de sabine. Mais cet expédient était d'une application malaisée: la mèche était difficilement introduite à l'aide d'un stylet; son contact, inégal et rugueux, était pénible; les besoins d'uriner ne tardèrent pas à se faire sentir, et la tente de charpie était bientôt expulsée. C'est alors que, pour parer à ces inconvénients, nous fîmes fabriquer des bougies en cire, dans lesquelles on incorpora le plus possible de poudre de sabine et d'alun. Ces bougies, parfaitement lisses, n'offensèrent pas l'urètre; leur rigidité permit de les introduire sans efforts aussi profondément qu'on le voulut, et elles furent supportées sans peine. La chaleur amenait promptement la fusion de la cire, et l'action du mélange des deux poudres devenait immédiate. Une seule précaution fut prise, celle d'attacher la bougie avec un long fil qui empêchât celle-ci de tomber dans la cavité vésicale ou qui permît de la retirer au besoin. Mais cet accident n'arriva pas. La malade put garder la bougie en place d'abord pendant plusieurs heures, ensuite pendant plus d'une semaine. Dès lors, la malade se trouva complètement soulagée de toutes ces incommodités passées; on cessa l'usage de la sonde, et depuis une année la cure s'est maintenue sans aucun retour du mal.

Nous avons eu dernièrement une cinquième malade à guérir d'un polype de l'urètre; c'était une dame de cinquante ans, qui en souffrait depuis plus de six mois sans oser se plaindre. Le polype était unique; il occupait l'intérieur du canal de l'urètre, faisait saillie à son orifice extrême et apparaissait au dehors comme une petite amande. Il causait des douleurs cuisantes, gênait considérablement l'émission des urines, s'opposait à la marche et forçait souvent la malade à rester assise et immobile. Les bains n'avaient jamais amené qu'un soulagement momentané.

La malade ne voulant pas entendre parler d'opération, nous fûmes obligé d'agir de ruse pour pratiquer l'excision; sous prétexte d'examiner le polype, nous le fîmes saillir en pressant sur les côtés du méat urinaire; puis, l'attirant au dehors avec une pince à pansement, nous en fîmes la section d'un seul coup et aussi avant que possible. Un écoulement de sang assez notable procura un premier soulagement par le dégorgement instantané des tissus.

Dès le lendemain, on fit usage des bougies cathérétiques, que la malade supportait, non sans difficulté, pendant cinq jours. On continua pendant une semaine des bains de siége et des boissons délayantes; ensuite tout fut abandonné. Depuis ce moment la malade se regarde comme guérie et rien ne fait présumer que sa guérison ne soit pas définitive.

Quoique nous ayons vu un assez grand nombre de polypes de l'urètre chez les femmes, nous n'avons pas eu d'autre occasion d'employer les procédés très simples que nous venons de signaler; mais nous sommes persuadé que le succès se renouvellera aussi facilement entre les mains de tous les praticiens que dans les nôtres.

Une application que nous aurions voulu faire de ces moyens thérapeutiques et que nous recommandons à l'attention des chirurgiens, c'est celle de nos bougies cathérétiques au traitement des rétrécissements de l'urètre dans les cas où l'obstacle à la liberté du canal est mou et saignant. L'idée soutenue par nous que les végétations muqueuses de la surface interne de l'urètre sont souvent la cause des rétrécissements de ce canal trouverait sa justification ou sa condamnation dans le résultat même de l'expérience. Ce serait là une occasion nouvelle de reconnaître la vérité profonde de cette maxime de philosophie médicale par laquelle nous terminons ce travail: *Naturam morborum ostendunt curationes.* (BAGLIVI.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 décembre 1849. — Présidence de M. BOUSSINGAULT.

Choléra.

M. Ménétrier, conservateur du musée zoologique de l'Académie des Sciences de Saint-Pétersbourg, envoie un mémoire intitulé: *Recherches sur les causes du choléra.* L'auteur a étudié la question tant sous le rapport anatomique et pathologique que sous celui de l'influence de l'électricité sur l'organisme en général, et il appelle l'attention des physiciens et des médecins sur cette branche spéciale de la science.

Acide hippurique dans le sang.

MM. Verdeil et Dolfus informent l'Académie que, entre autres résultats de leurs recherches sur le sang, ils ont constaté la présence de l'acide hippurique dans le sang.

CONCOURS

OUVERT DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE POUR UNE CHAIRE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Deuxième épreuve. — Leçon orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation.

En reprenant aujourd'hui le compte-rendu de ce concours auquel nous avons voulu faire assister nos lecteurs, nous aurions peut-être quelques explications à donner sur de vagues et de rares plaintes auxquelles ont donné lieu nos premières appréciations. Après y avoir mûrement réfléchi, nous n'avons pas cru ces explications utiles. Nous trouvons si naturel qu'une critique qui, quelque légère qu'elle soit, heurte des intérêts ou des sympathies, soit trouvée injuste, que nous n'avons pas le courage de blâmer ceux qui se sont plaints. Il nous suffit que nous ayons la conscience d'avoir jugé impartialement, suivant nos lumières, pour n'avoir rien à nous reprocher, et nous croyons pouvoir nous flatter d'être dans cette condition.

M. LENOIR.

Des sections sous-cutanées.

Les parties sur lesquelles on pratique les sections sous-cutanées se divisent en deux groupes: au premier appartiennent les muscles, les aponévroses, les ligaments, les brides fibreuses; au second, les veines, les nerfs, les lymphatiques.

Tulpius, Joba Mekren et Heister parlent de la ténotomie appliquée au muscle sterno-mastoïdien; mais ils opéraient à *l'air libre.* Delpech, le premier, comprit les avantages d'une section faite sous les téguments; à une incision transversale, il préféra deux incisions latérales et parallèles aux muscles ou aux tendons. Pour atteindre plus sûrement le même but, Dupuytren supprima l'une des deux incisions latérales de Delpech. En 1833, M. Stromeyer élève les sections sous-cutanées à la hauteur d'une méthode, en faisant ressortir leurs avantages. M. Guérin, par ses travaux, vint encore agrandir la sphère d'application de cette méthode.

Toute section sous-cutanée présente deux temps: la ponction et la section. La ponction doit être faite du côté où se trouvent les organes les plus importants à ménager; la section peut être opérée des parties superficielles vers les profondes, ou des profondes vers les superficielles. Chacun de ces procédés présente ses avantages et ses inconvénients.

Après la section, il faut rendre à l'organe divisé sa position normale; mais faut-il la lui rendre immédiatement ou dans quelques jours? Stromeyer, ayant observé que la réunion est parfois plus difficile ou impossible après un redressement brusque, conseille d'attendre; cette pratique mérite, en général, la préférence.

Pour se rendre compte de la réunion des tendons après leur section sous-cutanée, D'Hamon, MM. Guérin et Duval admettent un épanchement sanguin, puis une exsudation de lymphe plastique qui subit la transformation fibreuse, ainsi que l'avait établi Hunter. M. Bouvier n'a pas vu l'épanchement sanguin; suivant ce dernier auteur, la gaîne tendineuse se pénètre de lymphe plastique, et sert de moyen de réunion entre les deux bouts du tendon divisé. Les muscles se réunissent par une partie fibreuse intermédiaire.

Les sections sous-cutanées sont applicables à l'ectropion, à la myopie, au strabisme, à l'amaurose, aux coarctations de l'orifice buccal, au bégaiement, au resserrement des mâchoires, au torticolis, aux difformités du tronc, aux membres pour combattre des difformités ou pour réduire soit des fractures, soit certaines luxations anciennes.

Cette seconde partie de la leçon de M. Lenoir pouvait offrir un vif intérêt; mais en se bornant à une simple énumération, ce candidat s'est privé de l'une des ressources les plus précieuses de son sujet. En outre, il l'a été incomplet; ainsi il a passé sous silence le second groupe d'organes auxquels les sections sous-cutanées sont applicables; les kystes, l'ankylose, les hernies étranglées n'ont pas été mentionnés. Toutefois, ces omissions n'ont à nos yeux qu'une faible importance, car il est bien évident qu'en s'en tenant à la ténotomie le candidat a attaqué la partie capitale de sa question, et comme il ne pouvait réellement la traiter tout entière, peut-être a-t-il bien fait de se restreindre. En résumé, cette leçon renferme un exposé fidèle de l'état actuel de la science ténotomique et des appréciations presque toujours judicieuses; il est à regretter qu'elle ait manqué de chaleur.

M. SANSON.

De la trépanation.

Le candidat définit d'abord ce qu'on doit entendre, dans le sens le plus général, par trépanation; il indique les effets que le chirurgien peut se proposer d'obtenir en appliquant le trépan. Il fait l'historique de l'opération, passe en revue toutes les régions où on peut la pratiquer, et s'arrête au crâne, où se concentrent toutes les questions relatives au trépan. Après avoir décrit et les instruments et le manuel opératoire, le candidat examine les conditions pathologiques qui indiquent l'emploi du trépan, et termine en énumérant les dangers du trépan appliqué sur les parois du crâne.

Avec plus d'ordre, de suite dans les idées, et une connaissance plus exacte des faits pratiques, on aurait pu faire une bonne leçon de celle de M. Sanson.

M. RICHET.

Des divers moyens hémostatiques en général après les opérations.

Les procédés hémostatiques ont été longtemps imparfaits, et c'est là une des causes qui ont ralenti les progrès de la chirurgie.

Ces procédés seront étudiés dans l'ordre suivant: les réfrigérants, les styptiques, la compression, les absorbants, la cautérisation, la ligature et la torsion.

Les réfrigérants sont: l'air, l'eau froide, l'eau glacée. Ce dernier liquide peut être employé en lotion, en aspersion et en injection intermittente ou continue.

Les styptiques, parmi lesquels il faut ranger le vinaigre et la solution de sulfate d'alumine, suspendent l'écoulement du sang en opérant la striction des tissus; mais ils irritent et enflamment les parties sur lesquelles on les applique.

La compression peut être provisoire ou permanente. Comme moyen provisoire, elle a été employée avec succès par J.-L. Petit, et constitue un procédé souvent utile. Comme moyen permanent, elle peut être appliquée sur l'orifice même du vaisseau ou sur son trajet. Dans le premier cas elle est souvent nuisible par l'irritation qu'elle occasionne. Dans le second, elle peut être utile pour prévenir une hémorrhagie consécutive.

Les absorbants constituent en général un moyen hémostatique adjuvant de la compression.

La cautérisation est pratiquée avec les caustiques ou avec le fer rouge. Les premiers sont le plus souvent insuffisants; le second est plus efficace.

La ligature est pratiquée à la surface de la plaie ou à une certaine distance. A la surface de la plaie, elle est en général immédiate. Pour en faciliter l'exécution, il est parfois avantageux de faire usage du ténaculum. Ce moyen hémostatique est celui qui offre le plus de sécurité. Quelquefois aussi la ligature est médiate; mais alors elle expose le malade aux hémorrhagies consécutives, à la douleur, et même aux accidents tétaniques. La ligature pratiquée à distance est employée pour combattre des hémorrhagies consécutives. Quelques auteurs, et particulièrement Kooks (de Munich), ont nié l'utilité du lien constricteur après les amputations.

La torsion est un moyen homostatique important; mais il est généralement abandonné.

Après avoir tracé l'histoire de ces divers moyens hémostatiques, M. Richet les étudie: 1° relativement aux régions sur lesquelles on

les applique ; 2° relativement aux vaisseaux ; 3° relativement à la composition du sang. A ce sujet, il mentionne une hémorrhagie intermittente traitée avec succès par le quinquina.

Nous voudrions pouvoir donner en éloges à M. Richet l'équivalent des reproches que nous avons été obligé de lui adresser lors de sa première épreuve ; malheureusement notre impartialité s'y refuse. Nous sommes obligé de lui adresser précisément les mêmes reproches que la première fois : c'est-à-dire que dans tout le cours de sa leçon M. Richet a été narrateur plutôt qu'appréciateur. Après l'avoir entendu, un élève qui aurait eu une hémorrhagie à arrêter aurait été bien embarrassé pour choisir entre tous les moyens hémostatiques. Si M. Richet, par exemple, parle de la torsion, il dit que c'est un moyen hémostatique *important*, mais qu'il est généralement abandonné. Quant à la question de savoir si cet abandon est justifié ou non, c'est de quoi M. Richet ne s'inquiète pas.

Ajoutons, dans l'intérêt des concours futurs auxquels M. Richet aura à prendre part, que sa diction est par trop négligée. Quoiqu'un concours de médecine opératoire ne soit pas un concours de littérature, il conviendrait cependant d'éviter, même à la Faculté de médecine, ces locutions qui sont toujours déplacées dans la bouche d'un bachelier ès lettres.

M. Gosselin.

Des amputations dans la contiguïté.

On s'est beaucoup préoccupé dans l'étude des amputations des avantages et des inconvénients qu'elles présentent suivant qu'elles intéressent la contiguïté ou la continuité des os ; mais le parallèle ne peut être soulevé que pour un petit nombre de désarticulations ; par exemple, pour celles du coude et du genou, du poignet et du coude-pied ; car, pour celles qui portent sur des jointures rapprochées du tronc, comme l'épaule et la hanche, ou qui en sont très éloignées, comme les articulations du pied et de la main, la science est depuis longtemps fixée.

Après quelques considérations sur l'anatomie des articulations, M. Gosselin classe les méthodes adoptées pour ces opérations ; elles sont au nombre de cinq : la méthode circulaire, la méthode à deux lambeaux, la méthode à un lambeau, la méthode elliptique et la méthode ovalaire, à laquelle se rattache la méthode en raquette.

La méthode circulaire est difficile et lente dans son exécution : les gros vaisseaux ne peuvent être divisés dans les derniers temps de l'opération. En général, elle offre peu d'avantages ; pour le poignet, par exemple, elle doit être rejetée.

Les méthodes à un et deux lambeaux n'offrent pas les mêmes inconvénients : aussi sont-elles plus généralement usitées.

La méthode elliptique, qui a la plus grande analogie avec celle à un lambeau, participe aussi à la plupart de ses avantages et offre en outre celui de permettre une coaptation plus exacte des parties molles et une protection plus satisfaisante des parties dures.

La méthode ovalaire, utile pour certaines désarticulations, pour celles des métacarpiens et des métatarsiens, par exemple, est moins avantageuse pour la plupart des autres articulations en ce qu'elle ne permet pas de recouvrir suffisamment la surface articulaire.

Les phénomènes consécutifs aux désarticulations se rattachent aux tendons qui contractent des adhérences avec la cicatrice, aux cartilages qui disparaissent par voie d'absorption ou d'élimination et aux surfaces articulaires qui l'unissent aux parties molles.

Les accidents les plus fréquents sont l'inflammation et la résorption purulente, qui est moins commune cependant qu'à la suite des amputations sur la continuité.

M. Gosselin a brillé une fois encore par la netteté de l'exposition, par la connaissance précise aussi bien que par l'arrangement logique des faits, et en général par la justesse des appréciations. Nous disons cependant *en général*, parce que nous croyons qu'il a un peu trop déprécié la méthode circulaire ; il nous a surtout paru mal inspiré en citant le poignet comme une des articulations où cette méthode doit absolument être proscrite, tandis que c'est là au contraire qu'elle donne des résultats que nous estimons bien supérieurs à ceux de la méthode à lambeaux.

Nous croyons pouvoir dire qu'il a également été trop sévère pour la méthode ovalaire.

Enfin, nous avons été un peu surpris qu'un esprit aussi précis, aussi lucide que M. Gosselin ne soit pas entré plus franchement dans son sujet. Son préambule de dix minutes, consacré au parallèle des amputations dans la continuité et la contiguïté, était inutile et ne pouvait servir qu'à consommer un temps qu'on aurait pu mettre à profit. Nous croyons pouvoir assurer à M. Gosselin qu'il gagnera beaucoup à l'avenir à attaquer de front son sujet sans circonlocutions, car il est homme à n'avoir pas besoin des précautions oratoires, qui sont toujours des lieux communs. ***

Séance annuelle

Pour la distribution des prix aux internes et externes des hôpitaux, et la proclamation des nouveaux internes et externes nommés pour entrer en fonctions au 1er janvier 1850.

Avant-hier a eu lieu, avec le cérémonial accoutumé, la distribution des prix des internes et des externes des hôpitaux, ainsi que la proclamation des internes et externes nouvellement élus. Cette solennité nous vaut ordinairement trois discours ; cette année nous en avons eu quatre, M. le directeur de l'assistance publique étant venu présider la séance et adresser aux élèves une courte allocution. Nous applaudissons à la bonne pensée qu'a eue M. le directeur, ainsi qu'aux paroles qu'il a prononcées. Nous en excepterons toutefois celles par lesquelles il a cherché à justifier la mesure mesquine que vient de prendre l'administration, sous prétexte d'économie, relativement à la nourriture des internes. Nous croyons que M. le directeur ne s'est pas fait rendre un compte exact de la dépense qu'occasionne à l'administration la nourriture des internes, moyennant 25 fr. par mois ; s'il avait pris des renseignements précis à cet égard, il aurait vu que l'économie est insignifiante, si tant est qu'elle existe réellement. La raison donnée par M. le directeur n'est pas la véritable ; mais les autres sont moins avouables.

Les trois autres discours ont été prononcés par MM. Pidoux, Léger et Marotte. Ces sortes de discours ne sont habituellement qu'un compte-rendu des concours qui viennent d'avoir lieu et sont par conséquent toujours taillés sur le même patron : MM. Léger et Marotte paraissent n'avoir eu d'autre prétention que de se conformer aux usages reçus. Mais la perspective d'un discours stéréotypé ne pouvait plaire à un esprit aussi original que M. Pidoux ; il a voulu sortir des sentiers rebattus. Il n'a pas trouvé pour cela de meilleur moyen que de déclarer la guerre aux méthodes physiques d'exploration, c'est-à-dire spécialement à l'auscultation et à la percussion, qu'il a flétries du nom de *nécropsies anticipées*.

Il est certain que M. Pidoux a eu là une inspiration assez neuve. Si elle a autant de succès qu'd'originalité, nous prédisons une grande renommée à M. Pidoux. Cette idée nous a rappelé la leçon d'un concurrent pour l'internat (c'était un Allemand), qui, ayant à faire le diagnostic de l'hydrocèle et du sarcocèle, ne s'inquiétait pas plus de la fluctuation, de la transparence, etc., que les eunuques du grand turc, et qui prononça d'un air d'inspiré à peu près ces paroles : « En Allemagne, à la clinique de....., on distingue une hydrocèle d'un sarcocèle à la simple vue de la physionomie du malade. Quand il y a sarcocèle, le malade est triste ; quand il y a hydrocèle, le malade est gai. » Et le candidat alla s'asseoir. Son diagnostic parut fort ; mais il eut peu de succès. Si cet Allemand existe encore à l'état de concurrent, nous l'engageons à concourir quand M. Pidoux sera juge.

Après les discours, la proclamation des lauréats et des nouveaux élus a été faite dans l'ordre suivant.

CONCOURS POUR LES PRIX DE L'INTERNAT.

Internes de première classe (3e et 4e années). Médaille d'or, M. Triquet ; médaille d'argent, M. Béraud.

Internes de seconde classe (1re et 2e années). Médaille d'argent, M. Legendre ; accessit, M. Leudet ; mentions honorables, MM. Becquet et Galet.

CONCOURS POUR LES PRIX DE L'EXTERNAT.

1er et 2e prix (livres), MM. Duménil et Muret ; mentions honorables, MM. Touhin et Rouget.

Internes nommés pour entrer en fonctions au 1er janvier prochain.

1° *Internes titulaires* : MM. 1 Duménil, 2 Muret, 3 Touhin, 4 Rouget, 5 Combessis, 6 Landry, 7 Moreau, 8 Gosset, 9 Astrié, 10 Bechet, 11 Maingault, 12 Lahoulhène, 13 Archambault, 14 Martelière, 15 Thibierge, 16 Roussin, 17 Bauchet, 18 Dillar, 19 Dutar, 20 Briffault, 21 Dauheuf, 22 Duffour, 23 Bomart, 24 Boulay.

2° *Internes provisoires* : MM. 1 Moynier, 2 Grandmolet, 3 Duhacquié, 4 Ramhaut, 5 Barnier, 6 Merland, 7 Pinault, 8 Duclos, 9 Dogué, 10 Géry, 11 Porchat, 12 Vincent, 13 Magnac, 14 Roché, 15 Dal-Piaz, 16 Schneff, 17 Lefèbre, 18 Jourdan, 19 Hamon, 20 Bacquias.

CORRESPONDANCE.

Emploi de la glace dans les ophthalmies traumatiques.

Monsieur le Rédacteur,

Le dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux* contient un article sur l'emploi de la glace dans les ophthalmies traumatiques traitées par notre estimable confrère M. Chassaignac.

Les praticiens qui suivent la clinique chirurgicale du Val-de-Grâce, aussi bien que les abonnés de votre estimable journal, savent que depuis bien des années nous traitons toutes les lésions traumatiques par la glace, avec ou sans addition de sel marin, et chaque jour démontre par de nouveaux succès l'excellence de notre méthode.

Aucune des lésions du globe oculaire, et spécialement celles qui sont consécutives à l'opération de la cataracte, n'échappe à ce mode de traitement : aussi n'est-ce pas sans un sentiment de surprise que nous voyons attribuer à notre honorable confrère M. Chassaignac l'initiative de l'emploi de la glace pour combattre les lésions oculaires.

Depuis quinze ans que nous faisons des efforts constants pour faire apprécier les bons effets thérapeutiques de la glace en chirurgie, sans nous laisser décourager par les attaques plus ou moins violentes dont nous sommes l'objet, qu'il nous soit permis de revendiquer pour nous l'honneur d'avoir doté la chirurgie d'une puissance médicatrice qui, nous ne craignons pas de le dire, doit faire époque dans la science.

Nous sommes heureux que des collègues dont le nom fait autorité, comme MM. Chassaignac et Jobert, veuillent bien nous venir en aide pour propager notre traitement par la glace : le premier, en l'appliquant, à notre exemple, aux lésions oculaires ; le second, en y recourant pour combattre l'inflammation traumatique après les brûlures, selon la pratique du Val-de-Grâce.

Que d'autres praticiens les imitent, et qu'ils essaient sur une petite échelle s'ils le veulent et pour quelques cas spéciaux le traitement par la glace, le succès sera leur récompense, et de proche en proche ce traitement sera appliqué à toutes les lésions traumatiques comme nous le faisons avec tant de bonheur.

Dans un des derniers numéros de votre journal, j'ai vu, indiqués sur des planches, divers procédés pour l'amputation tibio tarsienne, qui jamais n'avaient été faits avant moi ; ce que je suis obligé de rappeler, puisqu'on semble l'oublier.

Il est surprenant que mon deuxième procédé opératoire à l'aide d'un lambeau plantaire, si bien décrit dans le numéro de votre journal du 22 février 1848, ait été omis ; je me propose de remplir cette lacune incessamment aussitôt que le dessin me sera remis par le graveur.

Veuillez agréer, etc. Baudens.

NOUVELLES.

La Société médicale du 1er arrondissement a renouvelé son bureau ; ont été nommés pour 1850 :

MM. Piorry, président ; Letalenet, vice-président ; Foissac, secrétaire général ; Chereau, secrétaire particulier ; Reis, trésorier.

— M. le docteur Dumesnil, médecin en chef directeur de l'asile des aliénés de Saint-Dizier (Haute-Marne), vient d'être nommé médecin en chef directeur de l'asile d'aliénés de Dijon.

— M. le docteur Mérier, médecin en chef de l'asile de Fains, vient d'être nommé médecin en chef directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Dizier.

— M. le docteur Fornacciari a été nommé médecin de l'asile de Fains en remplacement de M. Mérier.

Asile pour les idiots. — Les protecteurs de l'asile établi récemment en Angleterre pour la réception et l'éducation des idiots (V. *Annales méd.-psych.*, t. XII, p. 145) ont tenu dernièrement leur séance annuelle. Cette institution est en pleine prospérité, et la preuve c'est que 159 individus étaient présentés pour y être reçus, les uns gratuitement, les autres avec des pensions variant de 25 à 100 guinées par an. Il paraît que les résultats obtenus sont déjà très favorables. Le local étant trop petit pour recevoir tous les idiots qui se sont présentés, il a été décidé par le conseil qu'une autre maison serait acquise pour établir cette institution sur une base plus large.

Nouvel hôpital d'aliénés. — Par un acte du parlement, un hôpital d'aliénés avait été décrété pour la ville de Bristol. Ce nouvel asile va être ouvert aux aliénés de la classe indigente. On dit que cette fondation ne coûtera pas moins de 1,250,000 fr.

PARIS, — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 27 DECEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 8e SERIE. — TOME Ier — N° 151.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

AVIS. — *MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin du mois sont priés de le renouveler avant cette époque.*

L'envoi de mandats sur la poste est le mode le plus expéditif et le plus sûr pour nous faire parvenir l'argent.

Les mandats au-dessous de 10 fr. étant exempts de timbre, on peut envoyer : Pour un abonnement de six mois, deux mandats de 7 fr.; pour un abonnement d'un an deux mandats de 9 fr. et un de 8 fr.

Les lettres contenant des mandats sont reçues sans être affranchies.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

Plaques muqueuses. — Difficulté de diagnostic. — Leur forme élémentaire est une pustule.

Observation recueillie par M. DELACOUR, interne du service.

Les observations d'affections syphilitiques de la peau doivent aujourd'hui, grâce aux progrès récents de la science, être mises au nombre de celles dont le diagnostic offre le plus de certitude, cependant cette règle n'est pas sans exception ; dans le cas que nous allons rapporter et qui est d'ailleurs curieux à plusieurs égards, on comprendra qu'on ait pu hésiter pendant quelque temps, et qu'il ait fallu attendre les effets du traitement pour ne plus conserver d'incertitude, suivant le précepte si souvent invoqué par Baglivi.

Au n° 20 de la salle Napoléon, service de M. Cazenave, est entré, le 22 août 1849, un nègre, âgé de seize ans, portant sur divers points du corps des ulcérations qui se sont développées depuis deux mois pendant une traversée qu'il a faite en venant de la Nouvelle-Grenade. Ces ulcères existent au cou, vers la partie moyenne, au nombre de quatre (c'est par là que l'affection a débuté), un dans chaque aisselle, deux sur le scrotum, un sur le gland, un sur la peau de la verge : ils sont au cou d'une largeur de deux à trois centimètres, séparés par de petits sillons de peau saine, saillants de deux millimètres; leur surface est d'un rouge pâle, légèrement granulée, peu douloureuse, sans auréole inflammatoire; il s'en écoule un fluide jaunâtre, inodore, qui se concrète et forme à la surface une croûte légère d'un jaune brillant; il n'y a pas d'engorgement des ganglions lymphatiques. Ceux de l'aisselle ressemblent presque en tout point aux précédents; ils sont un peu plus saillants, parfaitement arrondis, de deux centimètres de diamètre. Celui de la verge, très oblong, a une étendue de quatre centimètres; celui du gland, large d'un centimètre, est aussi saillant, plus rosé.

La santé générale du sujet est très bonne; il n'a aucune cicatrice aux aines, à l'anus, aux organes génitaux; il n'a ni exostoses, ni mal de gorge, ni alopécie. Il a vu des femmes, mais il prétend n'avoir jamais eu ni chancre ni blennorrhagie; dans l'habitation où il vivait, il ne se souvient pas avoir vu d'affection semblable à la sienne. C'est sur mer que les premières ulcérations, celles du cou, ont commencé; les autres ont suivi de près.

Il est facile de comprendre que le diagnostic offrait de l'incertitude; la race du malade pouvait faire croire à un frambœsia, maladie que nous connaissons très peu en France et que M. Cazenave n'a eu qu'une fois l'occasion d'observer; ou bien étaient-ce des tubercules plats, une affection syphilitique? Le siége de la maladie dans son début, la largeur des plaques ulcérées pouvaient éloigner un peu de cette idée; cependant, il est difficile de s'attacher à une autre : il n'y a aucune apparence de scrophules.

On laisse le malade sans autre traitement que des bains simples, un pansement avec des linges secs ; les ulcères s'élargissent et suppurent.

Le 2 septembre, une pustule, sans induration à la base, paraît à la lèvre supérieure; trois autres à la partie postérieure et inférieure du cuir chevelu semblables à de grosses pustules impétigineuses; celle de la lèvre, d'abord très petite, s'est élargie, a pris une étendue d'un centimètre et s'est ouverte, et on a vu une surface rosée, plus élevée que le niveau de la peau, suppurante. Un nouvel examen a fait découvrir, près de l'anus, deux petites plaques muqueuses très faciles à reconnaître, non ulcérées.

Le 8 septembre, la nature syphilitique de la maladie étant dévoilée par cette récente apparition et les ulcères du cou et du scrotum s'élargissant, on met le malade à l'usage des pilules de proto-iodure. (2 pilules par jour ou 0,05.)

Le 15, l'amélioration est déjà très notable; les ulcérations se sont affaissées et desséchées.

Le 25, celles du cou sont complétement cicatrisées; la peau en conserve seulement la trace. La dernière, venue à la lèvre, a le même aspect que celles qui ont précédé.

Le 15 octobre, il ne reste plus qu'une très légère ulcération suintante au scrotum, qui disparaît chaque jour. Le traitement a été continué jusqu'au 1er novembre. La santé de la malade a toujours été assez bonne; et, à ce jour, 22 novembre, il n'y a d'autres traces de la maladie que des taches dans les points correspondant aux ulcères; il y a un peu de décoloration, mais la couche pigmentaire n'a pas été complétement détruite.

Ainsi, nous pouvons admettre que nous avons eu affaire à une affection syphilitique. Il est probable que le point de départ de ces ulcères du cou, du scrotum, aura été le même qu'à la lèvre, une petite pustule qui se sera élargie, ouverte et aura été suivie d'un tubercule plat. C'est le nom que M. Cazenave assigne à cette affection; et l'on sait que leur lésion élémentaire qui leur donne naissance n'est pas toujours la même.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.

De l'influence de l'érysipèle de la face et du cuir chevelu sur la production de la paralysie générale.

Par M. BAILLARGER, médecin de la Salpêtrière, membre de l'Académie de Médecine.

S'il est désormais un fait bien démontré dans l'histoire de la paralysie générale, c'est assurément l'influence des congestions cérébrales sur la production de cette maladie. Aussi, en étudiant avec soin l'étiologie, s'aperçoit-on que presque toutes les causes ont agi en provoquant des congestions cérébrales : telles sont, au premier rang, les suppressions d'écoulements sanguins, les excès de boissons, les excès vénériens, les commotions morales chez les sujets d'un tempérament pléthorique, l'épilepsie, etc. Parmi les causes qui peuvent aussi provoquer un grand afflux de sang au cerveau, il en est une qui a été passée sous silence ou à peine mentionnée, et qui, quoique moins fréquente que celles que nous venons de citer, n'en mérite pas moins une certaine attention : je veux parler de l'érysipèle de la face et du cuir chevelu.

Je citerai les trois observations suivantes dans le but d'appeler l'attention sur ce point, qui peut avoir quelque intérêt pratique.

OBS. I.—*Cinq érysipèles de la face en trois années.—Paralysie générale. — Mort. — Autopsie.*

La Femme R..., âgée de trente-six ans, a été conduite à la Salpêtrière le 20 février 1847. Voici les renseignements que j'obtins de son mari :

Il y a près de dix ans qu'il s'est aperçu d'un changement dans le caractère et les habitudes de sa femme, qui devenait lente et apathique ; elle se plaignait que le sang la gênait et lui portait à la tête. Depuis trois ans, elle a eu cinq érysipèles de la face à des intervalles irréguliers; il y a quinze mois qu'on a constaté un commencement d'affaiblissement de la mémoire ; en même temps, on a remarqué chez elle une envie de briller, des goûts de toilette qu'elle n'avait pas auparavant ; puis, elle vole çà et là des objets de peu de valeur et fait des excès de boisson; enfin, il y a trois mois, on commence à remarquer de l'embarras dans la prononciation.

Au moment de l'entrée à la Salpêtrière, je notai les symptômes suivants :

R... est calme, un peu abattue; elle passe ses journées à la même place dans une sorte d'inertie et d'engourdissement. La physionomie offre déjà l'empreinte de la démence. Les réponses sont courtes, lentes ; les idées rares, la mémoire très affaiblie. R... ne peut indiquer ni le mois ni même l'année ; elle se trompe sur les faits les plus simples; elle ne paraît d'ailleurs pas avoir d'idées de grandeur. L'embarras de la parole est peu prononcé, mais il ne saurait cependant être mis en doute ; la démarche est encore assez ferme ; la sensibilité générale est très affaiblie, et l'on peut pincer très fortement la peau sans que la malade manifeste aucune douleur ; l'appétit est excellent, le sommeil calme et prolongé.

Pendant huit mois, nous n'eûmes à noter que peu de changements dans cet état. Cependant tous les symptômes s'aggravèrent, et, en outre, on put constater de nouveaux symptômes; les mains étaient tremblantes ainsi que la langue; la malade avait une sorte de mâchonnement continuel; le mouvement qu'elle faisait semblait tout à fait automatique et ressemblait à celui d'une personne qui déguste un liquide (1). On observe aussi que la paralysie se prononçait davantage sur le bras gauche, qui pouvait à peine être soulevé; mais cette aggravation partielle de la maladie ne persista pas au delà de quelques jours.

Au commencement du mois de novembre, la faiblesse était égale des deux côtés; les deux bras étaient souvent le siége de petites secousses convulsives. R... allait et venait encore dans la division : elle aidait au ménage. Son intelligence était affaiblie, mais il n'y avait pas de traces de délire ambitieux. Appétit encore assez bon, langue profondément gercée. Pas de diarrhée. La malade maigrit ; elle se plaignait parfois d'éprouver de la céphalalgie.

Le 18 novembre, elle fut prise de pneumonie et succomba le 21.

Autopsie le 22. — L'arachnoïde viscérale est épaissie et opaque sur beaucoup de points de la convexité du cerveau ; la pie-mère très infiltrée de sérosité. Le liquide, dans plusieurs points, a déprimé les circonvolutions et a formé de petites cavités sur les côtés de la grande scissure. Adhérences très nombreuses des membranes à la couche corticale, dont une partie s'élève avec elles. Substance grise, molle, de couleur rosée. La substance médullaire a sa consistance normale. Peu de sérosité dans les ventricules, qui ne sont pas dilatés. Granulations très nombreuses sur l'arachnoïde ventriculaire, et principalement dans le ventricule du cervelet, au-dessus du *calamus scriptorius*. La moelle est saine. Les viscères de la poitrine et de l'abdomen n'ont pu être examinés.

OBS. II. — *Erysipèle de la face suivi de céphalalgie.— Après un an, congestion cérébrale. — Après dix-huit mois, symptômes de paralysie générale.*

La femme B..., âgée de trente-huit ans, est entrée à la Salpêtrière le 30 janvier 1845. Nous apprîmes qu'elle avait une sœur aliénée, que son père était bizarre et brusque et qu'elle-même avait depuis longtemps la tête assez faible. Elle avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'elle fut prise, il y a dix-huit mois, d'un érysipèle de la face; la tuméfaction fut considérable, et pendant huit ou dix jours il fut impossible à la malade d'entr'ouvrir les yeux. On pratiqua deux saignées.

A la suite de cet érysipèle, B... conserva une céphalalgie habituelle; la menstruation, jusque-là régulière, se dérangea. Une année s'était à peine écoulée qu'il survint des espèces d'attaques de paralysie; la malade ne perdait pas connaissance, mais elle restait une demi-heure sans pouvoir articuler un seul mot, et cherchait à se faire comprendre à l'aide de signes. Ces sortes d'accès fréquents devinrent aussi plus longs, et parfois B... restait trois ou quatre heures sans pouvoir parler. En même temps, on remarque que son caractère change; elle devient lente, apathique; sa mémoire est infidèle.

Après dix-huit mois, invasion du délire; la malade a sans cesse le désir d'acheter. Elle cherche partout à emprunter, marchande des pendules, des châles, etc. Bientôt le désordre des idées augmentant, B... ne parle que de millions; elle veut avoir un grand hôtel, trois cents magnifiques tapis; elle va aller aux Tuileries, promet à ses amis de les marier avec de grands personnages, ordonne à son mari de ne plus travailler, etc.

C'est dans cet état qu'elle fut amenée à la Salpêtrière. La parole était très embarrassée, la démarche chancelante, l'intelligence très affaiblie. B... succomba aux progrès de la maladie; mais l'autopsie n'a pu être faite.

OBS. III. — R..., âgé de quarante ans, épicier, avait toujours fait des excès de boisson. En mai 1849, il lui arriva de dormir exposé au soleil, et il fut bientôt atteint d'un érysipèle très intense, qui s'étendit à toute la face et au cuir chevelu.

Depuis cette époque, il conserva une céphalalgie habituelle; ce qui ne l'empêcha pas de continuer ces excès de boissons.

Le 29 juin, un mois à peine après l'érysipèle, il fut pris de délire ambitieux à la suite d'une orgie. Conduit à la maison de Charenton, il succomba le 23 juillet, après avoir offert tous les symptômes de la paralysie générale (2).

Quelle a été, dans les trois observations qui précèdent, l'influence des érysipèles sur le développement de la paralysie générale ?

Dans le premier cas, est-il possible d'admettre que les cinq érysipèles survenus en moins de trois ans chez une femme qui avait déjà une tendance aux congestions n'ont pas contribué à provoquer la maladie? Nous ne le croyons pas, et il

(1) Ce symptôme, qui n'est pas très rare chez les paralytiques, n'avait point, que je sache, encore été signalé; j'ai dit ailleurs (*Mémoires sur la paralysie pellagreuse*, *Annales méd.-psych.*, t. XI, p. 317) que Strambio l'avait observé dans la pellagre.

(2) Bayle, *Traité des maladies du cerveau*, t. I, p. 244.

nous paraît difficile qu'une inflammation si souvent répétée n'augmente pas l'afflux du sang au cerveau.

Quant aux deux derniers faits, ils ont un caractère commun qui ne permet pas de révoquer en doute l'influence de la cause que nous signalons. C'est cette céphalalgie qui, dans les deux cas, s'est manifestée à la suite de l'érysipèle. C'était évidemment l'indice d'un travail persistant. Bientôt des congestions cérébrales et le délire ambitieux surviennent chez l'une des malades; chez l'autre l'invasion a lieu tout à coup à la suite d'un excès de boisson. Dans les deux cas, nous devons rapporter à l'érysipèle le point de départ de l'affection si grave qui s'est manifestée après un mois dans un cas, après un an dans l'autre.

Peut-être ces céphalalgies persistantes à la suite d'un érysipèle de la face et du cuir chevelu chez un sujet prédisposé aux congestions (obs. I), à la folie (obs. II), faisant des excès de boisson qui sont déjà par eux-mêmes une cause active de paralysie générale (obs. III); peut-être, disons-nous, ces céphalalgies devront-elles attirer l'attention, comme l'indice précurseur d'un désordre plus grave, et qu'il serait urgent de prévenir par un traitement approprié.

Tel est le point pratique qu'il m'a paru utile de signaler, malgré le petit nombre de faits que je possède.

(*Annales médico-psychologiques.*)

HOPITAL DE L'ANTIQUAILLE DE LYON.

Expériences sur l'inoculation du virus syphilitique, accompagnées de quelques faits particuliers et de quelques réflexions sur ce sujet;

Par M. MALICHEC, interne des hôpitaux de Lyon.

De toutes les maladies dont l'espèce humaine est affligée, la syphilis, aujourd'hui, est, sans contredit, celle dont les notions sont le mieux établies et le plus positives. Grâce à l'expérimentation et à l'observation consciencieuse de quelques syphilographes modernes, aussi remarquables par leur talent que par leur sagacité, la nature virulente de l'affection syphilitique, les lois qui président à sa production, l'apparition et l'enchaînement des différents accidents par lesquels elle se manifeste, le siége ou les tissus divers qu'elle affecte d'une manière toute particulière, les signes pathognomoniques qui révèlent son existence, et enfin les indications thérapeutiques qu'elle réclame, sont établis, on peut le dire sans crainte, avec une précision mathématique.

Sur ces différents points, la science est et restera invariable. Aussi, dans l'état actuel de nos connaissances sur la médecine, il est peu de maladies dont l'histoire, sous quelque point de vue qu'on veuille l'envisager, soit instituée sur des bases aussi inébranlables. Les expériences nombreuses faites sur le virus syphilitique depuis que le célèbre Hunter a eu mis sur la voie de ce genre d'expérimentation ont répandu les plus vives lumières sur cette affection, en même temps qu'elles ont servi à mieux établir les principes de sa thérapeutique.

A cet égard, on ne peut s'empêcher d'accorder un juste tribut de reconnaissance au plus habile syphilographe de notre époque, M. Ricord, pour les services éminents qu'il a rendus à la science et à l'humanité.

Cependant, pour la syphilis comme pour les sciences exactes, il serait peu rationnel de prétendre qu'il n'y a plus rien à faire, et que tout a été dit sur cette maladie. Pour vérifier et confirmer certains points de doctrine, non-seulement il est bon de répéter et de varier les expériences, mais encore on peut en tenter de nouvelles, comme M. le docteur Diday l'a fait dernièrement (V. *Gazette Médicale de Paris*, numéros du mois d'octobre : *Inoculation pour prévenir la syphilis constitutionnelle*). En suivant cette marche, les expérimentateurs arriveront presque infailliblement à de nouvelles découvertes sur l'inoculabilité de la syphilis.

Attaché comme interne au service des femmes vénériennes de l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon, nous avons pu pratiquer un petit nombre d'inoculations dont nous allons présenter aujourd'hui les résultats sommaires. Nous appellerons l'attention sur quelques-unes d'entre elles, à cause des reflexions qu'elles nous ont suggérées, et de l'intérêt qu'elles peuvent offrir.

Voici, disposés par classes et par catégories, les accidents sur lesquels nous avons fait nos expériences.

PREMIÈRE CLASSE. — Chancres.

Première catégorie. — Chancres à la période ulcérative ou de progrès.

Nous avons inoculé, à la cuisse droite des femmes affectées, le pus de six chancres de cette catégorie ayant tous leur siége dans l'intérieur de la vulve. L'inoculation a, dans tous les cas, fait naître la pustule chancreuse caractéristique, dont nous avons arrêté la marche en cautérisant avec le nitrate d'argent solide ou avec le nitrate acide de mercure.

Deuxième catégorie. — Chancres à la période de réparation ou de cicatrisation.

Nous avons inoculé, comme pour les précédents, le pus de cinq de ces chancres, ayant tous également leur siége dans l'intérieur de la vulve; l'inoculation a été toujours négative; il n'y a pas eu la moindre trace de pustule à l'endroit des piqûres.

Troisième catégorie. — Chancres indurés.

Les chancres de cette catégorie ont habituellement leur siége sur les grandes lèvres, sur les nymphes, et surtout à leur union, au-dessus du clitoris, où nous l'avons observé deux fois. Le pus de trois de ces chancres a été inoculé chez trois femmes qui en étaient affectées; chez les trois, l'inoculation a été nulle.

Quatrième catégorie. — Rhagades.

L'inoculation du pus d'une rhagade présentant, chez une femme, tous les symptômes du chancre des parties génitales à la période de progrès, a fait naître une belle pustule chancreuse.

Le pus de deux autres rhagades chancroïdes, mais non à la période de progrès, chez deux autres femmes, n'a pas produit de pustule par l'inoculation, toujours pratiquée de la même manière.

DEUXIÈME CLASSE. — Bubons.

Première catégorie. — Bubons chancreux à la période de progrès.

Le pus de deux bubons de cette catégorie a été inoculé à la cuisse droite chez deux femmes, et, chez les deux, nous avons obtenu la pustule chancreuse bien caractérisée; nous en avons arrêté la marche par la cautérisation avec le nitrate d'argent solide ou le nitrate acide de mercure.

Deuxième catégorie. — Bubons chancreux à la période de réparation.

Le pus de deux bubons arrivés à cette période, chez deux femmes, a été inoculé, comme pour les précédents, et l'inoculation a été complétement nulle.

TROISIÈME CLASSE. — Papules, ou plaques muqueuses.

Chez trois femmes, l'inoculation du pus de ces accidents syphilitiques, vierges de tout traitement, a été pratiquée avec soin, et chez les trois femmes, pas la moindre apparition de pustules chancreuses à la place des piqûres.

Blennorrhagie.

Dans trois cas de blennorrhagie aiguë vulvo-vaginale, sans complication, nous n'avons vu se produire aucune espèce de pustule à la suite de l'inoculation du muco-pus sur la cuisse des femmes qui en étaient affectées.

— Dans la première catégorie des femmes atteintes de chancres à la période d'ulcération ou de progrès, nous devons noter que deux d'entre elles étaient affectées en même temps de pustules ou papules muqueuses. C'étaient deux femmes vivant dans des maisons de tolérance; l'une âgée de dix-sept ans, l'autre âgée de vingt-deux ans. Elles nous ont affirmé que c'était la première fois qu'elles étaient malades, qu'elles n'avaient jamais eu de mal à d'autres époques. Nous n'attachons aux rapports de ces deux malades, en pareille matière, que l'importance qu'ils méritent.

En parcourant l'ouvrage de M. Ricord sur les nombreuses inoculations qu'il a pratiquées, nous trouvons à la page 240 un cas tout à fait semblable. C'est une jeune fille âgée de seize ans seulement, affectée en même temps de chancres, de rhagades et de papules muqueuses. Pour les deux premiers accidents, l'inoculation du pus donna naissance à deux pustules chancreuses bien caractérisées; pour l'inoculation du pus des papules muqueuses, elle fut nulle.

Dans cette observation et dans les deux qui nous concernent, nous nous sommes demandé si les pustules ou papules muqueuses qui existaient en même temps que des chancres à la période inoculable ou de progrès se rattacheraient à l'existence de ces chancres ou à celle d'autres chancres que ces femmes auraient eus à une époque antérieure. Dans le premier cas, il pourrait survenir des accidents constitutionnels non précédés de chancre induré, et coïncidant avec l'accident primitif à la période de progrès.

Dans le second cas, un chancre antérieur expliquerait parfaitement bien l'existence des papules muqueuses. M. Ricord, il est vrai, dit bien que, dans des cas très rares, ce chancre non induré peut être *suivi* d'accidents constitutionnels; mais dans les observations dont il est ici question, l'accident primitif, le chancre, encore à la période inoculable, coexisterait avec des accidents secondaires, les plaques muqueuses, ce qui constituerait une anomalie singulière dans la marche ordinaire de la maladie.

Cette question, que nous venons de soulever, mérite de fixer l'attention des syphilographes, et la solution définitive ne peut être obtenue que par des observations nouvelles avec tous les renseignements positifs nécessaires et par le moyen de l'inoculation.

Dans la dernière catégorie, il s'agit de chancres parvenus à la période de réparation ou de cicatrisation, sans accidents généraux, accompagnés de bubons dans quelques cas. Ici l'inoculation a toujours été négative. Dans le cours de l'été que nous venons de passer, nous avons pu observer près de cinq à six cents chancres divers. Nous pouvons affirmer, surtout pour les personnes qui n'ont pas l'habitude de ce genre d'observation, qu'il n'est pas toujours facile de distinguer la période de progrès d'un chancre de sa période de réparation. C'est dans le passage insensible d'une de ces périodes à l'autre (souvent il semble qu'il y a un moment d'arrêt, une période stationnaire) qu'on peut être induit en erreur, et trouver là l'explication des assertions fausses d'expérimentateurs qui ont proclamé que le pus d'un chancre, prétendu à la période de progrès, n'est pas toujours inoculable. Mais, après avoir inoculé le pus d'un chancre qui vous a paru au premier abord à la période de progrès sans avoir obtenu de pustule chancreuse, l'opération cependant ayant été bien faite, observez attentivement ce chancre, et dans deux ou trois jours, plus ou moins, vous vous apercevrez que l'ulcère est tout à fait en voie de réparation. Plusieurs fois nous sommes nous-même tombé dans cette méprise,

Dans la catégorie des chancres indurés, le pus n'étant pas inoculable, l'induration pourrait être regardée comme un mode particulier de réparation de l'accident primitif. De cette façon, le chancre induré rentrerait dans le cas d'un chancre non induré, à la période de réparation, dont le pus alors cesse aussi d'être inoculable.

Nous devons noter, avec tous les observateurs, que, si un chancre doit s'indurer, c'est dans les premiers jours qui suivent son apparition que l'induration se formule.

En dehors des parties génitales, siége habituel des chancres, nous avons eu l'occasion d'observer l'accident primitif aux lèvres, en prenant la forme du chancre induré. Nous citerons le cas suivant :

Clémentine B., âgée de vingt et un ans, entrée à l'hospice de l'Antiquaille le 3 septembre 1849, portait depuis six jours sur le milieu de la lèvre supérieure un chancre induré, accompagné d'un bubon sous-maxillaire, à base large et indurée, qui était le siége d'une suppuration incomplète.

Quand le bubon a été ouvert, le pus qui s'en échappait en très petite quantité a été inoculé à la cuisse droite de la malade pendant que nous observions les parties génitales, qui ne présentaient pas de traces de maladie.

Le deuxième jour, après l'inoculation, la piqûre n'avait rien produit, et le bubon ne présentait nullement l'aspect chancreux; on y sentait profondément des ganglions indurés.

Nous ne citons cette observation que parce qu'elle vient confirmer l'opinion bien établie qu'un bubon qui naît et coexiste avec un chancre induré ne tend pas à la suppuration dans l'immense majorité des cas, et que, si, exceptionnellement, il survient de la suppuration, comme dans le cas précité, celle-ci est due non à l'inflammation des ganglions indurés, mais à celle du tissu cellulaire ambiant.

Maintenant, dans le chancre induré des parties génitales, à quoi faut-il attribuer l'engorgement des ganglions inguinaux? Est-ce, après l'induration du chancre, le premier phénomène de l'empoisonnement général par le transport du virus syphilitique constitutionnel de son point de départ dans la masse des liquides de l'économie? C'est l'opinion qui paraît la plus fondée, et qui s'accorde le mieux avec l'observation. Si cet engorgement était un phénomène purement sympathique, comme celui qui survient avec une urétrite, il est évident pour tout le monde qu'il ne coexisterait pas constamment, comme cela arrive avec le chancre induré.

Pour ce qui est relatif aux rhagades, nous leur reconnaissons des causes multiples. On peut les diviser en deux classes : les unes essentiellement syphilitiques, avec tous les signes du chancre primitif, résultant de l'inoculation du pus chancreux sur un point ulcéré des interstices des plis de l'anus, et toujours inoculables tant qu'elles ne sont pas arrivées à la période de réparation; les autres produites par des violences mécaniques; chez les femmes qui ne se tiennent pas propres, nous avons vu quelquefois ces dernières présenter l'aspect chancroïde.

Pour la classe des bubons, nous n'avons pratiqué l'inoculation du pus que pour ceux qui sont symptomatiques de l'accident primitif; les résultats ont été les mêmes que pour les chancres.

Il faut noter ici que tous les bubons qui accompagnent ou suivent l'accident primitif ne sont pas chancreux, c'est-à-dire dus au transport du pus inoculable du chancre dans les ganglions qui en sont le siége; ils peuvent être sympathiques, que le chancre se trouve soit à la période de progrès, soit à la période de réparation. Dès lors, le pus de ces bubons, quand ils suppurent, n'est pas inoculable : aussi, rien d'étonnant de voir assez souvent ouvrir des bubons dont l'inoculation du pus est négative, malgré la coexistence d'un chancre à la période de progrès ou de réparation.

Nous n'avons aucune réflexion à faire sur l'inoculation du muco-pus des blennorrhagies vaginales simples; elle a été toujours nulle.

Avant de terminer, nous avons jugé à propos de citer encore l'observation suivante, parce qu'elle prouve combien, dans certains cas, peut s'opérer rapidement le travail morbide local, qui préside à la production de l'ulcère primitif, avec sécrétion de pus inoculable.

Dans la journée du 2 juin 1849, un étudiant en médecine eut des rapports avec une femme qu'il connaissait déjà, mais qui se trouvait dans des conditions suspectes. Dans les efforts du coït, il y eut déchirure brusque du frein du prépuce, laquelle fut suivie d'un écoulement de sang peu considérable. Après l'orgasme vénérien, des douleurs plus ou moins vives se firent sentir à l'endroit de la solution de continuité.

Dans la soirée, cinq heures seulement après l'accident, avant de se coucher, le malade nous montra sa blessure, qui, par sa configuration particulière, aurait été regardée comme un chancre déjà bien constitué par une personne qui aurait ignoré son mode de production; sa surface était d'un sale grisâtre.

Le 3, la plaie de la veille offrait tous les signes physiques d'un chancre bien caractérisé : fond grisâtre, bords arrondis, roses, taillés à pic, etc.

Mais, comme cet ulcère avait pris tout à fait l'aspect d'un chancre, dans l'espace de moins de vingt-quatre heures, et que de plus le prépuce recouvrait naturellement le gland de manière à retenir la matière sébacée, toujours plus ou moins âcre et irritante sur une solution de continuité, nous avions encore des doutes sur la nature réelle de cet ulcère. Pour dissiper nos doutes, nous primes le parti de pratiquer deux piqûres d'inoculation, à la cuisse droite, avec le pus pris sur la surface ulcéreuse.

Le 4, les deux piqûres d'inoculation de la veille offraient déjà deux petits points blanchâtres, avec une légère auréole rouge, pendant que l'ulcère suspect du frein était devenu encore plus caractéristique.

Le 5, l'épiderme était un peu soulevé, et les deux piqûres présentaient deux petites vésiculo-pustules de la grosseur d'une tête d'épingle, avec une auréole rouge bien plus marquée que la veille.

Une des pustules a été cautérisée par l'application d'une petite quantité de pâte de Vienne. Le chancre du frein suivait toujours sa période de progrès, sans cependant s'étendre beaucoup.

Le 6, l'autre pustule, non cautérisée, avait pris plus d'é-

tendue. En enlevant la croûte épidermique qui recouvrait sa pointe, on apercevait la pustule chancreuse, avec tous les signes caractéristiques du chancre. Pour arrêter sa marche croissante, nous avons fait encore ici une application d'un peu de pâte de Vienne.

L'apparition des deux pustules à la place des deux piqûres d'inoculation fut pour nous la preuve non équivoque de la nature syphilitique de l'ulcère du frein.

Il y a cinq mois que cet étudiant a eu ce chancre induré, qui a guéri à l'aide d'un traitement local seulement. Jusqu'à présent il ne s'est manifesté chez lui aucun accident de syphilis constitutionnelle.

L'observation qui précède, ajoutée à toutes les expériences faites sur l'inoculation, vient encore confirmer l'opinion professée par M. Ricord, qu'après l'application du virus syphilitique sur un point dénudé des surfaces cutanées ou muqueuses, il n'y a pas de période d'incubation appréciable, et que, sous l'influence d'une irritation particulière de la part de ce virus, il s'établit immédiatement un travail pathologique local, et que la première goutte de pus qui se produit est inoculable.

Note et observations sur un procédé nouveau et très simple

POUR EXTRAIRE DE NOS TISSUS CERTAINS CORPS ÉTRANGERS AVANT UNE FORME PARTICULIÈRE, COMME DES CROCHETS, DES HAMEÇONS, ETC.;

Par M. BOINET.

On éprouve souvent de grandes difficultés pour retirer certains corps étrangers enfoncés en différentes parties du corps, soit à cause de leur forme, soit à cause de la nature des parties où ils ont pénétré. Pour les extraire, on est obligé de recourir à des opérations qui sont toujours pénibles et douloureuses pour les malades, en même temps qu'elles sont souvent accompagnées d'accidents graves, quelquefois mortels. Un procédé qui, avec moins de fatigue, moins de douleur et de danger pour les malades, permettrait d'arriver à l'extraction de ces corps étrangers, serait donc préférable à tous ceux conseillés et employés jusqu'ici. Déjà, il y a quelques années, j'ai appelé l'attention des praticiens sur un procédé nouveau et facile pour extraire du canal de l'urètre certains corps aigus profondément engagés (1); c'est, à quelque chose près, ce même procédé que j'ai eu l'idée d'employer pour retirer de la main, des doigts ou d'autres parties certains corps étrangers dont l'extrémité enfoncée a la forme d'un crochet, d'un bameçon, etc. Voici d'ailleurs deux observations qui en démontreront les avantages.

OBS. I. — Le 10 juillet 1848, je fus appelé place des Victoires, n° 5, pour donner des soins à une dame qui venait de s'enfoncer, dans la paume de la main, un petit instrument avec lequel elle faisait une bourse. Cet instrument, que tout le monde connaît, et dont les dames se servent pour faire du crochet, s'appelle aussi *crochet*. Il ressemble à une grosse et longue aiguille, et présente à son extrémité la plus déliée une espèce d'arête renversée qui lui donne quelque similitude avec un hameçon. Ses effets sont d'ailleurs les mêmes lorsqu'il a pénétré dans nos tissus : il est disposé de telle sorte qu'il peut s'enfoncer facilement dans les parties, en raison de sa gracilité et son acuité, et qu'il ne peut en être retiré sans les déchirer ou se briser, en raison de sa forme. Les douleurs que souffrait cette dame étaient très vives, parce qu'elle avait voulu d'abord être son chirurgien en essayant de retirer l'instrument, et que les tentatives inutiles qu'elle avait faites avaient accru son mal.

Le corps étranger était enfoncé profondément et fixé de telle sorte qu'il était impossible de lui imprimer des mouvements, soit de torsion, soit de latéralité; d'ailleurs, le moindre mouvement était si douloureux pour la malade, qu'elle voulait à peine laisser examiner l'état des choses. En tirant, même légèrement sur cette aiguille, je soulevais la paume de la main, preuve évidente que des fibres musculaires ou aponévrotiques étaient engagées dans le crochet de l'instrument, et qu'il n'était possible de le dégager qu'en déchirant ces brides par une traction forte et brusque, ou qu'en débridant assez largement, soit pour couper les portions accrochées, soit pour permettre au crochet des mouvements assez étendus, dans le but de le débarrasser des brides qui le retenaient. A ces incisions, à ces débridements, à ces tractions, opérations trop souvent dangereuses dans des parties comme la main, je préférai le moyen suivant; il est plus simple, plus expéditif, plus facile, moins douloureux et moins dangereux. J'abaissai vers les doigt et entre deux doigts l'extrémité libre du crochet, pour faire saillir sa pointe dans la paume de la main; puis, par un mouvement brusque et prompt, je poussai le crochet que j'avais saisi par son extrémité libre de manière à lui faire traverser les tissus de dedans en dehors et à le faire saillir dans la paume de la main, de sorte qu'il faisait alors l'office d'une aiguille à séton. En effet, il y avait deux ouvertures, l'une d'entrée et l'autre de sortie, séparées par une espèce de pont d'un demi-centimètre. Avec une pince à disséquer, je brisai l'extrémité crochue de l'instrument, lequel fut alors très facile à extraire. Deux heures après la malade était parfaitement guérie, et n'avait de douleur que celle qu'aurait produite une simple piqûre d'aiguille. Dès le jour même elle a pu se servir de sa main.

OBS. II. — Mon confrère le docteur Clairat me fit appeler le 29 juillet 1849 pour opérer une jeune fille de dix ans, qui venait, en faisant du crochet, de s'enfoncer l'instrument dont elle se servait dans la paume de la main. Cet instrument était engagé si profondément dans les tissus qu'il était perpendiculaire à la main, et qu'il était impossible de lui imprimer un mouvement, soit dans un sens, soit dans un autre; d'ailleurs, les douleurs qu'éprouvait cette pauvre enfant étaient telles, qu'elle ne voulait permettre aucun examen; il est vrai qu'on avait déjà essayé l'extraction de ce corps étranger en tirant dessus pour le retirer.

Les parents voulaient qu'on employât le chloroforme pour l'opération, ce qui d'ailleurs eût été indispensable si j'avais été obligé de suivre les procédés ordinaires. Je persuadai à ma petite malade que j'avais besoin, avant de l'opérer, et pour lui faire le moins de mal possible, d'examiner de quel côté le crochet de l'instrument était tourné, comment il était engagé, etc.; tout en causant avec elle, j'abaissai l'extrémité libre de l'instrument vers les doigts et soulevai la paume de la main avec l'extrémité engagée; puis, par un mouvement brusque et inattendu, je poussai l'instrument ainsi abaissé, et lui fis traverser la paume de la main de dedans en dehors; par cette manœuvre, la pointe engagée traversa les tissus et vint sortir à un centimètre de l'ouverture d'entrée, dans un point diamétralement opposé. L'opération était finie; avec une pince à disséquer je cassai le crochet de l'instrument, qui alors fut facilement extrait. Le lendemain la malade était guérie.

Ce procédé est si simple que probablement il aura été employé pas d'autres chirurgiens; cependant, il n'est indiqué nulle part, ni dans les journaux de médecine, ni dans nos livres classiques français ou étrangers (1). En publiant ces observations, mon but est donc de montrer que, de tous les procédés conseillés et suivis jusqu'à ce jour pour extraire de nos tissus des corps étrangers de la nature et de la forme de ceux dont je viens de parler, celui que je propose, et que j'ai mis en pratique avec succès, est de beaucoup préférable à tous les procédés connus. Ce qui constitue surtout son mérite, c'est qu'il est d'une simplicité et d'une facilité remarquables, qu'il est moins douloureux et beaucoup moins dangereux que les autres; il met la partie à l'abri d'incisions, de débridements, de tiraillements, de lésions des artères, des veines, des nerfs et des gaînes des tendons; il évite ainsi des plaies qui ne guérissent jamais sans suppuration, et sont suivies trop souvent d'accidents fâcheux, comme de fusées purulentes, de dénudation des os et des tendons, de résorption purulente, etc.

Une simple piqûre guérit bien plus promptement et bien plus facilement, et permet aux malades de se servir de leur membre le jour même de l'opération. D'habitude, on retire les corps étrangers aigus par le côté par lequel ils sont entrés, ou par celui vers lequel ils tendent, s'ils laissent prise à l'extérieur et si l'extrémité introduite la première n'est pas en forme d'hameçon, et par suite retenue par les parties accrochées. Si les corps étrangers aigus ne présentent pas prise à l'extérieur, et s'ils sont entièrement cachés sous la peau, on doit chercher à les extraire sans faire d'opération en pressant sur la tête ou sur l'une de leurs extrémités de manière à faire saillir la pointe et à la faire sortir à travers les tissus; mais dans les cas que j'ai spécialement en vue et analogues à ceux que je viens de rapporter, c'est-à-dire dans ceux où l'extrémité introduite du corps étranger est hérissée de crochets, d'arêtes, qui déchireraient la chair si on voulait les retirer de vive force et par la route où ils sont entrés, il faut en pratiquer une avec l'extrémité engagée du corps étranger lui-même et le faire sortir par un point opposé à celui par où il est entré.

Il peut se présenter plusieurs cas; si le corps étranger n'est point entré fort avant, s'il est resté au bord des chairs, ou du moins s'il n'atteint point les endroits où il y a des nerfs ou des gros vaisseaux, on peut, en lui imprimant un mouvement de bascule ou d'abaissement à son extrémité libre, changer sa direction et faire sortir son extrémité engagée sur le même plan que l'autre extrémité, en traversant les parties comme on le ferait si on voulait passer un séton.

Si le corps étranger était encore plus profondément engagé, et qu'il eût pénétré au delà de quelque nerf, vaisseau ou autre partie qu'il est utile de ménager, il serait plus avantageux de lui faire traverser directement les tissus que de vouloir le faire sortir sur le même plan que celui par lequel il est entré, puisque, dans cette dernière manœuvre, on s'exposerait à lui faire parcourir une voie plus longue et moins sûre, et à léser des parties qu'il importe de respecter. Une fois que l'extrémité engagée s'est fait jour au dehors en traversant les tissus de dedans en dehors, soit obliquement, soit directement, on brise l'extrémité crochue du corps étranger à l'aide de pinces, et son extraction n'offre plus aucune difficulté ni aucun danger. Le plus ordinairement, après ces manœuvres, le corps étranger doit être retiré du côté par lequel il a pénétré. C'est l'extrême facilité avec laquelle j'ai pu dégager des corps étrangers de la forme de ceux que je viens de décrire qui m'a engagé à publier ces observations, espérant qu'elles pourront présenter quelque utilité aux malades et quelque intérêt aux praticiens. (*Revue Médico-Chirurgicale.*)

(1) Voir *Revue médico-chirurgicale*, 1847, t. I, p. 357.

(1) On a dit, mais sans le prouver, que ce procédé était décrit dans les œuvres de Dieffenbach. Nous prions le savant qui a lu ce procédé dans la médecine opératoire du chirurgien de Berlin de vouloir bien indiquer la page où il a trouvé cette description; en montrant la confiance qu'on doit avoir dans ses connaissances chirurgicales et bibliographiques, il rendra service à ceux qui ont cherché en vain ce procédé dans les ouvrages de Dieffenbach, et qui aiment à rendre à César ce qui appartient à César. (*Note de l'auteur.*)

CORRESPONDANCE.

Lettre sur un traitement économique de la fièvre intermittente, et, par occasion, sur l'état de la rate dans cette maladie.

Paris, ce 25 novembre 1849.

Monsieur le Rédacteur,

Vous me permettrez sans doute de dire mon mot dans la discussion qui s'agite en ce moment dans votre journal au sujet du traitement de la fièvre intermittente.

Et, tout d'abord, je déclare sans hésitation aucune que je me range entièrement à l'opinion de M. Champouillon quant au jugement qu'il porte sur l'*acide arsénieux*. Ainsi que lui, je ne pourrai jamais me décider à considérer ce médicament comme une *mavalcée*, fût-il administré aux doses les plus minimes et par les mains les plus expérimentées.

Je ne comprends pas bien, pour mon compte, ce parallèle (quant aux effets toxiques) qu'on cherche à établir entre un médicament qui ne devient réellement dangereux que lorsqu'on en donne plusieurs grammes à la fois et une substance qui peut causer la mort quand on l'administre à la dose de quelques centigrammes!

On fait cependant valoir une considération qui n'est pas sans quelque valeur en faveur de la médication arsenicale : c'est son bon marché; mais, mon cher confrère, j'ai fait à deux reprises dans votre intéressante feuille une communication en faveur d'une médication d'une incontestable innocuité et fort *économique* : je veux parler de la *potion de Peysson*, dont je rappellerai ici la formule :

Tartre stibié	5 centigrammes.
Eau distillée	} ââ 50 grammes.
Eau distillée de tilleul	
Sirop de pavots blancs	

M.

A prendre d'heure en heure par cuillerée à bouche, dont le chiffre croît au fur et à mesure qu'on se rapproche de l'heure de l'accès. Du reste, permettez-moi, mon cher confrère, pour bien mettre vos lecteurs au courant du mode d'administration de la potion de Peysson, de vous relater ici un fait qui prouve son innocuité, en même temps que sa grande efficacité, démontrée pour moi depuis longtemps; ce qui m'a évité la nécessité d'essayer d'une médication sans doute fort puissante, mais que je redouterai toujours un peu et même beaucoup.

Le 16 septembre 1849, je fus consulté par M. C..., officier dans le 6e régiment de dragons, alors et encore en garnison à Paris. Cet officier avait contracté, étant en Afrique, une fièvre intermittente tierce qui, malgré des doses énormes de sulfate de quinine qu'on lui avait fait prendre, avait duré près de dix mois. Elle paraissait cependant avoir entièrement cédé, quand elle se montra de nouveau quelques mois après l'arrivée du régiment à Paris, d'abord avec le même type qu'en Algérie; puis, après l'administration de nouvelles doses de quinine, avec la plus grande irrégularité, mais en présentant toujours et bien dessinés les trois stades qui caractérisent la fièvre d'accès : frisson de plusieurs heures avec tremblement, claquement des dents, horripilations, altération profonde des traits; puis chaleur brûlante, fièvre violente, coloration effrayante de la face et délire; enfin, sueurs d'une abondance extrême, durant plusieurs heures et plongeant le malade dans un grand accablement, dont il n'était pas toujours relevé pour l'accès suivant. Un pareil état de choses n'avait pas pu se prolonger plusieurs mois sans altérer la physionomie, qui annonçait un profond état de souffrance, en même temps que le teint était terreux et que la coloration de la peau de tout le corps était presque semblable à celle des ictériques. Il existait en même temps une perte complète de l'appétit; le sommeil était souvent troublé par des rêves effrayants, par de violentes céphalalgies avec délire. La percussion ne me laissa aucun doute sur une hypertrophie assez considérable de la rate.

Au moment où M. C... vint me consulter, il venait d'avoir plusieurs accès de suite, et chaque accès, après deux et même trois jours d'intervalle, avait débuté chaque fois à quatre heures de l'après-midi. Je prescrivis immédiatement pour le lendemain matin, qui était un jour présumé d'accès, une potion de Peysson, ainsi qu'elle a été formulée plus haut, à prendre une cuillerée à bouche à huit heures du matin, deux à neuf heures, trois à dix heures, quatre à onze heures, cinq à midi, quatre à une heure, trois à deux heures, et enfin une dernière à quatre heures. Le malade eut trois vomissements abondants d'une bile très verte et très huileuse; il put cependant manger à six heures un potage et un œuf frais, car il n'y eut pas d'accès. Comme il était possible que ce fût le lendemain qui fût le jour d'accès, la même potion fut prise ce jour-là et de la même façon. Elle ne donna lieu cette fois qu'à un seul vomissement; elle n'en détermina aucun le 20, jour où elle fut administrée pour la dernière fois; car la fièvre n'avait plus reparu, *et ne reparut plus!*

Le lendemain de cette dernière potion j'avais prescrit des pilules avec l'extrait sec de quinquina et la thridace; elles furent prises à la dose d'une matin et soir pendant un mois; mais trop peu de temps après le moment où elles furent prescrites pour qu'on pût leur attribuer les résultats obtenus, et alors qu'on n'en faisait encore usage que depuis deux ou trois jours, le malade avait repris sa bonne mine, l'éclat de son teint, avait retrouvé son ancien appétit et récupéré ses forces. La rate était aussi revenue à son volume primitif. Ce succès ne s'est pas démenti depuis, et M. C... continue de jouir aujourd'hui, 1er décembre 1849, de la plus brillante santé.

Vous voyez, mon cher confrère, que je n'ai pas manqué de constater chez M. C... l'état de la rate, et que chez lui tout s'est passé ainsi que l'annonce l'*inventeur de la théorie splénique* de la fièvre intermittente. Mais M. Piorry ne peut pas croire qu'il soit le premier qui ait constaté cette condition pathologique de la rate dans la fièvre d'accès; car J.-J. Leroux, qui a été doyen de la Faculté de médecine de Paris à l'époque de nos études, a signalé dans son *Cours de Médecine pratique* (tome III, page 216) *l'engorgement de la rate et du foie comme pouvant être la conséquence d'une fièvre intermittente.*

Il s'agit d'abord d'un nommé Flambert, qui entra à la Clinique le 5 juin 1807 pour un ictère. « Au mois de septembre de l'année précédente (1806) il avait été attaqué d'une fièvre intermittente quarte, qui conserva ce type pendant quatre mois, qui prit ensuite celui de tierce, dont le malade eut six accès; ensuite la fièvre devint quotidienne pendant dix jours; enfin elle reprit le type quarte, et au total elle dura huit mois et ne fut coupée que par l'usage du quinquina.

» Avant d'employer ce remède, vers le cinquième mois de la fièvre, Flambert ressentit de petites douleurs sourdes dans l'hypocondre gauche, et la région de la rate lui parut plus volumineuse que dans l'état naturel. Vers le septième mois il commença à éprouver les mêmes douleurs dans l'hypocondre droit, et la peau prit une teinte jaune. *Ce fut après cette dernière époque qu'on lui administra le quinquina.* »

A l'examen qu'on fit du malade à son entrée à l'hospice, « on reconnut de l'empâtement dans les viscères abdominaux, *surtout dans la rate et dans le foie, qui paraissent augmentés de volume et sont douloureux au toucher.* Le malade se plaint en outre d'hémorrhoïdes. »

Le malade, soumis à un traitement rationnel (application de sangsues *loco dolenti*, éméto-cathartiques, tisanes apéritives et tisanes nitrées), éprouva une amélioration qui lui fit croire à sa guérison; mais il eut une rechute qui le fit rentrer à l'hospice le 1er octobre, trois mois et dix jours après l'avoir quitté. Soumis aux mêmes moyens, il finit par guérir, et voici le tableau de son état après sa guérison.

« La peau revint à son état naturel, l'appétit se rétablit entièrement, les déjections alvines prirent la couleur jaune (1) et la con-

(1) Nous avons négligé de dire qu'à l'époque de la première entrée de Flambert à l'hôpital, *ses gardes-robes étaient dures et grisâtres.*

sistance qui annoncent la santé ; *la rate et le foie se désobstruèrent* au point que par le toucher on ne retrouvait plus d'engorgement et qu'on n'y causait nulle douleur. Flamhert sortit enfin de l'hospice le 29 novembre dans un état de parfaite guérison.

Voici ensuite, mon cher confrère, comment s'explique l'ancien doyen de la Faculté au sujet des symptômes observés vers les organes abdominaux.

» Nous vous ferons remarquer que l'engorgement de la rate et du foie a précédé l'usage du quinquina, et *n'a été dû qu'à la fièvre elle-même.* » Ainsi dès 1807 on avait observé l'engorgement de la rate dans les fièvres intermittentes ; mais on le considérait comme étant la conséquence forcée de la fièvre, et non pas celle de l'administration du quinquina, comme beaucoup d'auteurs l'ont prétendu.

Maintenant, mon cher confrère, puisque je suis si bien en train de faire des citations, je relaterai ici les faits suivants, qui prouvent qu'on peut rencontrer des exemples d'*hypertrophie de la rate sans fièvre d'accès*, et aussi des exemples de *fièvre d'accès sans hypertrophie de la rate.*

Ainsi, je trouve à la page 33 du même tome de l'ouvrage cité plus haut l'observation d'un homme décédé à l'hospice de la Clinique, le 21 mai 1818, et qui avait aussi une maladie organique de la rate, que l'auteur décrit ainsi :

« Le foie était très sain, la rate était, à sa surface, d'une couleur grisâtre ; elle avait le *triple* de son volume ordinaire ; toute sa substance avait l'air d'avoir été soumise à la presse, et était squirrheuse. Dans son milieu on trouvait un tubercule de la grosseur d'un œuf de poule ; il était en pleine suppuration. »

Cette grave lésion fut trouvée chez un professeur de tenue de livres, chez un homme ayant, par conséquent, une certaine instruction, et qui n'eût pas manqué de dire s'il avait eu quelque accès de fièvre ; et dans les quinze jours qui précédèrent son entrée à l'hospice, et qui paraissent composer la période d'acuité de sa maladie, il n'éprouva rien de semblable.

Je trouve encore dans le même ouvrage (tome XVIII, page 31) l'exemple d'une rate très volumineuse, sans qu'on ait observé pendant la vie du malade aucune fièvre d'accès. Et, dans ce cas, la rate était très volumineuse, « mais sans lésion ; on remarqua seulement qu'elle avait deux appendices de la grosseur d'une petite noix, et qui lui étaient attachés par des pédicules. »

Une observation qui vient après celle-ci (page 52) nous montre encore cette condition d'une hypertrophie du foie et de la rate sans qu'aucun accès de fièvre ne le dénote pendant la vie. En voici la relation :

« Le 1er mai 1818, Thuesne éprouva un léger frisson qui fut suivi de chaleur et d'un appétit insatiable. En même temps, il éprouva une douleur sourde dans l'hypocondre gauche, et quelque temps après une teinte jaunâtre se répandit sur son visage. »

Avant cette période de la maladie qui l'a fait succomber, Thuesne n'avait éprouvé qu'une attaque de rhumatisme dans une jambe.

Voici maintenant la contre-partie de ce qui précède ; c'est un exemple de fièvre intermittente sans aucune lésion vers la rate. Voici le fait :

« Un enfant fut admis (le 26 février 1802) à l'hospice de la Clinique pour une affection tuberculeuse du mésentère. Les parents du petit malade avaient observé que depuis deux mois Grégoire (c'est le nom de l'enfant malade) était pris presque tous les jours, à quatre heures après midi d'un accès de fièvre qui se déclarait par le frisson et finissait par de la chaleur et de la sueur. »

A l'autopsie, on ne trouva rien d'anormal vers la rate. (*Cours de Médecine pratique* de J.-J. Leroux, tome IV, p. 113.)

Agréez, etc., A. LEGRAND, méd.

Montigny-sur-Aube, 29 novembre 1849.

Monsieur le Rédacteur,

Je sais mieux peut-être qu'un autre le respect avec lequel on doit parler des travaux d'autrui ; aussi ai-je dû m'imposer une réserve sérieuse en lisant les quintessences de MM. Carnot et Bayard. J'ai attendu religieusement leur statistique ; maintenant que leur dernier mot est lancé, je les prierai de me permettre une courte citation.

Le 25 août 1845, j'écrivais dans une brochure qui est encore dans les archives de l'Académie :

» De cet exposé, je conclus :

» 1° Le typhus n'atteint que des sujets non vaccinés ou chez lesquels la préservation de la variole est éteinte, ou bien encore chez les enfants qui n'ont reçu qu'une vaccine incomplète. »

J'ajoutais en note :

« Malgré le respect scientifique que j'ai voué comme élève et comme praticien à M. Chomel, je pense qu'il y a plus d'un point d'analogie entre la variole et le typhus. Hémorrhagies fréquentes dans l'un et l'autre cas, prostration, stupeur, diffluence du sang, congestions pulmonaires, réactions cérébrales, rien ne manque pour l'identité. La variole est externe ; dans le typhus le travail est interne, et si l'on admet que la muqueuse n'est qu'un tissu cutané interne, je ne vois rien qui empêche de dire ceci : dans la variole l'exanthème est externe, dans le typhus il est interne ; là il y a suppuration des pustules, ici la suppuration a lieu selon les tissus qui lui donnent naissance. »

Je continuais mon rapport au préfet sur une épidémie de typhus par ces mots :

« Après cet exposé d'une doctrine nouvelle que j'expose sans prétention, j'arrive au récit dont ce rapport est l'objet principal. »

Telle est mon observation à MM. Carnot, Bayard, Castel, par ordre de dates.

Maintenant un mot à M. Bally.

Le 27 juin dernier, j'écrivais une circulaire à tous les maires, mes collègues du canton, et je disais :

« Loin de moi de vous faire une dissertation sur le choléra ; cependant il faut savoir en quoi il consiste, puisque nul ne peut formuler son essence.

» Le choléra, c'est la coagulation du sang ; l'eau du sang, la sérosité du sang disparaît par les évacuations alvines et les vomissements, et un moment arrive où le sang, décomposé dans ses principes, ne peut plus circuler, se fixe dans les tissus, même dans l'épaisseur des os, et détermine la cyanose (bleu de mer), qu'on observe plus particulièrement aux mains, aux pieds, etc. Le choléra est donc la décomposition du sang ; or le sang est le régulateur, le modérateur du système nerveux ; donc le genre nerveux est altéré : ainsi s'expliquent les spasmes, etc. Ces explications sont de bon sens, et donnent raison de tous les phénomènes que présente le choléra. Mais l'épaississement du sang est-il toute la maladie ? Non, il n'en est qu'un signe. Où est donc la cause première ? Nul ne le sait et ne le saura jamais. »

Depuis ce moment, j'ai écrit plusieurs articles dans le *Chatillonnais* pour développer mon idée, et aujourd'hui je fais un mémoire sur cette question ; j'ai pris date. LAMBERT,

Docteur-Médecin des épidémies du canton de Montigny-sur-Aube.

Commissions médicales belges.

Sous la rubrique : *Arbitraire des commissions médicales*, la *Presse Médicale belge* contient la chronique suivante :

L'année 1848 a vu la commission médicale locale de Bruxelles élever la prétention de faire une enquête sur les doctrines et le traitement suivis à l'hôpital Saint-Pierre par M. le professeur Thiry. Un sentiment de réprobation générale accueillit cet acte, dont nous ne voulons pas approfondir les causes premières.

L'année 1849 ne pouvait pas s'écouler sans qu'une commission médicale ne posât un acte analogue. Aussi, la commission médicale provinciale de la Flandre occidentale vient-elle d'ouvrir une enquête contre un honorable médecin d'Ostende, M. le docteur De Jumné.

Mais de telles choses ne se passeront plus à la sourdine ; la *Presse médicale* saura les relever et les signaler à l'indignation du public. Voici le fait :

Le 21 octobre, M. De Jumné fut appelé auprès d'une femme en travail, mère de six enfants, anémique, affectée de profonds chagrins, et plongée dans un état lypothymique presque continu. Les membranes étaient rompues, l'utérus contracté ; les grandes lèvres formaient deux énormes tumeurs variqueuses ; il y avait présentation de l'épaule gauche avec issue du bras. M. De Jumné introduisit la main pour faire la version ; au moment où il tenait un des pieds, il se forma instantanément un trombus du volume d'une tête d'enfant dans la grande lèvre gauche ; bientôt il se déchira, et environ deux pintes de sang s'échappèrent. M. De Jumné ramena le pied au dehors, le fixa par un lacs, et tamponna le trombus déchiré. Au bout d'une demi-heure, tout allant bien, il tenta l'extraction de l'enfant, mais la tête resta engagée dans l'excavation. Pendant qu'on était allé chercher le forceps, la femme expira dans une syncope.

Bientôt M. De Jumné reçut une invitation de comparaître devant la commission médicale pour donner des explications sur un cas d'accouchement malheureux. Cette invitation (à laquelle l'*invidia medicorum* n'était, paraît-il, pas tout à fait étrangère) était signée du président et du secrétaire. M. De Jumné fit ce que chacun de nous aurait fait : il retourna la lettre, sans autre réponse.

Cependant, la commission médicale ne se tint pas pour battue ; le procureur du roi, assisté de médecins légistes, alla exhumer le cadavre, qu'il dut chercher pendant deux jours dans le cimetière. Et tout cela, à quoi aboutit-il ? A constater que les règles de l'art avaient été observées.

Ainsi les commissions médicales, destinées à nous représenter et au besoin à nous protéger, que font-elles ? Elles nous traînent devant le procureur du roi et lui font déterrer des cadavres, ni plus ni moins que s'il s'agissait d'un malfaiteur, d'un meurtrier, d'un empoisonneur.

» Il résulte de ceci, dit M. De Jumné, que, sans motifs fondés, une commission médicale pourrait ainsi, à chaque malade que vous perdez et au moindre de ses caprices, vous faire comparaître devant elle. » — » Mais où sont les titres qui lui confèrent la capacité de » juger la pratique d'un médecin ? Les diplômes de ses membres » sont-ils supérieurs aux nôtres ? Si elle blâme ou proscrit telle » thérapeutique, tel procédé, chacun de nous n'est-il pas libre » d'avoir une opinion contraire ? Si cela n'était pas, ce serait pire » que de l'esclavage, continue M. De Jumné, et à la profession de » médecin, le métier de manœuvre serait mille fois préférable. »

Voilà donc à quoi servent les commissions médicales ! Nous nous sommes laissé raconter que, chez les Chinois, le médecin qui perd un malade est traîné devant les tribunaux par les parents de la victime, et condamné à la bastonnade, s'il s'est tant soit peu écarté des règles tracées par les anciens. Sans doute, on veut nous ramener à des institutions analogues. En voyant de telles prétentions se faire jour, nous devons nous écrier avec M. De Jumné : » O vieille et » insignifiante institution, qu'on appelle commission médicale, nous » ne tarderons pas, je l'espère, à vous voir disparaître ! Comprenez- » le bien, vous avez fait votre temps, vous êtes usée. »

Oui, vieux débris du despotisme, vous êtes usé ; vous tomberez sous le poids d'une réprobation générale ; vous disparaîtrez bientôt pour faire place à des institutions libérales et constitutionnelles, à des conseils de discipline élus par le corps médical.

NOUVELLES.

M. Nélaton opérera demain, vendredi 28 décembre, à l'hôpital St-Louis, un polype volumineux des fosses nasales par la nouvelle méthode qu'il a imaginée, et que nous avons fait connaître il y a sept à huit mois. C'est la seconde fois que cette méthode sera mise en usage.

— Nous avons, jusqu'à ce jour, gardé le silence sur les difficultés qui se sont élevées dans l'administration des hôpitaux par suite de l'application de la méthode homœopathique dans un des services de médecine. Ces difficultés prennent chaque jour des proportions plus grandes au lieu de s'aplanir ; nous nous voyons dans l'obligation d'aborder ce sujet délicat ; c'est ce que nous ferons très prochainement.

Erratum. — Il s'est glissé dans l'impression de la lettre de M. le Dr Baudens, publiée dans notre numéro du 25 décembre, une erreur que nous nous empressons de rectifier.

A la page 606, troisième colonne, lignes 33 et 34, au lieu de « divers procédés pour l'amputation tibio-tarsienne, qui jamais n'avaient été faits avant moi, » lisez : » Divers procédés pour l'amputation tibio-tarsienne, qui *jamais n'avait été faite avant moi.* »

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 29 DECEMBRE 1849. (22e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME Ier — No 152.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 28 DÉCEMBRE 1849.

Séance de l'Académie de Médecine.

Nous avons eu bien des fois l'occasion de faire remarquer le peu d'empressement que mettaient MM. les académiciens à se rendre aux séances extraordinaires; nous n'insisterons donc pas sur ce fait, mais nous regrettons vivement qu'ils n'aient pas pu rompre aujourd'hui avec cette douce habitude.

Deux rapports ont été lus, l'un par M. Patissier, l'autre par M. Bricheteau, qui auraient dû provoquer deux discussions intéressantes pour la science, et qui n'auraient pas été non plus sans importance pour l'Académie. Ces rapports, en effet, par une coïncidence assez singulière, nous paraissent sortir tous les deux des usages de l'Académie, et engager un peu trop peut-être sa responsabilité.

Le premier de ces rapports déclare (non pas dans le cours de la discussion qui n'est jamais considérée que comme l'œuvre du rapporteur, mais dans les conclusions mêmes que l'Académie prend sous sa responsabilité) que la poudre de charbon végétal jouit d'une efficacité incontestable contre les affections nerveuses de l'estomac et des intestins, et précise même les conditions les plus favorables et le meilleur mode pour administrer ce médicament. Certes, personne plus que nous n'est disposé à s'incliner devant l'expérience, quand celle-ci s'est prononcée d'une manière claire et irrécusable. Mais ce n'est qu'à cette condition seule que nous renonçons aux conséquences logiques de certains faits et de certaines lois établies; et lorsque nous voyons l'expérience être opposée à ces lois, si ce n'est pas pour nous une raison de la révoquer en doute, c'est au moins un motif pour que nous exigions une constatation rigoureuse.

C'est dans cette situation que M. le rapporteur se trouvait relativement aux effets thérapeutiques du charbon. De tous les corps inertes que possède la chimie, le plus inerte, c'est-à-dire le plus inattaquable par tous les agents physiques et chimiques, c'est sans contredit le charbon. Pour démontrer donc que ce corps, si radicalement inerte, peut guérir des affections depuis longtemps rebelles à toutes sortes de traitements, il faudrait des observations plus précises, plus rigoureuses peut-être que pour toute autre démonstration thérapeutique. M. Patissier a-t-il par devers lui ces observations? Nous ne le croyons pas. Il s'est contenté, pour asseoir son jugement, des faits contenus dans le mémoire de M. Belloc, faits qui ont assurément une grande importance, et qui sont conçus dans un excellent esprit scientifique, mais qui cependant ne sauraient suffire pour fixer définitivement l'opinion des savants sur l'efficacité de la poudre de charbon dans les gastralgies. Le seul fait raconté par M. Burdin et beaucoup d'autres analogues connus de tous les praticiens auraient dû rendre M. le rapporteur plus circonspect, et empêcher l'Académie d'adopter ses conclusions. La discussion prochaine sur l'absorption du charbon (on sait qu'il y a une commission qui s'occupe de cette question) le prouvera, nous en sommes convaincu, de la manière la plus évidente.

Quant au rapport de notre honorable et savant confrère M. Bricheteau, nous serons beaucoup moins affirmatif que lui touchant l'importante question qui s'y trouve traitée. Nous ne contesterons pas que la thoracentèse soit dans quelques cas rares une ressource utile contre les épanchements pleurétiques aigus; mais, lorsqu'on sait que la pleurésie aiguë simple se termine si rarement par la mort, que M. Louis, par exemple, n'en a jamais vu un seul exemple, on concevra combien on doit être sobre d'une semblable curation. La grande difficulté est donc de déterminer les cas où il faut opérer, et ces cas sont d'autant plus difficiles, que, ainsi que l'a fait remarquer M. Martin-Solon, chez des malades dont les accidents semblaient les plus graves et pour lesquels l'opération paraissait urgente, une amélioration est survenue par la marche naturelle de la maladie. En présence de ces faits, nous ne voulons point contester, nous le répétons, l'utilité de la thoracentèse; mais il aurait été important qu'avant d'adopter des conclusions qui précisent d'une manière assez nette les indications de l'opération de l'empyème, l'Académie se fût livrée à une discussion plus approfondie sur cette importante question.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Tumeur énorme à la partie latérale droite de la tête. — Diagnostic différentiel. — Opération. — Tumeur sous le maxillaire inférieur. — Nature. — Indications.

Il a quelque temps M. Velpeau a pratiqué une opération devant laquelle auraient reculé bien des chirurgiens, même parmi ceux qui sont les plus exercés à la pratique chirurgicale. Il s'agissait d'une tumeur énorme, presque aussi grosse que la tête du malade qui en était affecté, et qui était située du côté droit de la tête. L'opération a duré dix-huit minutes, et pendant tout ce temps il nous a été donné d'admirer une fois de plus toute l'adresse et toute la dextérité auxquelles l'illustre chirurgien de la Charité nous a habitué depuis si longtemps.

Voici d'ailleurs, les réflexions cliniques que ce cas a suggéré à M. Velpeau pour établir son diagnostic et ses indications :

Cet homme, a-t-il dit, couché au no 15 de notre salle depuis environ une quinzaine de jours, porte une tumeur presque aussi grosse que sa tête. Cette tumeur, située sur le côté droit de la face et de la tempe, est bosselée, et forme une infinité de petites tumeurs agglomérées; aucune de ces bosselures n'est ulcérée; quelques-unes seulement sont molles et fluctuantes; il n'existe pas de douleurs bien vives, mais quelques douleurs vagues, quelques élancements dans la tumeur. Je n'ai pas d'ailleurs trouvé de symptômes ni de traces d'inflammation.

C'est donc une tumeur concrète dont la nature n'est pas facile à déterminer. Au premier abord, son aspect peut donner l'idée d'une masse ganglionnaire; mais il y en a une quantité si considérable, la masse est si énorme, qu'on hésite à s'arrêter à cette idée. En effet, les ganglions lymphatiques donnent rarement lieu à des tumeurs aussi isolées que celle-là; et quand ils donnent lieu à une tumeur, il y a dans son voisinage des chaînes de ganglions, et puis la tumeur ne proémine pas à ce degré au dehors. Chez notre malade, il n'y a pas de ganglions engorgés autour de la tumeur. De plus, d'autres raisons éloignent l'idée de dégénérescence ganglionnaire pure, et d'abord, c'est que nous pouvons constater, dans certaines bosselures, une mollesse fongueuse. Cette mollesse existe bien dans les tumeurs ganglionnaires, mais elle s'accompagne de signes d'inflammation, quelquefois de plaies, d'ulcères, d'induration ou de marques dans le voisinage. Ici, nous ne voyons rien de semblable; les bosselures les plus ramollies ne sont pas plus rouges, pas plus épaisses, pas plus chaudes que les autres; en un mot, il n'y a aucune trace d'inflammation. Une troisième raison, c'est que rarement les tumeurs ganglionnaires acquièrent ce volume, tandis que d'autres ont ces caractères; et, parmi ces derniers, ce ne sont ni les lipomes, ni les tumeurs fibreuses, ou enkystées d'aucune sorte, mais les tumeurs cancéreuses de l'espèce encéphaloïde.

Rien n'est commun comme de trouver des tumeurs de cette nature sans douleurs vives, sans traces d'inflammation, sans induration voisine d'un point ou d'un autre, et qui présentent des caractères si bien tranchés. Cela ne repousse pas l'idée que les ganglions n'y sont pour rien; mais c'est par leur dégénérescence qu'elles arrivent. Je pense donc que nous avons affaire ici à une tumeur cancéreuse encéphaloïde ayant pris son point de départ dans les ganglions lymphatiques de la région parotidienne, et ayant gagné peu à peu tout le large espace qu'elle occupe aujourd'hui.

Avec une tumeur pareille, il ne faut pas se faire illusion, il n'y a pas de guérison possible par un traitement interne ou externe autre que les moyens chirurgicaux. Il s'agit de savoir d'abord s'il est possible de faire l'opération, et en second lieu de décider quel procédé l'on choisira pour opérer.

Est-il possible de faire cette opération? La tumeur occupe de l'oreille et de l'apophyse mastoïde à la commissure des lèvres, de la pommette à la partie inférieure de la région sus-hyoïdienne. Il est difficile de savoir à quelle profondeur elle arrive; or, si elle pénétrait jusqu'aux organes importants des régions parotidienne et sushyoïdienne, si elle comprenait dans sa masse la mâchoire, la parotide, des vaisseaux, des nerfs, il y avait trop à redouter, et l'opération serait à peu près impossible. Mais, si l'on admet que cette tumeur soit partie des ganglions, il est à présumer qu'elle n'a pas envahi, mais qu'elle a refoulé tous les tissus; que, partant, ni mâchoire, ni parotides, ni vaisseaux, ni nerfs, ne sont compris dans sa masse. Je l'ai examinée avec la plus grande attention; il me semble qu'elle est mobile. Je pense donc qu'elle est assez extérieure, et que, si elle va profondément, elle ne gagne pas les tissus, mais elle les refoule. Il s'ensuit que l'opération est possible, et qu'elle offre même moins de difficultés qu'on ne pourrait le croire au premier abord.

Puisqu'il est possible d'opérer, il faut le faire, sinon le malade succombera. La tumeur est bien circonscrite, bien limitée. Il n'y a rien dans les viscères qui puisse nous inquiéter; enfin il m'a paru possible d'enlever toute la tumeur sans blesser des organes importants. En opérant, nous établissons donc quelques chances favorables pour le malade; d'un autre côté, je ne me cache pas la gravité, la longueur et les difficultés de l'opération, et voici le projet auquel je me suis arrêté. Après que le malade aura été soumis à l'action du chloroforme, je taillerai deux lambeaux semi-lunaires que je disséquerai en commençant par le supérieur; si la dissection est trop longue, je laisserai revenir le malade et je continuerai l'opération. D'ailleurs on se tiendra en garde contre toute éventualité, et si je m'apercevais que la masse de la tumeur se prolongeât trop dans le pharynx, je laisserais plutôt l'opération inachevée que d'exposer le malade à mourir sous mon bistouri.

Nous aurons quelque peine à disséquer les lambeaux, à cause des bosselures qui existent sur la tumeur et de l'adhérence et de l'amincissement de la peau; le mieux eût été d'enlever et les téguments et la tumeur, mais alors nous aurions eu une déperdition considérable de substance et une plaie très large. En disséquant la peau, il y aura plus de difficultés; mais les lambeaux, en se contractant, deviendront un peu plus épais, ils recouvriront une partie de la face, la plaie sera moins considérable, et, en définitive, on aura quelques chances de moins d'inflammation.

Tout s'est passé comme l'avait prévu M. Velpeau; le malade a été soumis à l'action du chloroforme, l'opération a commencé. La dissection des lambeaux a offert beaucoup de difficultés; la tumeur pénétrait profondément, surtout vers la région sushyoïdienne; il a fallu beaucoup de soins et d'attention pour ménager les parties importantes de cette région; mais, en résumé, tout s'est bien passé, et nous espérons que le succès viendra couronner les efforts du chirurgien.

Tumeur de la mâchoire.

Au no 42 de la même salle se trouvait un homme de soixante-cinq ans, venu de la campagne, et entré à l'hôpital pour une tumeur située sous le maxillaire inférieur du côté gauche. Cette tumeur paraissait isolée, conoïde et formait un relief dont la base se perdait dans la mâchoire; elle était un peu fluctuante. En dehors existait un prolongement formé de nodosités qui laissait espérer que la tumeur pourrait être indépendante, et c'était important pour savoir, comme l'a fait remarquer M. Velpeau, si la tumeur appartenait à la mâchoire ou était située dans son voisinage.

Ce malade avait subi, il y a trois ou quatre mois, une opération pour une tumeur de la lèvre grosse comme une noix, survenue sans inflammation, et qui avait été occasionnée par l'irritation du tuyau de la pipe. Le professeur s'est fondé sur cet antécédent pour établir son diagnostic, et voici comment il s'est exprimé :

« Cette tumeur enlevée il y a quelques mois était certainement un cancer. La plaie s'est cicatrisée; mais à peine guérie, une tumeur nouvelle s'est développée sous la mâchoire, là où elle existe aujourd'hui. D'où il suit que, si la tumeur était cancéreuse quand l'opération a eu lieu, il est à peu près sûr qu'aujourd'hui nous avons une récidive du cancer. C'est une chose fréquente et assez malheureuse; car, puisque le mal a déjà récidivé, il est à craindre qu'il ne récidive encore.

» Cet homme est fort, il n'a pas d'engorgement ganglionnaire ailleurs, rien n'indique chez lui une infection générale, et il faut opérer. Je dis qu'il faut opérer, parce que, de deux choses l'une: ou le malade mourra irrévocablement si l'on n'opère pas, ou on aura la crainte de la récidive si l'on opère. Inutile de dire qu'il vaut mieux choisir ce dernier moyen.

» J'enlèverai donc la tumeur; mais ici se présente une petite difficulté. Est-il prudent d'enlever la tumeur en réséquant la mâchoire, ou faut-il laisser l'os intact?

» Mais avec un cancer on redoute tant de laisser quelque chose qu'il faut enlever l'os par crainte de récidive, et parce

que la tumeur semble adhérente à la mâchoire, ou tout au moins qu'appliquée sur l'os elle l'a dénudé. Je vais découvrir la tumeur : si je suis assuré que l'os n'est pas malade, je le respecterai; s'il est atteint, j'enlèverai la mâchoire, même quand j'aurais encore quelque doute.

» Ici encore se présentent deux conditions : Faudra-t-il enlever la portion de l'os qui paraît malade et celle qui avoisine le mal, ou bien enlever seulement celle qui paraît malade? Ces deux opérations n'ont pas la même gravité; l'amputation de la mâchoire est une opération grave, l'amputation de son bord ne présente aucune gravité. Il est facile de comprendre cela : dans le premier cas la continuité de l'os est interrompue, c'est une fracture; dans le second il n'y a pas de solution de continuité, c'est une plaie de l'os. On ne peut donc pas établir la moindre comparaison entre ces deux moyens, et il en résulte qu'il faut préférer le second s'il offre assez de sécurité. Il me semble que, dans ce cas-ci, nous avons toute la probabilité désirable en enlevant seulement le bord de l'os, et c'est à ce projet que je me suis arrêté. »

MAISON DE SANTÉ DE M. LE Dr ROCHARD.

Calcul vésical. Lithotomie. — Guérison.

Par M. LE ROY-D'ÉTIOLLES.

M. B., âgé de soixante-six ans, habitant près de Sémur (Côte-d'Or), fut atteint, en 1833, de coliques néphrétiques. Depuis cette époque il urina plusieurs fois du sang, et cela surtout après de longues courses à cheval; une forte température paraissait avoir aussi de l'influence sur ce symptôme. Un peu plus tard, ce pissement de sang fut accompagné de l'expulsion de graviers.

En 1847, au mois d'octobre, le malade se rappelle s'être refroidi après avoir eu très chaud. Ce refroidissement, ou ce frisson plutôt, fut suivi de l'expulsion d'une petite pierre du volume et à peu près de la forme d'un haricot. Sa couleur était rougeâtre.

Au mois de juin 1848, des douleurs continues et vives se firent sentir du côté de la vessie. Un voyage à pied ou en voiture était suivi d'une hématurie. Il ressentait en outre à la fin de la miction une forte douleur; enfin il éprouvait tous les symptômes d'une pierre dans la vessie. Il se fit sonder par M. le docteur Lépine, chirurgien de Dijon, qui trouva une pierre. Sur ces entrefaites, un lithotritiste nomade parcourait la Bourgogne. M. B. le fit venir. Aucun corps étranger ne fut reconnu par le cathétérisme, et nonobstant l'opérateur introduisit l'instrument brise-pierre pour compléter, disait-il, l'examen. Rien ne fut saisi; mais depuis cette époque les symptômes devinrent plus graves.

A la fin du mois d'octobre 1849, le malade vint à Paris. Il était dans l'état le plus inquiétant. Les besoins d'uriner se faisaient sentir toutes les dix minutes; la miction était suivie de douleurs excessivement vives, qui étaient à peine calmées quand survenaient les suivantes. La vessie racornie ne contenait plus qu'une cuillerée d'urine purulente, souvent sanguine. Le malade ne pouvait prendre aucun repos, aucun sommeil. L'appétit nul ne permettait pas de relever les forces. La langue était habituellement sèche; la fièvre continuelle. Le moindre déplacement était accompagné de douleurs profondes.

L'extrême sensibilité du malade, qui poussait des cris rien qu'à l'introduction de la sonde, et l'état général ne permettaient pas de songer à la lithotritie. Une pierre se présentait directement au contact de la sonde, et la contraction de la vessie était si grande que le bec de l'instrument ne pouvait passer à côté pour mesurer le volume et le nombre des calculs; car on en sentait plusieurs.

Dans ces conditions la taille hypogastrique semble préférable, et M. Le Roy-d'Etiolles la pratiqua le 31 octobre 1849. On sait que pour cette opération il a imaginé un procédé particulier et des instruments qui consistent en une espèce de trois-quarts aplati, semblable à une plume taillée, au moyen duquel il ponctionne la ligne blanche. Un bistouri aponévrotome lenticulé et un souleveur de la vessie, de la forme d'un bilobe à grande courbure.

Le malade ayant été endormi par le chloroforme, la peau et le tissu cellulaire graisseux très abondant ayant été divisés jusqu'à la ligne blanche, le trois-quarts penniforme fut plongé derrière le pubis, le bistouri lenticulé fut glissé dans la rainure du conducteur, la ligne blanche fut soulevée, et aussitôt que l'incision commencée eut laissé une place suffisante, le doigt fut glissé pour servir de guide au bistouri aponévrotome, en refoulant en haut le repli du péritoine. La partie externe du souleveur de la vessie fut fortement abaissée, de manière à ramener son bec derrière le pubis; les deux branches écartées, la branche supérieure fut saisie par le pouce, et l'index de la main droite; et le bistouri, tenu de la main gauche, fut plongé dans l'intervalle des branches écartées qui tenaient la vessie tendue. Aussitôt qu'elle fut ouverte, l'opérateur y glissa le doigt indicateur de la main droite; le souleveur fut fermé, retiré, et on procéda à l'extraction.

Pour ce temps de l'opération, M. Le Roy-d'Etiolles préfère en général une simple curette à la tenette, qui expose à mâcher, à contondre les bords de la vessie et les autres tissus divisés. Le doigt indicateur de la main gauche sert à charger la pierre sur la curette et à diriger l'extraction. Deux calculs du volume d'un œuf de pigeon furent ainsi retirés.

Le pansement a consisté en un linge troué, cératé, et une éponge. Une sonde d'un volume de 7 millimètres de diamètre et un peu longue fut placée à demeure, de manière à donner une issue continuelle à l'urine, qu'elle conduisait dans un urinal.

Pendant quatre jours il ne sortit pas une goutte d'urine par la plaie, et vingt-quatre heures ne s'étaient pas écoulées que le liquide était limpide, ne contenant plus quelques nuages muqueux.

Le septième jour la sonde fut retirée, et l'urine sort par la plaie. M. Le Roy-d'Etiolles ne veut pas prolonger longtemps le séjour de la sonde, dans la crainte de produire des inflammations et même des eschares de quelques points de l'urètre; il pense qu'après un laps de temps de six à huit jours les adhérences étant produites entre les tissus qui forment les bords de la division, les infiltrations urineuses ne sont plus à craindre. La plaie alla se rétrécissant; mais l'occlusion ne fut complète que le vingt-neuvième jour.

Le malade est retourné dans son pays, où il a repris le cours de ses occupations.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par le nitrate de potasse.

Par le docteur BASHAM, médecin de l'hôpital de Westminster, à Londres.

L'auteur, après avoir rappelé les observations des médecins qui ont déjà mis en usage le nitrate de potasse, et spécialement celles de M. Martin-Solon; après avoir émis quelques vues purement théoriques sur la nature du rhumatisme et sur le mode d'action du nitrate de potasse et de plusieurs autres sels, décrit ainsi la méthode qu'il met en usage:

Voici la méthode que je suis dans le rhumatisme aigu :

Si les mains, les coudes, les genoux ou les pieds sont le siége de l'inflammation, je fais faire avec le spongio-piline des gants ou des enveloppes qui s'appliquent sur ces diverses parties; si l'inflammation s'attaque à de plus larges surfaces, on découpe un morceau de spongio-piline assez large pour envelopper la surface entière. La surface spongieuse de l'épithème est d'abord largement imbibée d'eau; après quoi l'on en exprime le liquide surabondant, afin de ne pas mouiller sans nécessité les linges ou le lit du malade. Le nitrate de potasse ou tout autre sel qu'on veut employer en poudre est alors abondamment répandu sur la surface humectée, que l'on frotte même ensuite pour mieux s'assurer que le sel sera bien dissous et que l'épithème en sera suffisamment imprégné; alors on applique celui-ci sur la partie enflammée, et on l'y assujettit légèrement à l'aide d'une bande. Il n'y a rien de plus à faire, si ce n'est d'humecter la surface spongieuse une fois toutes les six heures; jamais il n'est nécessaire d'ajouter une nouvelle quantité de nitre quand on en a mis suffisamment la première fois; aussi le sel en poudre est-il préférable à une solution saturée, que les gardes-malades réussissent rarement à bien faire.

Dans des cas sans nombre, par ce simple traitement, j'ai vu l'inflammation locale recevoir l'amendement le plus palpable et le plus évident, et beaucoup de rhumatisants, qui avaient souffert antérieurement d'autres attaques de la maladie et qui n'avaient été soulagés de leurs souffrances locales que par l'influence du traitement général, ont déclaré qu'ils étaient émerveillés de la rapide diminution de la douleur, de la rougeur et du gonflement, n'ayant jamais auparavant éprouvé un soulagement aussi inespéré.

Comme je veux éviter au lecteur l'ennui des observations, je me bornerai à donner le résultat des expériences adoptées pour témoigner de l'efficacité de ces applications salines pour enlever l'inflammation rhumatismale locale. L'objet était de déterminer jusqu'à quel point le soulagement réel ou apparent pouvait être attribué à l'action de la chaleur et de l'humidité, et quelle part il fallait faire à l'emploi du sel. On fit choix de sujets chez lesquels l'inflammation rhumatismale s'était emparée des deux mains ou de deux parties éloignées. Chaque main fut placée dans un gant de spongio-piline; l'un des gants humecté seulement avec de l'eau chaude, l'autre saturé de nitrate de potasse. Chaque fois l'inflammation locale céda devant le topique salin, tandis qu'elle persistait sur l'autre main, comme si l'on n'y avait appliqué aucun remède. Les résultats furent exactement les mêmes dans huit cas différents. Sur ces huit cas, cinq fois l'inflammation occupait les deux mains, deux fois les deux genoux, une fois le coude droit et le poignet gauche.

Chez tous les malades, la partie soumise à l'action du sel se trouva soulagée dans les vingt-quatre heures, les autres parties demeurant enflammées et douloureuses jusqu'à ce qu'on les soumît au même traitement et bien qu'on les eût recouvertes de fomentations humides.

Mais le soulagement obtenu dans ces cas ne pourrait-il être justement attribué au traitement général, ordinairement administré en même temps? Le contraire est démontré par ce fait que, dans les premières périodes du traitement, la rémission des symptômes locaux ne fut observée que sur les parties seulement qui avaient été soumises aux applications salines.

L'auteur rapporte deux cas qui lui semblent mettre hors de doute l'efficacité du médicament qu'il a adopté; il ajoute que les registres de l'hôpital en contiennent un grand nombre de semblables, qu'il résume dans le tableau suivant :

Résumé de 79 cas de rhumatisme aigu.

Il y avait 58 hommes et 21 femmes.

Sur les 58 hommes :

10 offrirent des symptômes du côté du cœur avant ou après leur entrée ;

2 succombèrent.

Sur les 21 femmes :

8 offrirent des symptômes cardiaques avant ou après leur entrée ;

1 succomba.

Ainsi, sur les 79 cas de rhumatisme aigu, il y eut :

18 cas de maladies du cœur, dont

3 se terminèrent par la mort.

Sur les 56 hommes guéris, la durée moyenne des symptômes, depuis leur entrée jusqu'à la convalescence, fut de 31 jours 10/100.

Sur les 20 femmes guéries, la durée moyenne des symptômes fut de 34 jours 15/100.

Durée moyenne générale : 32 jours 62/100.

Ce résumé général en dit beaucoup plus que les deux observations rapportées par l'auteur; si M. Basham avait tenu compte de la durée de la maladie avant le moment où la méthode a été employée, il serait arrivé à une durée moyenne d'au moins 40 jours, ce qui est la durée du rhumatisme aigu abandonné aux seules forces médicatrices de la nature.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 décembre 1849. — Présidence de M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du secrétaire perpétuel de la Société centrale d'agriculture, qui a nommé pour membres de la commission chargée de rédiger, concurremment avec la commission de l'Académie de Médecine, l'*Annuaire des eaux de la France*, MM. Becquerel, Payen, Bouchardat, Robinet et Héricart de Thury;

2° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, qui envoie le décret du président de la République approuvant la nomination de M. Grisolle.

— La correspondance manuscrite comprend plusieurs renseignements peu importants sur le choléra et divers autres objets; l'envoi d'un paquet cacheté, par M. Camille Bernard, sur un point d'obstétrique; et enfin, un mémoire sur une nouvelle méthode de traitement contre la surdité, lorsqu'elle est accompagnée de perte entière ou partielle de la membrane du tympan, et qu'elle soit ou non accompagnée d'un écoulement de l'oreille; par M. Yearsley, chirurgien de l'établissement pour les maladies des oreilles, à Londres.

Cette méthode, dont nous avons entretenu nos lecteurs il y a déjà longtemps, consiste dans l'introduction dans le conduit auditif d'une boulette de coton imbibée d'eau distillée. On doit la renouveler toutes les vingt-quatre heures.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que la prochaine séance aura lieu jeudi prochain, à cause du jour de l'an, qui tombe le mardi.

Remède contre la rage.

M. H. G. DE CLAUBRY lit un rapport sur un remède secret contre la rage. (Conclusions défavorables adoptées.)

A cette occasion, M. Mérat rappelle qu'un médicament contre la rage, envoyé de l'Abyssinie, et qu'il avait présenté à l'Académie, a été essayé récemment en France sans aucun succès.

Emploi du charbon dans les affections nerveuses gastro-intestinales.

M. PATISSIER, en son nom et à ceux de MM. Récamier et Caventou, lit un rapport sur un mémoire de M. Belloc sur ce sujet. Le rapporteur termine par les conclusions suivantes, qui résultent, suivant lui, des faits cliniques relatés dans le mémoire de M. Belloc :

1° La poudre de charbon de bois de peuplier ordinaire peut être employée avec avantage dans le traitement des affections nerveuses de l'estomac et des intestins. Ses effets thérapeutiques ne paraissent pas différer sensiblement de ceux qui résultent de l'emploi de la poudre de charbon de bois léger et poreux (saule blanc, sapin, mélèze, etc.)

2° Ces poudres ne sont réellement efficaces qu'autant qu'elles sont administrées à haute dose, c'est-à-dire quatre à cinq cuillerées à bouche par jour, avant ou après le repas.

Vos commissaires estiment que M. Belloc a rendu service à la médecine pratique en rappelant l'attention des médecins sur les avantages thérapeutiques du charbon végétal.

Ils vous proposent d'adresser une lettre de remerciments à cet estimable confrère, et de déposer son mémoire dans les archives de l'Académie.

M. BURDIN. J'ai eu l'occasion d'observer avec la plus grande attention une personne qui a pris pendant assez longtemps une quantité notable de poudre de charbon, ou même de charbon qu'elle écrasait entre ses dents, et je dois déclarer qu'elle n'en a éprouvé absolument aucun effet, ni en bien, ni en mal. Si les gardes-robes n'avaient pas été noires, rien n'aurait pu faire soupçonner que la personne prenait du charbon. Je crois donc que les conclusions présentées par M. Patissier ne sont pas suffisamment fondées.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

De la thoracentèse dans le traitement de la pleurésie.

M. BRICHETEAU, en son nom et au nom de MM. Cruveilhier et Louis, lit un rapport sur deux mémoires, l'un de M. Laveran concernant la thoracentèse dans la pleurésie aiguë, l'autre de M. Boudant sur l'opération de l'empyème dans les épanchements purulents chroniques.

Le mémoire de M. Laveran, dit M. Bricheteau, contient cinq observations dont les trois premières prouvent que la pleurésie aiguë ou chronique peut se terminer par la mort, et les deux dernières démontrent que la thoracentèse peut être pratiquée avec succès dans la pleurésie aiguë.

Quant au travail de M. Boudant, il contient quelques observations d'épanchements purulents chroniques qui prouvent que l'opération de l'empyème peut également être avantageuse dans ces cas.

M. Bricheteau termine par les conclusions suivantes, qui lui semblent résulter des faits connus et consignés tant dans les deux mémoires de MM. Laveran et Boudant que dans les travaux antérieurement exécutés.

1° Dans l'empyème général qui s'étend au diaphragme, il

vaut mieux ouvrir la poitrine au lieu d'élection que sur la tumeur quand il y en a une; l'ouverture de la tumeur ne convient que lorsque le foyer est très limité et circonscrit.

2° Les injections composées, toniques ou excitantes, n'ont pas le danger qu'on leur a reproché.

3° Elles sont, en certains cas, très efficaces dans les empyèmes chroniques, soit pour modifier la nature du fluide épanché, soit pour déterminer l'oblitération de la cavité pleurale par une sorte d'inflammation adhésive.

4° L'air peut pénétrer impunément dans le foyer de la collection purulente lorsque celle-ci est déjà ancienne, ainsi que les lésions qui l'accompagnent.

5° Suivant toutes les probabilités, le poumon n'étant point dilatable, cet air, comme l'avait avancé Sanson dans la discussion de 1836, peut concourir à l'évacuation du liquide par l'action compressive de la pesanteur; on peut alors, jusqu'à un certain point, comparer la poitrine à un tonneau plein de liquide dont on détermine le jet par une ouverture supérieure donnant accès à la colonne d'air atmosphérique.

M. Bricheteau propose ensuite d'adresser des remercîments aux auteurs, et de les inscrire sur la liste des candidats au titre de membres correspondants. (Adopté.)

M. Martin-Solon. Je crois, comme M. Bricheteau, que la thoracentèse peut être quelquefois utile, même dans la pleurésie aiguë, et je l'ai mise en pratique avec succès dès 1831 dans un cas que j'ai publié dans le *Journal hebdomadaire*. Toutefois, la grande difficulté est de préciser les cas où on doit se décider à pratiquer cette opération; j'en ai vu qui semblaient être dans les conditions des deux malades auxquels M. Bricheteau a fait allusion, c'est-à-dire qu'ils avaient un épanchement considérable, le pouls petit et fréquent, et une dyspnée extrême; j'ai retardé de vingt-quatre heures l'opération qui pouvait sembler très urgente, et le lendemain j'ai observé une amélioration, qui s'est soutenue les jours suivants et terminée par la guérison.

Après ces observations, les conclusions du rapport sont adoptées.

— L'Académie nomme membres de diverses commissions permanentes les académiciens dont les noms suivent :

Commission des épidémies. — MM. Collineau et Grisolle.
Commission de vaccine. — MM. Capuron et Nacquart.
Commission des eaux minérales. — MM. Lecanu et Boullay.
Commission des remèdes secrets. — MM. Martin-Solon et Soubeiran.
Commission de topographie médicale. — MM. Huzard et Duval.
Comité de publication. — MM. Bouvier, Bouley jeune, Bousquet, Longet et Robert.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 19 décembre 1849. — Présidence de M. Deguise père.

Résection du coude.

A l'occasion du procès-verbal, M. Chassaignac rappelle qu'il a fait connaître, dans les Mémoires de la Société, un procédé consistant à ne faire qu'une seule incision à la partie externe, et à scier successivement, au moyen de la scie à chaîne, le radius d'abord, l'humérus ensuite, puis le cubitus. M. Chassaignac propose comme un perfectionnement à ce procédé de commencer par l'humérus la section au moyen de la scie à chaîne, puis de faire ultérieurement la section des deux autres os.

M. Lenoir ne peut pas plus adopter le procédé de M. Chassaignac que celui de M. Maisonneuve. La lésion du nerf cubital lui semble trop chanceuse par cette seule incision, et c'est précisément la lésion du nerf cubital que l'on a en vue d'éviter dans la résection du coude.

M. Lenoir adresse à M. Chassaignac une objection plus sérieuse encore, c'est que son procédé ne permet pas d'apprécier à temps les altérations des extrémités articulaires avant de les réséquer, tandis, et tous les chirurgiens le savent, qu'il importe de mettre à nu les surfaces osseuses préalablement à leur ablation, afin de constater d'abord jusqu'à quel point et dans quelle étendue elles sont malades.

M. Lenoir déclare enfin que le procédé de M. Chassaignac n'est point nouveau, et que d'ailleurs il ne suffit pas de faire ou de prétendre faire des choses nouvelles, il faut que ces innovations soient meilleures en réalité que les moyens plus usités.

M. Chassaignac repousse l'objection relative à la lésion du nerf cubital, parce qu'il croit possible d'éviter cette lésion. Il reconnaît au contraire la justesse de l'objection fondée sur l'inconvénient de réséquer les extrémités articulaires, sans un examen préalable et suffisant de leurs altérations.

Quant au procédé en lui-même, M. Chassaignac affirme qu'il est nouveau, et il demande si jamais un autre chirurgien a fait une seule incision pour la résection du coude.

M. Lenoir l'assure que oui, en indiquant que M. Velpeau, dans sa *Médecine opératoire*, propose positivement d'enlever ainsi l'articulation sans l'ouvrir.

M. Chassaignac ajoute que ce n'est pas en cela qu'il fait consister son procédé, et rappelle qu'il se contente d'une seule émission pour couper l'humérus, et pour attirer le cubitus et le radius, afin de les réséquer ensuite. Il ne dit pas du reste que ce procédé soit supérieur aux autres.

M. Gosselin trouve qu'on invente trop facilement des procédés, et il ne saurait même reconnaître que celui-là soit nouveau. Parck (de Liverpool) faisait une seule incision à la partie postérieure, et M. Chassaignac la fait plus en dehors; voilà toute la différence, et c'est moins bien. Quant à la section des os, Moreau (de Bar) commençait aussi par scier l'humérus avant le radius et le cubitus. Ce procédé n'offre donc rien de nouveau.

M. Giraldès ne voit là qu'une chose fort simple, à savoir : c'est d'abord si le procédé est bon, et ensuite s'il est facile. Or rien ne prouve qu'il soit meilleur qu'un autre, tout au contraire, et de plus il présente des difficultés d'exécution, des inconvénients réels, et de mauvais résultats. C'est donc, dit M. Giraldès, une question inutile à discuter.

M. Chassaignac croit que toute proposition faite par un membre de la Société mérite d'être discutée. Si M. Giraldès, dit-il, n'attache pas d'importance au nombre des incisions, lui, au contraire, regarde comme un principe des plus utiles de diminuer l'étendue du traumatisme. Toutes les méthodes d'ailleurs ont leurs inconvénients, et c'est une erreur de croire que les plaies supérieures soient plus exposées que les plaies inférieures aux effets de la suppuration. Oui, c'est là une exagération ou un préjugé en chirurgie.

M. Chassaignac, à l'appui de sa proposition, annonce qu'il a fait ces jours-ci une ligature de l'artère axillaire à un homme qui avait eu le bras mutilé; il a maintenu son blessé constamment couché, sans que le pus se soit accumulé dans la plaie. Quant aux incisions uniques, il craint bien moins que la plupart des chirurgiens un semblable résultat, car il a vu des plaies ainsi faites se vider très bien; et pour ce qui est relatif à la résection du coude, il disait à M. Gosselin que, si on ne procède pas d'abord à la section de l'humérus, on ne fait pas une bonne chose.

M. Chassaignac reconnaît enfin que le procédé proposé par lui n'est pas nouveau; il croyait le contraire, et il avoue s'être trompé.

Résultat de l'extirpation d'un polype du pharynx.

M. Robert présente le jeune homme qu'il a opéré d'un polype fibreux du pharynx en enlevant l'os maxillaire supérieur. La cicatrice extérieure est linéaire, et elle démontre l'avantage du mode opératoire indiqué par M. Velpeau.

M. Robert annonce qu'il a déjà pratiqué cette opération huit ou dix fois, et il fait remarquer, dans le cas actuel, qu'il n'y a ni dépression de la joue, ni prolapsus de la paupière; les deux sections osseuses ont été faites avec la scie à chaîne très nettement, et, dans la dissection des parties molles, l'instrument tranchant a rasé l'os; l'agglutination des deux lambeaux du voile du palais s'est effectuée comme M. Robert l'avait indiqué lors de sa première communication, et on sent enfin vers le bord antérieur de la joue une bride fibreuse, tendue, résistante et qui paraît osseuse. Cette circonstance tient à ce que, l'os ayant été rasé de très près lorsque les parties molles ont été détachées, le périoste est peut-être resté dans l'intérieur de la plaie. De là sans doute aussi la raison pour laquelle la joue se trouve soutenue au lieu d'être déprimée. C'est pour la même raison que, selon M. Robert, il y aurait eu avantage aussi à disséquer la membrane muqueuse palatine et à la laisser dans le lambeau.

Quant au résultat de l'opération à l'intérieur de la bouche, il présente l'ouverture produite par l'ablation de l'os communiquant avec la cavité nasale et limitée en arrière par la réunion du voile du palais. Cette cicatrice, imperceptible, s'est consolidée pour ainsi dire par une bride résistante, qui lui sert de soutien pour remplacer le point d'appui formé précédemment par le bord postérieur de l'os maxillaire.

M. Robert est porté à croire que là aussi une portion du périoste a été conservée à l'avantage de la cicatrisation, et il conclut de ce résultat qu'il serait rationnel, en principe, de ménager le périoste comme un élément profitable au travail de réparation.

Il fait observer, enfin, que l'hiatus formé par l'ablation d'une moitié de la voûte palatine a diminué de diamètre, et qu'au fond de la bouche, dans le pharynx, existe une sorte de tubérosité. C'était la racine ou le pédicule du polype, que M. Robert persiste à considérer comme ayant eu son point d'insertion contre la colonne vertébrale.

M. Gosselin n'a aucune remarque critique à faire sur la nouvelle communication de M. Robert; il demande seulement si dans les cas de ce genre le procédé indiqué récemment par M. Nélaton ne serait pas avantageux. Ce procédé consiste à pratiquer la perforation de la voûte palatine au lieu de la résection du maxillaire supérieur. M. Nélaton s'est contenté d'agir ainsi dans un cas où il ne pouvait atteindre et lier par les narines le pédicule d'un polype des fosses nasales. Ce serait ainsi, dans bien des circonstances du moins, substituer un moyen fort simple à un mode opératoire plus compliqué.

M. Robert a une réponse facile à faire à M. Gosselin. Dans le cas dont il a entretenu la Société, comme dans un autre qu'il a sous les yeux maintenant, le polype est de ceux, malheureusement assez communs, qui présentent des embranchements multiples, séparés ainsi les uns des autres, tandis que dans le cas de M. Nélaton le polype n'offrait peut-être pas cette disposition. D'après cela, M. Robert admet volontiers que la perforation de la voûte palatine soit suffisante lorsque le polype est simple; mais il soutient qu'une opération plus complexe est nécessaire pour mettre à découvert et pour enlever les polypes dont les ramifications s'étendent en différents sens.

M. Gosselin se déclare satisfait de cette explication.

M. Chassaignac, après avoir félicité M. Robert du succès qu'il a obtenu, voudrait examiner le fait au point de vue du canal nasal, les larmes ne coulant pas sur la joue, et il propose de sonder avec le stylet d'Anel les voies lacrymales, afin de constater leur perméabilité.

M. Robert répond que le cours des larmes n'a éprouvé aucune altération.

M. Lenoir, pensant que M. Robert a présenté le malade pour faire apprécier aussi le mode de cicatrisation, croit qu'il n'y a dans ce tissu de cicatrice qu'une bride fibreuse susceptible d'acquérir par la suite une consistance plus ferme, plus résistante encore. Pas n'est besoin, selon M. Lenoir, de recourir à la supposition établie par M. Robert, à savoir : que cette bride fibreuse serait constituée par une partie du périoste. Le résultat signalé ici est tel qu'on l'observe souvent dans des cas de résection analogue à celle-là.

M. Lenoir rapporte à ce sujet qu'il a opéré, il y a cinq ou six ans, un malade qui s'est trouvé pendant longtemps dans des conditions à peu près pareilles. L'ablation du maxillaire supérieur avait laissé à la voûte palatine une ouverture assez large faisant communiquer nécessairement la bouche avec le nez, et donnant à la voix un son nasillard. Cette ouverture s'est rétrécie peu à peu, et à tel point plus tard, qu'elle admettait à peine l'introduction d'une sonde de femme; aujourd'hui, enfin, elle est presque entièrement oblitérée. Or, ajoute M. Lenoir, cela s'est fait sans périoste.

M. R. Marjolin désire savoir, à cet égard, si l'os enlevé par M. Robert avait encore son périoste, et, selon la pratique de Heine, de Wurtzbourg, il croit que la conservation du périoste est utile dans des cas semblables.

M. Robert n'a pas examiné le fait.

M. Larrey, en prenant la parole à la suite de cette discussion, désire seulement rattacher ce fait particulier à quelques faits généraux, sur la tendance remarquable de la nature à diminuer d'abord, à effacer ensuite, à réparer enfin les mutilations accidentelles des os. L'opinion émise et le cas cité par M. Lenoir au sujet du rétrécissement graduel des ouvertures de la voûte palatine pourraient s'appuyer sur d'autres preuves et se compléter par d'autres exemples. Ainsi, les pertes de substance de la voûte du crâne par des fractures comminutives ou par des applications du trépan ont de la tendance à se rétrécir de plus en plus; de même que les mutilations de la face par écrasement ou par des coups de feu, en brisant les os en éclats, en emportant une partie des mâchoires, ont des résultats comparables à ceux des résections maxillaires, et favorisent l'oblitération des ouvertures osseuses aussi bien que le rapprochement des fragments d'os séparés. M. Larrey a pu constater des résultats de ce genre, d'ailleurs exposés par son père, sur des têtes d'anciens soldats morts aux Invalides. Pareil phénomène s'observe sur d'autres régions à la suite de certaines lésions mécaniques des os, et spécialement pour les résections articulaires, sans qu'il soit toujours besoin d'expliquer ce mode d'occlusion et de réparation osseuse par l'influence du périoste.

Plaies de la vessie.

M. Larrey termine la lecture de son rapport sur le mémoire de M. Demarquay. Cette seconde partie du travail de M. Larrey comprend d'abord des considérations pratiques sur la curabilité des plaies de la vessie, sur les causes de mortalité de ces blessures et sur l'anatomie pathologique, dont M. Demarquay pouvait faire un chapitre intéressant de son mémoire. Le rapporteur examine ensuite la question du traitement des plaies de la vessie, et après en avoir rappelé les indications, il cherche à apprécier successivement et dans un ordre méthodique les diverses médications. En premier lieu, le traitement médical et hygiénique; ainsi les émissions sanguines, les émollients, les antispasmodiques, les réfrigérants, etc.; en second lieu, le mode de pansement le plus convenable, et l'utilité de la position que n'avait point signalée non plus M. Demarquay.

M. Larrey insiste avec lui sur les avantages de la sonde placée dans la vessie; sur l'utilité des injections dans les cas d'épanchement de sang ou d'hémorrhagie intravésicale, dans le but aussi de déterger les dépôts urineux, les foyers purulents, etc. Il signale l'usage des scarifications pour dégorger les parties infiltrées, et la pratique des débridements, ainsi que leurs indications, mais pour les adopter seulement avec réserve.

Les ponctions, les incisions, les contre-ouvertures offrent ensuite quelques applications utiles; le séton, au contraire, ne saurait être sagement recommandé, malgré un fait qui lui semble favorable.

M. Demarquay, en appréciant de même ce moyen, ne parle pas du cautère actuel employé par MM. Vilardebo et Amussat dans des expériences pour obtenir l'oblitération d'une ouverture faite à la vessie.

Il ne dit rien non plus des intéressantes expériences de M. Pinel Grandchamp pour obtenir par la suture la réunion des plaies de la vessie, et pour s'opposer aux épanchements urineux.

Le rapporteur étudie ensuite les moyens basés sur quelques indications spéciales : ainsi la lésion du rectum, dont M. Demarquay a bien indiqué le traitement, et celle de l'urètre qui nécessite essentiellement l'introduction de la sonde.

L'auteur du mémoire, en soumettant à l'examen de la Société de Chirurgie la question de savoir si l'opération de la boutonnière ne serait pas utile dans certains cas, n'en cite cependant aucun à l'appui de sa proposition.

Il reproduit un fait d'ablation du testicule nécessitée par la lésion secondaire de cet organe.

Après cela, se présente dans le rapport la question importante de l'extraction des corps étrangers.

M. Larrey indique d'abord les cas dans lesquels ces corps étrangers peuvent sortir ou être retirés de la plaie, soit directement, avec ou sans débridement, soit indirectement, par une contre-ouverture, et il signale l'excellent conseil donné et suivi par M. Demarquay, dans les cas où le rectum se trouve intéressé : c'est d'agir par la voie ouverte de l'intestin pour extraire les corps étrangers de la vessie, soit avec le doigt, soit avec des pinces.

Le rapporteur indique ensuite la possibilité de l'issue par l'urètre de quelques corps étrangers assez ténus pour s'engager dans cette voie, et il mentionne le fait de Ledran, justement critiqué pour avoir prétendu dissoudre par le mercure un fragment de plomb tombé dans la vessie.

M. Larrey n'admet non plus qu'avec beaucoup de réserve l'application de la lithotritie dans les cas de calcul vésical dont le noyau est un projectile métallique, malgré une assertion favorable de Dupuytren, malgré surtout une observation de M. Le Roy-d'Etiolles, rapportée par M. Demarquay, mais de

laquelle il résulte qu'après plusieurs séances douloureuses de lithotritie, et depuis dix-huit mois de la blessure, la guérison définitive est encore douteuse aujourd'hui.

C'est, au contraire, dans des conditions semblables que l'opération de la taille est nettement indiquée. L'auteur du mémoire a reproduit les principaux faits connus qui s'y rattachent, et le rapporteur les indique sommairement. Il apprécie l'époque à laquelle l'opération semble devoir être faite, en général, et il expose le choix des méthodes de cystotomie, soit suspubienne, soit périnéale, en proposant de réserver la taille recto-vésicale aux cas de lésion simultanée de la vessie et du rectum.

M. Larrey rappelle enfin l'importance des soins consécutifs, et l'intérêt qu'offrirait l'étude de la cicatrisation des plaies de la vessie; il signale les causes de déchirure de la cicatrice, dont M. Demarquay rapporte un exemple remarquable, puis les fistules vésicales, si longtemps persistantes dans certains cas, et enfin les cas bien plus rares de hernie consécutive ou de cystocèle traumatique, comme autant de lésions secondaires à peine énoncées par les auteurs au point de vue des plaies de la vessie, et qui mériteraient de curieuses recherches.

M. Larrey achève la lecture de ce long rapport par une appréciation critique du mémoire de M. Demarquay, par une simple énumération de ses autres travaux et par cette double conclusion :

1° D'admettre M. Demarquay au nombre des membres résidents de la Société de Chirurgie;

2° De renvoyer son travail au comité de publication.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

On décide aussi que le rapport de M. Larrey sera inséré dans les mémoires de la Société.

On procédera, dans la prochaine séance, à l'élection de MM. A. Forget et Demarquay.

— La séance est levée à cinq heures et demie. H. L.

Revue thérapeutique.

Toux nerveuse (Formule d'un gargarisme contre la)

Vers la fin des affections catarrhales des voies respiratoires et surtout de la grippe, il se manifeste assez souvent une toux sèche, purement nerveuse, excitée par un chatouillement du larynx ou de la gorge. Loffler a conseillé dans ce cas des gargarisations fréquentes avec une solution de sel ammoniac dans l'esprit de Mendérérus. Ces gargarismes réussissent encore mieux si l'on y ajoute une petite dose de laudanum. Voici la formule que recommande M. J. O., pour l'avoir expérimentée souvent avec succès :

Eau distillée	500	grammes.
Chlorhydr. d'ammoniaque	15	—
Esprit de Mendérérus	60	—
Laudanum de Sydenham	10	—
Sirop diacode	30	—

F. S. A. un gargarisme.

(*Annales de la Société de Roulers.*)

Préparation de l'extrait d'aunée.

Les extraits se préparent aujourd'hui bien mieux qu'ils ne se préparaient il y a quelques années, où l'on soumettait encore à une chaleur de 100 degrés les sucs végétaux; ces extraits, toujours de couleur foncée, étaient constamment altérés.

On fait macérer aujourd'hui les parties utiles des plantes; on soumet ensuite au bain-marie les sucs ainsi obtenus. Mais ce procédé a aussi ses inconvénients, et c'est ce qui a lieu pour l'extrait d'aunée.

Si l'on traite les racines d'aunée par la digestion, les principes amers et les sels sont seuls obtenus; l'inuline, presque insoluble dans l'eau froide, reste dans la racine. Traitées au contraire par la chaleur de l'ébullition, l'inuline se dissout en totalité.

L'extrait d'aunée n'étant employé qu'à titre d'expectorant, et non comme amer, il faudra que le médecin ne prescrive que l'extrait d'aunée préparé en épuisant les racines par l'ébullition au moyen de la vapeur, puis en soumettant le décocté à l'évaporation au bain-maris. L'extrait obtenu par ce procédé est agréable et sucré. On l'obtient de qualité supérieure surtout en en préparant une petite quantité à la fois.

Nouveau sel de fer et d'alumine.

Le docteur J. Murray vient de communiquer à la Société chirurgicale de Dublin la découverte d'un nouveau sel auquel il donne le nom de bisulfate de fer et d'alumine. Ce sel se prépare facilement en traitant la solution bicarbonatée de fer, et la solution carbonatée d'alumine pure bien lavée avec l'acide sulfurique, après avoir séparé l'arsenic et autres substances hétérogènes que l'on rencontre si souvent dans l'acide sulfurique du commerce. Suivant l'auteur, ce sel jouirait de propriétés astringentes très notables, et serait supérieur aux autres sels de fer dans le traitement de la diarrhée chronique, de la dysenterie, du choléra sporadique, ainsi que contre les écoulements muqueux et colléquatifs.

Formule pour administrer l'extrait de chanvre de l'Inde en potion.

Extrait de chanvre de l'Inde........... 1 scrupule.

Placez dans un mortier chauffé et bien frotté avec 1 gros d'huile d'olive, et ajoutez graduellement 2 onces de mucilage de gomme arabique, et eau distillée 7 onces.

CORRESPONDANCE.

Emploi de la glace dans les ophthalmies.

Paris, ce 25 décembre 1849.

Monsieur le Rédacteur,

Le numéro du mardi 25 décembre de la *Gazette des Hôpitaux* contient une réclamation de notre honorable confrère M. Baudens sur une question de priorité. Cette reclamation, en ce qui me concerne, ne me paraît nullement fondée.

Je suis loin de méconnaître ce qui revient à M. Baudens pour les recherches qu'il a faites sur les applications de glace dans certaines classes de lésions traumatiques. Je sais que, dans les phlegmons, les entorses, les fractures compliquées, les plaies par armes à feu, il a employé ce genre de médication. Je suis si loin de lui contester la moindre priorité à cet égard que, pour mon compte et jusqu'à plus ample informé, je n'emploie jamais cette méthode dans les affections que je viens d'énumérer, parce que je ne la crois pas exempte de dangers.

Mais, parce que M. Baudens a fait certaines applications de la méthode qui consiste à employer la glace dans les maladies chirurgicales, il n'a sans doute pas la prétention que, toutes les fois qu'on parlera de glace en chirurgie, ce ne pourra être qu'en empiétant nécessairement sur son domaine. Ce serait, en vérité, une prétention insoutenable que de considérer comme un plagiat de ses écrits ou de sa pratique toute recherche qui, en ayant le même agent thérapeutique pour objet, s'applique à des points sur lesquels il n'a pas publié une seule observation, une seule indication precise. C'est, si je ne me trompe où en est notre honorable confrère pour le traitement des ophthalmies par les applications de glace. Il n'est donc nullement fondé à réclamer comme lui appartenant l'application de la glace dans les maladies des yeux. Sa réclamation ne serait pas plus acceptable s'il revendiquait la méthode qui consiste dans l'application de la glace contre les hémorrhagies des cavités muqueuses, question que j'ai traitée dans un mémoire lu à l'Académie de Médecine le 23 février 1848. J'ai bien peur qu'il ne voie encore dans ce travail quelque larcin fait à ce qu'il appelle sa méthode.

Ce qui rend peu justifiable la réclamation de M. Baudens, et ce qui pourrait motiver un peu de vivacité dans la réplique à sa lettre, c'est que dans le numéro du 18 septembre 1849 la *Gazette des Hôpitaux* avait précisément fait toutes réserves en faveur de ce chirurgien distingué, et cela dans des termes dont l'esprit le plus susceptible ne pourrait en rien s'offenser, car voici ce qui s'y trouve textuellement contenu :

« L'emploi de la glace en chirurgie compte déjà des faits nombreux et qui établissent la puissance de cette médication dans une foule de cas. L'application que M. Baudens en a faite aux lésions traumatiques graves, même en accordant qu'elle ne donnât pas tout ce que ce chirurgien en avait espéré, a produit entre ses mains des résultats qui resteront et encourageront à étudier plus complétement cette question au grand avantage de la pratique. »

Ce n'est assurément pas là le langage d'une personne intéressée à diminuer le mérite de M. Baudens Mais de là à lui attribuer le résultat de toutes les recherches faites dans cette voie il y a loin sans doute, et ce n'est pas là un déni de justice dont il soit admis à se plaindre. M. Baudens n'ignore pas que les avantages d'une méthode en thérapeutique ne s'acceptent pas sur parole. Il faut produire des faits, spécifier des cas, indiquer les procédés d'application. Or, ce sont là toutes choses sur lesquelles il n'a, que je sache, rien publié en ce qui concerne le traitement des ophthalmies. Comment admettre que, si les résultats obtenus par lui dans le traitement des maladies des yeux avaient été remarquables, il se fût scrupuleusement abstenu de rien faire connaître à cet égard ?

Ce que je prie M. Baudens de faire, et la question de priorité sera immédiatement vidée entre nous, c'est de m'indiquer une observation, une seule, publiée par lui, où il soit dit antérieurement à celles qui ont été recueillies dans mon service à quel genre d'ophthalmie, à la suite de quelles opérations sur l'œil et par quel procédé l'application de la glace a été faite. Ç'a toujours été un de mes étonnements que, l'œil étant de tous les organes peut-être celui sur lequel les applications de glace ont le plus de puissance, on ne nous eût rien appris de particulier à ce sujet.

L'application de la glace en chirurgie n'est pas une chose neuve, et, ce qui pourrait justifier un titre de priorité pour un auteur contemporain, ce serait d'avoir établi par une série d'observations les avantages de cette médication dans telle ou telle classe de maladies. C'est là, en effet, ce que M. Baudens a mis à exécution pour diverses lésions traumatiques. A cet égard, je rends hommage à ses travaux, bien que je n'en tire pas tout à fait les mêmes conclusions que lui. Mais que, sans avoir rien fait connaître sur le traitement des brûlures par la glace, il veuille considérer les recherches de M. Jobert sur ce point comme une dépendance obligée de ses propres travaux; que, sans avoir non plus rien publié sur les ophthalmies, il trouve mauvais que je ne lui attribue pas l'honneur de recherches patientes et d'observations publiées dans tous leurs détails sur cette question importante, c'est là ce que je ne puis admettre. Je crois qu'il y a de sa part excès dans l'usage du droit de priorité.

Je comprends, d'après un passage de la lettre de M. Baudens, que les *attaques plus ou moins violentes* dont il se plaint aient suscité en lui quelque peu d'aigreur, surtout à la pensée qu'il s'agissait de lui contester une priorité à laquelle il paraît attacher beaucoup de prix; mais rien n'est plus loin de ma pensée. Je n'ai jamais dirigé contre lui aucune attaque d'aucun genre. Je tiens, au contraire, en grande estime sa personne et ses travaux; je le regarde comme un homme d'initiative et comme un chirurgien d'un mérite remarquable; mais les sentiments que je professe pour lui ne vont pas jusqu'à lui attribuer ce qui ne lui appartient réellement pas. Les applications de glace sont depuis longtemps de droit commun en chirurgie. Il a étudié certaines de ces applications, il en a créé de nouvelles, il les a fait connaître, rien de mieux. Mais, de mon côté, j'ai mis avec patience à l'étude quelques points jusqu'ici négligés de la même question. Mes observations se publient; puis-je faire remonter à qui ne m'a rien appris sur ce sujet des recherches entreprises sans aucun guide, sans aucune indication spéciale?

Si, parce qu'il a fait de nombreuses applications de glace dans les lésions traumatiques, M. Baudens prétend que cela renferme toutes les applications de ce moyen en chirurgie, je n'aurais plus qu'à m'incliner devant cette prétention; mais je ne crois pas, encore une fois, qu'il songe sérieusement à la produire.

Veuillez agréer, etc. E. Chassaignac,

Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

NOUVELLES.

La *Gazette médicale de Montpellier* fait sur deux sujets très différents des réflexions également justes, que nous nous plaisons à reproduire :

Le *Journal de médecine de Bordeaux* et la *Gazette médicale de Lyon* nous apprennent que la séance de rentrée, qui, chez nous, n'a eu lieu que le 12, a été inaugurée le 5, conformément à l'instruction ministérielle du 31 juillet 1840. Les mêmes journaux nous apprennent aussi qu'il y a eu, dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de Lyon et de Bordeaux, une distribution de prix, tandis que nous ne pouvons pas en obtenir dans notre Faculté de médecine. Si nous signalons ces faits, c'est que nous avons réellement à cœur de faire sortir l'administration de notre Faculté de son apathie que certains hommes de la capitale lui reprochent à bon droit.

— Depuis assez longtemps les journaux de la capitale ont annoncé qu'un concours public sera ouvert, le 1er mai 1850, devant notre Faculté de médecine pour la chaire de clinique chirurgicale vacante par le décès du professeur Serre; mais cette nouvelle nous parut si prématurée que nous ne la reproduisîmes pas. Elle se confirme pourtant, et l'on ajoute même que ce concours sera précédé de celui que certains craignaient ne pas avoir lieu pour la chaire de pathologie et de thérapeutique générales. On dit que ce dernier doit s'ouvrir au 1er mars. Si ces *on dit* sont vrais, nous devrons faire observer que le bon plaisir règne aussi despotiquement sous l'ère républicaine que durant les monarchies dans les bureaux du ministère de l'instruction publique. Pourquoi, en effet, mettrait-on au concours la chaire du professeur Risueno avant celle du professeur Serre, qui est mort quatre mois avant son collègue ? De bonnes raisons s'opposent à ce que cette inversion ait lieu; et, en première ligne, se trouve l'intérêt des candidats qui, sur l'annonce des journaux de Paris, se préparent au concours pour la chaire de clinique chirurgicale, et ne peuvent pas se préparer à l'autre concours. Il est juste de laisser le temps de respirer à ceux qui, vaincus dans la première lutte, ne craindront pas d'affronter les chances d'une seconde. (*Gazette Méd. de Montpellier.*)

— Le professeur Syme (d'Edimbourg) a été élu à la présidence du Collége royal des chirurgiens de l'Ecosse, en remplacement du docteur J. Argyll Robertson.

— Le docteur Day a été nommé professeur de médecine au Collége Saint-André d'Edimbourg, en remplacement de M. Reid, décédé.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SUPPLÉMENT au n° du 29 décembre 1849.

TABLE DES MATIÈRES

DE LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

IIIe SERIE. — TOME PREMIER. — 1849.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

Y

Paris. — Imprimerie de PLON frères, rue de Vaugirard, 36.